

Uredile

dr. Helena Jeriček Klanšček
dr. Maja Zorko
mag. Maja Bajt
dr. Saška Roškar

I z k u š n j e
V z t r a j n o s t
Z r e l o s t



DUŠEVNO ZDRAVJE V SLOVENIJI

INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA REPUBLIKE SLOVENIJE

DUŠEVNO ZDRAVJE V SLOVENIJI

Urednice:

dr. Helena Jeriček Klanšček, dr. Maja Zorko, mag. Maja Bajt, dr. Saška Rožkar

LJUBLJANA, 2009

AVTORJI POGLAVIJ (po abecednem redu):

mag. Maja Bajt, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, dr. Helena Jeriček Klanšček, Katja Kovše, Tatjana Kofol Bric, Radivoje Pribaković Brinovec, dr. Saška Roškar, Sonja Tomšič, Romana Štokelj, dr. Maja Zorko

OSTALI SODELAVCI:

Mojca Bevc, Nada Ivas, Blaženka Jeren, Miloš Kravanja, Silva Pečar Čad, Uroš Rozman, Poldka Suhadolc, Jana Trdič, Polonca Truden Dobrin

Urednice:

dr. Helena Jeriček Klanšček, dr. Maja Zorko, mag. Maja Bajt, dr. Saška Roškar

Recenzenta:

Nuša Konec Juričič, dr. med., spec. soc. med.
Tit Albreht, dr. med., spec. soc. med., DSc

Naslovnica:

Primož Roškar

Oblikovanje:

Primož Roškar, Vesna Pucelj

Jezikovni pregled:

Mateja Bartol

Založnik:

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

Tisk:

Tiskarna in knjigoveznica Radovljica

Naklada:

300 izvodov

Leto izdaje:

2009

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616.89(497.4)(082)

DUŠEVNO zdravje v Sloveniji / [avtorji poglavij Maja Bajt ... et al.] ; uredili Helena Jeriček Klanšček ... [et al.]. - Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2009

ISBN 978-961-6659-44-4

1. Bajt, Maja, 1980- 2. Jeriček Klanšček, Helena
243407616

»Ne da je svet pojavov napačen, ne da ni objektov tam zunaj, na določeni stopnji realnosti. Če se prebijete skozi in pogledate na vesolje s holografskim sistemom, pridete do drugačnega pogleda, drugačne realnosti.«

Karel Pribram, Psychology Today

Način razumevanja, pojmovanja in gledanja je bistven za to, kako bomo opredelili določen problem oz. področje, s kakšnimi metodami ga bomo raziskovali in do kakšnih ugotovitev bomo prišli. To velja tudi za ukvarjanje s problematiko telesnega in duševnega zdravja.

Na duševno zdravje se je dolga leta gledalo predvsem kot na bolezen, poudarjeni so bili negativni vidiki, na ljudi s težavami pa kot na nore, obsedene in nevredne normalnega življenja. Danes, ko vemo, da lahko za duševno boleznijo zboli vsak, je naš pogled malo manj izključujoč in diskriminatoren. Še vedno pa v praksi težko sprejmemo, da je človek z duševno boleznijo lahko drugačen, ranljivejši, manj učinkovit, a z enakimi pravicami kot vsi ostali. Težko nam je sprejeti, da je vsak človek edinstven, enkratno, da ima pravico do svojega pogleda, do svoje realnosti in tudi do enakopravnega sodelovanja v procesih zdravljenja.

Po dolgoletnih prizadevanjih je bil junija 2008 sprejet Zakon o duševnem zdravju, s čimer smo Slovenci dobili prvi nacionalni dokument s področja duševnega zdravja. Ne glede na različne odzive, ki jih je bil zakon deležen, se je s tem pomembnim dejanjem Slovenija uvrstila med tiste države članice Evropske unije, ki imajo to področje ustrezno zakonsko urejeno in imajo tudi podlago za nacionalni program varovanja duševnega zdravja, ki ga je treba pripraviti do konca julija 2009. Zato je še toliko bolj dobrodošel pregled stanja na področju duševnega zdravja, ki je prvi tovrsten pri nas. Naša želja je, da bi bil v pomoč vsem, ki bodo sodelovali pri pripravi nacionalnega programa in tudi vsem, ki jih to področje zanima.

S pregledom želimo prispevati svoj delček v mozaik prizadevanj za krepitev in varovanje duševnega zdravja, pa tudi za destigmatizacijo duševnih bolezni in izboljševanje položaja ljudi s težavami. Čeprav bi si želeli v pregledu več ukvarjati z zdravjem, pa je še vedno več podatkov o boleznih in zdravljenju kot o pozitivnem duševnem zdravju. Kljub temu verjamem, da boste bralci veseli knjige, ki je pred vami, in da bi je bili veseli tudi številni strokovnjaki s področja duševnega zdravja, ki jih ni več med nami, med njimi tudi bivši direktor Inštituta za varovanje zdravja in borec za destigmatizacijo duševnih bolezni Andrej Marušič.

Zavedamo se, da so glede na napovedi duševne bolezni tiste, ki bodo v naslednjih letih pomembno zaznamovale in vplivale na naša življenja, razmišljanja in delo, saj bodo eden glavnih javnozdravstvenih problemov tako v smislu pojavnosti kot bremena. Kljub temu naj bodo moje zadnje besede predgovora in hkrati prve besede v knjigi namenjene duševnemu zdravju: zadovoljstvu s sabo, z drugimi in s svetom, v katerem živimo, ter sreči, veselju, upanju, harmoničnim odnosom, zaupanju in zavedanju, da imamo vedno možnost izbire in vplivanja na to, kar doživljamo. Družba pa je tista, ki mora nuditi enake možnosti za vse ljudi, tudi na področju duševnega zdravja.

dr. Helena Jeriček Klanšček

Hvala vsem, ki ste na tak ali drugačen način prispevali k nastanku tega dela.

Posebna zahvala gre direktorici Inštituta za varovanje zdravja, Mariji Seljak, ki je vsemu navkljub verjela v skupino in v to, da bomo zadano nalogo izpeljali.

Hvala predstojnikom – Mojci Gabrijelčič Blenkuš, Jani Trdič, Mitji Rogaču in Polonci Truden Dobrin, da ste nas podpirali.

Hvala vsem sodelavcem, ki ste pomagali pri pripravi podatkov ali kako drugače: Blaženki Jeren, Jani Trdič, Milošu Kravanji, Nadi Ivas, Silvi Pečar Čad, Poldki Suhadolc, Urošu Rozmanu, Heleni Koprivnikar, Andreji Drev in Barbari Mihevc Ponikvar. Brez vas ne bi šlo.

POVZETEK

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) duševno zdravje definira kot stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela in prispeva v svojo skupnost«. Duševno zdravje je sestavni del javnega zdravja. Pomembno je ukvarjanje z duševnim zdravjem celotne populacije in ne le z duševnim zdravjem posameznikov. Duševno zdravje ni stvar samo zdravstvenega sektorja, ampak vseh sektorjev in politik. Je nacionalni kapital in ga je kot takšnega treba izboljšati z združenimi naporami celotne skupnosti in vseh zainteresiranih, vključujoč tudi uporabnike, njihova združenja in skupine svojcev. Duševno zdravje se namreč oblikuje v družinah, šolah, na ulicah in delovnih mestih; je rezultat tega, kako nas drugi obravnavajo in kako mi obravnavamo druge in sami sebe. Zato je treba konvencionalni pristop, ki je zasnovan predvsem na zdravljenju duševnih bolezni, razširiti na celovit, večdimenzionalni pristop, ki ne bo usmerjen samo k duševnim boleznim, temveč tudi k duševnemu zdravju in njegovi promociji. Tak pristop se mora naslanjati na sistem varovanja zdravja in mora biti dosežen v skladu z mednarodnimi izkušnjami in standardi, v sodelovanju z regionalnimi strokovnjaki ter z izmenjavo izkušenj med državami.

Področje duševnega zdravja je eden izmed glavnih javnozdravstvenih problemov na ravni EU, saj za katerokoli duševno motnjo letno zbolijo več kot desetina Evropejcev. Pogost izid duševne bolezni je tudi samomor, ki ga v Evropski uniji (EU) vsakih 9 minut naredi en človek. Breme zaradi duševnih bolezni je velika izguba in obremenitev za gospodarske, socialne, izobraževalne ter kazenske in sodne sisteme. Da bi izboljšali duševno zdravje evropskega prebivalstva, je bilo v zadnjih letih nekaj pobud v obliki dokumentov na ravni EU: Deklaracija in akcijski načrt za področje duševnega zdravja v Evropi, Zelena knjiga za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva – Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za EU (oboje v letu 2005) in v letošnjem letu Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje. Pakt kot prioritete delovanja in ukrepanja v zvezi z duševnim zdravjem izpostavlja naslednjih pet področij: preprečevanje depresije in samomora, duševno zdravje mladih, duševno zdravje v delovnem okolju, duševno zdravje starejših ljudi in boj proti stigmatizaciji in socialni izključenosti. Pregled ukrepov za izboljšanje duševnega zdravja na ravni posameznih držav EU ter izbrane primere dobre prakse opisujemo v drugem poglavju. Podobno kot v drugih državah EU področje duševnega zdravja tudi v Sloveniji dobiva svoj pomen, kar se kaže med drugim tudi v tem, da je bil sprejet Zakon o duševnem zdravju.

Pregled raziskav in podatkov zadnjih dostopnih izbranih kazalnikov duševnega zdravja iz zdravstvenih evidenc in drugih baz kaže na to, da ima Slovenija enega najvišjih količnikov samomora v EU, najpogostejši duševni motnji med splošno populacijo pa sta depresija in anksioznost (tudi glede na analizo prvih obiskov zaradi duševnih motenj v primarnem zdravstvu). Najpogostejši razlog za hospitalizacijo je shizofrenija, zaradi katere so bolniki, v primerjavi z drugimi duševnimi boleznimi, hospitalizirani najdlje. Pomembna javnozdravstvena problema pri nas sta tudi škodljiva raba alkohola in odvisnost od drog.

Duševne in vedenjske motnje so glede trajanja hospitalizacije med vsemi bolezenskimi stanji na prvem mestu (19 % bolnišničnih dni) in so vzrok za več kot četrtno vseh obravnavanih invalidnosti v I. kategoriji, ki pomeni popolno upokožitev. Leta 2006 je bilo od vseh bolezni, poškodb in zastрупitev 6,8 % dni bolniškega staleža samo zaradi duševnih motenj (najpogosteje zaradi depresije, reakcij na hud stres in prilagoditvenih

motenj). Devet odstotkov vseh izdanih ambulantno predpisanih receptov v letu 2006 je bilo namenjenih za zdravljenje duševnih motenj.

Podatki kažejo tudi na pomembne neenakosti v duševnem zdravju glede na starost, spol in regije. Ženske pogosteje prepoznajo duševne težave in zaradi njih poiščejo pomoč v primarnem in sekundarnem zdravstvenem varstvu, pri moških pa je več bolnišničnih obravnav in smrti zaradi samomora. Posebej ranljivi skupini, katerih pripadnikom je treba posvetiti posebno pozornost in za katere so potrebni dodatni preventivno-promocijski programi, so otroci in starejši.

Mreža javne zdravstvene službe na področju duševnega zdravja zajema tako primarno kot sekundarno raven. V okviru analize smo se osredotočili na sekundarno raven, ki zajema specialistične psihiatrične, psihoterapevtske in psihološke ambulante, psihiatrične bolnišnice in Psihiatrično kliniko Ljubljana ter svetovalna centra za otroke in mladostnike v Ljubljani in Mariboru. V mreži je značilna neenakomerna razporejenost izvajalcev (zdravstvenih zavodov in zasebnih ambulant) in zdravstvenih delavcev. Več kot 85 % vseh zdravstvenih delavcev (79 % vseh psihiatrov) je namreč zaposlenih na območju šestih upravnih enot, v katerih se nahajajo psihiatrične bolnišnice oziroma klinika. K slednjim v veliki večini gravitirajo prebivalci pripadajočih regij. Mrežo izvajalcev, ki izvajajo programe in storitve za duševno zdravje, sestavljajo tudi nevladne organizacije s področja duševnega zdravja. V Sloveniji nimamo baze ali registra nevladnih organizacij; v pričujočem pregledu stanja smo opisali postopek oblikovanja baze nevladnih organizacij glede na izbrane vključitvene kriterije.

Na podlagi vseh ugotovitev in tudi mednarodnih dokumentov smo oblikovali prioriteta področja delovanja za prihodnje, ki naj zajemajo spodbujanje in promocijo duševnega zdravja in posameznikovega dobrega počutja ter boj proti dejavnikom, odgovornih za razvoj duševnih bolezni; posebna skrb naj bo namenjena duševnemu zdravju otrok in mladih, starejših, aktivne populacije, s posebnim poudarkom na delovnem okolju in delovnem mestu; prizadevati si moramo za zmanjševanje in odpravljanje stigme, diskriminacije in socialne izključenosti ter preprečevanje samomora, depresije in anksioznosti; zagotavljati moramo učinkovite in celovite storitve oseb z duševnimi motnjami ter njihovo vključevanje v proces zdravljenja.

KAZALO

1.0 UVOD	1
2.0 PODROČJE DUŠEVNEGA ZDRAVJA V MEDNARODNI PERSPEKTIVI	3
2.1 DUŠEVNO ZDRAVJE PREBIVALCEV EU	3
2.2 POMEMBNEJŠI DOKUMENTI NA RAVNI EVROPE.....	6
2.3 NACIONALNE POLITIKE NA PODROČJU DRŽAV ČLANIC EU – PREGLED PO DRŽAVAH	9
2.4 IZBRANI PRIMERI DOBRE PRAKSE DOKUMENTOV S PODROČJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA	11
2.5 ZAKLJUČEK	17
3.0 DUŠEVNO ZDRAVJE V SLOVENIJI	20
3.1 RAZISKAVE.....	20
3.1.1 <i>Splošna populacija</i>	20
3.1.2 <i>Otroci in mladostniki</i>	22
3.1.3 <i>Starejši</i>	23
3.2 PREGLED IZBRANIH KAZALNIKOV DUŠEVNEGA ZDRAVJA.....	24
3.2.1 <i>Analiza prvih obiskov zaradi duševnih motenj v primarnem zdravstvenem varstvu</i>	25
3.2.1.1 Analiza diagnoz duševnih motenj kot vzroka za prve obiske na primarni ravni zdravstvenega varstva, po spolu in starostnih skupinah	27
3.2.2 <i>Analiza prvih obiskov zaradi duševnih motenj na sekundarni ravni zdravstvenega varstva</i>	31
3.2.2.1 Analiza najpogostejših diagnoz duševnih motenj kot vzrokov za prve obiske na sekundarni ravni zdravstvenega varstva, po spolu in starostnih skupinah.....	33
3.2.3 <i>Analiza bolnišničnih obravnav zaradi duševnih motenj</i>	36
3.2.4 <i>Analiza bolniškega staleža zaradi duševnih motenj</i>	49
3.2.4.1 Analiza bolniškega staleža za polni delovni čas zaradi duševnih motenj.....	49
3.2.4.2 Analiza bolniškega staleža za skrajšani delovni čas zaradi duševnih motenj.....	59
3.2.4.3 Analiza bolniške odsotnosti pri brezposelnih osebah, ki so upravičene do prejemanja nadomestila	64
3.2.5 <i>Analiza glavnih skupin vzrokov za invalidizacijo</i>	66
3.2.6 <i>Analiza umrljivosti zaradi duševnih motenj in samomora</i>	71
3.2.6.1 Zgodovinski pregled samomorilnega vedenja na Slovenskem	71
3.2.6.2 Značilnosti samomora v Sloveniji	72
3.2.6.3 Statistični podatki.....	73
3.2.7 <i>Analiza ambulantno predpisanih zdravil za zdravljenje duševnih motenj</i>	76
3.3 ZAKLJUČEK	80
4.0 MREŽA JAVNE ZDRAVSTVENE SLUŽBE	84
4.1 POSNETEK STANJA	84
4.1.1 <i>Izvajalci zdravstvenega varstva</i>	85
4.1.2 <i>Zdravstveni delavci</i>	88
4.2 RAZPOLOŽLJIVOST JAVNE ZDRAVSTVENE SLUŽBE ZA PREBIVALCE	90
4.2.1 <i>Gravitacijska območja izvajalcev</i>	90
4.3 ZAKLJUČEK	91
5.0 PREGLED NEVLADNIH ORGANIZACIJ S PODROČJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA	92
5.1 IZHODIŠČA IN DOSEDANJE STANJE	92
5.2 POSTOPEK OBLIKOVANJA BAZE NEVLADNIH ORGANIZACIJ NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA	92
5.2.1 <i>Viri</i>	92
5.2.2 <i>Vključitveni oz. izključitveni kriteriji</i>	94
5.2.3 <i>Razvrščanje organizacij glede na področja dela in dejavnosti</i>	95

5.3 ANALIZA PODATKOV.....	96
5.3.1 Področje dela.....	96
5.3.2 Dejavnost oz. vrsta programa nevladnih organizacij.....	98
5.4 ZAKLJUČEK	99
6.0 SKLEPNE UGOTOVITVE.....	100
6.1 SPLOŠNE UGOTOVITVE, KI IZHAJAJO IZ ŠIRŠE ANALIZE	100
6.2 UGOTOVITVE, KI SLEDIJO IZ PREGLEDA STANJA.....	101
6.2.1 Ugotovitve glede organiziranosti in delovanja javne zdravstvene službe in nevladnih organizacij.....	101
6.2.2 Ugotovitve glede glavnih značilnosti duševnega zdravja – duševnih motenj in zapletov ter skupin prebivalstva.....	101
6.3 PRIORITETNA PODROČJA DELOVANJA V PRIHODNJE	102
6.4 OMEJITVE IN SMERNICE ZA NAPREJ	103
7.0 PRILOGE	106
7.1 PRILOGA 1	106
7.2 PRILOGA 2	110
7.3 PRILOGA 3	115
7.4 PRILOGA 4	125
7.5 PRILOGA 5	132

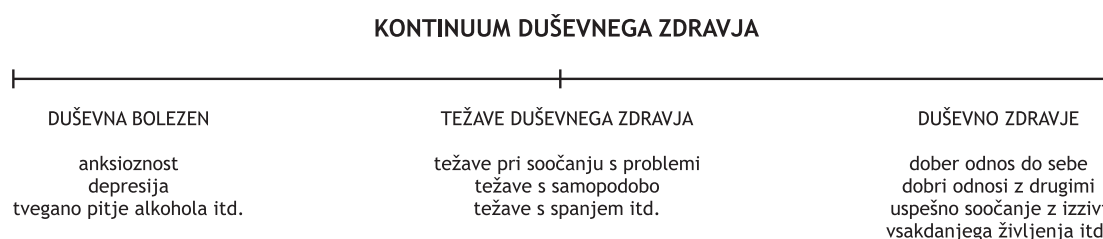
1.0 UVOD

Helena Jeriček Klanšček, Maja Zorko, Maja Bajt, Saška Roškar

»Ni zdravja brez duševnega zdravja«.

(Ban Ki-moon, sekretar Združenih narodov ob Svetovnemu dnevu duševnega zdravja, 2008)

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) duševno zdravje definira kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom in vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela in prispeva v svojo skupnost«. Duševno zdravje je širok koncept, ki vključuje tako pozitivno duševno zdravje (»positive mental health«), npr. dober odnos do sebe in drugih, uspešno soočanje z izzivi, pozitivno samopodobo, občutek moči in sposobnost soočanja s težavami, kot negativno duševno zdravje (»ill mental health«), npr. duševne bolezni, kakor prikazuje kontinuum duševnega zdravja na Sliki 1.



Slika 1. Kontinuum duševnega zdravja (ločnice med posameznimi kategorijami zdravje/težave/bolezni so simbolične, saj je težko določiti, kje se zdravje prevesi v težavo, težava pa v bolezen). Povzeto po Understanding U: Managing the ups and downs of life (1).

Kot velja za osnovno opredelitev zdravja, tudi duševno zdravje pomeni mnogo več kot le odsotnost duševne bolezni. Duševno zdravje je bistveno za našo zmožnost percepcije, razumevanja in interpretacije okolja, ki nas obdaja, pa tudi za mišljenje, govor in medsebojno verbalno in neverbalno komunikacijo. Bistveno je tudi za našo sposobnost oblikovanja in vzdrževanja odnosov ter za naše vsakdanje življenje v različnih družbah in kulturah, v katerih živimo.

Duševno zdravje je sestavni del javnega zdravja. Pomembno je ukvarjanje z duševnim zdravjem celotne populacije in ne le z duševnim zdravjem posameznikov. Duševno zdravje ni stvar samo zdravstvenega sektorja, ampak vseh sektorjev in politik. Je nacionalni kapital in ga je kot takšnega treba izboljšati z združenimi naporami celotne skupnosti in vseh zainteresiranih, vključujoč tudi uporabnike, njihova združenja in skupine svojcev. Duševno zdravje se namreč oblikuje v družinah, šolah, na javnih krajih in delovnih mestih; je rezultat tega, kako nas drugi obravnavajo in kako mi obravnavamo druge in sami sebe (2). Zato je treba konvencionalni pristop, ki je zasnovan predvsem na zdravljenju duševnih bolezni, razširiti na celovit, večdimenzionalni pristop, ki ne bo usmerjen samo k duševnim boleznim, temveč tudi k duševnemu zdravju in njegovi promociji. Tak pristop se mora naslanjati na sistem varovanja zdravja in mora biti

dosežen v skladu z mednarodnimi izkušnjami in standardi, v sodelovanju z regionalnimi strokovnjaki ter z izmenjavo izkušenj med državami.

Namen pričujoče publikacije je podati pregled stanja na področju duševnega zdravja v Sloveniji. V drugem poglavju bomo predstavili pomembnejše dokumente s področja duševnega zdravja v EU, pregledali nacionalne politike in prioritet na področju duševnega zdravja v izbranih državah, ter podrobneje opisali šest primerov dobrih praks.

V tretjem poglavju bomo prikazali izbrane kazalnike duševnega zdravja, med njimi ambulantne in bolnišnične obravnave ter obolevnost zaradi duševnih bolezni, stopnjo umrljivosti zaradi duševnih bolezni s poudarkom na umrljivosti zaradi samomora, invalidnost zaradi duševnih motenj in porabo zdravil, ki se uporabljajo pri zdravljenju duševnih bolezni. Predstavili bomo tudi nekaj podatkov iz Ankete o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007 (3), ki kažejo, kakšno je zdravstveno stanje prebivalcev Republike Slovenije, kako pogosto prebivalci Slovenije uporabljajo različne zdravstvene storitve in kakšen je njihov življenjski slog, povezan z zdravjem. Za bolj poglobljeno sliko o duševnem zdravju slovenskih otrok in mladostnikov bomo prikazali še nekaj podatkov mednarodne raziskave HBSC – Z zdravjem povezano vedenje v šolskem okolju (4).

Četrto poglavje kaže stanje mreže javne zdravstvene službe v Sloveniji. Prikazali bomo število in regionalno razpršenost izvajalcev zdravstvenega varstva in zdravstvenih delavcev na področju duševnega zdravja ter razpoložljivost javne zdravstvene službe za prebivalce. Mrežo izvajalcev, ki izvajajo programe in storitve za duševno zdravje, pa sestavljajo tudi nevladne organizacije s področja duševnega zdravja, ki smo jih zajeli v petem poglavju. Prikazali bomo postopek oblikovanja baze nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja in glavne ugotovitve.

V sklepnem, šestem poglavju, bomo navedli ključne ugotovitve in prioriteta področja za delo v prihodnje.

Viri:

- (1) Understanding U: Managing the ups and downs of life. Michigan: University of Michigan. Dostopno na: http://hr.umich.edu/mhealthy/programs/mental_emotional/understanding_u/screen/index.html, pridobljeno dne 20. 11. 2008.
- (2) European Commission (2007): Framework for Action for Promoting Mental Health in Europe. Brussels: EC.
- (3) Inštitut za varovanje zdravja RS (neobj.): Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007.
- (4) Jeriček, H., Lavtar, D. in Pokrajac, T. (2007). HBSC Slovenija 2006 – Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

2.0 PODROČJE DUŠEVNEGA ZDRAVJA V MEDNARODNI PERSPEKTIVI

Maja Bajt

2.1 Duševno zdravje prebivalcev EU

Dobro duševno zdravje predstavlja temelj zdravja nasploh in posledično tudi socialne in gospodarske stabilnosti ter kakovosti življenja evropskih državljanov. Izboljšanje duševnega zdravja je eden od strateških ciljev politik EU, ki mu je v zadnjih nekaj letih namenjene veliko pozornosti in političnih aktivnosti tako v EU kot v posameznih državah članicah.

Duševno zdravje prebivalcev posameznih držav Evrope se med seboj zelo razlikuje. Podatki posebne raziskave Eurobarometer o duševnem zdravju in dobrem počutju¹ iz leta 2005/2006 kažejo, da je večji delež evropskega prebivalstva poročal o občutenju pozitivnih kot pa negativnih čustev. Podatki posameznih držav se seveda med seboj pomembno razlikujejo, v splošnem pa ugotavljamo, da prebivalci starih EU članic (predvsem to velja za skandinavske in države regije Beneluks) poročajo o boljšem duševnem zdravju kot pa prebivalci novih članic. Podobno stanje kažejo tudi podatki Evropske raziskave o kvaliteti življenja² (2EQLS) iz leta 2008, ki je vključevala tudi področje duševnega zdravja³. Kažejo na pomembno razliko v oceni duševnega zdravja prebivalcev Evrope: najvišjo raven duševnega zdravja (merjeno preko Indeksa duševnega zdravja v razponu 0 – 100) dosegajo prebivalci EU15⁴ in Norveške (vrednost indeksa 70), medtem ko se najnižje uvrščajo Turčija (vrednost indeksa 47), Malta, Romunija, Makedonija in Latvija (vrednosti indeksa med 53 in 55). Na ravni vseh sodelujočih držav pa ugotavljamo slabše duševno zdravje žensk, starejših in posameznikov z nižjimi dohodki (1, 3).

Negativni vidik duševnega zdravja se odraža v prevalenci duševnih motenj in bolezni. Vsako leto za katero od oblik duševne bolezni zbolijo približno 11 % Evropejcev. Različna psihiatrična stanja prispevajo k četrtini celotnega slabega zdravja Evropejcev in se takoj za ishemičnimi srčnimi boleznimi uvrščajo kot drugi vodilni vzrok obolevnosti (1).

Najpogostejše oblike duševnih bolezni v EU so anksiozne motnje in depresija. Depresija je ena izmed resnejših duševnih bolezni, ki je v hujši obliki prisotna pri 13 % odrasle populacije oziroma pri 9 % odraslih moških in 17 % odraslih žensk v EU. Vpliv depresije na kakovost življenja se enači s kakovostjo življenja posameznika s hudo telesno boleznijo, npr. možgansko kapjo. Do leta 2020 naj bi depresija postala najpogostejši vzrok bolezni v razvitem svetu (1).

¹ Raziskava Eurobarometer o duševnem zdravju in dobrem počutju je zajela prebivalce vseh 27 držav EU in državi kandidatki Hrvaško in Turčijo. V raziskavo so bili vključeni anketiranci, starejši od 15 let.

² Evropska raziskava o kvaliteti življenja (2EQLS) iz leta 2008 je bila izvedena v obdobju 2007/2008, v evropski organizaciji Eurofund. Vanjo je bilo vključenih preko 35.000 intervjuvancev, starejših od 18 let, iz 31 držav 27 EU držav članic, 3 države kandidatke (Hrvaška, Makedonija, Turčija) in Norveška. Vzorec intervjuvancev v posamezni državi se je gibal med 1000 in 2000.

³ Duševno zdravje prebivalcev Evrope so v raziskavi ocenjevali s pomočjo Indeksa duševnega zdravja (Mental Health Index) – WHO. Ta indeks se izračunava preko samoocene osebnega počutja v zadnjih dveh tednih (lestvica od 0 = ves čas do 5 = nikoli) in na podlagi petih postavk. Seštevek ocen na petih postavkah se nato pomnoži s 4 in prikaže na lestvici od 0 do 100.

⁴ EU15 – evropske države pred širitvijo EU (01. 05. 2004): Avstrija, Belgija, Danska, Finska, Francija, Nemčija, Grčija, Irska, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Portugalska, Španija, Švedska, Velika Britanija.

Pogost izid duševne bolezni je samomor, ki ga v EU vsakih 9 minut naredi en človek (kar 90 % samomorov je povezanih z duševnimi motnjami, od tega 60 % z depresijo, velik delež pa tudi z uporabo alkohola). Samomor je glavni vzrok za prezgodnjo smrt v Evropi, v letu 2006 je zaradi njega umrlo 59.000 ljudi, 45.000 moških in 14.000 žensk. Natančneje to pomeni 20 mladih v starosti od 15 do 29 let, 87 odraslih v starosti od 30 do 59 in 56 starejših od 60 let, ki so zaradi samomora umrli vsak dan (1). Eden od kazalcev umrljivosti zaradi samomora je samomorilni količnik, ki nam pove, kolikšna je stopnja umrljivosti zaradi samomora na 100.000 prebivalcev na leto v posamezni državi. Kadar v stopnji umrljivosti zaradi samomora med seboj primerjamo več držav, je boljše, če kot kazalec umrljivosti uporabljamo standardizirano stopnjo umrljivosti (SDR). SDR je starostno standardizirana stopnja umrljivosti, ki nam pove, kakšna bi bila stopnja umrljivosti (na 100.000 prebivalcev na leto), če bi populacija opazovane države imela enako starostno porazdelitev prebivalstva, kot jo ima izbrana širša populacija, denimo evropska. Primerjave med posameznimi državami članicami EU kažejo, da je največ samomorov v vzhodnoevropskih državah, medtem ko se mediteranske države in Velika Britanija glede na stopnjo samomorilnosti uvrščajo najnižje. Leta 2005 so med evropske države z najvišjo standardizirano stopnjo umrljivosti (v vseh starostnih skupinah) spadale Litva (37,02), Madžarska (23,2) in Slovenija (21,98) (2).

Duševne bolezni pomenijo veliko izgubo in obremenitev za gospodarske, socialne, izobraževalne ter kazenske in sodne sisteme. Ocenjujejo, da EU duševne bolezni stanejo 3 do 4 % BDP, v glavnem zaradi izgubljene produktivnosti (od tega je kar 65 % stroškov zunaj zdravstvenega sektorja): dolgotrajne odsotnosti z dela, nezmožnosti za delo in prezgodnjih upokojitev. V letu 2004 so bili ekonomski stroški, ki so nastali zgolj zaradi depresije ocenjeni na 250 evrov na prebivalca oziroma na 118 milijard evrov v državah EU25⁵ in EFTA⁶, pri čemer so neposredni stroški oziroma stroški, nastali zaradi zdravljenja predstavljali zgolj manjši del celotnega ekonomskega bremena (4).

Četudi večina mladih v EU poroča o dobrem duševnem zdravju so mladostniki glede duševnega zdravja posebej ranljiva skupina. Petina otrok in mladostnikov v EU se sooča z razvojnimi, čustvenimi ali vedenjskimi težavami, medtem ko ima eden od osmih diagnosticirano eno od duševnih bolezni. Približno 50 % duševnih bolezni nastane že pred dopolnjenim 14. letom starosti, pogosto gre za bolezni, ki so ponavljajoče oziroma imajo kronični potek (1). Treba je opozoriti tudi na pojavnost mladostniških samomorov, saj so tretji najpogostejši vzrok smrti pri mladih v EU, kjer je leta 2005 samomorilni količnik znašal 8, a se je med državami članicami močno razlikoval. Najnižje stopnje samomorilnosti so zabeležili v državah Južne Evrope (manj kot 5), najvišje pa v državah Severne in Vzhodne Evrope (okrog 25). Pomemben javnozdravstveni problem predstavljajo tudi samopoškodbe, katerih izid ni smrt in ki so od 10- do 40- krat pogostejše kot dejanski samomor ter se posebej pogosto pojavljajo pri dekletih (5).

Izpostavimo tudi pomembnost posameznikovega delovnega okolja, saj ima zaposlitev pomembne koristne učinke za fizično in duševno zdravje. Vzdrževanje dobrega duševnega zdravja v delovnem okolju pomembno pripomore tako k posameznikovi produktivnosti kot tudi k ekonomski rasti in globalni konkurenčnosti. Prav tako dobro duševno zdravje na delovnem mestu pomembno prispeva k zdravju celotne populacije in

⁵ EU25 - države EU v obdobju med 01. 05. 2004 in 01. 01. 2007: Avstrija, Belgija, Danska, Finska, Francija, Nemčija, Grčija, Irska, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Portugalska, Španija, Švedska, Velika Britanija, Madžarska, Malta, Slovenija, Slovaška, Češka, Poljska, Ciper, Latvija, Litva, Estonija.

⁶ EFTA (Evropska cona proste trgovine): Islandija, Lichtenstein, Norveška, Švica.

nudi tudi priložnost za socialno vključenost posameznikov z duševnimi motnjami. Pomembno je zaradi vplivov posameznikovega dela na njegovo duševno zdravje, pa tudi vplivov dela na druga življenjska področja. Narava dela v EU se prilagaja spremembam na področju ekonomije (ki je usmerjena predvsem na povečevanje konkurenčnosti na globalnem trgu), kar povečuje nezanesljivost delovnih mest, vpeljuje številne tehnološke in strukturne spremembe ter spreminja demografsko strukturo delovne sile (zaposlovanje žensk, starejši delavci, migranti ...). Poročilo Evropske agencije za varnost in zdravje na delovnem mestu iz leta 2007 opozarja na pojavljanje stresa zaradi psihosocialnih dejavnikov tveganja, ki pomembno vplivajo na duševno zdravje na delovnem mestu: zmanjšana zanesljivost delovnih mest, pogodbe o delu za določen čas, nezadovoljstvo z delom zaradi povečane obremenjenosti, visoke zahteve na delovnem mestu, trpinčenje in mobing na delovnem mestu ter nesorazmerje med delom in drugimi področji posameznikovega življenja. Po podatkih Evropske raziskave o delovnih pogojih iz leta 2007 kar dve tretjini delavcev ne opravlja dela, ki bi izboljšalo njihove zaposlitvene možnosti; skoraj dve tretjini jih mora opravljati delo v tesnih časovnih rokih, 40 % pa pri svojem delu prejme premalo pomoči s strani svojih nadrejenih oz. je vključenih v monotone delovne postopke. Drugi dejavniki tveganja, ki jim posvečamo premalo pozornosti so: pomanjkanje nadzora nad delom, premalo sodelovanja pri odločanju, slaba socialna opora na delovnem mestu in nejasni sistemi vodenja. Kljub temu, da so omenjeni dejavniki tveganja prisotni v vseh državah EU, se med posameznimi državami članicami vseeno pojavljajo razlike: strah pred izgubo delovnega mesta je prisoten pri kar 25 % delavcev v novih državah članicah EU in pri 11 % delavcev v starih državah članicah. Tveganje za težave v duševnem zdravju na delovnem mestu je povezano predvsem z visoko zahtevnostjo ter slabim ravnovesjem med vloženim naporom in nagrado za opravljeno delo in je v takšnem primeru kar za 80 % večje kot pri celotni populaciji delavcev. Prav tako kombinacija dveh dejavnikov tveganja - prisotnosti velikih naporov vloženih v delovni proces, in visoka nezanesljivost delovnega mesta - za kar 14-krat poveča tveganje za razvoj depresije, prav tako lahko k nastanku depresije prispeva veliko število delovnih ur (delovna preobremenitev). Stres, ki je povezan z dejavniki tveganja na delovnem mestu, močno vpliva na število bolniških odsotnosti in prezgodnje upokojitve (6).

Posebej ranljiva skupina prebivalstva so tudi starejši. Ker je definicij starosti veliko, po dogovoru Evropske komisije, v to skupino spadajo posamezniki, ki štejejo 65 let in več. Raziskave kažejo, da se starejši počutijo manj srečne in manj zadovoljne kot mlajši prebivalci EU. Zaradi staranja populacije tako v državah EU beležimo čedalje več duševnih bolezni, povezanih s starostjo (različnih demenc, depresije, samomorilnosti). Četudi ni povsem jasno, ali prevalenca depresije in anksioznosti s starostjo narašča ali upada, je prisotnost obeh motenj pri starejših precej pogosta. Depresija prizadene od 10 do 15 % oseb starejših od 65 let, odstotek pa je še krepko višji ob upoštevanju subklinične depresije in posameznih depresivnih simptomov, ki se posebej pogosto pojavljajo pri starostnikih, ki bivajo v domovih za ostarele. Depresija pri starejših je povezana s številnimi demografskimi dejavniki, saj zaradi nje pogosteje obolevajo ženske, posamezniki, ki živijo sami, in tisti z različnimi fizičnimi obolenji. Starejši z depresijo 2- do 3-krat pogosteje obolevajo za dvema ali več kroničnimi obolenji in so v primerjavi z mlajšimi posamezniki 2- do 6-krat bolj verjetno omejeni pri vsaj eni od vsakodnevnih aktivnosti. Komorbidnost depresije z drugimi boleznimi pri starejših povečuje potrebo po strokovni pomoči. Več kot 5 milijonov starejših v EU oboleva za različnimi tipi demenc (1,1 do 1,3 %), za katere je značilen upad intelektualnih funkcij v tolikšni meri, da motijo posameznikovo vsakdanje življenje. Med demencami se najpogosteje pojavlja Alzheimerjeva bolezen, ki obsega kar 60 % vseh primerov demenc ter s starostjo še

narašča (od 2 % v starosti od 65 do 69 let do 22 % v starosti od 85 do 89 let). Pri predvidenem staranju prebivalstva je pričakovano, da se bo odstotek obolelih za Alzheimerjevo boleznijo v državah Zahodne Evrope do leta 2040 še podvojil. Starejši so tudi skupina z najvišjo stopnjo samomorilnosti v Evropi (pri starejših se je v letu 2005 gibala med 16,4 in 22,9 na 100.000 prebivalcev v EU27⁷). Samomorilno vedenje pri starejših je najpogosteje povezano z različnimi psihiatričnimi motnjami (prisotne so pri 71 do 95 % samomorov), kroničnimi boleznimi, boleznimi, ki jih spremljajo hude ali dolgotrajne bolečine ter socialno izolacijo (7).

Vsi navedeni podatki nakazujejo, da je področje duševnega zdravja eden izmed glavnih javnozdravstvenih problemov v državah članicah EU. Da bi izboljšali duševno zdravje evropskega prebivalstva in njegovih posameznih podskupin, je bilo na ravni EU v zadnjih nekaj letih danih nekaj pobud v obliki različnih dokumentov (deklaracije, resolucije ...), pa tudi prek usmerjanja držav k vključevanju področja javnega duševnega zdravja v nacionalne politike.

2.2 Pomembnejši dokumenti na ravni Evrope

Na ravni celotne Evrope spada med pomembnejše ukrepe za izboljšanje duševnega zdravja evropskih prebivalcev podpis *Deklaracije in akcijskega načrta za področje duševnega zdravja v Evropi* (8, 9) na Evropski ministrski konferenci SZO v Helsinkih leta 2005, s katerim so določili okvir za celostne ukrepe in ustvarili močno politično zavezo na področju duševnega zdravja. Evropska komisija je bila kot eden od sodelujočih partnerjev na konferenci pozvana k izvajanju različnih ukrepov.

Nacionalne politike na področju duševnega zdravja naj bi bile glede na določila Deklaracije prioritarno usmerjene na sledeča področja:

- promocija duševnega zdravja in posameznikovega dobrega počutja,
- odpravljanje stigme, diskriminacije in socialne izključenosti,
- preventiva na področju duševnega zdravja,
- skrb za obolele za duševnimi motnjami (zagotavljanje celovitih in učinkovitih storitev in intervencij, vključevanje uporabnikov in skrbnikov v proces zdravljenja ter nudenje izbire),
- vključevanje bolnikov z duševno boleznijo v družbo (med okrevanjem in njem).

V ta namen naj bi posamezne države zasnovala in implementirale celovite, na dokazih temelječe politike, ki bi zajemale številne aktivnosti/ukrepe, ki se nanašajo na vsa naštet področja. Aktivnosti/ukrepi naj se posebej osredotočijo na: promocijo pozitivnega duševnega zdravja v vseh okoljih in družbah (vključno z ranljivimi skupinami); spremljanje vpliva vseh javnozdravstvenih politik na duševno zdravje; odpravljanje stigme in diskriminacije (s posebnim poudarkom na zaščiti človekovih pravic); nudenje intervencij za posamezne ciljne skupine (glede na življenjska obdobja); razvoj in implementacijo meril za zmanjševanje prepričljivih vzrokov za duševne motnje in samomor; izgradnjo kapacitet in sposobnosti vseh akterjev na področju duševnega zdravja (splošni zdravniki, storitve primarne oskrbe, mreženje med zdravstvenim in

⁷ EU27 – države EU v obdobju po zadnji širitvi EU (01. 01. 2007): Avstrija, Belgija, Danska, Finska, Francija, Nemčija, Grčija, Irska, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Portugalska, Španija, Švedska, Velika Britanija, Madžarska, Malta, Slovenija, Slovaška, Češka, Poljska, Ciper, Latvija, Litva, Estonija, Bolgarija, Romunija.

nezdravstvenim sektorjem); nudenje celovite in učinkovite oskrbe ljudem z duševnimi motnjami; vzpostavljanje partnerstev, koordinacije in vodenja med različnimi sektorji in agencijami na regijski in državni ravni; povezovanje različnih disciplin/ved za učinkovitejše delovanje, ocenjevanje in spremljanje duševnega zdravja populacije in posebnih populacijskih skupin; zagotavljanje ustrezne in zadostne finančne podpore ter ustrezne diseminacije in evaluacije uresničevanja navedenih ciljev.

Deklaraciji je dodan Akcijski načrt za področje duševnega zdravja v Evropi, ki naj bi ga posamezne države uporabile v skladu z lastnimi potrebami in možnostmi. Akcijski načrt predlaga načine razvijanja, implementiranja in krepitev celostnih politik na področju duševnega zdravja, in sicer za vsako od prioritarnih področij opredeljuje nabor učinkovitih aktivnosti oz. ukrepov. Poleg tega navaja tudi seznam ključnih nalog/mejnikov, ki so jih s podpisom Deklaracije in akcijskega načrta, države članice dolžne izpolniti v letih 2005 do 2010:

- priprava politik in implementacija aktivnosti za preprečevanje stigmatiziranja in diskriminacije, promocija duševnega zdravja in dobrega počutja (vključno v šolah in na delovnem mestu),
- temeljit pregled vpliva duševnega zdravja na vse javne politike;
- vključevanje preventive na področju duševnega zdravja in preprečevanja samomora v nacionalne politike,
- razvijanje specialističnih storitev za obravnavanje specifičnih problemov v populaciji (mladi, starostniki ...),
- kot prednostne določiti storitve, ki so namenjene duševnim težavam marginaliziranih in ranljivih skupin,
- razvijanje partnerstev in medsektorskega povezovanja,
- razvijanje delovne sile na področju duševnega zdravja,
- opredelitev nabora kazalnikov s področja determinant duševnega zdravja in epidemiologije (v sodelovanju z drugimi državami članicami),
- zagotavljanje ustreznega financiranja, ureditve in zakonodaje na področju duševnega zdravja,
- upoštevanje človekovih pravic pri delu z duševno bolnimi,
- povečanje ravni socialne vključenosti duševnih bolnikov,
- vključevanje uporabnikov in skrbnikov v vse faze priprave in implementacije aktivnosti/ukrepov.

V letu 2005 je Evropska komisija objavila *Zelena knjigo za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva – Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo* (10). Zelena knjiga je nastala kot odgovor na Deklaracijo in akcijski načrt za področje duševnega zdravja SZO, saj naj bi z njo določili okvir za izmenjavo in sodelovanje med državami članicami, pomagali povečati usklajenost ukrepov v sektorjih zdravstvenih in nezdravstvenih politik v državah članicah in na ravni Skupnosti ter omogočali vključenost širokega kroga pomembnih zainteresiranih strani pri določanju rešitev.

Namen Zelene knjige je bil med evropskimi institucijami, vladami, zdravstvenimi strokovnjaki, zainteresiranimi akterji v drugih sektorjih, civilno družbo, organizacijami bolnikov in raziskovalno skupnostjo sprožiti razpravo o pomembnosti duševnega zdravja ter o potrebah po celostni strategiji na ravni EU in njenih možnih prednostnih nalogah. Glede na to, da je stanje duševnega zdravja med državami članicami (in tudi znotraj držav članic) zelo neenako, je postavljanje enotnih zaključkov in enotnih rešitev za celotno EU povsem nesmiselno, je pa mogoče sodelovati in izmenjevati izkušnje, povečati

povezanost ukrepov v različnih sektorjih politik ter odpreti platformo za vključevanje zainteresiranih strani, vključno z organizacijami bolnikov in civilne družbe pri iskanju rešitev.

V Zeleni knjigi so za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva EU predlagani številni ukrepi, ki izhajajo iz izsledkov projektov EU na področju javnega zdravja:

- spodbujanje duševnega zdravja in boj proti duševnim boleznim s pomočjo preventivnih ukrepov: spodbujanje duševnega zdravja prebivalstva (pri dojenčkih, otrocih, mladostnikih; pri aktivnem prebivalstvu; pri starejših; pri občutljivih družbenih skupinah), preprečevanje duševnih bolezni s preventivnimi ukrepi (preprečevanje depresije, zmanjšanje zdravstvenih motenj zaradi uživanja različnih psihoaktivnih snovi, preprečevanje samomorov);
- spodbujanje vključevanja duševno bolnih ali prizadetih oseb v družbo ter zaščita njihovih temeljnih pravic in dostojanstva: sprememba modela psihiatričnih služb in oskrbe psihiatričnih bolnikov;
- izboljšanje obveščanja in znanja o duševnem zdravju v EU: uskladitev obstoječih nacionalnih in mednarodnih kazalcev za duševno zdravje, da bi ustvarili primerljivo bazo podatkov za celotno EU.

Zelena knjiga kot ključne dejavnosti predvideva ustvarjanje dialoga o duševnem zdravju z državami članicami in znotraj tega določanje prednostnih nalog in elementov za akcijski načrt na področju duševnega zdravja, ustanovitev platforme EU o duševnem zdravju (medsektorsko sodelovanje) in razvijanje povezave med politiko in raziskovanjem na področju duševnih bolezni.

Eden od nedavnih, pomembnejših dokumentov iz leta 2008 na ravni EU je *Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje* (11). Pakt je bil predstavljen na konferenci, ki je združevala ministre, strokovnjake, bolnike, zdravstvene delavce, raziskovalce in vse druge akterje, da bi se dogovorili o skupnih ukrepih za izboljšanje duševnega zdravja v Evropi.

Pakt prepoznava izzive v zvezi z duševnim zdravjem in predlaga združevanje znanja iz vse EU, da se razvijejo skupno podprta priporočila za ukrepe na petih ključnih področjih:

- preprečevanje samomora in depresije: izboljšati znanje na področju duševnega zdravja pri zdravstvenih strokovnjakih in drugih ključnih akterjih znotraj socialnega sektorja; zmanjšati dostop do potencialnih sredstev za uporabo pri samomoru; povečati ozaveščenost na področju duševnega zdravja pri splošni populaciji, zdravstvenih strokovnjakih in v drugih relevantnih sektorjih; zagotoviti podporne mehanizme za posameznike, ki so poskušali narediti samomor, in njihove svojce;
- duševno zdravje mladih in izobraževanje: omogočiti zgodnje intervencije, ki naj bodo vključene v izobraževalni sistem; nuditi programe, ki spodbujajo starševske spretnosti; spodbujati izobraževanje o duševnem zdravju pri strokovnjakih na področju zdravja, izobraževanja, dela z mladimi in drugih relevantnih sektorjev; spodbujati vključevanje izobraževanja o socialnih in čustvenih spretnostih v dejavnosti znotraj in zunaj učnega načrta, v vrtcih in šolah; uvajanje programov za preprečevanje zlorab, trpinčenja, nasilja, socialne izključenosti; spodbujati vključevanje mladih v izobraževanje, kulturo, šport in zaposlovanje;
- duševno zdravje v delovnem okolju: izboljšati organizacijo dela, organizacijsko kulturo in postopke vodenja v smislu spodbujanja dobrega počutja na delovnem mestu, vključno z usklajevanjem dela z družinskim življenjem posameznika;

vpeljati programe duševnega zdravja in dobrega počutja, preventivne programe za preprečevanje stresa, nasilnega vedenja in uporabe psihoaktivnih snovi ter programe zgodnje intervencije; pripraviti ukrepe za spodbujanje zadrževanja na delovnem mestu in ponovnega vključevanja (rehabilitacije) ljudi s težavami v duševnem zdravju;

- duševno zdravje starejših ljudi: spodbujati aktivno vključevanje starejših v skupnost, vključno s spodbujanjem njihove fizične aktivnosti in možnosti za izobraževanje; razvijati fleksibilne načine upokojevanja, ki starejšim omogočajo daljšo vključenost v delo; pripraviti ukrepe za spodbujanje duševnega zdravja in dobrega počutja pri starejših (tistih, ki bivajo v domačem okolju in tistih v skupnostih in institucijah); pripraviti ukrepe, ki so v pomoč skrbnikom;
- boj proti stigmatizaciji in socialni izključenosti: podpirati kampanje proti stigmatiziranju in spodbujati vključevanje ljudi z duševnimi motnjami v šole in delovne organizacije; na področju duševnega zdravja razvijati storitve, ki so dobro vključene v skupnost; spodbujati vključevanje posameznikov z duševnimi težavami v skupnost (izboljšati zaposlovanje, dostop do ustreznega usposabljanja in izobraževanja); vključiti posameznike z duševnimi težavami in njihove skrbnike v proces ustvarjanja politik in ukrepov na področju duševnega zdravja.

Pakt je nadaljevanje posvetovanja o duševnem zdravju na podlagi Zelene knjige iz leta 2005. V okviru priprave Pakta so bili v sodelovanju z nacionalnimi ministrstvi, izvajalci dejavnosti in raziskovalci iz različnih sektorjev oblikovani štirje dokumenti o soglasju, ki pokrivajo naslednja področja: preprečevanje depresije in samomora, duševno zdravje mladostnikov in izobraževanje, duševno zdravje v delovnem okolju, duševno zdravje starejših.

2.3 Nacionalne politike na področju držav članic EU – pregled po državah

V Tabeli 1 prikazujemo pregled pomembnejših dokumentov s področja duševnega zdravja v državah EU (12, 13).

Tabela 1. Pregled pomembnejših dokumentov s področja duševnega zdravja v državah EU.

<i>DRŽAVA</i>	<i>DOKUMENT NA NACIONALNI RAVNI</i>
Avstrija	Ne, samo dokumenti na regionalni ravni.
Belgija	Ne, usklajevanje med parlamentom in posamezno skupnostjo (francosko, nemško, nizozemsko govoreči).
Bolgarija	Nacionalni program na področju samomora in preprečevanja zlorabe snovi + dva programa preventive (po letu 1997).
Češka	Dolgoročni program za izboljšanje zdravja češke populacije – Health for all in 21 st century, nacionalni program za področje promocije zdravja National Public Health Promotion Programme (1999), National psychiatric programme (2007).
Danska	Vključeno v celostno zdravstveno politiko Healthy throughout life (2002), ki poleg duševnega zdravja zajema tudi druga področja.
Finska	Več dokumentov na nacionalni ravni, ki pokrivajo posamezna podpodročja duševnega zdravja (samomor, shizofrenija, depresija, pozitivno duševno zdravje, duševno zdravje v primarni oskrbi, socialna

	oskrba): Programme for Suicide Prevention, The Shizophrenia Programme, National Depression Programme, Meaningful Life, Mental Health in Primary Services, Strategy for Social Protection 2015.
Francija	Program Psychiatrie et Sante Mentale 2003–2008.
Nemčija	Vsebine duševnega zdravja so vključene v Splošni zakon o socialnem zavarovanju V (obvezne vsebine pri promociji zdravja) in IX (financiranje).
Madžarska	Vsebine duševnega zdravja so vključene v splošni javnozdravstveni program – National Public Health Programme (preventiva na področju duševnega zdravja) in v programe National Children Health Programme, Health Society Complex Programme, National Development Plan II 2007–2013. V pripravi je nacionalni program za duševno zdravje (National Programme of Mental Health).
Irska	Vsebine duševnega zdravja so vključene v različne dokumente: National Health Strategy (2001), National Health Promotion Strategy (2000–2005), Reach Out – National Strategy for Action on Suicide Prevention (2005). Leta 2006 je skupina strokovnjakov s področja duševnega zdravja izdala poročilo A Vision for Change, v katerem je zajet celostni okvir za razvoj storitev na področju duševnega zdravja za obdobje 7 do 10 let.
Italija	Dokument Central Mental Health Policy, ki določa okvir za izvajanje storitev na področju duševnega zdravja na lokalni ravni, ključne prioritete, intervencije in pričakovane rezultate. Poleg omenjenega dokumenta pokriva področje duševnega zdravja še zakon National Mental Health Law (1978).
Latvija	Vsebine duševnega zdravja so zajete v splošni javnozdravstveni strategiji (Public Health Strategy) in akcijskem programu Action Programme for Implementation of Public Health Strategy 2004–2010. S podporo SZO je izdelan tudi osnutek dokumenta Improving Mental Health in Population 2009–2014.
Litva	Vsebine duševnega zdravja so zajete v dokumentu, ki zajema celotno področje zdravja (The Lithuanian Health Programme 1999) ter v posebnem dokumentu, ki pokriva področje preventive samomora (National Suicide Prevention Programme 2002). Poleg tega je bilo od leta 1995 dalje sprejetih več zakonov/programov s področja duševnega zdravja Zakon za področje duševnega zdravja (1995), Zakon o nadzoru nad porabo narkotikov in psihoaktivnih snovi (1998), Nacionalni program preprečevanja duševnih bolezni (1999), Nacionalni program za preprečevanje zlorabe drog (1999), Nacionalni program za področje alkohola (1999), Nacionalni program za preprečevanje samomora (2003–2005). V letu 2007 je parlament sprejel Nacionalno strategijo za področje duševnega zdravja (temelji na Deklaraciji SZO), v postopku je sprejemanje Programa za implementacijo Nacionalne strategije za duševno zdravje.
Luksemburg	V teku je izdelava nacionalnega načrta za področje duševnega zdravja.
Portugalska	Nimajo posebnega dokumenta za duševno zdravje, duševno zdravje predstavlja del (oz. celo prioriteto) portugalskega splošnega načrta za zdravje prebivalstva (Portugese National Health Plan 2004–2010 oz. 2008–2016).
Romunija	Zakon o duševnem zdravju (2002), v pripravi sta Strategija za področje duševnega zdravja in Nacionalni plan za področje duševnega zdravja.

Velika Britanija	Anglija: Zakon o duševnem zdravju (2007); Škotska: Nacionalni program za izboljšanje duševnega zdravja in dobrega počutja (2001), trenutno so v fazi priprave javne objave nacionalne politike, okvirnega načrta za implementacijo in akcijskega načrta za obdobje 2008–2011. Vsebine duševnega zdravja so tudi v Nacionalni strategiji za preprečevanje samomora (Choose Life) in v številnih programih, ki so namenjeni posameznim populacijskim skupinam (mladi, starejši).
Ciper	Politika za področje duševnega zdravja (1995), ki ne vključuje področij preventive in promocije.
Estonija	Ne.
Grčija	Nacionalni načrt za področje duševnega zdravja za obdobje 2001–2011 in Okvirni načrt politike za razvoj in posodobitev storitev na področju duševnega zdravja (1999), ki vključuje tudi področje preventive in promocije duševnega zdravja.
Malta	Nacionalna politika na področju storitev duševnega zdravja (1995), vsebine duševnega zdravja so vključene tudi v dokument, ki pokriva celotno področje zdravja (Health Vision 2000).
Nizozemska	Vsebine duševnega zdravja so vsebovane v nacionalnem dokumentu (politiki) za področje duševnega zdravja, v nacionalnih dokumentih preventive in promocije zdravja ter v nacionalnem dokumentu Longer Healthy Living 2004–2007.
Poljska	Ne.
Slovaška	Nacionalni dokument National programme on Mental Health (2004), ki vsebuje poglavje o preventivi in zdravstveni promociji.
Španija	Strategija za področje duševnega zdravja v nacionalnem zdravstvenem sistemu – Strategy in Mental health of the National Healthy System (2006), regionalni načrti za področje duševnega zdravja (npr. Master Plan on Mental Health and Addictions).
Švedska	Nimajo posebne dokumenta za celotno področje duševnega zdravja (imajo pa npr. dokument, ki zajema nacionalno alkoholno politiko), vendar so vsebine duševnega zdravja kot prioritete vključene v večino ključnih političnih dokumentov na področju zdravja.

2.4 Izbrani primeri dobre prakse dokumentov s področja duševnega zdravja

Velika Britanija – Škotska (National Programme for Improving Mental Health and Well-being 2001)

Nacionalni program za izboljšanje duševnega zdravja in dobro počutje je bil začel v letu 2001 z namenom izboljšati duševno zdravje in dobro počutje prebivalcev Škotske ter preko tega izboljšati kakovost življenja in vključenost ljudi s težavami v duševnem zdravju v družbo (14). Nacionalni program naj bi pripomogel k oblikovanju, financiranju in podpori ključnih iniciativ in dejavnosti na področju duševnega zdravja.

Ključne značilnosti škotskega programa so:

- temelji na podatkih o duševnem zdravju škotskega prebivalstva in podatkih o odnosu škotskega prebivalstva do duševnega zdravja in bolezni,
- poudarja štiri ključne cilje,
- obsega šest prioritetenih področij,

- vključuje tako pozitivni vidik duševnega zdravja (»positive mental health«) kot tudi vidik duševnih motenj (»ill mental health«),
- nacionalni program povezuje različna področja in politike (ni vezan zgolj na zdravstvo!) in deluje v kontekstu: izboljšanje zdravja – socialna pravičnost in socialna vključenost – izobraževanje in mladi – umetnost in kultura – podjetništvo in vseživljenjsko učenje,
- akcijski plan za krajša (srednjeročna) obdobja na podlagi Nacionalnega programa,
- letna poročila o napredku oz. uresničevanju programa.

Ključni cilji nacionalnega programa so:

- ozaveščanje javnosti in promocija duševnega zdravja in dobrega počutja,
- zmanjševanje stigme in diskriminacije, ki se nanaša na negativno duševno zdravje,
- preprečevanje samomora (zajeto v posebni nacionalni strategiji in akcijskem načrtu za preprečevanje samomora Choose Life),
- promocija in spodbujanje okrevanja zaradi težav v duševnem zdravju.

Nacionalni program določa šest prioriternih področjih, kjer je potrebno takojšnje ukrepanje:

- Izboljšanje duševnega zdravja v najzgodnejših letih (dobro duševno zdravje v zgodnjih letih pogojuje dobro duševno zdravje kasneje – v obdobju adolescence, odraslosti in starosti; nacionalni program je podprl razvoj posebnega okvirnega programa za duševno zdravje otrok in mladostnikov Framework for Children and Young People ter strategije za najzgodnejša zgodnja otrokova leta; nacionalni program podpira številne nacionalne in regionalne programe namenjene otrokom, npr. Heads up, Starting Well, Beyond the Blues – preprečevanje poporodne depresije, Infant Mental Health Project).
- Izboljšanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov, ki je posebej opredeljeno v okvirnem programu Framework for Children and Young People; nacionalni program podpira številne nacionalne in regionalne programe, kot so Heads up, Talking2Ourselves, Place2Be, Zdrave šole ...
- Izboljšanje duševnega zdravja in dobrega počutja v povezavi z zaposlitvijo in delovnim okoljem (zaposlitev in delovno okolje se šteje kot zelo pomembno za duševno zdravje zaradi časa, ki ga človek preživi na delovnem mestu; nacionalni program je osnova za posebno strategijo Healthy Working Lives Strategy).
- Izboljšanje duševnega zdravja in dobrega počutja v obdobju starosti (življenjska doba je vse daljša, zato je zelo pomembno dobro duševno zdravje in dobro počutje v starosti; porast duševnih bolezni, predvsem depresije in demenc v starosti; nacionalni program podpira številne projekte namenjene starostnikom).
- Izboljšanje duševnega zdravja in dobrega počutja v skupnosti (pri tem je treba potrebno upoštevati različne skupnosti: starejše, etnične manjšine ...).

- Izboljšanje delovanja javnih služb za podporo promocije duševnega zdravja in za preprečevanje duševnih bolezni (zagotavljanje pravih oblik psihiatričnih storitev za posameznike z duševnimi težavami, promocija pozitivnega duševnega zdravja, spodbujanje različnih oblik podpore v skupnosti; nacionalni program je podprl razvoj posebnega okvirnega programa o storitvah na področju duševnega zdravja Framework for Mental Health Services in Scotland).

Aktivnosti na področju duševnega zdravja so podrobneje določene v Akcijskem načrtu za določeno srednjeročno obdobje. Dostopen je načrt za obdobje od 2003 do 2006, v pripravi pa je že tudi nov akcijski načrt za naslednje obdobje. V akcijskem načrtu so glede na glavne cilje in prioriteta področja (določena v Nacionalnem planu za izboljšanje duševnega zdravja in dobrega počutja) določene aktivnosti na nacionalni in lokalni ravni. Poleg tega so v njem opredeljene tudi različne podporne aktivnosti za izvedbo nacionalnega programa.

Opredeljene podporne aktivnosti so:

- oblikovanje in diseminacija zbirke podatkov o ukrepih, ki so uspešni na področju duševnega zdravja (informativni dokument What works?, delavnice Evidence into Practice),
- razvijanje in uveljavitev nacionalnih raziskav, ki bodo omogočale spremljanje napredka na področju izboljšanja duševnega zdravja prebivalstva in diseminacijo rezultatov Nacionalnega programa (izvajanje vsaki dve leti),
- evaluacija Nacionalnega programa in njegovih ključnih komponent (letna poročila),
- razvoj nabora kazalnikov s področja duševnega zdravja za merjenje in spremljanje napredka na lokalni in nacionalni ravni,
- učinkovite komunikacijske strategije za obveščanje javnosti o dogajanju in aktivnostih v zvezi z duševnim zdravjem (revija Well? dvakrat letno, spletna stran, promocijski material, logotip),
- vzpostavitev in podpora mreže strokovnjakov, ki bo služila kot priložnost za izmenjavo izkušenj, znanja, spretnosti in idej,
- organizacija različnih dogodkov (seminarjev, konferenc, delavnic, usposabljanj).

V okviru akcijskega načrta je opredeljeno tudi letno spremljanje uresničevanja ciljev Nacionalnega programa, kar letno izdajo v publikaciji Annual Review. Škotski nacionalni program vsekakor predstavlja primer dobre prakse, saj vsebuje vse pomembne komponente, pokriva celotno področje duševnega zdravja ter zajema vse pomembne akterje na tem področju.

Spodaj so opisani še nekateri dokumenti drugih držav, ki pa pokrivajo samo izbran del področja duševnega zdravja ali so zastavljeni zgolj na regionalni ravni.

Češka (National Psychiatric Programme 2007)

Češka sicer nima nacionalnega programa o duševnem zdravju, vendar pa so v letu 2007 izdali Nacionalni psihiatrični program (National Psychiatric Programme), ki zajema nekatere vsebine duševnega zdravja (predvsem t. i. negativno duševno zdravje). Dokument temelji na znanju in podatkih o stanju in potrebah duševnih bolnikov ter je osnovan na podlagi nekaterih mednarodnih dokumentov (Deklaracija za področje duševnega zdravja SZO iz leta 2005, Akcijski načrt za področje duševnega zdravja iz leta 2005, Zelena knjiga za področje EU iz leta 2005) in je dober primer, kako ukrepati na področju t. i. negativnega duševnega zdravja (12).

Cilji Nacionalnega psihiatričnega programa so:

- izboljšati oskrbo in kakovost življenja bolnikov z duševnimi boleznimi; doseči standarde, ki so enaki kot v drugih strokah; izboljšati osnovne pogoje zdravljenja s poudarkom na destigmatizaciji;
- omogočiti dostopnost do psihiatrične oskrbe, predvsem v smislu nizkopražnosti in zmanjšanja odstotka t. i. »skrite« ravni obolevnosti;
- zmanjšati tveganja, ki izhajajo iz duševnih bolezni: samomorilnost, socialna izolacija.

Ključne naloge, ki so zajete v Nacionalnem psihiatričnem programu:

- podpora, ki presega primarno psihiatrično oskrbo;
- razširitev skupnostne skrbi;
- modernizacija psihiatričnih bolnišničnih oddelkov.

Specifične naloge, ki so zajete v Nacionalnem psihiatričnem programu so:

- izboljšati oskrbo posameznih skupin bolnikov: obolelih za shizofrenijo, afektivnimi motnjami, različnimi odvisnostmi, demencami, osebnostnimi motnjami, posttravmatskimi motnjami;
- izboljšati mrežo izvenbolnišnične oskrbe, predvsem na področju zdravljenja odvisnosti;
- razširiti skupnostne skrbi;
- ločiti med nujnim zdravljenjem in nadaljnjim spremljanjem bolnikov z duševnimi boleznimi (tudi v smislu prostorske ureditve v psihiatričnih ustanovah);
- v sodelovanju s splošnimi zdravniki zmanjšati delež t.i skritega deleža obolelih za duševnimi boleznimi;
- izboljšati položaj bolnikov z duševnimi boleznimi, predvsem z vidika destigmatizacije (osveščanje splošne javnosti o duševnih boleznih in načinih zdravljenja);
- doseči pravično financiranje na področju psihiatrične oskrbe;
- povečati dostopnost psihiatričnih storitev v smislu takojšnje oskrbe (»crisis psychiatric services«);
- spremeniti zakonodajo na področju duševnega zdravja, predvsem dela, ki se tiče oskrbe in pravic obolelih z duševno boleznijo, in pri tem upoštevati priporočila EU;
- podpreti raziskovalno dejavnost in izobraževanje na področju psihiatrije.

Litva (National Mental Health Strategy 2007)

V aprilu 2007 je litvanski parlament potrdil nacionalno strategijo na področju duševnega zdravja, ki vsebinsko temelji na Deklaraciji za področje duševnega zdravja SZO iz leta 2005 (12). Nacionalna strategija pokriva širok spekter načel, smernic, prioritet in priporočil. Posebej je osredotočena na naslednja področja:

- upoštevanje človekovih pravic za posameznike z duševnimi motnjami;
- modernizacija storitev, ki bodo prilagojene potrebam bolnikov;
- upoštevanje bio-psiho-socialnega modela zdravljenja;
- podpiranje načel avtonomije in sodelovanja;
- usposabljanje splošnih zdravnikov (in drugih zdravnikov nespecialistov) za nudenje pomoči pri nekaterih enostavnejših duševnih motnjah (npr. stresu, depresiji, tesnobi);
- vključevanje preventive in promocije zdravja v različna področja: izobraževanje, različne zdravstvene politike ter politike socialnega skrbstva;
- okrepitev vloge bolnika in nevladnega sektorja.

Na podlagi nacionalne strategije so v letu 2008 izdelali program za implementacijo omenjene strategije (Programme for implementation of the Mental Health Strategy), ki je v postopku potrjevanja v litvanskem parlamentu.

Latvija (Improving Mental Health in Population 2009-2014)

Latvija je v leta 2008 izdala dokument za področje duševnega zdravja, v katerem so predstavljene dejavnosti za srednjeročno obdobje 2009 do 2014 (12). Dokument je osredotočen na naslednja področja:

- skupnostna skrb;
- zmanjševanje števila psihiatričnih bolnišnic;
- preprečevanje samomora;
- vključevanje posameznikov z duševnimi motnjami v družbo.

(Celoten dokument ni na voljo)

Španija (Strategy in Mental Health of the National Health System 2006)

Strategija za področje duševnega zdravja v nacionalnem zdravstvenem sistemu je bila izdana leta 2006 in obravnava zgolj področje duševnega zdravja v nacionalnem zdravstvenem sistemu. Povod za strategijo je stanje duševnega zdravja prebivalcev Španije ter razmere v zdravstvenem sistemu (15).

Strategija temelji na osmih temeljnih načelih oz. vrednotah: avtonomiji (upoštevanje avtonomije in neodvisnosti posameznika), kontinuiteti (zagotavljanje zdravljenja, rehabilitacije, trajne oskrbe), dostopnosti, vsestranskosti, upoštevanju enakosti, osebni okrepitvi (posameznika, ki okreva po duševni bolezni), odgovornosti in kakovosti zdravstvenega sistema.

Strategija je usmerjena na šest prioriternih področij (t.i. strateških linij):

- promocija duševnega zdravja; preprečevanje duševnih bolezni; odpravljanje stigme, ki je povezana z duševnimi boleznimi;

- namenjanje pozornosti duševnim boleznim;
- sodelovanje znotraj institucij in med institucijami, ki delujejo na področju duševnega zdravja;
- usposabljanje zdravstvenega osebja;
- raziskave na področju duševnega zdravja;
- vzpostavitev informacijskega sistema na področju duševnega zdravja.

Vsako od prioritarnih področij je podrobneje opisano in utemeljeno s trenutno situacijo v Španiji, iz česar sledijo splošni in specifični cilji, priporočila za nadaljnje delo, opredelitev kazalnikov za evaluacijo ter izhodišča za poročilo o napredku.

Španija – Katalonija (Master Plan on Mental Health and Addictions 2003-2007)

Duševno zdravje je zaradi velike prevalence duševnih bolezni in odvisnosti med Katalonci ena izmed prioritarnih Splošnega zdravstvenega načrta za Katalonijo (Health Plan for Catalonia). Akcijski načrt za področje duševnega zdravja in odvisnosti (Master Plan of Mental Health and Addictions) zajema aktivnosti in predloge za organizacijo storitev, s katerimi bi glede na razpoložljive finance lahko uresničili politične cilje, ki so zastavljeni v Splošnem zdravstvenem načrtu (16).

Akcijski načrt za področje duševnega zdravja in odvisnosti temelji na funkcionalnem modelu duševnega zdravja, ki upošteva, da duševno zdravje posameznika ni odvisno zgolj od njega samega, temveč nanj vplivajo tudi številni drugi dejavniki (npr. biološki, družbeni, okoljski ...). Poslanstvo akcijskega načrta je usmerjeno v odločanje, načrtovanje, izvajanje in preverjanje najučinkovitejših aktivnosti ter najustrežnejših virov za izboljšanje duševnega zdravja populacije v Kataloniji.

V Akcijskem načrtu so opredeljeni poslanstvo, ureditev, analiza dejanskega stanja na področju duševnega zdravja in odvisnosti v Kataloniji, strateški cilji, t. i. »health map«, nadaljnje spremljanje in evaluacija.

Akcijski načrt opredeljuje deset strateških ciljev, ki temeljijo na pregledu dejanske situacije na področju duševnega zdravja in odvisnosti v Kataloniji ter analize SWOT⁸. Ti cilji so:

- promocija duševnega zdravja in preprečevanje duševnih motenj in odvisnosti;
- izboljšana oskrba ljudi z duševnimi motnjami in odvisnostmi v primarnem zdravstvenem sistemu;
- upoštevanje portfelja storitev, ki so prilagojene potrebam posameznikov;
- upoštevanje mnenj in predlogov uporabnikov ter njihovih pravic (obolelih za duševno boleznijo/odvisnostjo);
- upoštevanje mnenj in predlogov strokovnjakov;
- težnja k izboljšanju sistema upravljanja storitev na področju duševnega zdravja;
- spodbujanje izobraževanja strokovnjakov na področju duševnega zdravja (podiplomsko izobraževanje, različna usposabljanja);
- spodbujati epidemiološke in klinične raziskave, redno evaluacijo storitev, sodelovanje z drugimi državami znotraj EU;
- omogočiti določene spremembe na področju duševnega zdravja in odvisnosti.

⁸ Analiza SWOT – analiza prednosti, pomanjkljivosti, priložnosti in nevarnosti.

Znotraj strateških ciljev so opredeljeni bolj specifični cilji (npr. promocija duševnega zdravja pri otrocih in mladostnikih) in za vsakega od specifičnih ciljev aktivnosti, ki so/bodo izvedene na tem področju. Za vsakega od njih opredeljujejo tudi indikatorje merjenja in indikatorje učinkovitosti.

2.5 Zaključek

Podatki Evropske raziskave o kvaliteti življenja iz leta 2008 kažejo, da se prebivalci Evrope glede kazalnikov duševnega zdravja med seboj pomembno razlikujejo. Najvišjo raven duševnega zdravja dosegajo prebivalci EU15 in Norveške, medtem ko se najnižje uvrščajo prebivalci Turčije, Malte, Romunije, Makedonije in Latvije. Tudi preko številnih drugih kazalnikov ugotavljamo, da je duševno zdravje Evropejcev pomemben javnozdravstveni problem, saj za katerokoli duševno boleznijo letno zbolijo več kot desetina prebivalstva, različna nevropsihiatrična stanja pa so drugi najpogostejši vzrok obolevnosti (takoj za ishemičnimi srčnimi boleznimi). Najpogostejše oblike duševnih bolezni v EU so anksiozne motnje in depresija, slednja je prisotna pri 13 % odrasle populacije in lahko močno vpliva na kakovost posameznikovega življenja ter pogosto vodi k samomoru. Samomor je pogost izid duševnih bolezni in je glavni vzrok za prezgodnjo smrt v EU, Slovenija se uvršča v sam vrh držav, kjer je stopnja samomorilnosti zelo visoka.

Kljub temu, da so duševne bolezni pomemben problem celotne populacije, pa je treba opozoriti na ranljive skupine, pri katerih so težave v duševnem zdravju posebej pogoste in zaznamujoče – pri mladih, delovni populaciji in starejših. Približno 50 % duševnih bolezni s kroničnim ali ponavljajočim potekom nastane pred 14. letom starosti. Z razvojnimi, čustvenimi ali vedenjskimi težavami se sooča kar petina otrok in mladostnikov v EU, eden od osmih pa ima diagnosticirano eno duševno bolezen. Velik javnozdravstveni problem je tudi samomor, ki je tretji najpogostejši vzrok smrti pri mladih v EU.

Pri delovni populaciji je poseben problem stres na delovnem mestu, ki je povezan s številnimi dejavniki tveganja (delovno preobremenjenostjo, nezanesljivostjo delovnega mesta, monotonostjo delovnega procesa ...). Slabo duševno zdravje na delovnem mestu močno poveča število bolniških odsotnosti in prezgodnjih upokojitev.

Pri starejših (v primerjavi z mlajšimi) beležimo pomemben upad občutkov sreče in zadovoljstva, narašča pa tudi število zabeleženih primerov različnih duševnih bolezni, do katerih prihaja predvsem zaradi demografskih sprememb v EU. Posebej pogoste so bolezni, povezane s telesnimi in psihološkimi spremembami v starosti ter s spremenjenim načinom življenja starostnikov (življenje v domu za ostarele, življenje brez partnerja, osamljenost in socialna izolacija, življenje z eno ali več kroničnimi boleznimi ipd.), na primer različne oblike demenc, depresija in samomorilnost.

Da bi izboljšali duševno zdravje evropskega prebivalstva, je bilo v zadnjih letih nekaj pobud, predvsem v obliki različnih dokumentov na ravni EU oz. evropske regije SZO, področje duševnega zdravja pa se je vključevalo tudi v nacionalne politike posameznih držav. Med dokumenti na ravni EU oz. evropske regije SZO posebej izpostavimo Deklaracijo in akcijski načrt za področje duševnega zdravja v Evropi, s katerim so na Evropski ministrski konferenci SZO leta 2005 določili okvir za celostne ukrepe in poskusili ustvariti politično zavezo na področju duševnega zdravja. Kot odgovor na omenjeno deklaracijo je Evropska komisija v istem letu objavila Zeleno knjigo za

izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva, s katero naj bi primarno določili okvir za delovanje v državah članicah in povečali usklajenost ukrepov v zdravstvenih in nezdravstvenih politikah (na ravni posameznih držav in EU). V Zeleni knjigi je Evropska komisija izpostavila predloge številnih učinkovitih ukrepov na področju duševnega zdravja.

V letu 2008 je bil na ravni EU predstavljen Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje, ki glede na aktualno problematiko izpostavlja pet ključnih področij za delovanje na področju duševnega zdravja znotraj EU: preprečevanje samomora in depresije, duševno zdravje mladih in izobraževanje, duševno zdravje v delovnem okolju, duševno zdravje starejših in boj proti stigmatizaciji in socialni izključenosti.

Kot ugotavljamo po pregledu nacionalnih politik na področju duševnega zdravja, je na ravni posameznih držav EU stanje zelo raznoliko. Medtem ko nekatere od držav članic nimajo nikakršnih dokumentov za področje duševnega zdravja na nacionalni ravni (npr. Avstrija, Estonija, Poljska), se v nekaterih državah ukrepov na področju duševnega zdravja lotevajo po posameznih podpodročjih (npr. Finska, Litva), v nekaterih pa celostno. Trenutno najbolj izdelan nacionalni program za izboljšanje duševnega zdravja in dobrega počutja prebivalstva je škotski, ki ga med drugimi predstavljamo tudi v primerih dobre prakse s področja duševnega zdravja.

Viri:

- (1) European Commission (2008): Mental Health in the EU. Key Facts, Figures and Activities. A Background Paper. Brussels: EC.
- (2) WHO European Health for All Database. Dostopno na: <http://www.euro.who.int/hfadb>, pridobljeno 06.01.2009.
- (3) European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2008): Second European Quality of Life Survey – First Findings. Dostopno na: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/52/en/1/EF0852EN.pdf>, pridobljeno: 15. 12. 2008.
- (4) European Commission (2008): Prevention of Depression and Suicide – Consensus Paper. Brussels: EC.
- (5) European Commission (2008): Mental Health in Youth and Education – Consensus Paper. Brussels: EC.
- (6) European Commission (2008): Mental Health in Workplace Settings – Consensus Paper. Brussels: EC.
- (7) European Commission (2008): Mental Health in Older People – Consensus Paper. Brussels: EC.
- (8) WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki (2005): Mental Health Declaration for Europe. Facing Challenges, Building Solutions. Brussels: EC.
- (9) WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki (2005): Mental Health Action Plan for Europe. Facing Challenges, Building Solutions. Brussels: EC.
- (10) Komisija Evropskih skupnosti. Zelena knjiga (2005): Izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva. Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za EU. Bruselj: EC.
- (11) European Commission (2008): EU High-level Conference »Together for Mental Health and Wellbeing«. Brussels: EC.

- (12) European Commission (2006): Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention Across EU Members: A Collection of Country Stories. Brussels: EC.
- (13) European Commission (2008): Mental Health Briefing Sheets. Dostopno na: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/ms_overview_en.htm, pridobljeno 10. 11. 2008.
- (14) Healthier Scotland (2004): National Programme for Improving Mental Health and Well-being. Dostopno na: www.wellscotland.info, pridobljeno 15.11.2008.
- (15) Ministry of Health and Consumer Affairs, Spain (2008): Summary of the Strategy in Mental Health of the National Health System. Dostopno na: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/ms_overview_en.htm, pridobljeno 15. 11. 2008.
- (16) Department de Salut – Catalunya, Spain (2007): Master Plan on Mental Health and Addictions. Dostopno na: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/ms_overview_en.htm, pridobljeno 15. 11. 2008.

3.0 DUŠEVNO ZDRAVJE V SLOVENIJI

Sonja Tomšič, Katja Kovše, Saška Roškar, Tatjana Kofol Bric, Maja Bajt, Maja Zorko, Romana Štokelj

3.1 Raziskave

3.1.1 Splošna populacija

V Sloveniji je bilo v zadnjih letih opravljeno nekaj raziskav, ki so obravnavale duševno zdravje vseh prebivalcev ali posameznih populacijskih skupin.

Po podatkih raziskave Slovensko javno mnenje iz leta 2006⁹ (1) dobrih 12 % anketirancev ni zadovoljnih s svojim življenjem, nekaj več kot 37 % pa jih ocenjuje, da poredko najdejo čas za stvari, ki jih v življenju zares veselijo. V času anketiranja (ocenjevali so teden pred anketiranjem) se je večino časa počutilo depresivne dobrih 5 % anketiranih, nekaj manj kot odstotek pa celo ves čas oziroma skoraj ves čas. Da so bili v zadnjem tednu večino časa žalostni, je poročalo skoraj 7 % anketiranih, nekaj manj kot 2 % je bilo žalostnih ves čas oziroma skoraj ves čas. Podobno velja za občutenje tesnobe. Nekaj več kot 17 % anketiranih je poročalo tudi o tem, da so se v preteklem tednu zelo malo časa počutili srečne oziroma skoraj 3 % pa nikoli.

Četrtnina anketirancev raziskave CINDI Z zdravjem povezan življenjski slog¹⁰ (2) je poročala, da so se v času anketiranja vsak dan ali zelo pogosto počutili napete, pod pritiskom ali stresom. Podatki kažejo, da je odstotek doživljanja stresa višji med ženskami, da narašča s starostjo do vključno starostne skupine 40 do 49 let (nato upada) ter da je bolj prisoten pri anketirancih z visoko ali podiplomsko izobrazbo in pri anketirancih z nedokončano ali končano osnovno šolo ter pri zaposlenih. Stres je pomembno povezan tudi z družbenim slojem (najvišjo raven doseže pri spodnjem sloju in zgornjem, najvišjem sloju), pogostejši je pri tistih, ki živijo v mestnem okolju. Stres je del našega vsakdana in kot tak ni škodljiv, ima celo preživetveno funkcijo in je motivator učinkovitega dela. Kadar pa je stres dolgotrajen ali kadar smo hkrati izpostavljeni več stresorjem, pa to posameznika lahko omejuje pri opravljanju vsakdanjih aktivnosti ali celo vodi v razvoj duševne bolezni.

Raziskava o duševnem zdravju prebivalcev Slovenije¹¹ (3) iz leta 2006 je pokazala, da je v letu pred anketiranjem 12,7 % anketiranih moralo omejiti svoje dejavnosti in so izostali z

⁹ Raziskava Slovensko javno mnenje 2006/1: Evropska družboslovna raziskava je bila proceduralno ekvivalentna ponovitev Evropske družboslovne raziskave (ESS06), v kateri so zajeta različna področja, med drugim tudi vprašanja o posameznikovem osebnem in družbenem počutju. Raziskava je bila narejena na vzorcu 1476 polnoletnih oseb s stalnim bivališčem v Republiki Sloveniji, uporabljena je bila metoda osebnega intervjuvanja.

¹⁰ Raziskava CINDI Z zdravjem povezan življenjski slog je bila izvedena v letih 2001 do 2002 in je zajemala vzorec anketirancev v starosti od 25 do vključno 64 let, ki so prebivali na območju Slovenije. Pri tem je bila uporabljena metoda samoizpolnjevanja anketnega vprašalnika, ki je bil anketirancem poslan po pošti. Na vprašanja o stresnem vedenju je odgovorilo 8987 od 9034 anketirancev, ki so vrnili izpolnjen vprašalnik.

¹¹ Raziskava Duševno zdravje Slovencev je bila izvedena v obdobju od 26. do 28. 7. 2006 na reprezentativnem vzorcu 846 polnoletnih oseb. Raziskava je bila izvedena telefonsko, vzorec anketirancev je bil pripravljen na podlagi baze telefonskih naročnikov. Raziskava je zajemala naslednja področja: ocena splošnega fizičnega in duševnega stanja; zaznava stresa; socialna opora posameznikov; tvegana vedenja;

dela zaradi težav povezanih z duševnim zdravjem. Od teh jih je slaba polovica v preteklem letu zaradi teh težav iskala strokovno pomoč, najpogosteje pri splošnem zdravniku. 9,6 % jih je zaradi omenjenih težav jemalo zdravila. Pomoč je iskalo več žensk kot moških, prav tako so zdravila pogosteje jemali ženske in brezposelni ter tisti, ki so bili nezadovoljni s svojim dohodkom. Med uporabljenimi zdravili so prevladovala pomirjevala, sledila so zdravila iz domače lekarne, uspavala, nato antidepresivi in druga zdravila.

V letu 2007 je bila v Sloveniji izvedena Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu (4), katere namen je bil ugotoviti, kako prebivalci RS ocenjujejo svoje zdravstveno stanje, kako pogosto uporabljajo različne zdravstvene storitve in kakšen je njihov življenjski slog, povezan z zdravjem. Rezultati raziskave kažejo, da je 4,8 % vprašanih že imelo kronično tesnobo, med temi je bilo več žensk. Podobno število oseb (4,6 %) je že imelo kronično depresijo, tudi med njimi je bilo več žensk. Dva odstotka oseb je poročalo o drugih duševnih težavah. Večina je poročala, da je diagnozo te bolezni potrdil tudi njihov zdravnik.

Tesnoba in znaki depresije se pogosto pridružujejo škodljivemu pitju alkohola (4, 5, 6), za katerega študije ugotavljajo, da je v Sloveniji velik javnozdravstveni problem. V okviru slovenske javnomnenjske raziskave (7, 8), ki je bila narejena na reprezentativnem vzorcu 1007 polnoletnih prebivalcev Slovenije, so ugotovili, da je bilo med anketiranimi osebami le 5 % oseb, ki še nikoli v življenju niso popile kozarca alkoholne pijače, 15 % pa jih ni uživalo alkoholnih pijač leto dni pred anketo. Med abstinenti je bilo več žensk, za katere je na splošno značilno, da začnejo piti kasneje in popijejo manj (9, 10, 11, 12). Tvegano pitje je bilo v omenjeni slovenski raziskavi prisotno pri 63 % anketiranih (7). Med osebami s tveganim pitjem je bilo v primerjavi z osebami z netveganim pitjem več moških, več oseb z nižjo izobrazbo in več samskih. Osebe s tveganim pitjem so v primerjavi z osebami brez tvegane pitja slabše skrbele za svoje zdravje. Raziskava je pokazala tudi, da je pri 11 % anketiranih ljudi obstajala velika verjetnost, da so bile pri njih že prisotne škodljive posledice pitja alkohola in da je šlo najverjetneje za sindrom odvisnosti od alkohola. Med temi ljudmi je bilo več moških, več oseb brez izobrazbe in več oseb iz nižjih družbenih razredov, ki so slabo skrbele za svoje zdravje. V letu 2001 je bila v Sloveniji narejena raziskava CINDI Z zdravjem povezan življenjski slog (2), ki je med 8319 anketiranci starimi med 25 in 64 let ugotovila, da je bil odstotek tvegane pitja višji med moškimi anketiranci ter da je s stopnjo izobrazbe odstotek tvegane pitja padal. Slovenska raziskava med 319 osebami, ki so obiskale splošnega zdravnika, je ugotovila, da je bilo 20,7 % moških in 15,4 % žensk na presejalnem testu škodljive rabe alkohola in sindroma odvisnosti od alkohola pozitivnih (13).

Raziskava Eurobarometer iz leta 2006, ki je bila pri nas narejena na reprezentativnem vzorcu 1055 prebivalcev Slovenije, je ugotovila, da so osebe, ki so pile alkohol v 30 dneh pred anketiranjem, v povprečju popile približno 20 gramov čistega alkohola na dan (moški 23 g, ženske 16 g), na podlagi česar je bila letna poraba čistega alkohola na odraslega prebivalca ocenjena na 10,2 do 11,7 litrov (Šešok, osebna komunikacija). Slovenija se po registrirani porabi čistega alkohola na prebivalca, starega 15 let in več, uvršča med 15 evropskih držav z najvišjo porabo. Med letoma 1997 in 2005 smo vsako leto presegli kritično količino 10 litrov čistega alkohola na prebivalca, ki pomeni veliko tveganje za razvoj zdravju škodljivih posledic in ogroža blagostanje ljudi. Poraba čistega alkohola na prebivalca Slovenije, starejšega od 15 let, se je v letih 1997 in 2005 gibala med

zdravljenje duševnih težav; samopodoba in samovrednotenje; samomorilno razmišljanje; presejalna testa za anksioznost in depresijo.

10,3 in 14,7 litra (14, 15). Da je škodljiva raba alkohola pri nas velik javnozdravstveni problem, kažejo tudi nekateri kazalci zdravstvenega stanja prebivalstva.

Pomemben javnozdravstveni problem so tudi odvisnosti od drog. Po podatkih Informacijske enote za prepovedane droge pri Inštitutu za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ RS) je v letu 2007 v sedemnajstih centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (od skupno osemnajstih) zdravstveno pomoč zaradi težav z drogami iskalo 1566 uporabnikov drog (16). Od tega je bilo prvič obravnavanih 356 (23 %), ponovno obravnavanih 333 (21 %), neprekinjeno pa je bilo v programu 877 oseb (56 %). Med vsemi evidentiranimi je bilo 77 % moških in 23 % žensk. Povprečna starost vseh evidentiranih uporabnikov drog je bila 29,4 leta. Večina prvič evidentiranih uporabnikov drog je leta 2007 kot osnovno drogo, zaradi katere so iskali pomoč navajala heroin in druge opioide (94 %), sledijo kanabis (5 %), kokain (0,8 %) in poživila (0,3 %). Povprečna starost ob prvi uporabi glavne droge je bila 20 let, povprečna doba uporabe glavne droge pred začetkom zdravljenja pa 47 mesecev. Glede na zaposlitveni status je bilo med prvič evidentiranimi uporabniki drog 26 % oseb redno zaposlenih. Nezaposlenih oziroma le občasno zaposlenih je bilo nekaj več kot polovica (52 %), 13 % obravnavanih pa je bilo še vedno v procesu šolanja – učenci, dijaki ali študentje (16).

Na tem mestu je treba izpostaviti tudi sopojavnost duševne bolezni in motenj, povezanih z uporabo drog (komorbidnost ali dvojno diagnozo), ki sicer ni nov pojav, vendar je v zadnjih letih vedno bolj razširjen oziroma v porastu. Med zasvojenimi s heroinom je velik delež oseb s pridruženo duševno motnjo. Izsledki raziskav kažejo, da petina bolnikov v programih obravnave zaradi težav z drogami prejema dodatno psihiatrično zdravljenje (farmakoterapijo ali psihoterapijo). Pri bolnikih, vključenih v vzdrževalne metadonske programe, so bile najpogostejše dodatne psihiatrične diagnoze depresivne epizode ter anksiozne in osebne motnje. V Sloveniji je bila izvedena pilotna raziskava o pojavnost pridružene duševne motnje med zasvojenimi s heroinom, ki so bili vključeni v ambulantno obravnavo ($N = 155$). Rezultati raziskave so pokazali, da je skupina zasvojenih s heroinom s pridruženo duševno motnjo imela statistično značilno pogostejše depresivne, anksiozne, psihotične in somatizacijske simptome (17).

3.1.2 Otroci in mladostniki

Podatki mednarodne študije HBSC¹² (18), ki se nanašajo na duševno zdravje mladostnikov (11-, 13- in 15-letnikov), so zaskrbljujoči in kličejo po ukrepanju. V raziskavi smo med drugim proučevali vidik samopodobe, in sicer telesno samopodobo oz. odnos mladostnika do svoje telesne teže. Ugotovili smo, da kar četrtnina vprašanih slovenskih deklet meni, da so predebela. Nadalje smo ugotovili, da skoraj polovica vprašanih slovenskih mladostnikov vsaj enkrat na mesec doživlja simptome, kot so razdražljivost, nemir, nespečnost in potrto, glavobol, bolečine v želodcu in križu. Zaskrbljujoče je dejstvo, da okrog 10 % vprašanih mladostnikov take simptome doživlja več kot enkrat na teden, pri čemer velja izpostaviti, da dekleta v povprečju navajajo več

¹² Raziskava HBSC je bila narejena na reprezentativnem vzorcu 5130 mladostnikov treh starostnih skupin: 11-, 13- in 15-letnikov. Uporabljen je bil mednarodni standardizirani vprašalnik, ki omogoča zbiranje podatkov v vseh državah ter merjenje vzorcev ključnih vrst vedenj, povezanih z zdravjem, kazalcev zdravja in drugih spremenljivk. Raziskava je bila izvedena v letu 2006.

simptomov kot fantje. Podobni in še bolj zaskrbljujoči so podatki Tomorijeve (19), ki pravi, da kaže klinično že pomembno stopnjo depresivnosti 20 % fantov in 40,5 % deklet v slovenskih srednjih šolah. Nezdravljene duševne motnje, še posebej depresija, pa zelo pogosto vodijo v samomorilno vedenje. Če je v odrasli dobi eden izmed pomembnejših napovednih dejavnikov za samomorilno vedenje depresija, sta pri mladostnikih zelo pomembna napovedna dejavnika povečanega samomorilnega tveganja nizko samospoštovanje in slaba samopodoba.

Raziskava HBSC je proučevala tudi pitje alkohola med mladostniki. Ugotovili smo (18), da je alkoholne pijače kadarkoli v življenju že pilo približno 85 % 15-letnikov, nekaj več kot dve tretjini 13-letnikov in nekaj manj kot polovica 11-letnikov. Med pivci alkohola je v vseh treh starostnih skupinah največ takšnih mladostnikov, ki alkohol pijejo redko; odstotek rednih pivcev alkohola (vsaj enkrat tedensko) pa je največji pri 15-letnikih in sicer 27,5 %. S temi odstotki smo nekje na sredini lestvice 41 držav, ki so vključene v študijo. Višji odstotek rednih pivcev alkohola med mladostniki imajo v Ukrajini, Italiji, Angliji ter na Malti, Škotskem in na Hrvaškem. Odstotek mladostnikov, ki vsaj enkrat na teden pijejo alkohol, pa je nižji na Portugalskem, Irskem in v skandinavskih državah (20).

Slovenski mladostnik je ob prvem pitju alkoholne pijače star v povprečju 13,3 leta, pri čemer fantje s pitjem alkohola pričnejo prej kot dekleta. Pri vseh starostnih skupinah smo ugotovili tudi, da dekleta pijejo manj pogosto kot fantje (18). Po podatkih Evropske raziskave o alkoholu in drugih drogah med šolsko mladino (16) je slaba četrtnina (23 %) slovenskih dijakov v starosti od 15 do 16 let vsaj enkrat v življenju poskusila katero izmed prepovedanih drog. Največ vprašanih (22 %) je poskusilo kanabis, slabih 16 % hlapila, pomirjevala brez zdravnikovega recepta je uporabilo dobrih 5 %, ekstazi nekaj čez 3 %, kokain pa 3 %. Podatki o vseživljenjski uporabi katerekoli droge za obdobje 2003 do 2007 kažejo, da je uporaba vseh drog, razen kokaina upadla.

3.1.3 Starejši

Posebno ranljiva skupina prebivalstva so starejši, ki jih je v Sloveniji že skoraj petina vsega prebivalstva (21). Pričakovati je, da se bo življenjska doba še podaljševala, s tem pa se bo povečal tudi delež starih (76 do 90 let) in zelo starih (več kot 90 let) starostnikov (22). Za obdobje staranja je značilno zmanjševanje duševnih in telesnih sposobnosti, ki je tudi posledica normalnega fiziološkega upada življenjskih funkcij in številnih kroničnih bolezni in stanj. Med težavami po pogostosti obolenja pri starostnikih izstopata demenca in depresija, slednja pogosto vodi v samomor. V povprečju je depresivnih 15 % starostnikov, pri starostnikih z resnimi zdravstvenimi težavami (npr. bolnikih po možganski kapi, bolnikih z rakom, bolnikih s srčno-žilnim obolenjem) je ta delež še višji (21). Pojav depresije je pogosto povezan tudi z osamljenostjo, dolgčasom, strahom pred umiranjem in smrtjo (21), simptomi pa so pogosto drugačni kot pri mlajših osebah. V Sloveniji smo v Anketi o zdravju in zdravstvenem varstvu iz leta 2006 (4) zabeležili povečano pojavnost kronične depresije in tesnobe v starostni skupini od 65 do 74 let. Četudi je ocena zaradi majhnega števila anketiranih v tej starosti nezanesljiva, poroča tako o kronični depresiji kot tudi o kronični tesnobi nekaj več kot 11 % anketiranih, kar je več kot v katerikoli drugi starostni skupini. Demenca prizadene okoli 1 % oseb, starih 60 let, in od 30 do 45 % oseb, starih 85 let (21).

3.2 Pregled izbranih kazalnikov duševnega zdravja

V tej analizi duševnega zdravja v Sloveniji smo skušali prikazati pregled duševnih motenj (kazalnikov pozitivnega duševnega zdravja žal nimamo) z različnih vidikov, tako z vidika bolnika (pogostosti in trajanja obiskov zaradi posameznih bolezni) kot z vidika obremenjenosti kadrov in deloma tudi z vidika porabe sredstev (zdravil). V analizo duševnih motenj so bile zajete diagnoze iz 5. poglavja (Duševne in vedenjske motnje) po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB), 10. revizija, in namerne samopoškodbe (diagnoze X60-84, Y87.0). Podrobnejša analiza je bila pripravljena po trimesnih diagnozah, ki smo jih ponekod združili¹³. Opravljena je bila analiza leta 2006, ki je bilo zadnje za katerega so bili podatki ob začetku analize v celoti dostopni. V analizah so prikazani rezultati po spolu, saj je znano, da se pri duševnih in vedenjskih motnjah kažejo izrazite razlike med spoloma. Za boljšo predstavo o geografski razporejenosti duševnih in vedenjskih motenj so podatki prikazani po statističnih regijah, kjer je to smiselno. V nadaljevanju bomo predstavili izbrane kazalnike duševnega zdravja, med njimi ambulantne in bolnišnične obravnave zaradi duševnih bolezni, stopnjo umrljivosti zaradi duševnih bolezni (s poudarkom na umrljivosti zaradi samomora), bolniško odsotnost z dela in invalidnost zaradi duševnih motenj ter porabo zdravil, ki se uporabljajo pri zdravljenju duševnih bolezni. Pri naboru kazalnikov smo uporabili naslednje baze podatkov:

- Evidenca bolezni, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici (BOLOB) – upravlja Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Evidenca osnovnega zdravstvenega varstva (ZUBSTAT – primarna raven) – upravlja Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Evidenca o boleznih in stanjih ugotovljenih v specialistični ambulantni dejavnosti (ZUBSTAT – specialistika).
- Zdravniško poročilo o umrli osebi (Baza umrlih) – upravlja Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Evidenca začasne/trajne odsotnosti z dela zaradi bolezni, poškodb, nege, spremstva in drugih vzrokov (BS) – upravlja Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Evidenca porabe zdravil, izdanih na recept – upravlja Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Podatke Zavoda za invalidsko in pokojninsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ) za invalidnost.
- Podatke Statističnega urada RS; podatke o prebivalstvu in teritorialni razdelitvi upravlja Statistični urad Republike Slovenije.

¹³ Seznam diagnoz po MKB-10, ki so bile uporabljene za analizo duševnih motenj, je v Prilogi 5.

3.2.1 Analiza prvih obiskov zaradi duševnih motenj v primarnem zdravstvenem varstvu

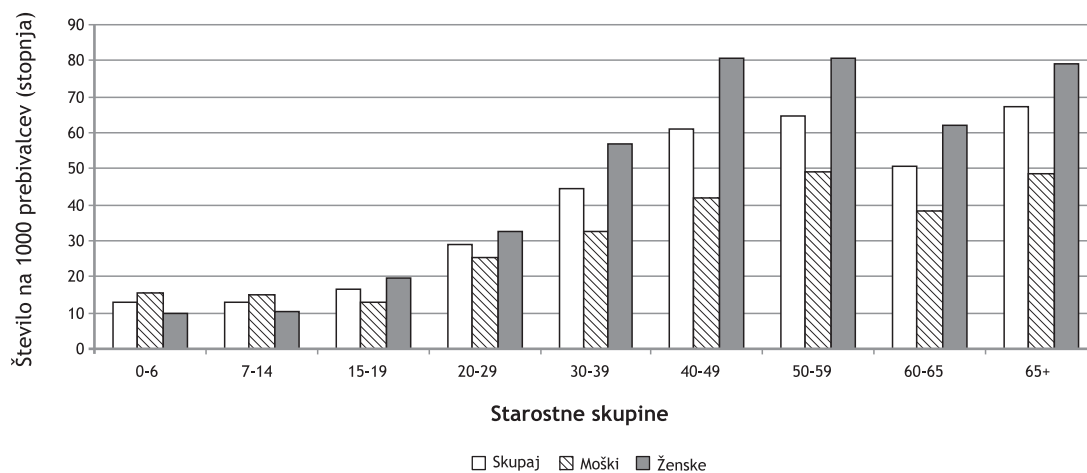
V Sloveniji je sistem zdravstvenega varstva organiziran tako, da so zdravniki na primarni ravni tisti, ki se ob nastopu težav prvi srečajo z bolnikom. Veliko duševnih motenj se sprva pogosto kaže kot različne telesne težave ali nespecifični simptomi zaradi katerih bolnik išče pomoč pri osebnem zdravniku. Žal je prav to eden od razlogov, da so duševne motnje pogosto šele kasno odkrite oz. diagnosticirane in tudi zdravljene. To dejstvo otežuje oceno o dejanski razširjenosti duševnih motenj med populacijo na podlagi pogostosti obiskov zaradi izbranih diagnoz. V analizi so prikazane tiste duševne in vedenjske motnje, ki so bile kot take diagnosticirane s strani zdravnika.

V tem poročilu smo analizirali podatke iz Evidence osnovnega zdravstvenega varstva. Zbirka zajema podatke o prvih obiskih zaradi določene diagnoze v ambulantah na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, ambulate nujne medicinske pomoči v analizi niso vključene. Podatki v bazi se zbirajo po sedežu izvajalca. V Sloveniji se pri 95 do 97 % prvih obiskov na primarni ravni regija prebivališča uporabnika ujema z regijo izvajalca, na osnovi tega lahko sklepamo o regionalni porazdelitvi prebivalcev, ki so iskali pomoč zaradi duševnih in vedenjskih motenj.

Obiski na primarni ravni odsevajo težave zaradi katerih ljudje iščejo pomoč. Nekatere izmed težav obravnavajo osebni zdravniki sami, za resnejše ali vztrajajoče težave pa napotijo bolnike k specialistom ali v bolnišnico.

V letu 2006 je bilo na primarni ravni zdravstvenega varstva v celi Sloveniji 91.450 prvih obiskov zaradi duševnih in vedenjskih motenj, kar je v povprečju 1,8 % vseh prvih obiskov na primarni ravni, natančneje. 1,6 % pri moških in 2 % pri ženskah. Zaradi samopoškodb je bilo v letu 2006 zabeleženih le 8 primerov prvih obiskov na primarni ravni, tako da jih v nadaljnjih analizah nismo upoštevali.

Stopnja obiskov (število obiskov na določeno število prebivalcev) na primarni ravni zaradi duševnih in vedenjskih motenj je bila v letu 2006 45,5 na 1000 prebivalcev. Stopnje obiskov so pri ženskah (56,6 na 1000) skoraj dvakrat višje kot pri moških (34 na 1000).



Slika 2. Število prvih obiskov na primarni ravni zdravstvenega varstva zaradi duševnih motenj na 1000 prebivalcev (stopnje), po starosti in spolu, v letu 2006.

Število prvih obiskov na 1000 prebivalcev po spolu in starostnih skupinah je prikazano na Sliki 2. V starostnih skupinah do 14 let so obiski pri moških pogostejši kot pri ženskah, v starejših starostnih skupinah pa so obiski pogostejši pri ženskah. Stopnje obiskov naraščajo s starostjo do starostne skupine 50 do 59 let, nato je v starostni skupini 60 do 65 let opaziti rahel padec stopenj pri obeh spolih, kar bi morda šlo lahko na račun prehodnega izboljšane splošnega duševnega stanja zaradi upokojitve in s tem manjšega stresa. Za preučitev razlogov za ta pojav bi bile potrebne poglobljene analize te starostne skupine. Po 65. letu stopnje prvih obiskov ponovno narastejo.

Tabela 2. Število prvih obiskov zaradi duševnih motenj na 1000 prebivalcev (stopnja) po statističnih regijah v letu 2006.

Statistična regija po sedežu izvajalca	Stopnja (/1000)
Pomurska	62,1
Notranjsko-kraška	54,8
Podravska	52,5
Gorenjska	49,2
Goriška	48,7
Koroška	47,0
Obalno-kraška	46,5
Jugovzhodna Slovenija	46,1
Savinjska	39,0
Osrednjeslovenska	39,0
Spodnjeposavska	36,4
Zasavska	34,4
Slovenija	45,5

Stopnja prvih obiskov zaradi duševnih motenj se med regijami giblje med 62,1 v Pomurski regiji in 34,4 v Zasavski regiji. Razlogi za te razlike so lahko različni. Možni razlogi za razlike bi lahko bili slabša pokritost s specialističnimi ambulantami v določenih regijah in zato večje stopnje obiskov na primarni ravni, dejanska večja pojavnost duševnih in vedenjskih motenj v regijah z višjo stopnjo, večje prepoznavanje duševnih motenj, različne 'navade' obiskovanja zdravnikov ...

Najvišje stopnje obiskov imajo Pomurska, Notranjsko-kraška in Podravska regija, najnižje pa Zasavska in Spodnjeposavska regija (Tabela 2).

3.2.1.1 Analiza diagnoz duševnih motenj kot vzroka za prve obiske na primarni ravni zdravstvenega varstva, po spolu in starostnih skupinah

Tabela 3. Duševne motnje v primarnem zdravstvenem varstvu kot vzrok za prvi obisk, prvih pet najpogostejših diagnoz (število na 1000 prebivalcev oziroma stopnja) v letu 2006.

Moški	Stopnje(/1000)	Ženske	Stopnje(/1000)
F32+33 Depresija	5,5	F32+33 Depresija	13,6
F40+41 Anksiozne motnje	5,1	F40+41 Anksiozne motnje	11,8
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	4,0	F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	7,5
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	3,2	F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	3,9
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	2,8	F48 Druge nevrotske motnje	3,3
Skupaj duševne motnje	34,0	Skupaj duševne motnje	56,6

Gledano vse starostne skupine skupaj so pri obeh spolih med najpogostejšimi vzroki za prve obiske na primarni ravni zdravstvenega varstva depresija (F32+33), anksiozne motnje (F40+41) in reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje (F43) (Tabela 3).

Pri moških so med najpogostejšimi vzroki za obisk primarnih ambulant tudi duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10) ter shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29) (Tabela 3).

Pri ženskah se med najpogostejšimi vzroki za obisk na primarni ravni pojavljajo še organske, vključno simptomatske, duševne motnje (F00–F09), ki vključujejo demenco, kar je predvsem posledica večjega števila žensk v populaciji nad 65 let, in druge nevrotske motnje (F48) (Tabela 3).

Ženske pomoč v primarnem zdravstvenem varstvu iščejo pogosteje kot moški, kar ne pomeni nujno, da so duševne motnje pogostejše pri ženskah, saj ženske na splošno pogosteje iščejo pomoč pri zdravniku zaradi vseh vzrokov. Zagotovo je stigmatizacija duševnih bolezni, še posebej pri moških, stvar našega okolja in kulture. Za uspešno obvladovanje duševnih bolezni bi bilo treba aktivno pristopiti k destigmatizaciji duševnih bolezni, tako pri moških kot pri ženskah, in s tem pozitivno vplivati na hitrejšo iskanje pomoči, hitrejšo diagnosticiranje in zdravljenje ljudi z duševnimi motnjami.

Analizirali smo najpogostejše vzroke duševnih motenj za prve obiske na primarni ravni zdravstvenega varstva po starostnih skupinah, ki so predstavljeni v Tabeli 4. Podrobnejše analize so prikazane v Prilogi 1 (Tabele 39–47).

Otroci in mladostniki

V najmlajši starostni skupini (0–6 let) se pri obeh spolih kot najpogostejši vzroki obiskov pojavljajo motnje duševnega (psihološkega) razvoja (F80–F89), druge vedenjske in čustvene motnje, ki se navadno začnejo v otroštvu (F98), tiki (F95) in hiperkinetične motnje (F90). Pri dečkih so med prvimi petimi najpogostejšimi vzroki za obisk tudi obiski zaradi motenj vedenja (F91), pri dekletih pa se že pojavijo težave zaradi reakcij na hud stres in prilagoditvene motnje (F43). Omenjene motnje so pri dečkih pogostejše kot pri deklicah.

V starostni skupini 7 do 14 let pri najpogostejših vzrokih za obisk ostajajo nekatere motnje iz prejšnjega starostnega obdobja (druge vedenjske in čustvene motnje, ki se navadno začnejo v otroštvu (F98), motnje duševnega (psihološkega) razvoja (F80–F89)). Pri fantih tudi tiki (F95) in hiperkinetične motnje (F90), pri dekletih pa težave zaradi reakcij na hud stres in prilagoditvene motnje (F43).

V obdobju mladosti, med 15. in 19. letom, se pri obeh spolih med najpogostejšimi vzroki za obiske pojavijo duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10). Pri obeh spolih so med najpogostejšimi vzroki depresija (F32+33), anksiozne motnje (F40+41) in reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje (F43). Pri dekletih se med prvimi petimi najpogostejšimi vzroki za obisk pojavijo tudi motnje hranjenja (F50). V tem starostnem obdobju dekleta pogosteje iščejo pomoč zaradi duševnih in vedenjskih motenj kot fantje.

Aktivna populacija

V starostnih skupinah od 20 do 64 let so prvi obiski zaradi anksioznih motenj (F40+41), depresij (F32+33) in reakcij na hud stres in prilagoditvenih motenj (F43) med najpogostejšimi. V tem obdobju so med najpogostejšimi vzroki pri obeh spolih tudi obiski zaradi shizofrenije, shizotipskih in blodnjavih motenj (F20–F29), ki se pri moških pojavijo nekoliko prej kot pri ženskah.

Pri moških so med najpogostejšimi vzroki za obisk na primarni ravni še duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10), v starosti 20 do 29 let pa tudi zaradi drugih psihoaktivnih snovi (F11+12+14+15+16+18+19). V skupini od 60 do 64 let moški iščejo pomoč zaradi neorganskih motenj spanja (F51). Pri ženskah so v vseh starostnih skupinah med najpogostejšimi vzroki obiski zaradi drugih nevrotskih motenj (F48).

V teh starostnih skupinah stopnje na 1000 prebivalcev kažejo razliko med spoloma v korist žensk, to pomeni, da ženske iščejo pomoč zaradi duševnih motenj pogosteje kakor moški.

Pri ženskah v rodni dobi je treba opozoriti na specifične duševne motnje, ki se pojavljajo v povezavi z nosečnostjo in porodom in se lahko kažejo v različnih oblikah. Depresivni simptomi v času nosečnosti so po podatkih iz literature prisotni pri 25–35 % nosečnic, duševne težave v poporodnem obdobju pa so še pogostejše (poporodno otožnost občuti do 80 % porodnic, za poporodno depresijo zbolijo 10–20 % porodnic, poporodno psihozo pa opisujejo pri 0,1 % porodnic). Zelo pogosto so te težave neprepoznane, tako s strani bolnic in svojcev kot strokovnega osebja, in zato tudi nezdravljene ali prepozno zdravljene. Tako v obdobju od 2000 do 2002 kot tudi v letih med 2003 in 2005 smo v Sloveniji zabeležili maternalne smrti (smrti žensk med nosečnostjo, porodom in v poporodnem obdobju) zaradi samomora (23, 24). Takšni, sicer ekstremni dogodki tako opozarjajo na obsežnost problema na področju duševnega zdravja v času nosečnosti in

poporodnega obdobja. Problematika sodi na mejno področje dveh specialnosti - psihiatrije in porodništva. Treba ji bo nameniti večjo pozornost in poglobiti sodelovanje strokovnjakov z obeh področji.

Starejši

V najstarejši starostni skupini, nad 65 let, so na prvem mestu vzrokov za obiske težave zaradi organskih, vključno simptomatskih, duševnih motenj (F00–F09), med katerimi prevladuje demenca. Pri obeh spolih so med najpogostejšimi vzroki za obisk tudi neorganskih motenj spanja (F51).

Težave zaradi anksioznih motenj (F40+41) in depresije (F32+33) ostajajo med najpomembnejšimi tudi v tej starostni skupini. Pri moških se med najpogostejšimi vzroki še vedno pojavljajo obiski zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja alkohola (F10), pri ženskah pa zaradi reakcij na hud stres in prilagoditvenih motenj (F43).

Tabela 4. Pregled najpogostejših vzrokov (glede na stopnje) za prve obiske na primarni ravni zdravstvenega varstva zaradi duševnih motenj po starostnih skupinah in spolu v letu 2006 (1 = 1. največje št. obiskov/1000, 2 = 2. največje št. obiskov/1000, 3 = 3. največje št. obiskov/1000, 4 = 4. največje št. obiskov/1000, 5 = 5. največje št. obiskov/1000).

MOŠKI									
Vzroki / Starostne skupine	0–6	7–14	15–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–64	65+
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje									1
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola			1		5	3	3	3	5
F11+12+14+15+16+18+19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih				5					
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje				4	4	5	5	5	
F32+33 Depresija			5	3	2	1	1	1	2
F40+41 Anksiozne motnje			4	1	1	2	2	2	4
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje			2	2	3	4	4		
F51 Neorganske motnje spanja								4	3
F70–F79 Duševna manjrazvitost			3						
F80–F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	1	2							
F90 Hiperkinetične motnje	4	3							
F91 Motnje vedenja	5	5							
F95 Tiki	3	4							
F98 Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci	2	1							
ŽENSKE									
Vzroki / Starostne skupine	0–6	7–14	15–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–64	65+
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje									1
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola			5						
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje					4	5	4	4	
F32, F33 Depresija			1	2	2	1	1	1	2
F40, F41 Anksiozne motnje			2	1	1	2	2	2	3
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	5	3	3	3	3	3	3	3	4
F45 Somatoformne motnje		5		4					
F48 Druge nevrotske motnje				5	5	4	5	5	
F50 Motnje prehranjevanja			4						
F51 Neorganske motnje spanja									4
F70–F79 Duševna manjrazvitost		4							
F80–F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	1	2							
F90 Hiperkinetične motnje	4								
F95 Tiki	3								
F98 Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci	2	1							

3.2.2 Analiza prvih obiskov zaradi duševnih motenj na sekundarni ravni zdravstvenega varstva

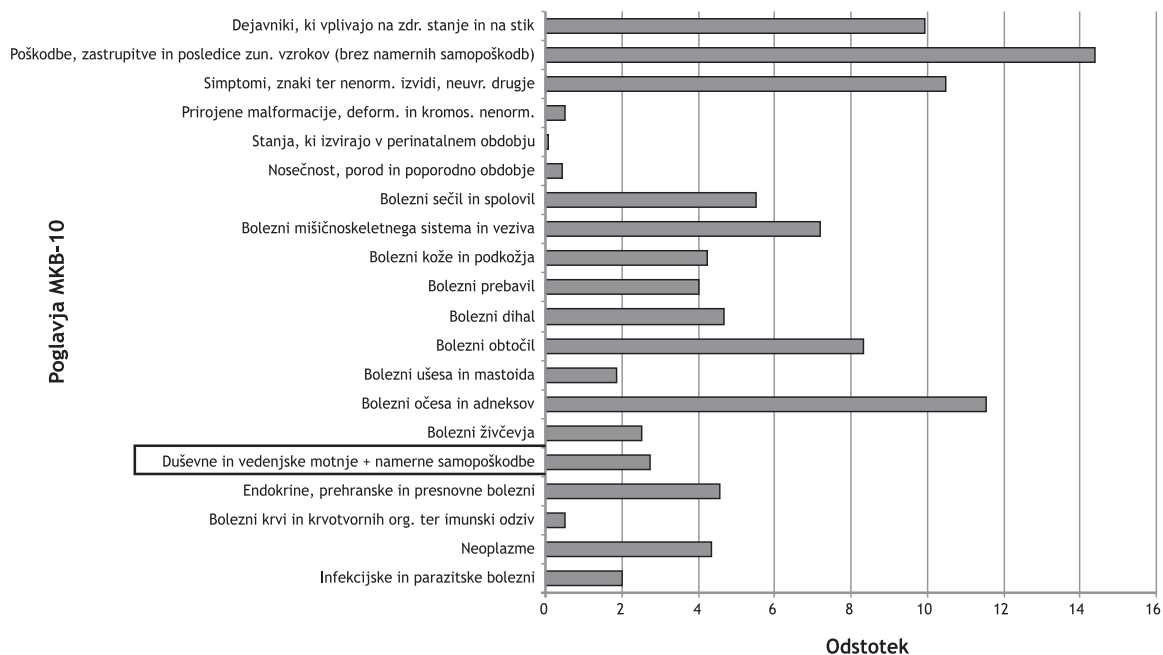
Na sekundarni ravni v t. i. specialističnih ambulantah so obravnavani primeri, ki zahtevajo specialista. Pogosto so obravnavani primeri ob uvajanju nove ali drugačne terapije, lahko gre tudi za spremljanje bolnika po odpustu iz bolnišnice. V primerjavi s tistimi, obravnavanimi na primarni ravni, so ti primeri zahtevnejši.

V poročilu smo analizirali podatke iz Evidence o boleznih in stanjih, ugotovljenih v specialistični ambulantni dejavnosti. Gre za analizo prvih obiskov¹⁴ na sekundarni ravni.

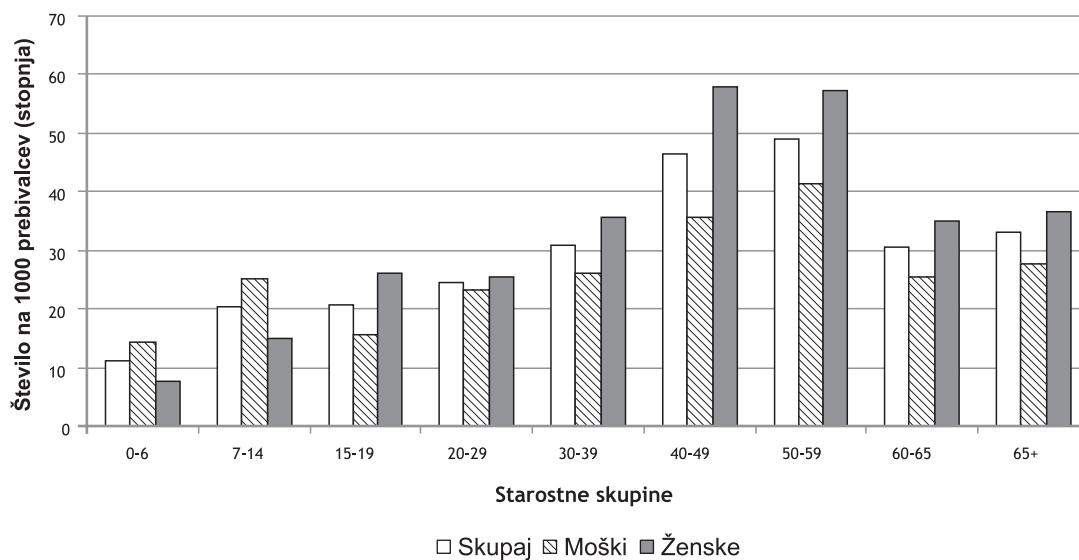
Geografska komponenta v analizah ni vključena, ker so podatki v bazi zbrani le po sedežu izvajalca, ne pa po prebivališču ljudi, ki so potrebovali obravnave. Glede na neenakomerno razporeditev specialističnih psihiatričnih ambulant po Sloveniji se nam prikaz po regijah ni zdel smiseln.

V letu 2006 je bilo v specialističnih ambulantah opravljenih 65556 prvih pregledov z diagnozo duševnih in vedenjskih motenj ali namernih samopoškodb. Odstotek prvih pregledov v specialističnih ambulantah, ki jih predstavljajo pregledi zaradi duševnih motenj, je bil v letu 2006 2,7 % (Slika 3), natančneje 2,5 % pri moških in 2,9 % pri ženskah.

¹⁴ Število obiskov ni enako številu oseb, saj je lahko ista oseba imela več prvih pregledov v posameznem letu.



Slika 3. Odstotek prvih obiskov v specialističnih ambulantah po poglavjih MKB-10¹⁵ v letu 2006.



Slika 4. Število prvih ambulantnih obiskov na sekundarni ravni zaradi duševnih motenj na 1000 prebivalcev (stopnja), po starosti in spolu v letu 2006.

¹⁵ Namerne samopoškodbe se običajno prikažejo v poglavju 19 MKB-10 (Poškodbe in zastrupitve). Za namen te analize smo namerne samopoškodbe prikazali skupaj s poglavjem 5 MKB-10 (Duševne in vedenjske motnje).

Število prvih obiskov na 1000 prebivalcev (stopnja) na sekundarni ravni zaradi duševnih motenj je bilo v povprečju 32,64, pri moških je bila stopnja nekoliko nižja (28,17 na 1000) kot pri ženskah (36,95 na 1000). Razporeditev stopnje prvih obiskov po starostnih skupinah in spolu prikazuje Slika 4. Stopnje obiskov pri obeh spolih naraščajo s starostjo, vrh dosežejo v starostni skupini 50 do 59 let, nato pa začnejo padati. V starostnih skupinah od 0 do 6 in od 7 do 14 let je stopnja obiskov pri dečkih višja kot pri deklicah, v višjih starostnih skupinah pa so stopnje obiskov pri ženskah višje kot pri moških.

3.2.2.1 Analiza najpogostejših diagnoz duševnih motenj kot vzrokov za prve obiske na sekundarni ravni zdravstvenega varstva, po spolu in starostnih skupinah

Tabela 5. Duševne in vedenjske motnje in namerne samopoškodbe kot vzrok prvega obiska v sekundarnem zdravstvenem varstvu, najpogostejše diagnoze (število na 1000 prebivalcev oziroma stopnja) v letu 2006.

Moški	Stopnje(/1000)	Ženske	Stopnje(/1000)
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	4,8	F32+33 Depresija	8,6
F32+33 Depresija	3,7	F40+41 Anksiozne motnje	6,9
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	3,7	F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	5,9
F40+41 Anksiozne motnje	3,2	F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	3,5
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	2,7	F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje)	3,2
Skupaj duševne motnje	28,2	Skupaj duševne motnje	37,0

Diagnoze, ki se pojavljajo med petimi najpogostejšimi vzroki za prvi obisk v ambulantah sekundarne ravni zdravstvenega varstva pri obeh spolih, so depresija (F32+33), shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29), anksiozne motnje (F40+41) in organske, vključno simptomatske, duševne motnje (F00–F09).

Pri moških so med prvimi petimi najpogostejšimi vzroki za obisk tudi duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10). Pri ženskah pa se med najpogostejšimi vzroki pojavijo tudi težave kot Reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje (F43). Pri posameznih vzrokih za obisk med spoloma obstajajo razlike, višje stopnje so pri ženskah (Tabela 5).

Analizirali smo najpogostejše vzroke duševnih motenj za prve obiske na sekundarni ravni zdravstvenega varstva po starostnih skupinah, ki so predstavljeni v Tabeli 6. Podrobnejše analize so prikazane v Prilogi 2 (Tabele 48–56).

Otroci in mladostniki

V najmlajši starostni skupini (0–6 let) se med najpogostejšimi vzroki za obisk na sekundarni ravni pojavljajo druge vedenjske in čustvene motnje, ki se navadno začnejo v otroštvu (F98), motnje duševnega (psihološkega) razvoja (F80–F89), duševna manjrazvitost (F70–F79), hiperkinetične motnje (F90) ter čustvene motnje, ki se začnejo v otroštvu (F93). Pogosteje se pojavljajo med dečki kot med deklicami.

V starostni skupini 7 do 14 let najpogostejši vzroki za obisk večinoma ostajajo razvojne in vedenjske motnje iz prejšnjega starostnega obdobja. Pri dekletih se med najpogostejšimi že pojavijo obiski zaradi motenj prehranjevanja (F50).

V mladostniškem obdobju (15–19 let) postanejo obravnave pri dekletih pogostejše kot pri fantih. Pri obeh spolih se med najpogostejšimi vzroki za prvi obisk v specialističnih ambulantah pojavijo reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43), depresija (F32+33) in anksiozne motnje (F40+41). Pri dekletih so med najpogostejšimi vzroki za obravnave tudi motnje prehranjevanja (F50), pri fantih pa se med najpogostejšimi vzroki za obiske pojavijo obravnave zaradi shizofrenije, shizotipskih in blodnjavih motenj (F20–F29).

Aktivna populacija

V starostnih skupinah od 20 do 64 let (aktivna populacija) so pri obeh spolih med najpogostejšimi vzroki prvih obiskov obravnave zaradi depresije (F32+33), shizofrenije, shizotipskih in blodnjavih motenj (F20–F29), anksioznih motenj (F40+41) ter reakcij na hud stres in prilagoditvenih motenj (F43).

Med najpogostejšimi vzroki so tudi duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10), pri moških od 30 leta dalje, pri ženskah pa od 40 do 59 leta. Stopnja obiskov zaradi težav zaradi alkohola je v vseh starostnih skupinah precej višja pri moških kot pri ženskah. Pri moških so v starosti od 20 do 29 let med najpogostejšimi vzroki tudi obravnave zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi (F11+12+14+15+16+18+19). Pri ženskah pa so v tem starostnem obdobju med najpogostejšimi vzroki še vedno motnje prehranjevanja (F50).

V starejših starostnih skupinah se med najpogostejšimi vzroki obiskov pojavijo obravnave zaradi organskih, vključno simptomatskih, duševnih motenj (F00–F09), pri moških že po 50. letu, pri ženskah pa po 60. letu.

Starejši

Po 65. letu so najpogostejši vzroki za obiske pri obeh spolih obravnave zaradi organskih, vključno simptomatskih, duševnih motenj (F00–F09). Drugi najpogostejši vzroki obiskov ostajajo enaki kot v ostalem odraslem obdobju, in sicer depresija (F32+33), shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29), anksiozne motnje (F40+41) ter reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje (F43), pri moških tudi duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10).

Tabela 6. Pregled najpogostejših vzrokov (glede na stopnje) za prve obiske na sekundarni ravni zdravstvenega varstva zaradi duševnih motenj po starostnih skupinah in spolu v letu 2006 (1 = 1. največje št. obiskov/1000, 2 = 2. največje št. obiskov/1000, 3 = 3. največje št. obiskov/1000, 4 = 4. največje št. obiskov/1000, 5 = 5. največje št. obiskov/1000).

MOŠKI									
Vzroki / Starostne skupine	0–6	7–14	15–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–64	65+
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje							5	4	1
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola					3	1	2	2	4
F11+12+14+15+16+18+19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi			4	2					
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje			2	1	1	2	3	3	3
F32, F33 Depresija			5	4	4	3	1	1	2
F40, F41 Anksiozne motnje				3	2	4	4	5	5
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje			3	5	5	5			
F70–F79 Duševna manjrazvitost	4		1						
F80–F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	1	3							
F90 Hiperkinetične motnje	3	1							
F92 Mešane motnje vedenja in čustvovanja		5							
F93 Čustvene motnje za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu	5	4							
F98 Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci	2	2							
ŽENSKE									
Vzroki / Starostne skupine	0–6	7–14	15–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–64	65+
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje								4	1
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola						5	5		
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje				3	3	3	3	2	3
F32, F33 Depresija			2	2	2	1	1	1	2
F40, F41 Anksiozne motnje			4	1	1	2	2	3	4
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje			3	4	4	4	4	5	5
F50 Motnje prehranjevanja		4	1	5					
F60–F69 Motnje v osebnosti in vedenja v odrasli dobi					5				
F70–F79 Duševna manjrazvitost	3								
F80–F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	2	5							
F90 Hiperkinetične motnje	4	3							
F93 Čustvene motnje za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu	5	2	5						
F98 Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci	1	1							

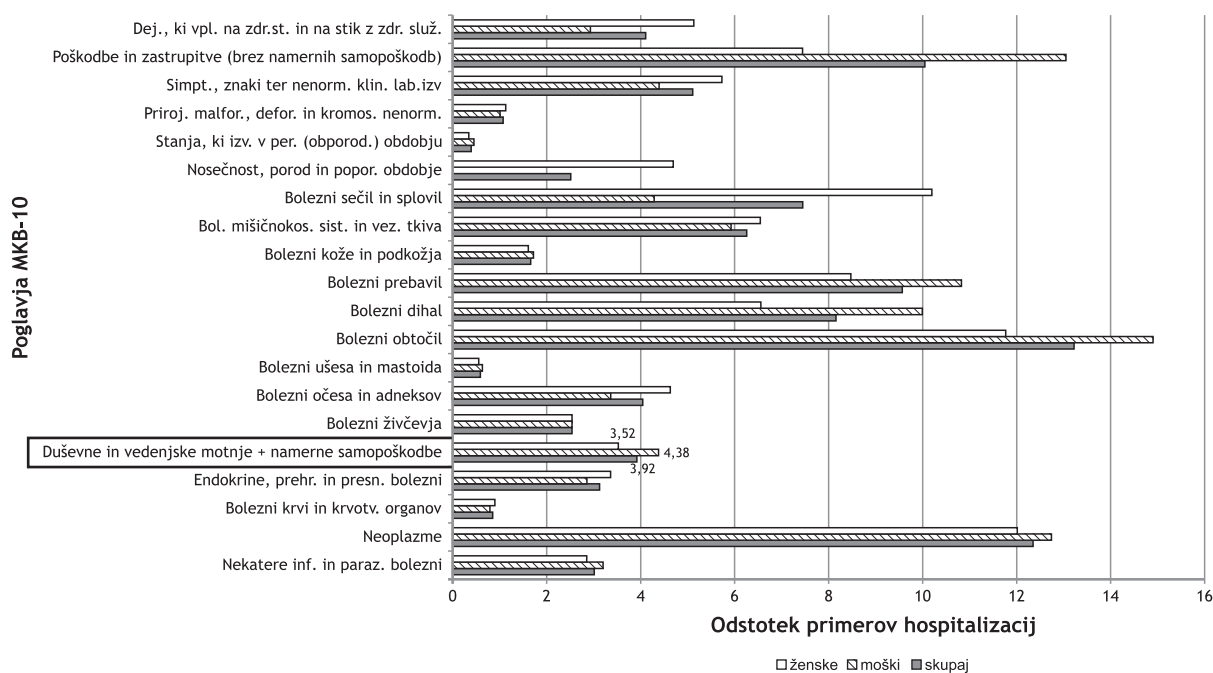
3.2.3 Analiza bolnišničnih obravnjav zaradi duševnih motenj

Bolezni, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici so duševne in vedenjske motnje s težjim potekom, ki bolj temeljno posegajo v življenje posameznika.

V tem poročilu smo analizirali podatke iz Evidence bolezni, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici. Vključili smo prve in ponovne primere hospitalizacij¹⁶ (hospitalizacija je zdravstvena oskrba v posteljni enoti, ki se začne s sprejemom in konča z odpustom) glede na glavno diagnozo (glavna diagnoza je diagnoza vodilne bolezni ali stanja zaradi katerega je bila oseba sprejeta v bolnišnično obravnavo).

Pripravili smo pregled števila primerov hospitalizacij, števila bolnišničnih dni za posamezne obravnave ter povprečno trajanje hospitalizacij zaradi duševnih motenj v primerjavi z drugimi bolezenskimi stanji. Skušali smo prikazati najpogostejše vzroke za hospitalizacijo zaradi duševnih motenj in tiste vzroke, zaradi katerih je bilo v letu 2006 največje število bolnišničnih dni pri posameznem spolu in različnih starostnih skupinah.

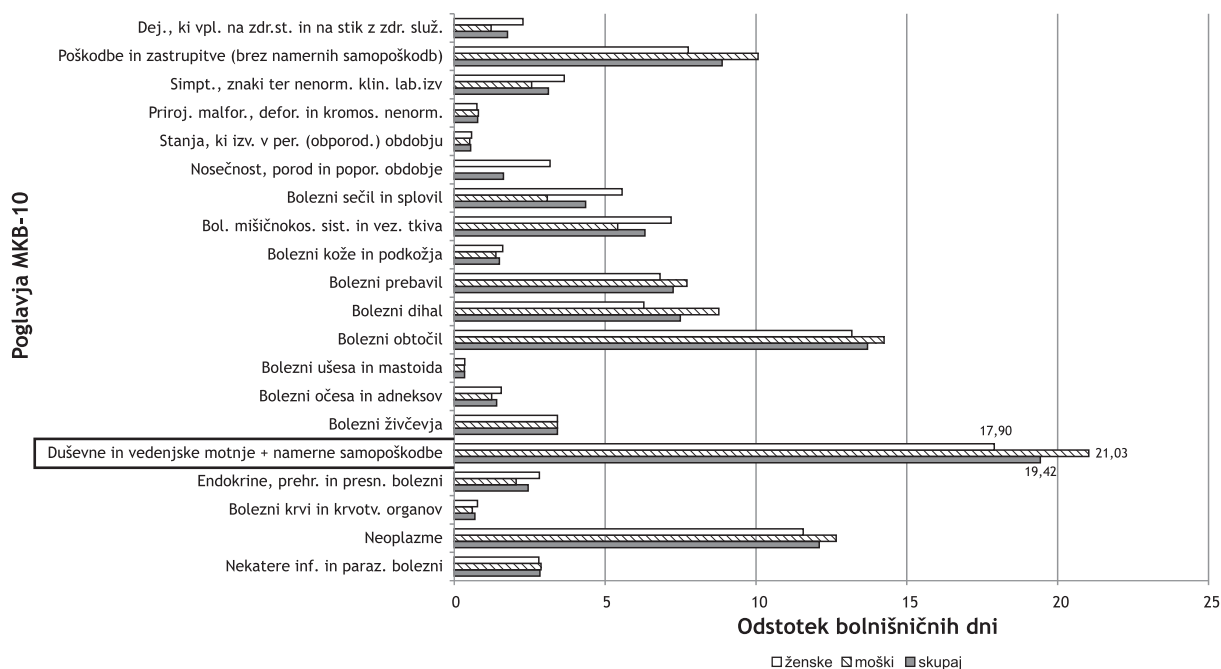
Leta 2006 je bilo v Sloveniji 11.608 primerov hospitalizacij in 461.574 bolnišničnih dni zaradi duševnih motenj, kar je 3,9 % primerov hospitalizacij, hkrati pa kar 19,4 % bolnišničnih dni zaradi vseh bolezni, poškodb in zastrupitev (Slika 5 in 6).



Slika 5. Odstotek primerov hospitalizacij po poglavjih MKB-10¹⁷ v letu 2006.

¹⁶ Primeri hospitalizacij ne pomenijo oseb, saj je lahko ena oseba v enem letu večkrat hospitalizirana zaradi iste ali druge diagnoze.

¹⁷ Namerne samopoškodbe se običajno prikažejo pri poglavju 19 MKB-10 (Poškodbe in zastrupitve). Za namen te analize smo namerne samopoškodbe prikazali skupaj s poglavjem 5 MKB-10 (Duševne in vedenjske motnje).



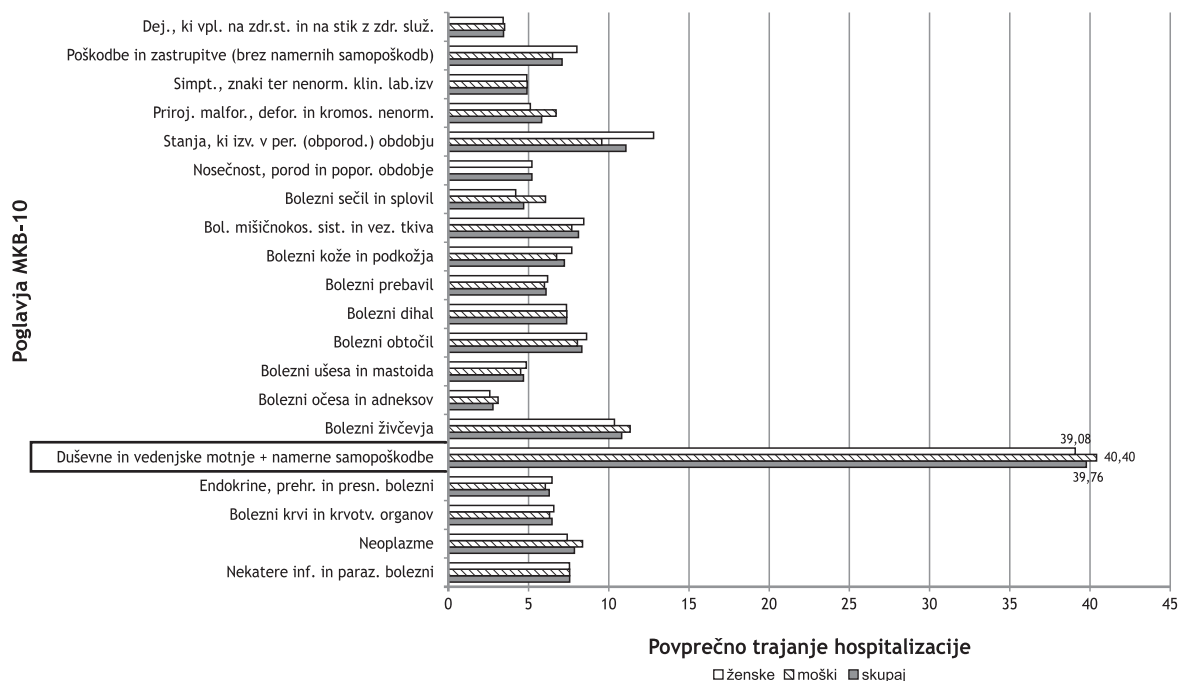
Slika 6. Odstotek bolnišničnih dni po poglavjih MKB-10¹⁸ v letu 2006.

Zaskrbljujoče je, da so hospitalizacije zaradi duševnih motenj najdaljše od vseh hospitalizacij (Slika 6 in 7), kar dodatno kaže na resnost in velikost bremena, ki ga duševne motnje, ki potrebujejo bolnišnično obravnavo, predstavljajo za posameznika in družbo.

Povprečno trajanje hospitalizacije zaradi duševnih motenj je bilo v letu 2006 39,76 dni (40,40 dni pri moških in 39,08 dni pri ženskah), kar je najdaljše povprečno trajanje izmed vseh bolezni razporejenih po poglavjih MKB-10 (Slika 7), in občutno več kot povprečno trajanje zaradi vseh bolezni, poškodb in zastrupitev skupaj, ki je znašalo 8,03 dni (8,42 pri moških in 7,69 pri ženskah).

Povprečno trajanje hospitalizacije zaradi duševnih motenj se po starosti postopno podaljšuje do starostne skupine 20 do 29 let, v starosti 20 do 69 let nekoliko niha, vendar ni krajše od 39 dni, nato se skrajša. Najdaljše je v Osrednjeslovenski in Jugovzhodni regiji, sledijo Goriška, Gorenjska in Savinjska regija. Če analiziramo po spolu, je pri moških povprečno trajanje najdaljše v Gorenjski, Goriški in Osrednjeslovenski regiji, pri ženskah pa v Jugovzhodni, Osrednjeslovenski in Spodnjeposavski regiji.

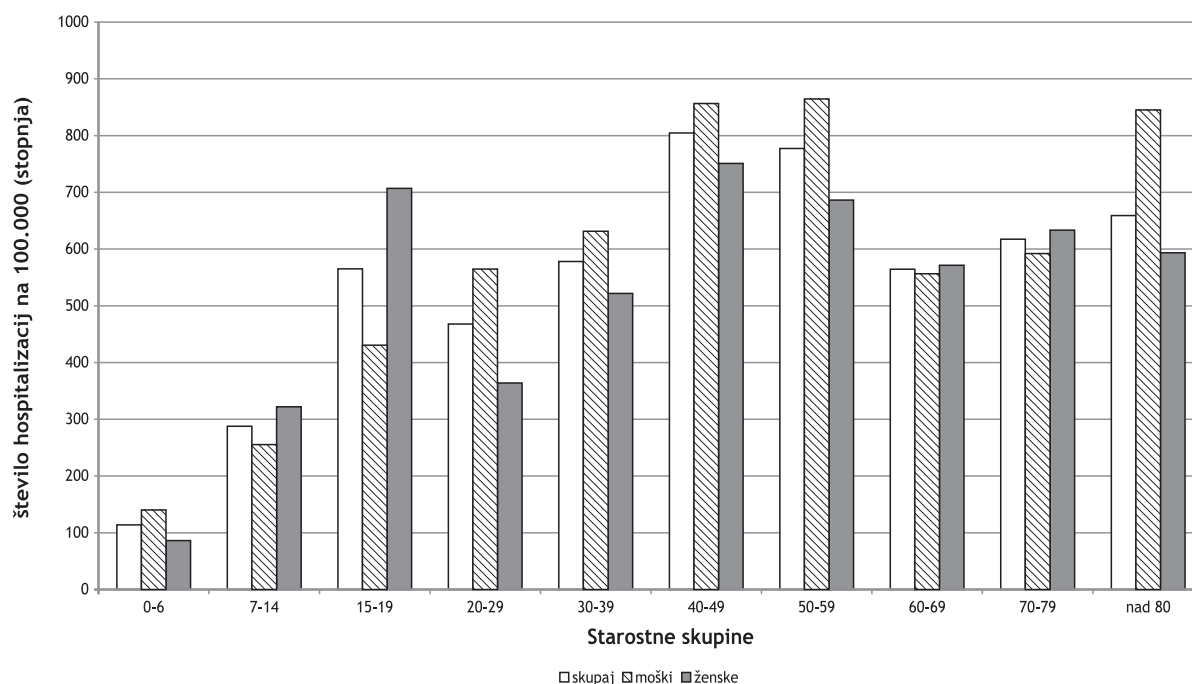
¹⁸ Namerne samopoškodbe se običajno prikažejo pri poglavju 19 MKB-10 (Poškodbe in zastrupitve). Za namen te analize smo namerne samopoškodbe prikazali skupaj s poglavjem 5 MKB-10 (Duševne in vedenjske motnje).



Slika 7. Povprečno trajanje hospitalizacije po poglavjih MKB-10¹⁹ v letu 2006.

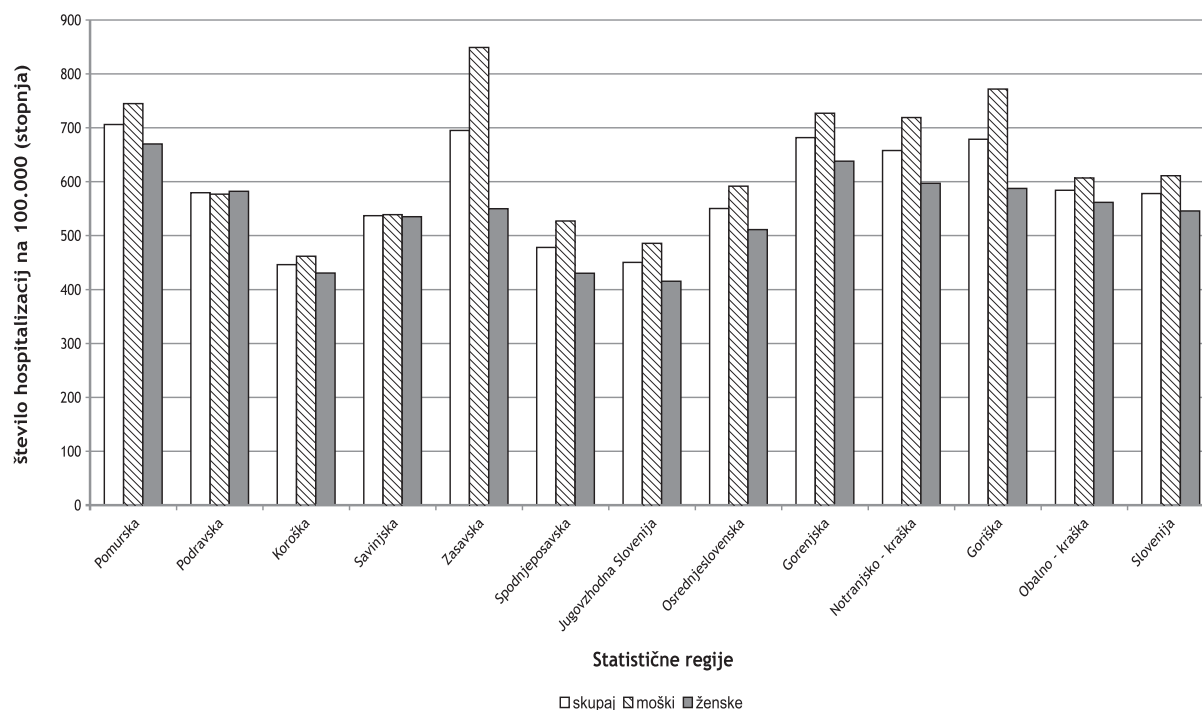
Število primerov hospitalizacij zaradi duševnih motenj na 100.000 prebivalcev (stopnja) je nekoliko višje pri moških (611,23) kot pri ženskah (545,84). Najvišje je v starostnih skupinah od 40 do 49 let in od 50 do 59 let. Pri moških postopno narašča do starosti 50 do 59 let, kjer doseže vrh (864,45), nato se nekoliko zniža in zopet naraste pri starosti nad 80 let (845,14). Pri ženskah stopnja primerov hospitalizacije doseže prvi vrh pri starosti 15 do 19 let (707,11), se nato zniža in doseže drugi vrh pri starosti 40 do 49 let (750,76), nato se ponovno nekoliko zniža (Slika 8).

¹⁹ Namerne samopoškodbe se običajno prikažejo pri poglavju 19 MKB-10 (Poškodbe in zastrupitve). Za namen te analize smo namerne samopoškodbe prikazali skupaj s poglavjem 5 MKB-10 (Duševne in vedenjske motnje).



Slika 8. Število primerov hospitalizacij zaradi duševnih motenj na 100.000 (stopnja) prebivalcev po starostnih skupinah v letu 2006.

Število primerov hospitalizacij zaradi duševnih motenj na 100.000 prebivalcev je bilo najvišje v Pomurski in Zasavski regiji, pri moških je bila stopnja najvišja v Zasavski, Goriški in Pomurski regiji, pri ženskah pa v Gorenjski in Pomurski regiji (Slika 9).



Slika 9. Število primerov hospitalizacij zaradi duševnih motenj na 100.000 prebivalcev (stopnja) po statističnih regijah v letu 2006.

3.2.3.1 Analiza diagnoz po starostnih skupinah in spolu

Najpogostejši vzroki za hospitalizacijo zaradi duševnih motenj (razvrščanje po številu primerov)

Pri analizi primerov hospitalizacij zaradi duševnih motenj ugotavljamo, da se v celotni populaciji med petimi najpogostejšimi vzroki za hospitalizacijo pojavljajo shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29), duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10), depresija (F32 + F33) in organske, vključno simptomatske, duševne motnje (F00–F09), pri ženskah še reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43), pri moških pa duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi (F11+12+14+15+16+18+19) (Tabele 7, 8, 9).

Tabela 7. Duševne motnje kot vzrok za hospitalizacijo, najpogostejše diagnoze (razvrščanje po številu primerov) v letu 2006.

Skupaj	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	3004	190466	63,4
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	2404	72939	30,3
F32+33 Depresija	1390	60646	43,6
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	1262	42776	33,9
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	494	9310	18,8

Tabela 8. Duševne motnje kot vzrok za hospitalizacijo, najpogostejše diagnoze (razvrščanje po številu primerov) pri moških v letu 2006.

Moški	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	1877	56711	30,2
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	1494	104315	69,8
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	604	19699	32,6
F32+33 Depresija	453	19059	42,1
F11+12+14+15+16+18+19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi	284	8609	30,3

Tabela 9. Duševne motnje kot vzrok za hospitalizacijo, najpogostejše diagnoze (razvrščanje po številu primerov) pri ženskah v letu 2006.

Ženske	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	1510	86151	57,1
F32+33 Depresija	937	41587	44,4
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	658	23077	35,1
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	527	16228	30,8
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	293	5631	19,2

Natančnejša analiza pokaže nekatere razlike med spoloma in starostnimi skupinami. Tabela 10 prikazuje najpogostejše vzroke pri posameznih starostnih skupinah, podrobnejše analize po spolu in starostnih skupinah so prikazane v Prilogi 3 (Tabele 57–66).

Otroci in mladostniki

Predšolski otroci (0–6 let) so bili leta 2006 najpogosteje hospitalizirani zaradi motenj duševnega (psihološkega) razvoja (F80–F89), drugih vedenjskih in čustvenih motenj, ki se navadno začnejo v otroštvu in adolescenci (F98), in duševne manjrazvitosti (mentalne retardacije) (F70–F79).

Pri osnovnošolskih otrocih (7–14 let) ugotavljamo med vzroki za največje št. primerov hospitalizacije pri obeh spolih duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10) in druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F98), pri dečkih še mešane motnje vedenja in čustvovanja (F92), motnje duševnega (psihološkega) razvoja (F80–F89) in hiperkinetične motnje (F90), pri dekletih pa še motnje prehranjevanja (F50), somatoformne motnje (F45) in namerno samopoškodovanje (X60–84, Y87.0).

Pri srednješolcih (15–19 let) se pri fantih na prvem mestu kot vzrok hospitalizacije že pojavijo shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29), pri obeh spolih so na drugem mestu duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10) in na tretjem namerno samopoškodovanje (X60–84, Y87.0). Pri dekletih so na prvem mestu motnje prehranjevanja (F50). Med petimi najpogostejšimi vzroki se pri fantih pojavljajo še duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi (F11+12+14+15+16+18+19) in mešane motnje vedenja in čustvovanja (F92), pri dekletih pa somatoformne motnje (F45) in depresija (F32+F33).

Aktivna populacija

V starosti 20 do 69 let (aktivna populacija) so shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29) pri moških kakor tudi pri ženskah na prvem ali drugem mestu po številu primerov hospitalizacij zaradi duševnih motenj. Med najpogostejšimi vzroki so tudi duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10), ki so pri moških od 40. do 69. leta na prvem mestu. Depresija (F32+F33) je pri ženskah od 20. leta naprej na drugem mestu. V starosti 20 do 29 let se pri obeh spolih pojavljajo namerno samopoškodovanje (X60–84, Y87.0) ter duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi (F11+12+14+15+16+18+19), slednje so pri moških na drugem mestu in se pojavljajo tudi v starostni skupini 30 do 39 let. Po starosti 30 let pri moških in 50 let pri ženskah so med prvimi petimi vzroki hospitalizacije že tudi organske, vključno simptomatske, duševne motnje (F00–F09). Pri ženskah v starosti od 30 do 39 let so na petem mestu anksiozne motnje (F40+F41). Med najpogostejšimi vzroki hospitalizacij so pri obeh spolih tudi reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje (F43) in bipolarna afektivna motnja (F31).

Starejši

Pri starostnikih (nad 70 let) so vzroki za hospitalizacijo najpogosteje organske, vključno simptomatske, duševne motnje (F00–F09), depresija (F32+F33) in shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29), pri moških so med prvimi petimi vzroki še duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10) in namerno samopoškodovanje (X60–84, Y87.0), pri ženskah pa še bipolarna afektivna motnja (F31) in anksiozne motnje (F40+F41).

Tabela 10. Pregled najpogostejših vzrokov za hospitalizacije zaradi duševnih motenj po starostnih skupinah in spolu v letu 2006 (1= 1. največje št. primerov, 2 = 2. največje št. primerov, 3 = 3. največje št. primerov, 4 = 4. največje št. primerov, 5 = 5. največje št. primerov; kjer je več vzrokov označenih z enako številko, to pomeni, da je bilo za te vzroke enako število primerov hospitalizacij).

MOŠKI	0–6	7–14	15–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+
Starost										
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje					5	4	4	3	1	1
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola		3	2	3	2	1	1	1	2	5
F11+12+14+15+16+18+19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi			4	2	3					
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje			1	1	1	2	2	2	4	3
F31 Bipolarna afektivna motnja							5	5		
F32+33 Depresija				5	4	3	3	4	3	2
F38 Druge razpoloženske [afektivne] motnje	5									
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje						5				
F50 Motnje prehranjevanja	5									
F70–F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)	3									
F80–F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	1	4								
F90 Hiperkinetične motnje		4								
F92 Mešane motnje vedenja in čustvovanja		1	5							
F95 Tiki	4									
F98 Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo v otroštvu in adolescenci	2	2								
X60–84, Y87.0 Namerno samopoškodovanje			3	4					5	4

ŽENSKE										
Starost	0–6	7–14	15–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	4						5	3	1	1
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola		3	2		3	3	3	4		
F11+12+14+15+16+18+19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi				3						
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje				1	1	1	1	1	3	3
F31 Bipolarna afektivna motnja						5	4	5	4	4
F32+33 Depresija			4	2	2	2	2	2	2	2
F38 Druge razpoloženske [afektivne] motnje	4									
F40+41 Anksiozne motnje					5				5	5
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	4			5	4	4				
F45 Somatoformne motnje	4	2	5							
F50 Motnje prehranjevanja		1	1							
F51 Neorganske motnje spanja	4									
F70–F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)	2									
F80–F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	3									
F98 Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo v otroštvu in adolescenci	1	4								
X60–84, Y87.0 Namerno samopoškodovanje		5	3	4						

Vzroki za največje število bolnišničnih dni zaradi duševnih motenj (razvrščanje po številu bolnišničnih dni)

Pri analizi števila bolnišničnih dni zaradi duševnih motenj ugotavljamo, da se v celotni populaciji med prvimi petimi vzroki za največje število bolnišničnih dni pojavljajo shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29), duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10), depresija (F32+F33), organske, vključno simptomatske, duševne motnje (F00–F09) in bipolarna afektivna motnja (F31). Pri moških so glede na število bolnišničnih dni na drugem mestu duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10), pri ženskah pa depresija (F32+F33) (Tabele 11, 12, 13).

Tabela 11. Duševne motnje kot vzrok za hospitalizacijo, diagnoze, ki so bile vzrok za največje število bolnišničnih dni v letu 2006 (razvrščanje po številu bolnišničnih dni).

Skupaj	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	3004	190466	63,4
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	2404	72939	30,3
F32+33 Depresija	1390	60646	43,6
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	1262	42776	33,9
F31 Bipolarna afektivna motnja	465	24597	52,9

Tabela 12. Duševne motnje kot vzrok za hospitalizacijo, diagnoze, ki so bile vzrok za največje število bolnišničnih dni v letu 2006 (razvrščanje po številu bolnišničnih dni) pri moških.

Moški	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	1494	104315	69,8
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	1877	56711	30,2
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	604	19699	32,6
F32+33 Depresija	453	19059	42,1
F31 Bipolarna afektivna motnja	175	10053	57,4

Tabela 13. Duševne motnje kot vzrok za hospitalizacijo, diagnoze, ki so bile vzrok za največje število bolnišničnih dni v letu 2006 (razvrščanje po številu bolnišničnih dni), pri ženskah.

Ženske	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	1510	86151	57,1
F32+33 Depresija	937	41587	44,4
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	658	23077	35,1
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	527	16228	30,8
F31 Bipolarna afektivna motnja	290	14544	50,2

Natančnejša analiza pokaže nekatere razlike med spoloma in starostnimi skupinami. Tabela 14 prikazuje vzroke za največje število bolnišničnih dni za posamezne starostne skupine. Podrobnejše analize so prikazane v Prilogi 3 (Tabele 67–76).

Otroci in mladostniki

Predšolski otroci (0–6 let) so bili leta 2006 največje število dni hospitalizirani zaradi duševne manjrazvitosti (mentalne retardacije) (F70–F79), drugih vedenjskih in čustvenih motenj, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F98) in motenj duševnega (psihološkega) razvoja (F80–F89), fantje še zaradi tikov (F95) in namernega samopoškodovanja (X60–84, Y87.0), dekleta pa še zaradi anksioznih motenj (F40+F41) in čustvenih motenj, za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu (F93).

Pri osnovnošolskih otrocih (7–14 let) ugotavljamo med vzroki za največje število bolnišničnih dni zaradi duševnih motenj mešane motnje vedenja in čustvovanja (F92), tike (F95) in druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F98), pri dekletih še motnje prehranjevanja (F50), ki so na prvem mestu in čustvene motnje za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu (F93) ter somatoformne motnje (F45), pri fantih pa še hiperkinetične motnje (F90) in motnje vedenja (F91).

Pri srednješolskih (15–19 let) se med prvimi petimi vzroki že pojavijo shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29), ki so pri fantih na prvem mestu, pri dekletih pa na drugem, za motnjami prehranjevanja (F50). Pri fantih in dekletih se pojavljajo tudi mešane motnje vedenja in čustvovanja (F92) ter duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi (F11+12+14+15+16+18+19). Pri fantih se pojavijo še duševna manjrazvitost (mentalna retardacija) (F70–F79), anksiozne motnje (F40+41) ter duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10), pri dekletih pa še depresija (F32+33).

Aktivna populacija

V starosti 20 do 69 let (aktivna populacija) so shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29) v vseh starostnih skupinah na prvem mestu po številu bolnišničnih dni zaradi duševnih motenj, razen v starostni skupini 50 do 59 let pri moških, kjer so na drugem mestu za duševnimi in vedenjskimi motnjami zaradi uživanja alkohola (F10), ki so tudi sicer pri moških večinoma na drugem mestu, pri ženskah pa so med prvimi petimi vzroki v starosti med 30 in 69 let. Med prvimi petimi vzroki za največ bolnišničnih dni so pri tej populaciji tudi depresija (F32+33), ki je pri moških večinoma na tretjem, pri ženskah pa na drugem mestu, bipolarna afektivna motnja (F31) in pri ženskah anksiozne motnje (F40+41). V starosti 20 do 29 let se pri ženskah pojavljajo motnje prehranjevanja (F50), pri moških motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi (F60–F69), pri obeh spolih pa duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi

(F11+12+14+15+16+18+19), ki so pri moških med najpogostejšimi tudi v starostni skupini 30 do 39 let. Po starosti 30 let pri moških in 50 let pri ženskah so med prvimi petimi vzroki tudi organske, vključno simptomatske, duševne motnje (F00–F09).

Starejši

Pri starostnikih (nad 70 let) so vzroki za največje število bolnišničnih dni pri obeh spolih organske, vključno simptomatske, duševne motnje (F00–F09), shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29), depresija (F32+33) in bipolarna afektivna motnja (F31), pri moških so med prvimi petimi vzroki še duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10) in po 80. letu namerno samopoškodovanje (X60–84, Y87.0), pri ženskah pa še anksiozne motnje (F40+41).

Tabela 14. Pregled vzrokov za največje število bolnišničnih dni zaradi duševnih motenj po starostnih skupinah in po spolu v letu 2006 (1 = 1. največje št. dni, 2 = 2. največje št. dni, 3 = 3. največje št. dni, 4 = 4. največje št. dni, 5 = 5. največje št. dni).

MOŠKI	0-6	7-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
Starost										
F00-F09 Organske, vključno simptomske, duševne motnje					5	4	4	4	1	1
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola			5	4	2	2	1	2	4	5
F11+12+14+15+16+18+19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi			4	2	4					
F20-F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje			1	1	1	1	2	1	2	2
F31 Bipolarna afektivna motnja						5	5	5	5	
F32+33 Depresija				5	3	3	3	3	3	3
F60-F69 Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi				3						
F70-F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)	2		3							
F80-F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	1									
F90 Hiperkinetične motnje		3								
F91 Motnje vedenja		4								
F92 Mešane motnje vedenja in čustvovanja		1	2							
F93 Čustvene motnje, za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu										
F95 Tiki	4	2								
F98 Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo v otroštvu	3	5								
X60-84, Y87.0 Namerno samopoškodovanje	5									4

ŽENSKE

Starost	0–6	7–14	15–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje							5	3	1	1
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola					3	3	4	5		
F11+12+14+15+16+18+19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi			4	3						
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje			2	1	1	1	1	1	2	3
F31 Bipolarna afektivna motnja				5	5	4	3	4	4	4
F32+33 Depresija			3	2	2	2	2	2	3	2
F40+41 Anksiozne motnje	3				4	5			5	5
F45 Somatoformne motnje		3								
F50 Motnje prehranjevanja		1	1	4						
F70–F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)	2									
F80–F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	4									
F92 Mešane motnje vedenja in čustvovanja		2	5							
F93 Čustvene motnje, za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu	5	4								
F95 Tiki										
F98 Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo v otroštvu in adolescenci	1	5								

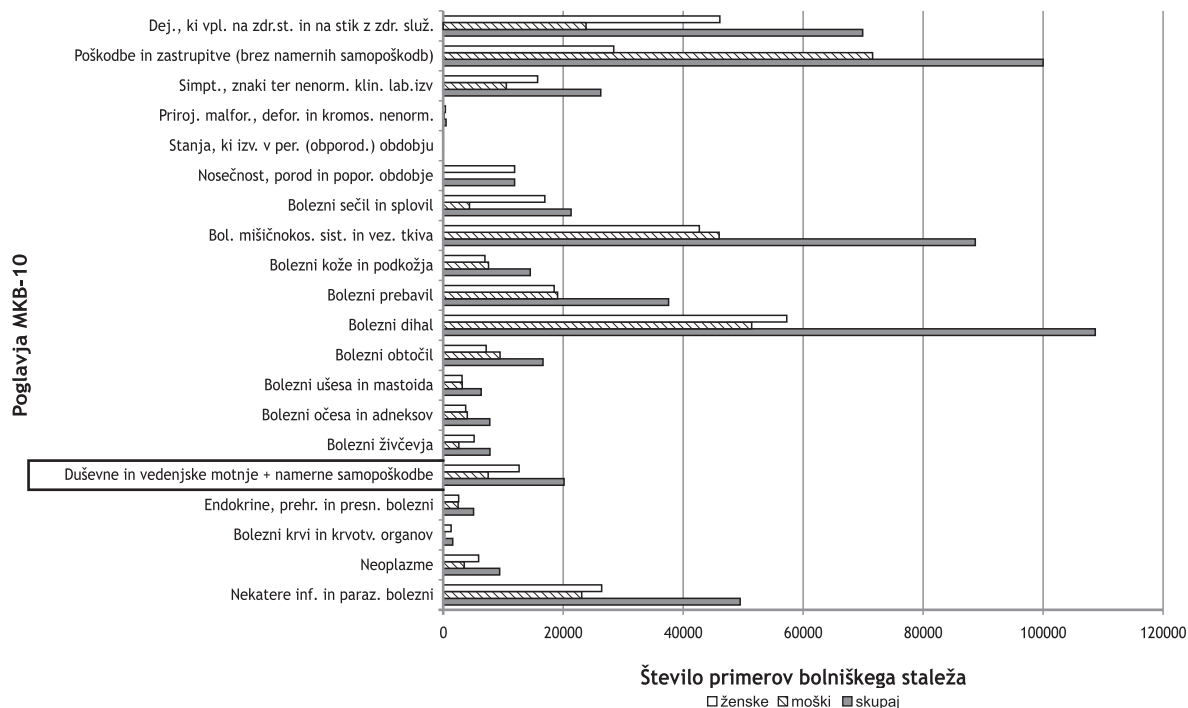
3.2.4 Analiza bolniškega staleža zaradi duševnih motenj

3.2.4.1 Analiza bolniškega staleža za polni delovni čas zaradi duševnih motenj

V poročilu smo analizirali primere začasne neprekinjene odsotnosti z dela²⁰ (bolniškega staleža) zaradi posamezne diagnoze iz Evidence začasne/trajne odsotnosti z dela zaradi bolezni, poškodb, nege, spremstva in drugih vzrokov za zaključene primere v letu 2006 pri osebah zaposlenih za polni delovni čas. Izključili smo primere bolniškega staleža zaradi nege in spremstva, saj smo želeli prikazati le primere bolniškega staleža oseb z duševnimi motnjami in s tem vpliv duševnih motenj na vključenost v normalen delovni proces.

Pregledali smo število primerov bolniškega staleža in število bolniških dni ter povprečno trajanje bolniškega staleža zaradi duševnih motenj v Sloveniji in to primerjali z drugimi bolezenskimi stanji. Primerjali smo indeks frekvence (število primerov odsotnosti z dela zaradi bolniškega staleža na 100 zaposlenih v enem letu), odstotek bolniškega staleža (odstotek izgubljenih koledarskih dni) ter povprečno trajanje bolniškega staleža zaradi duševnih motenj po spolu, po starostnih skupinah in po statističnih regijah. Opravili smo tudi analizo po trimestrnih diagnozah ter ugotavljali najpogostejše vzroke za bolniški stalež in tiste vzroke, zaradi katerih je bilo v letu 2006 največ bolniških dni pri posameznem spolu in različnih starostnih skupinah.

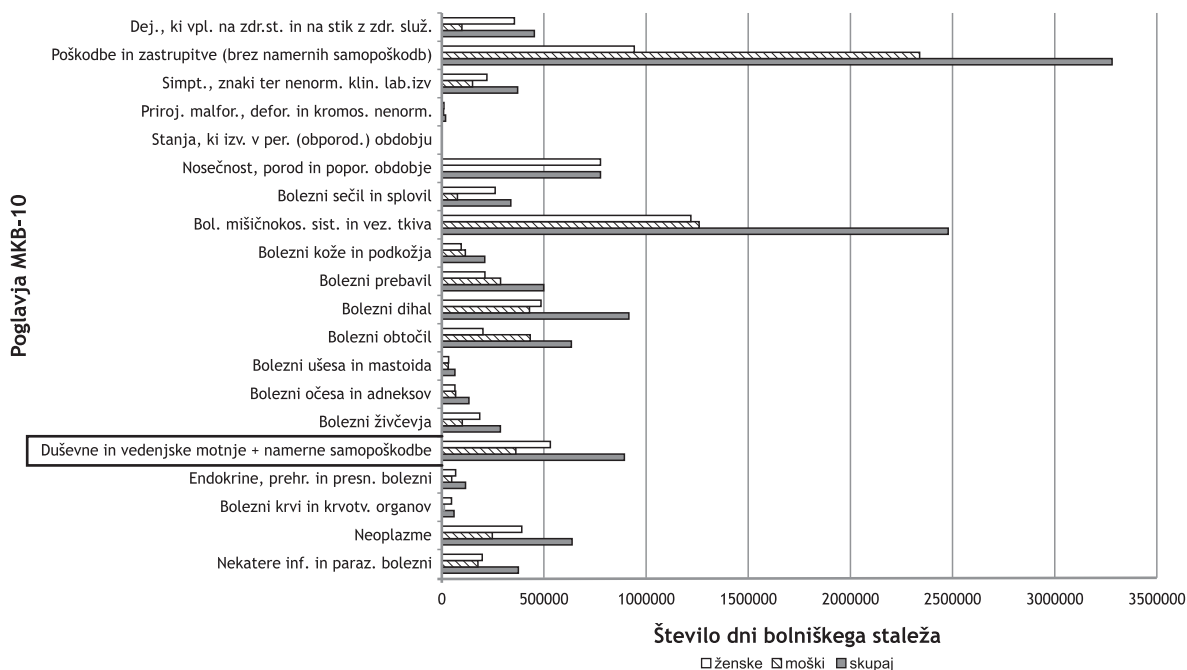
Leta 2006 je bilo v Sloveniji 20.102 primerov bolniškega staleža in 891.960 bolniških dni zaradi duševnih motenj, kar je 2,9 % vseh primerov in 6,8 % bolniških dni zaradi vseh bolezni, poškodb in zastrupitev (Slika 10 in 11).



Slika 10. Število primerov bolniškega staleža po poglavjih MKB-10²¹ v letu 2006.

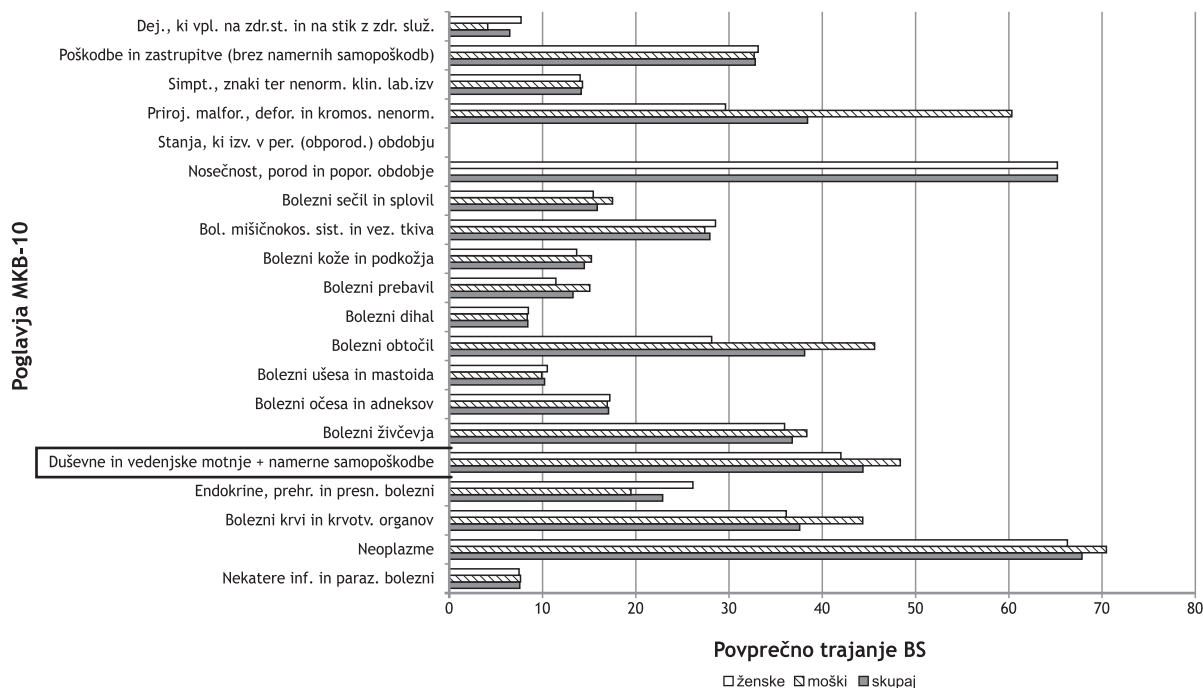
²⁰ Primeri bolniškega staleža ne pomenijo neposredno oseb, saj ima lahko posamezna oseba v posameznem letu več kot en stalež zaradi iste ali druge diagnoze.

²¹ Namerne samopoškodbe se običajno prikažejo pri poglavju 19 MKB-10 (Poškodbe in zastrupitve). Za namen te analize smo namerne samopoškodbe prikazali skupaj s poglavjem 5 MKB-10 (Duševne in vedenjske motnje).



Slika 11. Število bolniških dni po poglavjih MKB-10²¹ v letu 2006.

Povprečno trajanje bolniškega staleža zaradi duševnih motenj je bilo 44,37 dni (pri moških 48,41 in pri ženskah 41,98), medtem ko je povprečno trajanje bolniškega staleža zaradi vseh bolezni, poškodb in zastrupitev skupaj znašalo 18,74 dni (pri moških 20,66 in pri ženskah 17,22) (Slika 12).

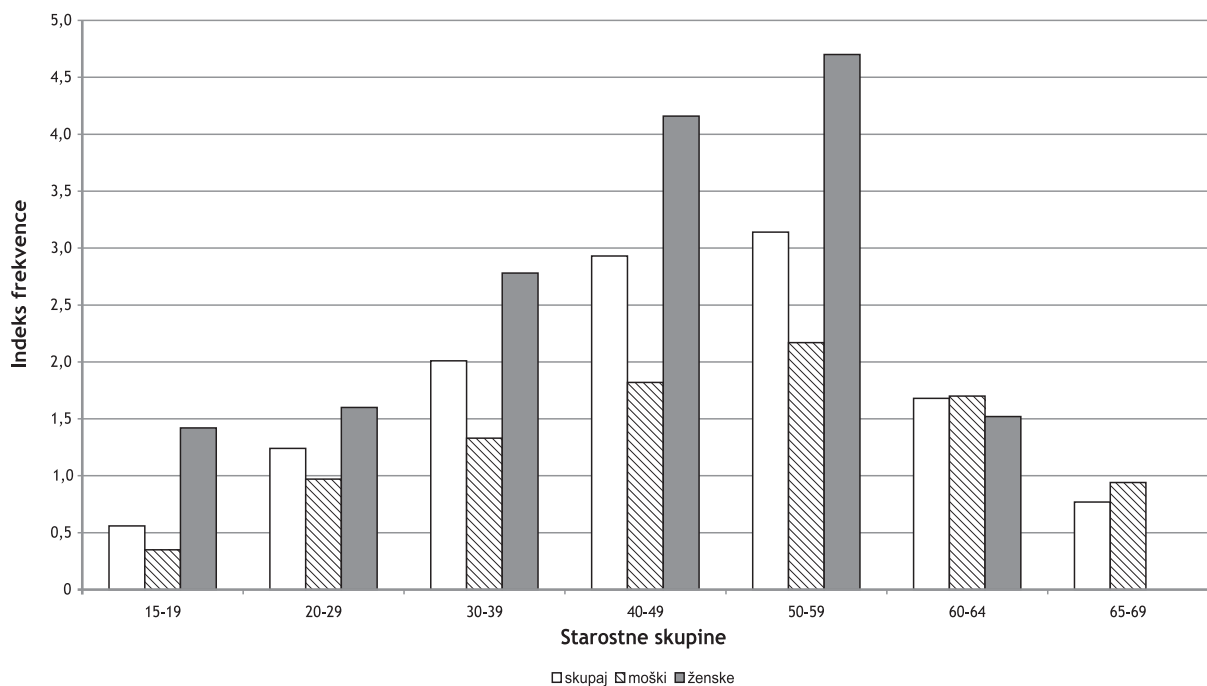


Slika 12. Povprečno trajanje bolniškega staleža po poglavjih MKB-10²² v letu 2006.

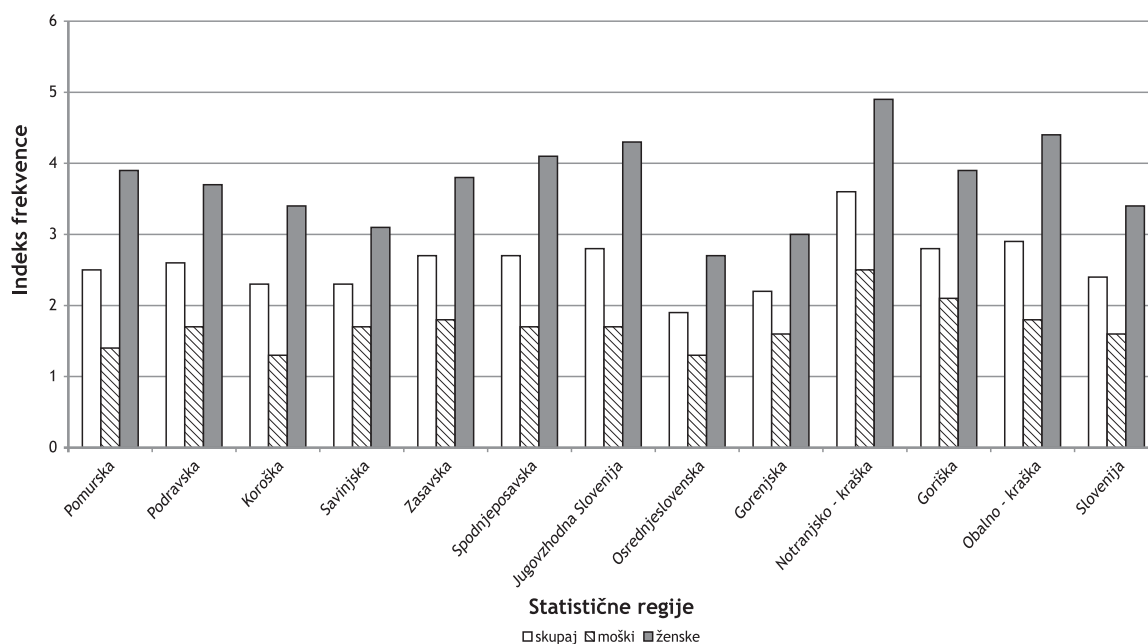
²² Namerne samopoškodbe se običajno prikažejo pri poglavju 19 MKB-10 (Poškodbe in zastrupitve). Za namen te analize smo namerne samopoškodbe prikazali skupaj s poglavjem 5 MKB-10 (Duševne in vedenjske motnje).

Povprečno trajanje bolniškega staleža zaradi duševnih motenj je najdaljše v starostni skupini 65 do 69 let, v kateri so sami moški primeri. V tej starostni skupini ni primerov bolniškega staleža pri ženskah. Od regij je po povprečnem trajanju na prvem mestu Zasavska, sledita ji Obalno-kraška in Osrednjeslovenska regija.

Indeks frekvence in odstotek bolniškega staleža zaradi duševnih motenj sta večja pri ženskah (IF = 3,4 in % BS = 0,39) kot pri moških (IF = 1,6 in % BS = 0,21). Indeks frekvence zaradi duševnih motenj je največji v starostni skupini 50 do 59 let (IF = 3,14). Pri moških in pri ženskah se postopno povečuje do starosti med 50 in 59 let, kjer doseže vrh (moški IF = 2,17 in ženske IF = 4,7), nato se ponovno zmanjša (Slika 13). Največji je v Notranjsko-kraški regiji, ki ji sledijo Obalno-kraška, Jugovzhodna in Goriška (Slika 14).

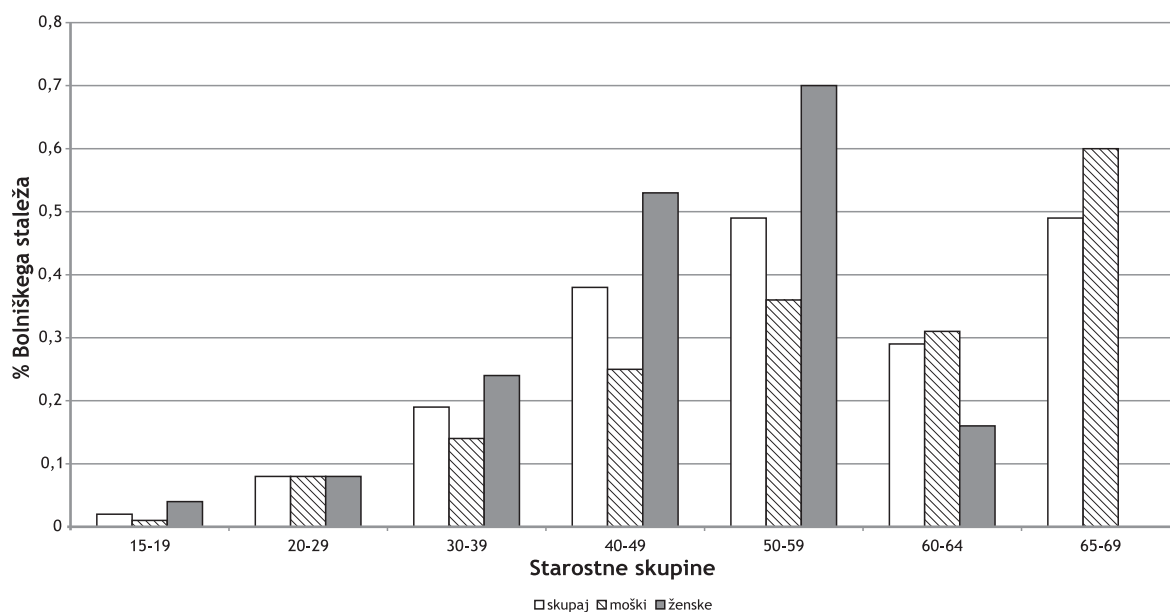


Slika 13. Indeks frekvence bolniškega staleža zaradi duševnih motenj po starostnih skupinah in spolu v letu 2006.



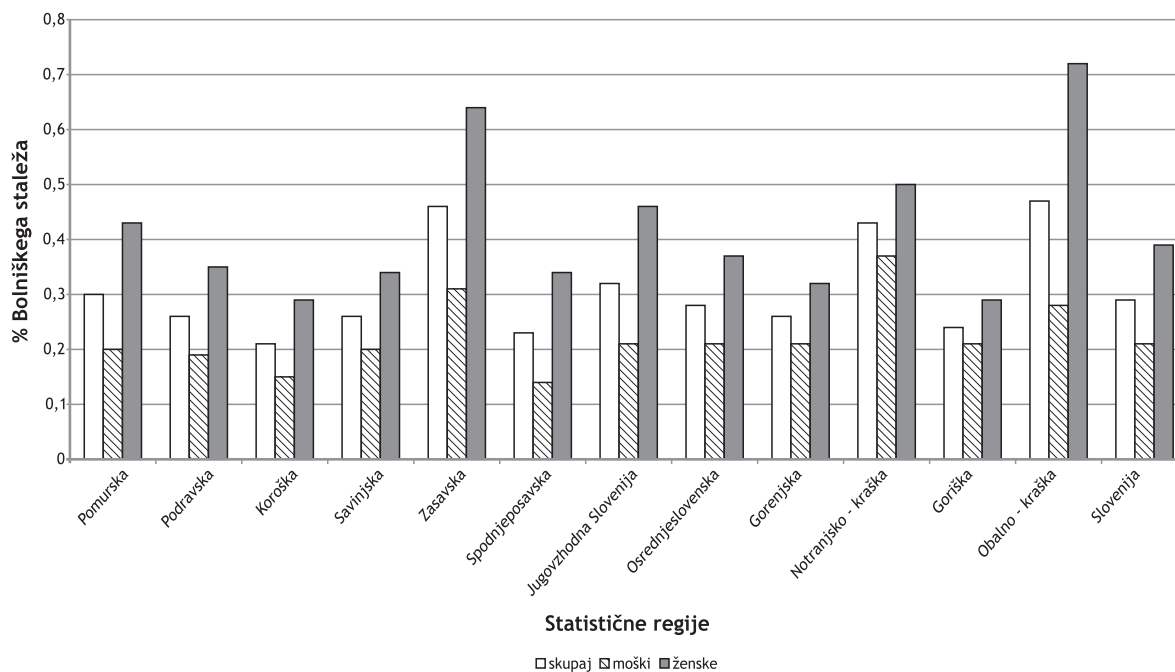
Slika 14. Indeks frekvence bolniškega staleža zaradi duševnih motenj po statističnih regijah in spolu v letu 2006.

Odstotek bolniškega staleža zaradi duševnih motenj je največji v starostnih skupinah 50 do 59 in 65 do 69 let (% BS = 0,49). Pri moških in pri ženskah se postopno povečuje do starosti med 50 in 59 let, kjer pri ženskah doseže vrh (% BS = 0,7) in se nato zmanjša. V starostni skupini 65 do 69 let pri ženskah ni primera bolniškega staleža, pri moških se tudi nekoliko zmanjša in se nato zopet poveča ter doseže vrh pri starosti 65 do 69 let (% BS = 0,6) (Slika 15).



Slika 15. Odstotek bolniškega staleža zaradi duševnih motenj po starostnih skupinah v letu 2006.

Odstotek bolniškega staleža zaradi duševnih motenj je bil najvišji v Obalno-kraški regiji, sledijo ji Zasavska in Notranjsko-kraška regija ter Jugovzhodna Slovenija (Slika 16).



Slika 16. Odstotek bolniškega staleža zaradi duševnih motenj po statističnih regijah in spolu v letu 2006.

Analiza diagnoz po starostnih skupinah in spolu – Najpogostejši vzroki za bolniški stalež zaradi duševnih motenj (razvrščanje po številu primerov bolniškega staleža)

Pri analizi primerov bolniškega staleža zaradi duševnih motenj ugotavljamo, da se v celotni populaciji pri obeh spolih med petimi najpogostejšimi vzroki za bolniški stalež pojavljajo depresija (F32+F33), reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43), anksiozne motnje (F41+F40) ter shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29), pri moških in skupno tudi duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10), pri ženskah pa druge nevrotske motnje (F48) (Tabele 15, 16, 17, 18).

Tabela 15. Duševne motnje kot vzrok za bolniški stalež, najpogostejše diagnoze (razvrščanje po številu primerov), v starosti od 15 do 69 let v letu 2006.

Skupaj	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F32+33 Depresija	5377	308017	57,3
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	4427	107125	24,2
F40+41 Anksiozne motnje	4081	146085	35,8
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	1219	57634	47,3
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	1115	111555	100,0

Tabela 16. Duševne motnje kot vzrok za bolniški stalež, najpogostejše diagnoze (razvrščanje po številu primerov), v starosti od 15 do 69 let pri moških v letu 2006.

Moški	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F32+33 Depresija	1654	98346	59,5
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	1441	36368	25,2
F40+41 Anksiozne motnje	1327	50076	37,7
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	1011	48917	48,4
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	521	58082	111,5

Tabela 17. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za bolniški stalež, najpogostejše diagnoze (razvrščanje po številu primerov), v starosti od 15 do 69 let pri ženskah v letu 2006.

Ženske	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F32+33 Depresija	3723	209671	56,3
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	2986	70757	23,7
F40+41 Anksiozne motnje	2754	96009	34,9
F48 Druge nevrotske motnje	653	14611	22,4
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	594	53473	90,0

Natančnejša analiza pokaže nekatere razlike med spoloma in starostnimi skupinami. Tabela 18 prikazuje najpogostejše vzroke za bolniški stalež za posamezne starostne skupine. Podrobnejše analize so prikazane v Prilogi 4 (Tabele 77–83).

Med petimi najpogostejšimi vzroki za bolniški stalež zaradi duševnih motenj leta 2006 se pri analizi po starostnih skupinah in spolu poleg zgoraj navedenih diagnoz pojavljajo tudi naslednje diagnoze: organske, vključno simptomatske, duševne motnje (F00–F09), trajne razpoloženske (afektivne) motnje (F34), somatiformne motnje (F45), bipolarna afektivna motnja (F31), duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi (F11+12+14+15+16+18+19), obsesivno-kompulzivna motnja (F42), motnje prehranjevanja (F50) in neorganske motnje spanja (F51).

Tabela 18. Pregled najpogostejših vzrokov za bolniški stalež glede na število primerov zaradi duševnih motenj po starostnih skupinah in spolu v letu 2006. (1= 1. največje št. primerov, 2 = 2. največje št. primerov, 3 = 3. največje št. primerov, 4 = 4. največje št. primerov, 5 = 5. največje št. primerov; kjer je več vzrokov označenih z enako številko, to pomeni, da je bilo za te vzroke enako število primerov bolniškega staleža)

MOŠKI							
Starost	15–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–64	65–69
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje						5	
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola			4	4	3	3	
F11+12+14+15+16+18+19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi	1	5					
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje		4	5	4			
F32+33 Depresija	2	3	3	1	1	1	2
F40+41 Anksiozne motnje	1	2	2	2	2	4	
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	1	1	1	3	4	2	1
F45 Somatoformne motnje	2						
F48 Druge nevrotske motnje	2				5		
F50 Motnje prehranjevanja	2						
ŽENSKE							
Starost	15–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–64	
F11+12+14+15+16+18+19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi	3						
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje		5	4	4		2	
F31 Bipolarna afektivna motnja	2						
F32+33 Depresija	3	3	2	1	1		
F34 Trajne razpoloženske [afektivne] motnje					5		
F40+41 Anksiozne motnje	1	2	3	3	2	1	
F42 Obsesivno-kompulzivna motnja						3	
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	2	1	1	2	3	1	
F45 Somatoformne motnje	3	5					
F48 Druge nevrotske motnje		4	5	5	4	3	
F51 Neorganske motnje spanja						3	

Analiza diagnoz po starostnih skupinah in spolu – Najpogostejši vzroki za bolniški stalež zaradi duševnih motenj (razvrščanje po številu bolniških dni)

Pri analizi števila bolniških dni zaradi duševnih motenj ugotavljamo, da se v celotni populaciji pri obeh spolih med prvimi petimi vzroki za največje število bolniških dni pojavljajo depresija (F32+F33), anksiozne motnje (F41+F40), shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29) ter reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43), pri moških in skupno tudi duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10), pri ženskah pa trajne razpoloženske (afektivne) motnje (F34) (Tabele 19, 20, 21).

Tabela 19. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za bolniški stalež, diagnoze, ki so bile vzrok za največje število bolniških dni v letu 2006 (razvrščanje po številu bolniških dni) v starosti od 15 do 69 let.

Skupaj	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F32+33 Depresija	5377	308017	57,3
F40+41 Anksiozne motnje	4081	146085	35,8
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	1115	111555	100,0
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	4427	107125	24,2
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	1219	57634	47,3

Tabela 20. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za bolniški stalež, diagnoze, ki so bile vzrok za največje število bolniških dni v letu 2006 (razvrščanje po številu bolniških dni), v starosti od 15 do 69 let pri moških.

Moški	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F32+33 Depresija	1654	98346	59,5
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	521	58082	111,5
F40+41 Anksiozne motnje	1327	50076	37,7
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	1011	48917	48,4
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	1441	36368	25,2

Tabela 21. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za bolniški stalež, diagnoze, ki so bile vzrok za največje število bolniških dni v letu 2006 (razvrščanje po številu bolniških dni), v starosti od 15 do 69 let pri ženskah.

Ženske	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F32+33 Depresija	3723	209671	56,3
F40+41 Anksiozne motnje	2754	96009	34,9
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	2986	70757	23,7
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	594	53473	90,0
F34 Trajne razpoloženske (afektivne) motnje	475	19598	41,3

Natančnejša analiza pokaže nekatere razlike med spoloma in starostnimi skupinami. Tabela 22 prikazuje najpogostejše vzroke za bolniški stalež za posamezne starostne skupine (glede na število bolniških dni). Podrobnejše analize so prikazane v Prilogi 4 (Tabele 84–90).

Med prvimi petimi vzroki za največje število bolniških dni zaradi duševnih motenj leta 2006 se pri analizi po starostnih skupinah in spolu poleg zgoraj navedenih diagnoz pojavljajo tudi naslednje diagnoze: organske, vključno simptomatske, duševne motnje (F00–F09), somatoformne motnje (F45), bipolarna afektivna motnja (F31), duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi (F11+12+14+15+16+18+19), obsesivno-kompulzivna motnja (F42), motnje prehranjevanja (F50) in druge nevrotske motnje (F48).

Tabela 22. Pregled prvih petih vzrokov za največje število bolniških dni zaradi duševnih motenj po starostnih skupinah in spolu v letu 2006 (1 = 1. največje št. dni, 2 = 2. največje št. dni, 3 = 3. največje št. dni, 4 = 4. največje št. dni, 5 = 5. največje št. dni; kjer je več vzrokov označenih z enako številko, to pomeni, da je bilo za te vzroke enako število dni bolniškega staleža).

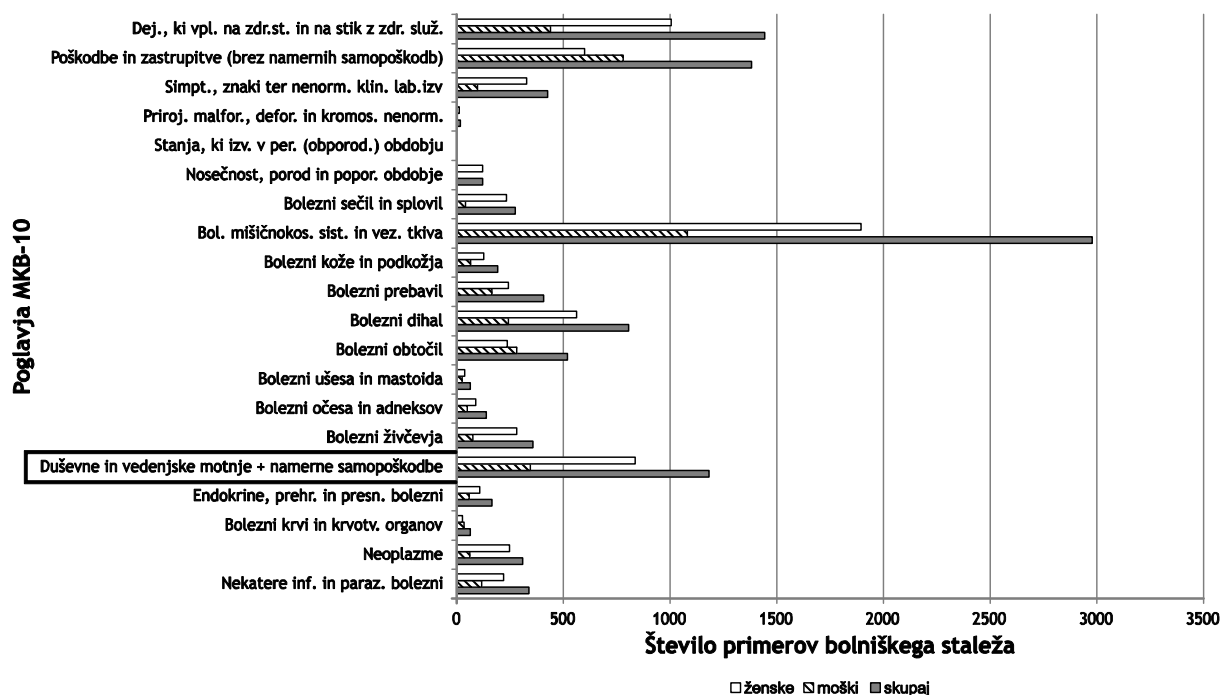
MOŠKI							
Starost	15–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–64	65–69
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje					5	2	
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola		4	3	4	4	5	
F11+12+14+15+16+18+19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi	4						
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje		1	1	1		4	
F32+33 Depresija	1	2	2	2	1	1	1
F40+41 Anksiozne motnje	2	5	4	3	2	3	
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	3	3	5	5	4		2
F50 Motnje prehranjevanja	5						
ŽENSKE							
Starost	15–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–64	
F11+12+14+15+16+18+19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi	2						
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje		4	4	4	5	3	
F31 Bipolarna afektivna motnja	5						
F32+33 Depresija	3	1	1	1	1		
F34 Trajne razpoloženske [afektivne] motnje				5	4		
F40+41 Anksiozne motnje	1	3	2	2	2	1	
F42 Obsesivno-kompulzivna motnja						5	
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	4	2	3	3	3	2	
F45 Somatoformne motnje	5						
F48 Druge nevrotske motnje		5	5			4	

3.2.4.2 Analiza bolniškega staleža za skrajšani delovni čas zaradi duševnih motenj

Analizirali smo tudi primere neprekinjene odsotnost z dela za zaključene diagnoze za skrajšani delovni čas, s čimer smo želeli prikazati kakšna je prilagodljivost celotne družbe (zdravstvo, sociala, gospodarstvo) na ljudi z duševnimi težavami, ki potrebujejo prilagojene pogoje dela. Tudi tu smo izključili primere bolniškega staleža zaradi nege in spremstva.

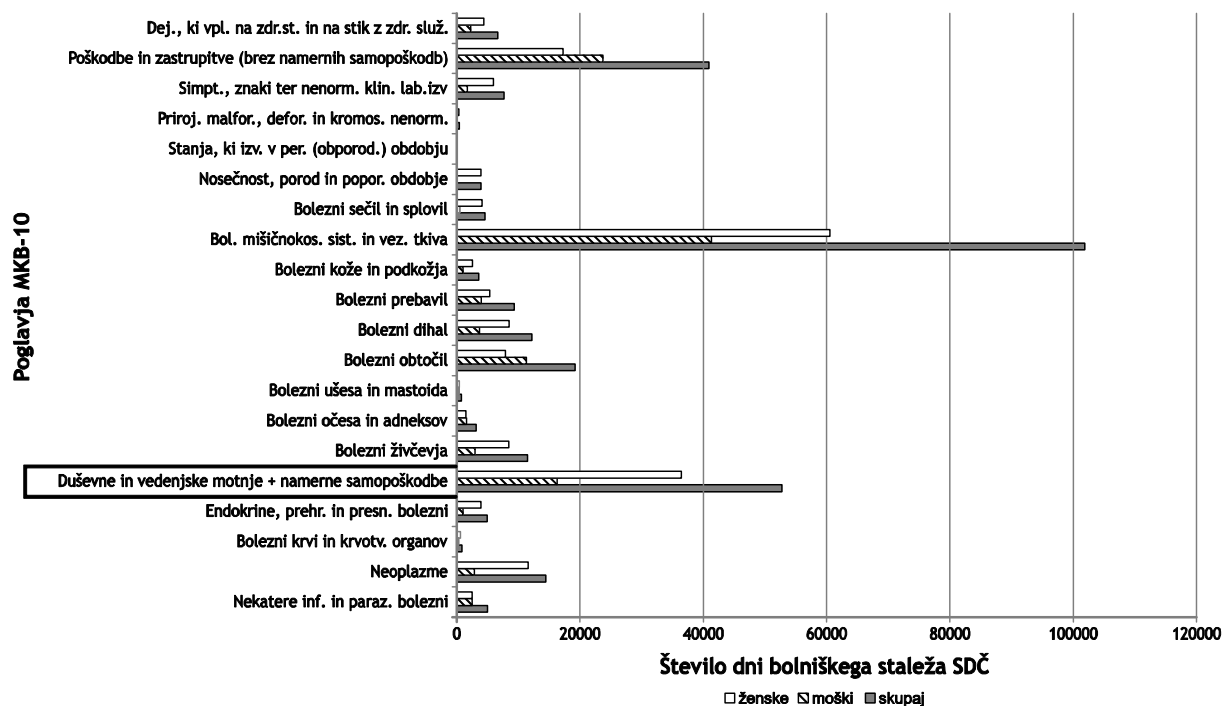
Pregledali smo primere bolniškega staleža za skrajšani delovni čas in število bolniških dni ter povprečno trajanje bolniškega staleža za skrajšani delovni čas zaradi duševnih motenj in to primerjali z drugimi bolezenskimi stanji. Opravili smo tudi analizo po trimestnih diagnozah, ki smo jih ponekod smiselno združili v skupine, in ugotavljali najpogostejše vzroke duševnih in vedenjskih motenj za bolniški stalež za skrajšani delovni čas in tiste vzroke, zaradi katerih je bilo v letu 2006 največ dni bolniškega staleža za skrajšani delovni čas po spolu.

Leta 2006 je bilo v Sloveniji 1182 primerov in 52725 dni bolniškega staleža za skrajšani delovni čas (SDČ) zaradi duševnih motenj, kar je 10 % vseh primerov in 17,2 % dni bolniškega staleža za SDČ zaradi vseh bolezni, poškodb in zastrupitev (Slika 17, 18).



Slika 17. Število primerov bolniškega staleža za SDČ po poglavjih MKB-10²³ v letu 2006.

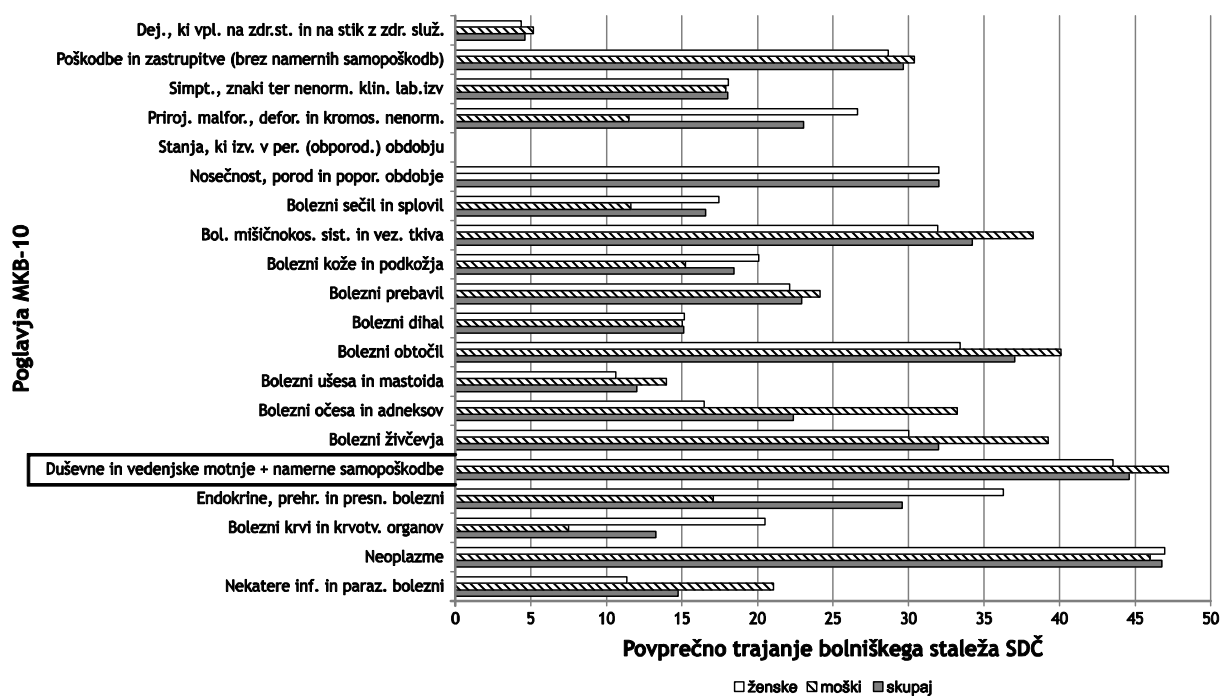
²³ Namerne samopoškodbe se običajno prikažejo pri poglavju 19 MKB-10 (Poškodbe in zastrupitve). Za namen te analize smo namerne samopoškodbe prikazali skupaj s poglavjem 5 MKB-10 (Duševne in vedenjske motnje).



Slika 18. Število dni bolniškega staleža za SDC po poglavjih MKB-10²⁴ v letu 2006.

Indeks frekvence in odstotek bolniškega staleža za SDC zaradi duševnih motenj sta bila večja pri ženskah (IF = 0,2 in % BS = 0,03) kot pri moških (IF = 0,1 in % BS = 0,01). Povprečno trajanje bolniškega staleža za SDC zaradi duševnih motenj je bilo 44,6 dni, pri moških 47,2 in pri ženskah 43,5 dni, kar je bistveno več kot povprečno trajanje zaradi vseh bolezni, poškodb in zastrupitev skupaj, ki je znašalo 25,95 dni, pri moških 29,15 in pri ženskah 24,29 dni (Slika 19).

²⁴ Namerne samopoškodbe se običajno prikažejo pri poglavju 19 MKB-10 (Poškodbe in zastrupitve). Za namen te analize smo namerne samopoškodbe prikazali skupaj s poglavjem 5 MKB-10 (Duševne in vedenjske motnje).



Slika 19. Povprečno trajanje bolniškega staleža za SDČ po poglavjih MKB-10²⁵ v letu 2006.

Analiza diagnoz po spolu in starostnih skupinah (razvrščanje po številu primerov in številu bolniških dni)

Najpogostejši vzroki za bolniški stalež za SDČ zaradi duševnih motenj (razvrščanje po številu primerov bolniškega staleža za SDČ) in vzroki za največje število dni bolniškega staleža za SDČ zaradi duševnih motenj (razvrščanje po številu bolniških dni).

Pri analizi primerov in števila dni bolniškega staleža za SDČ zaradi duševnih motenj ugotavljamo, da se v celotni populaciji pri obeh spolih med petimi najpogostejšimi vzroki za bolniški stalež za SDČ in med prvimi petimi vzroki za največje število dni bolniškega staleža za SDČ pojavljajo depresija (F32+F33), anksiozne motnje (F41+F40), shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29) ter reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43), pri moških in skupno tudi organske, vključno simptomatske, duševne motnje (F00–F09), pri ženskah pa somatoformne motnje (F45) (Tabele 23–28).

²⁵ Namerne samopoškodbe se običajno prikažejo pri poglavju 19 MBK-10 (Poškodbe in zastrupitve). Za namen te analize smo namerne samopoškodbe prikazali skupaj s poglavjem 5 MBK-10 (Duševne in vedenjske motnje).

Tabela 23. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za bolniški stalež za SDC, prvih pet najpogostejših diagnoz (razvrščanje po številu primerov), v starosti od 15 do 69 let v letu 2006.

Skupaj	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F32 + F33 Depresija	429	16866	39,3
F41+ F40 Anksiozne motnje	256	10442	40,8
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	149	10337	69,4
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	140	5529	39,5
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	43	2033	47,3

Tabela 24. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za bolniški stalež za SDC, prvih pet najpogostejših diagnoz (razvrščanje po številu primerov), v starosti od 15 do 69 let pri moških v letu 2006.

Moški	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F32+33 Depresija	109	4459	40,9
F41+40 Anksiozne motnje	74	3578	48,4
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	47	3277	69,7
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	36	1185	32,9
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	26	1279	49,2

Tabela 25. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za bolniški stalež za SDC, prvih pet najpogostejših diagnoz (razvrščanje po številu primerov), v starosti od 15 do 69 let pri ženskah v letu 2006.

Ženske	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F32+33 Depresija	320	12407	38,8
F41+40 Anksiozne motnje	182	6864	37,7
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	104	4344	41,8
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	102	7060	69,2
F45 Somatoformne motnje	26	1531	58,9

Tabela 26. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za bolniški stalež za SDC, diagnoze, ki so bile vzrok za največ dni bolniškega staleža za SDC (razvrščanje po številu bolniških dni) v letu 2006.

Skupaj	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F32+33 Depresija	429	16866	39,3
F41+40 Anksiozne motnje	256	10442	40,8
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	149	10337	69,4
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	140	5529	39,5
F45 Somatoformne motnje	34	2309	67,9

Tabela 27. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za bolniški stalež za SDC, diagnoze, ki so bile vzrok za največ dni bolniškega staleža za SDC (razvrščanje po številu bolniških dni) pri moških v letu 2006.

Moški	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F32+33 Depresija	109	4459	40,9
F41+40 Anksiozne motnje	74	3578	48,4
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	47	3277	69,7
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	26	1279	49,2
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	36	1185	32,9

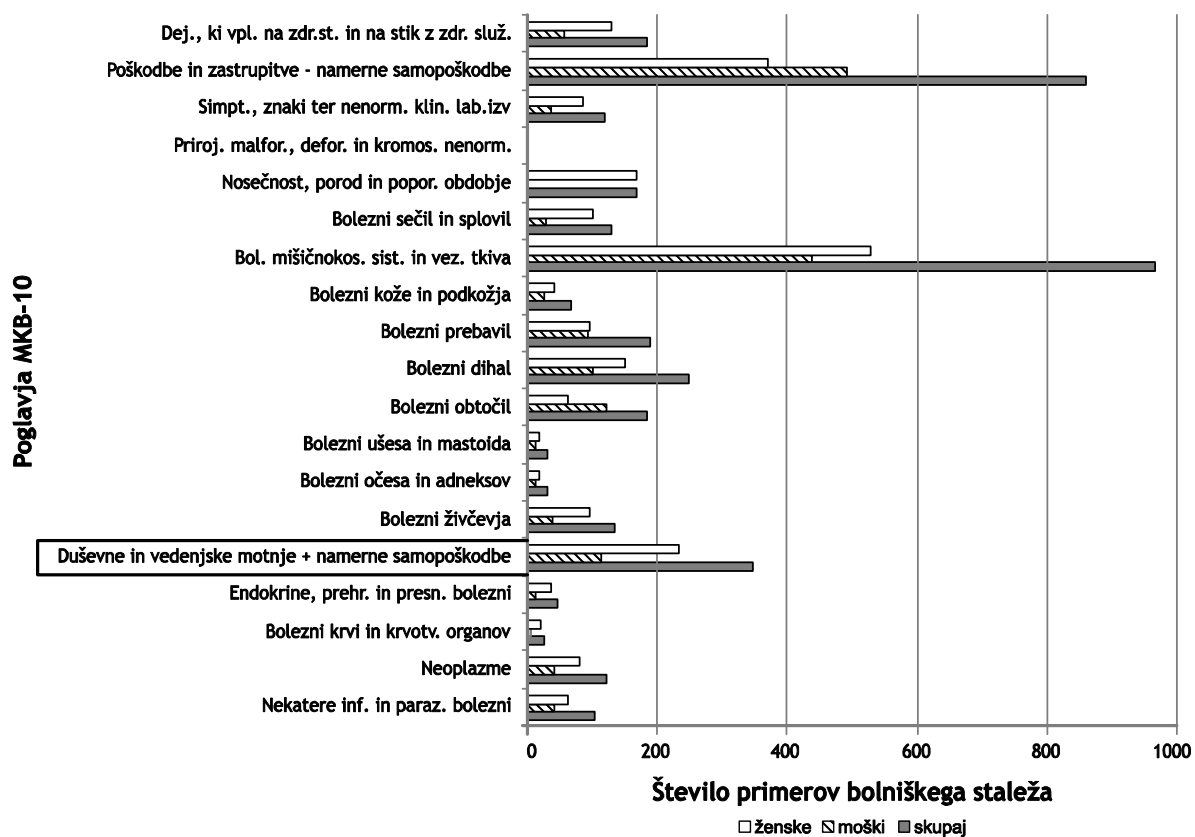
Tabela 28. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za bolniški stalež za SDC, diagnoze, ki so bile vzrok za največ dni bolniškega staleža za SDC (razvrščanje po številu bolniških dni), pri ženskah v letu 2006.

Ženske	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F32+33 Depresija	320	12407	38,8
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	102	7060	69,2
F41+40 Anksiozne motnje	182	6864	37,7
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	104	4344	41,8
F45 Somatoformne motnje	26	1531	58,9

3.2.4.3 Analiza bolniške odsotnosti pri brezposelnih osebah, ki so upravičene do prejemanja nadomestila

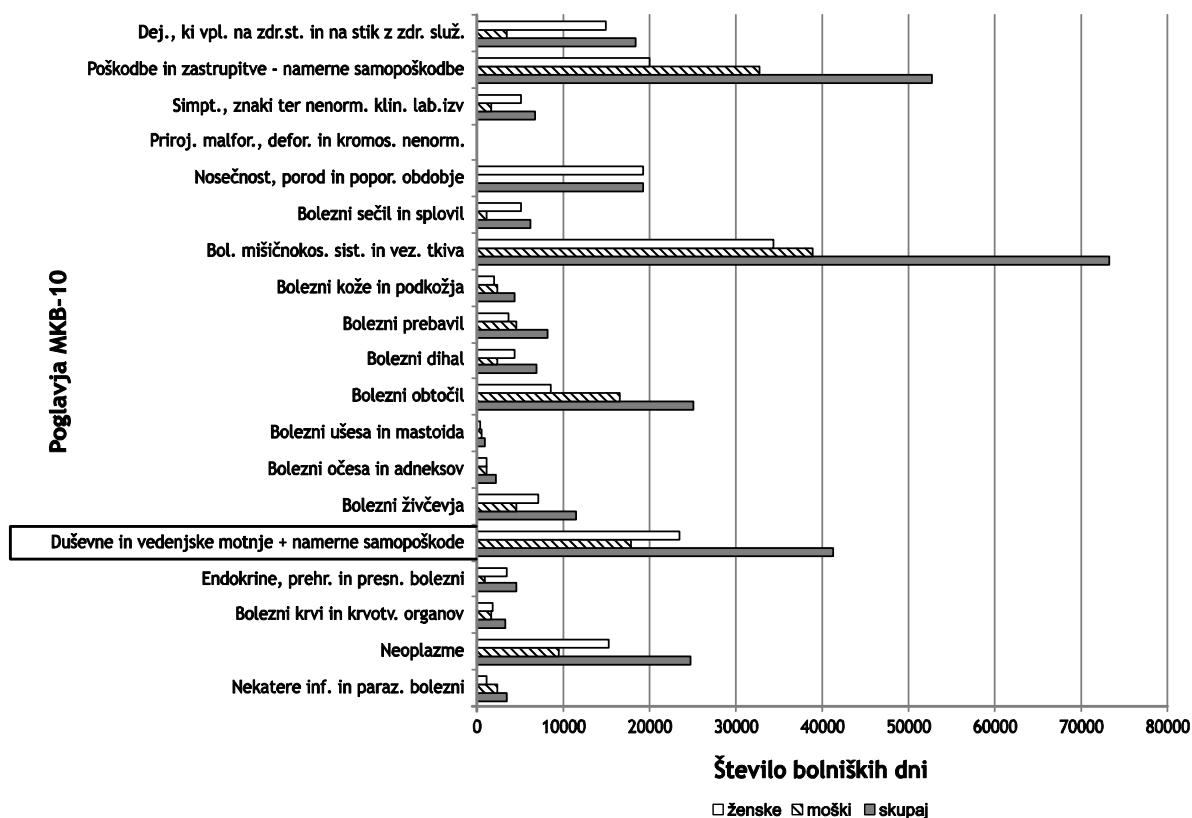
V bazi o odsotnostih z dela so zabeleženi tudi primeri brezposelnih oseb, ki so upravičene do nadomestila, in njihova odsotnost z dela.

V letu 2006 je bilo 346 primerov bolniške odsotnosti in 41.468 bolniških dni zaradi duševnih motenj, kar je 8,5 % vseh primerov oz. 13,2 % vseh bolniških dni pri brezposelnih osebah, upravičenih do nadomestila (Sliki 20 in 21).



Slika 20. Število primerov bolniškega staleža brezposelnih oseb, upravičenih do nadomestila zaradi bolezenskih stanj po poglavjih MKB-10²⁶ v letu 2006.

²⁶ Za namene te analize smo samopoškodbe, ki so običajno vključene v poglavje 19 (Poškodbe in zastrupitve) MKB-10, dodali k poglavju 5 (Duševne in vedenjske motnje).



Slika 21. Število bolniških dni zaradi bolezenskih stanj po poglavjih MKB-10²⁷ pri brezposelnih osebah v letu 2006.

Število primerov in bolniških dni zaradi duševnih motenj pri brezposelnih osebah, ki so upravičene do nadomestila, je na tretjem mestu, za boleznimi mišično-kostnega sistema in vezivnega tkiva ter poškodbami in zastrupitvami.

Pričakovali bi, da je delež primerov bolniškega staleža med brezposelnimi, upravičenimi do nadomestila, večji kot delež pri zaposlenih, saj je znano, da imajo ljudje z duševnimi in vedenjskimi motnjami večje težave pri zaposlitvi. Primerjava analiz primerov bolniškega staleža pri brezposelnih in zaposlenih za polni delovni čas je to potrdila (Tabela 29). Primerjava pokaže tudi, da kar 10 % primerov bolniškega staleža za skrajšani delovni čas obsega skupina bolezni duševnih in vedenjskih motenj, kar je v primerjavi s polnim delovnim časom, pri katerem je 2,9 % primerov zaradi duševnih in vedenjskih motenj, relativno veliko.

Tabela 29. Delež primerov bolniškega staleža zaradi duševnih bolezni pri osebah, zaposlenih za polni in skrajšani delovni čas, ter pri brezposelnih osebah, upravičenih do nadomestila v letu 2006.

	Brezposelni	Poln delovni čas	Skrajšani delovni čas
Delež primerov zaradi duševnih motenj	8,5 %	2,9 %	10 %

²⁷ Za namene te analize smo samopoškodbe, ki so običajno vključene v poglavje 19 (Poškodbe in zastrupitve) MKB-10, dodali k poglavju 5 (Duševne in vedenjske motnje).

Povprečno trajanje bolniške odsotnosti zaradi duševnih motenj je med brezposelnimi precej daljše (119,9 dni) kot med osebami, zaposlenimi za polni (44,4 dni) oz. za skrajšani delovni čas (44,6 dni).

Najpogostejši vzroki za bolniški stalež zaradi duševnih motenj pri brezposelnih osebah so enaki kot tisti med zaposlenimi za polni in skrajšani delovni čas: depresija (F32+F33), anksiozne motnje (F41+F40), reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43), shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29) ter duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10).

3.2.5 Analiza glavnih skupin vzrokov za invalidizacijo

Duševne in vedenjske motnje v svojem poteku pogosto pripeljejo tudi do priznanja invalidnosti in s tem povezanih pravic. Reševanje položaja oseb z resnimi težavami v duševnem zdravju pogosto poteka preko ocene invalidnosti in invalidskega upokojevanja. Popolna upokojitev poleg tega, da posameznika razbremeni delovnih obveznosti in pritiskov, osebo hkrati izključi iz delovnega okolja ter tako zmanjša količino njenih socialnih stikov in možnosti za samopotrjevanje, integracijo in nenazadnje tudi za doprinos k celotni družbi, s čimer zagotovo bistveno prispeva k celotni sliki o duševnem zdravju v državi.

Podatke o invalidnosti smo pridobili z Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, kjer vodijo evidenco o dodeljenih stopnjah invalidnosti in vzrokih zanjo²⁸.

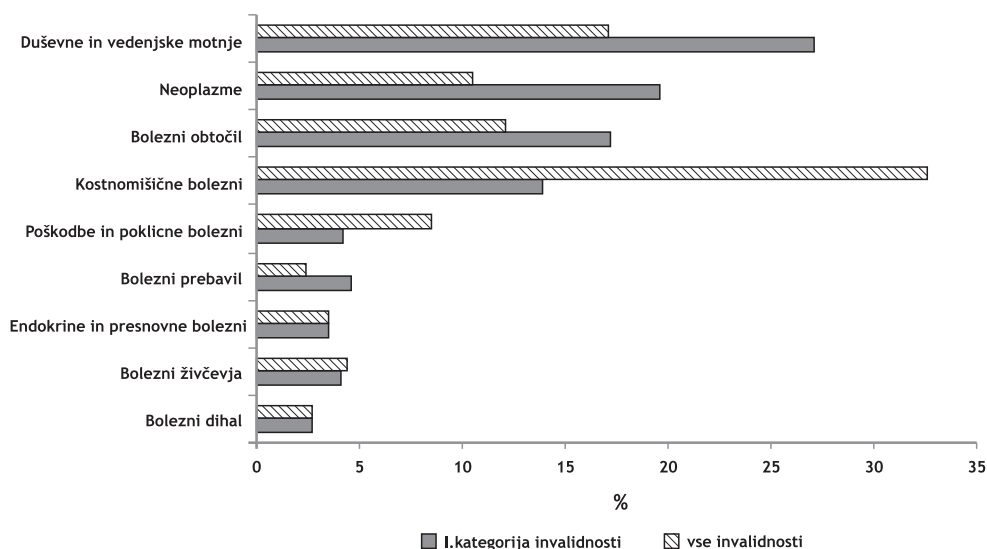
Invalidnost se razvršča v naslednje kategorije:

- I. kategorija – če zavarovanec ni več zmožen opravljati organiziranega pridobitnega dela ali če je pri njem podana poklicna invalidnost, nima pa več preostale delovne zmožnosti;
- II. kategorija – če je zavarovančeva delovna zmožnost za njegov poklic zmanjšana za 50 % ali več;
- III. kategorija – če zavarovanec s predhodno poklicno rehabilitacijo ali brez nje ni več zmožen za delo s polnim delovnim časom, lahko pa opravlja določeno delo vsaj za polovičen delovni čas; ali če je zavarovančeva delovna zmožnost za njegov poklic zmanjšana za manj kot 50 %; ali če zavarovanec še lahko dela v svojem poklicu s polnim delovnim časom, vendar pa ni zmožen za delo na delovnem mestu, na katerega je razporejen.

Prikazani so podatki o obravnavah na invalidski komisiji I. stopnje, ki obravnava vse vloge, ki so jih vložili pooblaščenimi osebni zdravniki ali zavarovanci (Slika 22). Za razliko od te invalidska komisija II. stopnje opravlja revizijo pozitivnih izvedenskih mnenj invalidskih komisij I. stopnje in zdravnikov posameznikov, daje izvedenska mnenja v pritožbenih postopkih in v drugih primerih, če je tako določeno s posebnimi predpisi ali po navodilu vodstva sektorja. Tudi na drugi stopnji je število obravnav primerljivo, vendar zaradi ponovne obravnave istih primerov pri oceni vzrokov za invalidnosti ni upoštevano.

²⁸ Viri: Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (uradno prečiščeno besedilo) (ZPIZ-1-UPB4); Pravilnik o organizaciji in načinu delovanja invalidskih komisij ter drugih izvedenskih organov Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Uradni list RS 118/2005; Analiza dela invalidskih komisij, Podatki za letno poročilo ZPIZ, Sektor za izvedenstvo.

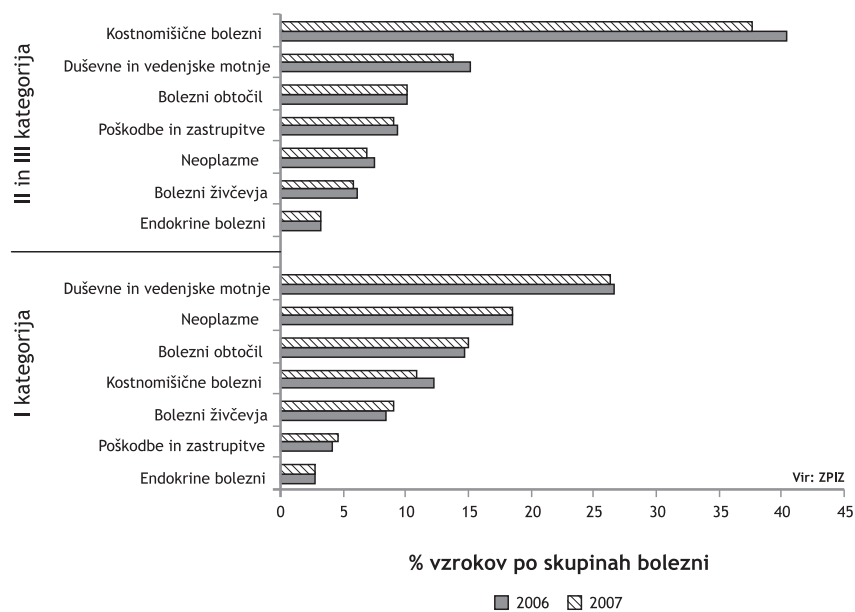
Vodilna skupina vzrokov za I. kategorijo invalidnosti so diagnoze iz skupine duševnih in vedenjskih motenj. Pri vseh obravnavah na invalidski komisiji I. stopnje se ta vzrok pomakne na drugo mesto, prevladujejo namreč bolezni mišično-kostnega sistema (Slika 23).



Slika 22. Vodilne skupine bolezni, ki so bile vzrok za nove invalidnosti v obdobju 2001–2005. Vir: ZPIZ.

Duševne in vedenjske motnje so vzrok za več kot četrtno vseh obravnavanih invalidnosti v I. kategoriji, ki pomeni popolno upokojitev. Med invalidnostmi II. in III. kategorije je ta skupina bolezni po pogostosti na drugem mestu in obsega 15 % vseh invalidnosti.

Zavarovanci pogosteje pridobijo I. kategorijo invalidnosti, če imajo diagnozo iz skupine duševnih in vedenjskih motenj. Kar okrog 37 % obravnav iz te skupine se zaključi z določitvijo I. kategorije invalidnosti. Med preostalimi skupinami bolezni se I. kategorija v povprečju določi pri petini obravnav.



Slika 23. Vzroki invalidnosti pri obravnavah na invalidski komisiji I. stopnje v letu 2006 in 2007.

Med približno 2000 vzroki invalidnosti letno iz skupine duševnih in vedenjskih motenj prevladujejo shizofrene, razpoložensjske in nevrotske motnje (Tabeli 30 in 31).

Tabela 30. Vzroki invalidnosti pri obravnavah na invalidski komisiji I. stopnje iz skupine duševnih in vedenjskih motenj, absolutno število v letu 2006, po kategoriji invalidnosti in obeh zakonih.

2006	ZPIZ - 1					ZPIZ		Skupaj
	I.	II. Poln DČ	II. Krajši DČ	III. Poln DČ	III. Krajši DČ	II.	III.	
Demenca	15	0	0	1	4	1	0	21
Osebnostne in vedenjske motnje zaradi možganske bolezni in poškodbe	75	6	0	39	30	8	13	171
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi	45	2	0	25	9	0	5	86
Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	242	2	0	41	110	17	7	419
Razpoloženske motnje	182	15	2	174	180	40	49	642
Nevrotske, stresne in somatoformne motnje	82	8	1	152	106	18	55	422
Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi	32	1	0	23	12	3	3	74
Skupaj	732	35	3	480	492	95	141	1980

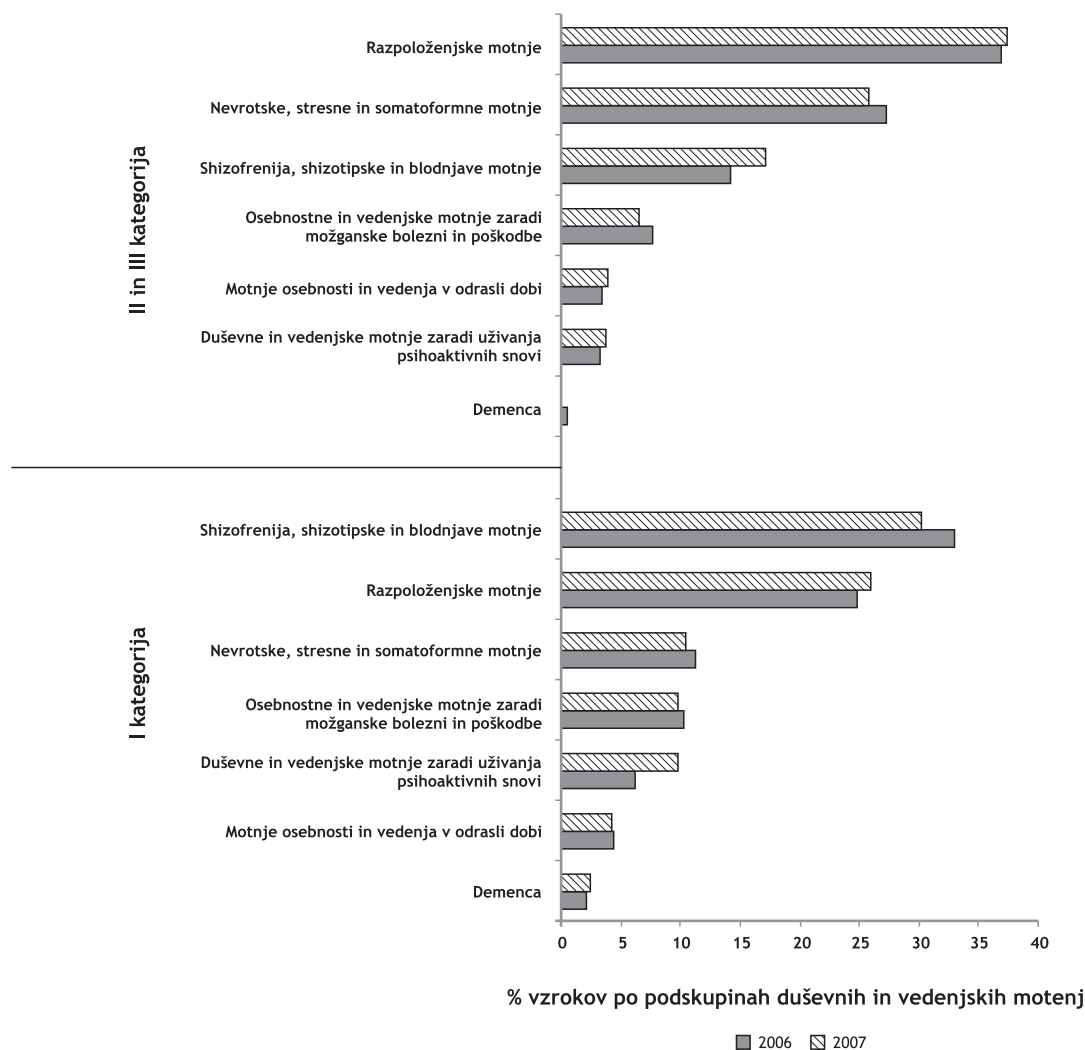
Tabela 31. Vzroki invalidnosti pri obravnavah na invalidski komisiji I. stopnje iz skupine duševnih in vedenjskih motenj, absolutno število v letu 2007, po kategoriji invalidnosti in obeh zakonih.

2006	ZPIZ - 1					ZPIZ		Skupaj
	I.	II. Poln DČ	II. Krajši DČ	III. Poln DČ	III. Krajši DČ	II.	III.	
Demenca	19	1	0	0	0	0	1	21
Osebnostne in vedenjske motnje zaradi možganske bolezni in poškodbe	77	6	1	35	33	2	6	160
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi	77	5	0	28	7	2	7	126
Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	235	5	0	60	134	15	7	456
Razpoloženske motnje	202	15	3	192	212	25	33	682
Nevrotske, stresne in somatoformne motnje	82	10	2	141	126	20	33	414
Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi	33	0	0	24	17	3	6	83
Skupaj	780	44	6	510	555	72	99	2066

Ocena osebe z diagnozo demenca se v 90 % zaključuje z določitvijo I. kategorije invalidnosti. Več kot polovica obravnav shizofrenih motenj se prav tako oceni kot I. kategorija invalidnosti. Med nevrotskimi in stresnimi motnjami jih je okrog 20 % ocenjenih s I. kategorijo.

Obravnave se vodijo po Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-1), ki velja od 1. 1. 2003. Za invalidske postopke, začete pred uveljavitvijo tega zakona, se uporabljajo

predpisi (ZPIZ), ki so veljali do uveljavitve tega zakona (446. člen ZPIZ-1-UPB2). Zaradi razlike v definiciji II. in III. kategorije invalidnosti so te obravnave prikazane ločeno.



Slika 24. Vzroki invalidnosti iz skupine duševnih in vedenjskih motenj na invalidski komisiji I. stopnje v letu 2006 in 2007. Vir: ZPIZ.

Vodilna podskupina vzrokov za II. in III. kategorijo invalidnosti so razpoloženske motnje, za razliko od I. kategorije, kjer so vodilni vzroki iz podskupine shizofrenih motenj (Slika 24)

Potrebujemo ukrepe, ki bodo povečali možnosti duševnih bolnikov za ponovno popolno ali delno vključitev v delovno aktivnost. Spodbude so potrebne pri vseh vpletenih straneh.

3.2.6 Analiza umrljivost zaradi duševnih motenj in samomora

Podatki o umrlih se zbirajo v bazi o umrlih. Zbrani so le osnovni vzroki smrti, to so bolezni ali stanja, ki so bila vodilna in so v končni fazi privedla do smrti. Vse pridružene bolezni, ki jih je oseba imela tekom svojega življenja, v bazi niso zabeležene. Prav duševne bolezni so ene takih, ki se redko pojavljajo kot osnovni vzrok smrti, pogosto pa so dejavnik, ki vpliva na potek ostalih obolenj.

Zato lahko interpretiramo le majhen delež duševnih bolezni (uvrščene v 5. poglavje MKB – 10), ki so bile navedene kot osnovni vzrok smrti (0,8 % oz. 142 smrti). Kadar govorimo o duševnih boleznih, se moramo nujno dotakniti tudi samomora, ki se v 90 % primerov zgodi zaradi zapleta duševne bolezni.

Samomor je eno najbolj osebnih dejanj, za katerega se človek lahko odloči. Svetovna zdravstvena organizacija 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, kar bo pomenilo tri samomore na minuto in en poskus samomora na dve sekundi. Že več desetletij Slovenija krepko prispeva k svetovni statistiki samomorov in spada med najbolj ogrožene države v Evropi. Da je samomorilni količnik (število umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev na leto) v Sloveniji visok, smo se začeli zavedati šele po drugi svetovni vojni, ko je tovrstna zdravstvena statistika postala veljavnejša.

3.2.6.1 Zgodovinski pregled samomorilnega vedenja na Slovenskem

V zadnjih tridesetih letih je samomor na območju naše države bolj ali manj stabilen pojav. Lev Milčinski (25) navaja, da v prvih (avstroogrskih) statističnih virih, ki segajo v leto 1873, slovenska dežela (tedanja Kranjska) ni zabeležena kot izjemno obremenjena s samomorom. Takrat naj bi na tedanjem Kranjskem letno našteali le tri samomore na 100.000 prebivalcev. Vendar pa je zanesljivost teh podatkov vprašljiva, saj je možno, da je zaradi katoliškega vrednostnega sistema prišlo do prikrivanja primerov smrti zaradi samomora in s tem tudi do podcenjevanja (26, 27).

Pogostost samomora v Sloveniji je začela presegati povprečje med obema vojnama, ko je bil samomorilni količnik med 19,4 in 23,3 (25), po drugi svetovni vojni pa je začel samomorilni količnik v Sloveniji hitro naraščati in se je približal najvišjim količnikom na svetu (30 v letu 1976, 35,8 v letu 1984 in 35,2 v letu 1989) (28). Podatki o pojavnosti samomora v Sloveniji se organizirano zbirajo od leta 1970, ko je Lev Milčinski ustanovil Nacionalni register samomora in samomorilnega poskusa (29). Kljub visoki pojavnosti pa pogostost slovenskega samomorilnega količnika v svetu ni bila deležna velike pozornosti vse do osamosvojitve Slovenije leta 1991, saj se je sicer visok slovenski samomorilni količnik v tedanjih svetovnih zbirkah skrival za nižjim jugoslovanskim povprečjem (27). Milčinski in Mravlje (30) sta slednje opisala kot »samomorilni paradoks«, saj so nekatere republike bivše Jugoslavije (Slovenija, Hrvaška, Vojvodina) imele tudi do desetkrat višji samomorilni količnik od preostalih (Črna gora, Kosovo in Makedonija).

3.2.6.2 Značilnosti samomora v Sloveniji

Dejavniki tveganja za samomorilno vedenje so v Sloveniji podobni kot drugod po svetu. Najpomembnejše demografske značilnosti, ki povečujejo tveganje za samomor so (31, 32):

- starost,
- zakonski stan,
- izobrazba in
- moški spol.

Tveganje za samomorilno vedenje se povečuje s starostjo, večje je med samskimi in razvezanimi ter pri osebah brez otrok. Tveganje je večje tudi med brezposelnimi in ljudmi z nižjo izobrazbo. Na splošno velja, da med bolj ogrožene spadajo moški. V Sloveniji je, tako kot v večini držav na svetu, v skupini samomorov razmerje med spoloma 3 : 1 na račun moških, kar je verjetno tudi posledica dejstva, da moški izbirajo bolj smrtne metode (33).

Slovenski samomor izstopa v primerjav s samomorom drugod po svetu vsaj v treh značilnostih (33):

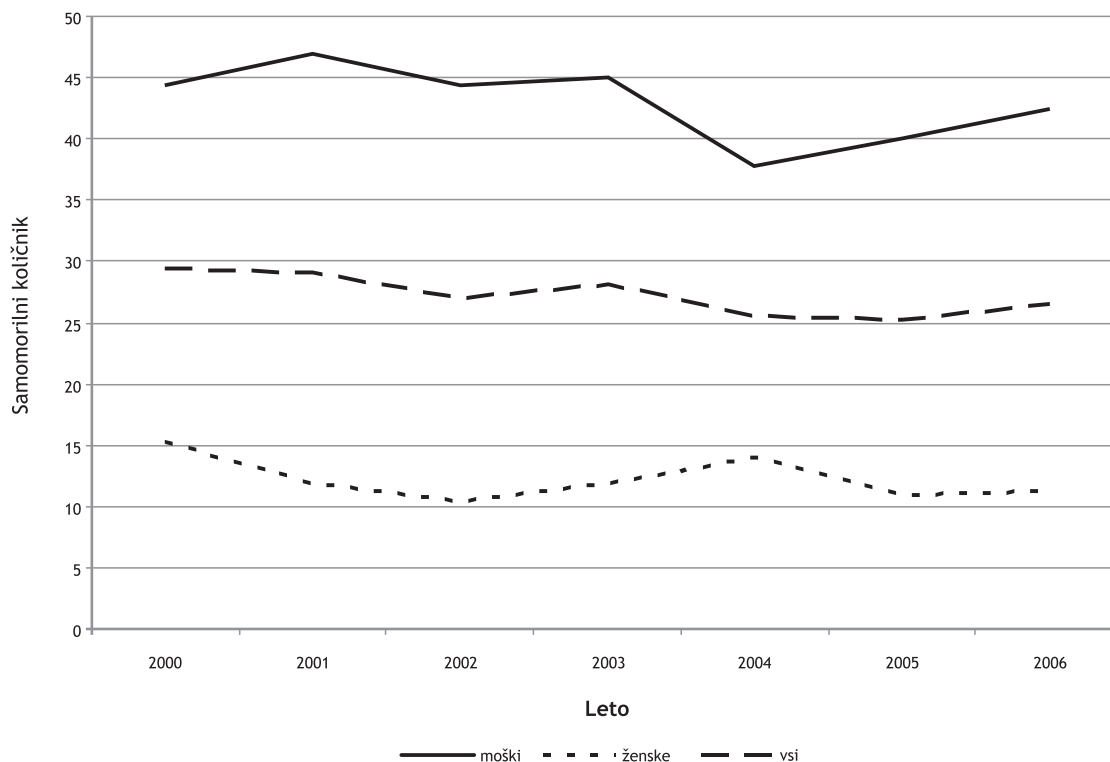
- načinu izvedbe (metoda samomora),
- regionalni razpršenosti in
- večjim tveganjem med avtohtonim prebivalstvom kot med priseljenci.

Med metodami samomora v Sloveniji prevladuje obešanje, ki je sicer pogostejše med moškimi (okrog dve tretjini vseh moških), vendar je delež obešanj visok tudi pri ženskih samomorih (več kot polovica) (25, 34). Obešanje kot metoda samomora v Sloveniji torej ni tipično moška metoda tako kot drugod po svetu. Metode samomora v Sloveniji si od najbolj ženske do najbolj moške sledijo v naslednjem zaporedju: utopitve, zastрупitve s trdimi in tekočimi snovmi, skok v globino, obešanje in samomor z orožjem (35).

Regionalna razpršenost samomora med posameznimi slovenskimi regijami je tako obsežna kot med posameznimi državami Evrope. Stopnja samomora znotraj Slovenije upada podobno kot v Evropi, od severovzhoda proti jugozahodu (36). Ta razpršitev je med drugim povezana tudi s prevalenco z alkoholom povezanih duševnih motenj, delno pa je to posledica razlike v industrijski razvitosti posameznih regij. Kot navaja Leskošek (31), je samomora manj v industrijsko razvitejših in urbaniziranih predelih, več pa na severovzhodnih ruralnih območjih. Poleg tega Leskošek (31) razlaga, da je tudi alkoholna kultura severovzhodne Slovenije tista, ki povečuje tveganje za samomor med tamkajšnjim prebivalstvom.

3.2.6.3 Statistični podatki

V letu 2006 je v Sloveniji zaradi samomora umrlo 529 oseb, kar je 3 % vseh smrti. V obdobju med 2000 in 2006 se je samomorilni količnik gibal med 25 in 30 (med 37 in 47 za moške ter 10 in 15 za ženske) (Slika 25). Razmerje med moškimi in ženskami umrlimi zaradi samomora znaša 3,5 : 1 (na vsak ženski samomor se zgodi 3,5 moških samomorov).



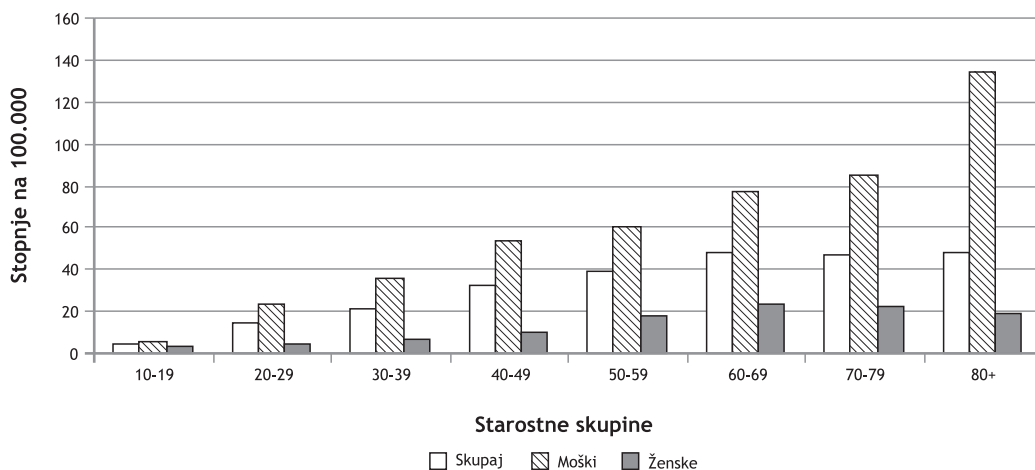
Slika 25. Samomorilni količnik v letih med 2000 in 2006.

V Sloveniji je povprečna starost umrlega zaradi samomora okoli 50 let (50,9 let za obdobje 1997–2003). Delež smrti zaradi samomora (med vsemi osnovnimi vzroki smrti) v starostni skupini do 60. leta znaša 10 %, če pa upoštevamo samo osebe umrle pred 40. letom, pa celo 19 % vseh smrti (Tabela 32). Šokantno in zaskrbljujoče je dejstvo, da se po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije za leto 2003 Slovenija v standardizirani stopnji umrljivosti zaradi samomora oseb, starejših od 65, let uvršča na prvo mesto.

Tabela 32. Delež samomora med vsemi vzroki smrti v starostnih skupinah od 0 do 40 let in od 0 do 60 let v letu 2006.

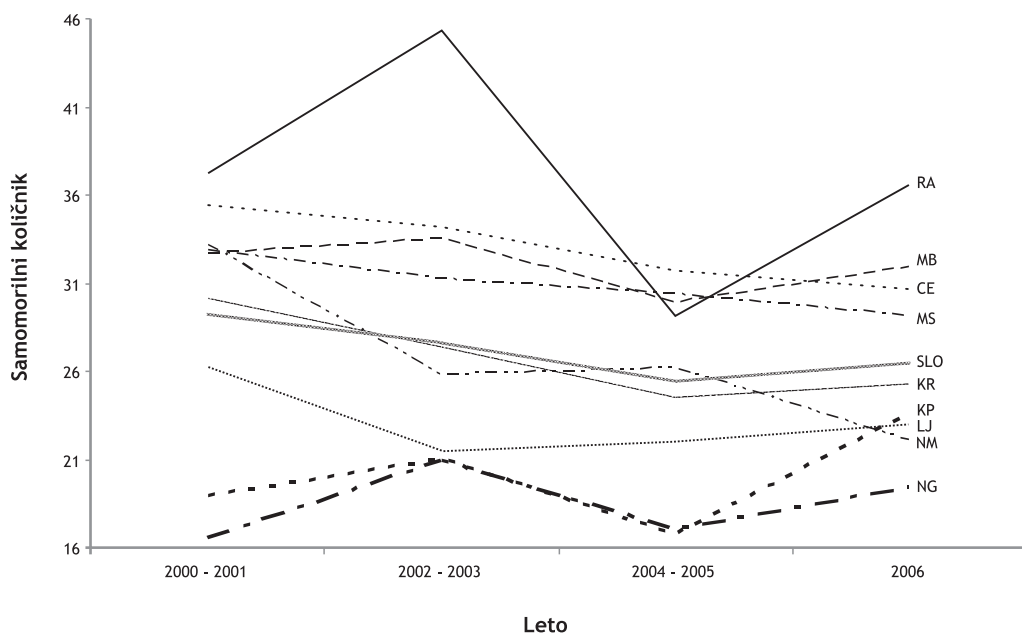
Starost	Skupaj	Moški	Ženske
0–40	19,0	21,1	12,8
0–60	10,0	11,1	6,9

Zanimiva je ugotovitev, da po podatkih iz leta 2006 stopnja samomorilnosti med moškimi narašča s starostjo, medtem ko pri ženskah doseže vrh v starostni skupini med 60–69 let nakar prične rahlo upadati (Slika 26).



Slika 26. Stopnje samomorilnosti na 100.000 prebivalcev po starostnih skupinah in spolu v letu 2006.

V letu 2006 so med najbolj ogrožene regije spadale Celje (s samomorilnim količnikom 30,7), Maribor (s samomorilnim količnikom 31,9), Murska Sobota (s samomorilnim količnikom 29,2) in Ravne na Koroškem, (s samomorilnim količnikom 36,6) (Slika 27), ki so vse na slovenskem severovzhodu. Najmanj samomorov so v letu 2006 zabeležili v Novi Gorici, (19,5 samomorov na 100.000 prebivalcev) in tudi sicer je južneje in zahodnjeje samomor vse redkejši pojav. Regionalne razlike pa se pokažejo drugače, če jih obravnavamo ločeno po spolu. Največ ženskih samomorov so leta 2006 zabeležili v Celju (13,1 na 100.000 prebivalcev), Ljubljani (12,6 na 100.000 prebivalcev) in Mariboru (15,9 na 100.000 prebivalcev), medtem ko so največ moških samomorov poleg Celja in Maribora zabeležili še v Murski Soboti (51,9 na 100.000 prebivalcev) in v Ravnah Koroškem (62,5 na 100.000 prebivalcev).



Slika 27. Samomorilni količnik v posameznih regijah v letih med 2000 in 2006 (dvoletna povprečja).

Med načini samomora že ves čas prevladuje obešenje (65,03 %), v mnogo manjšem odstotku sledijo zastrupitve s plini, utopitve, strelne poškodbe, skok z višine, leganje pred predmet v gibanju in poškodbe z ostrimi predmeti.

3.2.6.4 Prizadevanja na področju preprečevanja samomora v Sloveniji

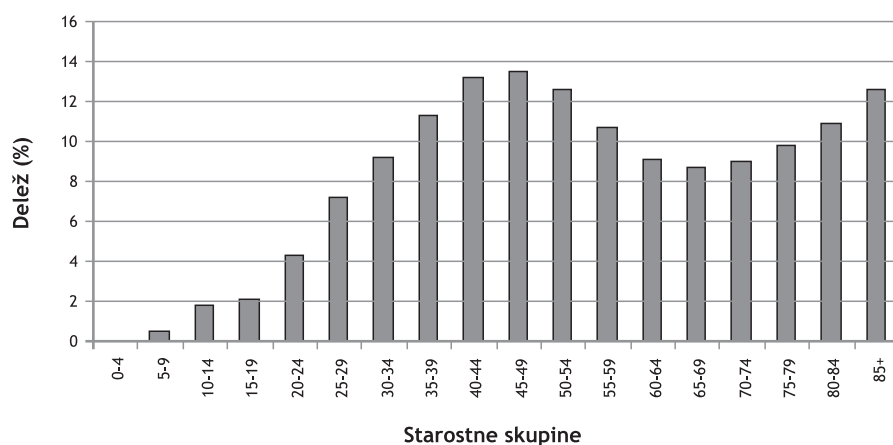
V zadnjih nekaj letih, odkar so se aktivnosti na področju preprečevanja samomora zgostile in prepletle (predvsem v najbolj ogroženih regijah, Celju in Ravnah na Koroškem), je bil zabeležen upad samomorilnega količnika, saj se je prvič po letih 1965 in 1966 samomorilni količnik dve leti zapored (2004 in 2005) nahajal pod 26 na 100.000 prebivalcev letno! Pozitivne spremembe lahko vsaj deloma pripišemo aktivnostim Regijske interdisciplinarne skupine za preprečevanje samomora na Celjskem pri Zavodu za zdravstveno varstvo Celje ter aktivnostim Zavoda za zdravstveno varstvo Ravne na Koroškem in tudi drugim skupinam ter združenjem, ki se ukvarjajo s to problematiko. Spremembe gre verjetno delno pripisati tudi nekaterim domačim in evropskimi projektom za prepoznavanje in zdravljenje depresije in preprečevanje samomora.

Po vzoru drugih držav (Finska, Škotska, Anglija ...) bi bilo vse obstoječe aktivnosti nujno povezati v mrežo nacionalnega programa za preprečevanje samomora.

3.2.7 Analiza ambulantno predpisanih zdravil za zdravljenje duševnih motenj

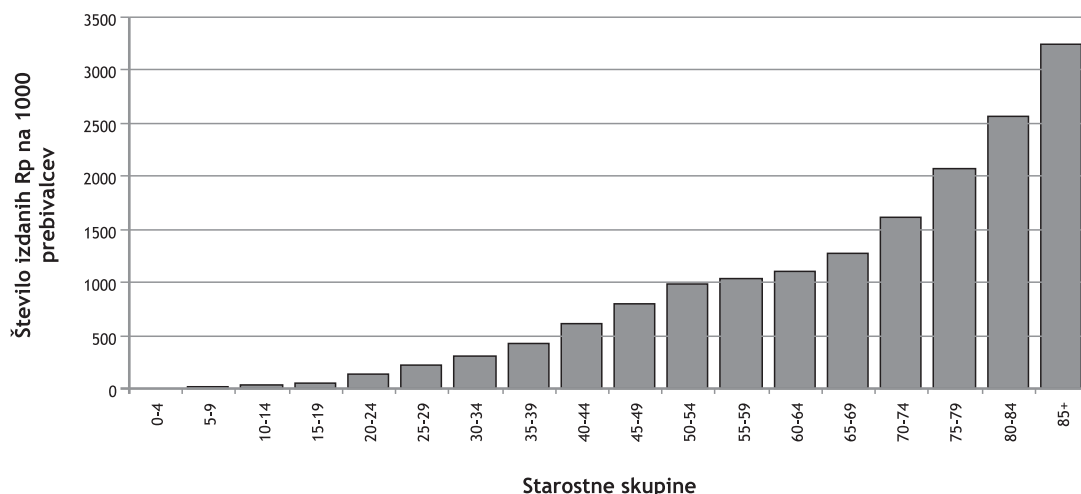
Analizirali smo podatke iz Evidence porabe zdravil, izdanih na recept, IVZ RS. Baza vsebuje podatke o ambulantno predpisanih zdravilih v Sloveniji. Vključili smo zdravila iz skupine N (zdravila z delovanjem na živčevje) po klasifikaciji Anatomical Therapeutic Chemical (ATC), in sicer podskupine N05 (psiholeptiki), N06 (psihoanaleptiki) in N07B (zdravila za zdravljenje zasvojenosti). Analizirali smo podatke za leto 2006.

V letu 2006 je v povprečju vsak prebivalec Slovenije v ambulanti prejel 7,34 recepta. V grobem je vsak drugi človek prejel en recept za zdravila za zdravljenje duševnih motenj. 9 % vseh ambulantno izdanih receptov je bilo predpisanih za zdravljenje duševnih motenj.



Slika 28. Delež ambulantno izdanih receptov za duševne motnje izmed vseh ambulantno izdanih receptov po starostnih skupinah v letu 2006.

Slika 28 kaže, da je največji delež zdravil za zdravljenje duševnih motenj izdanih v starostnih skupinah od 40 do 54 let, v katerih recepti za zdravila za duševne motnje obsegajo približno 13 % vseh receptov, izdanih za te starostne skupine. Delež tovrstnih receptov ponovno naraste v starejših starostnih skupinah, in sicer v skupini nad 85 let spet preseže vrednost 12 % vseh izdanih receptov za to starostno skupino.



Slika 29. Število ambulantno izdanih receptov za zdravljenje duševnih motenj na 1000 prebivalcev po starostnih skupinah v letu 2006.

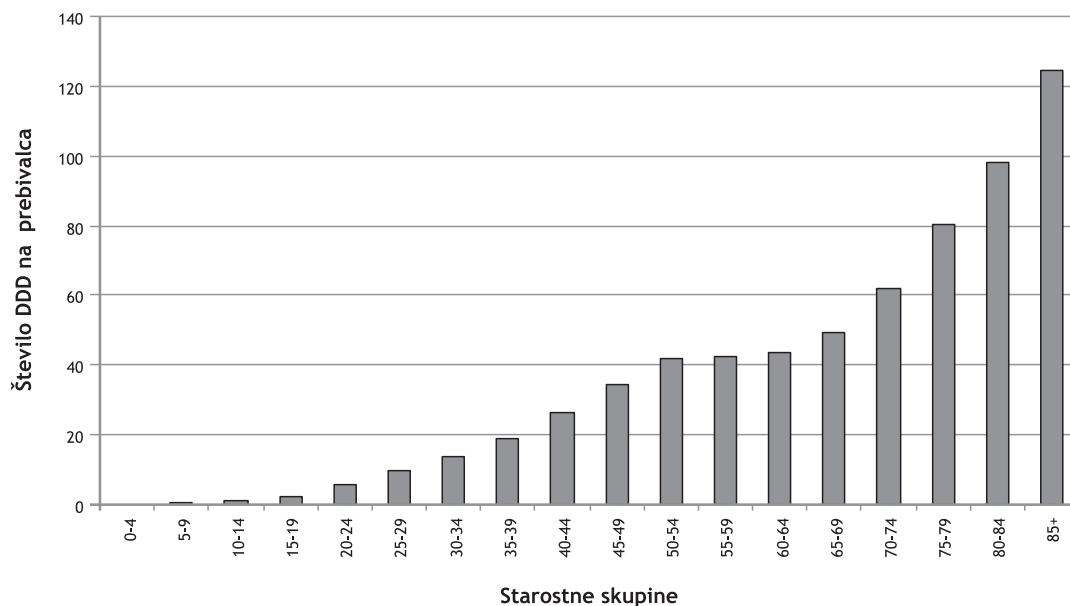
V povprečju je na 1000 prebivalcev v Sloveniji izdano 689 receptov za zdravila za zdravljenje duševnih motenj na leto. Po starostnih skupinah je število izdanih receptov razporejeno, kot prikazuje Slika 29. Število izdanih receptov s starostjo narašča, izraziteje po 70. letu.

Tabela 33. Število ambulantno izdanih receptov za zdravila za zdravljenje duševnih motenj na 1000 prebivalcev po statističnih regijah v letu 2006.

Statistična regija	Število izdanih receptov na 1000 prebivalcev
Notranjsko-kraška	868,10
Zasavska	867,01
Pomurska	826,45
Spodnjeposavska	763,09
Podravska	746,77
Savinjska	728,58
Goriška	725,59
Obalno-kraška	693,28
Dolenjska	637,32
Koroška	628,92
Osrednjeslovenska	620,95
Gorenjska	554,43
Slovenija	689,04

Število izdanih receptov se med posameznimi regijami giblje od 554,4 na 1000 prebivalcev na Gorenjskem do 868,1 na 1000 prebivalcev v Notranjsko-kraški regiji (Tabela 33).

Definiran dnevni odmerek (DDD) je povprečen vzdrževalni dnevni odmerek za zdravilo, ki se uporablja za zdravljenje glavne indikacije pri odraslih osebah. Število DDD nam poda boljšo predstavbo o tem, kolikšna količina zdravil je bila izdana, če je bilo zdravilo predpisano v 'standardnem' odmerjanju. Dejansko odmerjanje se lahko znatno razlikuje glede na terapevtsko indikacijo, starost bolnika, sočasno jemanje še drugih zdravil, zdravstveno stanje oziroma individualne značilnosti posameznika in podobno.



Slika 30. Število DDD ambulantno izdanih zdravil za zdravljenje duševnih motenj na prebivalca po starostnih skupinah v letu 2006.

V povprečju je vsak prebivalec letno dobil 28 definiranih dnevnih odmerkov (DDD) zdravil za zdravljenje duševnih motenj, torej naj bi vsak prebivalec naj bi v enem letu prejel za 28 dni zdravil. Razporeditev dejanskih DDD po starostnih skupinah se spreminja, in sicer narašča s starostjo. V starostnih skupinah med 50. in 65. letom je število predpisanih DDD relativno konstantno, nato pa prične strmo naraščati (Slika 30). Po analiziranih podatkih je torej v starostni skupini nad 85 let vsak prebivalec prejel v enem letu za 120 dnevnih odmerkov zdravil za zdravljenje duševnih bolezni. Pri interpretaciji je treba upoštevati, da se terapija za zdravljenje duševnih motenj pogosto kombinira, kar pomeni, da ima en bolnik pogosto več kot eno zdravilo za zdravljenje duševnih bolezni in da se določena zdravila lahko za različne indikacije uporabljajo v različnih odmerkih.

Tabela 34. Število definiranih dnevni odmerkov (DDD) zdravil za zdravljenje duševnih motenj na 1000 prebivalcev na dan, po statističnih regijah v letu 2006.

Statistična regija	Število DDD na 1000 prebivalcev na dan
Zasavska	97,74
Notranjskokraška	94,26
Pomurska	89,91
Goriška	83,33
Podravska	83,08
Savinjska	79,72
Obalnokraška	77,80
Spodnjeposavska	76,89
Osrednjeslovenska	71,13
Koroška	68,06
Gorenjska	66,71
Dolenjska	64,87
Skupaj	76,76

Število DDD na 1000 prebivalcev regije na dan se giblje med 97,74 v Zasavski regiji do 64,87 v Dolenjski regiji (Tabela 34). Razlike med regijami lahko nakazujejo različno pojavnost prepoznanih bolezni v regijah, lahko so odraz kulture oz. stigmatizacije – bolniki kasneje prepoznajo težave, kasneje iščejo pomoč in zdravljenje ali imajo slabšo dostopnost do zdravniške pomoči. Na razlike lahko vplivajo tudi razlike v doktrini ambulantnega zdravljenja duševnih motenj, kombiniranja zdravljenja ali trajanja zdravljenja.

V povprečju obsegajo zdravila za zdravljenje duševnih motenj 10,6 % vrednosti vseh izdanih zdravil leta 2006. V tem letu smo za zdravila za zdravljenje duševnih motenj namenili 10.722.568.110 SIT (pribl. 44.744.483 EUR). Dve tretjini sredstev je bilo porabljenih za zdravila, izdana prebivalcem v starosti od 20 do 65 let, preostala tretjina pa starejšim od 65 let, kar 13 % za tiste, starejše od 80 let.

3.3 Zaključek

Posamezne duševne motnje na različne načine posegajo v človekovo življenje in delovanje. Pogostost pojavljanja in breme duševnih bolezni smo skušali prikazati preko koriščenja zdravstvenih storitev na različnih ravneh zdravstvenega varstva, uporabe zdravil za zdravljenje duševnih bolezni in pojavnosti najhujših zapletov, ki so v veliki meri posledica katere od duševnih bolezni – samomora.

Duševne bolezni v Sloveniji zavzemajo približno 2 % prvih obiskov na primarni ravni, 2,7 % obiskov na sekundarni ravni in 3,9 % hospitalizacij. Ker so hospitalizacije zaradi duševnih motenj najdaljše od vseh, pripade duševnim motnjam skoraj petina bolnišničnih dni. Samomor je kar v 90 % primerov posledica zapleta duševne bolezni. Že več desetletij Slovenija krepko prispeva k svetovni statistiki samomorov. Med leti 2000 in 2006 se je samomorilni količnik (število samomorov na 100.000 prebivalcev) gibal med 25 in 30. V letu 2006 je zaradi samomora umrlo 529 oseb. Razmerje med moškimi in ženskami je 3,5 : 1, povprečna starost umrlega zaradi samomora pa je okoli 50 let. Analiza izdanih ambulantno predpisanih zdravil je pokazala, da je bilo 9 % receptov namenjenih zdravilom za zdravljenje duševnih motenj in da je teoretično vsak drugi človek v letu 2006 prejel po en recept za zdravilo za duševno motnjo. Breme duševnih bolezni pri aktivni populaciji je tudi visok delež bolniških dni tako pri zaposlenih za polni delovni čas (6,8 %) kot pri zaposlenih za skrajšani delovni čas (10 %). Pri osebah z duševnimi motnjami je pogosto zmanjšana zmožnost za trajno pridobitno dejavnost. Več kot četrtnina vseh obravnavanih primerov invalidnosti v I. kategoriji, ki pomeni popolno upokožitev, je zaradi duševnih motenj, med primeri invalidnosti II. in III. stopnje pa duševne bolezni obsegajo 15% primerov.

V posameznih starostnih obdobjih se različne duševne motnje pojavljajo različno pogosto.

Otroci in mladostniki

Duševne motnje, ki se pojavljajo v otroštvu, so večinoma drugačne od tistih, ki se pojavljajo v kasnejših obdobjih. Najpogostejši vzroki obravnav so razvojne ter vedenjske in čustvene motnje. Stopnje obravnav v otroštvu so glede na ostale starostne skupine relativno nizke.

Pri mladostnikih se število obravnav na vseh ravneh povečuje, med najpogostejšimi vzroki se že pojavljajo duševne motnje, ki so med najpogostejšimi pri odraslih. Pri dekletih so pogoste obravnave zaradi motenj prehranjevanja, ki se med najpogostejšimi vzroki pojavljajo že v obdobju med 7 in 14 let in se nadaljujejo v starostni skupini do 29 let, pri fantih pa so že pogoste obravnave zaradi shizofrenije. Izmed petih najpogostejših vzrokov hospitalizacij zaradi duševnih motenj v tem starostnem obdobju so prav hospitalizacije zaradi shizofrenije najdaljše (M~38 dni/Ž~52 dni), sledijo hospitalizacije zaradi motenj prehranjevanja (Ž~46 dni). Izpostaviti je treba pogosto pojavljanje obravnav zaradi uživanja alkohola in drugih psihoaktivnih snovi, ki so izmed vseh duševnih motenj pri fantih večji problem, kot pri dekletih. Med najpogostejšimi vzroki za obravnave pri obeh spolih, predvsem na primarni in sekundarni ravni, so tudi depresija, anksioznost ter reakcija na stres in prilagoditvene motnje. Med najpogostejšimi vzroki za bolnišnične obravnave so pri obeh spolih tudi namerne samopoškodbe.

Aktivna populacija

Pri obeh spolih aktivne populacije so med najpogostejšimi vzroki obravnav shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje, ki se kažejo kot velik problem predvsem zaradi številnih in dolgih hospitalizacij (v povprečju 63 dni). Na vseh ravneh zdravstvenega varstva se med najpogostejšimi vzroki za obravnavo pojavljajo duševne motnje zaradi uživanja alkohola. Pri

moških se pojavijo nekoliko prej in pogosteje glede na druge duševne motnje, kot pri ženskah, so pa pomemben vzrok obravnav pri obeh spolih.

Pri ženskah med bolnišničnimi obravnavami izstopajo obravnave zaradi depresije, ki so tudi relativno dolge (povprečno okoli 40 dni). Obravnave zaradi depresije so med najpogostejšimi na vseh ravneh zdravstvenega varstva pri obeh spolih, vendar so po pogostosti glede na druge duševne motnje pri ženskah na višjem mestu kot pri moških.

Pri obeh spolih so med najpogostejšimi bolnišničnimi in specialističnimi obravnavami tudi organske, vključno simptomatske, motnje, ki se pri moških pojavijo prej kot pri ženskah, pri obojih pa se s starostjo število primerov povečuje.

Med najpogostejšimi bolnišničnimi obravnavami se pojavljajo tudi relativno dolge obravnave (v povprečju 52 dni) zaradi bipolarnе afektivne motnje.

Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi so med najpogostejšimi vzroki za obravnave pri ženskah v starostni skupini od 20 do 29 let, pri moških pa od 20 do 39 let.

Na primarni in sekundarni ravni so med najpogostejšimi vzroki za obisk pri obeh spolih tudi anksioznost ter reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje.

Med aktivno populacijo je pomemben vpliv duševnih bolezni na odsotnost z dela. Med najpogostejšimi vzroki za bolniški stalež in med vzroki za največje število dni bolniškega staleža so pri obeh spolih depresija, reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje, anksiozne motnje ter shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje.

Starejši

Pri starejših se med najpogostejšimi vzroki za obravnavo na vseh ravneh ter med vzroki za največje število bolnišničnih dni pri obeh spolih pojavljajo organske, vključno simptomatske duševne motnje in depresija, pri specialističnih in bolnišničnih obravnavah tudi shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje, na primarni ravni pa še neorganske motnje spanja. Razen hospitalizacij pri moških se pri obeh spolih na vseh ravneh med najpogostejšimi pojavljajo še obravnave zaradi anksioznih motenj. Pri moških so med najpogostejšimi vzroki za obravnavo še vedno duševne motnje zaradi uživanja alkohola, ponovno se pojavijo hospitalizacije zaradi namernih samopoškodb.

Viri:

- (1) Toš, N., Malnar, B. in skupina (2006). Slovensko javno mnenje 2006/1: Evropska družboslovna raziskava. Ljubljana: FDV, ADP.
- (2) Zaletel–Kragelj, L., Fras, Z., Maučec–Zakotnik, J. (2004). Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. Ljubljana: CINDI Slovenija.
- (3) Kamin, T., Jeriček Klanšček, H. Duševno zdravje Slovencev. IVZ RS: Neobjavljeno.
- (4) Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007. IVZ RS: Neobjavljeno.
- (5) Rehm, J., Room, R., Graham, K., Monteiro, M., Gmel, G. in Sempos, C. T. (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: An overview. *Addiction*, 98(9), 1209–1228.
- (6) Schuckit, M. A. (2006). Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*, 101(Suppl 1), 76–88.
- (7) Hovnik Keršmanc, M., Čebašek–Travnik, Z. in Trdič, J. (2000). Pivsko vedenje odraslih prebivalcev Slovenije leta 1999 (rezultati raziskave). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

- (8) Toš, N., Malnar, B., Hafner Fink, M., Uhan, S., Štebe, J., Kurdija, S., Švara, S in Kecman, I. (1999). Stališča o zdravju in zdravstvu III, Slovensko javno mnenje 1999/2; Mednarodna raziskava o kakovosti življenja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- (9) Anderson, P. in Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe. A Public Health Perspective. A Report for the European Commission. Brussels: EC.
- (10) Dahlgren, L. (1978). Female alcoholics: III. Development and pattern of drinking problems. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 57, 325–335.
- (11) Holmila, M. in Raitasalo, K. (2005). Gender differences in drinking: Why do they still exist? *Addiction*, 100(12), 1763–1769.
- (12) Nolen Hoeksema, S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical psychology review*, 24(8), 981–1010.
- (13) Kolšek, M. (2006). Slovenia report. V Heather, N. (ur.). WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems in Primary Health Care. Report on Phase IV (str. 189–98). Geneva: WHO press.
- (14) Svetovna zdravstvena organizacija (2007): Health for all database. SZO: Geneva. Dostopno na: http://www.euro.SZO.int/eprise/main/SZO/InformationSources/Data/20050117_3, pridobljeno 6. 3. 2007.
- (15) Kovše, K. (2006). Poraba alkohola in kazalci škodljive rabe alkohola v Sloveniji v letu 2006. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (neobjavljeno).
- (16) Inštitut za varovanje zdravja RS (2008): Nacionalno poročilo o stanju na področju drog 2008: porast zaseženega kanabisa in kokaina, manj kaznivih dejanj. Dostopno na: <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=1663>, pridobljeno 20. 11. 2008.
- (17) Inštitut za varovanje zdravja RS (2007): Poročilo s področja prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: IVZ RS.
- (18) Jeriček, H., Lavtar, D. in Pokrajac, T. (2007). HBSC Slovenija 2006 – Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- (19) Tomori, M. (1998). Podatki o splošni značilnosti srednješolcev, vključenih v raziskavo. V M. Tomori in S. Stikovič, Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih. Ljubljana: Psihiatrična klinika.
- (20) Currie, C. idr. (2008). Inequalities in young people's health. HBSC International report. Copenhagen: WHO.
- (21) Petek–Šter, M. in Kersnik, J. (2004). Obravnava starostnika v družinski medicini. *Zdravstveni vestnik*; 73:767–71.
- (22) Gabrijelčič Blenkuš, M. in Stanojevič Jerkovič, O. (2007). Pregled problematike staranja v Sloveniji z vidika skrbi za starejše odrasle s ciljem priprave programov za populacijo starejših. Izzivi javnega zdravja v tretjem tisočletju / 4. slovenski kongres preventivne medicine, Portorož, 17. do 19. maj 2007. Ljubljana: Sekcija za preventivno medicino Slovenskega zdravniškega društva.
- (23) Inštitut za varovanje zdravja RS. Poročilo o maternalni umrljivosti v letih 2000 do 2002 (neobjavljeno).
- (24) Inštitut za varovanje zdravja RS. Poročilo o maternalni umrljivosti v letih 2003 do 2005 (neobjavljeno).
- (25) Milčinski, L. (1985). Samomor in Slovenci. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- (26) Tekavčič–Grad, O. (1995). Why is the incidence of suicide in Slovenia one of the highest in Europe? V O. Tekavčič–Grad (Ur.), How to reduce suicide in Slovenia? The proposal of the national programme for suicide prevention: National and international perspectives (str. 81–84). Copenhagen, Ljubljana: SZO, Regional office for Europe; SZO Liaison Office for Slovenia; Ministry of health of Slovenia, University psychiatric hospital, Ljubljana.

- (27) Marušič, A. in Zorko, M. (2003). Slovenski samomor skozi prostor in čas. V A. Marušič in S. Roškar (ur.), *Slovenija s samomorom ali brez* (str. 10–20). Ljubljana: DZS.
- (28) Virant-Jaklič, M. (1993). *Samomor in samomorilni poskus v Sloveniji*. Ljubljana: Klinični center, Univerzitetna psihiatrična klinika.
- (29) Škodlar, B. (2003). Delo profesorja Leva Milčinskega. *Pogled – Acta suicidologica Slovenica*, 1, 42–47.
- (30) Milčinski, L. in Mrevlje, G. (1990). Epidemiology of suicide in Yugoslavia – methodological questions. *Medicinski Razgledi*, 43, 453–456.
- (31) Leskošek, F. (2001). Sociološki vidiki samomorilnosti v Sloveniji. *Zdravstveno Varstvo*, 40, 41–50.
- (32) Milčinski, L. (1999). Samomorilno vedenje. V M. Tomori in S. Zihel (Ur.). *Psihijatrija* (str. 361–375). Ljubljana: Litterapicta.
- (33) Marušič, A. (1999). Suicide in Slovenia: lesson for cross-cultural psychiatry. *International Review of Psychiatry*, 11, 212–218.
- (34) Milčinski, L., Zalar, B. in Virant – Jaklič, M. (1997). *Samomor in Slovenija – 1995*. Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti Ljubljana.
- (35) Marušič, A., Landau, S. in Tomori, M. (2003). Long-term trends, seasonality, weekly distribution and methods of suicide in Slovenia: A comparison between the younger and older population. *Archives of Suicide Research*, 7, 135–143.
- (36) Marušič, A. (1998). Suicide mortality in Slovenia: Regional variation. *Crisis*, 19, 159–167.

4.0 MREŽA JAVNE ZDRAVSTVENE SLUŽBE

Radivoje Pribaković Brinovec

4.1 Posnetek stanja

Mreža javne zdravstvene službe na področju duševnega zdravja na primarni ravni zajema ambulate splošne in družinske medicine, ambulate za zdravstveno varstvo otrok in mladine, dispanzerje za mentalno higieno (le še ponekod) ter centre za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (t.i. metadonske ambulate), na sekundarni ravni pa zajema specialistične psihiatrične, psihoterapevtske in psihološke ambulate, psihiatrične bolnišnice in Psihiatrično kliniko Ljubljana ter svetovalna centra za otroke in mladostnike v Ljubljani in Mariboru. Dejavnost poteka tudi v socialnih zavodih.

Nekdanji dispanzerji za mentalno higieno, ki so v okviru mreže primarnega zdravstvenega varstva zagotavljali psihiatrično, psihološko in logopedsko obravnavo brez napatnice, so se v devetdesetih letih prejšnjega stoletja preoblikovali na različne načine. Ponekod se je dejavnost psihiatrije izločila kot sekundarna specialistična dejavnost, ohranila pa se je psihološka in logopedska dejavnost. Ponekod so se dispanzerji preprosto ukinili, psihiatrična dejavnost je, enako kot prej, postala sekundarna specialistična dejavnost, ostale dejavnosti so se pridružile drugim službam v zdravstvenih domovih ali pa so se osamosvojile. K tem spremembam sta prispevala sprememba organiziranosti zdravstvenega varstva (jasnejše ločevanje primarne in sekundarne ravni, koncept izbranega osebnega zdravnika in 'vratarstvo' oz. 'gate-keeping') in način financiranja.

Centri za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog delujejo v okviru zdravstvenih domov Ljubljana Center, Trbovlje, Logatec, Kočevje, Maribor, Celje, Velenje, Kranj, Nova Gorica, Koper, Ilirska Bistrica, Sežana, Piran, Izola, Novo mesto, Brežice in Murska Sobota ter v okviru zasebne ambulate splošne medicine v Pivki. V mrežo centrov je vključen tudi Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog na Psihiatrični kliniki v Ljubljani. Po podatkih Informacijske enote za prepovedane droge pri IVZ je v letu 2007 v sedemnajstih centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (od skupno 18) zdravstveno pomoč zaradi težav z drogami iskalo 1566 uporabnikov drog. Od tega je bilo prvič obravnavanih uporabnikov drog 356 (23 %), ponovno obravnavanih 333 (21 %), neprekinjeno pa je bilo v programu 877 oseb (56 %) (1).

V okviru analize javne zdravstvene mreže ne bomo obravnavali tistega dela zagotavljanja duševnega zdravja na primarni ravni, ki poteka v okviru splošne in družinske medicine ter zdravstvenega varstva otrok in mladine, temveč se bomo osredotočili na zagotavljanje bolj specifičnih in specialističnih zdravstvenih storitev na sekundarni ravni. Tako smo izbrali zdravstvene službe psihiatrije, pedopsihiatrije, psihoterapije, psihologije, mentalne higiene in zdravljenja odvisnosti. Gre za zdravstvene službe, ki znotraj organiziranosti zdravstvenega varstva specialistično obravnavajo duševne motnje.

Za prikaz kadra in izvajalcev smo uporabili Evidenco gibanja zdravstvenih delavcev in mrežo zdravstvenih zavodov (BPI), ki jo upravlja IVZ RS.

4.1.1 Izvajalci zdravstvenega varstva

Ob koncu leta 2007 (na dan 31. 12. 2007) je storitve na področju duševnega zdravja v okviru javne zdravstvene mreže zagotavljalo 130 izvajalcev. Dejavnost je potekala v 42 zdravstvenih domovih, 67 zasebnih ambulantah, 4 splošnih bolnišnicah in 2 klinikah (Šempeter, Novo mesto, Ptuj, Slovenj Gradec; KC Ljubljana, Onkološki inštitut), 6 psihiatričnih bolnišnicah (Begunje, Idrija, Vojnik, Ormož, PK Ljubljana, Oddelek za psihiatrijo v SB Maribor) in na Pediatrični kliniki v Ljubljani (v zadnjih sedmih je možna bolnišnična obravnava), v Svetovalnem centru za otroke in mladostnike v Ljubljani, v 7 socialnih zavodih ter v okviru Uprave za izvrševanje kazenskih sankcij RS.

Specialistična psihiatrična dejavnost je potekala v 15 zdravstvenih domovih, 45 zasebnih ambulantah, 2 splošnih bolnišnicah (Novo mesto, Ptuj), 6 psihiatričnih bolnišnicah (Begunje, Idrija, Vojnik, Ormož, PK Ljubljana, Oddelek za psihiatrijo v SB Maribor), 6 socialnih zavodih in v Svetovalnem centru za otroke in mladostnike v Ljubljani. Dejavnost mentalne higijene je potekala v 20 zdravstvenih domovih. Dejavnost pedopsihiatrije so izvajali v 8 zdravstvenih domovih, 5 zasebnih ambulantah, v SB Slovenj Gradec in Maribor, na Psihiatrični kliniki Ljubljana in Pediatrični kliniki Ljubljana ter v 3 socialnih zavodih. Dejavnost psihologije je potekala v 9 zdravstvenih domovih, 17 zasebnih ambulantah, 3 splošnih bolnišnicah (Šempeter, Novo mesto, Slovenj Gradec), 5 psihiatričnih bolnišnicah (Begunje, Ormož, Idrija, Maribor, Ljubljana) in na Pediatrični kliniki v Ljubljani, v KC Ljubljana, 4 socialnih zavodih ter v Svetovalnem centru za otroke in mladostnike v Ljubljani. Svetovalni center za otroke in mladostnike v Mariboru ni zabeležen v Bazi podatkov izvajalcev (BPI), iz katere smo zajemali podatke v tej analizi. Slednji ne opravlja psihiatričnih storitev in ni financiran iz sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, kar je po našem mnenju razlog za odsotnost tega Centra v BPI. Zato podatki tega Centra niso vključeni v analizo.

Na Sliki 31 prikazujemo število izvajalcev storitev na področju duševnega zdravja (v okviru zdravstvenih služb psihiatrija, pedopsihiatrija, psihoterapija, psihologija, mentalna higijena in zdravljenje odvisnosti) po upravnih enotah. Posebej prikazujemo število izvajalcev v dejavnosti psihiatrije (zdravstvene službe psihiatrije in mentalne higijene) (Slika 32). Posamezni izvajalci lahko izvajajo storitve v več upravnih enotah. Zaradi majhnega števila izvajalcev prikazi po občinah niso smiselni.

Zanimivo je, da upravne enote, v katerih ni izvajalcev storitev na področju duševnega zdravja (na slikah 31 in 32 označene z belo barvo) sovpadajo z območji z najvišjo stopnjo samomorilnosti v Sloveniji, vendar te domneve nismo preverjali s statističnimi metodami. V prihodnje bi bilo smiselno izvesti podrobnejšo analizo med stopnjo samomora in dostopnostjo zdravstvenih storitev, na osnovi česar bi lažje načrtovali nove aktivnosti za izboljševanje duševnega zdravja prebivalcev teh regij.



Upravna enota (UE)	Št.	UE	Št.	UE	Št.
Ajdovščina	2	Lenart	0	Sežana	1
Brežice	1	Lendava	1	Slovenj Gradec	2
Celje	4	Litija	0	Slov. Bistrica	2
Cerknica	2	Ljubljana	36	Slov. Konjice	0
Črnomelj	0	Ljutomer	2	Šentjur pri Celju	0
Domžale	1	Logatec	1	Škofja Loka	1
Dravograd	1	Metlika	0	Šmarje pri Jelšah	0
Gornja Radgona	2	Mozirje	1	Tolmin	4
Grosuplje	0	Murska Sobota	5	Trbovlje	1
Hrastnik	0	Nova Gorica	5	Trebnje	2
Idrija	2	Novo mesto	4	Trzič	0
Ilirska Bistrica	2	Ormož	2	Velenje	1
Izola	2	Piran	4	Vrhnika	2
Jesenice	1	Postojna	3	Zagorje ob Savi	0
Kamnik	1	Ptuj	5	Žalec	1
Kočevo	3	Radlje ob Dravi	0	Maribor	10
Koper	3	Radovljica	2	Pesnica	0
Kranj	3	Ravne na Koroškem	3	Ruše	0
Krško	1	Ribnica	0		
Laško	0	Sevnica	0	SKUPAJ	132

Slika 31. Izvajalci storitev duševnega zdravja po upravnih enotah (na dan 31. 12. 2007). S sivo barvo so označene upravne enote v katerih delujejo izvajalci storitev duševnega zdravja.



Upravna enota (UE)	Št.	UE	Št.	UE	Št.
Ajdovščina	2	Lenart	0	Sežana	1
Brežice	1	Lendava	1	Slovenj Gradec	1
Celje	3	Litija	0	Slov. Bistrica	1
Cerknica	1	Ljubljana	29	Slov. Konjice	0
Črnomelj	0	Ljutomer	2	Šentjur pri Celju	0
Domžale	1	Logatec	0	Škofja Loka	1
Dravograd	0	Metlika	0	Šmarje pri Jelšah	0
Gornja Radgona	1	Mozirje	1	Tolmin	4
Grosuplje	0	Murska Sobota	3	Trbovlje	1
Hrastnik	0	Nova Gorica	4	Trebnje	2
Idrija	1	Novo mesto	3	Trzič	0
Ilirska Bistrica	1	Ormož	2	Velenje	1
Izola	0	Piran	2	Vrhnika	2
Jesenice	1	Postojna	1	Zagorje ob Savi	0
Kamnik	1	Ptuj	3	Žalec	0
Kočevje	1	Radlje ob Dravi	0	Maribor	5
Koper	3	Radovljica	2	Pesnica	0
Kranj	2	Ravnice na Koroškem	1	Ruše	0
Krško	1	Ribnica	0		
Laško	0	Sevnica	0	SKUPAJ	93

Slika 32. Izvajalci v dejavnosti psihiatrije po upravnih enotah (na dan 31. 12. 2007). S sivo barvo so označene upravne enote v katerih delujejo izvajalci v dejavnosti psihiatrije.

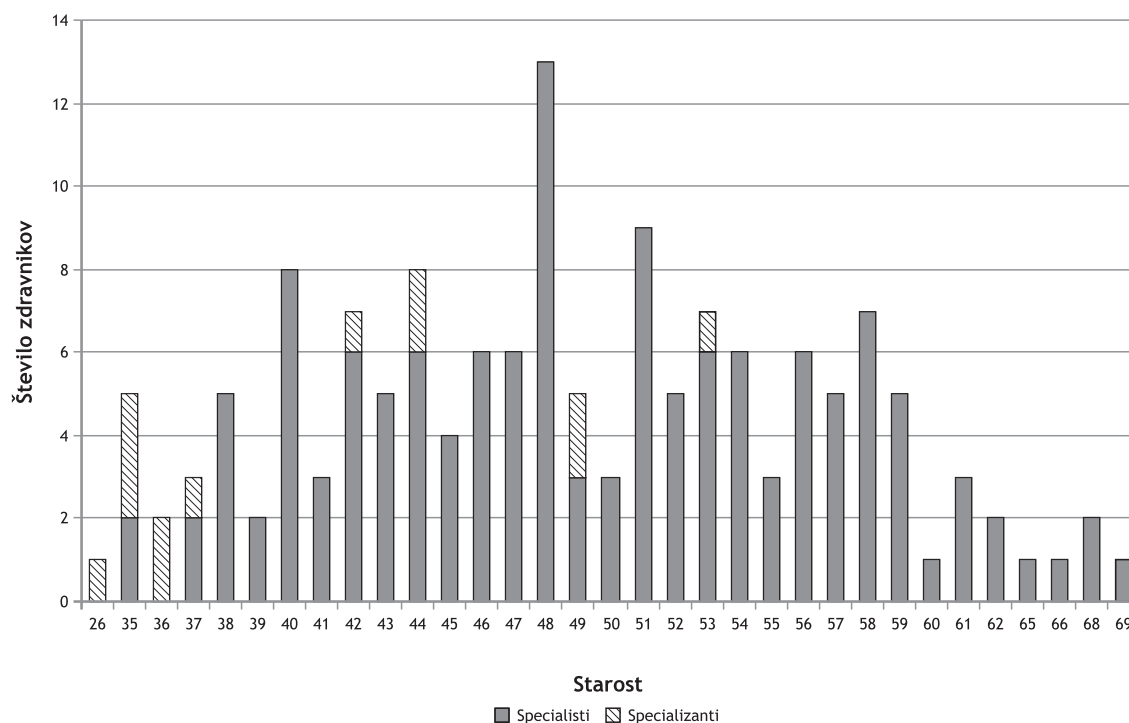
4.1.2 Zdravstveni delavci

V Tabeli 35 prikazujemo kader v dejavnosti duševnega zdravja ob koncu leta 2007 (na dan 31. 12. 2007). Prikazujemo glavne poklicne skupine, psihiatre, medicinske sestre, tehnike zdravstvene nege, delovne terapevte, socialne delavce in psihologe. V Sloveniji je bilo ob koncu leta 2007 150 psihiatrov, od tega so bili štirje zaposleni v nekliničnih dejavnostih (upravne službe ipd.). V tabeli je vsak zdravstveni delavec štet samo enkrat, in sicer glede na kraj, v katerem opravi največ ur dela (večinska zaposlitev pri določenem izvajalcu oz. na določeni lokaciji). To pomeni, da lahko tudi v upravni enoti, ki je ni v tabeli, zdravstveni delavci opravljajo dejavnost, vendar v manjšem deležu, kar lahko ugotovimo v primerjavi med Slikama 31 in 32 ter Tabelo 35.

Tabela 35. Število zdravstvenih delavcev v dejavnosti duševnega zdravja po poklicnih skupinah in upravnih enotah (na dan 31. 12. 2007).

Poklicne skupine Upravna enota	psihiatri	medicinske sestre	zdravstveni tehniki	delovni terapevti	socialni delavci	psihologi
Brežice	1	0	1	0	0	0
Celje	11	16	50	4	1	8
Domžale	0	0	1	0	1	0
Gornja Radgona	1	0	1	0	0	1
Idrija	10	16	67	14	8	8
Ilirska Bistrica	0	0	1	0	0	0
Izola	0	1	0	0	0	1
Kamnik	1	0	1	6	0	1
Kočevje	0	0	1	0	0	1
Koper	2	0	5	0	0	0
Kranj	1	0	1	0	0	0
Krško	1	0	1	0	0	0
Lendava	0	0	0	0	0	1
Ljubljana	58	58	192	44	9	38
Logatec	0	0	1	0	0	0
Murska Sobota	1	0	2	0	3	4
Nova Gorica	5	1	7	4	0	1
Novo mesto	3	2	8	0	0	4
Ormož	6	14	36	9	0	3
Piran	2	1	2	0	0	2
Postojna	2	1	1	0	0	0
Ptuj	2	0	2	3	1	1
Radovljica	12	11	33	8	3	6
Ravne na Koroškem	1	1	7	1	0	3
Sežana	1	1	1	0	0	1
Slovenj Gradec	0	0	0	0	0	2
Slovenska Bistrica	1	0	0	3	0	1
Trbovlje	2	1	3	0	0	2
Trebnje	1	0	0	0	0	0
Velenje	1	1	1	2	1	3
Vrhnika	1	0	0	0	0	0
Žalec	0	0	0	0	0	1
Maribor	19	27	59	9	7	12
SKUPAJ	146	152	485	107	34	105

Povprečna starost zdravnikov psihiatrov je bila ob koncu leta 2007 49 let. 10 zdravnikov je bilo starejših od 60 let, od teh so bili 4 starejši od 65 let. Gre za zdravnike, ki že izpolnjujejo predvideno starost za upokožitev ali pa bodo upokožitveno starost dosegli v naslednjih 5 letih (Slika 33).



Slika 33. Starostna struktura specialistov in specializantov psihiatrije (na dan 31. 12. 2007).

4.1.2 Opravljene zdravstvene storitve pri izvajalcih

V zunajbolnišnični dejavnosti so izvajalci na področju duševnega zdravja (specialistična ambulantna dejavnost na sekundarni ravni) v letu 2007 zabeležili 279.502 prvih in ponovnih obiskov. Stopnja obiskov (število obiskov na 1000 prebivalcev določene regije) je bila najvišja v Obalno-kraški in Osrednjeslovenski regiji (170,65 oz. 165,04), najnižja pa v Koroški regiji in Jugovzhodni Sloveniji (47,51 oz. 88,95).

V bolnišnični dejavnosti so v letu 2006 izvajalci (psihiatrične bolnišnice Begunje, Idrija, Ormož in Vojnik, Splošna bolnišnica Maribor in Psihiatrična klinika Ljubljana) zabeležili 10.072 hospitalizacij, od tega 36 % v Ljubljani. Tabela 36 prikazuje število hospitalizacij po statističnih regijah bivališča in po bolnišnicah. Stopnja hospitalizacije (število hospitalizacij na 1000 prebivalcev določene regije) je bila najvišja v Gorenjski in Notranjsko-kraški regiji (6,35 oz. 6,25), najnižja pa v Spodnjeposavski in Koroški (3,07 oz. 3,16).

Tabela 36. Število hospitalizacij po statistični regiji bivališča in po bolnišnicah v letu 2006.

Statistična regija / bolnišnica	Psihiatrična bolnišnica Begunje	Psihiatrična bolnišnica Ormož	Splošna bolnišnica Maribor	Psihiatrična bolnišnica Idrija	Psihiatrična klinika Ljubljana	Psihiatrična bolnišnica Vojnik	SKUPAJ
Pomurska	0	547	76	4	23	1	651
Podravska	7	500	1053	2	38	15	1615
Koroška	7	2	180	1	10	33	233
Savinjska	11	9	28	8	68	983	1107
Zasavska	2	1	2	0	222	27	254
Spodnjeposavska	3	10	4	1	82	115	215
Jugovzhodna Slovenija	10	1	5	2	451	10	479
Osrednje-slovenska	94	4	9	59	2478	9	2653
Gorenjska	1116	2	1	24	122	3	1268
Notranjsko-kraška	6	0	0	242	72	1	321
Goriška	14	0	1	682	41	0	738
Obalno-kraška	8	0	1	483	46	0	538
SKUPAJ	1278	1076	1360	1508	3653	1197	10072

4.2 Razpoložljivost javne zdravstvene službe za prebivalce

4.2.1 Gravitacijska območja izvajalcev

Gravitacijo hospitaliziranih prebivalcev posameznih statističnih regij k vsem psihiatričnim bolnišnicam prikazujemo v Tabeli 37. Odstotek prebivalcev smo izračunali na podlagi razmerja med številom hospitalizacij v posamezni bolnišnici glede na regijo bolnikovega bivališča in številom vseh hospitalizacij iz iste regije.

Tabela 37. Odstotek hospitaliziranih prebivalcev posameznih statističnih regij, ki gravitirajo k psihiatričnim bolnišnicam v letu 2006.

Statistična regija/ bolnišnica	Psihiatrična bolnišnica Begunje	Psihiatrična bolnišnica Ormož	Splošna bolnišnica Maribor	Psihiatrična bolnišnica Idrija	Psihiatrična klinika Ljubljana	Psihiatrična bolnišnica Vojnik
Pomurska	0,00	84,02	11,67	0,61	3,53	0,15
Podravska	0,43	30,96	65,20	0,12	2,35	0,93
Koroška	3,00	0,86	77,25	0,43	4,29	14,16
Savinjska	0,99	0,81	2,53	0,72	6,14	88,80
Zasavska	0,79	0,39	0,79	0,00	87,40	10,63
Spodnjeposavska	1,40	4,65	1,86	0,47	38,14	53,49
Jugovzhodna Slovenija	2,09	0,21	1,04	0,42	94,15	2,09
Osrednjeslovenska	3,54	0,15	0,34	2,22	93,40	0,34
Gorenjska	88,01	0,16	0,08	1,89	9,62	0,24
Notranjsko-kraška	1,87	0,00	0,00	75,39	22,43	0,31
Goriška	1,90	0,00	0,14	92,41	5,56	0,00
Obalno-kraška	1,49	0,00	0,19	89,78	8,55	0,00

Odstotek psihiatričnih bolnikov v posamezni psihiatrični bolnišnici glede na regijo bolnikovega bivališča prikazujemo v Tabeli 38. Odstotek smo izračunali na podlagi razmerja med številom

hospitalizacij v posamezni bolnišnici glede na regijo bolnikovega bivališča in številom vseh hospitalizacij v tej bolnišnici.

Tabela 38. Odstotek hospitalizacij v posameznih bolnišnicah glede na regijo bivališča v letu 2006.

Statistična regija/ bolnišnica	Psihiatrična bolnišnica Begunje	Psihiatrična bolnišnica Ormož	Splošna bolnišnica Maribor	Psihiatrična bolnišnica Idrija	Psihiatrična klinika Ljubljana	Psihiatrična bolnišnica Vojnik
Pomurska	0,00	50,84	5,59	0,27	0,63	0,08
Podravska	0,55	46,47	77,43	0,13	1,04	1,25
Koroška	0,55	0,19	13,24	0,07	0,27	2,76
Savinjska	0,86	0,84	2,06	0,53	1,86	82,12
Zasavska	0,16	0,09	0,15	0,00	6,08	2,26
Spodnjeposavska	0,23	0,93	0,29	0,07	2,24	9,61
Jugovzhodna Slovenija	0,78	0,09	0,37	0,13	12,35	0,84
Osrednjeslovenska	7,36	0,37	0,66	3,91	67,83	0,75
Gorenjska	87,32	0,19	0,07	1,59	3,34	0,25
Notranjsko-kraška	0,47	0,00	0,00	16,05	1,97	0,08
Goriška	1,10	0,00	0,07	45,23	1,12	0,00
Obalno-kraška	0,63	0,00	0,07	32,03	1,26	0,00

4.3 Zaključek

Mreža javne zdravstvene službe na področju duševnega zdravja je, vsaj na deklarativni ravni, dostopna vsem prebivalcem Slovenije. Vendar je v mreži značilna neenakomerna razporeditev izvajalcev (zdravstvenih zavodov in zasebnih ambulant) in zdravstvenih delavcev. Več kot 85 % vseh zdravstvenih delavcev (79 % vseh psihiatrov) je namreč zaposlenih na območju šestih upravnih enot (Idrija, Radovljica, Ljubljana, Celje, Maribor, Ormož), v katerih se nahajajo psihiatrične bolnišnice oziroma klinika. Ugotavljali smo tudi precejšnje razlike v stopnjah obiskov in hospitalizacij po regijah. Pri hospitalizacijah z nizko stopnjo izstopajo Spodnjeposavska in Koroška regija ter Jugovzhodna Slovenija. Pri zunajbolnišničnih obiskih smo nizko stopnjo opazovali v Koroški in Pomurski regije ter Jugovzhodni Sloveniji. Te razlike verjetno niso le posledica razlik v zbolewnosti, temveč bi jih lahko pripisali tudi razlikam v dostopnosti do zdravstvenih storitev. Morda je vzrok teh razlik tudi v različnem odnosu prebivalcev do stigme duševnih motenj. Pri načrtovanju in upravljanju mreže javne zdravstvene službe na področju duševnega zdravja bomo v prihodnosti morali upoštevati tudi zgornje vidike, predvsem z namenom zagotavljanja enakih možnosti prebivalcev.

Viri:

- (1) Lovrečič M. idr. (2007): Report on the Drug Situation in 2007 of the Republic of Slovenia. Ljubljana: IVZ RS.

5.0 PREGLED NEVLADNIH ORGANIZACIJ S PODROČJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Maja Zorko, Helena Jeriček Klanšček

5.1 Izhodišča in dosedanje stanje

Mrežo izvajalcev, ki izvajajo programe in storitve za duševno zdravje, sestavljajo tudi nevladne organizacije s področja duševnega zdravja. Nevladne organizacije so pričele z delom v zgodnjih devetdesetih letih prejšnjega stoletja in so sedaj najpomembnejše nosilke dejavnosti na področju duševnega zdravja v skupnosti. V njihovem okviru potekajo programi svetovalnih pisarn, dnevnih centrov, stanovanjskih skupnosti, zagovorništva in drugih dejavnosti.

Pri oblikovanju baze nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja smo izhajali iz definicije duševnega zdravja, ki jo podaja Svetovna zdravstvena organizacija in ki smo jo omenjali že v uvodu in pravi, da je duševno zdravje »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela in prispeva v svojo skupnost«. Duševno zdravje je širok koncept, ki vključuje tako pozitivno duševno zdravje (občutek dobrega počutja, optimizem, pozitivno samopodobo, občutek moči in sposobnost soočanja s težavami) kot negativno duševno zdravje, npr. duševne bolezni in odvisnosti.

V Sloveniji nimamo baze ali registra nevladnih organizacij, ki delujejo na področju zdravja oz. duševnega zdravja. Obstaja pa nekaj dokumentov in baz, ki v skladu s svojimi pogoji in nameni delovanja opredeljujejo in povzemajo delo nevladnih organizacij. Takšna dokumenta sta npr. Razvid humanitarnih organizacij Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve, v katerem je 47 društev s področja dobrodelnosti in samopomoči, in evidenca društev v javnem interesu na področju zdravja na Ministrstvu za zdravje. Zato je bil naš namen podati osnovo za oblikovanje baze nevladnih organizacij. V nadaljevanju bomo opisali postopek oblikovanja baze nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja, vključno z viri, ki smo jih pri tem uporabili ter, vključitvenimi in izključitvenimi kriteriji. Prikazali bomo tudi, kako smo organizacije razvrščali, in podali osnovne ugotovitve.

5.2 Postopek oblikovanja baze nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja

5.2.1 Viri

Pri oblikovanju baze nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja smo izhajali iz naslednjih virov:

a) Svetovni splet (iskalniki: Najdi.si, Google; iskalni pojmi na internetu: duševno zdravje, alkohol, kam po pomoč, stiska/stiski; spletne strani Ministrstva za zdravje, Ministrstva za šolstvo in šport, ter Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve).

b) Obstoječe brošure vladnih in nevladnih organizacij o tem, kam po pomoč:

- Kam po informacije in pomoč, kadar se soočimo z drogo – Koordinacija Lokalnih Akcijskih Skupin (LAS) Savinjske regije pri Zavodu za zdravstveno varstvo Celje (s svetovnega spleta²⁹ pridobljeno 20. 08. 2008),
- Dernovšek, M. Z., Tavčar, R., Dobnik, B., Hrast, I., Smrdu, M. in Arnautovska, U. (2007): Kam in kako po pomoč v duševni stiski. Maribor: Društvo Ozara Slovenija Nacionalno združenje za kakovost življenja, Izobraževalno raziskovalni Inštitut Ljubljana in Posvet – Center za psihološko svetovanje,
- Dernovšek, M. Z., Oreški, S., Hrast, I. (2008): Kam in kako po pomoč v duševni stiski. Maribor: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozara Ljubljana.

c) Obstoječi sezname:

- Ministrstva za zdravje:

- Evidenca društev, ki so pridobila status društva, ki deluje v javnem interesu na področju zdravstvenega varstva³⁰
- Seznam lokalnih akcijskih skupin³¹
- Seznam financiranih programov na Javnem razpisu za sofinanciranje programov varovanja in krepitve zdravja v letu 2008, objavljen v Uradnem listu RS, št. 5/2008 dne 18. 1. 2008

- Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve:

- Register humanitarnih organizacij: Razvid humanitarnih organizacij, splošnih dobrodelnih organizacij in organizacij za samopomoč (februar 2008; s svetovnega spleta³² pridobljeno 11. 8. 2008)
- Seznam varnih hiš, zavetišč, zatočišč, kriznih centrov (svetovnega spleta³³ pridobljeno 11. 08. 2008)
- Seznam večletnih sofinanciranih programov - Programov socialne rehabilitacije zasvojenih, ki jih sofinancira Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (s svetovnega spleta³⁴ pridobljeno 11. 8. 2008)
- Seznam ustanov (s svetovnega spleta³⁵ pridobljeno 13. 8. 2008)
- Seznam društev, ki delujejo v javnem interesu na področju sociale (s svetovnega spleta³⁶ pridobljeno 11. 8. 2008)

- Ministrstva za notranje zadeve:

- Register društev RS (s svetovnega spleta³⁷ pridobljeno 12. 8. 2008). Register opredeljuje dejavnosti društev v skladu s Pravilnikom o vsebini, obliki in načinu vodenja registra društev, registra podružnic tujih društev in evidence društev v javnem interesu (Ur. l. RS, št. 5/2007), ki društva glede dejavnosti razvršča v različne podskupine. Pri obdelavi podatkov smo podrobneje obdelali naslednji podskupini: društva za pomoč ljudem in

²⁹ <http://www.zzv-ce.si/uploads/brosura-las%202007.pdf>

³⁰ Posredovala Ranzinger Mirjana, MZ, dne 22. 8. 2008.

³¹ Posredovala Lidija Kristančič in Matej Košir, MZ, dne 12. 8. 2008.

³² http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/humanitarne_organizacije/

³³ http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/programi_socialnega_varstva/varne_hise_zavetisca_zatocisca_in_materinski_domovi_ter_drugi_programi_s_podrocja_preprecevanja_nasilja/

³⁴ http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/programi_socialnega_varstva/seznam_sofinanciranih_vecletnih_programov/

³⁵ http://www.mnz.gov.si/si/pogosto_iskane_vsebine/dunz/drustva_politicne_stranke_ustanove_javne_prireditve_volitve/

³⁶ http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/drustva_v_javnem_interesu/

³⁷ http://www.mnz.gov.si/si/pogosto_iskane_vsebine/dunz/drustva_politicne_stranke_ustanove_javne_prireditve_volitve/

društva za duhovno življenje³⁸. Gre za društva, katerih namen oziroma cilji so promocija zdravja, spodbujanje večje kakovosti življenja, pomoč ljudem v stiski, invalidnosti, bolezni, zasvojenosti in podobno.

- Seznam Klubov zdravljenih alkoholikov³⁹

- Seznam nevladnih organizacij, ki ga na svojih straneh objavlja TOM telefon⁴⁰

d) Sklep o objavi seznama upravičencev do donacij v letu 2008 (Ur. l. RS, št. 77 z dne 28. 7. 2008)

5.2.2 Vključitveni oz. izključitveni kriteriji

Za oblikovanje baze na področju duševnega zdravja so poleg definicije duševnega zdravja pomembni tudi kriteriji, po katerih bomo nevladne organizacije vključevali v bazo. Zato smo iz vseh zgoraj omenjenih seznamov in naslovov društev, ki jih je bilo skupaj z vsemi podvojitvami 4606, na podlagi določenih kriterijev izločili društva, ki ne sodijo na področje duševnega zdravja, pri čemer duševno zdravje poleg duševnih motenj zajema tudi tvegano in škodljivo rabo alkohola in drugih psihoaktivnih snovi ter preprečevanje nastanka duševnih bolezni in promocijo pozitivnega duševnega zdravja.

Izhajali smo iz zgoraj opisanih definicij in iz baze izključili organizacije, katerih primarno področje ni duševno zdravje, kar pomeni, da smo izločili vse organizacije, katerih primarni namen je:

- je religiozni ali duhovni (muslimanske in katoliške organizacije, gibanje za zavest Krišna, jogijske centre ...),
- socialno materialna pomoč (Karitas, RK ...),
- pomoč določenim ranljivim skupinam (mladim (mladinski centri), brezdomcem, invalidom, osebam s cerebralno paralizo ...),
- spodbujanje gibanja,
- druge aktivnosti.

Omenjene organizacije smo izključili, zavedati pa se moramo, da je možno, da te organizacije kot svojo sekundarno dejavnost opravljajo tudi preventivno in promocijsko dejavnost v smislu krepitve in varovanja duševnega zdravja.

Prva izločitev je bila narejena na podlagi imena organizacije in morebitnega opisa, pri čemer se je baza zmanjšala na 713 akterjev, drugi krog izločanja je bil opravljen po iskanju organizacij na svetovnem spletu, kjer se je pokazalo, da nekatere ne sodijo v to področje. S tem se je seznam zmanjšal na 525 organizacij. V primeru nevladnih organizacij, ki imajo več enot (npr. Šent), smo v analizi vsako enoto, ki je registrirana in ima svojo matično številko, upoštevali kot posebno entiteto.

Preverili smo tudi, ali je organizacija aktivna. Kot aktivno smo definirali organizacijo, ki je registrirana in je pri Agenciji Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve (AJPES)

³⁸ Podatke nam je posredovala Andreja Težak dne 1. 9. 2008. Podatki o društvi kažejo na stanje dne 19. 5. 2008. Stanje s kasnejšim datumom ni na voljo, saj je v pripravi novo podatkovno skladišče o delovanju društev, ki pa še ni na voljo.

³⁹ Seznam nam je posredovala predsednica društva Žarek upanja Nataša Sorko dne 18. 8. 2008.

⁴⁰ Pridobljeno dne 28. 8. 2008 s svetovnega spleta http://www.e-tom.si/strokovnjaki_in_svetovalci/kam_po_pomoc/nevladne_organizacije_za_podrocje_odvisnosti

predložila poročilo za leto 2007. Te podatke smo preverili pri AJPES-u⁴¹ in ugotovili, da je letno poročilo 2007 oddalo 306 organizacij, pri čemer 102 organizaciji poročila nista oddali, za 117 pa nismo našli podatka o matični številki. Poleg tega smo ugotovili, da so med organizacijami, ki poročila na AJPES niso oddale, tudi take (npr. Lokalne akcijske skupine), za katere vemo, da so aktivne, a poročilo oddajajo drugim institucijam (npr. občinam) in ne AJPES-u.

V končno analizo smo vključili organizacije, ki so AJPES-u oddale poročilo za leto 2007 in za katere smo, bodisi iz vprašalnika bodisi iz iskanja po spletnih straneh, našli informacije o njihovem področju dela in dejavnosti. V končnem izboru je tako ostalo 171 organizacij, za 135 organizacij pa podatkov na svetovnem spletu nismo našli.

5.2.3 Razvrščanje organizacij glede na področja dela in dejavnosti

Ko smo bazo oblikovali, smo vsako organizacijo poiskali na svetovnem spletu in preverili njeno področje dela in dejavnost. Poleg tega smo organizacijam poslali vprašalnik, v katerem sta nas zanimali njihova dejavnost in področje dela. Vprašalnik je vrnilo 63 organizacij, pri teh smo podatke z interneta dopolnili s tistimi iz vprašalnika, pri ostalih pa analiza temelji samo na podatkih iz svetovnega spleta.

Za šifriranje smo uporabili naslednji šifrant za področje dela in dejavnosti:

Področje dela:

- pomoč ženskam
- nasilje v družini
- pomoč žrtvam kaznivih dejanj
- pomoč osebam z odvisnostjo od psihoaktivnih snovi (PAS)
 - alkohol
 - tobak
 - ostale psihoaktivne snovi
- pomoč osebam z duševno boleznijo
 - motnje hranjenja
 - depresija
 - samomorilno vedenje
 - anksiozne motnje
 - ostale duševne bolezni (npr. shizofrenija, psihoze ...)
- promocija in preventiva duševnega zdravja
- pomoč starejšim občanom, dnevna oskrba starejših
- otroci in mladostniki

Dejavnost:

- dnevni centri/zavetišča
- stanovanjske skupnosti
- svetovanje (*klasično, internetno, telefonsko*)
- predavanja
- delavnice
- skupine za samopomoč

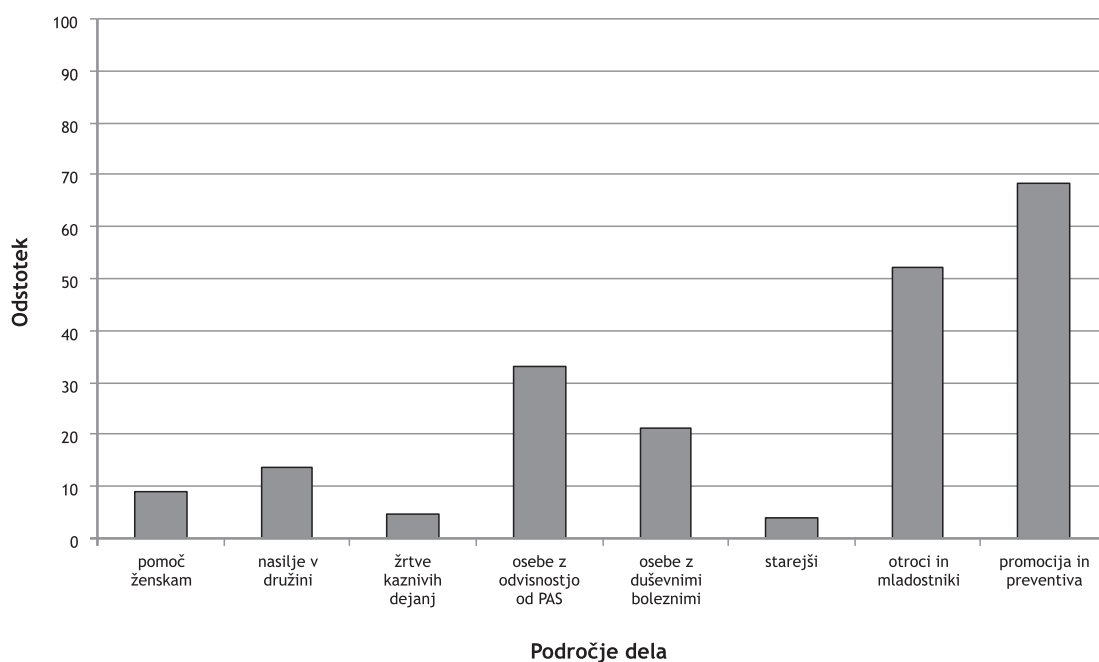
⁴¹ Pri tem smo uporabili tudi aplikacijo iPRS, ki je dostopna na www.ajpes.si.

Nevladne organizacije se (lahko) ukvarjajo z različnimi področji dela in tudi z različnimi dejavnostmi.

5.3 ANALIZA PODATKOV

5.3.1 Področje dela

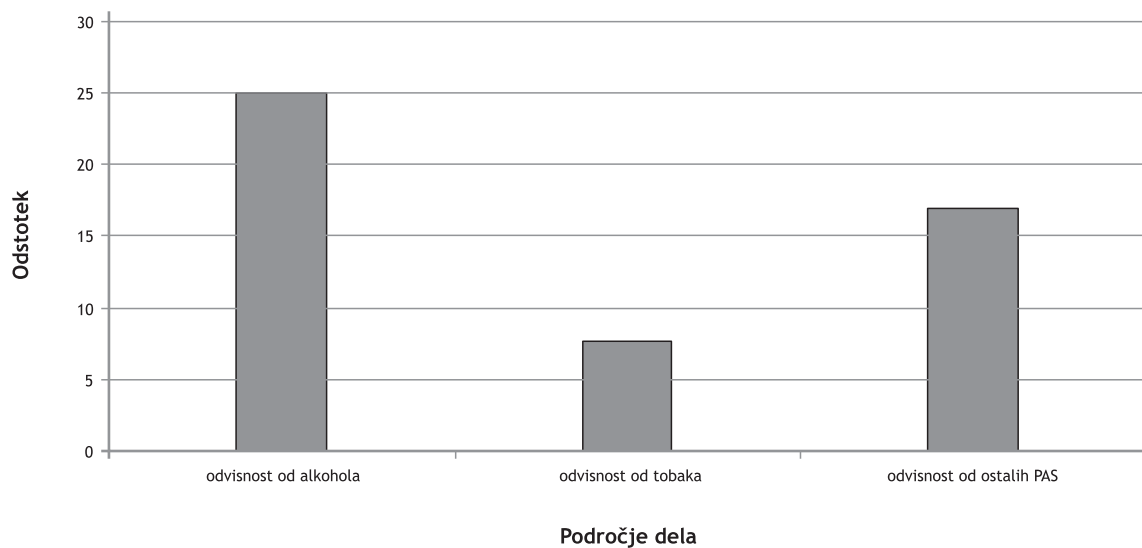
Analiza 171 nevladnih organizacij glede področij dela (Slika 34) je pokazala, da se tretjina (33 %) vseh nevladnih organizacij ukvarja z vsaj enim področjem odvisnosti od psihoaktivnih snovi (alkohol in/ali tobak in/ali druge psihoaktivne snovi), nekoliko manj (21 %) pa je tistih organizacij, ki se ukvarjajo z duševnimi motnjami v ožjem smislu (to so depresija, anksioznost, motnje hranjenja, samomor in druge duševne motnje). Organizacij, ki se ukvarja z nasiljem v družini, je 14 %, 5 % jih nudi pomoč žrtvam kaznivih dejanj. Pomoč ženskam izvaja 9 % organizacij, pomoč starejšim pa le 4 %, kar je glede na povečevanje števila starejših in veliko prevalenco duševnih težav med njimi izredno malo. Nekoliko več kot polovica (52 %) organizacij poroča, da so njihove vsebine namenjene tudi otrokom in mladostnikom, medtem ko večina organizacij (68 %) pravi, da se na omenjenih področjih poleg osnovnih aktivnosti ukvarjajo tudi s promocijo in preventivo duševnega zdravja.



Slika 34. Odstotek nevladnih organizacij glede na področja dela.

Odvisnosti

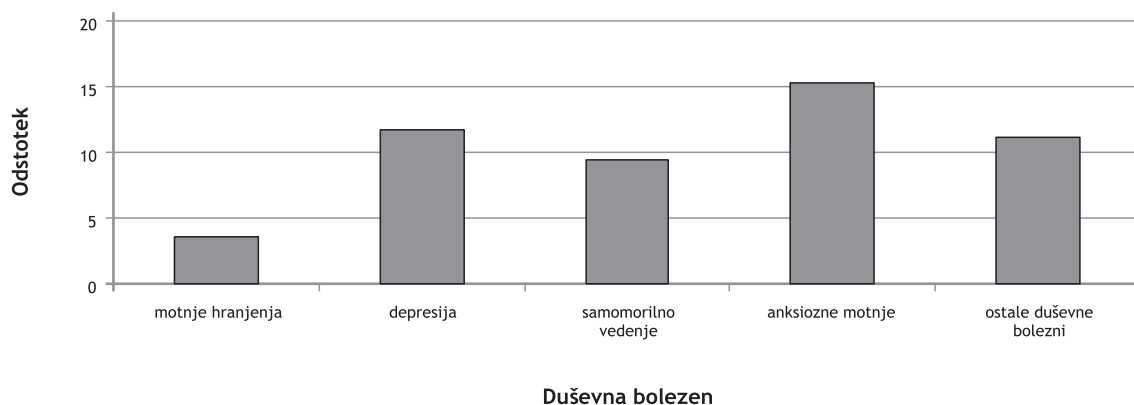
Področje odvisnosti smo razdelili na tri področja, in sicer odvisnost od alkohola, tobaka in drugih psihoaktivnih snovi. Analiza je pokazala (Slika 35), da je med vsemi nevladnimi organizacijami ($N = 171$) največ takih, ki se ukvarjajo z odvisnostjo od alkohola (25 %), sledijo organizacije, ki se ukvarjajo z odvisnostmi od drugih psihoaktivnih snovi (17 %), najmanj (8 %) pa je organizacij, ki se ukvarjajo z odvisnostjo od tobaka.



Slika 35. Odstotek nevladnih organizacij, ki se ukvarjajo s področjem odvisnosti, po različnih oblikah odvisnosti.

Duševne bolezni

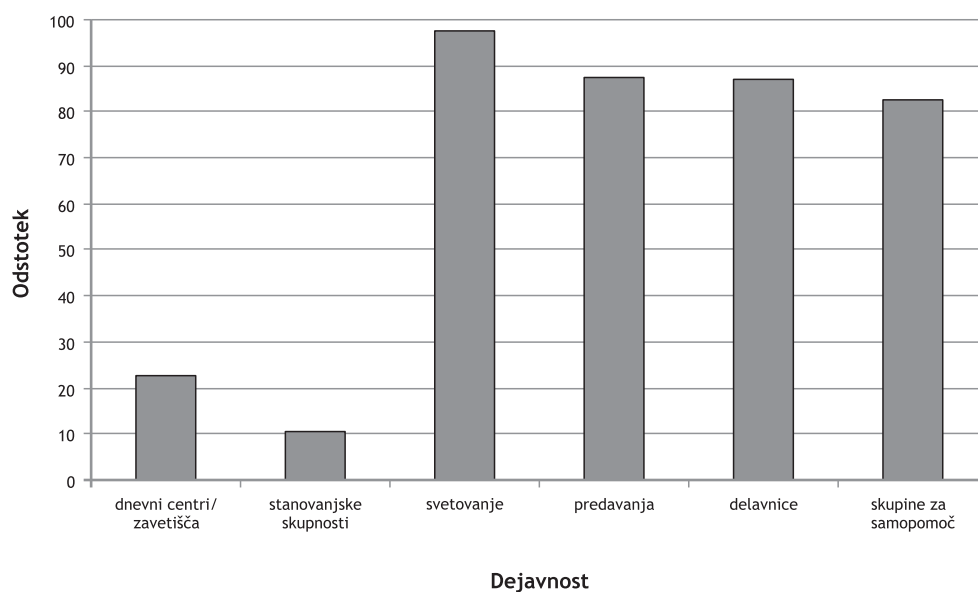
Od vseh nevladnih organizacij ($N = 171$) je najmanj takih, ki se ukvarjajo z motnjami hranjenja, in sicer le 4 %, 15 % se jih ukvarja z anksioznimi motnjami, sledijo depresija in ostale duševne bolezni (oboje po 11 %), kot so shizofrenija in psihoze, 9 % organizacij se ukvarja s samomorilnim vedenjem (Slika 36).



Slika 36. Odstotek nevladnih organizacij, ki se ukvarjajo z različnimi duševnimi boleznimi.

5.3.2 Dejavnost oz. vrsta programa nevladnih organizacij

Večina (od 171) nevladnih organizacij svojim uporabnikom in uporabnicam nudi delavnice (87 %), predavanja (88 %) in svetovanje (97 %) (klasično in/ali internetno in/ali telefonsko). Kar 83 % organizacij ima skupine za samopomoč, 23 % jih ima dnevne centre oz. zatočišča in skoraj 11 % organizacij ima stanovanjske skupnosti (Slika 37).



Slika 37. Odstotek nevladnih organizacij glede na dejavnost, ki jo opravljajo.

5.4 Zaključek

V Sloveniji do sedaj še ni bilo narejenega pregleda nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja, in je to prvi korak v tej smeri. Glavne težave, na katere smo pri tem naleteli, so:

- kako definirati nevladno organizacijo s področja duševnega zdravja; kdo jo definira (društvo samo, ministrstvo) in na podlagi kakšnih kriterijev (ime, področje primarnega ali sekundarnega delovanja),
- kako definirati področje duševnega zdravja (se omejiti le na duševne motnje ali vključiti tudi odvisnosti, motnje hranjenja, pozitivno duševno zdravje in promocijo itd.),
- katere nevladne organizacije vključiti v bazo (vse registrirane ali vse, ki so oddale letno poročilo, itd. ...),
- kako priti do podatkov o vseh nevladnih organizacijah s področja duševnega zdravja pri nas,
- kako preveriti kakovost dela nevladne organizacije,
- kako spremljati delovanje nevladne organizacije,
- ali naj se oblikuje baza nevladnih organizacij, kdo naj zanjo skrbi in kaj naj se v njej spremlja.

Zelo dragocen podatek bi bil tudi, v katerih krajih delujejo nevladne organizacije in kako dopolnjujejo mrežo javne zdravstvene službe na področju duševnega zdravja. V prihodnje bi bilo smiselno razmišljati o usklajenem teritorialnem načrtovanju delovanja nevladnih organizacij in javne zdravstvene mreže z namenom, da bi zapolnili vrzeli oz. neenakomerno teritorialno pokritost z javnimi zdravstvenimi službami. S tem bi vsaj malo prispevali k načelu večje enakosti in enake dostopnosti.

Koristno bi bilo nadaljevati spremljanje in podpiranje delovanja nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja in si prizadevati za večjo transparentnost in kakovost njihovega dela.

6.0 SKLEPNE UGOTOVITVE

Helena Jeriček Klanšček, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Maja Zorko

V zaključku bomo podali splošne ugotovitve, ki izhajajo iz naših izkušenj ter sodelovanja z ministrstvi in uporabniki, in ugotovitve, ki izhajajo neposredno iz analize stanja. Na osnovi slednjih bomo podali predlog prioriternih področij, pri čemer smo upoštevali: nacionalni pomen, interdisciplinarnost, obseg vseh skupin prebivalstva, ki imajo težave z duševnim zdravjem in vse službe, ki so udeležene pri nudenju pomoči na področju duševnega zdravja. Izhajali smo iz navedenih mednarodnih dokumentov in ključnih ugotovitev o duševnem zdravju v Sloveniji. Na koncu bomo predstavili še omejitve pregleda ter nekaj smernic in razmišljanj za naprej.

6.1 Splošne ugotovitve, ki izhajajo iz širše analize

- Duševno zdravje ima v Sloveniji še vedno nizko prioriteto.
- Duševne bolezni so v Sloveniji še vedno stigmatizirane, ljudje s težavami v duševnem zdravju pa so dostikrat diskriminirani in socialno izključeni.
- Nimamo izdelanega pregleda vpliva javnih politik na duševno zdravje in obratno.
- Premalo je medsektorskega povezovanja in sodelovanja.
- Potrebna je uskladitev nacionalnih in mednarodnih kazalcev za duševno zdravje.
- Nezadostna razvitost raziskovanja – manjka epidemioloških študij in raziskav socialnoekonomskih vplivov.
- Nezadostna sredstva, ki so v okviru proračuna dodeljena varovanju duševnega zdravja.
- Nezadostno razvit informacijski sistem za registracijo in spremljanje duševnih motenj.
- Zdravstveni delavci na ravni primarnega varstva še vedno nimajo dovolj znanja in veščin s področja psihiatrije in varovanja duševnega zdravja, saj je pridobivanje teh veščin prepuščeno njihovemu interesu. Zaradi tega obstaja večja verjetnost neprepoznavanja duševnih motenj ali napačnega diagnosticiranja.
- Sodelovanje in komuniciranje med psihiatričnimi institucijami in institucijami socialnega varstva, ki je nujno za ustrezne rešitve glede nastanitve, obravnave in stalne nege duševno bolnih ljudi, ni zmeraj najboljše.
- Izobraževanje zdravstvenih delavcev ni popolnoma v skladu s potrebami sodobnega varovanja duševnega zdravja in z načeli preventive in izboljšanja duševnega zdravja.
- Nujno je oblikovanje interdisciplinarnih in multidisciplinarnih timov, ki so usposobljeni za celovito obravnavo.
- Službe, ki skrbijo za duševno zdravje, morajo razviti postopke za izboljšanje kakovosti svojega dela in vgraditi mehanizme nadzora kakovosti dela.
- Pri kadrih na posebej odgovornih in obremenjujočih delovnih mestih obstaja tveganje za sindrom izgorelosti, zato ga je treba preprečevati.
- Uporabniki morajo biti vključeni v proces varovanja duševnega zdravja, zdravljenja in rehabilitacije.
- Ranljive skupine morajo imeti prednost pri načrtovanju in organiziranosti služb, pri razvoju politik in programov pa je treba posebno pozornost nameniti determinantam neenakosti na področju duševnega zdravja.
- Posebno pozornost je treba nameniti družinam in ženskam v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja.
- Potrebne so aktivnosti tudi za promocijo duševnega zdravja v delovnem okolju.
- Programi za duševno zdravje morajo vključevati preventivne aktivnosti in aktivnosti za izboljšanje duševnega zdravja.

- Večina duševnih motenj zahteva hitro in takojšnjo uporabo rehabilitacijskih postopkov. Rehabilitacija mora povečati kompetentnost bolnika in mu omogočiti reintegracijo v skupnost.

6.2 Ugotovitve, ki sledijo iz pregleda stanja

6.2.1 Ugotovitve glede organiziranosti in delovanja javne zdravstvene službe in nevladnih organizacij

- Teritorialna pokritost s psihiatričnimi službami je neenakomerna.
- Mreža izvajalcev, ki izvajajo programe in storitve za duševno zdravje, ni vsem enako dostopna; zdravstveni delavci so v mreži izrazito neenakomerno porazdeljeni.
- Služb za duševno zdravje v lokalni skupnosti in drugih nestacionarnih psihiatričnih služb v skupnosti (službe za rehabilitacijo) ni ali pa jih je premalo.
- Nevladne organizacije imajo različne psihosocialne programe, ki so pomemben del preventivnih in promocijskih aktivnosti.
- Koordinacija psihosocialnih programov različnih nevladnih organizacij je pomanjkljiva.
- Ni registra nevladnih organizacij in ustreznega vrednotenja njihovih programov.
- Pomankljivo sodelovanje med nevladnimi in vladnimi ustanovami ter združenji s tega področja.

6.2.2 Ugotovitve glede glavnih značilnosti duševnega zdravja – duševnih motenj in zapletov ter skupin prebivalstva

- Slovenija ima enega najvišjih količnikov samomora v EU.
- Duševne in vedenjske motenje so vzrok za več kot četrtnino vseh obravnavanih invalidnosti v I. kategoriji, ki pomeni popolno upokojitev.
- V letu 2006 je bilo 9 % vseh izdanih ambulantno predpisanih receptov namenjenih zdravilom za zdravljenje duševnih motenj.
- Od vseh dni bolniškega staleža skupaj (zaradi vseh bolezni, poškodb in zastrupitev) jih je bilo leta 2006 kar 6, 8 % zaradi duševnih motenj.
- Odstotek bolnišničnih dni je med vsemi bolezenskimi stanji najvišji (19 %) pri duševnih in vedenjskih motnjah.
- Stopnja duševnih težav je pri ženskah v primerjavi z moškimi višja.
- Najpogostejši motnji med prebivalstvom sta depresija in anksioznost.
- Škodljiva raba alkohola je v Sloveniji pomemben javno zdravstveni problem.
- Otroci in starejši so posebej ranljivi skupini, ki jim je treba posvetiti posebno pozornost in za katere so potrebni dodatni programi.
- Kažejo se neenakosti po spolu in starosti.

6.3 Prioritetna področja delovanja v prihodnje

Na podlagi vsega zapisanega predlagamo 7 prioriternih področij delovanja prihodnje:

- **Zmanjševanje in odpravljanje stigmatizacije, diskriminacije in socialne izključenosti**

Zavzemamo se za aktivnosti in programe, ki so usmerjeni v ozaveščanje, izobraževanje in posledično v destigmatiziranje duševnih težav in tudi oseb z duševnimi motnjami. Spodbujati je treba vključevanje ljudi z duševnimi motnjami v skupnosti, šole, delovne in druge organizacije; izboljšati njihov dostop do ustreznega usposabljanja, izobraževanja in zaposlovanja. Vključiti moramo posameznike z duševnimi težavami in njihove svojce v proces ustvarjanja politik in ukrepov na področju duševnega zdravja.

- **Posebna skrb za duševno zdravje otrok in mladih**

Otroci (0–14) in mladi (15–24 let) so posebno ranljiva skupina populacije. Treba je razviti programe, intervencije in oblike pomoči, ki bodo vključene v vzgojno-izobraževalni sistem od vrtca do univerze; spodbujati vključevanje izobraževanja o socialnih in čustvenih spretnostih v dejavnosti znotraj in zunaj učnega načrta v vrtcih, šolah in na univerzah; uvajati programe za preprečevanje zlorab, trpinčenja, nasilja nad mladimi, socialne izključenosti; spodbujati vključevanje mladih v izobraževanje, kulturo, šport in zaposlovanje. Posebna skrb in izobraževalni programi morajo biti namenjeni tudi staršem in bodočim staršem. Spodbujati moramo izobraževanja o duševnem zdravju otrok in mladih za strokovnjake na področju zdravja, izobraževanja, dela z mladimi in iz drugih relevantnih sektorjev. Oblikovati je treba time strokovnjakov, namenjene otrokom in mladim, ter povečati preventivni in terapevtski potencial primarnega zdravstvenega varstva.

- **Posebna skrb za duševno zdravje starejših**

Število starejših iz leta v leto narašča in tudi število duševnih težav med njimi, zato je potreben razvoj služb, ki skrbijo za ohranjanje duševnega zdravja starejših in za preprečevanje bolezni. Spodbujati moramo aktivno vključevanje starejših v skupnost in razvoj fleksibilnih načinov upokojevanja, ki starejšim omogočajo daljšo vključenost v delo ter pripraviti ukrepe za spodbujanje duševnega zdravja in dobrega počutja pri starejših (tistih, ki bivajo v domačem okolju in tistih v skupnostih in institucijah).

- **Posebna skrb za duševno zdravje aktivne populacije, s posebnim poudarkom na delovnem okolju in delovnem mestu**

Vpeljati je treba odraslim namenjen programe skrbi za duševno zdravje in dobro počutje ter preventivne programe za preprečevanje stresa, nasilnega vedenja in uporabe psihoaktivnih snovi tudi na delovno mesto. Izboljšati moramo organizacijo dela, organizacijsko kulturo in postopke vodenja v smislu spodbujanja dobrega počutja na delovnem mestu, vključno z usklajevanjem dela z družinskim življenjem posameznika. Pripraviti moramo ukrepe za ohranjanje delovnega mesta in ponovnega vključevanja (rehabilitacije) ljudi s težavami v duševnem zdravju.

- **Spodbujanje in promocija duševnega zdravja in posameznikovega dobrega počutja ter boj proti dejavnikom, odgovornih za nastanek duševnih bolezni**

Promocija pozitivnega duševnega zdravja in posameznikovega dobrega počutja je ključni varovalni dejavnik proti nastanku duševnih bolezni, zato je treba spodbujati in podpirati preventivne in promocijske programe, ki morajo biti ustrezno načrtovani, implementirani in ovrednoteni. Posebna pozornost naj bo namenjena determinantam neenakosti na področju duševnega zdravja in zmanjševanju njihovih negativnih vplivov.

- **Preprečevanje samomora, depresije in anksioznosti**

Izboljšati moramo znanje in osveščenost na področju preprečevanja samomora, depresije in anksioznosti pri splošni populaciji, zdravstvenih strokovnjakih in drugih ključnih akterjih v socialnem in drugih sektorjih. Spodbujati moramo zgodnje prepoznavanje znakov duševnih težav pri posamezniku in pri rizičnih populacijah ter nuditi preventivne, psihoterapevtske in svetovalne oblike pomoči, pa tudi zagotoviti podporne mehanizme za posameznike z depresijo, anksioznostjo in tiste, ki so poskušali narediti samomor in njihove svojce.

- **Zagotavljanje učinkovitih in celovitih storitev osebam z duševnimi motnjami ter njihovo vključevanje v proces zdravljenja ter rehabilitacije**

Osebam z duševnimi motnjami je treba zagotoviti enakopraven dostop do storitev, ki so hitre, učinkovite, celovite in namenjene specifičnim problemom uporabnikov ter povečujejo njihovo kompetentnost uporabnika in jim omogočajo reintegracijo v skupnost. Te osebe je treba vključevati v vse faze od načrtovanja in priprave do izvedbe zdravljenja ter rehabilitacije. Povečati je potrebno število samopomočnih skupin za osebe z določenimi duševnimi težavami in jih razširiti v vse slovenske regije.

6.4 Omejitve in smernice za naprej

V zgornjih poglavjih smo podali splošne ugotovitve, ki izhajajo iz našega dela, analiz, izkušenj in pogovorov z uporabniki. Poleg tega smo povzeli ključne ugotovitve, ki izhajajo iz pregleda stanja, pri katerem pa nismo poglobljeno analizirali vseh vidikov duševnega zdravja oz. nismo spremljali podatkov za več let. Osredotočili smo se predvsem na podatke o boleznih, manj pa na pozitivne vidike duševnega zdravja. Dragoceno bi bilo tudi povezovanje različnih podatkov in primerjanje z mednarodnimi, kar pa bi že preseгло namene tega prikaza.

Omenili smo, da je v Sloveniji premalo medsektorskega sodelovanja, nismo pa podali rešitev. Ocenjujemo, da je natančna opredelitev vloge različnih sektorjev in podpornih okolij na področju duševnega zdravja ena ključnih prioritet Slovenije v naslednjih letih, saj zdravje nastaja v kontekstu vsakodnevnega življenja tam, kjer ljudje živijo, se imajo radi, se igrajo in delajo (Ottawska listina, 1). Zdravje torej ne nastaja samo v zdravstvenem sektorju, ampak tudi v vseh drugih sektorjih in je plod delovanja različnih akterjev v družbi. V središču pristopa »zdravje v vseh politikah« je torej raziskovanje determinant zdravja v okviru politik različnih sektorjev, ki lahko vplivajo na izboljšanje zdravja v populaciji, so pa izven vpliva zdravstvenega sektorja.

Na področju javnega zdravja lahko znotraj zdravstvenega sektorja prispevamo k razvoju pristopov »zdravja v vseh politikah« z zmanjšano medikalizacijo obravnave različnih vprašanj in z razvojem delovanja na podlagi izhodišč salutogeneze (delovanje za povečevanje zdravja populacije), v nasprotju s tradicionalnim pristopom, ki je izhajal pretežno iz patogeneze (osredotočen je bil predvsem na dejavnike, ki povzročajo bolezni in poškodbe). Vsak posameznik

naj bi namreč na teoretičnem razponu od zdravja do bolezni v času stal na točki, ki je posledica dinamičnih interakcij tega posameznika z njegovim socio-ekonomskim, socio-kulturnim, ekološkim in političnim okoljem. Opisane dimenzije so še posebej pomembne pri duševnem zdravju, ki se kot rdeča nit prepleta skozi različne determinante zdravja in jih povezuje.

Integracija duševnega zdravja v druge politike zahteva naslednje predpogoje:

- dobro strokovno osnovo, temelječo na znanstvenih informacijah – v Sloveniji dobre strokovne osnove, temelječe tudi na lastnem znanstvenoraziskovalnem delu, imamo, potrebno je vzdrževanje in nadaljnje širjenje strokovne baze,
- kadre z dobrim znanjem na področju javnega zdravja, kar se navezuje na zgornjo alinejo,
- dobro poznavanje delovanja političnega sistema in političnega odločanja ter osvojene pogajalske veščine, za kar bi bilo treba dodatno izobraziti kadre, ki delajo na področju duševnega zdravja,
- medsektorsko in interdisciplinarno sodelovanje in povezovanje na različnih nivojih (nacionalni, regionalni in lokalni), ki naj ga koordinirajo za to usposobljeni kadri s področja javnega (duševnega) zdravja.

Za dobro duševno zdravje populacije je odločilno delovanje številnih sektorjev (zdravstveni, šolski, socialni, okoljski, gospodarski, prometni, kulturni, pravosodni, finančni ...), v prvi vrsti tistih, ki odločajo o socialnih transferjih in vladnih programih vzgoje in izobraževanja. Tako je na primer Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (MDDSZ) koordiniralo pripravo vladnega programa za otroke in mladostnike 2006–2016, v katerem je bil poseben poudarek v več točkah programa dan duševnemu zdravju te populacije. MDDSZ je v duhu »zdravje v vseh politikah« skupaj z Ministrstvom za šolstvo in šport ter Ministrstvom za zdravje v letu 2007 omenjenga vladnega programa.

Pomembno področje, ki se mu bo v naslednjih letih treba posvetiti so tudi neenakosti v duševnem zdravju. Zaradi pogojev, v katerih ljudje odraščajo, živijo, delajo in se starajo, ter zaradi zdravstvenega sistema (in njegove dostopnosti), ki jim je na voljo, nastajajo med ljudmi različnega socialno-ekonomskega statusa in izobrazbe pomembne razlike tudi v duševnem zdravju. Na področjih, kjer lahko zaznamo razlike v duševnem zdravju, a bi se jim lahko izognili s sistemskimi ukrepi na ravni politik in programov, je prostor za aktivnosti za izboljšanje duševnega zdravja prebivalcev. Na tem področju imamo v Sloveniji številne rezerve, pa tudi primere dobrih praks, iz katerih se lahko učimo. Na ta način bomo vplivali ne le na kakovost življenja prebivalcev z manjšimi strukturnimi in individualnimi možnostmi izbir za zdravje, ampak tudi na socialno, ekonomsko in politično stanje v državi.

Navajamo priporočila Svetovne zdravstvene organizacije (2) za zmanjševanje razlik v (duševnem) zdravju:

1. Izboljšati je treba pogoje vsakodnevnega življenja, to je pogoje, v katerih se ljudje rojevajo, rastejo, živijo, delajo in se starajo. Posebej je treba poskrbeti za majhne otroke ter njihovo rast in razvoj, izboljšati delovne in življenjske pogoje ter ustvarjati politike socialne zaščite za ranljive skupine.
2. Zmanjšati je treba neenakomerno razporeditev moči, denarja in virov (strukturnih dejavnikov, ki pogojujejo razmere vsakdanjega življenja – tako nacionalno kot lokalno), tako na primer še vedno obstoječe razlike med spoloma in neenake izobrazbene in ekonomske pogoje posameznih družbenih skupin.
3. Za učinkovito in z dokazi podprto ukrepanje je treba zagotoviti spremljanje in evalvacijo stanja in aktivnosti, povečati znanje, izobraziti kader na področju socialnih determinant zdravja ter povečati osveščenost javnosti in odločevalcev

Kljub dejstvu, da v pregled nismo vključili vseh vidikov duševnega zdravja, ocenjujemo, da gre za pomembno strokovno delo na tem področju. Publikacija predstavlja prvi pregled duševnega zdravja v Sloveniji in vključuje pregled glavnih evropskih dokumentov s področja duševnega zdravja, glavnih kazalnikov duševnega zdravja, posnetek stanja mreže javne zdravstvene službe s področja duševnega zdravja ter pregled dela nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja. Publikacijo vidimo kot pomembno dopolnilo že obstoječim publikacijam s področja duševnega zdravja pri nas, njene ugotovitve pa kot ključne na poti do našega skupnega cilja, ki je *duševno zdravje za vse*.

Viri:

- (1) World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion, 1985, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
- (2) WHO. Closing the gap in a generation, health equity through action on the social determinants of health, Commission on social determinants of health, Final report, WHO Geneva, 2008

7.0 PRILOGE

7.1 PRILOGA 1

Analiza najpogostejših petih vzrokov za prvi obiske na primarni ravni zdravstvenega varstva po spolu in starostnih skupinah

Tabela 39. Duševne in vedenjske motnje v primarnem zdravstvenem varstvu kot vzrok za prvi obisk, prvih pet najpogostejših diagnoz (stopnje na 1000 preb.), starost 0 do 6 let, po spolu, 2006.

Moški 0–6 let	Stopnje (/1000)	Ženske 0–6 let	Stopnje (/1000)
Motnje duševnega (psihološkega) razvoja (F80–F89)	8,02	Motnje duševnega (psihološkega) razvoja (F80–F89)	4,62
Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu (F98)	3,42	Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu (F98)	2,70
Tiki (F95)	0,95	Tiki (F95)	0,52
Hiperkinetične motnje (F90)	0,75	Hiperkinetične motnje (F90)	0,41
Motnje vedenja (F91)	0,46	Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	0,26
Skupaj duševne in vedenjske motnje	15,55	Skupaj duševne in vedenjske motnje	10,02

Tabela 40. Duševne in vedenjske motnje v primarnem zdravstvenem varstvu kot vzrok za prvi obisk, prvih pet najpogostejših diagnoz (stopnje na 1000 preb.), starost 7 do 14 let, po spolu, 2006.

Moški 7–14 let	Stopnje (/1000)	Ženske 7–14 let	Stopnje (/1000)
Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu (F98)	4,18	Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu (F98)	2,26
Motnje duševnega (psihološkega) razvoja (F80–F89)	2,81	Motnje duševnega (psihološkega) razvoja (F80–F89)	1,44
Hiperkinetične motnje (F90)	2,09	Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	0,85
Tiki (F95)	1,21	Duševna manjrazvitost (F70–F79)	0,72
Motnje vedenja (F91)	0,90	Somatoformne motnje (F45)	0,57
Skupaj duševne in vedenjske motnje	15,23	Skupaj duševne in vedenjske motnje	10,55

Tabela 41. Duševne in vedenjske motnje v primarnem zdravstvenem varstvu kot vzrok za prvi obisk, prvih pet najpogostejših diagnoz (stopnje na 1000 preb.), starost 15 do 19 let, po spolu, 2006.

Moški 15–19 let	Stopnje (/1000)	Ženske 15–19 let	Stopnje (/1000)
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10)	1,78	Depresija (F32, F33)	2,67
Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	1,38	Anksiozne motnje (F40+41)	2,67
Duševna manjrazvitost (F70–F79)	1,25	Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	2,32
Anksiozne motnje (F40+41)	1,17	Motnje prehranjevanja (F50)	1,89
Depresija (F32, F33)	1,07	Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10)	1,45
Skupaj duševne in vedenjske motnje	13,11	Skupaj duševne in vedenjske motnje	19,67

Tabela 42. Duševne in vedenjske motnje v primarnem zdravstvenem varstvu kot vzrok za prvi obisk, prvih pet najpogostejših diagnoz (stopnje na 1000 preb.), starostna skupina 20 do 29 let, po spolu, 2006.

Moški 20–29 let	Stopnje (/1000)	Ženske 20–29 let	Stopnje (/1000)
Anksiozne motnje (F40+41)	4,10	Anksiozne motnje (F40+41)	7,20
Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	3,23	Depresija (F32, F33)	6,90
Depresija (F32, F33)	3,22	Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	6,00
Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29)	2,90	Somatoformne motnje (F45)	2,60
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi (F11+12+14+15+16+18+19)	2,80	Druge nevrotske motnje (F48)	2,10
Skupaj duševne in vedenjske motnje	25,58	Skupaj duševne in vedenjske motnje	32,77

Tabela 43. Duševne in vedenjske motnje v primarnem zdravstvenem varstvu kot vzrok za prvi obisk, prvih pet najpogostejših diagnoz (stopnje na 1000 preb.), starostna skupina 30 do 39 let, po spolu, 2006.

Moški 30–39 let	Stopnje (/1000)	Ženske 30–39 let	Stopnje (/1000)
Anksiozne motnje (F40+41)	5,84	Anksiozne motnje (F40+41)	14,39
Depresija (F32, F33)	4,89	Depresija (F32, F33)	13,60
Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	4,28	Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	10,59
Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29)	3,91	Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29)	3,67
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10)	3,77	Druge nevrotske motnje (F48)	3,52
Skupaj duševne in vedenjske motnje	32,82	Skupaj duševne in vedenjske motnje	56,92

Tabela 44. Duševne in vedenjske motnje v primarnem zdravstvenem varstvu kot vzrok za prvi obisk, prvih pet najpogostejših diagnoz (stopnje na 1000 preb.), starostna skupina 40 do 49 let, po spolu, 2006.

Moški 40–49 let	Stopnje (/1000)	Ženske 40–49 let	Stopnje (/1000)
Depresija (F32, F33)	8,03	Depresija (F32, F33)	22,41
Anksiozne motnje (F40+41)	6,89	Anksiozne motnje (F40+41)	19,37
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10)	6,54	Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	13,64
Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	4,78	Druge nevrotske motnje (F48)	5,07
Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29)	4,18	Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29)	4,60
Skupaj duševne in vedenjske motnje	42,06	Skupaj duševne in vedenjske motnje	80,83

Tabela 45. Duševne in vedenjske motnje v primarnem zdravstvenem varstvu kot vzrok za prvi obisk, prvih pet najpogostejših diagnoz (stopnje na 1000 preb.), starostna skupina 50 do 59 let, po spolu, 2006.

Moški 50–59 let	Stopnje (/1000)	Ženske 50–59 let	Stopnje (/1000)
Depresija (F32, F33)	10,32	Depresija (F32, F33)	22,77
Anksiozne motnje (F40+41)	8,98	Anksiozne motnje (F40+41)	18,64
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10)	7,88	Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	10,88
Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	4,76	Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29)	5,51
Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29)	3,51	Druge nevrotske motnje (F48)	4,82
Skupaj duševne in vedenjske motnje	49,16	Skupaj duševne in vedenjske motnje	80,17

Tabela 46. Duševne in vedenjske motnje v primarnem zdravstvenem varstvu kot vzrok za prvi obisk, prvih pet najpogostejših diagnoz (stopnje na 1000 preb.), starostna skupina 60 do 64 let, po spolu, 2006.

Moški 60–64 let	Stopnje (/1000)	Ženske 60–64 let	Stopnje (/1000)
Depresija (F32, F33)	7,03	Depresija (F32, F33)	16,40
Anksiozne motnje (F40+41)	6,00	Anksiozne motnje (F40+41)	13,84
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10)	5,82	Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	6,45
Motnje spanja (F51)	3,28	Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29)	4,43
Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29)	3,13	Druge nevrotske motnje (F48)	4,33
Skupaj duševne in vedenjske motnje	38,04	Skupaj duševne in vedenjske motnje	62,27

Tabela 47. Duševne in vedenjske motnje v primarnem zdravstvenem varstvu kot vzrok za prvi obisk, prvih pet najpogostejših (stopnje na 1000 preb.), starost 65 let in več, po spolu, 2006.

Moški 65+	Stopnje (/1000)	Ženske 65+	Stopnje (/1000)
Organske, vključno simptomatske duševne motnje (F00–F09)	12,02	Organske, vključno simptomatske duševne motnje (F00–F09)	18,16
Depresija (F32, F33)	8,07	Depresija (F32, F33)	16,65
Motnje spanja (F51)	5,68	Anksiozne motnje (F40+41)	12,63
Anksiozne motnje (F40+41)	5,79	Motnje spanja (F51)	8,24
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10)	4,16	Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	5,51
Skupaj duševne in vedenjske motnje	48,48	Skupaj duševne in vedenjske motnje	79,2

7.2 PRILOGA 2

Analiza najpogostejših pet vzrokov za obiske na sekundarni ravni zdravstvenega varstva po spolu in starostnih skupinah

Tabela 48. Duševne in vedenjske motnje in samopoškodbe kot vzrok obiska v sekundarnem zdravstvenem varstvu, prvih pet najpogostejših diagnoz (stopnje na 1000 preb.), starost 0 do 6 let, po spolu, 2006.

Moški 0–6 let	Stopnje (/1000)	Ženske 0–6 let	Stopnje (/1000)
Motnje duševnega (psihološkega) razvoja (F80–F89)	6,36	Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu (F98)	3,19
Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu (F98)	3,05	Motnje duševnega (psihološkega) razvoja (F80–F89)	2,23
Hiperkinetične motnje (F90)	1,85	Duševna manjrazvitost (F70–F79)	0,39
Duševna manjrazvitost (F70–F79)	1,02	Hiperkinetične motnje (F90)	0,39
Čustvene motnje, za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu (F93)	0,46	Čustvene motnje, za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu (F93)	0,28
Skupaj duševne in vedenjske motnje, samopoškodbe	14,28	Skupaj duševne in vedenjske motnje, samopoškodbe	7,50

Tabela 49. Duševne in vedenjske motnje in samopoškodbe kot vzrok obiska v sekundarnem zdravstvenem varstvu, prvih pet najpogostejših diagnoz (stopnje na 1000 preb.), starost 7 do 14 let, po spolu, 2006.

Moški 7–14 let	Stopnje (/1000)	Ženske 7–14 let	Stopnje (/1000)
Hiperkinetične motnje (F90)	9,81	Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu (F98)	3,01
Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu (F98)	4,35	Čustvene motnje, za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu (F93)	1,98
Motnje duševnega (psihološkega) razvoja (F80–F89)	3,02	Hiperkinetične motnje (F90)	1,90
Čustvene motnje, za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu (F93)	1,54	Motnje prehranjevanja (F50)	1,80
Mešane motnje vedenja in čustvovanja (F92)	1,21	Motnje duševnega (psihološkega) razvoja (F80–F89)	1,45
Skupaj duševne in vedenjske motnje, samopoškodbe	25,26	Skupaj duševne in vedenjske motnje, samopoškodbe	15,01

Tabela 50. Duševne in vedenjske motnje in samopoškodbe kot vzrok obiska v sekundarnem zdravstvenem varstvu, prvih pet najpogostejših diagnoz (stopnje na 1000 preb.), starost 15 do 19 let, po spolu, 2006.

Moški 15–19 let	Stopnje (/1000)	Ženske 15–19 let	Stopnje (/1000)
Duševna manjrazvitost (F70–F79)	1,73	Motnje prehranjevanja (F50)	5,95
Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29)	1,43	Depresija (F32, F33)	3,38
Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	1,28	Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	2,44
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi (F11+12+14+15+16+18+29)	1,25	Anksiozne motnje (F40+41)	2,42
Depresija (F32, F33)	1,23	Čustvene motnje, za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu (F93)	2,23
Skupaj duševne in vedenjske motnje, samopoškodbe	15,63	Skupaj duševne in vedenjske motnje, samopoškodbe	26,10

Tabela 51. Duševne in vedenjske motnje in samopoškodbe kot vzrok obiska v sekundarnem zdravstvenem varstvu, prvih pet najpogostejših diagnoz (stopnje na 1000 preb.), starost 20 do 29 let, po spolu, 2006.

Moški 20–29 let	Stopnje (/1000)	Ženske 20–29 let	Stopnje (/1000)
Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29)	5,52	Anksiozne motnje (F40+41)	5,90
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi (F11+12+14+15+16+18+29)	3,67	Depresija (F32, F33)	4,30
Anksiozne motnje (F40+41)	3,25	Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29)	3,87
Depresija (F32, F33)	2,11	Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	2,62
Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	1,87	Motnje prehranjevanja (F50)	1,76
Skupaj duševne in vedenjske motnje, samopoškodbe	23,29	Skupaj duševne in vedenjske motnje, samopoškodbe	25,53

Tabela 52. Duševne in vedenjske motnje in samopoškodbe kot vzrok obiska v sekundarnem zdravstvenem varstvu, prvih pet najpogostejših diagnoz (stopnje na 1000 preb.), starost 30 do 39 let, po spolu, 2006.

Moški 30–39 let	Stopnje (/1000)	Ženske 30–39 let	Stopnje (/1000)
Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29)	7,38	Anksiozne motnje (F40+41)	8,86
Anksiozne motnje (F40+41)	3,66	Depresija (F32, F33)	7,11
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10)	3,43	Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29)	6,97
Depresija (F32, F33)	2,57	Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	4,28
Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	2,11	Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi (F60–69)	1,24
Skupaj duševne in vedenjske motnje, samopoškodbe	26,16	Skupaj duševne in vedenjske motnje, samopoškodbe	35,65

Tabela 53. Duševne in vedenjske motnje in samopoškodbe kot vzrok obiska v sekundarnem zdravstvenem varstvu, prvih pet najpogostejših diagnoz (stopnje na 1000 preb.), starost 40 do 49 let, po spolu, 2006.

Moški 40–49 let	Stopnje (/1000)	Ženske 40–49 let	Stopnje (/1000)
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10)	7,25	Depresija (F32, F33)	15,27
Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29)	7,24	Anksiozne motnje (F40+41)	13,43
Depresija (F32, F33)	5,33	Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29)	10,07
Anksiozne motnje (F40+41)	4,93	Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	6,12
Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	2,85	Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10)	1,88
Skupaj duševne in vedenjske motnje, samopoškodbe	35,78	Skupaj duševne in vedenjske motnje, samopoškodbe	57,76

Tabela 54. Duševne in vedenjske motnje in samopoškodbe kot vzrok obiska v sekundarnem zdravstvenem varstvu, prvih pet najpogostejših diagnoz (stopnje na 1000 preb.), starost 50 do 59 let, po spolu, 2006.

Moški 50–59 let	Stopnje (/1000)	Ženske 50–59 let	Stopnje (/1000)
Depresija (F32, F33)	8,13	Depresija (F32, F33)	16,88
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10)	7,77	Anksiozne motnje (F40+41)	11,17
Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29)	6,51	Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29)	10,59
Anksiozne motnje (F40+41)	5,77	Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	5,32
Organske, vključno simptomatske duševne motnje (F00–F09)	3,65	Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10)	2,15
Skupaj duševne in vedenjske motnje, samopoškodbe	41,39	Skupaj duševne in vedenjske motnje, samopoškodbe	57,22

Tabela 55. Duševne in vedenjske motnje in samopoškodbe kot vzrok obiska v sekundarnem zdravstvenem varstvu, prvih pet najpogostejših diagnoz (stopnje na 1000 preb.), starost 60 do 64 let, po spolu, 2006.

Moški 60–64 let	Stopnje (/1000)	Ženske 60–64 let	Stopnje (/1000)
Depresija (F32, F33)	4,85	Depresija (F32, F33)	9,72
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10)	4,45	Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29)	8,45
Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29)	4,09	Anksiozne motnje (F40+41)	6,03
Organske, vključno simptomatske duševne motnje (F00–F09)	4,05	Organske, vključno simptomatske duševne motnje (F00–F09)	2,54
Anksiozne motnje (F40+41)	2,46	Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	2,16
Skupaj duševne in vedenjske motnje, samopoškodbe	25,53	Skupaj duševne in vedenjske motnje, samopoškodbe	35,02

Tabela 56. Duševne in vedenjske motnje in samopoškodbe kot vzrok obiska v sekundarnem zdravstvenem varstvu, prvih pet najpogostejših diagnoz (stopnje na 1000 preb.), starost 65 let in več, po spolu, 2006.

Moški 65+	Stopnje (/1000)	Ženske 65+	Stopnje (/1000)
Organske, vključno simptomatske duševne motnje (F00–F09)	11,53	Organske, vključno simptomatske duševne motnje (F00–F09)	14,09
Depresija (F32, F33)	4,54	Depresija (F32, F33)	8,64
Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29)	2,64	Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29)	4,57
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10)	2,49	Anksiozne motnje (F40+41)	4,06
Anksiozne motnje (F40+41)	2,23	Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43)	0,99
Skupaj duševne in vedenjske motnje, samopoškodbe	27,52	Skupaj duševne in vedenjske motnje, samopoškodbe	36,53

7.3 PRILOGA 3

Analiza diagnoz spolu in starostnih skupinah – prvih pet najpogostejših vzrokov za hospitalizacijo zaradi duševnih motenj (razvrščanje po številu primerov)

Tabela 57. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za hospitalizacijo, prvih pet najpogostejših diagnoz (razvrščanje po številu primerov), starost 0 do 6 let, po spolu, 2006.

Moški	0–6,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F80–F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	31	82	2,65
F98 Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci	14	60	4,29
F70–F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)	13	67	5,15
F95 Tiki	7	43	6,14
F38 Druge razpoloženske [afektivne] motnje	4	9	2,25
F50 Motnje prehranjevanja	4	15	3,75
Ženske	0–6,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F98 Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci	21	80	3,81
F70–F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)	9	63	7,00
F80–F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	6	29	4,83
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	2	7	3,50
F38 Druge razpoloženske [afektivne] motnje	2	2	1,00
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	2	9	4,50
F45 Somatoformne motnje	2	3	1,50
F51 Neorganske motnje spanja	2	12	6,00

Tabela 58. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za hospitalizacijo, prvih pet najpogostejših diagnoz (razvrščanje po številu primerov), starost 7 do 14 let, po spolu, 2006.

Moški	7–14,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F92 Mešane motnje vedenja in čustvovanja	37	1383	37,38
F98 Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci	23	124	5,39
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	21	32	1,52
F80–F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	19	51	2,68
F90 Hiperkinetične motnje	19	255	13,42
Ženske	7–14,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F50 Motnje prehranjevanja	40	1819	45,48
F45 Somatoformne motnje	29	218	7,52
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	25	41	1,64
F98 Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci	25	124	4,96
X60–84, Y87.0 Namerno samopoškodovanje	18	34	1,89

Tabela 59. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za hospitalizacijo, prvih pet najpogostejših diagnoz (razvrščanje po številu primerov), starost 15 do 19 let, po spolu, 2006.

Moški		15–19,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje	
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	64	2418	37,78	
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	60	203	3,38	
F11+12+14+15+16+18+19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi	18	317	17,61	
X60–84, Y87.0 Namerno samopoškodovanje	21	42	2,00	
F92 Mešane motnje vedenja in čustvovanja	14	452	32,29	

Ženske		15–19,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje	
F50 Motnje prehranjevanja	60	2788	46,47	
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	44	72	1,64	
X60–84, Y87.0 Namerno samopoškodovanje	42	123	2,93	
F32 + F33 Depresija	37	774	20,92	
F45 Somatoformne motnje	35	106	3,03	

Tabela 60. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za hospitalizacijo, prvih pet najpogostejših diagnoz (razvrščanje po številu primerov), starost 20 do 29 let, po spolu, 2006.

Moški		20–29,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje	
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	339	23786	70,17	
F11+12+14+15+16+18+19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi	169	5289	31,29	
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	96	2764	28,79	
X60–84, Y87.0 Namerno samopoškodovanje	49	126	2,57	
F32 + F33 Depresija	35	1541	44,03	

Ženske		20–29,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje	
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	185	10415	56,30	
F32 + F33 Depresija	57	2012	35,30	
F11+12+14+15+16+18+19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi	47	1737	36,96	
X60–84, Y87.0 Namerno samopoškodovanje	35	86	2,46	
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	31	300	9,68	

Tabela 61. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za hospitalizacijo, prvih pet najpogostejših diagnoz (razvrščanje po številu primerov), starost 30 do 39 let, po spolu, 2006.

Moški			
30–39,9 let			
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	343	19502	56,86
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	296	10703	36,16
F11+12+14+15+16+18+19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi	56	1898	33,89
F32 + F33 Depresija	50	2658	53,16
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	38	1670	43,95
F31 Bipolarna afektivna motnja	38	1520	40,00
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	38	578	15,21
Ženske			
30–39,9 let			
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	310	17389	56,09
F32 + F33 Depresija	94	3794	40,36
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	78	2803	35,94
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	54	981	18,17
F41 + F40 Anksiozne motnje	43	1168	27,16

Tabela 62. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za hospitalizacijo, prvih pet najpogostejših diagnoz (razvrščanje po številu primerov), starost 40 do 49 let, po spolu, 2006.

Moški			
40–49,9 let			
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	587	19351	32,97
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	337	30413	90,25
F32 + F33 Depresija	106	4654	43,91
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	64	3236	50,56
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	55	1372	24,95
Ženske			
40–49,9 let			
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	370	21121	57,08
F32 + F33 Depresija	228	10509	46,09
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	145	5809	40,06
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	83	2064	24,87
F31 Bipolarna afektivna motnja	79	3647	46,16

Tabela 63. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za hospitalizacijo, prvih pet najpogostejših diagnoz (razvrščanje po številu primerov), starost 50 do 59 let, po spolu, 2006.

Moški			
50–59,9 let			
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	566	18108	31,99
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	270	17257	63,91
F32 + F33 Depresija	111	4842	43,62
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	99	3473	35,08
F31 Bipolarna afektivna motnja	51	3321	65,12

Ženske			
50–59,9 let			
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	323	18562	57,47
F32 + F33 Depresija	206	9907	48,09
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	125	4170	33,36
F31 Bipolarna afektivna motnja	85	4915	57,82
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	55	2662	48,40

Tabela 64. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za hospitalizacijo, prvih pet najpogostejših diagnoz (razvrščanje po številu primerov), starost 60 do 69 let, po spolu, 2006.

Moški			
60–69,9 let			
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	187,00	4336	23,19
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	91,00	8234	90,48
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	86,00	2989	34,76
F32 + F33 Depresija	77,00	3247	42,17
F31 Bipolarna afektivna motnja	19,00	2464	129,68

Ženske			
60–69,9 let			
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	150	9219	61,46
F32 + F33 Depresija	142	7630	53,73
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	91	3381	37,15
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	65	1909	29,37
F31 Bipolarna afektivna motnja	44	2283	51,89

Tabela 65. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za hospitalizacijo, prvih pet najpogostejših diagnoz (razvrščanje po številu primerov), starost 70 do 79 let, po spolu, 2006.

Moški Diagnoze	70–79,9 let		
	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	170	4811	28,30
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	61	1189	19,49
F32 + F33 Depresija	18	1694	94,11
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	40	2307	57,68
X60–84, Y87.0 Namerno samopoškodovanje	14	166,00	11,86

Ženske Diagnoze	70–79,9 let		
	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	243	9079	37,36
F32 + F33 Depresija	131	5711	43,60
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	109	6772	62,13
F31 Bipolarna afektivna motnja	27	1357	50,26
F41 + F40 Anksiozne motnje	25	739	29,56

Tabela 66. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za hospitalizacijo, prvih pet najpogostejših diagnoz (razvrščanje po številu primerov), starost nad 80 let, po spolu, 2006.

Moški Diagnoze	80+		
	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	116	2842	24,50
F32 + F33 Depresija	10	210	21,00
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	9	361	40,11
X60–84, Y87.0 Namerno samopoškodovanje	6	115	19,17
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	3	25	8,33

Ženske Diagnoze	80+		
	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	199	4741	23,82
F32 + F33 Depresija	35	1211	34,60
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	27	933	34,56
F31 Bipolarna afektivna motnja	8	251	31,38
F41 + F40 Anksiozne motnje	6	204	34,00

Analiza diagnoz po spolu in starostnih skupinah – prvih pet vzrokov za največje število bolnišničnih dni zaradi duševnih motenj (razvrščanje po številu bolnišničnih dni)

Tabela 67. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za hospitalizacijo, diagnoze, ki so vzrok za največje število bolnišničnih dni v letu 2006 (razvrščanje po številu bolnišničnih dni), starost 0 do 6 let, po spolu.

Moški	0–6,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F80–F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	31	82	2,65
F70–F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)	13	67	5,15
F98 Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci	14	60	4,29
F95 Tiki	7	43	6,14
X60–84, Y87.0 Namerno samopoškodovanje	3	28	9,33

Ženske	0–6,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F98 Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci	21	80	3,81
F70–F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)	9	63	7,00
F41 + F40 Anksiozne motnje	1	31	31,00
F80–F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	6	29	4,83
F93 Čustvene motnje, za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu	1	16	16,00

Tabela 68. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za hospitalizacijo, diagnoze, ki so vzrok za največje število bolnišničnih dni v letu 2006 (razvrščanje po številu bolnišničnih dni), starost 7 do do 14 let, po spolu.

Moški	7–14,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F92 Mešane motnje vedenja in čustvovanja	37	1383	37,38
F95 Tiki	12	261	21,75
F90 Hiperkinetične motnje	19	255	13,42
F91 Motnje vedenja	9	254	28,22
F98 Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci	23	124	5,39

Ženske	7–14,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F50 Motnje prehranjevanja	40	1819	45,48
F92 Mešane motnje vedenja in čustvovanja	17	622	36,59
F45 Somatoformne motnje	29	218	7,52
F93 Čustvene motnje, za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu	16	199	12,44
F98 Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci	25	124	4,96

Tabela 69. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za hospitalizacijo, diagnoze, ki so vzrok za največje število bolnišničnih dni v letu 2006 (razvrščanje po številu bolnišničnih dni), starost 15 do 19 let, po spolu.

Moški	15–19,9 let			
	Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F20–F29	Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	64	2418	37,78
F92	Mešane motnje vedenja in čustvovanja	14	452	32,29
F70–F79	Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)	12	429	35,75
F11+12+14+15+16+18+19	Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi	18	317	17,61
F41 + F40	Anksiozne motnje	11	272	24,73

Ženske	15–19,9 let			
	Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F50	Motnje prehranjevanja	60	2788	46,47
F20–F29	Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	32	1665	52,03
F32 + F33	Depresija	37	774	20,92
F11+12+14+15+16+18+19	Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi	15	487	32,47
F92	Mešane motnje vedenja in čustvovanja	25	450	18,00

Tabela 70. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za hospitalizacijo, diagnoze, ki so vzrok za največje število bolnišničnih dni v letu 2006 (razvrščanje po številu bolnišničnih dni), starost 20 do 29 let, po spolu.

Moški	20–29,9 let			
	Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F20–F29	Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	339	23786	70,17
F11+12+14+15+16+18+19	Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi	169	5289	31,29
F60–F69	Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi	24	2854	118,92
F10	Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	96	2764	28,79
F32 + F33	Depresija	35	1541	44,03

Ženske	20–29,9 let			
	Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F20–F29	Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	185	10415	56,30
F32 + F33	Depresija	57	2012	35,30
F11+12+14+15+16+18+19	Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi	47	1737	36,96
F50	Motnje prehranjevanja	27	1628	60,30
F31	Bipolarna afektivna motnja	23	1097	47,70

Tabela 71. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za hospitalizacijo, diagnoze, ki so vzrok za največje število bolnišničnih dni v letu 2006 (razvrščanje po številu bolnišničnih dni), starost 30 do 39 let, po spolu

Moški		30–39,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje	
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	343	19502	56,86	
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	296	10703	36,16	
F32 + F33 Depresija	50	2658	53,16	
F11+12+14+15+16+18+19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi	56	1898	33,89	
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	38	1670	43,95	

Ženske		30–39,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje	
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	310	17389	56,09	
F32 + F33 Depresija	94	3794	40,36	
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	78	2803	35,94	
F41 + F40 Anksiozne motnje	43	1168	27,16	
F31 Bipolarna afektivna motnja	23	988	42,96	

Tabela 72. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za hospitalizacijo, diagnoze, ki so vzrok za največje število bolnišničnih dni v letu 2006 (razvrščanje po številu bolnišničnih dni), starost 40 do 49 let, po spolu.

Moški		40–49,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje	
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	337	30413	90,25	
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	587	19351	32,97	
F32 + F33 Depresija	106	4654	43,91	
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	64	3236	50,56	
F31 Bipolarna afektivna motnja	41	1708	41,66	

Ženske		40–49,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje	
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	370	21121	57,08	
F32 + F33 Depresija	228	10509	46,09	
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	145	5809	40,06	
F31 Bipolarna afektivna motnja	79	3647	46,16	
F41 + F40 Anksiozne motnje	67	2518	37,58	

Tabela 73. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za hospitalizacijo, diagnoze, ki so vzrok za največje število bolnišničnih dni v letu 2006 (razvrščanje po številu bolnišničnih dni), starost 50 do 59 let, po spolu.

Moški	50–59,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	566	18108	31,99
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	270	17257	63,91
F32 + F33 Depresija	111	4842	43,62
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	99	3473	35,08
F31 Bipolarna afektivna motnja	51	3321	65,12

Ženske	50–59,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	323	18562	57,47
F32 + F33 Depresija	206	9907	48,09
F31 Bipolarna afektivna motnja	85	4915	57,82
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	125	4170	33,36
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	55	2662	48,40

Tabela 74. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za hospitalizacijo, diagnoze, ki so vzrok za največje število bolnišničnih dni v letu 2006 (razvrščanje po številu bolnišničnih dni), starost 60 do 69 let, po spolu.

Moški	60–69,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	91	8234	90,48
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	187	4336	23,19
F32 + F33 Depresija	77	3247	42,17
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	86	2989	34,76
F31 Bipolarna afektivna motnja	19	2464	129,68

Ženske	60–69,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	150	9219	61,46
F32 + F33 Depresija	142	7630	53,73
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	91	3381	37,15
F31 Bipolarna afektivna motnja	44	2283	51,89
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	65	1909	29,37

Tabela 75. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za hospitalizacijo, diagnoze, ki so vzrok za največje število bolnišničnih dni v letu 2006 (razvrščanje po številu bolnišničnih dni), starost 70 do 79 let, po spolu.

Moški	70–79,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	170	4811	28,30
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	40	2307	57,68
F32 + F33 Depresija	18	1694	94,11
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	61	1189	19,49
F31 Bipolarna afektivna motnja	12	539	44,92

Ženske	70–79,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	243	9079	37,36
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	109	6772	62,13
F32 + F33 Depresija	131	5711	43,60
F31 Bipolarna afektivna motnja	27	1357	50,26
F41 + F40 Anksiozne motnje	25	739	29,56

Tabela 76. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za hospitalizacijo, diagnoze, ki so vzrok za največje število bolnišničnih dni v letu 2006 (razvrščanje po številu bolnišničnih dni), starost nad 80 let, po spolu.

Moški	80+		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	116	2842	24,50
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	9	361	40,11
F32 + F33 Depresija	10	210	21,00
X60–84, Y87.0 Namerno samopoškodovanje	6	115	19,17
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	3	25	8,33

Ženske	80+		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	199	4741	23,82
F32 + F33 Depresija	35	1211	34,60
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	27	933	34,56
F31 Bipolarna afektivna motnja	8	251	31,38
F41 + F40 Anksiozne motnje	6	204	34,00

7.4 PRILOGA 4

Analiza diagnoz po spolu in starostnih skupinah – najpogostejši vzroki za bolniški stalež zaradi duševnih motenj (razvrščanje po številu primerov bolniškega staleža)

Tabela 77. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za bolniški stalež, prvih pet najpogostejših diagnoz (razvrščanje po številu primerov), starost 15 do 19 let, po spolu, 2006.

Moški		15–19,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje	
F41+F40 Anksiozne motnje	2	27	13,5	
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	2	24	12,0	
F11+12+14+15+16+18+19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi	2	23	11,5	
F32+F33 Depresija	1	50	50,0	
F45 Somatoformne motnje	1	2	2,0	
F48 Druge nevrotske motnje	1	5	5,0	
F50 Motnje prehranjevanja	1	15	15,0	

Ženske		15–19,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje	
F41+F40 Anksiozne motnje	3	41	13,7	
F31 Bipolarna afektivna motnja	2	2	1,0	
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	2	6	3,0	
F11+12+14+15+16+18+19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi	1	27	27,0	
F32+F33 Depresija	1	20	20,0	
F45 Somatoformne motnje	1	2	2,0	

Tabela 78. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za bolniški stalež, prvih pet najpogostejših diagnoz (razvrščanje po številu primerov), starost 20 do 29 let, po spolu, 2006.

Moški		20–29,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje	
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	220	3147	14,3	
F41+F40 Anksiozne motnje	150	1992	13,3	
F32+F33 Depresija	124	3184	25,7	
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	92	8443	91,8	
F11+12+14+15+16+18+19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi	70	1880	26,9	

Ženske		20–29,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje	
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	320	4271	13,3	
F41+F40 Anksiozne motnje	213	3460	16,2	
F32+ F33 Depresija	212	4292	20,2	
F48 Druge nevrotske motnje	65	863	13,3	
F20–F29	42	2284	54,4	
F45 Somatoformne motnje	42	233	5,5	

Tabela 79. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za bolniški stalež, prvih pet najpogostejših diagnoz (razvrščanje po številu primerov), starost 30 do 39 let, po spolu, 2006.

Moški		30–39,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje	
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	416	8302	20,0	
F41+F40 Anksiozne motnje	323	8982	27,8	
F32+F33 Depresija	311	13412	43,1	
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	187	9546	51,0	
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	173	15520	89,7	

Ženske		30–39,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje	
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	867	16605	19,2	
F32+F33 Depresija	857	33789	39,4	
F41+F40 Anksiozne motnje	757	19199	25,4	
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	198	15963	80,6	
F48 Druge nevrotske motnje	195	3772	19,3	

Tabela 80. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za bolniški stalež, prvih pet najpogostejših diagnoz (razvrščanje po številu primerov), starost 40 do 49 let, po spolu, 2006.

Moški		40–49,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje	
F32+F33 Depresija	567	27456	48,4	
F41+F40 Anksiozne motnje	440	19958	45,4	
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	436	11299	25,9	
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	396	18715	47,3	
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	181	24897	137,6	

Ženske		40–49,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje	
F32+F33 Depresija	1639	99069	60,4	
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	1155	28571	24,7	
F41+F40 Anksiozne motnje	1120	40493	36,2	
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	245	27884	113,8	
F48 Druge nevrotske motnje	243	5775	23,8	

Tabela 81. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za bolniški stalež, prvih pet najpogostejših diagnoz (razvrščanje po številu primerov), starost 50 do 59 let, po spolu, 2006.

Moški		50–59,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje	
F32+F33 Depresija	622	51674	83,1	
F41+F40 Anksiozne motnje	395	18161	46,0	
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	369	17977	48,7	
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	343	12312	35,9	
F48 Druge nevrotske motnje	93	3524	37,9	

Ženske		50–59,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje	
F32+F33 Depresija	1014	72501	71,5	
F41+F40 Anksiozne motnje	656	32528	49,6	
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	637	21178	33,2	
F48 Druge nevrotske motnje	149	4154	27,9	
F34 Trajne razpoloženske [afektivne] motnje	129	8055	62,4	

Tabela 82. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za bolniški stalež, prvih pet najpogostejših diagnoz (razvrščanje po številu primerov), starost 60 do 64 let, po spolu, 2006.

Moški		60–64,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje	
F32+F33 Depresija	26	1752	67,4	
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	20	467	23,4	
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	17	571	33,6	
F41+F40 Anksiozne motnje	17	956	56,2	
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	10	1585	158,5	

Ženske		60–64,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje	
F41+F40 Anksiozne motnje	5	288	57,6	
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	5	126	25,2	
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	2	56	28,0	
F42 Obsesivno-kompulzivna motnja	1	27	27,0	
F48 Druge nevrotske motnje	1	47	47,0	
F51 Neorganske motnje spanja	1	1	1,0	

Tabela 83. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za bolniški stalež, prvih pet najpogostejših diagnoz (razvrščanje po številu primerov), starost 65 do 69 let, po spolu, 2006.

Moški Diagnoze	65–69,9 let		
	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	4	817	204,3
F32+F33 Depresija	3	818	272,7

Pri ženskah: v tej starostni skupini ni primera bolniškega staleža zaradi duševnih motenj. V tej starostni skupini je delovno aktivnih le 159 žensk.

Analiza diagnoz po spolu in starostnih skupinah – vzroki za največje število bolniških dni zaradi duševnih motenj (razvrščanje po številu bolniških dni)

Tabela 84. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za bolniški stalež, diagnoze, ki so vzrok za največje število bolniških dni v letu 2006 (razvrščanje po številu bolniških dni), starost 15 do 19 let, po spolu.

Moški Diagnoze	15–19,9 let		
	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F32+F33 Depresija	1	50	50,0
F41+F40 Anksiozne motnje	2	27	13,5
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	2	24	12,0
F11+12+14+15+16+18+19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi	2	23	11,5
F50 Motnje prehranjevanja	1	15	15

Ženske Diagnoze	15–19,9 let		
	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F41+F40 Anksiozne motnje	3	41	13,7
F11+12+14+15+16+18+19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi	1	27	27,0
F32+F33 Depresija	1	20	20,0
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	2	6	3,0
F31 Bipolarna afektivna motnja	2	2	1,0
F45 Somatoformne motnje	1	2	2,0

Tabela 85. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za bolniški stalež, diagnoze, ki so vzrok za največje število bolniških dni v letu 2006 (razvrščanje po številu bolniških dni), starost 20 do 29 let, po spolu.

Moški		20–29,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje	
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	92	8443	91,8	
F32+F33 Depresija	124	3184	25,7	
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	220	3147	14,3	
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	42	2108	50,2	
F41+F40 Anksiozne motnje	150	1992	13,3	
Ženske		20–29,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje	
F32 + F33 Depresija	212	4292	20,2	
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	320	4271	13,3	
F41 + F40 Anksiozne motnje	213	3460	16,2	
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	42	2284	54,4	
F48 Druge nevrotske motnje	65	863	13,3	

Tabela 86. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za bolniški stalež, diagnoze, ki so vzrok za največje število bolniških dni v letu 2006 (razvrščanje po številu bolniških dni), starost 30 do 39 let, po spolu.

Moški		30–39,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje	
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	173	15520	89,7	
F32+F33 Depresija	311	13412	43,1	
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	187	9546	51,0	
F41+F40 Anksiozne motnje	323	8982	27,8	
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	416	8302	20,0	
Ženske		30–39,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje	
F32+F33 Depresija	857	33789	39,4	
F41+F40 Anksiozne motnje	757	19199	25,4	
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	867	16605	19,2	
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	198	15963	80,6	
F48 Druge nevrotske motnje	195	3772	19,3	

Tabela 87. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za bolniški stalež, diagnoze, ki so vzrok za največje število bolniških dni v letu 2006 (razvrščanje po številu bolniških dni), starost 40 do 49 let, po spolu.

Moški	40–49,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	181	24897	137,6
F32+F33 Depresija	567	27456	48,4
F41+F40 Anksiozne motnje	440	19958	45,4
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	396	18715	47,3
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	436	11299	25,9

Ženske	40–49,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F32+F33 Depresija	1639	99069	60,4
F41+F40 Anksiozne motnje	1120	40493	36,2
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	1155	28571	24,7
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	245	27884	113,8
F34 Trajne razpoloženske [afektivne] motnje	203	8583	42,3

Tabela 88. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za bolniški stalež, diagnoze, ki so vzrok za največje število bolniških dni v letu 2006 (razvrščanje po številu bolniških dni), starost 50 do 59 let, po spolu.

Moški	50–59,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F32+F33 Depresija	622	51674	83,1
F41+F40 Anksiozne motnje	395	18161	46,0
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	369	17977	48,7
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	343	12312	35,9
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	87	10121	116,3

Ženske	50–59,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F32+F33 Depresija	1014	72501	71,5
F41+F40 Anksiozne motnje	656	32528	49,6
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	637	21178	33,2
F34 Trajne razpoloženske [afektivne] motnje	129	8055	62,4
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	107	7286	68,1

Tabela 89. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za bolniški stalež, diagnoze, ki so vzrok za največje število bolniških dni v letu 2006 (razvrščanje po številu bolniških dni), starost 60 do 64 let, po spolu.

Moški	60–64,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F32+F33 Depresija	26	1752	67,4
F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	10	1585	158,5
F41+F40 Anksiozne motnje	17	956	56,2
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	2	797	398,5
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	17	571	33,6

Ženske	60–64,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F41+F40 Anksiozne motnje	5	288	57,6
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	5	126	25,2
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	2	56	28,0
F48 Druge nevrotske motnje	1	47	47,0
F42 Obsesivno-kompulzivna motnja	1	27	27,0

Tabela 90. Duševne in vedenjske motnje kot vzrok za bolniški stalež, diagnoze, ki so vzrok za največje število bolniških dni v letu 2006 (razvrščanje po številu bolniških dni), starost 65 do 69 let, po spolu.

Moški	65–69,9 let		
Diagnoze	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
F32+F33 Depresija	3	818	204,3
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	4	817	272,7

Pri ženskah v tej starostni skupini ni primera bolniškega staleža zaradi duševnih motenj.

7.5 PRILOGA 5

Seznam diagnoz po MKB-10, ki so bile uporabljene za analizo duševnih motenj

F00–F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje
F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola
F11+12+14+15+16+18+19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja ostalih psihoaktivnih snovi
F13 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja sedativov in hipnotikov
F17 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja tobaka
F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje
F30 Manična epizoda
F31 Bipolarna afektivna motnja
F32+33 Depresija
F34 Trajne razpoloženske (afektivne) motnje
F38 Druge razpoloženske (afektivne) motnje
F39 Neopredeljena razpoloženska (afektivna) motnja
F40+41 Anksiozne motnje
F42 Obsesivno-kompulzivna motnja
F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje
F44 Disociativne (konverzivne) motnje
F45 Somatoformne motnje
F48 Druge nevrotske motnje
F50 Motnje prehranjevanja
F51 Neorganske motnje spanja
F52 Spolna disfunkcija, ki je ne povzroča organska motnja ali bolezen
F53 Duševne in vedenjske motnje, povezane s poporodnim obdobjem, ki niso uvrščene drugje
F54 Psihološki in vedenjski dejavniki, povezani z motnjami ali boleznimi, uvrščenimi drugje
F60–F69 Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi
F70–F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)
F80–F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja
F90 Hiperkinetične motnje
F91 Motnje vedenja
F92 Mešane motnje vedenja in čustvovanja
F93 Čustvene motnje za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu
F94 Motnje socialnega funkcioniranja, ki se začnejo v otroštvu in adolescenci
F95 Tiki
F98 Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci
F99 Duševna motnja, ki ni opredeljena drugje
X60–84, Y87.0 Namerno samopoškodovanje

Avtorji so pripravili pomembno in obširno gradivo, ki omogoča pregled stanja na področju duševnega zdravja in nezdravja v Sloveniji. Pripravljeno je na osnovi obstoječih rutinskih zdravstveno statističnih baz podatkov, izsledkov nekaterih slovenskih raziskav ter izkušenj posameznih programov pri nas in v tujini. Kljub zavedanju pomanjkljivosti rutinskih podatkov, ki onemogočajo točno ovrednotenje problema duševnega zdravja in posameznih duševnih bolezni v Sloveniji, so avtorji ob hkratnem upoštevanju podatkov iz raziskav in programov, ki že potekajo, izdelali dokaj jasno sliko o problemih ter potrebah na področju duševnega zdravja v Sloveniji.

Gradivo predstavlja pomembno dopolnilo že obstoječim gradivom, zlasti Zakonu o duševnem zdravju. Ob upoštevanju tega zakona ter izkušenj mnogih programov in aktivnosti, ki v Sloveniji na področju promocije duševnega zdravja ter zdravljenja in rehabilitacije oseb s težavami duševnega zdravja že obstajajo, predstavlja pričujoče gradivo neprecenljivo osnovo za pripravo Nacionalnega plana ter akcijskih načrtov na področju duševnega zdravja in preprečevanja samomora v Sloveniji.

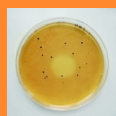
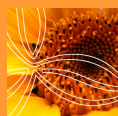
Nuša Konec Juričič, dr. med., spec. soc. med.

Gre za obsežno publikacijo, ki celovito in natančno prikazuje obravnavano problematiko. Avtorji so zajeli vse ključne elemente, ki so pomembni kot podlage za pripravo akcijskega načrta. Publikacija je smiselno strukturirana in bralcu omogoča tako sledenje zasnovi problema duševnega zdravja, kot tudi vpogled v posamezno razsežnost, npr. primerjave z drugimi državami. Ravno pri tem prikazu je ena najmočnejših točk publikacije, saj bralcu omogoči celovit vpogled v vse obstoječe gradivo znotraj EU. Na tak način je tako odločevalcu kot strokovnjaku omogočeno informirano odločanje, s čimer se izognemo delnim pogledom, ki izpostavljajo posamezne vzorčne države ali celo samo posamezne rešitve.

Čeprav je o duševnem zdravju v Sloveniji na voljo že veliko statističnih podatkov, je pomembno, da so avtorji na enem mestu zbrali podatke o bremenu, ki ga predstavljajo duševne bolezni in duševne motnje tako za zdravje prebivalcev Slovenije kot za sistem zdravstvenega varstva.

Končno je posebej pomembno, da publikacija predstavi tudi priporočila za nadaljnje ukrepanje. Menim, da gre za kakovostno, celovito in zelo lepo pripravljeno publikacijo, ki na razumljiv, vendar strokovno in znanstveno utemeljen način prikazuje pomembno javnozdravstveno problematiko.

Tit Albreht, dr. med., spec. soc. med., DSc



Inštitut za varovanje zdravja RS
Trubarjeva 2
1000 Ljubljana
Slovenija
www.ivz.si