

ZAKLJUČNO POROČILO

O REZULTATIH OPRAVLJENEGA RAZISKOVALNEGA DELA NA PROJEKTU V OKVIRU CILJNEGA RAZISKOVALNEGA PROGRAMA (CRP) »KONKURENČNOST SLOVENIJE 2006 – 2013«

Prejeto: 20 -11- 2008	S.g.z.: 0110
Šifra zadeve: 63113-348/2008	Pril.:
	Vrednost:

I. Predstavitev osnovnih podatkov raziskovalnega projekta

1. Naziv težišča v okviru CRP:

5.4. POVEZOVANJE UKREPOV ZA DOSEGANJE TRAJNOSTNEGA RAZVOJA
ZAGOTAVLJANJE OPTIMALNIH POGOJEV ZA ZDRAVJE

2. Šifra projekta:

V3-0370

3. Naslov projekta:

RAZVOJ KAKOVOSTI IN DOSTOPNOSTI PREVENTIVNE ZDRAVSTVENE
DEJAVNOSTI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA NA PRIMARNEM NIVOJU

3. Naslov projekta

3.1. Naslov projekta v slovenskem jeziku:

RAZVOJ KAKOVOSTI IN DOSTOPNOSTI PREVENTIVNE ZDRAVSTVENE
DEJAVNOSTI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA NA PRIMARNEM NIVOJU

3.2. Naslov projekta v angleškem jeziku:

PROGRESS OF QUALITY AND ACCESSIBILITY OF MENTAL HEALTH
PREVENTION IN PRIMARY SETTING

4. Ključne besede projekta

4.1. Ključne besede projekta v slovenskem jeziku:

Kakovost, dostopnost, preventiva, primarno zdravje, duševno zdravje

4.2. Ključne besede projekta v angleškem jeziku:

Quality, accessibility, prevention, primary healh, mental health

5. Naziv nosilne raziskovalne organizacije:

IZOBRAŽEVALNO RAZISKOVALNI INŠTITUT OZARA Ljubljana

5.1. Seznam sodelujočih raziskovalnih organizacij (RO):

Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti
(ZRC SAZU), Družbenomedicinski inštitut

6. Sofinancer/sofinancerji:

Ministrstvo za zdravje

7. Šifra ter ime in priimek vodje projekta:

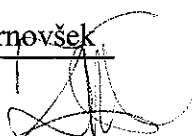
13383

MOJCA ZVEZDANA DERNOVŠEK

Datum: 07.11.2008

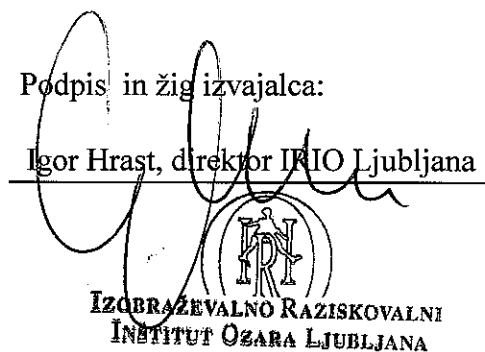
Podpis vodje projekta:

Doc.dr. Mojca Zvezdana Dernovšek



Podpis in žig izvajalca:

Igor Hrast, direktor IRIO Ljubljana



II. Vsebinska struktura zaključnega poročila o rezultatih raziskovalnega projekta v okviru CRP

1. Cilji projekta:

1.1. Ali so bili cilji projekta doseženi?

- ☒ a) v celoti
☐ b) delno
☐ c) ne

Če b) in c), je potrebna utemeljitev.

1.2. Ali so se cilji projekta med raziskavo spremenili?

- ☐ a) da
☒ b) ne

Če so se, je potrebna utemeljitev:

2. Vsebinsko poročilo o realizaciji predloženega programa dela¹:

Približno 450 milijonov ljudi na svetu ima težave zaradi duševnega zdravja in ocenjuje se, da jo bo imel vsak tretji izmed nas vsaj enkrat v življenju. Na dva milijona prebivalcev gospodarsko relativno dobro razvite družbe, kamor spada tudi Slovenija, je trenutno mogoče predvideti okrog 10.000 psihotičnih obolenj in približno 100.000 depresivnih ter anksioznih stanj. Ker je prevalenca duševnih motenj med vsemi boleznimi v najbolj strmem vzponu, se bo ekonomsko breme (izguba produktivnosti, stroški zdravstvenega in socialnega varstva) zaradi duševnih bolezni iz sedanjih 10% do leta 2020 dvignilo na 15%, kar bo preseglo ekonomsko breme koronarne bolezni. Težave v duševnem zdravju so torej prisotne v veliko večji meri, kot bi pričakovali. Povečana potreba po preventivnem in kurativnem delovanju na področju duševnega zdravja na eni strani in neredko zastareli in dokaj okorni zdravstveni sistemi na drugi pričajo o tem, da bodo v bližnji prihodnosti potrebne nekatere korenite spremembe v delovanju zdravstvenega in socialnega varstva, tudi tistega dela, ki skrbi za duševno zdravje prebivalstva. Posledice slabega duševnega zdravja za skupnost so namreč številne, saj motnje vplivajo na kakovost življenja bolnikov, njihovih družin in družbe širše.

Kljub vsemu izkušnje pri nas in v tujini kažejo, da je za krepitev, ohranitev in povrnitev duševnega zdravja in na drugi strani za uspešno obvladovanje duševnih motenj mogoče marsikaj storiti. Vendar pa se pri zagotavljanju ustreznih strategij pri soočanju s problematiko duševnega zdravja soočamo tudi z omejenimi možnostmi in resursi, predvsem pri zdravljenju duševnih motenj in zmanjševanju oviranosti v vsakdanjem življenju. Preventivna dejavnost je zato bistvenega pomena, če želimo zmanjšati breme, ki ga družbi in posamezniku povzročijo duševne motnje. V Sloveniji je bilo področje duševnega zdravja dolgo zanemarjeno in na primarnem nivoju zdravstva ni bilo pravega akterja, ki se bi posvetil duševnemu zdravju v preventivnem smislu. Preventivne dejavnosti so se kljub temu oblikovale iz potrebe in iz zavedanja posameznikov tako v javni zdravstveni mreži kot v nevladnem sektorju.

Oblikovanje učinkovitih preventivnih dejavnosti je izjemno povezano z analizo stanja na področju duševnega zdravja, identifikacijo dejavnikov tveganja (bioloških, psiholoških, socialnih, ekonomskih), ki vplivajo na duševno zdravje ljudi v določenem okolju, prepoznavanjem kulturnih značilnosti populacije in skupin, za katere se pripravlja program in nenazadnje tudi z evalvacijo že obstoječih služb, ki nudijo pomoč osebam s težavami v duševnem zdravju.

Naša raziskava je bila motivirana z dejstvom, da na nacionalnem nivoju pravzaprav nimamo dobrega pregleda na tem, kakšna je razpoložljivost, dostopnost, uporaba in dejavnost služb na področju duševnega zdravja v posameznih slovenskih regijah. Hkrati smo želeli oceniti ali njihove kapacitete in aktivnosti ustrezajo potrebam okolja v katerem delujejo, glede na nekatere sociodemografske in zdravstvene dejavnike tveganja za nastanek težav v duševnem zdravju. In nenazadnje, zanimalo nas je tudi kakšno je stanje na tem področju v nekaterih drugih državah v primerjavi s Slovenijo.

V raziskavi smo uporabili nov, standardiziran in mednarodno primerljiv instrument za

¹ Potrebno je napisati vsebinsko raziskovalno poročilo, kjer mora biti na kratko predstavljen program dela z raziskovalno hipotezo in metodološko-teoretičen opis raziskovanja pri njenem preverjanju ali zavračanju vključno s pridobljenimi rezultati projekta.

opisovanje in klasificiranje služb na področju duševnega zdravja na določenem območju: Evropski obrazec za mapiranje služb na področju duševnega zdravja – ESMS (European Service Mapping Schedule). Z njim smo določali razpoložljivost, dostopnost, uporabo in dejavnosti služb v 12 slovenskih statističnih regijah. V vzorec služb (301) smo zajeli službe, katerih specifični namen je določen vidik upravljanja z duševno motnjo ali z njo povezanimi kliničnimi ali socialnimi težavami (bivalne enote, dnevne in strukturirane dejavnosti, ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti ter skupine za samopomoč in nestrokovne skupine). Vključene so bile institucije na zdravstvenem področju, socialnem področju, prostovoljni in privatni sektor, katerih uporabniki so stari med 15 in 65 let (in brez institucij, ki jih ESMS kriteriji posebej definirajo). Za potrebe naše raziskave smo uvedli še dodatno kategorijo - ozaveščanje in izobraževanje javnosti, izdajanje gradiv brez neposrednega stika z uporabniki, saj smo v sklopu popisa delovanja posamezne službe posebno pozornost namenili njihovi promocijski in preventivni dejavnosti. V študiji smo iz nacionalnih baz pridobili tudi več statističnih podatkov o socialni, demografski, ekonomski in zdravstveni sliki posamezne regije glede na kazalce, ki so povezani s povečanim tveganjem za razvoj težav v duševnem zdravju. V okviru obdelave podatkov smo analizirali uporabo, dostopnost in dejavnosti različnih kategorij služb na 100 000 prebivalcev posamezne regije ter jih primerjali s sociodemografskimi in zdravstvenimi kazalniki na regionalni ravni. V nadaljevanju smo rezultate primerjali tudi z dostopnimi podatki v regijah nekaterih drugih držav. Izdelali smo tudi medregijske primerjave ocen ogroženosti duševnega zdravja, obsega preventivnih in promocijskih dejavnosti in razpoložljivosti služb.

Rezultati analize delovanja vseh popisanih služb (301) so pokazali, da se število in raznolikost služb na področju duševnega zdravja po posameznih regijah precej razlikuje. Največje število razpoložljivih dejavnosti je bilo registriranih v osrednjeslovenski, savinjski, podravski in obalno-kraški regiji in najmanj v notranjsko-kraški, spodnjeposavski in zasavski regiji. Domala v vseh regijah prevladujejo ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti, s prevladujočo ponudbo v osrednjeslovenski regiji. Primerjava razpoložljivih dejavnosti služb s sedežem delovanja v analizirani regiji na 100 000 prebivalcev te regije je pokazala, da je najmanj dejavnosti na voljo prebivalcem zasavske, jugovzhodne Slovenije, spodnjeposavske in pomurske regije, sledijo podravska, notranjsko-kraška, gorenjska in savinjska regija in največ razpoložljivih dejavnosti najdemo v goriški, koroški, osrednjeslovenski in obalno-kraški regiji.

Analiza 251 služb, ki so bile analizirane po kriterijih ESMS, daje nekoliko drugačne rezultate, saj upošteva razpoložljivost in dostopnost služb po posameznih regijah v širšem kontekstu. Namreč, v analizo služb v posamezni regiji se vključuje vse službe, ki navajajo, da imajo področje delovanja tudi v analizirani regiji, ne glede na to, kje je lociran njihov sedež. Ta aspekt analize je pokazal, da je najmanj služb na voljo prebivalcem zasavske, gorenjske, spodnjeposavske in notranjsko-kraške regije ter največ v goriški, koroški, osrednjeslovenski in obalno-kraški regiji. Po številu služb z bivalnimi, dnevnimi in strukturiranimi ter ambulantnimi dejavnostmi je na prvem mestu osrednjeslovenska regija, najmanj pa jih imajo zasavska, notranjsko-kraška in spodnjeposavska. Po številu različnih kategorij v regiji lociranih služb pa pri bivalnih enotah osrednjeslovensko prekaša podravska regija, pri ambulantnih službah pa ima enako število različnih kategorij kot osrednjeslovenska še savinjska regija. Nadalje je analiza služb pokazala, da je najmanj služb na voljo prebivalcem zasavske, gorenjske, spodnjeposavske in notranjsko-kraške regije ter največ v goriški, koroški, osrednjeslovenski in obalno-kraški regiji. Po številu

služb z bivalnimi, dnevnimi in strukturiranimi ter ambulantnimi dejavnostmi je na prvem mestu osrednjeslovenska regija, najmanj pa jih imajo zasavska, notranjsko-kraška in spodnjeposavska. Po številu različnih kategorij v regiji lociranih služb pa pri bivalnih enotah osrednjeslovensko prekaša podravska regija, pri ambulantnih službah pa ima enako število različnih kategorij kot osrednjeslovenska še savinjska regija.

Analiza povezanosti med nekaterimi sociodemografskimi dejavniki, ter kazalci uporabe služb na 100 000 prebivalcev po regijah je razkrila, da so nekateri sociodemografski dejavniki v Sloveniji pomembno povezani z uporabo različnih kategorij služb na področju duševnega zdravja, med njimi: število prebivalcev regije, umrljivost, odstotni delež žensk med 20. in 39. letom starosti ter moških med 40. in 64. letom, indeks staranja, stopnja brezposelnosti, bruto družbeni proizvoda, delež družin očeta z otrok. Za omenjene dejavnike menimo, da bi jih bilo potrebno posebej upoštevati pri načrtovanju prihodnje politike razvoja služb na področju duševnega zdravja.

Službe, ki ponujajo dnevne in strukturirane dejavnosti so v manjši meri javnega značaja kot službe, ki omogočajo bivanje ali ambulantne dejavnosti, saj jih je skoraj petkrat več v neprofitnem sektorju kot v ostalih dveh, medtem ko tako bivalen enote kot službe ambulantne dejavnosti številčno prevladujejo v javnem sektorju. V kategoriji dnevnih in strukturiranih dejavnosti smo zasledili relativno malo možnosti dela ali delu podobnih dejavnosti, vsekakor veliko manj, kot poročajo npr. iz vzhodno-nemške pokrajine Sachsen-Anhalt, kjer področje dela za ljudi, ki na trgu dela nimajo možnosti konkurirati, urejajo strogi zakoni. Morda bi morali tudi v Sloveniji zaostriti pogoje za delodajalce na način, da bi se jih posledično manjši delež odločal za denarni prispevek in večji delež za dejansko oblikovanje delovnega mesta za ljudi s težavami v duševnem zdravju ali oviranostjo na katerem drugem področju. Primerjava podatkov uporabe služb po ESMS klasifikaciji med Slovenijo in nekaterimi drugimi državami je pokazala, da so kazalci uporabe v Sloveniji primerljivi s tistimi v Italiji, Španiji in tudi v vzhodni Nemčiji, a v primeru slednje bi si želeli tudi primerljivo število postelj, psihiatrov in predvsem zaščitenih delovnih mest na 100 000 prebivalcev. Kazalci uporabe bivalnih enot so primerljivi tudi s tistimi v po eni norveški in ruski regiji. Upoštevati pa je potrebno, da razlike znotraj držav niso nič manjše kot razlike, ki jih najdemo med državami.

Hkrati z ESMS klasifikacijo služb smo popisali tudi njihove preventivno promocijske dejavnosti na področju duševnega zdravja. Več kot 90% služb izvaja v okviru svojih programov tudi kakšno od preventivno promocijskih dejavnosti. 60% preventivnih aktivnosti služb je usmerjenih k preprečevanju nastanka duševnih bolezni in motenj oz. zmanjšanju njihove pojavnosti, t.j. v primarno preventivo. Sledijo aktivnosti usmerjene v preprečevanje posledic prebolele duševne motnje oziroma preprečevanje invalidnosti - terciarna preventiva in, najmanj - 14% aktivnosti poteka v okviru sekundarne preventive t.j. odkrivanje in pravočasno ter ustrezno zdravljenje duševnih motenj z namenom zmanjšanja razširjenosti motnje oz. skrajšanja trajanja bolezni. Preventivne dejavnosti smo analizirali in primerjali tudi glede na njihovo razširjenost v posamezni statistični regiji tako, da smo število služb, ki nudijo določeno obliko preventive preračunali na 100 000 prebivalcev regije in jih potem razvrstili od največjega do najmanjšega obsega preventivnih dejavnosti po posameznih regijah. Največ preventivnih dejavnosti (ne glede na obliko) na 100 000 prebivalcev regije je moč zaznati v obalno-kraški, osrednjeslovenski in goriški regiji. In najmanj v zasavski, notranjsko-kraški in gorenjski regiji. Primarna preventiva je daleč najbolj razširjena oblika dejavnosti in lahko opazimo,

da je znotraj posameznih statističnih regij zastopana v različnem obsegu. V regijah prevladuje število služb, ki izvajajo selektivno primarno preventivo, namenjeno skupinam ljudi s povečanim tveganjem za nastanek duševnih motenj, sledijo službe, ki izvajajo indicirano primarno preventivo namenjena ljudem, ki že imajo nekatere simptome duševnih motenj. Precej manj služb se v primerjavi s selektivno primarno preventivo posveča univerzalni primarni preventivi, ki je namenjena celotni populaciji. Najmanj primarno preventivnih dejavnosti je prisotnih v gorenjski, zasavski, notranjsko-kraški in savinjska regiji, medtem ko koroška, osrednjeslovenska in obalno-kraška regija kažejo na najboljšo pokritost s primarno preventivnimi dejavnostmi. Službe, ki izvajajo različne preventivne programe na področju duševnega zdravja so usmerjene tako v dejavnike tveganja kot v krepitev varovalnih dejavnikov. V največjem deležu so izvajalci navajali krepitev varovalnega dejavnika – načrt podpore (okrog 60% je namenjeno strokovni in družinski podpori ter okrog 40% prijateljem in skupnosti). Po pogostosti sledijo še uravnotežen urnik vsakdanjih dejavnosti, reševanje medosebnih konfliktov, izobraževanje o motnji, zdravo in urejeno prehranjevanje in odpravljanje socialne stigme.

Statistične regije vzhodne Slovenije (pomurska, zasavska, spodnjesavska, podravska, savinjska) in notranjsko-kraška regija imajo največ povečanih socialnih, demografskih, ekonomskih in zdravstvenih kazalcev, ki jih študije navajajo kot pomembne dejavnike tveganja pri nastanku težav v duševnem zdravju. Medtem ko je v osrednjeslovenski, goriški, gorenjski, obalno-kraški regiji v primerjavi z ostalimi regijami stopnja ogroženosti duševnega zdravja najnižja. Izkazalo se je tudi, da je v regijah z večjo razpoložljivostjo služb tudi bolje pokrita preventivno promocijska dejavnost, vendar pa je obseg preventivno promocijskih dejavnosti največji ravno v nekaterih regijah zahodne Slovenije, kjer je stopnja ogroženosti relativno nizka (obalno-kraška, osrednjeslovenska, goriška). Še posebej očitna je ta diskrepanca v notranjsko-kraški, zasavski in pomurski regiji, kje je očitna visoka stopnja ogroženosti duševnega zdravja in manjša razpoložljivost služb sedežem v regiji ter relativno slaba pokritost s preventivno promocijskimi dejavnostmi.

Kljub temu, da ima tako kurativa kot preventiva na področju duševnega zdravja že precej dolgo zgodovino, pa so se programi preventivnih dejavnosti, ki bazirajo na znanstvenih podlagah ter na sistematičnih kontroliranih študijah preverjanja njihove uspešnosti pojavili šele okrog leta 1980. Dandanes je moč zaslediti v tujini množico programov, ki so na voljo uporabnikom ter naraščajoče število raziskovalnih centrov, univerzitetnih programov in drugih inštitucij, ki se ukvarjajo s problematiko duševnega zdravja. V ospredje vse bolj prihaja tudi multidisciplinarni pristop obravnavanja težav v duševnem zdravju, ki tako premika polje zanimanja iz medicinskega polja vse bolj tudi v sfere družboslovnih in humanističnih ved. Implementacija preventive na področju duševnega zdravja je postala v svetovnem merilu ena izmed prioritet javnega zdravstva. Slovenija v tem pogledu močno zaostaja za razvitimi državami, saj zaenkrat še vedno nimamo specializiranih učnih, študijskih in raziskovalnih kapacitet, ampak se s problematiko duševnega zdravja ukvarjajo pretežno nepovezano različne inštitucije in akterji. To se nenazadnje odraža tudi v precej pomanjkljivih statistikah iz tega področja in pomanjkanju zavedanja nosilcev različnih programov po sistematičnem spremljanju učinkov in udeležencev njihovih aktivnosti. Čeprav 85% služb izvaja kakšno od oblik evalvacije, pa so le te v večini primerov neuporabne v raziskovalne namene, saj ne spremljajo indikatorjev, ki znanstveno dokazano izpričujejo povezanost s težavami v duševnem zdravju. Upajmo, da bo nedavno sprejet Zakon o duševnem zdravju omogočil čim prejšnje zmanjšanje tudi te vrzeli pri nas.

Raziskava, ki smo jo opravili, predstavlja pomemben korak na poti k enovitemu popisu obstoječih služb in njihovih dejavnosti na področju duševnega zdravja v Sloveniji. Z njo smo pridobili vpogled v trenutno stanje na področju dostopnosti in raznolikosti služb, njihovih aktivnosti ter regionalnih potreb po različnih oblikah obravnavanja duševnega zdravja. S pomočjo izbranih sociodemografskih in zdravstvenih kazalnikov ter kazalcev dostopnosti in uporabe služb po ESMS metodologiji namreč lahko pridobimo dober vpogled v oceno, katere dejavnike je v Sloveniji potrebno upoštevati pri načrtih za povečanje kapacitet služb na področju duševnega zdravja in pri ustanavljanju novih. Podatki o tem, katere vrste služb obstajajo, kako so razporejene po regijah in katere dejavnosti izvajajo pa omogočajo tudi to, da lahko razberemo obstoječe vrzeli.

Čeprav se zavedamo, da ima naša študija tudi nekaj metodoloških omejitev (v študijo niso bile vključene vse službe, ki delujejo v regijah; podatki uporabe nekaterih služb ne odražajo nujno tudi realnega stanja, so lahko s strani izvajalcev bodisi precenjeni ali podcenjeni) pa menimo, da smo dobili dober vpogled v stanje dejavnosti služb na področju duševnega zdravja v posameznih slovenski regijah. Zaključimo lahko, da v Sloveniji ne moremo govoriti o odsotnosti zavedanja o pomenu preventivne in promocijske dejavnosti na področju duševnega zdravja, saj se večina služb poslužuje kakšne od oblik promocije ali preventive. Vendar pa bode v oči dejstvo, da službe posvečajo premalo pozornosti univerzalni primarni preventivi, in so pretežno usmerjene v ciljne skupine, ki se že soočajo s težavami v duševnem zdravju. Nadalje, intenziteta in obseg preventivnih dejavnosti je premalo domišljen v luči nekaterih sociodemografskih in zdravstvenih dejavnikov tveganja, ki so v nekaterih okoljih bolj problematični in v drugih manj. In nenazadnje, prebivalci nimajo v vseh regijah enakih možnosti glede oskrbe in dostopa do nekaterih oblik nudenja pomoči v primerih težav v duševnem zdravju. Tovrstno neuravnoteženost med potrebami in možnostmi lahko dobro premosti implementacija stopenjskega modela oskrbe, ki bazira na pragmatičnem ravnotežju med skupnostno in oskrbo glede na razpoložljive resurse. Avtorja Thornicroft in Tansella opisujeta posamezne korake v razvoju oskrbe na področju duševnega zdravja, kjer je vsak od korakov prilagojen obstoječi stopnji ekonomskega razvoja neke države oz. finančnih vložkov, ki so na voljo na nekem območju (državi ali regiji). Za Slovenijo je ta model še posebej zanimiv zaradi njene raznolikosti, ki se pojavlja med posameznimi geografskimi področji in neenakomerno razvitostjo le teh. Model je aditiven in sekvenčen, kar pomeni, da se postoma nadgrajujejo obstoječe kapacitete in hkrati omogoča, vključitev lokalnih dejavnikov, kot npr. tradicijo in specifične okoliščine, preference uporabnikov in osebja, močne in šibke lastnosti obstoječih služb in seveda vire, ki so na voljo.

**** Obširnejše vsebinsko poročilo raziskave je zaradi njene kompleksnosti priloženo v obliki elaborata. Na tem mestu smo povzeli le ključne dele raziskave z njenimi rezultati.**

3. Izkoriščanje dobljenih rezultatov:

3.1. Kakšen je potencialni pomen² rezultatov vašega raziskovalnega projekta za:

- ☒ a) odkritje novih znanstvenih spoznanj;
- ☒ b) izpopolnitev oziroma razširitev metodološkega instrumentarija;
- ☒ c) razvoj svojega temeljnega raziskovanja;
- ☐ d) razvoj drugih temeljnih znanosti;
- ☐ e) razvoj novih tehnologij in drugih razvojnih raziskav.

3.2. Označite s katerimi družbeno-ekonomskimi cilji (po metodologiji OECD-ja) sovpadajo rezultati vašega raziskovalnega projekta:

- ☐ a) razvoj kmetijstva, gozdarstva in ribolova - Vključuje RR, ki je v osnovi namenjen razvoju in podpori teh dejavnosti;
- ☐ b) pospeševanje industrijskega razvoja - vključuje RR, ki v osnovi podpira razvoj industrije, vključno s proizvodnjo, gradbeništvom, prodajo na debelo in drobno, restavracijami in hoteli, bančništvom, zavarovalnicami in drugimi gospodarskimi dejavnostmi;
- ☐ c) proizvodnja in racionalna izraba energije - vključuje RR-dejavnosti, ki so v funkciji dobave, proizvodnje, hranjenja in distribucije vseh oblik energije. V to skupino je treba vključiti tudi RR vodnih virov in nuklearne energije;
- ☐ d) razvoj infrastrukture - Ta skupina vključuje dve podskupini:
 - transport in telekomunikacije - Vključen je RR, ki je usmerjen v izboljšavo in povečanje varnosti prometnih sistemov, vključno z varnostjo v prometu;
 - prostorsko planiranje mest in podeželja - Vključen je RR, ki se nanaša na skupno načrtovanje mest in podeželja, boljše pogoje bivanja in izboljšave v okolju;
- ☐ e) nadzor in skrb za okolje - Vključuje RR, ki je usmerjen v ohranjanje fizičnega okolja. Zajema onesnaževanje zraka, voda, zemlje in spodnjih slojev, onesnaženje zaradi hrupa, odlaganja trdnih odpadkov in sevanja. Razdeljen je v dve skupini:
- ☒ f) zdravstveno varstvo (z izjemo onesnaževanja) - Vključuje RR - programe, ki so usmerjeni v varstvo in izboljšanje človekovega zdravja;
- ☒ g) družbeni razvoj in storitve - Vključuje RR, ki se nanaša na družbene in kulturne probleme;
- ☒ h) splošni napredek znanja - Ta skupina zajema RR, ki prispeva k splošnemu napredku znanja in ga ne moremo pripisati določenim ciljem;
- ☐ i) obramba - Vključuje RR, ki se v osnovi izvaja v vojaške namene, ne glede na njegovo vsebino, ali na možnost posredne civilne uporabe. Vključuje tudi varstvo (obrambo) pred naravnimi nesrečami.

² Označite lahko več odgovorov.

3.3. Kateri so **neposredni rezultati** vašega raziskovalnega projekta glede na zgoraj označen potencialni pomen in razvojne cilje?

Kot je podrobno razvidno iz elaborata, ki je v prilogi, so neposredni rezultati našega projekta naslednji:

1. Na regionalni ravni je bila v Sloveniji prvič opravljena obširna analiza razpoložljivosti, dostopnosti in dejavnosti služb na področju duševnega zdravja, ki bo omogočala bolj domišljeno in učinkovitejšo zdravstveno ter socialno politiko na področju duševnega zdravja.
2. Službe so bile mapirane z mednarodno primerljivim in standardiziranim instrumentom ESMS (European Service Mapping Schedule), ki smo ga prevedli in prilagodili našim potrebam in je sedaj dostopen tudi drugim raziskovalcem, ki se ukvarjajo z analizo služb na področju duševnega zdravja tako pri nas kakor v tujini.
3. Metodologijo ESMS smo nadgradili z registriranjem aktivnosti na področju promocijske in preventivne dejavnosti služb, kar omogoča dober vpogled v ustreznost potekajočih preventivnih programov glede na nekatere sociodemografske, ekonomske in zdravstvene dejavnike tveganja za nastanek težav v duševnem zdravju, ki so prisotni v posameznih regijah.
4. Dobljeni rezultati naše raziskave so aplikativni. Izdelali smo primerjavo razpoložljivosti in dostopnosti služb (na osnovi ESMS kazalnikov), oceno ogroženosti duševnega zdravja (s pomočjo dejavnikov tveganja) in obseg preventivno promocijskih dejavnosti po posameznih statističnih regijah. Na tej osnovi lahko oblikovalci socialnih in zdravstvenih politik na področju duševnega zdravja načrtujejo ustrežnejše mreže socialnih in zdravstvenih storitev ter infrastrukturno podporo.

3.4. Kakšni so lahko **dolgoročni rezultati** vašega raziskovalnega projekta glede na zgoraj označen potencialni pomen in razvojne cilje?

V letu 2008 smo v RS dobili Zakon o duševnem zdravju, ki predstavlja tudi formalno podlago za Nacionalni program za duševno zdravje. Rezultati projekta bodo neposredno uporabni za snovanje nacionalnega programa duševnega zdravja za zdravstveno in za socialno področje, koristni pa bodo tudi pri pripravi podzakonskih aktov.

Določenih podatkov do sedaj v taki obliki nihče še ni zbral - in čeprav so bili podatki zbrani z namenom ocene preventivnih dejavnosti, je bilo predhodno potrebno popisati službe za duševno zdravje v celotni RS. Tako kot osnovni rezultati projekta - to je popis in analiza preventivnih dejavnosti pa tudi popis in analiza služb za duševno zdravje bodo v danem trenutku več kot dobrodošli.

Dolgoročno je nujno sodelovati s svetovalnimi službami na področju duševnega zdravja in jih opremljati s tovrstnimi izsledki in znanji. Prav tako je tovrstne vsebine potrebno vključiti v pedagoški proces tako za slušatelje psihologije, socialnega dela in medicine.

Prav tako se je nujno dejavno angažirati (javne predstavitve, okrogle mize, soočanja, delavnice) s potencialnimi uporabniki tovrstnega znanja in kot oblikovalci strokovnih podlag prispevati k oblikovanju zdravstvenih in socialnih politik v okviru regionalnega razvoja.

3.5. Kje obstaja verjetnost, da bodo vaša znanstvena spoznanja deležna zaznavnega odziva?

- ☒ a) v domačih znanstvenih krogih;
- ☒ b) v mednarodnih znanstvenih krogih;
- ☒ c) pri domačih uporabnikih;
- ☒ d) pri mednarodnih uporabnikih.

3.6. Kdo (poleg sofinancerjev) že izraža interes po vaših spoznanjih oziroma rezultatih?

HELPS mednarodna projektna skupina, ki preučuje preventivne dejavnosti v Evropskem prostoru je že pokazala zanimanje za rezultate, a jih nismo mogli posredovati, ker še nismo imeli vseh analiz.

Za rezultate se ves čas zanima tudi projektna skupina PSICOST, ki je razvila ESMS - to je vprašalnik, ki smo ga uporabljali v projektu. Še nikoli namreč ta vprašalnik nihče ni uporabil z namenom, da bi analiziral preventivne dejavnosti. Naši rezultati imajo zato za avtorja vprašalnika metodološko vrednost.

Za rezultate naše študije vlada izjemno zanimanje tudi na strani služb, ki so sodelovale v študiji. Zanima jih predvsem medregionalna primarjava stanja na tem področju.

3.7. Število diplomantov, magistrov in doktorjev, ki so zaključili študij z vključenostjo v raziskovalni projekt?

KURBOS, Martina. Ocena dostopnosti služb na področju duševnega zdravja glede na sociodemografske dejavnike tveganja za nastanek duševne motnje : diplomsko delo. Ljubljana: [M. Kurboš], 2008. 159 f., ilustr., tabele. [COBISS.SI-ID 28612653]

4. Sodelovanje z tujimi partnerji:

4.1. Navedite število in obliko formalnega raziskovalnega sodelovanja s tujimi raziskovalnimi institucijami.

Vspostavili smo sodelovanje z naslednimi raziskovalnimi institucijami, s katerimi smo skupaj prijavi projekt na PHEA. Nosilec je PSICOST iz Španije. Vsi ostali smo kontraktorji. Gre za nadaljevanje razvoja instrumenta, ki smo ga uporabljali pri našem projektu.

University of Vienna, Austrija

Public Health Association, Bolgarija

SINTEF Health Research, Norveška

The London School of Economics and Political Science, Združeno Kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske

Fundació Caixa Catalunya Španija,

PSICOST Scientific Association, Španija

4.2. Kakšni so rezultati tovrstnega sodelovanja?

Prvi dobri rezultati tovrstnega sodelovanja je uspešna prijava na razpis in skupni projekt eDESDE-LTC.

eDESDE –LTC (Electronic standard coding and mapping services for long-term care) je projekt, ki je namenjen oblikovanju standardiziranega elektronskega kodiranja in razvrščanja služb za dolgotrajno oskrbo.

Projekt traja 27 mesecev in se je začel z julijem 2008.

Dolgotrajna oskrba predstavlja eno izmed prioriternih področij v deželah Evropske unije in v drugih gospodarsko razvitejših državah. Razlog temu je prvenstveno v staranju prebivalstva, ki se odraža v večjem številu in deležu starejše populacije posamezne države. Zato se bomo tudi v Sloveniji že zelo hitro soočili s povečanimi potrebami po dolgotrajni oskrbi in naraščajočim številom dejavnosti na tem področju. Dolgotrajna oskrba se lahko izvaja na domu ali v specializiranih ustanovah.

Glavni cilj predlaganega projekta je na osnovi aktivnega sodelovanja v mednarodni skupini tudi v Sloveniji ustvariti kar največ, kar je v trenutni fazi razvoja e-Zdravja na področju dolgotrajne oskrbe mogoče. Pri tem bomo razvili slovenski operativni sistem za kodiranje, razvrščanje in primerjanje služb za dolgotrajno oskrbo, ki bo olajšal pomenoslovne povezave na tem področju. Sistem bo vključeval:

- 1.) Standardizirano klasifikacijo in kodiranje glavnih tipov nege oseb s potrebami po dolgotrajni oskrbi (DESDE-LTC Kodiranje);
- 2.) Instrument za razvrščanje in standardiziran opis služb (DESDE-LTC Razpored);
- 3) Spletno stran (eDESDE-LTC) in on-line izobraževalni paket.

Posredni cilji predlaganega projekta, ki so pomembni za slovenski prostor so:

- 1.) Prispevati k razvoju sistema zdravstvenega varstva;
- 2.) Prispevati k izboljšanju sistema prenosa in souporabe podatkov o zdravju, ki bodo tudi javno dostopni;
- 3.) Prispevati k razvoju novih metod za analizo in javljanje podatkov ter posvetov med državami članicami in interesnimi skupinami o zdravstvenih vprašanjih na ravni Evropske skupnosti.

PHEA (Public Health Executive Agenci) v 60% sofinancira projekt s strani Evropske.

Celotna vrednot projekta je za vseh 6 partnerjev iz 6 evropskih držav 449,893.25 evrov in PHEA zagotavlja 269,055 evrov, kar znaša 59.80%.

Slovenska partnerja v projektu sta Inštitut za raziskovanje in izobraževanje Ozara Ljubljana in Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU.

5. Bibliografski rezultati³ :

Za vodjo projekta in ostale raziskovalce v projektni skupini priložite bibliografske izpise za obdobje zadnjih treh let iz COBISS-a) oz. za medicinske vede iz Inštituta za biomedicinsko informatiko. Na bibliografskih izpisih označite tista dela, ki so nastala v okviru pričujočega projekta.

³ Bibliografijo raziskovalcev si lahko natisnete sami iz spletne strani: <http://www.izum.si/>

6. Druge reference⁴ vodje projekta in ostalih raziskovalcev, ki izhajajo iz raziskovalnega projekta:

- 1.) Predstavitev izsledkov in stanja na področju primarne preventive duševnega zdravja je bilo vključeno v različne aktivnosti iz naslova strokovne dejavnosti, ki se izvajajo v okviru društva IRIO in širše (Mojca Z. Dernovšek, strokovna odgovorna nosilka programov, ki jih v letu 2007 izvaja društvo):
 - Socialna mreža;
 - Izobraževanje strokovnih delavcev;
 - Edukacija o duševnih motnjah za osebe s težavami v duševnem zdravju in njihove svojce;
 - Samopomočna skupina – klub za bipolarno motnjo razpoloženja;
 - Mreža klubov svojcev;
 - Mediacija za družine, ki se soočajo z duševno motnjo.
- 2.) V okviru priprave elaborata za projekt Medicinska rehabilitacija oseb s težavami v duševnem zdravju (od 26. 10. 2007) so bili predstavljeni nekateri pomembnejši izsledki raziskave, ki bodo vneseni tudi v elaborat (Mojca Z. Dernovšek, vodja projektnega tima).
- 3.) Sodelovanje pri oblikovanju predloga zakona o duševnem zdravju, kjer so pri predlogih bili vključeni tudi nekateri preliminarni rezultati tega projekta (Mojca Z. Dernovšek, članica ekspertne skupine za pripravo zakona).
- 4.) Na 10. kongresu Bridging Eastern and Western Psychiatry »National Mental Health Policies – an overview; Education and Research Encorporate and Ensure Good Practice«, ki je potekal 20. – 22. septembra 2007 v Portorožu so bili predstavljeni delni rezultati projekta na delavnici. »A preliminary report on the impementation of The European Service and Mapping Schedule (ESMS) in Slovenia« v pripravi je tudi prispevek, ki bo izšel iz tega naslova v tematski številki Psychiatria Danubina naslednji mesec (Mojca Z. Dernovšek, Šprah Lilijana; avtorici prispevkov).
- 4.) Vključitev izsledkov raziskave v projektno dokumentacijo mednarodnega projekta na razpisu PHEA z naslovom »Electronic standard coding and mapping of services for long-term care« (eDESDE-LTC). Septembra 2007 je bil projekt tudi odobren, nosilec projekta je Asociacion Cientifica Psicost, Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozara Ljubljana in ZRC SAZU pa sta vključeni v projekt kot sodelujoča partnerja (Mojca Z. Dernovšek, Šprah Lilijana; sodelujoči raziskovalki partnerskih inštitucij iz Slovenije na projektu eDESDE-LTC).
- 5.) Priprava na izvedbo izobraževalnih modulov Začetnega in Nadaljevalnega tečaja socialne psihiatrije, katerih nosilec je Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozara Ljubljana, in kjer so vsebinsko upoštevani tudi vmesni rezultati projekta. Izobraževalni moduli so namenjeni primarno strokovnim delavcem, ki delujejo tako da področju primarne, sekundarne in terciarne preventive in zagotavljajo primerno raven usposobljenosti za promocijo duševnega zdravja na primernem nivoju (Začetni tečaj socialne psihiatrije, ki

⁴ Navedite tudi druge raziskovalne rezultate iz obdobja financiranja vašega projekta, ki niso zajeti v bibliografske izpise, zlasti pa tiste, ki se nanašajo na prenos znanja in tehnologije.

Navedite tudi podatke o vseh javnih in drugih predstavitvah projekta in njegovih rezultatih vključno s predstavitvami, ki so bile organizirane izključno za naročnika/naročnike projekta.

obsega 6 modulov: Psihosocialno zdravje in komunikacija, Odgovorno ravnanje na področju socialne psihiatrije, Zakonska ureditev ter pravice in odgovornosti strokovnih delavcev, Mobilna oskrba in starostniki, Zloraba drog in zasvojenost, Razumevanje in obvladovanje konfliktnih situacij v skupini). Celoten program izobraževanj je bil v avgustu 2007 verificiran in ovrednoten s kreditnimi točkami s strani Zdravniške zbornice Slovenije (Mojca Z. Dernovšek, Šprah Lilijana; izvajalki pedagoškega procesa v okviru nekaterih modulskih vsebin) .

6.) Izsledki raziskave so bili predstavljeni tudi v ponudbi programov, ki jih Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozara Ljubljana ponuja podjetjem – program za promocijo in vzdrževanje pozitivnega duševnega zdravja v podjetjih, s specializiranimi programoma za premagovanje in obvladovanje stresa in trpinčenja (mobinga) na delovnem mestu (Mojca Z. Dernovšek, izvajalka programov).

7.) V okviru pedagoškega procesa na Visoki šoli za zdravstvo Izola, Primorska univerza pri predmetu Psihologija v zdravstveni negi je bila predstavljena problematika duševnega zdravja, pomembnost promocije in preventive na področju duševnega zdravja ter služb in njihovih dejavnosti, ki so na omenjenih področjih aktivne v Sloveniji. (Šprah Lilijana, izvajalka študijskega programa Psihologija v zdravstveni negi).

8.) Objavljen strokovni prispevek v : LOVREČIČ, Mercedes (ur.). Poročilo s področja prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2007; ISBN 978-961-6659-10-9, z naslovom OCENJEVANJE IN VREDNOTENJE PROGRAMOV NA PODROČJU PREPREČEVANJA ZASVOJENOSTI, kjer so bili povzeti tudi nekateri izsledki o izvajanju evalvacijskih procesov na področju duševnega zdravja v Sloveniji, ki smo jih zasledili z našo raziskavo (Šprah Lilijana, avtorica prispevka).

9.) Avtorica knjige za strokovno in laično javnost z naslovom: Kam in kako po pomoč v duševni stiski.

DERNOVŠEK Mojca Zvezdana. Vodja raziskovalnega projekta je prvi avtor. Knjigo je izdalo Društvo Ozara v sodelovanju z Inštitutom za raziskovanje in izobraževanje Ozara in Centrom za psihološko svetovanje Posvet.

Opis: Knjiga je namenjena strokovni in laični javnosti in predstavlja zbirko kratkih opisov najpogostejših duševnih motenj ter vedenj, povezanih z duševnimi motnjami. Poleg tega knjiga vsebuje tudi seznam naslovov in telefonskih števil, kamor lahko strokovnjaki posameznika s težavami v duševnem zdravju napotijo oziroma se posameznik lahko po pomoč obrne sam. V letu 2006 je knjižica že izšla in je bila zelo lepo sprejeta. V 2007 smo pripravili ponatis, ki je popravljen in dopolnjen z novimi informacijami.

10.) ROŽMAN, Irena, ŠPRAH, Lilijana. Rezultati procesne evalvacije preventivnih programov na področju družbeno nezaželenih vzorcev vedenja otrok in mladostnikov na območju Mestne občine Ljubljana. 1. izd. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, 2007. ISBN 978-961-253-001-3.

Opis: Publikacija obravnava problematiko ocenjevanja in vrednotenja programov ter projektov, na področju preprečevanja zasvojenosti ter podaja najnovejše smernice evalviranja aktivnosti na področju preprečevanja zasvojenosti, kot jih priporoča European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). V njej so predstavljeni postopki in izsledki ocenjevanja kvalitete izvajanja 12 preventivnih programov in

projektov s področja preprečevanja zasvojenosti, ki so potekali na območju Mestne občine Ljubljana in tudi drugod po Sloveniji. V ospredju ocenjevanja in vrednotenja je bila predvsem kvaliteta izvajanja programov in v povezavi z njo še primernost vsebinskih izhodišč, zastavljenih ciljev, izvajanih aktivnosti, usposobljenost izvajalcev ter kvaliteta njihovih samoevalvacij. Hkrati pa so v publikaciji podrobno analizirane tudi nekatere najbolj pogoste pomanjkljivosti izvajanja programov kot so: poznavanje teoretičnih izhodišč problematike, s katero se izvajalci ukvarjajo, nabor udeležencev programov, primerna usposobljenost izvajalcev v nekaterih programih in učinkovitost samoevalvacijskih postopkov izvajalcev programov. Izkazalo se je, da so slednji najbolj pomanjkljivo izpeljan segment domala vseh programov, ki kaže na to, da bo potrebno v bodoče izvajalce opremiti s primernim metodološkim znanjem evalviranja, povečati njihove kompetence za prepoznavanje podatkov, ki sodijo v ocenjevanje učinkov in rezultatov izvajanja programov in, se jih tudi s pomočjo sofinancerjev njihovih programov primerno uvesti v realizacijo ciljev, ki jim sledijo financerji v sklopu socialnih in zdravstvenih politik države.

11.) Posredovanje novih znanj neposrednim uporabnikom (seminarji, forumi, konference) ŠPRAH, Lilijana. Vodja projektne skupne za organizacijo mednarodnega Tednov možganov v Sloveniji (12.-18.2007).

Opis: Teden možganov 2007 je potekal v Ljubljani, Novi Gorici, Brežicah, Ravnah na Koroškem, Postojni in Murski Soboti. Akcija promocije nevroznanosti je bila namenjenega osveščanju laične in strokovne javnosti o osebnih in družbenih koristih raziskovanja živčevja. Teden možganov 2007 je potekal v okviru mednarodnega tedna možganov pod okriljem European Dana Alliance for the Brain (Brain Awareness Week). V Sloveniji so bile izvedene številne aktivnosti v obliki izobraževalnih dogodkov (predavanja, delavnice, prezentacije), prispevkov za tiskane in elektronske medije na temo odvisnosti, kognitivnih funkcij, duševnih motenj in predstavitev nevroznanosti v Sloveniji, pripravljene poučne spletne vsebine, kreativni natečaj za OŠ na temo: Možgani, zrcalo naše stvarnosti, organizirani nevroznanstveni kinovečeri in gostujoča predavanja ter delavnice nevroznanstevnikov po različnih krajih Slovenije, predstavitev njihovega raziskovalnega dela in možnosti študija na področju nevroznanosti pri nas in v tujini ([COBISS.SI-ID 27490093]; http://fens.mdc-berlin.de/media/pdf/BAW_final-reports.pdf. [COBISS.SI-ID 27490349]; [COBISS.SI-ID 27489837], <http://www.sinapsa.org/TM/teden2007.php>)

12) Predstavitev metodologije in izvedbe terenske raziskave z ESMS instrumentom v Sloveniji na delovnem srečanju raziskovalne skupine e-DESDE-LTC, ki je potekal na Dunaju od 25.-27. septembra 2008 (Šprah Lilijana).

13.) Predavne na strokovnem posvetu Skrb za zdravje na delovnem mestu - Psihosocialno zdravje in delo, ki je potekal 9. oktobra 2008 v Državnem svetu (Mojca Zvezdana DERNOVŠEK).

RAZVOJ KAKOVOSTI IN DOSTOPNOSTI PREVENTIVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA NA PRIMARNEM NIVOJU

Povzetek

Ob trendih naraščanja prevalence duševnih motenj v razvitem svetu postaja duševno zdravje eno od prioritetnih področij zdravstvene politike v Evropi. Promocija duševnega zdravja in preventivne dejavnosti zmanjšujejo tveganje za razvoj duševnih in vedenjskih motenj kar posledično vpliva na socialno blaginjo in zmanjševanje izdatkov, povezanih z zdravjem. Za vzpostavitev učinkovitih preventivnih programov in porabo virov so potrebne evalvacijske študije služb, ki delujejo na področju duševnega zdravja. Evropski obrazec za mapiranje služb (ESMS) je doslej edini standardiziran in mednarodno uporaben instrument za klasifikacijo in merjenje uporabe služb na področju duševnega zdravja. Namen naše raziskave je bil ugotoviti s pomočjo ESMS metodologije razpoložljivost, dostopnost in preventivno dejavnost služb na področju duševnega zdravja v statističnih regijah Slovenije.

Slovenski prevod instrumenta je bil apliciran na 301 službi v dvanajstih statističnih regijah Slovenije. Med njimi je bilo 251 takih, ki so ustrezale kriterijem podrobnejšega popisa po ESMS metodologiji, kjer smo zajeli podatke o razpoložljivosti, uporabi in njihovi dejavnosti na področju primarne preventive. Iz nacionalnih statističnih podatkovnih baz smo pridobili tudi regionalne podatke za nekatere sociodemografske in zdravstvene indikatorje, ki so povezani s povečanim tveganjem za nastanek težav v duševnem zdravju.

Rezultati naše študije so pokazali precejšnje razlike v razpoložljivosti, dostopnosti in dejavnosti služb med regijami. V zasavski, notranjsko-kraški in pomurski regiji je njihova razpoložljivost najmanjša, medtem ko jih je v osrednjeslovenski, podravski in savinjski regiji na voljo največ in tudi z najbolj raznolikimi dejavnostmi na področju duševnega zdravja. Posamezne slovenske regije so v tem oziru primerljive tudi z nekaterimi evropskimi. V Sloveniji smo našli 28 od 32 kategorij služb, ki jih kategorizira ESMS. Primarna selektivna in terciarna preventiva na področju duševnega zdravja sta najbolj razširjeni obliki preventivne dejavnosti, ki jih službe izvajajo v okviru svojih programov. Ugotovili smo, da dostopnost in preventivna dejavnost služb po posameznih regijah ni usklajena z navzočnostjo nekaterih dejavnikov tveganja za nastanek težav v duševnem zdravju. V najbolj nezavidljivi situaciji so zasavska, notranjsko-kraška in pomurska regija, kjer socialni, ekonomski in zdravstveni kazalniki, povezani z nastankom težava v duševnem zdravju najbolj izraziti, vendar je izmed vseh regij pri njih zaznati najmanjšo dostopnost in raznolikost služb ter preventivnih programov. Implementacija ESMS instrumenta v Sloveniji se je pokazala kot uporaben pristop za opis delovanja služb na področju duševnega zdravja, ki omogoča tudi primerjavo z različnimi evropskimi regijami in državami. Rezultati naše študije lahko predstavljajo uporabne smernice pri oblikovanju bodočih učinkovitih preventivnih programov na področju duševnega zdravja v Sloveniji.

PROGRESS OF QUALITY AND ACCESSIBILITY OF MENTAL HEALTH PREVENTION IN PRIMARY SETTING

Abstract

Mental health is becoming one of the priorities for the European health care policies due to a high lifetime prevalence of mental disorders. Mental health promotion and mental disorder prevention can reduce the risk for mental and behavioural disorders and consequently improve the social welfare and decrease the amount of health costs. In this regard evaluation studies on mental health facilities and activities are needed as base for establishing efficacious preventive programmes and resource use. The European Service Mapping Schedule (ESMS) is so far the only standardized and internationally applicable instrument for description and classification of mental health services and for measuring the intensity of service use. The aim of our study was to examine availability, utilization and preventive activities of mental health services in the Slovenian statistical regions by using the ESMS methodology.

Slovenian adaptation of the ESMS instrument was applied on 301 services from 12 Slovenian statistical regions. Among them, 251 services fulfilled the ESMS inclusion criteria. Several data were collected regarding to their availability, utilization and preventive activities. In addition, some of sociodemographic and health indicators related to increased probability of mental health problems were obtained from national statistical databases.

Our results indicated that considerable differences appeared between regions in the view of services provision, utilization and their activities. In the contrast with the scarcity of mental health services in the Zasavska, Notranjsko-kraška and Pomurska region, the most diverse and abundant choice of services were found in the Central-Slovenian, Podravska and Savinjska region. Slovenian regions are comparable in certain aspects of service availability to some other European regions. 28 out of 32 service types described in the ESMS were found also in Slovenia. The selected primary prevention and tertiary prevention in mental health were the most frequently addressed in the programmes. We also found out that service availability and prevention activities were not adequate to the mental health risk factors occurrence in the certain regions. In the most unenviable situation from all Slovenian regions were Zasavska, Notranjsko-kraška and Pomurska where social, economic and health determinants for mental health problems are present to a largest extent of all regions, whereas the prevention activities, availability and diversity of mental health services were at lowest rate. The implementation of ESMS instrument in Slovenia proved as useful approach for description of mental health services that enables also a comparison within and between several European regions and countries. The results of our study could subserve as helpful directions in developing of efficacious preventive programmes in the mental health area in Slovenia.

**RAZVOJ KAKOVOSTI IN DOSTOPNOSTI
PREVENTIVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI
NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA
NA PRIMARNEM NIVOJU**

**Mojca Zvezdana Dernovšek
Lilijana Šprah**

Ljubljana, november 2008

VSEBINSKO POROČILO RAZISKAVE

»RAZVOJ KAKOVOSTI IN DOSTOPNOSTI PREVENTIVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA NA PRIMARNEM NIVOJU«

*Zaključno poročilo o rezultatih opravljenega raziskovalnega dela na projektu
št. V3-0370 v okviru Ciljnega raziskovalnega programa
»KONKURENČNOST SLOVENIJE 2006-2013«*

Raziskovalni organizaciji-izvajalki raziskave:

Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozara Ljubljana
Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU

Nosilka raziskave: doc. dr. Mojca Zvezdana Demovšek

Avtorici poročila:

doc. dr. Mojca Zvezdana Demovšek, dr. med., spec. psihiatr.
doc.dr. Lilijana Šprah, univ. dipl. psih.

Urednica poročila:

doc.dr. Lilijana Šprah, univ. dipl. psih

Naročnika raziskave:

Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije
Ministrstvo za zdravje

po pogodbi št. 1000-06-280370

Ljubljana, november 2008

Kazalo vsebine

1.	Uvod	7
2.	Zgodovina obravnavanja duševnega zdravja: telesno in/ali duševno	9
2.1.	Preinstitucionalna, institucionalna oskrba in doba deinstitutionalizacije	10
2.2.	Zgodovina psihiatričnih bolnišnic v Sloveniji	14
3.	Zakon o duševnem zdravju	15
4.	Definicije duševnega zdravja	16
5.	Stanje na področju skrbi za duševno zdravje	18
6.	Pogled zdravnikov na skrb za ogrožene in ranljive skupine prebivalstva v Sloveniji	19
6.1.	Destigmatizacija oseb s težavami v duševnem zdravju	22
6.2.	Zdravstvena politika Slovenije na področju duševnega zdravja	23
7.	Težave v duševnem zdravju kot breme za posameznika in za družbo	26
8.	Preventivna dejavnost na področju duševnega zdravja	28
8.1.	Primarna, sekundarna in terciarna preventiva	29
9.	Analiza dejavnosti služb na področju duševnega zdravja	31
9.1.	Evropski obrazec za mapiranje služb na področju duševnega zdravja (European Service Mapping Schedule) - njegov razvoj in uporabnost	32
9.2.	Evropski sociodemografski obrazec (European Socio-Demographic Schedule) za spremljanje sociodemografskih dejavnikov, ki so povezani z duševnim zdravjem	35
10.	Rezultati mednarodnih študij z instrumentoma ESMS in ESDS	38
11.	Stopenjski model oskrbe: pragmatično ravnotežje med skupnostno in bolnišnično oskrbo glede na razpoložljive resurse	43
12.	Namen in cilji raziskave	45
13.	Metoda	46
13.1.	Vzorec	46
13.2.	Pripomočki	46
13.3.	Postopek pridobivanja podatkov	51
14.	Predstavitev rezultatov	54
14.1.	Splošni podatki o značilnostih popisanega vzorca služb	54
14.1.1.	Viri pridobivanja informacij	54
14.1.2.	Število popisanih služb in njihova dostopnost v regijah	54
14.1.3.	Vrste dejavnosti, ki jih službe nudijo	55
14.1.4.	Viri financiranja služb	56
14.1.5.	Delo z uporabniki	57

14.2.	Izbrani sociodemografski kazalci, povezani s težavami v duševnem zdravju.....	58
14.3.	Kategorizacija služb na področju duševnega zdravja po ESMS metodologiji.....	64
14.3.1.	Povezanost različnih kategorij služb s številom in gostoto prebivalstva v regiji	64
14.3.2.	Število služb z bivalnimi enotami po regijah delovanja in po regijah lokacije.....	65
14.3.3.	Število služb z dnevnimi in strukturiranimi dejavnostmi po regijah delovanja in po regijah lokacije.....	67
14.3.4.	Število služb z ambulantnimi dejavnostmi in dejavnostmi v skupnosti po regijah delovanja in po regijah lokacije.....	68
14.4.	Kazalci uporabe služb na 100 000 prebivalcev po ESMS metodologiji	70
14.4.1.	Kazalci uporabe bivalnih enot.....	70
14.4.2.	Kazalci uporabe dnevnih in strukturiranih dejavnosti.....	72
14.4.3.	Kazalci uporabe ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti	74
14.5.	Povezanost med izbranimi sociodemografskimi dejavniki in kazalci uporabe posameznih skupin služb	77
14.6.	Skupine za samopomoč, nestrokovne skupine in svetovalni telefoni	80
14.7.	Promocijska dejavnost služb na področju duševnega zdravja.....	80
14.8.	Preventivna dejavnost služb na področju duševnega zdravja	82
14.9.	Varovalni in dejavniki tveganja na katere vplivajo službe s preventivnimi aktivnostmi	83
14.10.	Ocena ogroženosti duševnega zdravja po regijah.....	85
15.	Povzetek in interpretacija rezultatov.....	89
15.1.	Dostopnost in raznolikost služb na področju duševnega zdravja po statističnih regijah	90
15.2.	Sociodemografski dejavniki in kazalci uporabe služb po ESMS klasifikaciji.....	91
15.3.	Sociodemografski dejavniki in razporeditev služb po regijah po ESMS klasifikaciji.....	95
15.4.	Primerjava kazalcev uporabe služb med Slovenijo in nekaterimi drugimi državami, ki so uporabile ESMS klasifikacijo	98
15.5.	Preventivno promocijska dejavnost služb in prisotnost dejavnikov tveganja za nastanek težav v duševnem zdravju v posameznih regijah	101
16.	Zaključki	104
17.	Literatura	108
18.	Priloge.....	112
18.1.	Primerjava ESMS kazalcev uporabe služb na 100 000 prebivalcev med Slovenijo in nekaterimi drugimi državami.....	112
18.2.	ESMS instrument	123

Kazalo slik

Slika 1. Taksonomsko drevo instrumenta ESMS.....	34
Slika 2. Slovenske statistične regije glede na ruralno-urbano tipologijo OECD koncepta.....	51
Slika 3: Število uporabljenih virov pri opisovanju dejavnosti služb na področju duševnega zdravja.....	54
Slika 4. Število popisanih služb po statističnih regijah.....	55
Slika 5. Število različnih oblik dejavnosti, ki jih službe nudijo po statističnih regijah.....	56
Slika 6. Viri financiranja dejavnosti služb.....	56
Slika 7. Ciljne skupine uporabnikov dejavnosti popisanih služb v vseh statističnih regijah skupaj.....	58
Slika 8. Zastopanost posameznih poklicnih in interesnih skupin pri delu z uporabniki v vseh statističnih regijah.....	58
Slika 9. Gostota poseljenosti Slovenije.....	59
Slika 10. Deleži promocijskih dejavnosti popisanih služb glede na vrsto aktivnosti v vseh statističnih regijah skupaj.....	81
Slika 11. Deleži primarne, sekundarne in terciarne preventivne dejavnosti, ki jih izvajajo službe na področju duševnega zdravja v vseh statističnih regijah skupaj.....	82
Slika 12. Primerjava števila služb (na 100.000 prebivalce regije), ki izvajajo primarno, sekundarno in terciarno preventivo.....	82
Slika 13. Primerjava števila služb (na 100.000 prebivalce regije), ki izvajajo univerzalno, selektivno in indicirano primarno preventivo.....	83
Slika 14. Odstotni deleži preventivnih in dejavnikov tveganja na katere skušajo vplivati službe s preventivnimi aktivnostmi v vseh statističnih regijah skupaj.....	84
Slika 15. Odstotni deleži načrtov podpore (strokovna, družina, prijatelji, skupnost), ki jih službe izvajajo v posameznih statističnih regijah.....	84
Slika 16. Primerjava sociodemografskih, zdravstvenih in ESMS kazalnikov po statističnih regijah.....	87
Slika 17. Primerjava stopenj ogroženosti duševnega zdravja, obsega preventivno promocijskih dejavnosti in razpoložljivosti služb za duševno zdravje po statističnih regijah.....	88

Kazalo tabel

Tabela 1	Število psihiatričnih postelj in strokovnjakov v Sloveniji (WHO, 2005c)	19
Tabela 2	Komponente oskrbe na področju duševnega zdravja, relevantne za države in regije z nizko, srednjo in visoko stopnjo resursov	44
Tabela 3	Bivalne enote: prikaz posameznih kategorij (R1 do R13) in načina zbiranja podatkov o njihovi uporabi (noR1 do noR13)	47
Tabela 4	Dnevne in strukturirane dejavnosti: prikaz posameznih kategorij (D1 do D9) in načina zbiranja podatkov o njihovi uporabi (uD1 do uD9)	48
Tabela 5	Ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti: prikaz posameznih kategorij (O1 do O10) in načina zbiranja podatkov o njihovi uporabi (kO1 do kO10)	49
Tabela 6	Število služb, ki spadajo v javni, profitni ali neprofitni sektor	57
Tabela 7	Delež služb glede na prostor kjer opravljajo svojo dejavnost po statističnih regijah	57
Tabela 8	Število in gostota prebivalstva, indeks starostne odvisnosti in staranja ter umrljivost po statističnih regijah	60
Tabela 9	Delež prebivalcev v posameznih starostnih skupinah po statističnih regijah	60
Tabela 10	Delež enočlanskih gospodinjstev, družin samohranilcev in število priseljenih po regijah	61
Tabela 11	Stopnja brezposelnosti in delovne aktivnosti po statističnih regijah	63
Tabela 12	Bruto družbeni proizvod in število izvajalcev zdravstvenega varstva po statističnih regijah	64
Tabela 13	Število služb in število različnih kategorij služb po regijah, kjer so službe locirane, ter korelacije s številom in gostoto prebivalstva	65
Tabela 14	Število služb z bivalnimi enotami v kategorijah R1 do R13 po regijah delovanja in (v oklepajih) po regijah lokacije	66
Tabela 15	Število služb z dnevnimi in strukturiranimi dejavnostmi v kategorijah D1 do D9 po regijah delovanja in (v oklepajih) po regijah lokacije	68
Tabela 16	Število služb z ambulantnimi dejavnostmi in dejavnostmi v skupnosti v kategorijah O1 do O10 po regijah delovanja in (v oklepajih) po regijah lokacije	69
Tabela 17	Kazalci uporabe vseh bivalnih enot (no - število nočitev) na 100 000 prebivalcev po posameznih statističnih regijah	71
Tabela 18	Kazalci uporabe (število nočitev) urgentnih bolnišničnih in nebolnišničnih bivalnih enot, neurgentnih bolnišničnih in neurgentnih nebolnišničnih bivalnih enot na 100 000 prebivalcev po regijah	72
Tabela 19	Kazalci uporabe (število uporabnikov) vseh nizko intenzivnih (nu) dnevnih in strukturiranih dejavnosti na 100 000 prebivalcev po posameznih statističnih regijah	72
Tabela 20	Kazalci uporabe (število uporabnikov) vseh visoko intenzivnih (vu) dnevnih in strukturiranih dejavnosti na 100 000 prebivalcev po posameznih statističnih regijah	73
Tabela 21	Kazalci uporabe (število uporabnikov) vseh visoko intenzivnih (vu) in nizko intenzivnih dnevnih strukturiranih dejavnosti na 100 000 prebivalcev po posameznih statističnih regijah	74
Tabela 22	Kazalci uporabe ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti (število kontaktov ter število visoko in zmerno intenzivnih uporabnikov) na 100 000 prebivalcev po regijah	75
Tabela 25	Korelacije med sociodemografskimi dejavniki regij in kazalci uporabe posameznih skupin združenih kategorij služb na 100 000 prebivalcev regije	14-79
Tabela 26	Službe, ki nudijo uporabnikom skupine za samopomoč, nestrokovne skupine in svetovalne telefone v posameznih statističnih regijah	80

Tabela 27	Primerjava števila služb (na 100.000 prebivalcev regije), ki izvajajo promocijskih aktivnosti, ki jih nudijo službe po posameznih statističnih regijah	81
Tabela 28	Primerjava kazalcev uporabe bivalnih enot na 100 000 prebivalcev med Slovenijo in nekaterimi drugimi državami (1. del)	113
Tabela 29	Primerjava kazalcev uporabe bivalnih enot na 100 000 prebivalcev med Slovenijo in nekaterimi drugimi državami (2. del)	115
Tabela 30	Primerjava kazalcev uporabe dnevnih in strukturiranih dejavnosti na 100 000 prebivalcev med Slovenijo in nekaterimi drugimi državami.....	117
Tabela 31	Primerjava kazalcev uporabe ambulantnih dejavnosti in dejavnosti v skupnosti na 100 000 prebivalcev med Slovenijo in nekaterimi drugimi državami (1. del)	119
Tabela 32	Primerjava kazalcev uporabe ambulantnih dejavnosti in dejavnosti v skupnosti na 100 000 prebivalcev med Slovenijo in nekaterimi drugimi državami (2. del)	121

1. Uvod

Približno 450 milijonov ljudi na svetu ima težave zaradi duševnega zdravja in ocenjuje se, da jo bo imel vsak tretji izmed nas vsaj enkrat v življenju. Po ocenah strokovnjakov naj bi bila depresija leta 2020 eden glavnih javno zdravstvenih problemov. Na dva milijona prebivalcev gospodarsko relativno dobro razvite družbe, kamor spada tudi Slovenija, je trenutno mogoče predvideti okrog 10.000 psihotičnih obolenj in približno 100.000 depresivnih ter anksioznih stanj. Enega od osrednjih problemov na področju duševnega zdravja v Sloveniji zagotovo predstavljata visoka stopnja samomorov in posledice zlorabe alkohola. Ker je prevalenca duševnih motenj med vsemi boleznimi v najbolj strmem vzponu, se bo ekonomsko breme (izguba produktivnosti, stroški zdravstvenega in socialnega varstva) zaradi duševnih bolezni iz sedanjih 10% do leta 2020 dvignilo na 15%, kar bo preseglo ekonomsko breme koronarne bolezni. Število oseb z duševnimi motnjami pa narašča tudi zaradi neugodnih demografskih trendov, saj se zaradi rasti pričakovane življenjske dobe v razvitih državah nenehno povečuje delež oseb, starejših od 65 let. Težave v duševnem zdravju so torej prisotne v veliko večji meri, kot bi pričakovali. Oteževalna okoliščina zagotovo tiči tudi v stigmi, ki se drži duševnih motenj ter ljudi s temi motnjami, saj zaradi nje veliko ljudi o duševnih težavah težje spregovori in poišče pomoč kasneje, kot v primeru telesnih težav.

Duševno zdravje je poleg telesnega zdravja nujen pogoj za uspešno delovanje posameznika, pa tudi skupnosti in družbe kot celote. Duševno zdravje danes razumemo širše, saj ne pomeni le odsotnost duševne motnje. Opisujemo ga na več ravneh. Opredeljujemo ga kot človekovo notranje psihično stanje: sreča, dobro počutje, zadovoljstvo s samim seboj in dobra samopodoba. Drug kriterij duševnega zdravja so človekovi odnosi z drugimi in njegovo delovanje: dobri odnosi z ljudmi okoli nas, razumevanje drugačnosti, uspehi pri delu v šoli, službi in drugih dejavnostih, ki jih opravljamo. Tretje merilo duševnega zdravja je sposobnost človeka, da obvladuje svoje življenje in se uspešno sooča z različnimi situacijami, nalogami, obremenitvami in težavami. Posledice slabega duševnega zdravja za skupnost so številne, saj motnje vplivajo na kakovost življenja bolnikov, njihovih družin in družbe širše.

Kljub vsemu pa izkušnje pri nas in v tujini kažejo, da je za krepitev, ohranitev in povrnitev duševnega zdravja in na drugi strani za uspešno obvladovanje duševnih motenj mogoče marsikaj storiti. Čeprav za to odgovornost nosimo vsi mi, ki bi morali v vsakodnevnih situacijah narediti prostor za človeško in čustveno toplino, za razvoj dobre samopodobe, za pristne stike z bližnjimi, širšim okoljem pa do delodajalcev, načrtovalcev izobraževanja in politik za zagotavljanje takšnih delovnih, učnih in bivalnih okolij, ki bodo spodbujala optimalen razvoj posameznika. Pri imajo pomembno vlogo strokovnjaki različnih področij pri osveščanju javnosti, odkrivanju problemov ter zagotavljanju pravočasne in optimalne oblike pomoči človeku v duševni in drugih stiskah.

Vendar pa se pri zagotavljanju ustreznih strategij pri soočanju s problematiko duševnega zdravja soočamo z omejenimi možnostmi in resursi, predvsem pri zdravljenju duševnih motenj in zmanjševanju oviranosti v vsakdanjem življenju. Preventivna dejavnost je zato bistvenega pomena, če želimo zmanjšati breme, ki ga družbi in posamezniku povzročijo duševne motnje. Žal pa so velike razlike med bogatimi in revnimi državami in regijami glede investiranja v preventivno dejavnost na področju duševnega zdravja. V Sloveniji je bilo področje duševnega zdravja dolgo zanemarjeno in na primarnem nivoju zdravstva ni bilo pravega akterja, ki se bi posvetil duševnemu zdravju v preventivnem smislu. Preventivne dejavnosti so se kljub temu oblikovale iz potrebe in iz zavedanja posameznikov tako v javni zdravstveni mreži kot v nevladnem sektorju. Nevladne organizacije so se v večji meri posvetile preventivi in promociji duševnega zdravja saj imajo podporo socialnega sektorja, ker sledijo načrtu izvajanja usmeritev in nalog iz Nacionalnega programa socialnega varstva 2001-2005.

Etične smernice narekujejo, da se omejeni viri uporabljajo le za tiste programe, ki so se dokazali kot učinkoviti. Oblikovanje učinkovitih preventivnih dejavnosti je zato nujno povezano z analizo stanja na področju duševnega zdravja, identifikacijo dejavnikov tveganja (bioloških, psiholoških, socialnih, ekonomskih), ki vplivajo na duševno zdravje ljudi v določenem okolju, prepoznavanjem kulturnih značilnosti populacije in skupin, za katere se pripravlja program in nenazadnje tudi z evalvacijo že obstoječih služb, ki nudijo pomoč osebam s težavami v duševnem zdravju. Zaradi tega je izjemnega pomena, da so programi zastavljeni tako, da upoštevajo zgoraj navedena dejstva, kar olajša strokovno in znanstveno evalvacijo dejavnosti kot takih in učinkov programov. S tem se povečuje znanje o učinkovitih pristopih na področju preventive in pridobi ustrezna povratna informacija o programih, ki potekajo.

Naša raziskava je bila motivirana z dejstvom, da na nacionalnem nivoju pravzaprav nimamo dobrega pregleda na tem, kakšna je razpoložljivost, dostopnost, uporaba in dejavnost služb na področju duševnega zdravja v posameznih slovenskih regijah. Hkrati smo želeli oceniti ali njihove kapacitete in aktivnosti ustrezajo potrebam okolja v katerem delujejo, glede na nekatere sociodemografske in zdravstvene dejavnike tveganja za nastanek težav v duševnem zdravju. In nenazadnje, zanimalo nas je tudi kakšno je stanje na tem področju v nekaterih drugih državah v primerjavi s Slovenijo.

Raziskava je potekala od septembra 2006 do septembra 2008. V njej smo uporabili nov, standardiziran in mednarodno primerljiv način, kako opisati in klasificirati službe na področju duševnega zdravja na določenem območju ter izmeriti njihovo uporabo: Evropski obrazec za mapiranje služb na področju duševnega zdravja – ESMS (European Service Mapping Schedule). Z njim smo določali razpoložljivost, dostopnost, uporabo in dejavnosti služb v 12 slovenskih statističnih regijah. V vzorec služb smo zajeli tiste, katerih specifični namen je določen vidik upravljanja z duševno motnjo ali z njo povezanimi kliničnimi ali socialnimi težavami (bivalne enote, dnevne in strukturirane dejavnosti, ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti ter skupine za samopomoč in nestrokovne skupine). Vključene so bile institucije na zdravstvenem področju, socialnem področju, prostovoljni in privatni sektor, katerih uporabniki so stari med 15 in 65 let (in brez institucij, ki jih ESMS kriteriji posebej definirajo). Za potrebe naše raziskave smo uvedli še dodatno kategorijo - ozaveščanje in izobraževanje javnosti, izdajanje gradiv brez neposrednega stika z uporabniki, saj smo v sklopu popisa delovanja posamezne službe posebno pozornost namenili njihovi promocijski in preventivni dejavnosti.

V pričujočem vsebinskem poročilu raziskave predstavljamo v okviru uvodnega teoretičnega dela: pregled obravnavanja duševnega zdravja nekoč in danes, opis stanja na področju skrbi za duševno zdravje v Sloveniji, pomen preventivnih in promocijskih dejavnosti, predstavitev razvoja in uporabe ESMS metodologije analiz, predstavitev modela urejanja skupnostne in bolnišnične oskrbe glede na razpoložljive resurse. V metodološkem delu smo predstavili celoten raziskovalni pristop in postopek uporabe ESMS instrumenta ter v poglavju rezultatov predstavili v tabelarični in grafični obliki najpomembnejše izsledke raziskave. V zadnjem delu poročila so nekateri rezultati podrobneje analizirani in interpretirani ter podani zaključki. V prilogi se nahaja poleg ESMS obrazca še tabelarični prikaz izsledkov mednarodnih študij opravljenih z ESMS instrumentom ter dodanimi slovenskimi podatki v obliki, ki omogoča neposredno primerjavo rezultatov.

2. Zgodovina obravnavanja duševnega zdravja: telesno in/ali duševno

Skozi vso zgodovino lahko kot rdeči niti sledimo razmišljanju ljudi o odnosu med telesom in dušo. Lahko bi rekli, da se je zavrtel polni krog od pogleda na telo in dušo kot na dva dela istega sistema do ideje, da sta sistema povsem ločena (Taylor, 1991).

Podlaga za naše predstave o materiji in duhu, o telesu in duši je po mnenju Muska (2003) razlika med »zunanjim« in prostorskim ter »notranjim« in neprostorskim izkustvom, ki jo morda doživljamo že, odkar obstaja naš rod. Že pri starih Egipčanih, Grkih in starih azijskih ljudstvih zasledimo iskanje povezanosti med dušo in telesom oz. verovanje, da lahko porušeno duševno ravnesje ogrozi telesno zdravje in obrnjenost, da lahko ponovna vzpostavitev notranjega miru in zadovoljstva pripelje do izboljšanja zdravja in počutja (Rakovec-Felser, 2002). Med prvimi civilizacijami, ki bolezni niso več pripisovale zlim duhovom, so bili stari Grki (Museum, 2003). Ti so razvili humoralno teorijo bolezni, po kateri se bolezen pojavi takrat, ko štiri telesne tekočine – kri, sluz, žolč in črni žolč – niso v ravnesju. V srednjem veku je v evropskem prostoru dominirala miselnost, da je bolezen oblika božjega kaznovanja za zlo početje človeka. Duševna bolezen sploh je bila za ljudi tistega časa obsedenost od hudiča (Wetzig, 2004). Tako je bilo »zdravljenje« pogosto izganjanje hudiča in mučenje telesa, kasneje molitev in dobra dela, varuh medicinskega znanja pa je bila Cerkev in »zdravniki« eksorcisti. To se je spremenilo šele v obdobju renesanse, ko je prišlo do velikega napredka v tehnoloških osnovah za medicinsko prakso. Razvoj mikroskopije in avtopsijske iz tistega časa sta najbolj zaslužna za zaton humoralne razlage bolezni in zamenjavo le-te s teorijo o celični patologiji, po kateri je vsaka bolezen bolezen celice (Taylor, 1991).

Za naslednjih 300 let so postali edina osnova za diagnosticiranje in zdravljenje fizični dokazi oz. telesni znaki. Medicina se je razvijala v laboratorijih in da bi povsem prekinila z duhovi preteklosti, je močno vzpodbujala dualistični pogled na telo in dušo. Tako so zdravniki postali varuhi telesa, teologi in filozofi pa varuhi duše (Taylor, 1991). Ob tem so, razlaga H. P. Lefley (1996), takrat prav tako kot danes obstajali številni razlagalni modeli vzrokov in narave duševne bolezni, od religijskih, nadnaravnih in astroloških do medicinskih in znanstvenih.

Prevlada teorije o celični patologiji se je začela spreminjati šele s prihodom moderne psihologije, natančneje z zgodnjim delom Sigmunda Freuda o konverzivni histeriji; pri slednji, razlaga, pacienti pretvarjajo konflikte v simptome in se na tak način »rešijo« anksioznosti, ki jo konflikti drugače sprožajo (Taylor, 1991). Člen med telesnim in psihičnim najde Freud v dveh gonih, libidu in agresiji, ki imata pomen psihične energije in sta nekakšni kvazi-fiziološki kvantiteti (Praper, 1999). Ideja, da so lahko specifične bolezni posledica človekovih notranjih konfliktov, je hitro postala zanimiva tudi za druge avtorje. Tako sta Dunbar in Alexander iskala povezave med specifičnimi boleznimi in osebnostnimi vzorci, raje kot med specifičnimi boleznimi in posameznim konfliktom. Medtem ko je Freud trdil, da konverzivna reakcija nastane potem somatskega (hotnega) živčnega sistema, ne da bi ob tem nujno prišlo do fizioloških sprememb, sta Dunbar in Alexander razlagala, da konflikti sprožajo anksioznost, ki postane nezavedna in deluje potom avtonomnega živčnega sistema. Neprestane fiziološke spremembe na ta način privedejo do organske motnje (Taylor, 1991). Delo omenjenih avtorjev je pripomoglo k oblikovanju novega področja – psihosomatske medicine. Slednja razlaga nekatere telesne motnje ali bolezni (razjede, nevrodermatitis, bronhialno astmo, revmatoidni artritis ipd.) z emocionalnimi konflikti.

Od tridesetih do sredine petdesetih let prejšnjega stoletja so bili problemi telesnega zdravja predvsem v domeni zdravnikov in nove discipline – psihosomatske medicine, medtem ko je bila pozornost psihologov skoraj povsem usmerjena le v duševne motnje in inteligentnost, motivacijo, spomin in procese mišljenja (Rakovec-Felser, 2002). Konec petdesetih let pa so postajali koncepti psihosomatske medicine vse zanimivejši tudi za psihologe. Sprva so imele močan vpliv na razmah psihosomatske medicine psihoanalitične šole. Psihoanalizi je uspelo osvetliti mnoge telesne težave z vidika posameznikovega duševnega doživljanja, a ni prišla dlje od simbolizma (Rakovec-Felser,

2002). Psihosomatski medicini nato prav tako ni bilo prizanešeno z očitki: da ima vprašljivo metodologijo, da s seznamom bolezni, ki jih razlaga na svoj način, omejuje obseg zdravstvenih problemov, na katere lahko vplivamo s psihološkimi in socialnimi dejavniki, sploh pa, da specifičen konflikt ali osebnostni tip še ni dovolj za razvoj bolezni. Slednja se pokaže šele v interakciji številnih dejavnikov od genetskih predispozicij, okoljskih stresorjev, zgodnjega učenja in konfliktov iz zgodnjih obdobj, do trenutnih konfliktov, kognicij in strategij spoprijemanja s stresom. Čeprav močno kritizirano, je bilo psihosomatsko gibanje vendarle temelj za radikalno spremembo v razumevanju odnosa med telesnim in psihičnim (Taylor, 1991). Danes razumemo, da sta telesno in duševno zdravje neizbežno povezana s psihološkim in socialnim okoljem. Celovito razumevanje zdravja in bolezni ni mogoče brez poznavanja psihološkega in socialnega konteksta, v katerem ju doživljamo, seveda ob fizioloških dejavnikih in ne mimo le-teh. V poplavi raziskav in spoznanj, v katerih se v sodobnem času srečujejo naravoslovne in humanistično-družboslovne vede, zgrnjene okrog istih vprašanj, tako Z. Rakovec-Felser (2002), pa se je hkrati izkristalizirala nujnost interdisciplinarnega pristopa, četudi prinaša s seboj nove probleme in dileme.

Danes splošno sprejet, čeprav morda manj splošno apliciran v praksi, je biopsihosocialni model razumevanja zdravja in bolezni. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2003) razlaga, kako postaja vse bolj jasno, da je mentalno funkcioniranje v samih temeljih povezano s telesnim in socialnim funkcioniranjem. Kot primer navajajo depresijo, ki je dejavnik tveganja za razvoj raka in bolezni srca. Depresija, anksioznost ali zloraba substanc pri ljudeh, ki imajo tudi telesne motnje, lahko vodi v slabo upoštevanje navodil v zvezi z zdravljenjem oz. terapijo in tako v slab uspeh slednjih. Številni vedenjski vzorci so povezani z določenimi težavami na telesnem ali/in duševnem področju. V primerjavi z biomedicinskim modelom, ki je linearen, vzročno-posledičen, in po katerem se da vse bolezenske pojave razložiti z odkloni v telesnih procesih (z biokemijskimi neravnovesji, nevrofiziološkimi anomalijami ipd.), biopsihosocialni razlagalni model zajema poleg bioloških tudi psihološke in socialne faktorje, poleg bolezni pa tudi zdravje. Njegovo izhodišče je, da je sleherno zdravstveno stanje, pojav bolezni in njen potek, vedno rezultat interakcij med biološkimi, psihološkimi in socialnimi dejavniki. Kersnik (2007b) daje nekoliko modificirano, a slikovito razlago, da si lahko človekovo biopsihosocialno ravnovesje predstavljamo kot trinožnik, katerega eno nogo predstavlja dobro duševno in telesno počutje, drugo oporo mu daje družina, tretja noga pa je okolje, v katerem se zadovoljivo samouresničuje. Model določa tako klinično prakso kot raziskovalno delo. Ker je zadnjih 300 let način razmišljanja zdravnikov in njihovih sodelavcev obvladoval biomedicinski model (Rakovec-Felser, 2002), pa bo moralo preteči še nekaj vode, preden se bo biopsihosocialni model usidral. Rutz (2001) meni, da razkol med telesom in dušo tudi v sodobnem času še naprej ovira raziskovanje in hiter napredek k pragmatičnim, na dokazih temelječim strategijam zdravljenja in strukturam služb, ki to zdravljenje nudijo. Prav zaradi pomanjkanja takih holističnih pristopov se nekateri bolniki raje odločajo za alternativne načine zdravljenja, ki znajo biti včasih tudi nevarni. Odgovor je v integriranju kvalitativnih in kvantitativnih raziskav, humanistične in biološke perspektive ter v izogibanju tako biološkemu na eni kot tudi psihoterapevtskemu ali sociološkemu redukcionizmu na drugi strani. Nobeden od naštetih namreč ne odslikava človeka obširno in izčrpno (Rutz, 2001).

2.1. Preinstitucionalna, institucionalna oskrba in doba deinstitucionalizacije

Ravnanje z ljudmi s težavami v duševnem zdravju je bilo vedno posebej močno pod vplivom družbenih pogojev in okoliščin nekega časa (Wetzig, 2004). Pripisovanje norosti in negativni socialni odnos do ljudi z duševno motnjo imajo dolgo tradicijo v človeški zgodovini, razlaga H. P. Lefley (1996), ki dodaja, da je bilo uporabljenih veliko pristopov, skladno s tem, kako so razumeli etiologijo bolezni oz. motnje in ali so v njej videli negativne značilnosti, potrebne kaznovanja, odklon, potreben zdravljenja in pomoči, ali – v izredno redkih primerih – poseben dar ali vizijo nekega človeka. Zaradi načina manifestacije duševnih bolezni so v teh največkrat videli obsedenost z zli duhovi ali magijo. Omenili smo že, da so bili v srednjem veku, skladno s takratno razlago bolezni in še posebej duševne bolezni, duševni bolniki povsem v rokah Cerkve in eksorcistov. Sicer

lahko že v 13. stoletju zasledimo oddelke za »nore«, kot so jih takrat imenovali, v nekaterih splošnih bolnišnicah večjih mest (npr. v Parizu, Londonu, Zürichu in Münchnu), velika večina duševnih bolnikov tega časa pa je bila vendarle brez zdravniške oskrbe (Wetzig, 2004). Četudi so že v antičnih časih upoštevali, da so lahko simptomi duševne bolezni fiziološkega izvora, je koncept »norosti« kot bolezni, ki jo lahko psihološko ali medicinsko zdravimo, relativno mlad koncept, razvit v zahodni kulturi (Lefley, 1996). Šele v pozni renesansi so nekateri zdravniki, npr. Johannes Weyer (1515-1588), začeli gledati na »nore« kot na bolnike in počasi se je začel razvoj psihiatrije kot medicinske znanosti (Wetzig, 2004).

Risser in Schorske (1994, v Lefley, 1996) opisujeta oskrbo oseb z duševno motnjo v prekolonialni in kolonialni Ameriki. V tistem času je bila osnovna celica družbenega življenja – družina, odgovorna za neprimerno vedenje svojih članov in je kot taka nosila odgovornost tudi za duševne bolnike. Duševna bolezen je bila zaznavana kot individualni, ne pa socialni problem, za katerega naj skrbi družina prizadete osebe in ne država, sploh ko je šlo za sicer bizarne, a relativno neškodljive osebe. Za družbo je duševna bolezen predstavljala socialni problem takrat, ko je vedenje osebe ogrožalo bodisi njo samo bodisi druge, ali ko je njena nesposobnost, da bi se sama preživljala, prenesla odgovornost za njeno preživetje na druge. V okoliščinah, ko družine niso zmogle same poskrbeti za prizadetega posameznika (osebo, označeno kot »distracted« ali »lunatic«), so se lahko obrnile po pomoč k mestnim uradnikom ali na sodišča. Tako so lahko prejele finančno pomoč iz družbene blagajne, da so zgradile ločeno varovano bivališče za duševno bolnega družinskega člana, ali pa je mesto plačalo drugim članom skupnosti, da so poskrbeli za namestitve in oskrbo te osebe. V tistem času niso poznali terapij in zdravil, ki bi reducirale simptome duševne bolezni, zato je bila družinska oskrba težavna in nenagajajoča (Lefley, 1996). Kadar so bili ljudje z duševno boleznijo medicinsko zdravljeni, pa je bilo to po metodah tistega časa: s puščanjem krvi in klistiranjem. Nerazumevanje ali napačno razumevanje simptomov, vključno s še vedno aktualnim vprašanjem, ali ima oseba nadzor nad svojim odklonskim vedenjem, je še doprineslo k težavam. Osebe s težkimi simptomi so bile pogosto pod ključem v kaki oddaljeni sobi, če je družina razpolagala z dovolj prostora za tovrstno separacijo, v nekaterih primerih pa je sploh zanikala njihov obstoj pred zunanjim svetom. Veliko duševnih bolnikov tistega časa je bilo brezdomcev ali pa so končali v ječah in sirotišnicah. V večini skupnosti pa je bila skrb za duševno bolnega vendarle priznana kot stresor za družino, tako v emocionalnem kot v ekonomskem smislu, zato je skupnost nudila subvencije za njihovo oskrbo na domu.

Šprohar (2002) šteje konec osemnajstega stoletja za pričetek organizirane skrbi za tiste, ki sami brez pomoči drugih ne morejo preživeti. V 18. stoletju so tegobe duševno bolnih v Evropi trčile ob velik družbeni interes. Da bi ublažila njihovo nesrečo, je cela Evropa začela ustanavljati prve domove za duševne bolnike, »norišnice« (Irrenanstalten ali Asylums). Ene prvih so nastale v Bolonji (1710), Varšavi (1726), Berlinu (1728) in Londonu (1759). Za razvoj psihiatrije kot znanosti pa so bile bolj kot velike ustanove, kamor so nameščali duševne bolnike, pomembne majhne privatne ustanove, kjer so zdravniki bivali skupaj z bolniki in na ta način prišli do pomembnih kliničnih opažanj (Wetzig, 2004). Vodilni v psihiatriji so bili v tistem času direktorji ustanov, v Nemčiji npr. Christian Roller (1802–1878), ustanovitelj ustanove Illenau, ki je zagovarjal koncept, po katerem naj se duševne bolnike vzame iz okolja, ki jih dela bolne in se jih namesti v mirno, podeželsko, s skušnjavami revno okolje. Leta 1842 ustanovljen Illenau je bil dolgo vzgled stacionarne oskrbe v institucionalni psihiatriji. Povsem drugačno mnenje pa je zastopal Wilhelm Griesinger (1817–1868), po katerem naj se duševni bolniki zdravijo v okolju, v katerem so zboleli, ustanove pa naj bodo razvejane in integrirane v splošno medicino (Berger, 1999, v Wetzig, 2004). Takšno gledanje je bolj podobno sodobnim smernicam v razvitem svetu.

Vse do devetnajstega stoletja so bile duševne motnje v prvi vrsti konceptualizirane z vidika potrebe družbe po kontroli in ne z vidika posameznikove potrebe po zdravljenju (Lefley, 1996). Kakor se je številčnost populacije večala, se je večalo tudi število bolnih, starih, zapuščenih, osirotelih in drugih

ljudi, odvisnih od tuje pomoči. To je narekovalo večanje sirotišnic in drugih institucij, ki so pod svojo streho značilno združevale telesne in duševne bolnike ter druge posameznike, nesposobne ekonomske neodvisnosti (Lefley, 1996). Iz teh so kasneje zrasle moderne bolnišnice, ki pa so bile vse do druge polovice devetnajstega stoletja bolj podobne sirotišnicam kot današnjim bolnišnicam, s primarno funkcijo osnovne oskrbe marginalnih skupin. V sredini osemnajstega stoletja so tudi v Združenih državah Amerike začeli ustanavljati prve javne bolnišnice za duševno bolne (v Williamsburgu, Philadelphiji in kasneje v New Yorku). V Virginiji (Williamsburg) v zakonodajnem aktu ob ustanovitvi bolnišnice niso razlikovali med duševno boleznijo (mental illness) in duševno manjrazvitostjo (mental retardation). Njihov namen je bil bolj povezan z varstvom kot z zdravljenjem oseb. Francoski psihiater Philippe Pinel je bil prvi, ki je začel znanstveno raziskovati ljudi z duševno boleznijo (Lefley, 1996). Skozi svoja opazovanja, analize vedenja in obsežne študije primerov je prišel do spoznanja, da lahko duševna bolezen poteka kronično, občasno ali z dolgimi obdobji remisije. Pinel je ocenjeval terapije z vidika rezultatov, ki so jih dale; tako je razglasil puščanje krvi, kaznovanje in druge tradicionalne metode za neučinkovite, izolacijo in omejevanje pa za nehumano. Njegova moralna obravnava je zajemala spremembe okolja, ki bi lahko vplivale na neprilagojeno vedenje. Istočasno lahko zasledimo razvoj humanih pristopov k obravnavi duševnih bolnikov v Italiji, Angliji in Združenih državah Amerike. Ti so prispevali k utrditvi temeljev za zamenjavo zaporov, delavnic in sirotišnic, ki so dotlej služili za nastanitev duševnih bolnikov, z azili. Moralna obravnava je sicer vplivala na razmišljanje v psihiatriji, a so jo prakticirali v le nekaj bolnišnicah in ni preživela industrijske revolucije v drugi polovici devetnajstega stoletja (Katz, 1985, v Lefley, 1996).

Inštitucije so se večale, enako podpora institucionalizaciji. V azilih so strokovnjaki in družba videli zatočišče pred stresi, ki jih prinaša družbeno življenje, in pred vsakršnim čustvenim razburjenjem, ki bi lahko škodilo duševnemu bolniku. Iz tega razloga so mnogi azili takoj pretrgali vsak kontakt z bolnikovo družino. Izolacija med tujci naj bi zagotavljala varno in mirno okolje z rednostjo vsakdanjih aktivnosti. Da bi dodatno zadostili tej terapevtski paradigmi, so azile gradili v oddaljenih ruralnih območjih, daleč od urbanih centrov, kjer so preprečevali obiske tudi s strani najožjij sorodnikov in celo korespondenca je bila strogo omejena (Rothman, 1971, v Lefley, 1996). Izolacija bolnika od njegove družine pa se ni izvajala, ker bi bila družina razumljena kot patogen (to je prišlo kasneje), temveč ker je živel v skupnosti, kjer ni mogla varovati bolnika pred zmedo in pritiski družbenega življenja (Terkelsen, 1990, v Lefley, 1996). Ker je hospitalizacija običajno trajala dolga leta in je bil bolnik ves ta čas odrezan od družine, je taka politika vzpodbujala psihološko separacijo in zapuščenost, hkrati pa izničila vse tiste veščine, ki so jih družine dotlej razvile za ravnanje z bolnikom. Terkelsen (1990, v Lefley, 1996) razlaga, da je nenadna izolacija bolnika hitro odstranila pogoje, v katerih so družina in skupnost razvijali in ohranjali veščine za bivanje z duševnim bolnikom, in te veščine so izgubile praktično tekom ene generacije.

Separacija bolnika od družine je kasneje doživela vzpodbudo z nastopom psihodinamskih teorij, katerih misija je bila pomagati posamezniku pri razreševanju težav, izvirajočih iz starševske patogeneze, tako H. P. Lefley (1996). Nato, pravi avtorica, se je z nastopom družinske terapije v petdesetih in šestdesetih letih preteklega stoletja zdelo, da se je proces slednjič obrnil. Institucionalna družinska terapija je sicer pripeljala družino in bolnika znova skupaj, vendar je hkrati posredovala sporočilo družinske krivde za problematiko posameznika. Tako je v družini občutek krivde zaradi nesposobnosti obvarovati bolnega posameznika pred zunanjimi patogeni zamenjal občutek krivde, ker je sama patogen.

V začetku dvajsetega stoletja je imela velik vpliv na psihiatrijo razvijajoča se psihoanaliza. Psihološki terapevtski pristopi so dobili vstop v psihiatrijo predvsem po zaslugi dela Sigmunda Freuda, ki je bil tudi sam zdravnik. Psihiatri so namenjali vse več pozornosti socialnim vidikom duševne bolezni. Wetzigova (2004) razlaga, kako so v Nemčiji v dvajsetih in tridesetih letih preteklega stoletja začeli ustanavljati prve službe za socialno psihiatrično oskrbo, da bi izboljšali ambulantno oskrbo duševno bolnih in jih spremljali tudi v socialnem vidiku. Vendar je kmalu po

njihovi ustanovitvi nastopila vladavina nacionalsocialističnega režima, ki je izrabil novo ureditev za množične poboje in nasilno sterilizacijo tisočev duševno bolnih, nemška psihiatrija pa je za desetletja izgubila korak z mednarodnim razvojem. Lefleyeva (1996) pa razlaga, kako so v Združenih državah Amerike do začetka druge svetovne vojne le v osmih državah poskusili nameščati psihiatrične paciente nazaj v skupnost, v njihove osnovne ali v rejniške družine. Ta pristop se ni razširil na eni strani zato, ker bi šlo financiranje na račun virov sredstev za institucionalno oskrbo, nad čimer psihiatrične bolnišnice niso bile navdušene. Ob tem je vredno omeniti še, da so bili najbolj primerni kandidati tihi, mirni in vodljivi pacienti, torej ravno tisti, ki so jih bolnišnice najbolj želele obdržati. Na drugi strani pa so bile tu družine, ki po dolgih letih separacije niso bile več pripravljene ponovno prevzeti odgovornosti za bolnika, niti se niso čutile tega sposobne. V študiji, ki je potekala med letoma 1934 in 1938 na Worcesterski državni bolnišnici (Grob, 1994, v Lefley, 1996), so zbrali podatke, da so 23,4% bolnikov, za katere so presodili, da so primerni za premestitev k družinam, njihove družine zavrnile, v še 46,7% primerov pa so preselitev preprečile družinske okoliščine.

Med drugo svetovno vojno so se tudi na polju psihiatrije in psihologije zgodile velike spremembe. Vojne razmere so zahtevale pomoč velikega števila psihologov in psihiatrov pri selekciji kandidatov, primernih za vojaško službo oz. za prepoznavanje oseb, ki so bolj ranljive in občutljive, ter za hitro in učinkovito zdravljenje vojakov s psihiatričnimi motnjami, vezanimi na preživete travme, da bi bili v čim krajšem času spet sposobni vrnitve na bojno polje. Mnogi so bili res ponovno tako učinkoviti kot prej, kar je vodilo do razmišljanj, da morda za zdravljenje duševnih motenj ni potrebna dolgotrajna hospitalizacija (Lefley, 1996).

Po drugi svetovni vojni so se predvsem v angloameriških državah in v Skandinaviji uveljavili novi socialni koncepti pri obravnavi in rehabilitaciji duševnih bolnikov v psihiatriji (Eikermann & Reker, 1996, v Wetzig, 2004). Vprašanju smiselnosti dolgotrajne hospitalizacije se je pridružila še vse glasnejša družbena kritika ponekod grozljivih razmer v psihiatričnih ustanovah, kjer je pogosto primanjkovalo osebja prav tako kot varovanja pravic bolnikov. Oglasili so se tudi pravniki in sociologi s stališčem, da je institucionalizacija neprimerna za mnoge bolnike, postopki ob sprejemu v ustanovo pa samovoljni in pogosto nehumani (Lefley, 1996). Postopki ob neprostoovoljnem sprejemu v psihiatrično ustanovo so še danes občutljiva tema, o kateri se vijejo številne razprave v strokovni in širši javnosti. V povojnem času se je razširilo razmišljanje, da dolgotrajna institucionalizacija vodi v odvisnost namesto v samostojnost in v poslabšanje namesto izboljšanje mentalnega funkcioniranja. Razvoj psihotropnih zdravil je hkrati vse večim ljudem omogočil večjo mero samostojnosti. Začelo se je zapiranje ali vsaj zmanjševanje velikih psihiatričnih bolnišnic, lociranih v odročnih, od ljudi odmaknjenih krajih, ter nadomeščanje le-teh z bivalnimi, delno-bivalnimi in ambulantnimi ustanovami v bližini urbanih naselij (Becker, 1998, v Wetzig, 2004). N. Rose (2001, v Wetzig, 2004) meni, da za povojno modernizacijo psihiatrije ne nosi zaslug samo gola finančna racionalizacija, niti samo naglo razvijajoča se psihofarmakologija, temveč gre za produkt socio-političnega razvoja preteklih petdesetih let; ta je široko raztegnil tudi meje psihiatričnih institucij. Lefleyeva (1996) podobno opisuje srečanje med- in povojnih spoznanj z iskanjem najmanj restriktivne in hkrati najcenejše rešitve. V Nemčiji se je ta zamenjava paradigme od psihiatrije, centralizirane okrog psihiatričnih bolnišnic, k psihiatriji, osredotočeni na posameznika, opisuje F. B. Wetzig (2004), zgodila dokaj pozno, predvsem zaradi dolgoletne izolacije od mednarodnega razvoja kot posledice nacionalsocialistične vladavine. Tako je nemški Bundestag podal nekatere predloge reforme v psihiatriji šele leta 1975. Kot glavni cilj so navedli zapiranje odročnih psihiatričnih bolnišnic ob ustanavljanju mreže v družbo integriranih, večplastno razdeljenih in na posameznika orientiranih psihiatričnih služb. V Združenih državah Amerike se je od začetka petdesetih let število postelj v institucijah zmanjšalo za dve tretjini, mnoge državne psihiatrične bolnišnice pa so zaprli. Sprva idealizirani učinki deinstitucionalizacije so se skozi čas pokazali tudi v svoji negativni luči. Izkazalo se je, da skupnostni sistemi niso sposobni nadomestiti celotne oskrbe bolnišnic, med duševnimi bolniki pa se povečuje število brezdomcev (Lefley, 1996).

2.2. Zgodovina psihiatričnih bolnišnic v Sloveniji

Pri nas ima med psihiatričnimi bolnišnicami najdaljšo zgodovino Psihiatrična klinika Ljubljana, uradno odprta leta 1881 kot »Kranjska deželna blaznica Studenec« (spletna stran Psihiatrične klinike Ljubljana, www.psih-klinika.si). Do zamisli o gradnji posebne bolnišnice za duševno bolne nekje v bližini Ljubljane je sicer prišlo že leta 1841, a so zapleti z nakupom zemljišča in kasneje revolucija leta 1848 preprečili njeno realizacijo. Ob ustanovitvi je bolnišnica obsegala dve paviljonski stavbi, ki pa so jima že leto dni kasneje dodali še dve novi dvonadstropni paviljonski zgradbi. Leta 1920 so v bolnišnico za duševne bolezni preuredili še bivšo prisilno delavnico na Poljanskem nasipu ter dodali po en paviljon še v letih 1934 in 1938. Tik pred drugo svetovno vojno je imela bolnišnica na različnih lokacijah skupno 990 postelj. Po vojni je večkrat menjala ime, danes pa deluje pod imenom Psihiatrična klinika Ljubljana in sestoji iz štirih strokovnih organizacijskih enot: za klinično psihiatrijo, za mentalno zdravje, za izvenbolnišnično psihiatrijo ter za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Slednje se dalje delijo na različne strokovne enote (npr. za intenzivno psihiatrijo, gerontopsihiatrijo, rehabilitacijo, adolescentno psihiatrijo, psihoterapijo itn.).

Druga največja psihiatrična bolnišnica pri nas, Psihiatrična bolnišnica Idrija, je bila ustanovljena leta 1957 (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2008). Pokriva predvsem prebivalstvo severne in južne Primorske, Idrijsko-cerkljanske in notranske regije. V začetku je imela 450 postelj, pretežno v šest do deset posteljnih sobah, od leta 1997 pa ima od štiri- do eno- posteljne sobe s povprečno dnevno zasedenostjo 194 postelj. Povprečna ležalna doba se je od ustanovitve do leta 2006 zmanjšala s 365 na 42 dni.

Zgodovina Psihiatrične bolnišnice Ormož sega v leto 1966 (Psihiatrična bolnišnica Ormož, 2006). Potem ko je v dotedanji Bolnišnici za TBC in pljučne bolezni upadno število obolelih za jetiko, hkrati pa se je kazala potreba po psihiatrični bolnišnici, so v zgradbi ustanovili psihiatrični oddelek kot del ptujske bolnišnice, primarno namenjen prebivalcem ožjega ormoškega, ptujskega, bistriškega, gornjeradgonskega in ljutomerskega območja ter Prekmurja. Ob ustanovitvi je oddelek premogel 120 postelj, njihovo število pa se je skozi leta povečevalo na 140, nato 150 in leta 1973 na 160 postelj. Za leto ustanovitve samostojne Psihiatrične bolnišnice Ormož šteje leto 1990. Ustanovljena je za zdravstveno oskrbo sekundarnega nivoja prebivalcem severovzhodne Slovenije, kjer je dostopnost do psihiatrov na primarni ravni izredno slaba. Je ena od petih specialnih bolnišnic v Sloveniji, srednje velika po velikosti. Kot v idrijski tudi v ormoški bolnišnici bel

Psihiatrična bolnišnica Vojnik je bila leta 1959 zasnovana kot nevropsihiatrični oddelek celjske splošne bolnišnice (Psihiatrična bolnišnica Vojnik, 1997). Po preselitvi nevrološkega oddelka v novi trakt celjske bolnišnice leta 1989 je v Vojniku ostal samo psihiatrični oddelek. Ta se je v času preoblikovanja Zdravstvenega centra odločil za osamosvojitve in ustanovitev samostojnega javnega zavoda. Od leta 1993 nosi ustanova naziv Javni zavod Psihiatrična bolnišnica Vojnik.

Psihiatrična bolnišnica Begunje pa je bila kot »Bolnišnica za duševne bolezni« ustanovljena leta 1952 (Psihiatrična bolnišnica Begunje, 2007). Nastala je iz potrebe po razbremenitvi prenapolnjene ljubljanske »Bolnišnice za živčne in duševne bolezni«. V začetnem obdobju je bila zgolj azilska depandansa matične ustanove v Polju, ki je imela le enega honorarnega zdravnika, ki je prihajal iz Ljubljane, sčasoma pa so se tako kadrovske razmere kot značaj bolnišnice spreminjali. Delež sprejemnih pacientov je naraščal na račun deleža kroničnih, število postelj se je zniževalo, sprva pretežno zaprti oddelki so se spreminjali v odprte, zmanjševala pa se je tudi dolžina ležalne dobe.

Edina splošna bolnišnica s psihiatričnim oddelkom je Univerzitetni klinični center Maribor. Od leta 1946 je bil psihiatrični oddelek del skupnega nevropsihiatričnega oddelka, počasni preselitvi na obronke Pohorja v Pohorski dvor leta 1972 pa se je razvijal kot samostojna organizacijska enota (spletna stran Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, www.sb-mb.si). Zaradi oddaljenosti od

matične ustanove je imel oddelek vso infrastrukturo, tudi priročni laboratorij, rentgen, sterilizacijo in ambulantno. Z opustitvijo bioloških metod zdravljenja se je uveljavila sodobna farmakopsihoterapija, uvedli so tudi sodobna načela okupacijske oziroma delovne terapije in druge rehabilitacijske programe, z uvajanjem svetovalnih telefonov in drugih oblik vključevanja v okolje pa skušajo detabuizirati psihiatrijo in jo razvijati kot interdisciplinarno vedo. Posebno pozornost namenjajo zdravljenju odvisnih, predvsem od alkohola. Leta 2005 so se preselili v nove prostore v neposredni bližini bolnišnice.

3. Zakon o duševnem zdravju

V Sloveniji je bil letos (2008) julija sprejet Zakon o duševnem zdravju, ki ureja sistem zdravstvene in socialnovarstvene oskrbe na področju dejavnosti duševnega zdravja, določa nosilce dejavnosti in njihove naloge ter pravice oseb pri uveljavljanju pravic s področja duševnega zdravja (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2008).

Zakon v 2. členu podaja definicije za posamezne izraze, za katere je pomembno, da jih poznamo:

- duševno zdravje zajema vedenje, mišljenje, govor, čustvovanje in razpoloženje osebe, njegov odnos do sebe, drugih in sveta okoli nas ter duševno motnjo, če ta obstaja;
- duševna motnja pomeni težave v duševnem zdravju in je začasna ali trajna motnja v delovanju možganov, ki se kaže kot spremenjeno vedenje, presojanje, doživljanje sebe in okolice;
- oseba s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo je posameznik, ki je zaradi dolgotrajne duševne motnje manj zmožen pri dejavnem vključevanju v svoje socialno okolje;
- psihiatrična bolnišnica je javno zdravstveni zavod oziroma enota zavoda, namenjena za opravljanje specialistično-konziliarnega in bolnišničnega zdravljenja s področja psihiatrije;
- socialnovarstveni zavod je posebni socialno varstveni zavod ali posebna enota splošnega ali drugega socialnovarstvenega zavoda, ki je namenjen varstvu, bivanju in življenju polnoletnih oseb, katerih akutno bolnišnično zdravljenje je zaključeno oziroma zanje ni potrebno bolnišnično zdravljenje;
- oddelek pod posebnim nadzorom je oddelek psihiatrične bolnišnice oziroma socialnovarstvenega zavoda, kjer je zaradi zdravstvenih razlogov omejena svoboda gibanja, tako da oseba ne more zapustiti psihiatrične bolnišnice oziroma socialnovarstvenega zavoda po lastni volji;
- mreža izvajalcev storitev in programov za duševno zdravje so javni zdravstveni zavodi in socialnovarstveni zavodi, pravne in fizične osebe s koncesijo na področju duševnega zdravja in nevladne organizacije, ki delujejo na tem področju in se (so)financirajo iz javnih sredstev;
- obravnava pomeni vse postopke osebe v zvezi s pripravo in izvajanjem zdravstvenih, socialnih in drugih storitev, ki se izvajajo po tem zakonu;
- akutno bolnišnično zdravljenje je zdravljenje v bolnišnici zaradi akutne motnje ali zaradi akutnega poslabšanja kronične motnje;
- nadzorovana obravnava je obravnava oseb po končanem bolnišničnem zdravljenju oziroma obravnava oseb s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, ki se izvaja zunaj psihiatrične bolnišnice oziroma socialnovarstvenega zavoda pod nadzorom psihiatrične bolnišnice v skladu z načrtom nadzorovane obravnave;
- koordinator nadzorovane obravnave je strokovnjak, ki ga na predlog psihiatrične bolnišnice določi sodišče za nadzor, spremljanje in koordiniranje nadzorovane obravnave oziroma

strokovnjak, ki ga, kadar nadzorovane obravnave ne določi sodišče, določi psihiatrična bolnišnica;

- obravnava v skupnosti je opravljanje dejavnosti pomoči osebam na območju ene ali več občin na podlagi koncesije, ki jo podeli minister, pristojen za socialno varstvo, v soglasju z ministrstvom, pristojnim za zdravje, v skladu z na podlagi nacionalnega programa določeno mrežo izvajalcev storitev in programov za duševno zdravje.

V 3. členu zakon navaja, da mrežo izvajalcev storitev in programov za duševno zdravje sestavljajo izvajalci psihiatričnega zdravljenja, izvajalci socialnovarstvenih programov in izvajalci obravnave v skupnosti. Izvajalci psihiatričnega zdravljenja so psihiatrične bolnišnice, psihiatrične ambulate in delovne skupine v osnovnem zdravstvenem varstvu in zasebniki zdravniki specialisti s koncesijo. Izvajalci psihiatričnega zdravljenja opravljajo predvsem krizne intervencije zaradi nujnih psihiatričnih stanj, zgodnjo diagnostiko in nepretrgano zdravljenje duševnih motenj. Izvajalci socialnovarstvenih programov so socialnovarstveni zavodi, centri za socialno delo ter druge pravne in fizične osebe s koncesijo, opravljajo pa predvsem institucionalno varstvo, ki obsega osnovno in socialno oskrbo ter tudi zdravstveno varstvo v skladu s predpisi s področja zdravstvene dejavnosti. Izvajalci programov obravnave v skupnosti pa so izvajalci psihiatričnega zdravljenja, izvajalci socialnovarstvenih programov in nevladne organizacije z dovoljenjem za opravljanje programov obravnave v skupnosti. Nevladne organizacije opravljajo predvsem naslednje programe: programe zagovorništva in samopomoči, programe izobraževanja, programe podpore pri učenju in študiju, programe dela z družinami, treningi socialnih in življenjskih spretnosti, programe organizacije prostočasnih dejavnosti, programe zaposlitvenih centrov s podporno zaposlitvijo, programe usposabljanja za delo, programe socialnega vključevanja ter programe ocenjevanja delazmožnosti.

Zakon določa, da morata mrežo izvajalcev storitev in programov za duševno zdravje določiti minister, pristojen za zdravje, in minister, pristojen za socialno varstvo, v roku 6 mesecev od sprejema Nacionalnega programa varovanja duševnega zdravja (Ministrstvo za zdravje RS, 2008). Nacionalni program varovanja duševnega zdravja opredeljuje razvojne možnosti in potrebe na področju preventive, psihiatričnega zdravljenja, celovite socialnovarstvene obravnave ter obravnave v skupnosti v mreži izvajalcev storitev in programov za duševno zdravje, in mora vsebovati naslednje:

- strategijo razvoja skrbi in akcijski načrt za duševno zdravje,
- cilje, organizacijo, razvoj in naloge mreže izvajalcev storitev in programov za duševno zdravje,
- nosilce nalog za uresničevanje nacionalnega programa in
- podlago za evalvacijo nacionalnega programa.

Zakon v 4. členu nalaga ministru, pristojnemu za zdravje, da določi kadrovske, tehnične in prostorske pogoje izvajalcev psihiatričnega zdravljenja, ministru, pristojnemu za socialno varstvo pa, da določi kadrovske, tehnične in prostorske pogoje izvajalcev socialnovarstvenih programov in nevladnih organizacij v mreži izvajalcev storitev in programov za duševno zdravje.

4. Definicije duševnega zdravja

Ni zdravja brez duševnega zdravja (Komisija evropskih skupnosti, 2005). Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) se na področju zdravstvenega varstva naslanja na **pozitiven koncept zdravja** in duševnega zdravja. Glavna značilnost pozitivnega koncepta je, da zdravja ne definira zgolj z odsotnostjo bolezni ali motnje. Tako WHO (2003) pravi, da je zdravje »stanje popolnega fizičnega, mentalnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni ali slabotnosti«. Iz tega izhajajoči koncepti duševnega zdravja zajemajo subjektivno občutenje blagostanja, samoučinkovitosti, avtonomije, kompetentnosti, medgeneracijske odvisnosti in prepoznavanje sposobnosti realiziranja

lastnih intelektualnih in emocionalnih potencialov. Duševno zdravje je tako definirano kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik uresničuje svoje sposobnosti, se zmore spopadati z običajnimi napori življenja, zmore produktivno in uspešno delati ter prispevati k svoji skupnosti« (WHO, 2003). Tri glavne ideje, zajete v takem pogledu na duševno zdravje, so ideje, da je duševno zdravje nepogrešljiv del splošnega zdravja, da je več kot le odsotnost duševne motnje ter da je tesno povezano s telesnim zdravjem in vedenjem (WHO, 2005b). Takšno razumevanje duševnega zdravja najdemo v številnih teoretičnih opredelitvah akterjev s področja duševnega zdravja, vendar v praksi le malo programov sledi smernicam pozitivnega koncepta, ugotavljata A. Carotta in M. Kurež (2007). WHO (2003) pa opozarja, da bi moralo biti duševno zdravje skrb vsakega izmed nas in ne le tistih z duševno motnjo, saj posledice težav v duševnem zdravju vplivajo na družbo kot celoto in jih nosimo vsi. Duševno zdravje je sestavni del splošnega zdravja in blagostanja posameznika in s tem kvalitete njenega ali njegovega življenja, posamezniku omogoča, da se prilagaja in konstruktivno spopada z izzivi okolja, v katerem živi in deluje. Hkrati prispeva k blagostanju in ekonomiji družbe s tem, ko izboljšuje družbeno funkcioniranje in družbeni kapital (Jane-Llopis, Barry, Hosman & Patel, 2005).

Definicije posameznih duševnih motenj, ki jih uporabljajo strokovnjaki s področja duševnega zdravja v Evropi in tudi drugod po svetu, najdemo v Mednarodni klasifikaciji bolezni (International Classification of Diseases ali ICD), nastali pod okriljem WHO. ICD se periodično revidira, najnovejša, deseta različica, je iz leta 1992 (ICD-10). V Združenih državah Amerike najdemo še eno klasifikacijo, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ki je nastala pod okriljem Ameriškega psihiatričnega združenja (American Psychiatric Association ali APA), in je trenutno v svoji četrti različici (DSM-IV). Ob tem se zdi, razlaga Lefley (1996), da ni nobenih dvomov glede definicij duševnih motenj; in vendar ostajajo vprašanja o zgodovinski in kulturni univerzalnosti diagnostičnih kategorij, o parametrih duševnih motenj, o njihovi intenziteti, trajanju, spremenljivosti in socialnem pomenu še vedno odprta in predmet razprav.

Tudi WHO (2005a) poroča, da v svetu ni enotnega soglasja o tem, kaj je duševna motnja oz. bolezen. V različnih socialnih, kulturnih, ekonomskih in pravnih okoliščinah znotraj različnih družb in v različnih kontekstih so v uporabi različni izrazi. Pogoji, ki naj bi bili zajeti v koncept duševne motnje, so stvar intenzivne razprave. Široka definicija duševne motnje lahko zajema duševne bolezni, duševno manjrazvitost, motnje osebnosti in odvisnost od substanc. Vendar je definicija od države do države različna. V znanstvenih in akademskih razpravah na temo definicije duševnih motenj zasledimo celo paleto različnih mnenj: od tega, da je definiranje duševne motnje v celoti stvar vrednostnih sodb, vključno s sodbami o tem, kaj je normalno, iz česar sledi, da duševna motnja na ravni posameznika sploh ne obstaja, ampak obstaja le na interpersonalni ravni, do prepričanja, da je lahko definicija popolnoma znanstvena in objektivna, nanašajoča se na statistične norme (Perring, 2005; Lefley, 1996). Vmes najdemo stališča, da se koncepti duševne motnje nanašajo na nekakšen meglen prototip, ki ga ni mogoče natančno definirati, ali da bodo definicije duševne motnje vedno mešanica znanstvenih dejstev (kot npr., da določena prirojena ali pridobljena funkcija ne deluje, kot bi morala) in vrednostnih sodb (da je to nezaželeno ali škodljivo), (Perring, 2005).

Pozitivni koncept duševnega zdravja vključuje tudi ustrezno uporabo terminologije, ki deluje v duhu zmanjševanja stigme oseb, ki imajo različne težave na področju duševnosti. Tako se npr. izraz »duševna motnja« vse bolj nadomešča s terminom »težave v duševnem zdravju«. Kajti, duševne motnje predstavljajo le en vidik težav v duševnem zdravju in izhajajo iz klasifikacij ICD-10 ali DSM-IV (sodobni različici klasifikacij sta primerljivi med seboj). Z izrazom »težave v duševnem zdravju« zajamemo širše področje: duševne motnje in druge težave v duševnem zdravju, ki se, kot izhaja iz definicije duševnega zdravja, pri posamezniku kažejo kot stanje oz. počutje, v katerem posameznik ne more uresničevati svojih sposobnosti, se ne zmore spopadati z običajnimi življenjskimi napori ali uspešno delati in prispevati k svoji skupnosti. Izraz »duševna bolezen« v večji meri implicira posameznikovo nemoč, nespremenljivost stanja in poudarja telesno

komponento, medtem ko izraz »duševna motnja« v večji meri nakazuje, da gre za trenutno stanje, ki je spremenljivo in je rezultat interakcije dejavnikov v posamezniku in dejavnikov iz okolja. Označevanje posameznikov z njihovo boleznijo ali motnjo (npr. psihotiki, shizofreniki, diabetiki, paraplegiki ipd.) ni primerno (Marinček, 2007), in ga je bolj ustrezno nadomestiti s termini kot so ljudje s težavami v duševnem zdravju, duševnimi motnjami, shizofrenijo ipd. Seveda pa je težave v duševnem zdravju potrebno razlikovati od težav v duševnem razvoju, kjer so posledica razvojni zaostanki v mentalnem in pogosto tudi telesnem funkcioniranju.

5. Stanje na področju skrbi za duševno zdravje

V publikaciji Mental Health Atlas 2005 (WHO, 2005c) Svetovna zdravstvena organizacija opisuje stanje na področju organizacije in resursov za duševno zdravje držav širom po svetu, med njimi tudi Slovenije. Po kriteriju svetovne banke (World Bank, 2004, v WHO, 2005) se Slovenija uvršča med države z visokim dohodkom. Zdravstvu namenjamo 8,4% BDP, skupni izdatki za zdravstvo pa znašajo 1545 \$ na prebivalca. Za primerjavo navedimo še nekaj drugih držav: Slovaška namenja zdravstvu 5,7% BDP (skupni izdatki 681 \$ na prebivalca), Madžarska 6,8 % BDP (skupni izdatki 914 \$ na prebivalca), Italija enako kot mi 8,4 % BDP (skupni izdatki so 2204 \$ na prebivalca), Avstrija 8% BDP (skupni izdatki 2259 \$ na prebivalca), Hrvaška 9% BDP (skupni izdatki 726\$ na prebivalca), tudi Danska namenja zdravstvu 8,4% BDP (skupni izdatki so 2503\$ na prebivalca), Nemčija pa kar 10,8% svojega BDP (skupni izdatki znašajo 2820\$ na prebivalca). WHO med drugim ugotavlja, da Slovenija nima ustrezne politike za področje duševnega zdravja ali za področje zlorabe substanc, niti nima nacionalnega programa za duševno zdravje.

WHO (2005c) ugotavlja, da podatki o izdatkih za duševno zdravje v Sloveniji niso dostopni. Eden od razlogov za to je odsotnost posebne razporeditve proračunskih virov za duševno zdravje. Službe na področju duševnega zdravja se financirajo v glavnem iz davkoplačevalskega denarja, socialnega zavarovanja, privatnega zavarovanja, manjši del pa plačajo bolniki sami oz. njihovi svojci. Eden od problemov, ki ovirajo razvoj skupnostnih programov za duševno zdravje v Sloveniji, izvira iz tega, da zdravstvene zavarovalnice ne financirajo posameznih programov, temveč bolnišnične postelje. Rehabilitacijske službe se financirajo delno iz zdravstvenega in delno iz socialnega varstva. Na socioekonomskem področju imajo ljudje z duševnimi motnjami dostop do invalidnine, socialne podpore, brezplačnih zdravil in neomejenega števila psihiatričnih posvetovanj, kronični bolniki z duševnimi motnjami pa imajo tudi pravico do pokojnine.

Duševno zdravje je v Sloveniji del osnovne (primarne) zdravstvene oskrbe. Psihatri se lahko zaposlujejo na primarni ravni, kjer je tudi omogočeno zdravljenje težjih duševnih motenj. Čeprav obstajajo nekateri težaji o duševnem zdravju za strokovnjake s področja primarne zdravstvene oskrbe (večinoma izobraževanja o depresiji), pa WHO (2005c) poroča, da večina strokovnjakov primarne zdravstvene oskrbe ni ustrezno izurjena za prepoznavanje in delo z ljudmi s težavami v duševnem zdravju.

V Sloveniji (še) ni sistemsko urejene skupnostne oskrbe na področju duševnega zdravja. Nekatere službe v skupnosti pa že obstajajo. Opaziti je nekatere pobude v psihiatričnih institucijah in v nevladnih organizacijah. V Ljubljani se je v okviru psihiatrične oskrbe razvila rehabilitacijska dejavnost, ki skuša poleg rehabilitacijskih principov v zdravljenju uveljaviti tudi sodelovanje z zunanjimi sodelavci. Trenutno je sodelovanje med psihiatričnimi službami, nevladnimi organizacijami, socialnimi službami in splošnimi zdravniki bolj skromno. Ustanovljena so bila nekatera združenja uporabnikov in združenja zainteresiranih strokovnjakov. Največje uporabniške organizacije so Šent, Altra, Ozara in Paradoks. Uporabniške organizacije so vpete tudi v nekatere preventivne programe, večinoma namenjene zmanjševanju stigme. Drugače pa imajo nastanitvene zmogljivosti (WHO ocenjuje, da okoli 1800 mest), dnevne centre, ponujajo programe zaposlitvene rehabilitacije, zaščitena delovna mesta in razna izobraževanja za uporabnike in skrbnike. Aktivne so na področjih zagovorništva, preventive, promocije, zdravljenja in rehabilitacije. V letih 1997-98 so

se pojavile pobude za krepitev civilne iniciative, kmalu zatem pa so bili ustanovljeni prvi edukacijski programi za uporabnike, skrbnike in strokovnjake z namenom širiti zavest o problematiki duševnih motenj (WHO, 2005c). WHO ocenjuje, da je mreža, ki bi povezovala organizacije in službe izven psihiatrije, v Sloveniji šibka. Deluje pa precej skupin za samopomoč.

Tabela 1

Število psihiatričnih postelj in strokovnjakov v Sloveniji (WHO, 2005c)

Psihiatrične postelje na 10 000 prebivalcev:	Število:
Skupno	8,46
V psihiatričnih bolnišnicah	7,20
V splošnih bolnišnicah	1,26
V drugih institucijah	0
Strokovnjaki na 100 000 prebivalcev:	Število:
Psihiatri	5,35
Nevrokirurgi	0
Psihiatrične medicinske sestre	5,80
Nevrologi	0,80
Psihologi	1,65
Socialni delavci	0,45

Vse psihiatrične bolnišnice v Sloveniji imajo oddelke za splošno psihiatrijo, psihogeriatrijo in zdravljenje odvisnosti od alkohola. Psihiatrična klinika Ljubljana ima tudi oddelke za adolescentno psihiatrijo, odvisnost od drog in psihoterapijo. Oddelek za otroško psihiatrijo pa je na Pediatrični kliniki v Ljubljani. Zanimivo je, da v južnem delu Slovenije (v regiji jugovzhodna Slovenija, v notranjsko-kraški in obalno-kraški regiji) ni nobene psihiatrične bolnišnice. WHO (2005c) poroča, da proces deinstitutionalizacije v Sloveniji ni stekel oz. ni bilo opaznejših sprememb v smeri deinstitutionalizacije. Z uresničevanjem novega nacionalnega sistema zavarovanja so se nekateri psihiatri in drugi strokovnjaki preselili v zasebno prakso.

V Sloveniji obstajajo posebni programi na področju duševnega zdravja za manjšine, begunce, žrtve naravnih nesreč, starostnike in otroke (WHO, 2005c). Nenehno se izvajajo preventivni edukacijski programi za prepoznavanje depresivnosti in samomorilnih teženj; na tem področju se v izobraževanju vključuje predvsem učitelje in splošne zdravnike. Del dejavnosti na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov je organiziran v sklopu edukacije in socialnega varstva. Večina šol v Sloveniji zaposluje šolske svetovalne delavce, ki med drugim sodelujejo z lokalnimi centri za socialno delo. Slednji nadzorujejo in skrbijo za nastanitev mladostnikov iz disfunkcionalnih družin. V Sloveniji deluje tudi nekaj svetovalnic za starše, kjer pomoč večinoma nudijo psihologi.

6. Pogled zdravnikov na skrb za ogrožene in ranljive skupine prebivalstva v Sloveniji

Težave v duševnem zdravju niso samostojna skupina, izolirana od ostalih težav, motenj in bolezni. Vendar so nekatere skupine prebivalstva in znotraj teh tudi nekatere skupine bolnikov bolj ranljive za nastanek duševnih motenj kot druge. Vedno več raziskav npr. potrjuje tesno povezanost med depresijo in koronarno boleznijo, ki negativno vplivata druga na drugo (Resman, 2007). Resmanova navaja, da ima več kot polovica koronarnih bolnikov blažje ali prehodne težave v duševnem zdravju, približno četrtina bolnikov s prebolelim miokardnim infarktom pa ima izrazite anksiozne in depresivne motnje, ki bi jih bilo potrebno zdraviti. Omenjene težave ne le da povzročajo trpljenje bolnika, temveč tudi ovirajo zdravljenje in povečujejo tveganje za nastanek zapletov, za ponovni infarkt in smrt. Avtorica meni, da bi bilo smiselno duševnim motnjam posvečati enako pozornost kot ostalim dejavnikom, ki so povezani s koronarno boleznijo, kot sta npr. sladkorna bolezen in arterijska hipertenzija. Ocenjuje pa, da je še vedno preveč predsodkov o duševnim motnjah in psihotropnih zdravilih, zato bolniki v strahu pred stigmatizacijo svoje težave raje prikrijejo. Ker se

bolniki s psihosomatskimi težavami le stežka odločijo za obisk pri psihiatru, bi bilo veliko lažje, če bi bil slednji vključen v tim skupaj z ostalimi strokovnjaki.

D. Klančar (2007) razlaga, da prihaja posameznik z duševno motnjo v stik s celo vrsto javnih služb in institucij. Ponavadi, sploh če gre za osebo s shizofrenijo, opisuje avtorica, živi socialno odmaknjeno, predpisano terapijo izvaja neredno in se zateče k zdravstveni službi le v kritičnih obdobjih poslabšanja bolezni. Veliko je povratnikov, ki so tudi večkrat prisilno hospitalizirani. Klančarjeva razlaga, da je to v naših razmerah pravzaprav edini koordinirani odziv družbe na moteče in nevarno življenje osebe z duševno motnjo. Navadno so ti posamezniki tudi velik stres za družino, ki se mora ob pogosto nezadostnih mehanizmih družbe sama spopadati s težavami, ki jih prinaša duševna motnja. Ker osebe z duševno motnjo velikokrat ne navezujejo partnerskih stikov, ostajajo brez družin, živijo nezdravo in se manj znajdejo v uporabi zdravstvenih služb, primerjalno pogostejše obolevajo za drugimi boleznimi in odvisnostmi ter redkeje iščejo zdravstveno pomoč ob telesni bolezni. Rezultat neorganiziranega odziva družbe pa je socialna izoliranost, nezaposljivost, tudi brezdomsost, slabo sodelovanje pri zdravljenju in posledično slabša kakovost življenja. Zdravstveni sistem ne poskrbi zadosti za te bolnike, je prepričana Klančarjeva (2007). Ob sedanjí organiziranosti ob odpustu iz bolnišnice dobijo le kratko odpustnico z navodili za nadaljnje medikamentozno zdravljenje. Odpustnica pride v roke zdravniku, pri katerem naj bi se bolnik po odpustu prostovoljno javil, kar pa se običajno ne zgodi, zato zdravnik praviloma sploh nima stika z bolnikom. Tako je od zdravnikove pobude odvisno, ali bo na dom takega bolnika poslal patronažno sestro, da preveri njegovo stanje. Podporno ozračje v bolnikovi družini pa je odločilno za vzpostavitev in vzdrževanje tega stika.

V Sloveniji kljub težnji po deinstitucionalizaciji bolnikov z duševnimi motnjami (še vedno) ni nacionalnega programa organizirane skrbi zanje, pove Klančarjeva (2007). Zakon o duševnem zdravju tako ni zgolj dobrodošel, ampak je nuja. Trenutno reševanje problemov je v glavnem sektorsko in kot tako neučinkovito. Zdravstvene službe rešujejo kritična stanja ob poslabšanju osnovne bolezni, ob pridružení patologiji, posegajo ob nevarnosti samomora in v drugih urgentnih situacijah. Socialne službe se srečujejo z bolniki, ko je njihovo socialno stanje že kritično, organi pregona pa ob pridruženem kriminalnem dejanju. Avtorica pozdravlja poskuse številnih nevladnih organizacij, da bi ublažile stiske oseb z duševno motnjo in njihovih svojcev ter jim omogočile kolikor se da znosno socialno življenje. Dodaja pa, da gre v glavnem za nepovezane poskuse, katerih rezultatov nihče znanstveno ne raziskuje, niti se jih ne uporabi za morebitni nacionalni program odprave perečega problema. Številne nemedicinske organizacije imajo v svojih vrstah visokokvalificirane strokovnjake, vendar je njihova dejavnost omejena v zaprte kroge, ker jih nacionalna politika obravnava kot društva.

Pri nas je bila osnovana mreža psihiatričnih dispanzerjev, ki naj bi delovali kot nadaljevanje bolnišnične dejavnosti, a ker jih je veliko premalo, uspejo opravljati le kurativo (Klančar, 2007), ob tem pa smo v zadnjem času priča njihovem »razpadanju« in selitvi strokovnjakov v zasebne ambulante, kjer pa dejavnost ni več organizirana dispanzersko. Ambulante družinske medicine so preobremenjene s preostalo patologijo in prav tako nimajo nadzora nad to ranljivo skupino, patronažna služba pa se vključi le v najbolj kritičnih situacijah, razlaga Klančarjeva (2007). Eno od rešitev vidi v osnovanju multidisciplinarnih timov po Stein-Testovem Assertive Community Treatment (ACT) modelu, kjer strokovnjaki v timu vodijo do deset bolnikov v njihovem domačem okolju. Taki timi nudijo 24-urno oskrbo svojim uporabnikom in imajo z njimi številne stike, nudijo pa jim tudi pomoč pri vsakdanjih, praktičnih težavah. Na območjih, kjer delujejo ACT timi, je manj hospitalizacij, uporabniki so bolj stabilni v domačem okolju, večje pa je tudi njihovo zadovoljstvo (Solomon, 1992, v Klančar, 2007).

Ena od številnih ovir, s katerimi se srečujejo ljudje s težavami v duševnem zdravju, je tudi oteženo iskanje zaposlitve, sploh na odprtem trgu, in pomanjkanje možnosti usmerjene delovne rehabilitacije. Ob tem si te osebe zaposlitve v veliki meri želijo (Klančar, 2007). Avtorica vidi

rešitev v regionalno zasnovanih delovno rehabilitacijskih centrih, ki bi osebam s težavami v duševnem zdravju omogočali delovno rehabilitacijo v skladu z njihovimi interesi, preostalo delovno zmožnostjo, izobrazbo in veščinami. Za izboljšanje vsesplošne situacije na področju duševnega zdravja v Sloveniji pa Klančarjeva predlaga ustanovitev mreže kriznih centrov po regionalnem načelu. V vsaki regiji v Sloveniji naj bi po tem predlogu deloval vsaj en multidisciplinarni tim, ki bi uporabnikom omogočal oskrbo v neposrednem delovnem in življenjskem okolju ter imel nadzor nad medikamentozno terapijo, kar bi zmanjšalo število hospitalizacij zaradi slabo vodenega poteka duševne motnje. Delo strokovnjakov v timu bi poleg zdravljenja obsegalo tudi rehabilitacijo, učenje socialnih veščin ter delo s svojci (izobraževalna in podporna funkcija). Kot vmesni člen med uporabnikom in drugimi strokovnjaki vidi avtorica zdravnika družinske medicine, ki dobro pozna posameznika, njegovo okolje in razmere, v katerih živi. Ena od nalog in hkrati velik pozitivni prispevek multidisciplinarnih timov pa bi bilo tudi povezovanje z društvi in nevladnimi organizacijami, kjer trenutno vlada razdrobljenost.

O problemu stigme govori tudi Pirtošek (2007). Razlaga, da lahko stigmatizacijo bolnikov z določenimi boleznimi spremljamo skozi vso zgodovino, še posebej pogosta pa je pri boleznih, ki zajamejo določen način življenja, določene populacijske skupine in določene organe – zlasti možgane in možganske bolezni (npr. honoreja, turetizem, psihoze, demenca). Avtor iz nevrološke prakse z optimizmom opazuje, da se stigmatiziranje z več znanja počasi, a vztrajno umika bolj razumni in humani obravnavi. Nasprotno pa Bon (2007) ocenjuje, da je stigmatizacija vseh, ki so drugačni (ne le oseb z duševnimi motnjami) v sodobni družbi sicer vse bolj nesprejemljiva v vsakdanjem pogovoru, vendar se seli na bolj prikriti ravni in najbrž celo narašča. V najtežjem položaju med ljudmi z duševnimi težavami, meni avtor, so bolniki s psihotičnimi motnjami. Ti se z motnjo navadno srečajo že v mladosti, le redki ob zdravljenju dosežejo popolno ozdravitev, skoraj vedno pa imajo bolj ali manj izražene težave pri vsakdanjem delovanju in samostojnosti. Ob tem zdravila učinkovito delujejo samo na nekatere dele klinične slike bolezni, psihoterapevtski načini zdravljenja pa so težavni, ker zahtevajo od posameznika veliko motivacije, vztrajnosti, prizadevanja in uvida v lastne težave, torej ravno tistih funkcij, ki jih bolnikom zaradi narave psihotične motnje primanjkuje. Bon dodaja, da kljub vsem težavam, ki jih imajo, velikokrat opazi, da bolj kot zaradi simptomov duševne motnje trpijo zaradi stigme, ki spremlja njih in njihove družine.

Dve najpomembnejši razvadi, ki lahko bistveno vplivata na dolžino in kvaliteto življenja, a je obe mogoče odpraviti, sta kajenje in škodljivo pitje alkohola (Poplas Sušič, 2007). Sploh slednje predstavlja dejavnik tveganja za duševno zdravje posameznika in njegovih bližnjih. Pitje alkohola povzroča številne telesne in psihološke učinke, psihiatrične motnje in neprimerno socialno funkcioniranje. T. Poplas Sušič (2007) opozarja, da ni znana neškodljiva količina alkohola. Po količini popitega alkohola v listrih čistega alkohola na prebivalca zavzema Slovenija med enainpetdesetimi evropskimi državami tretje mesto, takoj za Luksemburgom in Litvo. Leta 2002 je registrirana poraba čistega alkohola v Sloveniji znašala 9,8 litra na prebivalca, če k temu prištejemo še ocenjeno neregistrirano porabo (doma proizvedene alkoholne pijače, ilegalne in uvožene neregistrirane količine alkoholnih pijač ter uživanje alkohola zunaj domovine), pa pridemo do približne ocene 17 litrov čistega alkohola na prebivalca (Poplas Sušič, 2007). Alkohol ima poleg škodljivega vpliva na zdravje še vrsto drugih negativnih učinkov, ki pa jih je težko izmeriti. Stroški, povezani s socialnoekonomskimi težavami zaradi uživanja alkohola, postopoma prehajajo od zasebnih (družinske težave, težave pri delu ...) k družbenim, finančno pa jih lahko ovrednotimo šele, ko se z njimi začno ukvarjati javne institucije. Avtorica opisuje visoko število hospitalizacij, ki smo jim vsako leto priča zaradi bolezni, poškodb in zastrupitev, ki jih neposredno pripisujemo alkoholu. Pri odrasli populaciji je največ hospitalizacij zaradi duševnih in vedenjskih motenj kot posledice uživanja alkohola ter zaradi alkoholne bolezni jeter, medtem ko so pri mladostnikih glavni razlog hospitalizacij poškodbe in zastrupitve kot kratkoročna posledica opijanja. Eden od kazalcev, ki kaže na veliko obremenitev družbe s čezmernim pitjem in ekonomsko zelo obremenjuje državo, je začasna odsotnost z dela zaradi alkohola neposredno pripisljivih bolezni, poškodb in zastrupitev. Drugi tak kazalec je umrljivost zaradi alkohola pripisljivih vzrokov. Število

smrti začne naraščati po 30. letu, doseže vrh med 60. in 64. letom in ostaja visoko tudi v pozni starosti. Pri odkrivanju čezmernega pitja in svetovanju glede tega pripisuje avtorica veliko vlogo zdravnikom družinske medicine. Navaja, da ti na leto pregledajo približno 60% opredeljenih bolnikov, v petih zaporednih letih pa praktično vse. Kljub temu je odnos zdravnikov do problematike prekomernega pitja pasiven. Med številnimi dejavniki, ki botrujejo takemu stanju, sta tudi preobremenjenost zdravnikov in pomanjkanje širše družbene podpore. Z načrtnim presejanjem bi v ambulantah družinske medicine kratkoročno sicer še povečali lastno obremenitev, dolgoročno pa bi zmanjšali stroške zdravljenja, morbidnost in tudi število obiskov bolnikov z naslova prekomernega pitja v ambulantah, meni avtorica. V študiji analize stroškov in učinkovitosti na Švedskem (Lindholm; v Poplas Sušič, 2007) so ugotovili, da je ključno tisto število bolnikov, ki bo trajno spremenilo pивske navade in nehala piti. Že če bi samo 1% tistih, ki jim je bilo pitje odsvetovano, prenehal piti, bi bilo posredovanje stroškovno učinkovito. Žal zdajšnja zdravstvena politika v Sloveniji ne podpira preventive v ambulantah niti na primarni niti na sekundarni ravni.

Pri odkrivanju dejavnikov poznega odločanja za zdravljenje odvisnosti od alkohola trčimo ob problem stigme. Tisti, ki so se odločili za zdravljenje, največkrat navajajo kot vzrok, da se zanj niso odločili pravočasno, lastno izkušnjo, da je biti čezmerni pivec v naši družbi sramota. Ob tem pa je pitje alkohola normalni del vsakdana v tej isti družbi. Posameznik se velikokrat za zdravljenje ne odloči zaradi sramote, ki bi kot senca padla nanj, ko bi drugi izvedeli za njegovo odvisnost (Poplas Sušič, 2007). Tudi na področju prepovedanih drog ne moremo mimo stigmatizacije in kratenja pravic. Nolimal (2007) razlaga, kako so se posledice padca starega gospodarskega in družbenega sistema pokazale tudi v padcu kakovosti življenja za nekatere skupine državljanov. Razvoj je na hitro prinesel koristi majhnemu delu prebivalstva, druge pa pustil daleč za seboj, v nezavidljivih socialno-ekonomskih razmerah, ki vključujejo tudi otežen dostop do zdravstvenih in socialnih storitev. Ena od variabel, kjer so se izrazili omenjeni trendi, so skrb zbujajoče epidemiološke statistike, ki se nanašajo na uporabo drog in z njo povezane posledice (Nolimal, 2007).

6.1. Destigmatizacija oseb s težavami v duševnem zdravju

Pojem »duševni bolnik« je še vedno obdan s stigmo predvsem zato, ker ga povezujemo z boleznijo, ki v nas vzbuja strah pred neobvladljivostjo in »norostjo« (Klančar, 2007). Stigmo danes razumemo kot rezultat družbenega označevanja in ne kot realno lastnost posameznika, ki je stigmatiziran (Bon, 2007). Spremljajo jo občutki krivde in sramu ali pa popolno zanikanje težav. Ljudje težko sprejmejo razlago, da so njihovi simptomi in težave posledica (stigmatizirane) duševne motnje in še težje iščejo pomoč. Avtor navaja, da je stigma v povezavi z duševno motnjo največja ovira za izboljševanje kakovosti življenja bolnikov in njihovih družin, istočasno pa vpliva na to, da družba daje zdravstvenim programom za duševno zdravje manjšo prednost kot programom za telesne bolezni. Vzroki za stigmatizacijo so kompleksni. Stigma izvira iz kulturno pogojenih odnosov do duševnih motenj in znotraj teh iz različnih domnev o njihovih vzrokih (Bon, 2007). »Duševni bolnik« je za okolje moteč (Klančar, 2007). Njegovo vedenje je med poslabšanjem bolezni lahko čudno in nepredvidljivo, včasih tudi nasilno, njegova čustva neskladna s situacijo, njegova prepričanja pa nenavadna, včasih brez stika z realnostjo. Ker so pričakovanja in odzivi oseb z duševnimi motnjami v socialnih situacijah lahko nenavadni in tuji, se drugi ljudje ne zmorejo več identificirati z njimi in razumeti, zakaj se tako vedejo (Bon, 2007). Sposobnost vpogleda v situacijo z vidika druge osebe pa je osnovna prvina, potrebna za socialno komuniciranje, kot lahko opazujemo pri razvoju otroka. Avtor meni, da je nesposobnost vživljanja v občutke duševnega bolnika tista osnova, ki sproži stigmatizacijo, občutek tesnobe, ki ga ob tem doživljamo, pa jo samo še pospeši. Za našo samozavest je bistveno, da se dojemamo kot razumne, samostojne osebe, ki same usmerjajo potek svojega življenja. Ko na primeru psihotične motnje vidimo, da lahko človek to razumnost tudi izgubi, pa se ustrašimo, da bi se kaj podobnega pripetilo nam samim. Zato, obrazloži Bon (2007), je v vsaki človeški kulturi zaznati jasno nagnjenje, da se postavi meja med »nami« in »njimi«, med »zdravimi« in »duševno bolnimi«. Če bi namreč dopustili, da duševna motnja nejasno prehaja v zdravje, se lahko nekoč zgodi, da tudi sami prestopimo to mejo.

Vzpostavljane meja je po mnenju avtorja krivo tudi za splošno prepričanje, da je duševna motnja dosmrtna in neozdravljiva, čeprav primeri jasno kažejo, da so ponekod značilna dolga obdobja brez težav. Stereotipi o duševnih motnjah so trdovratni in se ne dajo spremeniti samo z racionalnimi argumenti, še najbolj učinkovite so lastne izkušnje oz. odnos z osebo z duševno motnjo. Ali z drugimi besedami: ljudje se morajo te vsebine dotakniti tudi čustveno (Bon, 2007).

Bon (2007) povzema smernice pri načrtovanju destigmatizacijskih dejavnosti v petih točkah:

- povečevanje samozvesti in samospoštovanja oseb z duševno motnjo in njihovih družin,
- ozaveščanje strokovnjakov različnih profilov, saj lahko vsak prispeva k uveljavljanju strpnosti in sprejemanja v širši družbi,
- spreminjanje zakonodaje na način, da ni že sama po sebi stigmatizirajoča (ob tem se moramo zavedati, da lahko tudi zelo zaščitniška zakonodaja stigmatizira, namesto da bi pomagala),
- ozaveščanje novinarjev in drugih medijskih delavcev, da opustijo načine stigmatizirajočega poročanja in
- delo s splošno javnostjo, da spremeni svoje vedenje in ne le notranjega odnosa.

6.2. Zdravstvena politika Slovenije na področju duševnega zdravja

Poleg prizadevanja za destigmatizacijo v psihiatrični stroki je zelo pomembno tudi prizadevanje nevladnih organizacij. Številni avtorji menijo, da je v preteklih letih delovanje nevladnih organizacij vplivalo na izboljšanje kakovosti življenja mnogih bolnikov z duševnimi motnjami. Prepoznavajo potrebo po oblikovanju zakonodaje s področja duševnega zdravja tako, da bo omogočala in narekovala medsebojno približevanje bolnikov, njihovih svojcev, psihiatrične stroke, nevladnih organizacij in drugih vpletenih v proces prepoznavanja, zdravljenja in rehabilitacije oseb z duševnimi motnjami, kar so tudi priporočila WHO (2001).

Da bi bilo v zdravstveno politiko v Sloveniji potrebno vnesti nekaj sprememb, prepozna tudi Kersnik (2007a). Avtor je zelo kritičen do obstoječe politike, ki še vedno poudarja, kot pravi, »že rešene probleme zaščitnih ogroženih skupin prebivalstva«, medtem ko se je starostna piramida postavila na svoj vrh. Razlaga, kako so se skozi leta razvile verjetno močno predimenzionirane dejavnosti zaščite nekaterih ogroženih skupin, katerih število se drastično zmanjšuje, mreža in financiranje pa ostajata enaka ali zahtevata celo dodatna sredstva. Zadnji ukrep racionalizacije, opisuje Kersnik, je bil izveden pred daljnimi 40 leti, ko so zdravstveni politiki program fluorografiranja prebivalstva za zgodnje odkrivanje tuberkuloznih bolnikov zaradi njegove uspešnosti (znižanja odstotka bolnikov s tuberkulozo pod mejo, ki bi še opravičevala sistematično presejanje) uspeli odpraviti. Avtor nadaljuje s prikazom neracionalne porabe virov v zdravstvu na primeru dispanzerjev, ki po njegovem mnenju niso nikoli povsem izpeljali dispanzerske metode dela, to je, da bi resnično iskali ogrožene ali bolne. So pa uspeli vsaj ozemeljsko dobro pokriti opazna zdravstvena tveganja. Razmeroma slabo delo ginekoloških dispanzerjev bi po avtorjevi logiki morale pripeljati do reorganizacije službe, a je ta paradoksalno dobila nov denar za navidezno nov program, ki bi ga kot dispanzerska dejavnost morala izvajati že dotlej. Ob upadanju števila otrok se število otroških in šolskih dispanzerjev ne krči, le normativ se prilagaja (zmanjšuje) tako, da vzdržuje načrtovano število delovnih timov. Proti predlaganim reformam z obeh političnih strani se vedno uspešno uprejo tisti, ki jih je strah sprememb, ki bi spremenile njihov položaj. Navadno omenjeni strokovnjaki uspejo pridobiti tudi določene skupine prebivalstva, ki so jim naslikali najtemnejši scenarij ob morebitni racionalizaciji katere od obstoječih služb, in obstoječe stanje se ohrani, opisuje Kersnik (2007a). Slovensko politiko obtožuje, da prepozna samo še urgentno reševanje življenj, medtem ko se število neurgentnih bolnikov iz leta v leto povečuje zaradi staranja prebivalstva, zaradi sodobnih zdravstveno-socialnih problemov, ki jih načrtovalci sistema zdravstvenega varstva pred stoletjem še niso poznali, in paradoksalno zaradi vedno večje

učinkovitosti zdravstvene službe, ki ohrani vedno več težkih bolnikov pri življenju, čeprav niso dokončno ozdravljeni ali rehabilitirani. Ob tem smo priča tudi spremembi podobe in nalog družine. Velike večgeneracijske družine skoraj več ne poznamo. Ker sodobna industrijska proizvodnja omogoča manjši delovni vložek v vsakdanje obvladovanje gospodinjstva, ne poznamo več tipičnih gospodinj, ki so včasih ob sodelovanju ostalih žensk v veliki družini oskrbovale težke bolnike.

Številne oblike pomoči, ki ji ponuja država, formalno zapolnijo pravzaprav vse individualne potrebe posameznika. Če pogledamo bližje, pa vidimo, da je latenca med nastankom potrebe in izvedeno pomočjo odločno predolga (z izjemo akutno nastalih sprememb, kjer je odziv razmeroma hiter oz. pravočasen). Vse državne strukture, razlaga Kersnik (2007a), zahtevajo od zdravstvene službe takojšnje ukrepanje in dokončne rešitve, same pa si, sklicujoč se na veljavne predpise, razen v redkih izjemah kriznih posvetovanj, vzamejo za odločitev in ukrepanje običajni uradni čas. Avtor trdi, da nimamo niti državne niti zasebne službe, ki bi lahko v nekaj urah po nastanku stanja ustrezno in celovito poskrbela za težkega bolnika. Zavodu za zdravstveno zavarovanje priznava vlogo »dobrega gospodarja«, ki pri financiranju ubira sodobne trende in za ceno prihranka zdravstvenega sklada odpravlja negovalno vlogo bolnišnic, krajša ležalno dobo in vpeljuje vse več zdravstvene oskrbe na domu. Kar bi bilo povsem smotrno ukrepanje, dodaja Kersnik, če bi odpravljeni oz. skrajšani negovalni bolnišnični servis kompenzirale ustrezne nadaljevalne storitve na domu. Tako pa hudo bolni potem, ko zdravljenje v bolnišnici ni več smotrno ali se je na medicinskem področju izčrpalo, ostanejo bolj ali manj prepuščeni sami sebi in svoji družini, ki niti strokovno niti časovno ne zmore zagotoviti potrebne oskrbe. Namestitev v domu starejših občanov je pogosto nedostopna in manj ustreza, pomoč na domu, razni telefoni in druge oblike pomoči so neenakomerno dostopni, hkrati pa odgovarjajo le na posamezne vidike potreb. Najslabše je poskrbljeno za osnovne življenjske dejavnosti, ki pa težko bolnim osebam predstavljajo povsem nepremostljive vsakdanje probleme. Različni dodatki za pomoč in postrežbo, sofinanciranje pomoči na domu in zaposlitev negovalca pa so ob obstoječih togih merilih za dodeljevanje (po mnenju avtorja) kot kaplja v morje. Merila se pretirano naslanjajo na pomen diagnoze in zelo malo upoštevajo dejansko funkcionalno stanje posameznika, še manj pa njegove bivalne okoliščine. Kersnik ugotavlja, da so »upravljalci zdravstvenih, pokojninsko-invalidskih in socialnih skladov kot jantar ujetniki pretekle iluzije urejenosti družbenih razmerij« in deklarativno zadovoljujejo vse pravice zavarovancev oz. državljanov, niso pa sposobni prepoznati protislovja med pravicami in potrebami, kaj šele odzvati se nanj. Problem sodobne družbe niso več pravice iz naslova dela, temveč pravice iz naslova človeka samega. Problematika starosti in hude bolezni je predvsem v dolgotrajnosti obeh stanj. Medicina ima pri tem zgolj obrobno vlogo, trdi avtor, veliko večje so potrebe po osebni negi, oskrbi in nadzoru. Hudo bolnim ljudem in starostnikom je treba zagotoviti socialno mrežo, ki bo skrbela za njihove individualne življenjske in zdravstvene potrebe in bo nadomeščala družinsko in sosedsko obliko pomoči, ki v sodobnih razmerah počasi ugašata.

Skoraj identično ugotavlja U. Lunder (2007). Opaža, da naša kultura zanika staranje, ki je naraven in neizogiben proces; najbolj pa jo skrbi, da staranje vse bolj zanika tudi zdravstvena stroka. Naš zdravstveni sistem, pravi avtorica, je še vedno usmerjen v zdravljenje akutnih obolenj. Finančni vidik razkriva, da država zapravlja davkoplačevalski denar, ko so starejši že ob enostavno obvladljivih boleznih zaradi odvisnosti od nege prevečkrat napoteni kar v bolnišnico. Te pa so, da je problem večji, usmerjene v zdravljenje akutnih in ne kroničnih bolezni, ki zahtevajo več nege, pozornosti in časa. Starejši imajo poleg zapletenih zdravstvenih težav pogostejše še psihosocialne in duševne težave, ki jih spremembe v načinu delovanja družin samo poglobljajo s tem, ko povečujejo njihov občutek osame in potisnjenosti na rob družbe. Slabo pa je poskrbljeno tudi za tiste svojce, ki oskrbujejo težko bolno osebo na domu. To delo je neplačano in brez prave psihološke podpore, ki bi jo potrebovali ob soočanju s spreminjajočo se bolnikovo osebnostjo, vedenjem in omejitvami, in lahko svojce izčrpa do izgube zdravja, da ne govorimo o finančnem stanju.

Številni ljudje s težavami v duševnem zdravju potrebujejo pomoč le občasno, v obdobjih poslabšanja. Naš sistem žal ni prilagojen njihovim potrebam, temveč deluje bolj po načinu vse ali

nič, v smislu oskrbe v akutnih stanjih na eni strani in popolnoma samostojne skrbi zase na drugi. Vmes se razmeroma uspešno vključuje ambulantna oskrba ter razna društva in nevladne organizacije, ki pa jih je še vedno veliko premalo, njihov glas pa je še prešibek. Veliko ljudi s težavami v duševnem zdravju bi lahko in rado delalo, a kot nekonkurenčni na trgu dela ne najdejo zaposlitve, alternativnih, njim prilagojenih delavnih mest pa je komaj za vzorec. M. in G. Molan (2007) opazata svojevrsten paradoks: v sodobni družbi narašča število zdravstvenih težav in funkcijskih omejitev že pri mladostnikih, hkrati pa so zahteve modernih delovnih okolij vse večje in večje. Vse več je potreb po prilagodljivosti in 24-urni razpoložljivosti, kar ob siceršnji prezasičenosti trga dela z brezposelnimi za tiste iskalce, katerih zdravstveno stanje je slabše ali imajo določeno funkcijsko omejitev, pomeni, da so njihove možnosti približno enake zadetku na lotu. Po uveljavitvi Zakona o zaposlovanju invalidov in zaposlitveni rehabilitaciji invalidov so se za delodajalce odprle ugodnejše možnosti zaposlovanja oseb z različnimi zdravstvenimi omejitvami, opazata M. in G. Molan, in povečuje se delež delovnih mest, na katerih je delovno okolje mogoče prilagoditi posamezniku, ki ima nekatere zdravstvene omejitve. Še vedno pa, ocenjujeta avtorja, so zaposlitvene možnosti slabe za osebe s težavami v duševnem zdravju, z vedenjskimi motnjami, alergičnimi boleznimi in okvarami vida.

N. Kopčavar Guček (2007) se sprašuje, ali pri obremenitvah z delom res poznamo samo še obe skrajnosti, brezposelnost in preobremenitev. V svojem razmišljanju posebno pozornost namenja položaju žensk, ki so dodatno obremenjene z gospodinjstvom in skrbjo za družino. Čeprav so ženske pri izobraževanju in doseganju ciljev tipično uspešnejše, se ne znajo postaviti zase, ne poročajo nadrejenim o svojih uspehih in ne znajo reči ne, redko dosegajo najvišje položaje, njihov vložek je pogosto podcenjen, praviloma so plačane manj od kolegov na enakovrednih mestih, ob vsem pa so tudi pogostejše izpostavljene telesnemu ali duševnemu nasilju, našteva N. Kopčavar Guček. Anksioznost, izgorelost in stres z vsemi svojimi telesnimi in duševnimi posledicami so tako pogosti spremljevalci žensk v njihovem aktivnem življenjskem obdobju. Ginekologi menijo, da so optimalne biološke možnosti za rojevanje med 20. in 25. letom. Vendar sta socialna zrelost in ekonomska samostojnost v tem času praviloma še nepopolni in sploh pri izobraženkah se starost ob prvem rojstvu pomika v obdobje po 30. letu. Svoj del odgovornosti nosijo tudi delodajalci, je prepričana avtorica, saj na uslužbenke neredko pritiskajo z zahtevami za podpis izjav glede porodniških dopustov. Kadar se reproduktivne namere končajo uspešno, bodisi po naravni poti bodisi z biomedicinsko pomočjo, prinese otrok v mlado družino veliko radosti, novosti, sprememb, pa tudi obremenitev. Povečana ranljivost v tem obdobju se lahko razvije v poporodno depresijo. Psihološka in psihiatrična pomoč (razen urgentne) sta v našem okolju še vedno težko dostopni in praviloma stigmatizirajoči, meni avtorica, ki se s tem pridružuje mnenju številnih strokovnjakov, ki smo jih omenjali zgoraj. Nadaljnje obremenitve pogosto prinesejo roditelji, ki s staranjem potrebujejo vse več pomoči, slednjo pa največkrat nudi ženska. Tako se starševskim obveznostim, gospodinjstvu in karieri pridruži še odgovornost do roditeljev, ki potrebujejo svoj delež pozornosti, časa in tudi denarja. Avtorica v svojem prispevku (Kopčavar Guček, 2007) našteva še druge dejavnike, ki obremenjujejo ženske v sodobnem času, zaključuje pa z mislijo, da se navsezadnje ne gre čuditi statističnim podatkom, ki kažejo, da se število kadilk med odraslimi ženskami počasi, a vztrajno večja, medtem ko pri moških vztrajno upada. Vse večje psihosocialne stiske silijo ženske v iskanje načinov sprostitev stisk, eden od njih pa je tudi kajenje.

Številne organizacije ponujajo pomoč v takšni ali drugačni akutni stiski, bolj malo pa je možnosti za resno pomoč, ko je stiska šele v povojih. Ker smo še vedno preveč obremenjeni z negativnim prizvokom katere koli stopnje duševnih težav, lahko pričakujemo, da se ameriški model uporabe psihoterapevtov pri nas še dolgo ne bo prijel (Kersnik, 2007b). Na srečo je pri nas dobro organizirana socialna dejavnost, ki ponuja zatočišče v varnih hišah in druge oblike zaščite za ženske in matere. Premalo pa je svetovalnic in informacijskih središč, kamor bi se lahko obrnile ženske in pari z navidez »banalnimi« problemi, z dvomi in načetimi odnosi, ko zveza še ne razpada, a lahko tok dogodkov kaj hitro krene v to smer. Kersnik (2007b) je mnenja, da bi lahko največ pomagale primarne družine, ki bi se morale odpovedati poseganju v družine svojih otrok, hkrati pa jim biti na

voljo takrat, ko jih njihovi otroci potrebujejo. A se pri nas še vedno prevečkrat odzivajo v duhu reka: »naj se hči ne vrača, če jo bo v novi postelji kaj žulilo«. Nasprotno, prav takrat bi morali biti starši odprti za pribežališče in vir tolažbe.

V svojem aktivnem obdobju imajo ženske precej stikov z zdravstveno službo, a zaradi zastarelega polikliničnega sistema, kot trdi Kersnik (2007b), žal samo z ginekologi in pediatri. Delovno področje slednjih pa je odmaknjeno od družine in namesto zmanjševanja stresa ob novih dogodkih z usmerjenostjo na otroka, tega le še povečujejo s tem, ko ženskam nalagajo biti popolne nosečnice in matere. Skrbnost patronažnih medicinskih sester pri mladih materah le še povečuje občutek nezadostnosti. Kersnik trdi tudi, da so snovalci zdravstvene politike z možnostjo dobiti bolniški dopust za nego kar pri otrokovem zdravniku materam naredili medvedjo uslugo. Namesto zdravnika družinske medicine tako mlade ženske obiskujejo izvajalce, ki jim ne morejo ali ne znajo pomagati pri manj očitnih težavah. Avtor vidi eno bolj enostavnih rešitev pri ginekologih, ki naj v svoj preventivni paket vključijo tudi presejanje ali vsaj pospeševanje duševnega zdravja, v poporodnem obdobju pa k presejanju otrok dodajo še zgodnje odkrivanje poporodne depresije. Pogosti obiski mater pri pediatru zaradi obrobni otrokovih težav bi morali biti spodbuda za obravnavo mater, saj gre v takih primerih pogosto za težave v partnerskih odnosih. Ker je ta skupina prebivalstva enostavno dostopna za podporo, je zelo smiselno, da ji jo tudi ponudimo. Druga možnost pa je, zaključuje Kersnik, da se še naprej uspravamo in čakamo, da se z nastopom mene in nove krize v tem obdobju nakopičena problematika sprosti v veliko hujših stanjih in boleznih.

7. Težave v duševnem zdravju kot breme za posameznika in za družbo

V zadnjih letih svet vse bolj prepoznava obsežnost bremena, ki ga družbi nalaga problematika duševnega zdravja. V svetu 450 milijonov ljudi trpi za duševnimi ali vedenjskimi motnjami. Med šestimi vodilnimi vzroki za leta, izgubljena zaradi oviranosti, so štirje: depresija, motnje zaradi zlorabe alkohola, shizofrenija in bipolarna motnja. V vsaki četrti družini najdemo vsaj enega člana z duševno motnjo in vsako leto skoraj milijon ljudi stori samomor (WHO, 2003), približno 58 000 samo v Evropski uniji, kar je več, kot je letno smrti zaradi prometnih nesreč, umorov ali AIDS-a (Komisija evropskih skupnosti, 2005). Slovenija je med državami članicami EU na petem mestu po deležu samomorov (nad 30 na 100.000 prebivalcev). Za primerjavo navedimo podatek za Grčijo, ki se je znašla na zadnjem mestu s 3,6 samomori na 100.000 prebivalcev (Komisija evropskih skupnosti, 2005).

Ob tem se v večjem delu sveta duševnemu zdravju ne pripisuje niti približno podobna mera pomembnosti kot telesnemu zdravju (WHO, 2003). Nerazumevanje, stigma in diskriminacija so dolgo skrivali probleme duševnega zdravja za svojo zaveso. Žal so nespoštovanje človekovih pravic in dostojanstva ljudi s težavami v duševnem zdravju še zmeraj prisotni in spodkopavajo temeljne evropske vrednote, ugotavlja Komisija evropskih skupnosti v Zeleni knjigi (2005), hkrati pa težave v duševnem zdravju predstavljajo veliko izgubo in obremenitev za gospodarske, socialne, izobraževalne, pa tudi kazenske in sodne sisteme. Duševne motnje so na primer glavni vzrok za predčasne upokojitve in invalidnine. Če nas ne prepričajo problemi, s katerimi se soočajo posamezniki s težavami v duševnem zdravju in njihove družine, bi nas moralo v kapitalistični zahodni družbi prepričati slednje. Z ekonomskega vidika težave v duševnem zdravju na eni strani vplivajo na delazmožnost in produktivnost posameznika in pogosto tudi njegove družine ter s tem na njihov dohodek in prispevek v državno blagajno, na drugi strani pa ustvarjajo stroške zaradi uporabe zdravstvenih in drugih služb. Vplivajo torej z vidika izgube produktivnosti in z vidika stroškov tretmana. WHO (2003) ocenjuje, da skupni stroški v razvitih državah dosegajo med 3% in 4% BDP. S kombinacijo dobro ciljanih preventivnih programov, ustreznih programov zdravljenja in obravnave ter vsesplošne promocije duševnega zdravja bi se lahko države v prihodnosti izognile mnogim izgubljenim letom in življenjem, zmanjšale stigmato, ki se vztrajno veže na duševne motnje, hkrati pa vplivale na povečanje družbenega kapitala ter razvoja države. Mnoge študije s preventivnimi programi so dokazale ne le, da ti učinkujejo, temveč tudi, da je učinek večji od cene

programov (WHO, 2003). Hkrati smo priča ogromnemu razhajanju med potrebami in resursi že na ravni osnovne oskrbe na področju duševnega zdravja. V razvitih državah z dobro organiziranim zdravstvenim sistemom ostaja po ocenah WHO brez zdravljenja med 44 in 70% oseb z duševno motnjo. V državah v razvoju sega delež tudi do 90%. Več kot 40% držav v svetu nima zakonsko urejenega področja duševnega zdravja, med njimi še vedno tudi Slovenija! Za otroke in mladostnike pa sega ta delež do 90%.

WHO v svojem poročilu World Health Report 2001 (WHO, 2001) priporoča državam, naj:

- omogočijo ljudem s težavami v duševnem zdravju zdravljenje v okviru primarne zdravstvene dejavnosti,
- omogočijo dostopnost psihotropnih zdravil,
- ponudijo tudi oskrbo v skupnosti,
- izobražujejo javnost,
- v razprave vključujejo uporabnike, družine in skupnost,
- razvijejo nacionalne programe, politiko in zakonodajo na področju duševnega zdravja,
- vlagajo v razvoj človeških virov,
- se povezujejo z drugimi sektorji,
- spremljajo in nadzorujejo duševno zdravje v državi in
- podpirajo raziskovanje.

V času globalizacije, v katerem živimo, lahko opazujemo svojevrstno dvojnost: približevanje različnih delov sveta v skupni smeri razvoja in mobilnost ali »državljanstvo Zemlje«, na drugi strani pa zaostrovanje konfliktov med narodi in »obrambo meja« oziroma diferenciacije. Ker gre duševno zdravje z roko v roki z mirom, stabilnostjo in uspehom (WHO, 2005b), ne pa z negotovostjo v prihodnost, družbenimi nemiri, bliskovitimi spremembami in povečevanjem razlik med revnimi in bogatimi, lahko razumemo, zakaj število ljudi s težavami v duševnem zdravju narašča in zakaj je čas, da države, sploh pa načrtovalci politike s področja zdravstva in socialnega varstva, pogledajo problemu v oči.

Tudi v Sloveniji lahko opazujemo porast deleža ljudi s težavami v duševnem zdravju, samo število hospitalizacij zaradi duševnih ali vedenjskih motenj (po klasifikaciji ICD-10) je od leta 1997 do leta 2006 naraslo za 518 ali za indeks 104,85 (Inštitut za varovanje zdravja, 2008). V letu 2006 je bilo zaradi duševnih ali vedenjskih motenj v Sloveniji hospitaliziranih 5,58 ljudi na 1000 prebivalcev; k temu ni prišteto število tistih, ki so zaradi težav v duševnem zdravju obiskali osebnega zdravnika (najsi so prepoznali, da gre za težave v duševnem zdravju ali ne), psihologa ali psihiatra, poiskali psihoterapevta ali se obrnili na katerega drugega strokovnjaka ali službo, ki nudi pomoč pri težavah v duševnem zdravju. Hospitalizacija je v letu 2006 trajala povprečno 43,74 dni ali slab mesec in pol, medtem ko je še v letu 1997 trajala 54,35 dni ali dobrih 10 dni več (Inštitut za varovanje zdravja, 2008). Priča smo torej večanju števila hospitalizacij in krajšanju ležalne dobe, kar je primerljivo s trendi drugod po Evropi.

Rutz (2001) opisuje stanje na področju skrbi za duševno zdravje v Evropi, natančneje v evropski regiji WHO, ki obsega 51 držav – od Irske do Kamčatke in od Grenlandije do Malte na jugu. V tej regiji obstaja 300-kratna razlika v dohodku med najbogatejšimi in najrevnejšimi ter tudi 30% razlike v pričakovani življenjski dobi. V nekaterih predelih Evrope zasledimo pretirano število psihiatričnih postelj, spet v drugih naglo dehospitalizacijo brez hkrati razvijajočih se skupnostnih alternativ, zaradi česar psihiatrični bolniki ostajajo brez diagnoze, zdravljenja in celo strehe nad glavo. Največjo oviro vidi avtor v stigmatizaciji, tabuiziranju in diskriminaciji, ki preprečujejo zgodnje intervencije, humanizacijo služb ter reintegracijo ljudi s težavami v duševnem zdravju v

družbo. Česar ne poznamo, tega se ljudje bojimo. Ko se nečesa bojimo, pa to ignoriramo, napadamo ali pa zasmehujemo. Zato stigma ostaja ključni problem tako v vzhodni kot v zahodni Evropi in zato je tako pomembno, da širimo informacije in educiramo ter vzpodbujamo zavedanje, da se lahko z duševno boleznijo sreča vsakdo in da se bo to tekom življenja prav gotovo zgodilo enemu od štirih. Destigmatizacija je po mnenju avtorja edini možen način, kako premostiti vrzel med tem, kar lahko storimo za ljudi s težavami v duševnem zdravju, in tem, kar jim je dejansko omogočeno ob stigma, socialni izključenosti in pomanjkanju virov.

Ponekod v vzhodni Evropi lahko naletimo na stanje, ki bi ga lahko imenovali pre-hospitalizacija, kjer imajo velike psihiatrične bolnišnice tudi čez tisoč postelj. Spet drugod, v nekaterih regijah zahodne Evrope, se srečamo z drugim ekstremom, to je s pomanjkanjem postelj za osebe s težjimi duševnimi motnjami, ki bi potrebovale bivalno oskrbo. Službe za področje duševnega zdravja, nameščene v skupnosti, imajo prednost neposredne bližine svojih uporabnikov, saj so nameščene v njihovem socialnem, psihološkem in eksistencialnem okolju (Rutz, 2001) in so tako lahko dostopne in manj stigmatizirajoče. Pogosto pa lahko zasledimo problem, ki ga W. Rutz imenuje konflikt med decentralizacijo in profesionalnostjo. Ni težko razumeti, zakaj je višjo stopnjo strokovnosti lažje doseči v velikih psihiatričnih bolnišnicah kot v manjših, razporejenih službah. Zgolj decentralizirati ni težko, težje je doseči, da to ne gre na račun strokovnosti, kot se je pogosto dogajalo, oziroma da nove službe zapolnjujejo vsaj vse tiste potrebe, ki so nastale s krčenjem starih. Tu naletimo še na drug problem, financiranje. Sistemi financiranja in zavarovanja so naravnani tako, da ne krijejo stroškov zdravljenja, dokler ni že zelo očitno, da je zdravstveno stanje slabo, torej akutno ali kronično, s čimer je izglubljena možnost zgodnje intervencije.

8. Preventivna dejavnost na področju duševnega zdravja

Kljub stalnemu kopičenju dokazov o ekonomskih in prognostičnih prednostih preventive oz. zgodnje intervencije so le-ti še vedno slabo poznani v političnih krogih, med vladajočimi v zdravstveni politiki in akterji v zavarovalništvu. Največja ovira zmanjševanju velikih psihiatričnih institucij v srednji in vzhodni Evropi je prav pomanjkanje ekonomske in socialne podpore za vzdrževanje neodvisnega bivanja v skupnosti. W. Rutz (2001) zagovarja model, po katerem so ločnice med glavnim tokom medicine, promocijo in preventivo, med pozitivnimi in negativnimi koncepti duševnega zdravja ali med zagovorniki čistega sociološkega in čistega medicinskega modela premoščene s kontinuumom med promocijo, preventivo, zdravljenjem in rehabilitacijo. Z drugimi besedami, gre za razumevanje, da so dejavniki promocije zdravja hkrati že dejavniki preventive motenj in poslabšanja. Rutz (2001) našteva tri ključne napovedne dejavnike duševnega zdravja oz. ne-zdravja, ki delujejo v interakciji z genetsko in biološko ranljivostjo posameznika, in sicer:

- stopnja socialne vključenosti (dojemanje sebe kot sestavnega dela socialne mreže sorodnikov in prijateljev oz. pomembnih drugih),
- občutek soodvisnosti (koherence, dojemanje sebe kot nerazdružljivega dela v pomembnem kontekstu) in
- občutek nadzora nad svojim življenjem (dojemanje sebe kot tistega, ki odloča in vpliva, v nasprotju z občutkom nemoči).

Občutek nemoči in brezupa, izguba nadzora in identitete, izguba koherentnosti in zadovoljstva, ki ga prinaša vpetost v socialno mrežo in v skupnost, vodijo v doživljanje stresa in s stresom ter nemočjo povezanih težav v duševnem zdravju, ki so med vodilnimi v evropskih državah v tranziciji (Rutz, 2001). Posledice, ki jih nagla socialna tranzicija v vzhodni Evropi (kamor spada tudi Slovenija) pušča na duševnem zdravju prebivalstva, kličejo po hitrem in ustreznem odzivu z novimi strategijami na področju njihove oskrbe.

Etične smernice narekujejo, da se omejeni viri uporabljajo le za tiste preventivne programe, ki so se dokazali kot učinkoviti. Pri tem je treba upoštevati kulturne značilnosti populacije in skupine, za katero se pripravlja program. Pomembno je tudi, da so vsi programi preventive strokovno in znanstveno evalvirani. S tem se povečuje znanje o učinkovitih pristopih na področju preventive in pridobi ustrezna povratna informacija o programih, ki potekajo. Učinkovita preventiva na področju duševnega zdravja zahteva medsektorsko povezavo tako na horizontalnem kot tudi na vertikalnem nivoju. Ne gre namreč samo za odgovornost zdravstvenega in socialnega sektorja, ampak tudi šolstva, okolja, zaposlovanja, pravosodja itd.. Preventivo na področju duševnega zdravja lahko ocenjujemo tudi iz vidika človekovih pravic. Preprečevanje zlorabe otrok, nasilja, diskriminacije, revščine so vsebine, ki so povezane z visokim tveganjem za nastanek duševnih motenj. Danes razpolagamo z dokazi, da je preventiva učinkovita. Glavni cilji programov in nacionalnih politik za izboljšanje konkurenčnosti države so povečanje vpliva varovalnih dejavnikov in manjšanje vplivov dejavnikov tveganja, pri nekaterih motnjah pa tudi zmanjšanje simptomov in oviranosti oziroma preprečitev nastanka motnje ali ublažitev poteka. Pri preventivnih programih na področju duševnega zdravja gre za investiranje v zdravje populacije in zdravje ranljivih skupin prebivalstva.

Trenutno stanje preventive na področju duševnih motenj v svetovnem merilu lahko povzamemo v naslednjih točkah:

1. Obstajajo velike razlike med bogatimi in revnimi državami glede investiranja v preventivo na področju duševnega zdravja;
2. Dokazi, ki so na voljo, so večinoma iz bogatejših držav;
3. Bolj uspešne in stroškovno učinkovite so medsektorske promocijsko preventivne dejavnosti;
4. Upoštevati je potrebno kulturne značilnosti populacije in/ali skupine, ki ji je program namenjen.

8.1. Primarna, sekundarna in terciarna preventiva

Čeprav je bil pojem preventive sprva omejen zlasti na preprečevanje nalezljivih bolezni, se je kasneje razširil tudi na druge veje medicine, kjer lahko govorimo o preprečevanju kroničnih nenalezljivih bolezni, kot so npr. bolezni srca in ožilja, raka. Podobno kot na drugih področjih poznamo tudi na področju duševnega zdravja tri vrste preventive.

Primarna preventiva je usmerjena k preprečevanju nastanka duševnih bolezni in motenj oziroma zmanjšanju njene pojavnosti. Glede na to, komu je namenjena jo nadalje delimo v *univerzalno, selektivno in indicirano*. Pri tem je univerzalna primarna preventiva namenjena celotni populaciji, selektivna skupinam ljudi s povečanim tveganjem za nastanek duševnih motenj in indicirana primarna preventiva ljudem, ki že imajo nekatere simptome duševnih motenj, a motnje še niso razvili. Za izvajanje primarne preventive je na voljo več metod, ki vključujejo tako ozaveščanje in informiranje kakor tudi promocijo duševnega zdravja.

Sekundarna preventiva je namenjena hitremu odkrivanju in pravočasnemu ter ustreznemu zdravljenju duševnih motenj z namenom zmanjšanja razširjenosti motnje oziroma skrajšanju trajanja bolezni. Ker je znanje ljudi o duševnih motnjah slabo in ker duševne motnje še vedno spremlja stigma, družina ali širše socialno okolje motnje v začetku navadno ne prepozna, in posledično ne poišče ustrezne pomoči, dokler ne pride do kakšnih neljubih ali celo nevarnih incidentov. Z odlašanjem obiska pri ustreznem strokovnjaku se bolniku dolgoročno povzroča škoda, saj se zamuja priložnost za zgodnjo diagnozo in začetek zdravljenja, ki je na začetku bistveno bolj uspešno kot v napredovali fazi bolezni. Zato se v okviru sekundarne preventive izvajajo aktivnosti, ki so usmerjene v izboljšati znanja splošne populacije o duševnih motnjah, izobraževanju tistih ljudi v ne-zdravstvenih poklicih, ki se tako ali drugače srečujejo z osebami, ki

kažejo motnje v vedenju (zaposleni v kadrovskih službah, pedagogi, socialni delavci, vojaški in poklici), izobraževanje splošnih osebnih in družinskih zdravnikov, razvijanje mreže enot psihiatrične službe, ki naj bi zagotovila čim boljšo pokritost ozemlja.

Terciarna preventiva je usmerjena v preprečevanje posledic prebolele duševne motnje oziroma preprečevanje invalidnosti. Osnovni načeli sta preprečevanje ponovitev oziroma poslabšanj bolezni ter celovita rehabilitacija. To vključuje informiranje bolnika o jemanju zdravil, vzporednih kontrolah učinkovanja zdravil (krvne preiskave, urinski testi, ...), poučevanje bolnikov o zgodnjih znakih poslabšanja motenj o hujših stranskih učinkih zdravil, vključevanje v različne vrste individualne in skupinske psihoterapije, učenje socialnih spretnosti, rehabilitacija v različnih oblikah skupnostne oskrbe (dnevni centri, bivalne skupnosti, zaščitne delavnice, klubi bolnikov itd.).

Preventivne dejavnosti so usmerjene tako na dejavnike tveganja kot v krepitev varovalnih dejavnikov za nastanek duševnih motenj in izvajalci preventivnih aktivnosti ciljajo s svojo dejavnostjo na različne dejavnike:

- 1 - zdravila: pravilno in redno jemanje zdravil, proti zlorabi zdravil
- 2 - ne-uživanje alkohola in drog
- 3 - urejen urnik budnosti in spanja
- 4 - zdravo in urejeno prehranjevanje
- 5 - uravnotežen urnik vsakdanjih dejavnosti
- 6 - prevelike obremenitve pri delu, izmensko delo, stres
- 7 - spremembe vlog
- 8 - medosebni konflikti
- 9 - načrt za ponovno vključevanje v socialne dejavnosti, izgradnja socialne mreže
- 10 - socialna stigma
- 11 - načrt podpore: a) strokovna, b) družina, c) prijatelji, d) skupnost
- 12 - psihoterapija
- 13 - skupine za samopomoč
- 14 - izobraževanje o motnji

Primarna preventiva je, kot pravi Goldberg (1996), posel številnih ljudi, od splošnih zdravnikov, učiteljev, politikov, družbenih vodij, raznovrstnih uradov, do vseh tistih, ki so vključeni v prostovoljne organizacije, in številnih drugih. Vsi imajo pomembno vlogo pri preprečevanju bolezni. Avtor navaja ocene, da ima med 25% in 35% bolnikov primarne oskrbe težave psihološke narave, ki sicer niso dovolj težke, da bi zahtevale napotitev k specialistu, ki pa vendar občutno obremenjujejo time primarne zdravstvene oskrbe. Hkrati pa lahko na tej stopnji, potem ko identificira težavo, splošni zdravnik vskoči preventivno in tako prepreči bistveno večje obremenitve za zdravstveni sistem.

Na primarnem nivoju zdravstvenega varstva je mogoče izpeljati največ promocijskih in preventivnih programov s področja duševnega zdravja. Iz več raziskav je znano, da je do 40% bolnikov, ki so obiskali svojega splošnega ali družinskega zdravnika imelo eno ali več težav v duševnem zdravju. Iz slovenskega projekta, ki je želel v Celjski in Koroški regiji povečati prepoznavanje depresije in samomorilnosti je bilo na delavnicah, kjer so bili prisotni splošni in družinski zdravniki, večkrat poudarjeno, kako malo podpore so deležni zdravstveni delavci na primarni ravni. S tem je bilo mišljeno izobraževanje njih samih, izobraževanje bolnikov in svojcev ter drugi programi za zvečanje motivacije za sodelovanje pri zdravljenju sladkorne bolezni in drugih kroničnih stanj. S tem so izpostavili pomanjkanje preventivnih programov.

V letu 2005 sta bila sprejeta Evropska deklaracija o duševnem zdravju 2005 in Akcijski načrt o duševnem zdravju v Evropi 2005, v teku pa ja tudi sprejem Zelene knjige, ki daje smernice za delovanje na področju duševnega zdravja v EU. V vseh teh dokumentih ima področje preventive in

promocije duševnega zdravja pomembno mesto. Slovenija je podpisnica teh dokumentov. V Sloveniji je bilo področje duševnega zdravja dolgo zanemarjeno in na primarnem nivoju zdravstva ni bilo pravega akterja, ki se bi posvetil duševnemu zdravju v preventivnem smislu. Preventivne dejavnosti so se kljub temu oblikovale iz potrebe in iz zavedanja posameznikov tako v javni zdravstveni mreži kot v nevladnem sektorju. Nevladne organizacije so imele izjemen posluh za vsebine, ki so pravzaprav del preventivnih dejavnosti. Zato ne preseneča dejstvo, da večino preventivnih programov za duševno zdravje danes izvajajo nevladne organizacije, ki imajo podporo socialnega sektorja, saj sledijo načrtu izvajanja usmeritev in nalog iz Nacionalnega programa socialnega varstva 2001- 2005 (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 22. 4. 2002) in Predlogu resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010. Nevladne organizacije zaradi svojega posebnega statusa lahko na primarnem nivoju za posameznika in ogrožene skupine povežejo vse sektorje. Proaktivni pristop, ki ga izvajajo pri svojem delu, je lahko dobra podlaga za nadaljnje preventivno delo na področju duševnega zdravja.

9. Analiza dejavnosti služb na področju duševnega zdravja

Prezgodnje smrti, velika razširjenost bolezni, vezanih na stres in nemoč, upadanje pričakovane življenjske dobe, zlasti v državah vzhodne Evrope in pri moških – vse to so trendi, ki jih lahko zasledimo v Evropi (WHO, 2000, v Rutz, 2001). Med dejavniki prezgodnje umrljivosti najdemo depresijo in samomorilnost, odvisnosti, destruktivno vedenje in življenjski stil, ki vodi v nezgode in druge oblike smrti iz zunanjih vzrokov, psihosomatske bolezni kot npr. bolezni srca in ožilja, kakor tudi strmo naraščanje nalezljivih bolezni kot so sifilis in virus HIV, ki so posledica tveganega obnašanja v spolnosti oz. drznega življenjskega stila. Težko je razmejiti težave v duševnem zdravju od nalezljivih bolezni ali duševne motnje od somatskih bolezni (Rutz, 2001). Vendar je tudi to potrebno, da bi lahko ugotavljali njihovo medsebojno povezanost in na tej osnovi oblikovali ustrezne celostne pristope obravnave. Ti bodo hkrati morali biti prilagojeni družbenim dejavnikom in zato od države do države različni. Raznolikost trendov v različnih delih Evrope (npr. strmo večanje umrljivosti v vzhodni Evropi in stabilnost ali upadanje v Evropski uniji) kaže na potrebo po nacionalno zastavljenem načrtovanju, implementaciji in evalvaciji dejavnosti na področju duševnega zdravja (Rutz, 2001).

Preden je mogoče načrtovati prihodnje korake, pa je nujno poznati trenutno stanje, kar nas pripelje do potrebe po bazi podatkov, ki bo opisovala organizacijo, delovanje, kapacitete in uporabo služb na področju duševnega zdravja na nacionalni ravni. Šele na tej osnovi lahko države načrtujejo izboljšanje služb in ustanavljanje novih, promocijske in preventivne aktivnosti ter zavarovalniško politiko. Gre za načine vlaganja v duševno zdravje državljanov, ki si jih nobena država ne more privoščiti ne-podpirati, če upoštevamo stališče WHO, da je duševno zdravje eden izmed najdragocenejših družbenih kapitalov.

Za popis trenutnega stanja moramo v samem začetku opredeliti indikatorje, ki jih bomo ugotavljali. Želimo si, da bi nam izbrani indikatorji čim več povedali, da bi bili razumljivi, enoznačni in izčrpni, tako da bi jih lahko ugotavljali v različnih državah in med seboj primerjali, hkrati pa si želimo, da bi jih bilo čim enostavneje pridobiti in spremljati. V Angliji redno spremljajo vse službe na področju duševnega zdravja po kategorizaciji avtorjev Glover in Barnes (2004), vendar je njuna kategorizacija razvita specifično za Anglijo in ni primerna za širše mednarodne primerjave. Tudi WHO spremlja organizacijo in uporabo služb na področju duševnega zdravja. Organizacija to počne v globalnem obsegu, v atlasu, imenovanem The WHO Atlas of Mental Health Resources in the World Services (2001, v Salvador-Carulla, Tibaldi, Johnson, Scala, Romero idr., 2005; WHO, 2005c). Ker zbira podatke na nacionalni ravni, pa primerjave med regijami znotraj neke države niso mogoče. Naloga, ki si jo je zastavilo 13 članov skupine The European Psychiatric Care Assessment Team ali na kratko EPCAT (Salvador-Carulla, de Jong, Kuhlman, Johnson, Palazzi, Stenman, Tibaldi, Zuccolin, Scala, von Cranach, Thornicroft, Munizza in Beecham) je bila ustvariti instrument, ki ga bo moč aplicirati širom Evrope in z njim ugotoviti razpon različnih služb na

področju duševnega zdravja na določenem območju in uporabo le-teh v smislu števila uporabnikov za primerjave med državami in znotraj držav (Johnson, Kuhlman & the EPCAT Group, 2000; Salvador-Carulla in drugi, 2005). Njihov cilj je bil sestaviti standardiziran, mednarodno veljaven instrument, ki pa bo hkrati tudi praktično uporaben. Razvili so The European Service Mapping Schedule ali na kratko ESMS, ki ga bom podrobneje predstavila nekoliko kasneje.

9.1. *Evropski obrazec za mapiranje služb na področju duševnega zdravja (European Service Mapping Schedule) - njegov razvoj in uporabnost*

Z besedami avtorjev instrumenta (Johnson idr., 2000) ponuja Evropski obrazec za mapiranje služb (v originalu European Service Mapping Schedule ali na kratko ESMS) standardiziran in mednarodno primerljiv način, kako opisati in klasificirati službe na področju duševnega zdravja na določenem območju ter izmeriti njihovo uporabo. Njegov razvoj je financirala Evropska unija iz programa Biomed. Izhaja iz potrebe po primerjalnih podatkih o različnih službah na področju duševnega zdravja in po poznavanju odnosa stroški-učinek, kjer so se raziskovalci, ko so se želeli spoprijeti s to nalogo, dotlej pogosto znašli brez pravega orodja v rokah. Brez primerljivih in standardiziranih opisov strukture in vsebine različnih komponent služb je le-te težko analizirati in ocenjevati vlogo organizacijskih karakteristik in komponent sistema pri končnih rezultatih (Hanssen, 1996, v Johnson idr., 2000). Pred razvojem ESMS-ja je bilo le malo poskusov, da bi razvili standardizirano metodo za pridobivanje primerljivih informacij o različnih službah na področju duševnega zdravja. Enega od teh se je lotila WHO, vendar se je po dolgi letih končal s kratko klasifikacijo, ki pokriva omejeno vrsto služb in poročilom, ki opisuje, kako velike so v Evropi razlike med službami na področju duševnega zdravja, primerljivo veliko pa tudi težav na poti do standardizirane metodologije za klasifikacijo omenjenih služb. Nekateri avtorji so se lotevali naloge z vidika tipov služb, drugi z vidika stilov oz. filozofije v ozadju različnih služb (npr. tistih, ki izvirajo iz različnega teoretičnega oz. strokovnega ozadja, iz vladnega/nevladnega sektorja, iz psihodinamske/kognitivno-vedenjske/socialne orientacije ipd.), spet tretji z vidika vsebine služb v smislu intervencij, ki jih izvajajo, ali z vidika povezanosti različnih služb med seboj znotraj določenega geografskega območja, kjer lahko iz mape z mrežami razberemo morebitne vrzeli. ESMS spada v prvo skupino klasifikacij, saj uvršča službe v širše kategorije na podlagi nekaterih organizacijskih značilnosti (ali služba nudi namestitev, ali je ta časovno omejena, v kolikšnem roku je mogoč sprejem uporabnika, je zadrževanje v prostorih službe mogoče tudi po končanem srečanju z osebjem ali ne, kolikokrat v določenem časovnem obdobju je mogoč stik pacienta z osebjem itd.). Johnsonova idr. (2000) menijo, da je pri vsaki primerjalni raziskavi pomembno najprej poznati vrsto služb, saj morata biti dve službi najprej dovolj podobni po svoji funkciji, da ju je smiselno primerjati. Le malo nam bo pomagala primerjava intervencij, ki jih nudita dnevni center in varovani oddelek psihiatrične bolnišnice.

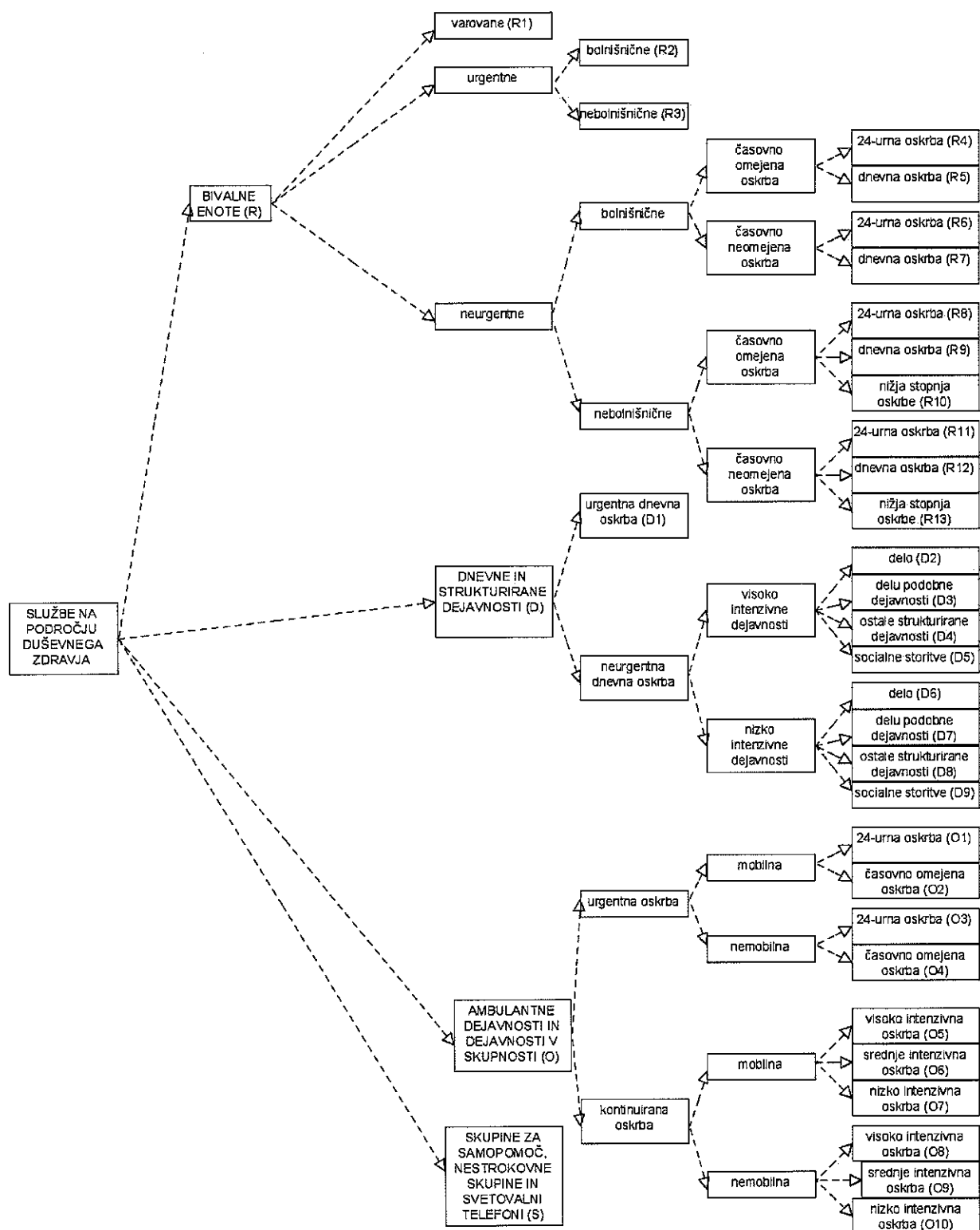
Standardizirana metodologija za klasifikacijo služb je lahko uporabna za številne naloge, med njimi za prepoznavanje vrzeli ali podvajanj določenih vrst služb na nekem območju, za ugotavljanje kapacitet služb na določenem območju oz. preskrbe lokalnega prebivalstva s posamezno vrsto službe, iz česar postane razvidno, kje je kapacitet premalo in kje preveč, kot osnova za kasnejše ugotavljanje vzrokov za razlike v individualnih izidih med uporabniki ter za boljše razumevanje odnosov med uporabo služb na področju duševnega zdravja in sociodemografskimi dejavniki. Podatek o tem, katere vrste služb obstajajo in koliko ljudi jih uporablja, je bistven tudi za ugotavljanje odnosov med posameznimi vrstami služb, kot na primer, ali vpeljava kriznega tima za intervencije na domu vodi v zmanjšanje števila urgentnih sprejemov v psihiatrični bolnišnici, ali je število urgentnih kontaktov manjše tam, kjer so na voljo tudi dnevne in strukturirane dejavnosti ali dejavnosti v skupnosti, ki nudijo intenzivno dolgotrajno oskrbo in podobno. Avtorji (Johnson idr., 2000) zaključujejo, da lahko ESMS veliko prispeva k ustvarjanju znanstvene baze za načrtovanje služb v prihodnje.

Pri ustvarjanju instrumenta ESMS so se avtorji srečali s štirimi večjimi ovirami, za katere je dobro, če jih poznamo. Prva je že omenjena raznolikost služb, ki je zacvetela z deinstitucionalizacijo v različnih državah in celo med regijami znotraj iste države. Če naj bo ESMS uporaben širom po Evropi, mora zajeti vse ali vsaj veliko večino služb, ki tam obstajajo. Pomenljiv je podatek, da so člani EPCAT skupine iz petih držav (Italije, Španije, Velike Britanije, Nemčije in Švedske) sami identificirali kar 68 različnih tipov služb (Johnson idr., 2000). To je pa je občutno preveč, če naj bo instrument tudi praktično uporaben. Drugi problem, s katerim so se srečali avtorji pri izgradnji klasifikacije, je izguba uporabnosti tradicionalnih terminov. Mnoga tradicionalna razlikovanja, kot npr. med in-patient in out-patient (bolnišnično in ambulantno) oskrbo, izgubljajo na jasnosti in uporabnosti s pojavljanjem novih, integriranih dejavnosti, ki pokrivajo različne predhodne oblike. Naslednji problem so razlike v rabi terminov. Tako isti termini nimajo nujno enakega pomena v različnih okoljih. Avtorji navajajo primer zdravstvene oskrbe (health care) in socialne oskrbe (social care), ki sta v nekaterih državah jasno ločena pojma, v drugih pa integrirana. Težave so se pojavljale tudi pri določanju kriterija za vključitev: katere dejavnosti lahko klasificirajo kot dejavnosti na področju duševnega zdravja (mental health services) in katere populacije vključijo?

Pri razvijanju instrumenta ESMS so člani skupine EPCAT sledili naslednjim principom: instrument naj temelji na taksonomiji, v katero bodo lahko vključeni vsi veliki modeli dejavnosti v Evropi, naj ima razumljiv besednjak, ki bo omogočal standardizirano uporabo kategorij, definicije naj – kolikor je le mogoče – temeljijo na funkcijah dejavnosti in načinih dela in ne na tradicionalnih opisih in naj bodo take, da jih je mogoče aplicirati v vseh evropskih državah, kategorije naj bodo vsebinsko veljavne in naj odlikavajo tiste razlike med tipi dejavnosti, ki so v praksi pomembne, instrument pa naj bo uporaben za kvantitativno zbiranje podatkov o dejavnostih na nekem območju (angl. catchment areas).

Dogovorili so se, da bodo v ciljno skupino služb na področju duševnega zdravja zajeli vse službe, katerih specifični namen je določen vidik upravljanja z duševno motnjo ali z njo povezanimi kliničnimi ali socialnimi težavami. Tako se vključujejo institucije na zdravstvenem področju, socialnem področju, prostovoljni in privatni sektor. Za ESMS pa niso primerne institucije, ki so sicer pomembne za mnoge osebe s težavami v duševnem zdravju, a niso ustanovljene z njihovimi specifičnimi problemi v mislih (na primer službe za brezdomce). Neprimerne za vključitev v ciljno skupino so tudi službe primarne oskrbe, ki niso specializirane za oskrbo oseb z duševno motnjo ter službe, katerih edini namen je ponujanje svetovanja ali psihoterapije, razen, kjer natančno določajo kot večjo ciljno skupino posameznike z resnejšo duševno motnjo, kot je npr. shizofrenija ali tistimi, ki so v stiku s službami sekundarne ravni – to je specialistične oskrbe na področju duševnega zdravja (Johnson idr., 2000). ESMS ugotavlja, katere službe delujejo na določenem geografskem območju, saj v državah z razvito politiko na področju duševnega zdravja in mrežo povezanih služb navadno pokrivajo dotično regijo, drugod pa katero drugo statistično območje oz. regijo. Kriterij za vključitev neke službe je, da je imela v preteklem letu vsaj pet uporabnikov na 100 000 prebivalcev iz območja, ki ga popisujemo (Salvador-Carulla idr., 2000). Popis služb na nekem območju tako lahko zajema tudi službe, ki so locirane izven tega območja, če zadostijo kriteriju.

Temelj za razlikovanje med posameznimi vrstami služb v ESMS-ju so funkcije oz. delovanje služb. V pilotski študiji so prosili pet izkušenih klinikov, ki so delno poznali ESMS, takrat verzijo 2, da razvrstijo deset služb v kategorije delovne različice tretje verzije ESMS (Johnson idr., 2000). Pri šestih službah so si bili vsi enotni, za katero kategorijo ESMS gre, pri treh so izbrali isto kategorijo štirje ocenjevalci, pri preostali službi pa trije. Ocenjevalci so se večinoma razhajali v pripisu končnih, sosednjih vej taksonomije, kot npr., ali gre za srednje oz. za nizko intenzivno oskrbo, za dnevno oz. za nižjo stopnjo oskrbe ipd. ESMS lahko najlažje prikažemo v obliki taksonomskega drevesa, ki se končuje s 33 končnimi vejami, kot prikazuje **slika 1**.



Slika 1. Taksonomsko drevo instrumenta ESMS

ESMS je sestavljen iz štirih delov. Del A je uvodni del, ki povprašuje po nekaj splošnih podatkih o nazivu in kraju službe ter karakteristikah območja, ki ga zavajamo. Del B predstavlja mapiranje služb v taksonomskem drevesu glede na njihovo funkcijo, organiziranost in dostopnost uporabnikom. V slovarju so dodane natančnejše, operativne definicije posameznih tipov služb s primeri. Avtorji (Johnson idr., 2000) opozarjajo, da tak način kategorizacije neizogibno vodi do

tega, da bodo nekatere kompleksnejše službe zavedene v več kot samo eni končni veji taksonomskega drevesa. V delu C je opisan protokol za ugotavljanje števila uporabnikov posameznih služb, kjer se na koncu izračuna število na 100 000 prebivalcev. ESMS predvideva ugotavljanje števila tistih uporabnikov služb, ki imajo bivališče znotraj območja, ki ga zavajamo (catchment area), katerih starost je med 18 in 65 let ter imajo duševno ali vedenjsko motnjo. Ni pa primarno namenjen zavajanju uporabnikov s primarno diagnozo zlorabe substanc ali z motnjami v duševnem razvoju, niti otrokom in mladostnikom ali starostnikom. Vendar avtorji dopuščajo spreminjanje populacije, ki jo zavajamo, glede na potrebe posamezne raziskave in omejitve podatkov, ki so na voljo. Osnovni princip je ta, da »merimo« enake skupine uporabnikov na vseh območjih, ki jih želimo med seboj primerjati. V delu D, ki je manj strukturiran od predhodnih, pa ugotavljamo karakteristike služb, kot so osebje, ciljne skupine uporabnikov, upravljanje in financiranje služb, glavni cilji in druge značilnosti, ki nas zanimajo v posamezni raziskavi oz. bodo zaokrožile sliko službe za lokalno načrtovanje in evalvacijo.

Količina podatkov, ki jih je za izpolnitve ESMS-ja potrebno dodatno zbrati, je odvisna od količine in formata dostopnih rutinsko zbranih podatkov, ki so na voljo na posameznem območju. Kjer potrebnih podatkov ne zbirajo rutinsko, avtorji (Johnson idr., 2000) svetujejo dogovor s službo, da bo spremljala število uporabnikov za dobo enega meseca.

Salvador-Carulla in sodelavci (2005) zaključujejo poročilo o eni svojih raziskav s pripombo, da je opisati službe na področju duševnega zdravja tako kompleksna naloga in omejitve lokalnih informacijskih sistemov tolikšne, da so za uporabo ESMS obrazca potrebni dobro izurjeni in povsem predani raziskovalci, pa še takim bo nekatere podatke zelo težko pridobiti in interpretirati.

9.2. *Evropski sociodemografski obrazec (European Socio-Demographic Schedule) za spremljanje sociodemografskih dejavnikov, ki so povezani z duševnim zdravjem*

Pri raziskovanju razlik v uporabi služb na področju duševnega zdravja med različnimi regijami je potrebno upoštevati tudi razlike v sociodemografskih dejavnikih. Številne raziskave so ugotavljale zveze med različnimi kazalci duševnega zdravja določene populacije in sociodemografskimi dejavniki okolja, v katerem živijo, le malo pa je takih, ki bi se raziskovanja lotile na mednarodni ravni, med drugim zato, ker je za kaj takega potreben primeren instrument. Izdelave slednjega so se lotili Beechamova, Johnsonova in skupina EPCAT (2000), rezultat njihovega dela pa je Evropski sociodemografski obrazec (v originalu The European Socio-Demographic Schedule ali na kratko ESDS). Gre za instrument, ki temelji na izsledkih raziskav o sociodemografskih kazalcih, povezanih z obolevnostjo in uporabo služb na področju duševnega zdravja, in je zasnovan za mednarodno uporabo. Njegovi prednosti sta predvsem zbiranje podatkov na regionalni ravni, kar omogoča primerjavo med območji znotraj neke države, ki se lahko med seboj zelo razlikujejo, ter nabor takšnih kazalcev, ki so v različnih evropskih državah kar najbolj dostopni in najmanj pod vplivom kulturnih razlik.

Prva raziskovalca, ki sta našla jasne povezave med socialno deprivacijo ter incidenco in prevalenco duševnih motenj, sta bila Faris in Dunham (1960) v daljnem letu 1939. Avtorja sta opazovala območne vzorce obolevnosti za psihiatričnimi motnjami in odkrila, da je v revnejših centralnih delih mesta več ljudi s psihično duševno motnjo. Beecham in drugi (2000) razlagajo, da so bile odkrite zveze med socialno deprivacijo in aksioznostjo, depresijo, predvsem pa shizofrenijo, da pa si strokovnjaki niso enotni v razlagi vzrokov za opazovane korelacije. Ena od teorij razlaga, da ljudje s težavami v duševnem zdravju gravitirajo k notranjim predelom mest. Druga teorija razlaga, da odraščanje v manj ugodnem centralnem mestnem okolju povečuje tveganje za nastanek težav v duševnem zdravju oz. duševnih motenj. Zadnji izsledki pa podpirajo obe razlagi, iz česar Buszewicz in Phelan (1994, v Beecham idr., 2000) sklepata, da je odgovor v kombinaciji obeh razlag. Kakršna koli je že podlaga za visoko stopnjo duševnih motenj v notranjih predelih mest, ostaja dejstvo, da

gredo duševne motnje in socialna deprivacija z roko v roki. Veliko več bi lahko o odnosu izvedeli, če bi imeli primerljive podatke iz različnih držav, kar skuša doseči ESDS. V Veliki Britaniji že dlje časa ugotavljajo raven socialne deprivacije z instrumentom The Jarman Under-Privileged Area Score, ki uporablja podatke, zbrane v nacionalnem popisu prebivalstva, ki ga izvedejo vsakih deset let. Omenjeni instrument ugotavlja naslednje kazalce (Beecham idr., 2000): delež starih nad 65 let, delež starejših, ki živijo sami, delež otrok pod 5 let, delež družin s starši samohranilci, delež zaposlenih na delovnih mestih, ki ne terjajo strokovne izobrazbe, stopnjo brezposelnosti, delež gospodinjev brez osnovnega udobja, stopnjo prenatrpanosti, delež ljudi, ki so v zadnjem letu spremenili naslov ter delež ljudi, ki pripadajo različnim etničnim manjšinam. Harrison, Barrow in Creed (1995) so ugotavljali povezanost med kazalci socialne deprivacije in stopnjo psihiatričnih sprejemov. Ugotovili so, da je povezanost največja pri psihotičnih motnjah, kjer je osem od desetih sociodemografskih kazalcev pomembno koreliralo s stopnjo psihiatričnih sprejemov. Pri osebnostnih motnjah, depresiji in zlorabi substanc niso našli pomembnih korelacij z nobenim od sociodemografskih kazalcev. Pri nevrotičnih motnjah so bile vse korelacije negativne, statistično pomembni od teh pa etnična pripadnost in prenatrpanost. Avtorji zaključujejo, da kazalci socialne deprivacije v nekem okolju lahko nakazujejo potrebe po službah, ki bodo namenjene ljudem s psihotičnimi duševnimi motnjami, medtem ko je pri ostalih motnjah stopnja psihiatričnih sprejemov bolj pod vplivom dostopnosti služb kot pa sociodemografskih dejavnikov.

Eden od pokazateljev relativne socialne deprivacije je družbeni razred (Beecham idr., 2000). Eatona (1974) je zanimalo, kakšne so posledice urbanizacije za duševno zdravje prebivalstva. Razmišljal je o treh dejavnikih, ki vplivajo na razlike v prevalenci shizofrenije v urbanih in ruralnih območjih: prvi je mobilnost oz. migracije oseb s težavami v duševnem zdravju, drugi je stres, ki je prisoten v urbanem okolju, tretji dejavnik pa je dostopnost služb za ljudi s težavami v duševnem zdravju. Avtor je ugotovil, da je število hospitalizacij oseb s shizofrenijo v urbanih okoljih približno trikrat višje kot na ruralnih območjih. Ob tem so osebe v ruralnem okolju povprečno hospitalizirane pri kasnejši starosti. Pripadnost nižjemu družbenemu razredu za dva- do trikrat povečuje verjetnost hospitalizacije zaradi shizofrenije. Medtem ko zaposlitveni status višje korelira s shizofrenijo v urbanih kot v ruralnih območjih, pa je za izobrazbeni status korelacija približno enaka za urbana, suburbana in ruralna območja. Nižji družbeni razred pa ni povezan samo z višjo prevalenco shizofrenije, ampak tudi z drugačnim potekom motnje. Thornicroft, Margolius in Jones (1992, v Beecham idr., 2000) so ugotovili, da imajo ljudje iz nižjih družbenih razredov daljše epizode zdravljenja, se na zdravljenje slabše odzivajo in imajo slabše klinične izzide. Neka druga raziskava psihiatrične obolevnosti v Veliki Britaniji (Meltzer, Gill, Petticrew in Hinds, 1995, v Beecham idr., 2000) pa je odkrila, da največji delež ljudi z nevrotično duševno motnjo ali odvisnostjo od alkohola izhaja iz četrtega in petega družbenega razreda po njihovi klasifikaciji. Ena od možnih razlag je, da težave v duševnem zdravju s številnimi ovirami, ki jih prinašajo (npr. slabše možnosti za zaposlitev), vplivajo na obstanek oz. zdrs v nižji družbeni razred.

Naslednji pomembni pokazatelj socialne deprivacije je stopnja brezposelnosti. Brezposelnost se povezuje z depresijo, anksioznostjo, zlorabo substanc, težavami v partnerskih odnosih in tudi samomorilnostjo, posebej močna pa je povezanost med prevalenco duševnih motenj in dolgotrajno brezposelnostjo (Beecham idr., 2000). Nekaj o težavah, s katerimi se ljudje s težavami v duševnem zdravju srečujejo pri iskanju zaposlitve, smo povedali že v enem prejšnjih poglavij. Na območjih, kjer je raven brezposelnosti že drugače visoka, so ovire za ljudi z različnimi zdravstvenimi ali funkcijskimi omejitvami še toliko večje. Ker dolgotrajna brezposelnost še dodatno bremeni duševno blagostanje posameznika, je logična posledica povečana potreba po službah na področju duševnega zdravja.

Pomemben dejavnik, ki ga povezujejo s socialno deprivacijo in višjo prevalenco duševnih motenj, je tudi pripadnost različnim etničnim manjšinam. Iskanje razlage za to je predmet vročih razprav, razlagajo Beecham in sodelavci (2000), ena od možnosti pa so izkušnje manjšinskih skupin s stigmatizacijo in socialno odrinjenostjo.

Pokazatelj socialne deprivacije je tudi določena struktura gospodinjstev. Shapiro, Skinner in Krammer (1985) so ugotovili visoke korelacije med deležem ljudi na nekem območju, ki živijo sami, in psihiatrično obolevnostjo na istem območju. Raziskava psihiatrične obolevnosti v Veliki Britaniji (Meltzer, Gill, Petticrew in Hinds, 1995; v Beecham idr., 2000) je odkrila isto povezanost, ob tem pa so rezultati pokazali še, da je pri ljudeh, ki živijo sami, ter pri starših samohranilcih tveganje za nastanek nevrotičnih duševnih motenj in zlorabe substanc največje. Seveda lahko vlečemo vzporednice med dejstvom, da več ljudi s težavami v duševnem zdravju ostane samskih, kot smo ugotovili v enem od prejšnjih poglavij, in iskanjem pomoči in podpore v službah in institucijah, kadar je ljudje ne morejo dobiti pri partnerju ali družini. Prav tako je res, da smo ljudje socialna bitja in osamljenost negativno vpliva na naše duševno zdravje.

Duševno zdravje je, kot smo videli, močno povezano z nekaterimi sociodemografskimi dejavniki. Velike korelacije obstajajo tudi med samimi dejavniki, ki smo jih našli zgoraj, zato ni pričakovati, da so njihove korelacije s psihiatrično obolevnostjo in uporabo služb na področju duševnega zdravja neodvisne (Beecham idr., 2000). Najpogostejše pa bi jih lahko dali pod skupni naslov socialna deprivacija in revščina.

Celotno vprašanje postane še kompleksnejše, če ga postavimo na mednarodno raven. Sociodemografski dejavniki so lahko v različnih državah različno distribuirani, zelo verjetno pa imajo tudi različen pomen (Beecham idr., 2000). Kot primer avtorji ESDS-ja navajajo situacijo staršev samohranilcev. Kaj v neki kulturi pomeni biti oče ali mama samohranilka, je odvisno od zakonodaje tiste države, od pogostosti take situacije, od podpore s strani države, prostovoljnih organizacij, cerkve, družine in prijateljev, od obsega stigme in socialne odrinjenosti, ki ju doživljajo starši samohranilci, in še česa. Tako bo imela omenjena situacija različne posledice v različnih družbenih okoljih. Vloga instrumenta ESDS je po mnenju avtorjev tudi v tem, da bo pripomogel k razumevanju relativnega vpliva lokalnih kulturnih dejavnikov, sociodemografskih dejavnikov, ki imajo v različnih državah podoben vpliv na duševno zdravje ter različnih oblik organiziranosti in dostopnosti služb na področju duševnega zdravja na razlike v individualnih izidih ljudi s težavami v duševnem zdravju. ESDS namreč predstavlja metodologijo, ki nudi mednarodno primerljive podatke.

Hkrati je ESDS namenjen zbiranju podatkov o manjših, lokalnih območjih, saj je lahko variabilnost znotraj držav prav tolikšna kot med različnimi državami (Beecham idr., 2000). ESDS je po mnenju avtorjev mednarodno veljaven in praktičen standardiziran način zbiranja tistih sociodemografskih podatkov o manjših regijah, ki zelo verjetno vplivajo na potrebo po službah na področju duševnega zdravja. Pri izbiri kazalcev so jih vodile tri temeljne zahteve:

- kazalci naj bodo povezani s prevalenco duševnih motenj in/ali uporabo služb na področju duševnega zdravja,
- v vseh evropskih državah naj gre za podatke, ki se rutinsko zbirajo in so enostavno dostopni v primerljivem formatu in
- kulturne razlike v pomenu posameznih indikatorjev naj ne bodo tolikšne, da bi onemogočale mednarodne primerjave.

V pilotski verziji instrumenta so zajeli naslednje kazalce: število prebivalcev, velikost regije, prevladujoč karakter (urbano, ruralno), spolna in starostna distribucija, zaposlitvene kategorije, prebivalci v sklenjeni zakonski zvezi, delež prebivalcev, ki živijo sami, delež prebivalcev, ki živijo v gospodinjstvih brez avtomobila, delež staršev samohranilcev, delež prebivalcev, ki so pred enim letom živeli na drugem naslovu, delež gospodinjstev z več kot eno osebo na eno sobo ter standardizirani meri umrljivosti za vse vzroke in vse starostne skupine in za vse vzroke za starejše od 65 let. V instrument niso vključili etničnih skupin, z argumentom, da tudi najbolj dodelane klasifikacije pogosto združujejo ljudi, ki so v praksi daleč od homogene skupine. Kot primer navajajo kategorijo »black Caribbean« (v uporabi v Veliki Britaniji, VB), ki vključuje ljudi, ki so

nedavno migrirali, tiste, ki so bili že rojeni v VB, in celo tiste, katerih starši so se rodili v VB. Ob tem so Karibi skupek otokov, ki imajo med seboj precej različne kulturne značilnosti, domačini pa pripovedujejo o zelo različnih izkušnjah z migracijo. Če upoštevamo samo skupino ljudi iz istega predela sveta, ki je migrirala v istem času v zgodovini, bomo ugotovili zelo različne izkušnje z migracijo glede na to, v katero državo oz. v katero območje znotraj neke države se je nekdo preselil. Beecham in sodelavci (2000) ugotavljajo, da je pomembnejša osebna izkušnja s pripadnostjo etnični manjšini kot golo dejstvo pripadnosti in da so izkušnje ljudi tiste, ki vplivajo na duševno zdravje. Te pa bi le stežka povzemali iz statističnih podatkov. Tudi družbenih razredov avtorji niso vključili v ESDS. Za to so se odločili, ker imajo evropske države različne klasifikacijske sisteme za določanje družbenih razredov, slednji pa zajemajo različno število in različne garniture podskupin, kar bi oviralo mednarodne primerjave.

V pilotski raziskavi, ki so jo avtorji (Beecham idr., 2000) izvedli v sedmih regijah petih evropskih državah, so naleteli na precejšnje razlike v obsegu, formatu in dostopnosti podatkov, ki jih rutinsko zbirajo in dajejo na razpolago različne države. Kot najtežje dostopni so se izkazali podatki o deležu prebivalcev, katerih gospodinjstvo nima v lasti avtomobila, deležu staršev samohranilcev in deležu prebivalcev, ki so se v preteklem letu preselili. Vsi kazalci niso bili dostopni na regionalni ravni, vendar so bili v tem primeru večinoma na voljo vsaj nacionalni podatki. Za vsak kazalec zahteva ESDS poleg regionalnega podatka tudi podatek za celotno državo, kar služi dvema namenoma: kadar podatek za regijo ni dostopen, služi nacionalni podatek kot približek, hkrati pa dobimo informacijo o tem, kje se nahaja neka regija v primerjavi z državnim povprečjem. S podatki o zadostnem številu regij in držav se lahko raziskovalci lotijo vprašanja, ali na obolevnost in visoko uporabo služb na področju duševnega zdravja vplivajo materialni viri sami po sebi ali pa gre za rezultat družbene situacije v bolj prikrajšanem delu določene države, menijo Beecham in sodelavci.

Glede na rezultate pilotske raziskave so avtorji nekoliko prilagodili tudi instrument. Izključili so kazalec, ki povprašuje po deležu odraslih v gospodinjstvih brez avtomobila. Starostne razpone, ki so bili zajeti v pilotski verziji in izhajajo iz britanskega popisa prebivalstva (kjer med odraslo prebivalstvo štejejo starejše od 16 let), so zamenjali opisom »school-leaving age« ali starost, ko se v neki državi običajno zaključi šolanje. Za tako spremembo so se odločili, ker se v različnih državah različno pojmuje začetek odraslosti (v Španiji pri 20 letih, v Nemčiji pri 19 letih itd.), z izrazom school-leaving age pa v vseh državah zajamejo približno isto točko v družbeno političnem življenju posameznika. Pri definiranju, kdaj nastopi starost, te težave niso imeli, saj v vseh državah uporabljajo starostno mejo 65 let. Pri vprašanju o brezposelnosti so oblikovali tri široke podkategorije: zaposleni, brezposelni in drugi ekonomsko neaktivni prebivalci (zadnja skupina zajema tudi gospodinje, upokojene iz zdravstvenih razlogov, starostno upokojene in študente). Vprašanji o obeh standardiziranih merah umrljivosti so spremenili tako, da sprašujeta o »surovem« številu umrlih na 100 000 prebivalcev. V pilotski verziji so bili raziskovalci naprošeni, naj uporabijo najnovejše podatke, ki so na voljo, ti pa so večinoma izhajali iz različnih let za različne kazalce. Tako so Beecham in sodelavci k vsakemu kazalcu dodali še vprašanje o letu, iz katerega izhajajo zbrani podatki.

10. Rezultati mednarodnih študij z instrumentoma ESMS in ESDS

Salvador-Carulla idr. (2000) so aplicirali v španski jezik preveden instrument ESMS v petih regijah v Španiji. Njihov namen je bil ugotoviti uporabnost, sprejemljivost z vidika prijaznosti do uporabnika, praktičnost, veljavnost instrumenta ter ujemanje ocenjevalcev. Žal na tem področju še ne obstaja soglasje o potrebni velikosti vzorca za preverjanje zanesljivosti, kakor tudi ne o konceptualnih mejah med konsistentnostjo in zanesljivostjo ali med izvedljivostjo in deskriptivno veljavnostjo. Dodaten problem predstavlja dejstvo, da enote analize niso posamezniki, temveč cela vrsta različnih služb na področju duševnega zdravja, ob čemer na številnih območjih ni ogrožja, na katerega bi se lahko naslonili pri njihovi analizi (npr. evalvacije služb). Prva težava, s katero so se srečali (in s katero smo se tudi sami v Sloveniji, a o tem nekoliko kasneje), je bila ta, da v izbranih

regijah ni obstajal noben rutinsko dostopen seznam vseh služb na področju duševnega zdravja. Problema so se lotili tako, da so zaprosili organe lokalnih oblasti, da so za njih zbrali te podatke, zatem so raziskovalci sami izključili tiste službe, ki niso ustrezale kriterijem za ESMS, in dodali nekatere, ki jih seznam ni vseboval. S obrazcem ESMS so zbrali podatke o 77 službah na področju duševnega zdravja in zavedli 93 kod (ena služba lahko ponuja več različnih dejavnosti oz. več kod, opredeljenih v ESMS). Kljub temu, razlagajo avtorji (Salvador-Carulla idr., 2000), da so izbrali regije, ki se med seboj zelo razlikujejo, so zabeležili le 18 od 33 različnih kategorij. Regija, v kateri so zabeležili najširši spekter različnih kategorij služb (14, Loja), je imela obenem dokaj nizko število uporabnikov.

Uporabnost lahko, kot pravijo Salvador-Carulla idr. (2000), v primeru ESMS opišemo kot stopnjo, do katere so rezultati, ki jih daje instrument, pomembni za uporabnike, uporabni za ponudnike oskrbe pri njihovem odločanju ter dovoljujejo kombiniranje z drugimi podatki na način, da so uporabni za upravljanje služb. Ocenjevalci, avtorji in predstavniki lokalnih uradov v omenjeni raziskavi so ocenili, da instrument naslavlja pomembno vprašanje in daje uporabne informacije. Zadovoljivost ali prijaznost do uporabnika pove, s kakšno lahkoto lahko raziskovalec uporabi instrument. V raziskavi so Salvador-Carulla idr. (2000) ugotovili, da so bili preveč optimistični, ko so predpostavljali, da lahko ESMS izpolnjujejo tudi netrenirani ocenjevalci. En ocenjevalec je prijaznost instrumenta do uporabnika ocenil kot nizko, ostali pa kot srednjo. Največje težave so se pojavljale pri zbiranju podatkov in ne pri njihovem prepoznavanju in beleženju po ESMS protokolu. Avtorji so ugotavljali tudi praktičnost instrumenta, ki se nanaša na stroške za trening ocenjevalcev in izvedbo ocenjevanja ter kompleksnost beleženja, poročanja in interpretiranja podatkov. Ugotovili so, da čas, potreben za dokončanje popisa na nekem območju, precej variira glede na dostopnost podatkov in števil služb na tistem območju. Posebno težavno je bilo izpolnjevanje dela C, ki povprašuje po številu uporabnikov. Navodila za aplikacijo ESMS predvidevajo enomesečni census za službe, kjer podatkov o številu uporabnikov ne zbirajo rutinsko. Omenjeno spremljanje podatkov za dobo enega meseca pa je bilo težko doseči, sploh pri tistih službah, ki niso javne ali jih uporabniki obiskujejo neredno. Avtorji še dodajajo, da se lahko mesečno in letno povprečje nekoliko razlikujeta zaradi sezonskega valovanja.

Salvador-Carullo in sodelavce (2000) je zanimalo tudi, kakšna je veljavnost instrumenta ESMS. Ker niso mogli uporabiti kvantitativnih metod, so pridobili strokovna mnenja ocenjevalcev in drugih udeležencev v raziskavi. Zdravorazumska veljavnost se v tem primeru nanaša na ocenjevalčevo subjektivno oceno relevantnosti vprašanj glede na predmet zanimanja, vsebinska veljavnost je stopnja, do katere serija vprašanj v instrumentu ustrezno predstavlja specifično področje oz. pove, ali vprašanja zajemajo celotno področje, ki naj bi ga instrument meril, diskriminativna veljavnost pa je v našem primeru sposobnost instrumenta ESMS, da kategorizira podobne službe pod isto kodo in različne pod različne kode. ESMS je prejel dobre ocene vseh treh veljavnosti. Glede na strokovna mnenja je ustrezno opisal 72 od 77 služb, tri glavne veje (bivalne enote, dnevne in strukturirane dejavnosti ter ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti) pa so omogočile logično klasifikacijo obstoječih služb. Strokovnjaki so poročali, da z instrumentom niso mogli vseh enot opisati na način, ki bi zajel njihove najpomembnejše značilnosti. Eden od primerov so službe, ki nudijo tudi mobilno oskrbo, a so jih morali na podlagi kriterija vsaj 20% mobilnih kontaktov v študiji kategorizirati kot nemobilne. V končnih kategorijah pri dnevnih in strukturiranih dejavnostih pa so se srečali s problemom, da so različne službe padle k istim kategorijam (npr. služba, ki ponuja tečaje in služba, kjer uporabniki sodelujejo v obrtnih dejavnostih).

Avtorje (Salvador-Carulla idr., 2000) je zanimala tudi zanesljivost instrumenta, natančneje dve meri ujemanja: ujemanje med izkušenimi ocenjevalci, ki imajo podobno znanje o instrumentu, ter ujemanje med izkušenimi in neizkušenimi ocenjevalci (tistimi z omejenim poznavanjem instrumenta ESMS). Zadnje je še posebej pomembno, saj je ESMS namenjen tudi ocenjevalcem, ki niso strokovnjaki s področja duševnega zdravja. Ugotovili so visok odstotek ujemanja tako med izkušenimi ocenjevalci (85,2%) kot tudi med izkušenimi in neizkušenimi ocenjevalci (88,8%) v

pripisani kategoriji ESMS. Tak rezultat nakazuje, da lahko del B instrumenta izpolnjujejo tudi osebe z le nekaj urami treninga. Lokalni (neizkušeni) ocenjevalci so poročali, da je težavnejše izpolnjevanje dela C, kjer so imeli težave predvsem pri kriterijih za intenzivnost. Del B je posebej uporaben za oblikovalce politik, ki krojijo prihodnost na področju duševnega zdravja. Za nekatera območja, kjer so Salvador-Carulla idr. (2000) aplicirali ESMS, se je izkazalo, da ne ponujajo izčrpnega spektra služb, ki bi imele različne funkcije in ponujale različno intenzivno oskrbo. ESMS je pokazal tudi na neučinkovito organizacijo služb ponekod tam, kjer je oskrba v skupnosti teoretično dobro razvita, saj nekatere oddaljene službe niso zadostile kriteriju vsaj petih uporabnikov v preteklem letu.

V mednarodni raziskavi je skupina raziskovalcev (Salvador-Carulla idr., 2005) z uporabo instrumentov ESMS in ESDS ugotavljala razlike v vzorcih oskrbe na področju duševnega zdravja med Španijo in Italijo ter znotraj obeh držav in njihovo zvezo z regionalnimi sociodemografskimi karakteristikami. V obeh državah se je pred skoraj tremi desetletji začela psihiatrična reforma (leta 1978 v Italiji in v začetku 80. let v Španiji), ki naj bi skrčila velike psihiatrične ustanove in razvila skupnostno oskrbo, zato je avtorje zanimalo, kako razviti so programi, ki jih je predvidela politika psihiatrične reforme, v različnih regijah obeh držav danes. Kot zanimivost omenimo, da so v Španiji že v začetku osemdesetih, potem ko so razdelili geografska območja oskrbe na področju duševnega zdravja, z novim zakonom določili, da mora na vsakem območju delovati mreža med seboj povezanih bolnišničnih služb in celotnega nabora skupnostnih služb za področje duševnega zdravja. Izsledki raziskave so pokazali, da obstajajo velike razlike v kvantiteti in v vzorcih nujenja in uporabe služb na področju duševnega zdravja tako med državama kot tudi znotraj obeh držav. Primerjalno z območji v severni Evropi, kjer je bil isti instrument že apliciran, je v skoraj vseh regijah Italije in Španije delež uporabnikov bivalnih enot ter dnevnih in strukturiranih dejavnosti manjši. Tako so raziskovalci v suburbanem Londonu ugotovili, da je povprečna dnevna uporaba bolnišničnih postelj 51 na 100 000 prebivalcev, v Amsterdamu 117, v Kopenuhenu kar 261 (Becker in drugi, 2002; v Salvador-Carulla in drugi, 2005), v Turinu, kjer je bila številka izmed vseh regij Španije in Italije največja (upoštevane so samo tiste regije, ki so jih Salvador-Carulla in sodelavci zajeli v svojo raziskavo), pa komaj 21,2 na 100 000 prebivalcev. Uporaba dnevnih in strukturiranih dejavnosti je bila največja v Italiji v tržaški regiji, kjer so zabeležili 12,8 uporabnikov urgentne dnevne oskrbe na dan ter skupaj 257,1 uporabnikov neurgentne dnevne oskrbe na mesec na 100 000 prebivalcev. V suburbanem območju Londona je uporaba istih služb 426 na 100 000 prebivalcev, v Amsterdamu pa 221 (Becker in drugi, 2002; v Salvador-Carulla in drugi, 2005). Glede uporabe ambulantnih dejavnosti in dejavnosti v skupnosti so Salvador-Carulla in sodelavci ugotovili, da so številke primerljive s tistimi iz urbanih območij severne Evrope.

Izsledki raziskave kažejo tudi, da v treh od štirih španskih regij oseba z duševno motnjo v času krize nima možnosti, da bi jo osebje obiskalo na domu. Večina kontinuirane oskrbe v Španiji je nizko intenzivne narave, kar pomeni, da je uporabniku stik z osebjem omogočen manj kot enkrat na štirinajst dni. V Španiji imajo uporabniki v primerjavi z Italijo na razpolago manjše število in manj po karakteristikah različnih nebolnišničnih bivalnih enot, kakor tudi dela in delu podobnih dejavnosti. Kljub nižji preskrbljenosti s službami v skupnosti pa število uporabnikov urgentne bivalne oskrbe v Španiji ni večje od tistega v Italiji, iz česar Salvador-Carulla in sodelavci (2005) povzemajo, da razlik v vzorcih uporabe služb na področju duševnega zdravja med Italijo in Španijo ni mogoče razložiti z bolj razvito skupnostno oskrbo v Italiji. Znotraj Italije je v vsaki regiji moč zaslediti večjo raznolikost služb na področju duševnega zdravja in s tem obširnejšo implementacijo reformne politike kot v regijah v Španiji. Vendar se tudi znotraj Italije pojavljajo precejšnje razlike v številu uporabnikov služb in v obsegu skupnostne oskrbe. Avtorji poudarjajo, da samo na podlagi rezultatov ESMS-ja ni mogoče ugotoviti, v kolikšni meri se razlike v uporabi služb med regijami v Italiji pojavljajo zaradi značilnosti samih služb in v kolikšni meri odlikavajo različne potrebe uporabnikov v različnih regijah. V nadaljnjih raziskavah bi bilo potrebno ugotoviti, v kolikšni meri nizko število uporabnikov odlikava neuglašenost služb na področju duševnega zdravja s potrebami lokalnega prebivalstva in kako slednjim služijo drugi mehanizmi poleg omenjenih služb.

Salvador-Carulla in sodelavci (2005) so med drugim ugotavljali korelacije med številom uporabnikov služb na področju duševnega zdravja in sociodemografskimi dejavniki posamezne regije; med slednjimi so ugotavljali gostoto prebivalstva, stopnjo brezposelnosti pri moških in pri ženskah, delež enočlanskih gospodinjstev, delež mlajših od 15 in starejših od 64 let ter delež rojenih v tujini. V nasprotju s pričakovanji so ugotovili, da se omenjeni dejavniki v Italiji in v Španiji ne povezujejo z višjim številom uporabnikov urgentne bivalne oskrbe. Trendi celo kažejo v nasprotno smer: regije s šibkejšimi kazalci socialne deprivacije imajo višje število uporabnikov bolnišnične in nebolnišnične bivalne oskrbe. Ena od mogočih razlag je ta, da bolj razvite regije najdejo več denarja in drugih virov za razvoj služb na področju duševnega zdravja. Mogoče pa je tudi, da v državah južne Evrope drugi demografski in kulturni dejavniki modificirajo odnos med revščino in brezposelnostjo ter potrebo po oskrbi s področja duševnega zdravja kot v državah severne Evrope. V eni od raziskav v severni Italiji (Thornicroft, Bisoffi, Desalvia & Tansella, 1993; v Salvador-Carulla in drugi, 2005) so ugotovili visoke korelacije med številom sprejetih bolnikov s shizofrenijo in kazalci socialne deprivacije v urbanem področju Verone, ne pa tudi v ruralnem območju Portogruaro. Iz tega sklepajo, da se v urbanih območjih revščina v večji meri povezuje s socialno izoliranostjo in bornimi nastanitvenimi pogoji, medtem ko v ruralnih predelih osebe z duševno motnjo v izdatnejši meri prejemajo podporo družine, zaradi česar so redkeje prisiljene poiskati pomoč drugje. Dekker, Peen, Koelen, Smit in Schoevers (2008) so raziskovali povezavo med stopnjami urbanizacije in 12-mesečno prevalenco psihiatričnih motenj v Nemčiji. Ugotovili so, da so psihiatrične motnje pogostejše med prebivalci bolj urbanih območij, kar gre najverjetneje pripisati okoljskim stresorjem. Povezanosti ni bilo le pri zlorabah substanc in psihotičnih motnjah. Rezultati njihove raziskave kažejo, da je vpliv urbanizacije na duševno zdravje približno enak pri mladih in starejših ljudeh, pri moških in ženskah ter pri poročenih in samskih. Poleg urbanizacije pa so bili z višjo pojavnostjo duševnih motenj povezani ženski spol, nizek socialni status in neporočenost. V neki drugi raziskavi na Nizozemskem na populaciji v širšem območju Amsterdama sta Peen in Dekker (2001) ugotovila, da odnos med stopnjo socioekonomske deprivacije in številom sprejetih bolnikov z duševno motnjo variira glede na diagnozo. Medtem ko sta pri shizofreniji, drugih psihozah in nevrotičnih motnjah ugotovila pomembno povezanost s stopnjo socioekonomske deprivacije, pa se ta povezanost ni pokazala pri afektivnih motnjah, organskih psihozah ali pri osebnostnih motnjah. Omenimo še, da avtorja nista ugotovila nobene pomembne povezanosti med stopnjo deprivacije in bodisi povprečnim trajanjem bivanja bodisi številom ponovnih sprejemov.

Salvador-Carulla idr. (2008) so v neki drugi raziskavi primerjali službe na področju duševnega zdravja v treh regijah Španije in dveh regijah Čila. Ko so z instrumentom ESMS pridobljene podatke primerjali s podatki, dostopnimi na nacionalni ravni, so ugotovili, da nacionalni podatki v Čilu podcenjujejo število postelj, ki so na voljo za osebe s težavami v duševnem zdravju, in število psihologov na osebo. V Čilu so kot glavno vrzel identificirali pomanjkanje dnevne oskrbe in nebolnišničnih bivalnih enot. Med povprečno regijo v Španiji in obema regijama v Čilu obstaja skoraj desetkratna razlika v številu uporabnikov bivalnih ter dnevnih in strukturiranih dejavnosti. V izbranih regijah v Čilu prebivalci nimajo na razpolago neurgentnih bolnišničnih služb, služb, ki bi ponujale delo ali delu podobne dejavnosti za osebe z duševno motnjo, niti 24-urnih mobilnih ali nemobilnih služb urgentne oskrbe v skupnosti. Mobilnih služb urgentne oskrbe tudi v Španiji povečini ne poznajo. V raziskavi so odkrili geografski in ekonomski vzorec v številu uporabnikov služb: uporaba je bila večja v severni kot v južni Španiji ter v Španiji kot v Čilu. Splošna ugotovitev raziskave pa je, da je instrument ESMS mogoče uspešno uporabiti tudi v državah zunaj Evrope.

Becker in Kilian (2006) sta ugotavljala, kaj lahko generaliziramo iz ugotovitev dosedanjih študij, ki so proučevale razlike v preskrbi, stroških in rezultatih služb za ljudi z resnejšimi duševnimi motnjami v zahodni Evropi. Namenila sta se tudi oceniti, ali lahko omenjene študije služijo kot osnova za načrtovanje izboljšav. Kot glavne značilnosti sistemov na področju duševnega zdravja v zahodni Evropi prepoznavata deinstitutionalizacijske trende z redukcijo bolnišničnih služb in razvijanjem alternativnih služb v skupnosti, poskuse integracije služb na področju duševnega zdravja z drugimi zdravstvenimi, generičnimi, skupnostnimi in socialnimi službami ter (še zmeraj)

veliko variabilnost med državami. Razlike v uporabi služb in stroških zanje pa se ne preslikavajo skladno v razlike v rezultatih. Različne zdravstvene sisteme na področju duševnega zdravja prepoznavamo v razlikah v službah, ki so na voljo in v stroških zanje, vpliv na razlike v uporabniških izidih pa je, ugotavljata avtorja, manj viden.

V večini zahodnoevropskih držav je že praksa, da so osebe z resno duševno motnjo sprejete v bolnišnično zdravljenje le v kriznih primerih ali v primerih ogrožanja sebe ali drugih, vsakdanje spremljanje in zdravljenje pa poteka v nebolnišničnih in skupnostnih službah (Becker in Kilian, 2006). Vendar proces reforme sistema duševnega zdravja v zahodni Evropi še zdaleč ni zaključen, ugotavljata avtorja. Obenem prinašajo nove izzive politične spremembe v vzhodni Evropi in širjenje EU. Številne države vzhodne Evrope se še vedno srečujejo s problemi, podobnimi tistim v zahodni Evropi ob začetku reformnih procesov v šestdesetih letih prejšnjega stoletja, kot npr. koncentracija oskrbe v velikih psihiatričnih bolnišnicah in pomanjkanje alternativnih oblik oskrbe izven bolnišnic oz. v skupnosti. Ob tem jim situacijo dodatno otežuje pomanjkanje virov na eni in naraščanje pojavnosti duševnih motenj na drugi strani. Problemi, s katerimi se zahodne države v šestdesetih letih prejšnjega stoletja – v obdobju ekonomske blaginje in socialne stabilnosti – niso srečevale. Avtorja poročata, da imajo tudi obstoječi sistemi v razvitih državah zahodne Evrope še vedno precej pomanjkljivosti. Glavne med temi so omejen dostop ljudi s težavami v duševnem zdravju do plačane zaposlitve, slaba integriranost služb duševnega zdravja v splošno zdravstvo in pomanjkanje podpore za neformalne skrbnike. Razlike med državami so velike (v Italiji imajo npr. 17 bolnišničnih postelj na 100 000 prebivalcev, v Franciji pa 165), pogosto pa so razlike med regijami znotraj držav še večje od razlik v nacionalnih povprečjih. Precej variira tudi delež služb, ki delujejo v okviru javnega sektorja (npr. 26% v Kopenhagnu in 79% v Veroni), (Becker, Hülsman in Knudsen, 2002; v Becker in Kilian, 2006). Avtorja poročata o razlikah v življenjskih okoliščinah med državami severne in južne Evrope: medtem ko živi v Kopenhagnu, Amsterdamu in Londonu največ ljudi z duševno motnjo samih ali v različnih tipih namestitve, jih v Veroni in Santandru večina stanuje s starši ali partnerjem (McCrone, Leese, Thornicroft idr., 2001; v Becker in Kilian, 2006).

Becker in Kilian (2006) opazata tudi stališča nekaterih strokovnjakov o pretiranosti deinstucionalizacije oz. pojavu reinstitucionalizacije v nekaterih evropskih državah, kjer opazajo naraščanje števila forenzičnih postelj, dodeljenih prisilnih psihiatričnih zdravljenj in vzdrževanih namestitvev. Avtorja še ugotavljata, da lahko tudi cenejši sistemi oskrbe na področju duševnega zdravja, kot je npr. tisti v Španiji, dosegajo podobne rezultate kot potratnejši sistemi v Veliki Britaniji ali na Danskem. Upoštevati moramo, da službe ne delujejo v vakuumu, ampak so vedno pod vplivom ekonomskih, političnih, socialnih in številnih drugih dejavnikov, za katere ni mogoče pričakovati, da bodo pod nadzorom psihiatrije. Zato tudi ni mogoče ustvariti idealnega modela, ki bi ga lahko poljubno kopirali širom po svetu in bi bil povsod najboljši. Druga ugotovitev, ki jo dajeta Becker in Kilian (2006), pa je ta, da rezultati, kot kaže, niso odvisni ne od specifičnega vzorca služb ne od določene količine denarja. To ne pomeni, da ni nobenih strokovnih standardov ali da lahko službe delujejo brez finančnih virov, ampak preprosto pomeni, da lahko dobre rezultate dosežemo z različnimi vrstami oskrbe in na različnih nivojih resursov. Na koncu avtorja povzemata, da reformni procesi v Evropi niti približno niso zaključeni in da tudi ni pričakovati, da se bodo nadaljevali v isti smeri kot doslej. Glavna naloga v prihodnosti bo po njunem mnenju zagotoviti, da se razvoj služb na področju duševnega zdravja ne bo ustavil v okoliščinah naraščajoče finančne obremenjenosti zdravstvenega sistema.

11. Stopenjski model oskrbe: pragmatično ravnotežje med skupnostno in bolnišnično oskrbo glede na razpoložljive resurse

Avtorja Thornicroft in Tansella (2004) sta razvila model, ki opisuje tri korake v razvoju oskrbe na področju duševnega zdravja, kjer je vsak od korakov prilagojen obstoječi stopnji ekonomskega razvoja neke države oz. stopnji virov, ki so na voljo na nekem območju (državi ali regiji). Viri ali resursi zajemajo finančni vložek v službe na področju duševnega zdravja, obseg osebja, ki je na voljo po številu, izkušenosti, strokovnem znanju in terapevtski orientiranosti ter prispevek širšega socialnega okolja in družinskih mrež. Avtorja razlikujeta območja z nizko, srednjo in visoko stopnjo virov. Na podlagi pregleda rezultatov obsežnega števila raziskav ugotavljata, da so ne glede na raven ekonomskega razvoja potrebne tako bolnišnične kot skupnostne službe za osebe s težavami v duševnem zdravju oz. da daje najboljše rezultate kombinacija obojih, da pa je ob izbiri specifične kombinacije potrebno upoštevati lokalne faktorje, kot npr. tradicijo in morebitne specifične okoliščine, preference uporabnikov in osebja, močne in šibke lastnosti obstoječih služb in seveda vire, ki so na voljo.

Za območja z nizko stopnjo virov je nerealistično pričakovati, da bodo lahko že v izhodišču financirala diferencirane službe, zato je na takih območjih najpomembneje izboljšati primarno oskrbo, strokovnjaki s področja duševnega zdravja pa naj, v kolikor so na voljo, služijo kot podpora osebu primarne oskrbe, sodelujejo pri kompleksnejših primerih, jih dodatno izobražujejo in delajo s tistimi osebami, ki potrebujejo bolnišnično oskrbo.

Območja s srednjo stopnjo virov ob dobri primarni oskrbi nudijo še vsaj nekatere od bolj specializiranih služb, navadno ambulate za osebe s težavami v duševnem zdravju, time za področje duševnega zdravja v skupnosti (community mental health teams, nekaj podobnega so bili pri nas mentalno higieniški dispanzerji, ki pa so ta hip v bolj kot ne razpadajočem stanju), bolnišnično oskrbo za akutne primere, stanovanjske enote v skupnosti in različne oblike zaposlitve in dejavnosti.

Območja s visoko stopnjo virov imajo večino naštetega, ob tem pa bolj specializirane službe za posamezne duševne motnje ali skupine uporabnikov, na primer specializirane službe za osebe z motnjami hranjenja, z dvojnimi diagnozami, s posttravmatsko stresno motnjo, za matere z otroki, za različne oblike psihoterapije ipd. Komponente za posamezno stopnjo virov so povzete v tabeli 2 (po Thornicroft & Tansella, 2004).

Avtorja opisujeta svoj model kot aditiven in zaporeden stopenjski model (the additive and sequential stepped care model), ker predvideva dodajanje novih komponent že obstoječim, ko nova sredstva to omogočijo in prehod na naslednjo stopnjo z izbiro določenemu območju primernih in potrebnih komponent potem, ko je bilo že poskrbljeno za vse komponente na obstoječi stopnji. Območjem, ki si lahko privoščijo bolj diferenciran model oskrbe, avtorja svetujeta, da najprej povežejo in učvrstijo komponente koraka B z vidika uravnoveženosti med poznanimi lokalnimi potrebami, viri, ki so na voljo, in prioritetami lokalnih deležnikov, akterjev. Razlagata, kako se z oddaljevanjem sistemov oskrbe na področju duševnega zdravja od azilnega modela k novim službam zunaj bolnišnic praviloma del virov preusmeri k slednjim, kar pomeni, da se delež virov, namenjenih velikim bolnišnicam, zmanjša. Druga možnost je financiranje novih služb iz novih, dodatnih virov, vendar to možnost označujeta za bolj neobičajno. Ob tem poudarjata, da je kakovost oskrbe vedno tesno povezana z izdatki za posamezno službo, z vidika izdatkov pa, ugotavljata, so službe skupnostne oskrbe povečini enakovredne službam, ki so jih nadomestile.

Tabela 2

Komponente oskrbe na področju duševnega zdravja, relevantne za države in regije z nizko, srednjo in visoko stopnjo resursov

Nizka stopnja resursov	Srednja stopnja resursov	Visoka stopnja resursov
Korak A	Koraka A + B	Koraki A + B + C
Korak A: Primarna oskrba s podporo strokovnjakov	Korak B: Aktualno najbolj uveljavljene službe na področju duševnega zdravja	Korak C: Specializirane/diferencirane službe
Presejanje in ocenjevanje s strani osebja primarne oskrbe, farmakološka terapija, sodelovanje in trening s strokovnjaki s področja duševnega zdravja, če so na voljo, in podpora strokovnjakov pri treningu, kompleksnih primerih in bolnišničnem zdravljenju (npr. v splošnih bolnišnicah) oseb, ki jih ni mogoče voditi v okviru primarne oskrbe	Nebolnišnične/ambulantne službe, klinike	Specializirane klinike za specifične duševne motnje in skupine uporabnikov, med njimi za: - motnje hranjenja - dvojne diagnoze - afektivne motnje, odporne na zdravljenje - službe za mladostnike
	Timi za področje duševnega zdravja v skupnosti	Specializirani timi v skupnosti: - timi za zgodnje intervencije - timi za asertivno oskrbo v skupnosti
	Akutna bolnišnična oskrba	Alternative akutni bolnišnični oskrbi: - timi za krizne intervencije na domu - krizni domovi - akutne dnevne bolnišnice
	Stanovanjske enote za dolgoročno namestitve v skupnosti	Alternativni tipi stanovanjskih enot za dolgoročno namestitve v skupnosti: - z intenzivno 24-urno oskrbo - z manj intenzivno oskrbo - samostojna namestitve
	Različne oblike zaposlitve in drugih dejavnosti	Alternative oblike zaposlitve in drugih dejavnosti: - zaščitene delavnice - nadzorovana delovna mesta - kooperativni delovni programi - skupine za samopomoč uporabnikov - prehodni zaposlitveni programi - zaposlitvena rehabilitacija - individualni namestitveni in podporni servis

Iz stopenjskega modela oskrbe avtorjev G. Thornicrofta in M. Tansella (2004) izhajata dva pomembna predloga:

- vse komponente oskrbe na področju duševnega zdravja na nekem območju naj bodo med seboj usklajene (usklajenost je še posebej pomembna med službami primarne in specialistične oskrbe) in
- usposabljanje osebja za oskrbo na področju duševnega zdravja naj bo prilagojeno stopnji razvoja služb na nekem območju (A, B ali C) ter ravni virov (nizka, srednja ali visoka).

V praksi za večino držav ali regij velja, da imajo razvite nekatere od tukaj opisanih komponent, ne pa vseh; pričujoči model lahko služi prepoznavanju vrzeli v obstoječih sistemih ter načrtovanju dopolnitev le-teh in razvoja v prihodnje.

12. Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je bil proučiti razpoložljivost in dostopnost služb na področju duševnega zdravja v 12 statističnih regijah Slovenije ter njuno povezanost z izbranimi sociodemografskimi dejavniki tveganja za nastanek težav v duševnem zdravju. S pomočjo prilagojenega instrumenta ESMS smo ugotavljali:

- Katere vrste služb na področju duševnega zdravja delujejo v različnih slovenskih regijah?
- Kakšne so njihove značilnosti?
- Kolikšna je njihova uporaba na 100 000 prebivalcev?
- Kakšna je dostopnost služb glede na nekatere izbrane sociodemografske dejavnike, ki so povezani s pogostostjo težav v duševnem zdravju?
- Kakšne preventivne in promocijske aktivnosti na področju duševnega zdravja popisane službe izvajajo?
- Na katere varovalne in dejavnike tveganja za nastanek duševnih motenj službe skušajo vplivati s svojimi preventivnimi aktivnostmi?

Cilji raziskave so bili sledeči:

- Definirati število in raznolikost služb na področju duševnega zdravja in oceniti njihovo razpoložljivost glede na število in gostoto prebivalstva v določeni statistični regiji.
- Opredeliti število uporabnikov služb na področju duševnega zdravja v posameznih statističnih regijah in poiskati povezano z nekaterimi izbranimi sociodemografskimi kazalniki (gostota prebivalstva, število brezposelnih v regiji, številom enočlanskih gospodinjstev, število staršev samohranilcev, umrljivost, številom priseljenih, število izvajalcev zdravstvenega varstva).
- Proučiti povezavo med številom uporabnikov služb z indeksom odvisnosti in indeksom staranja (*indeks odvisnosti* - količnik med številom prebivalcev, ki so mlajši od 15 in starejši od 64 let ter številom prebivalcev med 15 in 64 let; *indeks staranja* - količnik med številom prebivalcev, ki so starejši od 64 let in številom prebivalcev, ki so mlajši od 15 let).
- Opraviti mednarodno primerjavo uporabe in dostopnosti služb na področju duševnega zdravja z nekaterimi drugimi državami, ki so ovrednotile službe na področju duševnega zdravja po metodologiji ESMS.
- Oceniti preventivno dejavnost služb na področju duševnega zdravja glede na zastopanost v posameznih statističnih regijah in z vidika kvalitete, raznolikosti in ciljnih skupin.
- Oceniti ogroženost duševnega zdravja v posameznih statističnih regijah glede na sociodemografske in zdravstvene kazalnike ter ugotoviti v koliki meri so glede na to oceno stanja ustrezno zastopane preventivne dejavnosti in razpoložljivost služb.

13. Metoda

13.1. Vzorec

V našo raziskavo kot enote niso bili vključeni posamezniki, temveč službe na področju duševnega zdravja, ki izvajajo različne aktivnosti na področju duševnega zdravja, in ki so zadostile kriterijem za uporabo instrumenta ESMS. To so bile vladne in nevladne službe, katerih specifični namen je določen vidik upravljanja z duševno motnjo ali z njo povezanimi kliničnimi ali socialnimi težavami. V raziskavo smo zajeli tudi službe, katerih namen je svetovanje ali psihoterapija, čeprav ESMS tem službam ni prvotno namenjen. Kriterij za vključevanje služb, ki ponujajo psihoterapijo ali svetovanje, v popisovanje z ESMS je po Johnson idr. (2000) to, da natančno določajo kot večjo ciljno skupino posameznike z resnejšo duševno motnjo, kot je npr. shizofrenija, ali tistimi, ki so v stiku s službami sekundarne ravni – to je specialistične oskrbe na področju duševnega zdravja. Ker je kriterij »resnejša duševna motnja« po naši presoji premalo natančen, obenem pa psihoterapevti in svetovalci običajno ne definirajo svojih uporabnikov na podlagi medicinske klasifikacije duševnih motenj, smo se odločili, da psihoterapevtskih in svetovalnih služb ne bomo selekcionirali po zgornjem kriteriju.

Začetni vzorec potencialnih nosilcev dejavnosti na področju duševnega zdravja je v fazi vzorčenja v bazah Ajpes-a, spleta, oglaševanja storitev, razpoložljivih tiskovin, spremljanja programov v tiskanih medijih, popisa programov, ki jih financirajo različna ministrstva in mestne občine v 12 slovenskih regijah vseboval 850 enot. V ožji izbor smo uvrstili 516 izvajalcev in pridobili popolne podatke od 301 službe iz vseh statističnih regij Slovenije. V klasifikacijo popisa po metodologiji ESMS smo glede na vključitvene kriterije popisali 251 služb.

13.2. Pripomočki

V raziskavi smo uporabili Evropski obrazec za mapiranje služb (European Service Mapping Schedule) in Evropski sociodemografski obrazec (European Socio-Demographic Schedule).

Evropski obrazec za mapiranje služb (ESMS) je pripomoček, ki omogoča kategorizacijo služb na področju duševnega zdravja na določenem območju (*t.i. catchment area*). Namenjen je popisovanju služb, katerih specifični namen je določen vidik upravljanja z duševno motnjo ali z njo povezanimi kliničnimi ali socialnimi težavami pri odraslih osebah (Johnson idr., 2000). Za potrebe raziskave smo ga prevedli v slovenščino. Pri prevajanju posameznih izrazov smo imeli nekaj težav, ker pa je instrument zasnovan tako, da se o pripadajoči kategoriji odločamo na podlagi funkcij službe in načinov dela in ne na podlagi izraza (avtorji so predvideli, da bo za istimi izrazi v različnih državah stale različne službe in obratno), to ne vpliva bistveno na rezultate. ESMS je zasnovan kot hierarhično drevo, iz katerega izhajajo štiri temeljne veje: **bivalne enote** (residential services), **dnevne in strukturirane dejavnosti** (day and structured activity), **ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti** (out-patient and community services) ter **skupine za samopomoč in nestrokovne skupine** (self-help and non-professional services). Za potrebe naše raziskave smo dodali še dodatno vejo: **ozaveščanje in izobraževanje javnosti, izdajanje gradiva brez neposrednega stika z uporabniki**. Z organizacijskega vidika so bivalne enote tiste, kjer uporabnik spi v prostorih službe. Dnevne in strukturirane dejavnosti so dostopne več uporabnikom hkrati, uporabniki pa se lahko zadržujejo v prostorih tudi po končanem srečanju z osebjem. Ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti pa so namenjene zgolj kontaktu med uporabnikom in osebjem. Kako se odločimo za uvrstitev določene službe v posamezno kategorijo, je razvidno iz **tabel 3, 4 in 5**. V prvem koraku se za vsako službo odločimo, ali spada pod bivalne enote (R), dnevne in strukturirane dejavnosti (D), ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti (O) ali pa pod skupine za samopomoč, nestrokovne skupine oz. svetovalni telefon (S) oziroma ozaveščanje in izobraževanje javnosti, izdajanje gradiva brez neposrednega stika z uporabniki (I). Zaradi velike raznolikosti zadnje kategorije (S) avtorji obrazca (Johnson idr., 2000) niso naprej členili, niti niso

predvideli ugotavljanja števila uporabnikov. Tako smo tudi sami skupine za samopomoč, nestrokovne skupne in svetovalne telefone samo uvrstili v kategorijo S, nismo pa jih nadalje členili ali ugotavljali, koliko uporabnikov imajo.

Tabela 3

Bivalne enote: prikaz posameznih kategorij (R1 do R13) in načina zbiranja podatkov o njihovi uporabi (noR1 do noR13)

BIVALNE ENOTE (R)				Povprečno število nočitev na dan (v preteklem mesecu):	
Varovane: So pod večjim nadzorom kot običajni sprejemni bolnišnični oddelki. Sprejemajo osebe, ki ogrožajo sebe ali druge, ali so tja napoteni po zakonu. Lahko so urgentne/neurgentne, znotraj/izven bolnišnice.			R1	(noR1)	
Urgentne: Sprejem je navadno možen 24 ur na dan. Osebe zadržijo svoje prebivališče.	Bolnišnične		R2	(noR2)	
	Nebolnišnične		R3	(noR3)	
Neurgentne: Vsi bivalni oddelki, ki ne zadoščajo kriterijem za urgentne ali varovane oddelke.	Bolnišnične	Časovno omejena oskrba: Maksimalen čas bivanja je fiksni za 80% uporabnikov.	24-urna oskrba: Na voljo je 24 ur na dan, 7 dni v tednu.	R4	(noR4)
			Dnevna oskrba: Osebe je na voljo določen del dneva 5 dni v tednu.	R5	(noR5)
		Časovno neomejena oskrba: Maksimalen čas bivanja je fiksni za manj kot 80% uporabnikov.	24-urna oskrba	R6	(noR6)
			Dnevna oskrba	R7	(noR7)
	Nebolnišnične	Časovno omejena oskrba	24-urna oskrba	R8	(noR8)
			Dnevna oskrba	R9	(noR9)
		Časovno neomejena oskrba	Nižja stopnja oskrbe: Osebe je na voljo manj kot 5 dni na teden.	R10	(noR10)
			24-urna oskrba	R11	(noR11)
			Dnevna oskrba	R12	(noR12)
			Nižja stopnja oskrbe	R13	(noR13)

Ob pomoči **tabele 3** predstavljamo način klasifikacije določene službe (Kurbos, 2008). Potem, ko smo ugotovili, da njeni uporabniki spijo v prostorih službe in jo kot tako uvrstili med bivalne enote (R), moramo najprej ugotoviti, ali gre za varovano, urgentno ali neurgentno službo. Če služba sprejema osebe, ki ogrožajo sebe ali druge oz. so tja napotene po zakonu, obenem pa so sprejete osebe pod večjim nadzorom kot v običajnih sprejemnih bolnišničnih oddelkih, bomo službi pripisali kategorijo R1. V primeru, da gre za urgentno službo, kjer je sprejem mogoč 24 ur na dan, sprejete osebe pa obdržijo svoje prebivališče, bomo v nadaljevanju poizvedeli še, ali služba deluje v okviru bolnišnice. Glede na odgovor ji bomo pripisali bodisi kategorijo R2 bodisi kategorijo R3. Tudi pri službi, ki ustreza kriteriju za neurgentne službe, bomo v nadaljevanju izbrali med bolnišnično in nebolnišnično, nato pa poizvedeli, ali je maksimalen čas bivanja fiksni za vsaj 80% uporabnikov. Na podlagi odgovora bomo službo uvrstili bodisi med časovno omejeno bodisi med časovno neomejeno oskrbo. Da bi lahko neurgentni službi pripisali eno od končnih oznak (R4 do R13), bomo v nadaljevanju pri bolnišnični službi poizvedeli še, ali je osebe na voljo 24 ur na dan vse dni v tednu oz. le pet dni na teden določen del dneva. Pri nebolnišnični službi pa je ob 24-urni in dnevni

oskrbi mogoča tudi nižja stopnja oskrbe, kjer je osebje na voljo manj kot 5 dni na teden. Potem ko smo ugotovili, za katero službo po ESMS kategorizaciji gre (R1 do R13), nas bo zanimalo še, kolikšno je povprečno število nočitev v službi na dan. Da bi se izognili ugotavljanju povprečja na različnih časovnih osnovah (mesec, polletje, leto ipd.), nas zanima povprečje v preteklem mesecu. Število nočitev pri posameznih kategorijah označujemo z oznakami noR1 do noR13.

Tabela 4

Dnevne in strukturirane dejavnosti: prikaz posameznih kategorij (D1 do D9) in načina zbiranja podatkov o njihovi uporabi (uD1 do nuD9)

DNEVNE IN STRUKTURIRANE DEJAVNOSTI (D)				Povprečno št. obiskov dejavnosti na dan (v preteklem mesecu):	
Urgentna dnevna oskrba: Obravnava poslabšanega duševnega stanja, vedenja, socialnega funkcioniranja. Sprejem v program je možen v 72 urah. So alternativa hospitalizaciji.			D1	(uD1)	
				Št. nizko intenzivnih uporabnikov: Obisk vsaj enkrat v zadnjem mesecu.	Št. visoko intenzivnih uporabnikov: Obiski vsaj 4 dele dneva na teden, vsaj 3 od 4 tednov.
Neurgentna dnevna oskrba	Visoko intenzivne dejavnosti: Uporabnikom so na voljo najmanj 4 dele dneva na teden.	Delo: Uporabnik dobi za svoje delo vsaj 50% minimalne lokalne plače za tovrstno delo.	D2	(nuD2)	(vuD2)
		Delu podobne dejavnosti: Uporabnik za svoje delo, ki je na odprtem trgu plačano, ni plačan ali dobi manj kot 50% minimalne lokalne plače za tovrstno delo.	D3	(nuD3)	(vuD3)
		Ostale strukturirane dejavnosti: Treningi veščin, ustvarjalne dejavnosti, ki so na voljo vsaj 25% delovnega časa službe.	D4	(nuD4)	(vuD4)
		Socialne storitve: Ne ponujajo dela ali strukturiranih dejavnosti, temveč skrbijo za socialni kontakt, praktično pomoč in podporo.	D5	(nuD5)	(vuD5)
	Nizko intenzivne dejavnosti: Uporabnikom so na voljo manj kot 4 dele dneva na teden.	Delo	D6	(nuD6)	/
		Delu podobne dejavnosti	D7	(nuD7)	/
		Ostale strukturirane dejavnosti	D8	(nuD8)	/
		Socialne storitve	D9	(nuD9)	/

V tabeli 4 je prikazan način klasifikacije služb, ki ponujajo dnevne in strukturirane dejavnosti (D), je enak kot pri službah z bivalnimi enotami, le vsebina je drugačna (namesto med bolnišničnimi in nebolnišničnimi službami se tukaj odločamo med visoko in nizko intenzivnimi dejavnostmi itd.). Na večjo razliko naletimo pri ugotavljanju uporabe. Pri službah, ki ponujajo urgentno dnevno oskrbo (D1), nas zanima povprečno število obiskov na dan (kot pri bivalnih enotah tudi tukaj za obdobje preteklega meseca). Pri službah, ki ponujajo neurgentno dnevno oskrbo, pa nas ne zanima število obiskov, temveč število uporabnikov. Uporabnike delimo na visoko intenzivne in nizko intenzivne glede na to, kako pogosto obiskujejo dejavnosti. Kot je razvidno v tabeli 4, nizko intenzivne dejavnosti ne morejo imeti visoko intenzivnih uporabnikov. Število obiskov urgentne dnevne oskrbe D1 označujemo z oznako uD1, število nizko intenzivnih uporabnikov pri

posameznih kategorijah z oznakami nuD2 do nuD9, število visoko intenzivnih uporabnikov pa z oznakami vuD2 do vuD5.

Tabela 5

Ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti: prikaz posameznih kategorij (O1 do O10) in načina zbiranja podatkov o njihovi uporabi (kO1 do nuO10)

načina zbiranja podatkov o njihovi uporabi (KO1 do KO10)

AMBULANTNE DEJAVNOSTI IN DEJAVNOSTI V SKUPNOSTI (O)					Skupno št. kontaktov v zadnjem mesecu:		
Urgentna oskrba: Je odziv na poslabšanje duševnega stanja ali socialnega delovanja. Nudijo enako oskrbo v celotnem delovnem času. Storitve niso bile načrtovane, ko je oseba nazadnje kontaktirala osebe.	Mobilna: Vsaj 20% kontaktov je izven matične stavbe.	24-urna oskrba	O1	(kO1)			
		Časovno omejena oskrba: Službe, ki niso na voljo 24 ur na dan, 7 dni na teden.	O2	(kO2)			
	Nemobilna: Manj kot 20% kontaktov je izven matične stavbe.	24-urna oskrba	O3	(kO3)			
		Časovno omejena oskrba	O4	(kO4)			
				Št. visoko intenz. uporabnikov: 3 ali več kontaktov v zadnjem mesecu	Št. zmerno intenz. uporabnikov: Vsaj 2 kontakta v zadnjem mesecu	Št. nizko intenz. uporab.: 1 kontakt v zadnjem mesecu ali 0, vendar vsaj 1 v zadnjih/prihodnjih 3 mesecih	
Kontinuirana oskrba: Omogoča reden stik z zdravniškim osebjem; srečevanje lahko po potrebi traja dalj časa.	Mobilna	Visoko intenzivna oskrba: Neposredni kontakt z uporabnikom je mogoč vsaj 3x tedensko.	O5	(vuO5)	(zuO5)	(nuO5)	
		Srednje intenzivna oskrba: Neposredni kontakt z uporabnikom je mogoč vsaj enkrat na 14 dni.	O6	/	(zuO6)	(nuO6)	
		Nizko intenzivna oskrba: Redni kontakt z uporabnikom je redkejši kot enkrat na 14 dni.	O7	/	/	(nuO7)	
	Nemobilna	Visoko intenzivna oskrba	O8	(vuO8)	(zuO8)	(nuO8)	
		Srednje intenzivna oskrba	O9	/	(zuO9)	(nuO9)	
		Nizko intenzivna oskrba	O10	/	/	(nuO10)	

V tabeli 5 je razvidno, da je pri službah, ki ponujajo ambulantne dejavnosti ali dejavnosti v skupnosti ugotavljanje uporabe nekoliko drugačno. Pri službah, ki ponujajo urgentno oskrbo, nas

zanimi skupno število kontaktov v zadnjem mesecu. Število kontaktov pri posamezni kategoriji označujemo z oznakami kO1 do kO4. Službe, ki ponujajo kontinuirano oskrbo, pa sprašujemo po številu uporabnikov, ki jih tokrat delimo na tri skupine: visoko intenzivni, zmerno intenzivni in nizko intenzivni uporabniki. Visoko intenzivni uporabniki so tisti, ki so imeli v zadnjem mesecu vsaj tri kontakte z osebjem službe (število teh označujemo z vuO5 in vuO8). Nizko intenzivni uporabniki so tisti, ki so imeli v zadnjem mesecu samo en kontakt s službo ali nobenega, vendar so bili v kontaktu s službo v preteklih treh mesecih ali je kontakt načrtovan v naslednjih treh mesecih (označujemo jih z nuO5 do nuO10). Zmerno intenzivni uporabniki pa so po pogostosti kontaktov s službo vmes med ostalima dvema skupinama (zuO5, zuO6, zuO8 in zuO9).

Da bi lahko primerjali uporabo služb v različnih regijah, na podlagi podatka o številu prebivalcev v regijah izračunamo kazalce uporabe služb na 100 000 prebivalcev (na kratko kazalce ESMS). Kazalec ESMS za določeno regijo je s 100 000 pomnožen količnik med vsoto uporabnikov določene kategorije služb v regiji (npr. Σ nuO10) in številom prebivalcev v regiji.

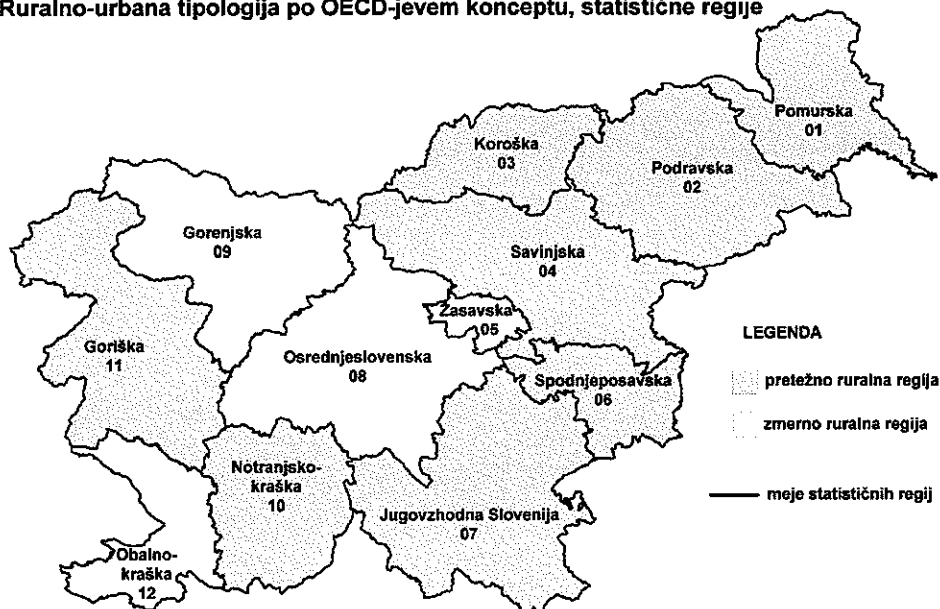
Evropski sociodemografski obrazec (ESDS) zbira tiste sociodemografske statistične podatke o regijah in o državi, za katere je bila ugotovljena povezanost s pogostostjo težav v duševnem zdravju. K vsakemu podatku je potrebno pripisati leto, iz katerega izhaja. ESDS sestavlja naslednja vprašanja (Beecham idr., 2000):

1. Za katero območje izpolnjujemo obrazec?
2. Kolikšno je število prebivalcev tega območja?
3. Koliko km² meri območje?
4. Kako bi opisali prevladujoč karakter območja? (metropolitansko/ urbano/ suburbano/ ruralno/ mešano s prevladujočimi tipi _____)
5. Kolikšen je odstotni delež prebivalcev v naslednjih skupinah: moški 0-17 let, moški 18-39 let, moški 40-64 let, moški 65 let in več, ženske 0-17 let, ženske 18-39 let, ženske 40-64 let, ženske 65 let in več (vsota vseh osmih skupin je 100%)?
6. Kolikšen je odstotni delež prebivalcev v naslednjih skupinah: zaposleni moški, brezposelni moški, drugi ekonomsko neaktivni moški, zaposlene ženske, brezposelne ženske, druge ekonomsko neaktivne ženske? (K zaposlenih prebivalcem prištevamo tudi samozaposlene, tiste, ki niso zaposleni za polni delovni čas, ter ljudi v vladnih programih zaposlovanja. K drugim ekonomsko neaktivnim prebivalcem pa prištevamo gospodinje, starostno in zdravstveno upokojene ljudi ter študente.)
7. Kolikšen je odstotni delež ljudi po zaključeni šolski obveznosti, ki so samski, ovdoveli ali ločeni?
8. Kolikšen je odstotni delež ljudi po zaključeni šolski obveznosti, ki živijo sami?
9. Kolikšen je odstotni delež odraslih ljudi, ki živijo sami s šoloobveznimi otroki?
10. Kolikšen je odstotni delež ljudi po prenehanju šolski obveznosti, ki so eno leto pred zbiranjem podatkov živeli na drugem naslovu?
11. Kolikšen odstotni delež privatnih gospodinjstev (sem ne štejemo institucij) ima več kot eno osebo na eno sobo?
12. Kolikšno je število umrlih na 100 000 prebivalcev za vse vzroke in vse starosti?
13. Kolikšno je število umrlih na 100 000 prebivalcev za vse vzroke za ljudi, mlajše od 65 let?

Kljub temu, da smo se želeli čim bolj približati podatkom, ki jih zbira ESDS pa to vedno ni bilo mogoče, ker podatki niso bili dostopni ali pa so bili dosegljivi samo na nacionalni, ne pa tudi na regionalni ravni. Zato se sociodemografski podatki, ki smo jih zbrali, nekoliko razlikujejo od zgoraj naštetih, nekatere pa smo dodali. Večina podatkov, ki smo jih zbrali, ni v deležih, temveč v absolutni obliki; absolutne številke smo obdržali, ker smo kasneje z njimi računali korelacije. Zbrali smo naslednje sociodemografske podatke za regije in za celotno Slovenijo: število prebivalcev, gostota prebivalstva (število/km²), indeks starostne odvisnosti, indeks staranja, stopnja registrirane brezposelnosti, stopnja dolgotrajne brezposelnosti, število moških in žensk v starostnih skupinah 0-

19 let, 20-39 let, 40-64 let in 65 let in več, število v zadnjem letu priseljenih iz drugih slovenskih regij ter iz tujine, število brezposelnih moških, število brezposlenih žensk, število vzdrževanih in nevzdrževanih prebivalcev, ki niso zaposleni ali brezposelni, število zaposlenih in samozaposlenih moških, število zaposlenih in samozaposlenih žensk, število enočlanskih gospodinjstev, število enočlanskih gospodinjstev z aktivnim članom, število družin, ki jih sestavljata mati z otroki ali oče z otroki, število umrlih na 1000 prebivalcev, BDP na prebivalca v EUR ter število izvajalcev zdravstvenega varstva – vse poklicne skupine, zdravniki, socialni delavci in psihologi. Kot je razvidno iz naštetega, nismo mogli pridobiti podatkov o deležu ljudi, ki so samski, ovdovedli ali ločeni, o številu gospodinjstev z več kot eno osebo na eno sobo ter o številu umrlih na 100 000 prebivalcev za ljudi, mlajše od 65 let. V poročilih nekaterih drugih avtorjev (Salvador-Carulla idr., 2005; Have idr., 2005) smo zasledili še druge sociodemografske dejavnike, ki se povezujejo z duševnim zdravjem oz. za katere so avtorji ugotavljali korelacije z uporabo služb po ESMS kategorizaciji. Tako smo v naš seznam sociodemografskih statističnih podatkov vključili še indeks starostne odvisnosti, indeks staranja, stopnjo dolgotrajne brezposelnosti, BDP na prebivalca v evrih in število izvajalcev zdravstvenega varstva za vse poklicne skupine, zdravnike, socialne delavce in psihologe.

Ruralno-urbana tipologija po OECD-jevem konceptu, statistične regije



Viri: Eurostat, Statistični urad Republike Slovenije, Geodetska uprava Republike Slovenije

Slika 2. Slovenske statistične regije glede na ruralno-urbano tipologijo OECD koncepta.

Statističnih regij nismo označili glede na prevladujoč karakter, saj praktično ne bi bilo razlik: vse regije bi lahko označili bodisi kot ruralne bodisi kot mešane z ruralnimi in urbanimi deli (vključno z osrednjeslovensko regijo, saj mesto Ljubljana površinsko zajema le njen manjši del). Statistični urad Republike Slovenije navaja, da po OECD-jevem konceptu med zmerno ruralne regije spadajo zasavska, osrednjeslovenska, gorenjska in obalno-kraška regija, vse ostale pa se uvrščajo med pretežno ruralne regije kar je razvidno na **sliki 2**.

13.3. Postopek pridobivanja podatkov

V Sloveniji ni enotnega seznama, ki bi vseboval vse obstoječe službe na področju duševnega zdravja ne glede na to, ali so javne, profitne oz. nevladne, komu so namenjene in v kateri regiji se nahajajo. Obstajajo nekateri sezname za uporabnike s podatki, kam se lahko obrnejo po pomoč, a ti so bodisi območni, nepopolni ali pa namenjeni specifični skupini uporabnikov (npr. za uporabnike

drog). Tako smo se identifikacije služb, potencialno primernih za našo raziskavo, lotili sami. Pri pregledu baze Ajpes in nekaterih internetnih virov in zloženk smo izdelali seznam 850 potencialno ustreznih služb na področju duševnega zdravja. Velikokrat iz samega naziva službe ni bilo mogoče sklepati na to, s katero dejavnostjo se ukvarja. V tem primeru smo skušali najti dodatne informacije na internetu, če tudi teh ni bilo, pa smo službo vključili na seznam in kasneje telefonsko preverili njeno dejavnost. Službam, za katere smo menili, da pridejo v poštev za našo raziskavo, smo po pošti poslali dopis, v katerem smo se predstavili, razložili namen raziskave in prosili za sodelovanje. Poslali smo 580 dopisov. Do zaključka zbiranja podatkov, ki je trajalo eno leto, so ocenjevalci zbrali popolne podatke o 301 službah, ki so se odzvali na naše vabilo.

Pri zbiranju podatkov smo naleteli na več problemov, ki lahko vplivajo na rezultate raziskave. Najprej ne moremo izključiti možnosti, da v seznam potencialno primernih služb nismo zajeli vseh služb, ki so dejansko primerne za aplikacijo ESMS, bodisi ker smo jih spregledali, bodisi zaradi pomanjkljivih podatkov ali pa zgolj zato, ker so bile registrirane potem, ko je bil osnovni seznam na podlagi baze Ajpes že vzpostavljen. V naslednjem koraku precejšnjega števila služb nismo uspeli dobiti na telefon, čeprav smo jim poslali dopis, iskali različne telefonske številke in klicali ob različnih dnevih in urah. Izmed tistih, ki smo jih dobili na telefon, pa vsi niso bili pripravljeni sodelovati v raziskavi, čeprav bi bili primerni za popis z ESMS.

Predstavniki 301 službe so pristali na sodelovanje. Večkrat se je zgodilo, da smo morali vprašalnik izpolnjevati po delih, ker kontaktna oseba ni takoj vedela vseh podatkov ali pa nas je po preostanek podatkov napotila h komu drugemu. Vseeno nismo od vseh služb, ki so sodelovale, dobili vseh podatkov. Največkrat so izostali podatki o uporabi (torej o številu nočitev, kontaktov oz. uporabnikov). Slednje je bilo predvsem pogosto pri zasebnikih, pri katerih se je zdelo, da imajo svoje implicitne teorije o namenu raziskave. Kjer smo omenjene podatke dobili, pa večkrat niso natančni. Zbiranje podatkov z Evropskim obrazcem ESMS je bilo oteženo, ker pri dnevni in strukturirani dejavnosti (D) ter pri ambulantni dejavnosti in dejavnosti v skupnosti (O) instrument zahteva podatke v drugačni obliki, kot jih izvajalci v Sloveniji zbirajo. Če prikažemo to na primeru službe, ki izvaja ambulantno dejavnost nemobilne kontinuirane oskrbe in pri kateri je neposredni kontakt s pacientom mogoč enkrat tedensko ali redkeje (srednje intenzivna oskrba, O9), vidimo, da bomo potrebovali podatek o številu uporabnikov, ki so v preteklem mesecu službo obiskali dva- ali večkrat (zmerno intenzivni uporabniki) ter podatek o številu tistih uporabnikov, ki so v preteklem mesecu službo obiskali samo enkrat ali pa nobeno krat, vendar so jo obiskali v preteklih treh mesecih ali so dogovorjeni za obisk v prihodnjih treh mesecih (nizko intenzivni uporabniki). Podatki, ki jih izvajalci pri nas rutinsko zbirajo, pa se nanašajo na število obravnav, ki jih je izvajalec izvedel v nekem časovnem obdobju. Da bi nam priskrbeli podatek o številu uporabnikov - posebej za zmerno in nizko intenzivne uporabnike - so izvajalci ponekod prelistali svoje knjige in prešteli, koliko je bilo katerih uporabnikov v preteklem mesecu. Vsi pa tega razumljivo niso hoteli ali niso imeli časa. V primerih, ko so zavrnil omenjeno prošnjo, smo jih zaprosili, naj vsaj približno ocenijo, koliko so imeli katerih uporabnikov v preteklem mesecu.

Težava, s katero smo se pogosto srečevali je bilo razumevanje vprašanj. Potem, ko smo vprašalnik prevedli v slovenski jezik, smo ga nekajkrat pregledali in se strinjali, da so vsa vprašanja popolnoma nedvoumna in razumljiva. Kakor hitro smo ga začeli uporabljati na prvih udeležencih, pa smo ugotovili, da različni udeleženci nekatera vprašanja razumejo različno. Nerazumljiva vprašanja smo prilagodili, ocenjevalci pa so sčasoma pridobili izkušnje v zastavljanju vprašanj na tak način, da so bila udeležencem najbolj razumljiva. Pri izpolnjevanju vprašalnika so udeleženci včasih prosili za dodatne razlage in pojasnila. Upoštevati je potrebno tudi morebitne razlike med ocenjevalci, čeprav mere ujemanja v pričujoči raziskavi nismo ugotavljali. Ponovljenih mapiranj istih služb nismo delali, ker je bilo večino služb težko pridobiti že za en popis.

V razlagi navodil za ESMS avtorji (Johnson idr., 2000) navajajo, da je en mesec dovolj dolgo obdobje, da se pokaže povprečje v uporabi neke službe na področju duševnega zdravja. Sami pa

smo, tako kot že nekateri raziskovalci pred nami (Salvador-Carulla idr., 2000), ugotovili, da se lahko en mesec od drugega precej razlikuje. Sploh v januarju so udeleženci poročali, da bi raje dali številke za november kot za december, ker decembra zaradi praznikov upadeta tako število delovnih dni kot število uporabnikov. Predvidevamo lahko, da se tudi med drugimi meseci v letu pojavljajo razlike v uporabi in da bi dobili nekoliko drugačne rezultate, če bi zabeležili uporabo v drugih mesecih.

Podatke o službah smo v glavnem pridobili v telefonskem pogovoru. Predstavnike sedmih služb smo obiskali osebno, 52 služb nam je izpolnjene vprašalnike posredovalo po elektronski pošti, vsi ostali pa so na vprašanja odgovarjali po telefonu. Naj dodamo še, da so bili po elektronski pošti posredovani vprašalniki po večini izpolnjeni nepopolno, zato smo manjkajoče podatke dodatno pridobivali po telefonskem stiku.

Nadaljnja težava, ki utegne vplivati na rezultate, je nepopolno ujemanje med regijo, kjer je služba locirana, in regijami, od koder so njeni uporabniki. ESMS predvideva vključitev tistih služb iz območja, ki ga popisujemo, ki so imele v preteklem letu vsaj pet uporabnikov iz tega območja. Da bi se izognili problemu neujemanja med regijo lokacije in regijami uporabnikov, bi morali za vsakega uporabnika službe posebej dobiti podatek o tem, iz katere statistične regije prihaja. Česar pa zaradi neizvajanja registriranja uporabnikov na tovrsten način ni bilo možno pridobiti. Tudi v literaturi nismo zasledili, da bi kdo navajal poizvedovanje po tovrstnih podatkih. Vendar v literaturi doslej tudi nismo zasledili primera, kjer bi se kot mi lotili popisovanja celotne države ali vsaj večih sosednjih regij. Nasprotno, raziskovalci so večinoma izbrali po legi in s tem po značilnostih čim bolj raznolika območja, ali pa so primerjali regije iz različnih držav. Tako nismo zasledili rešitve problema, na katerega smo naleteli sami, to je, da z upoštevanjem regije lokacije precenjujemo število uporabnikov iz tiste regije in zanemarimo ostale, z upoštevanjem vseh regij, od koder so uporabniki, pa podvajamo (potrojimo ...) absolutno zabeleženo število uporabnikov.

Rešitve smo se lotili tako, da smo vsaki službi določili regijo lokacije (torej regijo, kjer je služba fizično locirana) ter regije delovanja (regije, iz katerih prihaja večina uporabnikov službe). Od služb nismo zahtevali, naj preverijo, iz katerih regij so imele v obdobju dvanajstih mesecev več kot pet uporabnikov in iz katerih manj kot pet, ker bi bilo nerealno pričakovati, da bodo šli izvajalci to preverjat. Pri službah, ki imajo uporabnike iz več regij, smo nato število uporabnikov enakomerno razdelili med regije delovanja (kjer je imela služba uporabnike iz treh regij, smo število uporabnikov delili s tri in vsaki regiji pripisali tretjino). To se nam je zdel najboljši kompromis med izgubljanjem oz. multipliciranjem informacije, če bi upoštevali samo regijo lokacije ali pa vse regije delovanja z nespremenjenim številom uporabnikov.

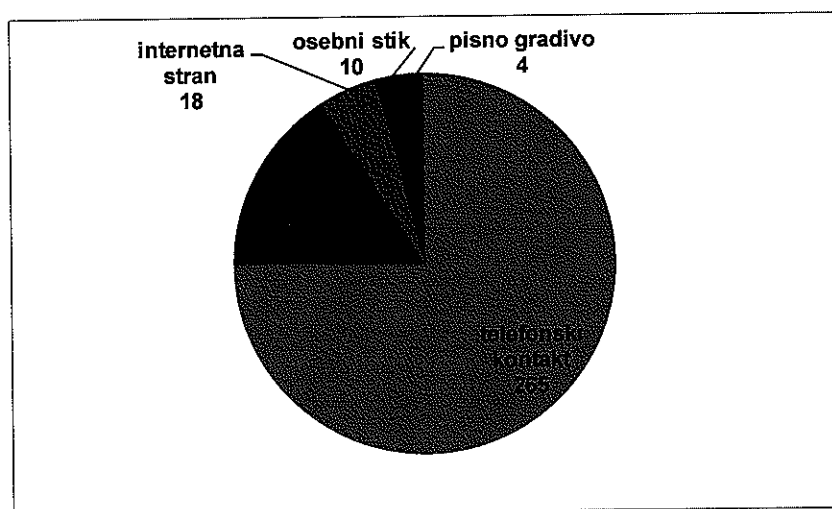
Pridobljene podatke smo vnesli v program SPSS, kjer smo v nadaljevanju izračunali število služb po regijah, uporabo služb na 100 000 prebivalcev po regijah in korelacije med uporabo služb ter izbranimi sociodemografskimi dejavniki. Ker smo z Levenovim testom homogenosti varianc ugotovili, da variance vseh spremenljivk niso homogene, s Kolmogorov-Smirnovim testom pa, da se vse spremenljivke ne porazdeljujejo po normalni distribuciji, smo uporabili neparametrične koeficiente korelacije (Kendall-ov tau).

14. Predstavitev rezultatov

14.1. Splošni podatki o značilnostih popisanega vzorca služb

14.1.1. Viri pridobivanja informacij

580 službam, ki so ustrezale kriterijem za vključitev v našo raziskavo smo poslali vabilo za sodelovanje pri popisu njihove dejavnosti. Do zaključka zbiranja podatkov (do meseca maja 2008) smo popisali 301 službo, ki so se odzvale na naše vabilo. Kot je razvidno iz **slike 3**, smo pretežno uporabljali telefonske kontakte in le v 10 primerih osebni obisk udeležencev raziskave. Za popis nekaterih služb smo uporabili tudi kombinirane vire (npr. telefonski kontakt, informacijske zloženke in internetno stran).

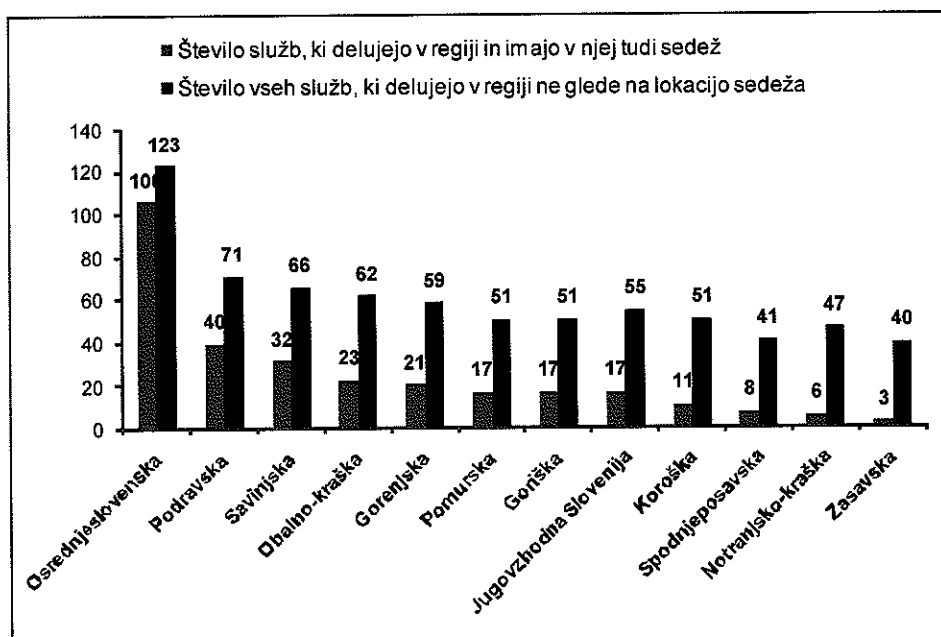


Slika 3: Število uporabljenih virov pri opisovanju dejavnosti služb na področju duševnega zdravja.

14.1.2. Število popisanih služb in njihova dostopnost v regijah

Popisali smo skupno 301 službo iz vseh statističnih regij Slovenije, število popisanih služb od regije do regije pa se zelo razlikuje. V klasifikacijo popisa po metodologiji ESMS se je glede na vključitvene kriterije popisalo 251 služb. Število služb (301 enot), ki imajo tudi sedež v regiji delovanja se razlikuje od števila vseh služb in dejavnosti, ki so na voljo uporabnikom v posamezni regiji (717 služb), saj opravljajo nekatere službe več dejavnosti in to po različnih regijah. Tako je npr. Psihiatrična bolnišnica Ormož bila popisana v treh enotah, Psihiatrična klinika Ljubljana v šestih, Psihiatrična bolnišnica Idrija v petih, Psihiatrična bolnišnica Vojnik v treh in Psihiatrična bolnišnica Begunje prav tako v treh, vendar pri slednji nismo uspeli pridobiti podatkov o vseh njenih enotah. Na **sliki 4** je prikazano, da ima osrednjeslovenska regija največ služb, ki imajo tudi sedež v omenjeni regiji, prednjači pa tudi po razpoložljivosti dejavnosti, saj v tej regiji izvajajo različne aktivnosti tudi službe, ki imajo sedež lociran v kakšni od drugih regij (največkrat gre za sosednje regije). Najmanj služb je na razpolago v zasavski, notranjsko-kraški regiji in spodnjeposavski regiji.

Oceno razpoložljivosti služb v posamezni regiji smo določili glede na število služb, ki imajo sedež delovanja v analizirani regiji (301) na 100 000 prebivalcev te regije. Ugotovili smo, da je na 100 000 prebivalcev najmanj služb na voljo prebivalcem zasavske, gorenjske, spodnjeposavske in notranjsko-kraške regije, sledijo jugovzhodna Slovenija, savinjska, podravska, pomurska regija in z največ razpoložljivimi službami goriška, koroška, osrednjeslovenska in obalno-kraška regija.

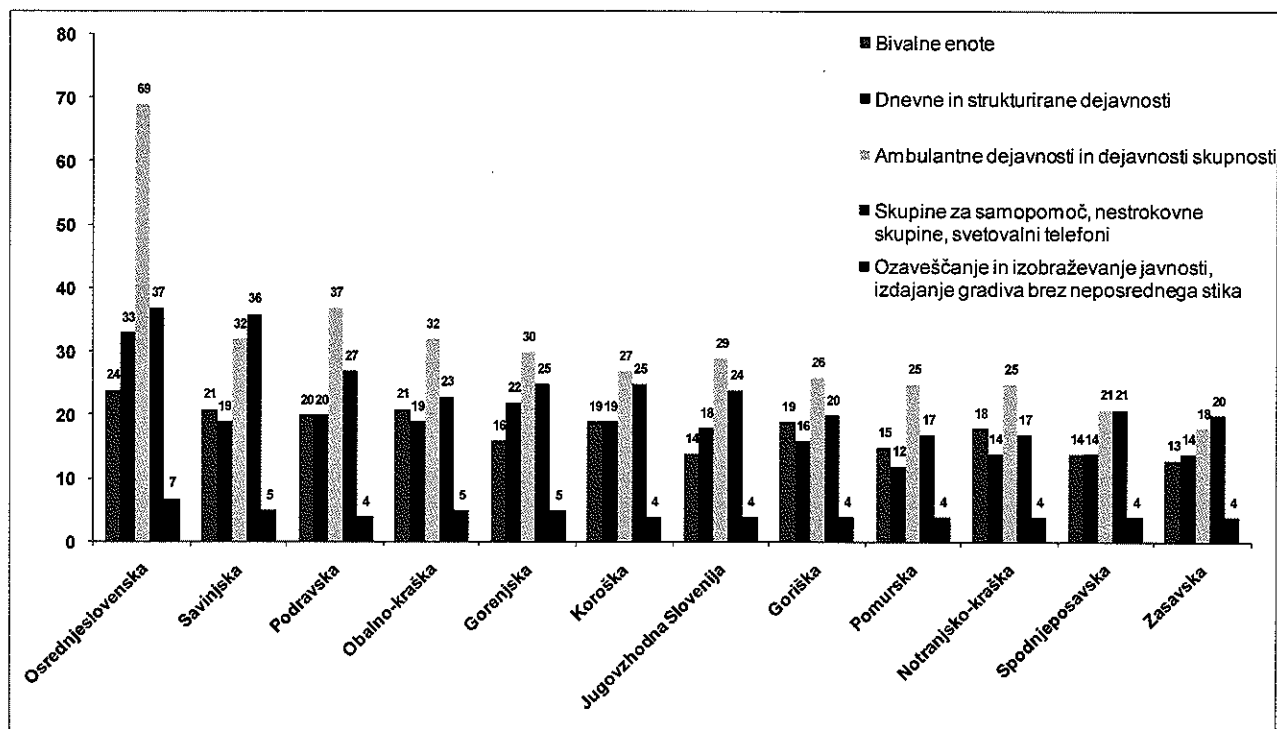


Slika 4. Število popisanih služb po statističnih regijah.

14.1.3. Vrste dejavnosti, ki jih službe nudijo

V okviru ESMS smo popisali 5 oblik dejavnosti, ki jih službe lahko nudijo: *bivalne enote* (uporabnik spi v prostorih službe), *dnevne in strukturirane dejavnosti* (dostopne več uporabnikom hkrati, uporabniki pa se lahko zadržujejo v prostorih tudi po končanem srečanju z osebjem), *ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti* (namenjene zgolj kontaktu med uporabnikom in osebjem), *skupine za samopomoč in nestrokovne skupine* (skupine za samopomoč, nestrokovne skupne in svetovalni telefoni) ter *ozaveščanje in izobraževanje javnosti, izdajanje gradiva brez neposrednega stika z uporabniki* (izdajanje strokovnih, znanstvenih publikacij, medijski nastopi, spletne strani). Posamezna služba lahko nudi zgolj eno ali pa tudi več storitev. Na sliki 5 je prikazan razrez posameznih dejavnosti, ki jih nudijo vse službe, ki delujejo v določeni regiji (skupaj v vseh regijah 717 služb, izvaja 1151 različnih dejavnosti). Največje število razpoložljivih dejavnosti je bilo registriranih v osrednjeslovenski, savinjski, podravski in obalno-kraški regiji in najmanj v notranjsko-kraški, spodnjeposavski in zasavski regiji. Vidimo lahko, da prevladujejo domala v vseh regijah (razen v savinjski in zasavski, kjer prevladujejo skupine za samopomoč in nestrokovne skupine ter svetovalni telefon) ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti, s prevladujočo ponudbo v osrednjeslovenski regiji. Izključno z ozaveščanjem in izobraževanjem javnosti, izdajanjem strokovnih in znanstvenih gradiv brez neposrednega stika z uporabniki je v vseh regijah najmanj. 95,3% služb je navedlo, da sodeluje tudi z drugimi službami in le 4,7% deluje izključno v okviru svojih kapacitet.

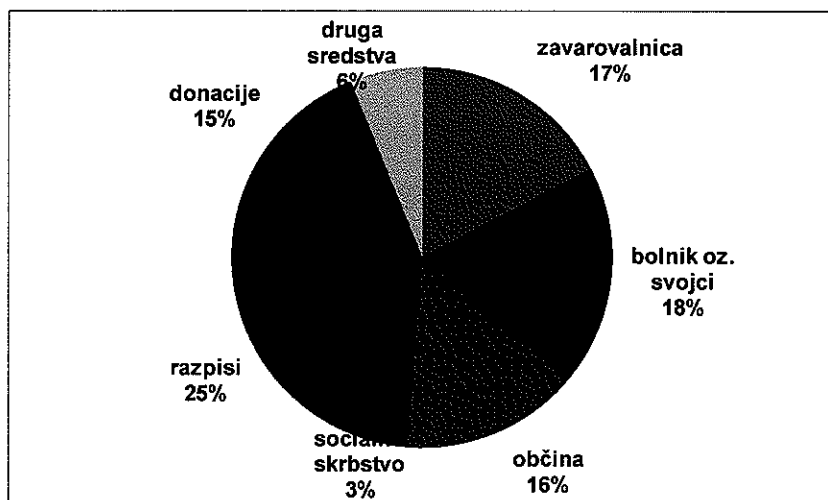
Primerjava razpoložljivih dejavnosti služb s sedežem delovanja v analizirani regiji (301) na 100 000 prebivalcev te regije je pokazala, da je na 100 000 prebivalcev najmanj dejavnosti na voljo prebivalcem zasavske, jugovzhodne Slovenije, spodnjeposavske in pomurske regije, sledijo podravska, notranjsko-kraška, gorenjska in savinjska regija in največ razpoložljivih dejavnosti najdemo v goriški, koroški, osrednjeslovenski in obalno-kraški regiji.



Slika 5. Število različnih oblik dejavnosti, ki jih službe nudijo po statističnih regijah.

14.1.4. Viri financiranja služb

38,9% vseh popisanih služb spada v javni sektor (imajo sklenjene koncesije z zavarovalnico in socialnim skrbstvom) in 50,8% služb v neprofitni (javne službe, nevladne organizacije) ter le 10,3% služb v profitni sektor. Prevladujoča vira financiranja dejavnosti služb (**slika 6**) sta razpisi (ministrstev, evropska sredstva, fundacije, občine) in bolniki oz. svojci, najmanj sredstev pa službe pridobijo iz naslova socialnega skrbstva.



Slika 6. Viri financiranja dejavnosti služb.

Kot je razvidno iz **tabele 6**, so vse tri glavne kategorije služb po ESMS klasifikaciji (*bivalne enote* (R), *dnevne in strukturirane dejavnosti* (D), *ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti* (O)) številčno najmanj zastopane v profitnem sektorju. Največ služb, ki omogočajo bivanje (R), je v javnem sektorju, sledi neprofitni sektor, le dve bivalni enoti pa spadata v profitni sektor. Podobna je razporeditev služb, ki ponujajo ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti (O) – največ jih je v

javnem, najmanj pa v profitnem sektorju. Hkrati je profitni sektor pri omenjeni kategoriji služb v primerjavi z bivalnimi in dnevnimi službami najmočnejše zastopan. Le pri dnevnih in strukturiranih dejavnostih (D) opazimo, da je več služb v neprofitnem kot v javnem sektorju.

Tabela 6

Število služb, ki spadajo v javni, profitni ali neprofitni sektor

Sektor:	R	D	O
javni	43	10	76
profitni	2	3	29
neprofitni	30	64	44

*Legenda: R - bivalne enote, D - dnevne in strukturirane dejavnosti;
O - ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti*

90% služb ima sedež na območju regije, v kateri deluje. Sedeži služb ne glede na dejavnost, ki jo opravljajo službe v posameznih regijah so v glavnem locirani v najetih prostorih. Največji delež služb, s sedežem v lastnih prostorih, se nahaja v notranjsko kraški regiji, najeti prostori prevladujejo v zasavski, v goriški znotraj psihiatrične bolnice, in v okviru drugih institucij v koroški statistični regiji (tabela 7). V stik z uporabniki prihaja 11% služb na domu, v zdravstvenem domu 10%, v lastnih prostorih 20%, v najetih prostorih 29%, 6% na internetu in 24% na drugih območjih delovanja.

Tabela 7

Delež služb glede na prostor kjer opravljajo svojo dejavnost po statističnih regijah.

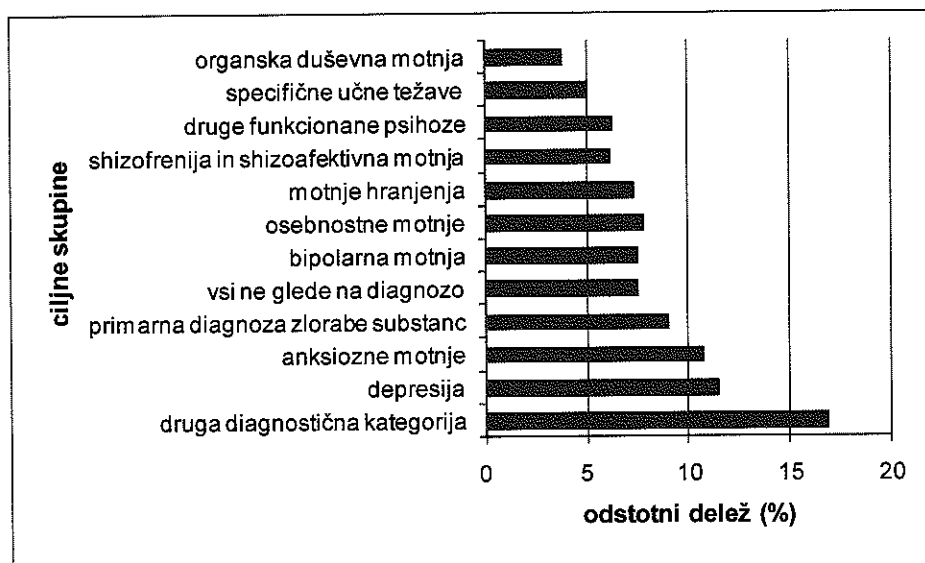
Delitev zdravstvenih prostorov po območjih in vrsti dejavnosti							
	%	Lastni prostori	Najeti prostori	Znotraj splošne bolnišnice	Znotraj psihiatrične bolnišnice	Znotraj druge institucije	Drugo
Pomurska	24	53	0	0	24	0	
Podravska	30	38	0	8	20	8	
Koroška	9	45	0	0	45	0	
Savinjska	19	50	3	9	16	6	
Zasavska	0	67	0	0	33	0	
Spodnjeposavska	38	38	0	0	25	0	
Jugovzhodna	18	59	0	0	24	0	
Osrednjeslovenska	35	46	0	1	13	6	
Gorenjska	29	43	0	14	14	5	
Notranjsko-kraška	50	33	0	0	17	0	
Goriška	12	18	0	41	18	6	
Obalno-kraška	35	30	4	0	26	9	
Celotna Slovenija	28	43	1	6	19	5	

**Legenda:*

XX – visok delež služb v primerjavi z ostalimi regijami

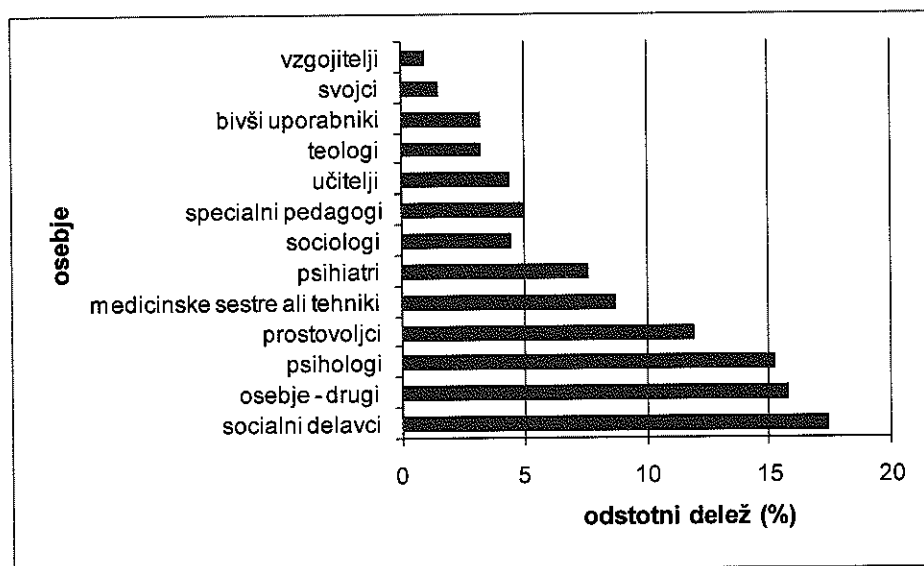
14.1.5. Delo z uporabniki

Med ciljnim skupinami uporabnikov služb na področju duševnega zdravja prevladujejo dejavnosti, ki se ukvarjajo z depresijo, anksioznimi motnjami in zlorabo substanc (slika 7). V posameznih statističnih regijah prevladuje podobna razporeditev s tem, da v osrednjeslovenski, gorenjski in notranjsko-kraški regiji velik delež ciljnih skupin pokrivajo tudi dejavnosti namenjene uporabnikom z bipolarno motnjo in osebnostnimi motnjami ter z motnjami hranjenja. Evalvacijo svojih programov opravlja v povprečju 85% vseh služb. Po posameznih regijah prevladujeta interna in eksterna evalvacija, najmanj se pa službe posvečajo razvoju lastne raziskovalne metodologije evalvacije.



Slika 7. Ciljne skupine uporabnikov dejavnosti popisanih služb v vseh statističnih regijah skupaj.

Za delo z uporabniki se v službah angažirajo različne poklicni in interesni profili, ki pa so podobno zastopani po posameznih statističnih regijah. Prevladujejo socialni delavci, psihologi in prostovoljci, najmanj pa je vzgojiteljev, svojcev in bivših uporabnikov (**slika 8**). V povprečju službe delajo z uporabniki 8 ur dnevno, okrog 28% služb pa je na voljo 24 ur na dan.



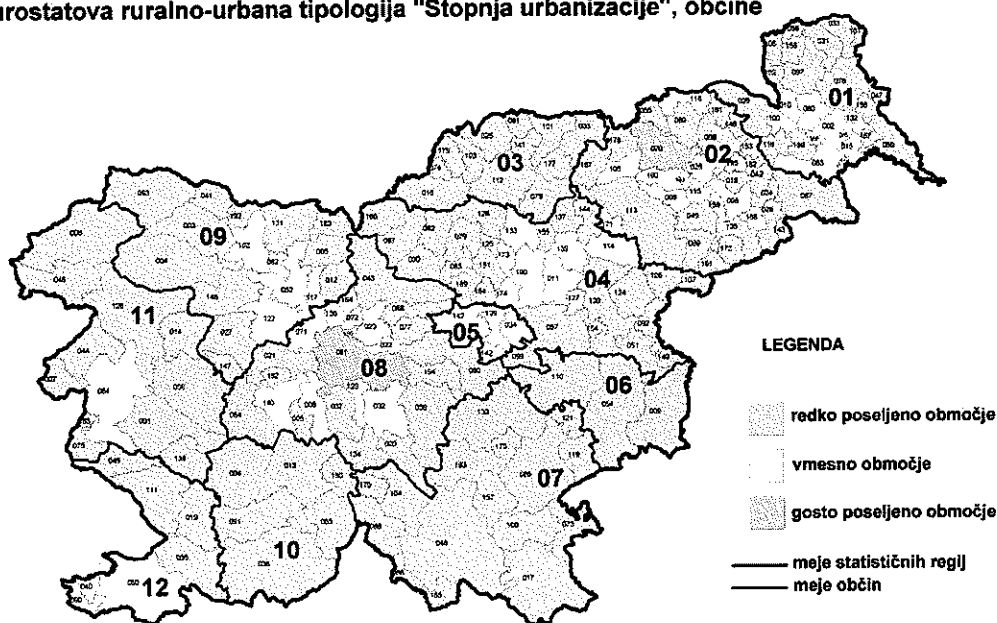
Slika 8. Zastopanost posameznih poklicnih in interesnih skupin pri delu z uporabniki v vseh statističnih regijah.

14.2. Izbrani sociodemografski kazalci, povezani s težavami v duševnem zdravju

Različne sociodemografske kazalce po statističnih regijah smo pridobili iz razpoložljivih podatkovnih baz (za obdobja od 2005-2007) Statističnega urada Republike Slovenije (SURS) in Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ), ki so prosto dostopne na spletu (spletna stran SURS: www.stat.si; spletna stran IVZ: www.ivz.si). Po predlogi Evropskega sociodemografskega obrazca smo pridobili dostopne sociodemografske podatke, povezane z duševnim zdravjem.

Na **sliki 9** so prikazane nekatere splošne demografske značilnosti posameznih regij. Po *številu prebivalcev* je daleč na prvem mestu osrednjeslovenska regije, sledita ji podravska in savinjska regija, manj kot sto tisoč prebivalcev pa imajo koroška, spodnjeposavska, notranjsko-kraška in zasavska regija. Slednja ima z manj kot petdeset tisoč prebivalci najmanj številčno populacijo izmed regij v Sloveniji. V Sloveniji prevladujejo redko poseljena področja, le mariborsko in ljubljansko območje se po Eurostatovi tipologiji uvrščata med gosto poseljena območja (**slika 9**). Osrednjeslovenska regija ima največjo *gostoto prebivalstva*. Zasavska regija je kljub majhnemu številu prebivalcev zaradi svoje površine druga po gostoti prebivalstva, sledi ji podravska regija. Z dobrimi 35 prebivalci na kvadratni kilometer je najredkeje poseljena notranjsko-kraška regija. Razmeroma redko poseljeni sta še goriška regija in jugovzhodna Slovenija.

Eurostatova ruralno-urbana tipologija "Stopnja urbanizacije", občine



Vir: Eurostat, Statistični urad Republike Slovenije in Geodetska uprava Republike Slovenije

Slika 9. Gostota poseljenosti Slovenije.

Po indeksu *starostne odvisnosti*, ki prikazuje razmerje med delovno neaktivnim in delovno aktivnim prebivalstvom, je v najslabšem položaju goriška regija, sledijo pa ji gorenjska in notranjsko-kraška regija ter jugovzhodna Slovenija in spodnjeposavska regija (**tabela 8**). V najugodnejšem položaju je koroška regija, ki ji sledita obalno-kraška in savinjska regija. Nekoliko drugače je pri *indeksu staranja*, ki prikazuje razmerje med številom starostnikov in številom otrok, mlajših od 15 let. Najvišji indeks staranja ima obalno-kraška regija, goriška regija pa ji sledi na drugem mestu. Indeks je visok tudi v zasavski regiji. V primerjavi z drugimi regijami število starostnikov v manjši meri presega število otrok v koroški in savinjski regiji, v jugovzhodni Sloveniji pa celo opazimo, da število mladih še ne dosega števila starostnikov, čeprav je razlika minimalna. Najvišja *stopnja umrljivosti* za vse vzroke in vse starosti je v zasavski regiji, ki ji tesno sledi pomurska regija, nekoliko bolj zadaj pa jima sledijo notranjsko-kraška, goriška, spodnjeposavska in podravska regija. Najmanj umrlih na 1000 prebivalcev beležijo v gorenjski regiji, le malo več pa v osrednjeslovenski regiji. V tabeli so z rumeno barvo označene najvišje vrednosti sociodemografskih kazalcev v primerjavi z ostalimi regijami.

Tabela 8

Število in gostota prebivalstva, indeks starostne odvisnosti in staranja ter umrljivost po statističnih regijah.

SOCIODEMOGRAFSKI KAZALCI	Število prebivalcev	Gostota prebivalstva (št./km²)	Indeks starostne odvisnosti^a	Indeks staranja^b	Št. umrlih na 1000 prebivalcev
Pomurska	121.824	91,1	41,1	118,8	11,6
Podravska	321.781	148,3	41,1	122,6	10,2
Koroška	73.714	70,8	40,1	103,3	9,5
Savinjska	261.243	109,6	40,9	102,5	9,1
Zasavska	45.226	171,3	41	129,6	11,8
Spodnjeposavska	70.353	79,5	43,8	117,0	10,3
Jugovzhodna	141.547	52,9	43,8	99,7	9,4
Osrednjeslovenska	508.607	199,1	43	109,3	8,3
Gorenjska	201.254	94,2	44,2	106,5	8,2
Notranjsko-kraška	52.083	35,8	44,2	123,6	10,6
Goriška	120.329	51,8	45	133,0	10,3
Obalno-kraška	107.905	103,4	40,7	145,9	9,4
Celotna Slovenija	2.025.866	99,9	42,4	113,7	9,4

Opombe:

^a Indeks starostne odvisnosti se računa po formuli (število mlajših od 15 let + število starejših od 64 let)/število starih od 15 do 64 let)

^b Indeks staranja je število starejših od 64 let na 100 oseb, mlajših od 15 let

*Legenda:

XX –najvišje vrednosti sociodemografskih kazalcev glede na ostale regije

Iz podatkov o odstotnih deležih prebivalcev v posameznih starostnih skupinah (tabela 9) po regijah lahko razberemo trende, ki smo jih opisali z indeksoma starostne odvisnosti in staranja. Odstotni delež prebivalstva v starostni skupini do 19 let je za oba spola najvišji v jugovzhodni Sloveniji, najnižji pa v obalno-kraški regiji. Največji delež prebivalstva obeh spolov v starostni skupini od 65 let naprej je v goriški regiji, medtem ko ima najnižji delež starostnic med regijami koroška regija, najnižji delež starostnikov pa pomurska regija. Odstotni delež moških med 20 in 39 letom je najvišji v jugovzhodni Sloveniji in le dve stotinki odstotka nižji v obalno-kraški regiji, kjer imajo med regijami najvišji delež moških med 40 in 64 letom. Najnižji delež moških med 20 in 39 letom imajo v zasavski regiji, najnižji delež moških med 40 in 64 letom pa v gorenjski regiji. Odstotni delež žensk med 20 in 39 letom je najvišji v pomurski, najnižji pa v goriški regiji. V starostni skupini 40-64 let je največji odstotni delež žensk v zasavski regiji, najmanjši pa v notranjsko-kraški regiji, kjer je le malo manjši kot v jugovzhodni Sloveniji. Deleža moških in žensk, starejših od 65 let sta največja v Goriški in Obalno-kraški statistični regiji. V tabeli so z rumeno barvo označene najvišje vrednosti sociodemografskih kazalcev v primerjavi z ostalimi regijami.

Tabela 9

Delež prebivalcev v posameznih starostnih skupinah po statističnih regijah.

SOCIODEMOGRAFSKI KAZALCI	% žensk starih 0-19 let	% moških starih 0-19 let	% moških starih 20-39 let	% žensk starih 20-39 let	% moških starih 40-64 let	% žensk starih 40-64 let	% moških starih 65 ali več let	% žensk starih 65 ali več let
Pomurska	9,28	9,41	15,00	14,24	18,39	17,52	5,74	10,41
Podravska	8,88	9,42	14,97	13,71	18,60	17,90	6,34	10,18
Koroška	9,69	10,23	15,13	14,00	18,71	17,28	6,02	8,94
Savinjska	9,64	10,32	15,51	14,02	18,19	17,33	5,81	9,17
Zasavska	8,88	9,32	14,37	13,42	18,66	18,43	6,36	10,56
Spodnjeposavska	9,52	10,26	15,18	13,45	18,14	17,00	6,29	10,14
Jugovzhodna	10,48	10,98	15,59	13,78	17,51	16,37	5,96	9,34
Osrednjeslovenska	9,68	10,36	15,11	14,13	17,11	17,59	6,29	9,73
Gorenjska	10,09	10,74	15,20	14,01	16,85	16,96	6,41	9,74
Notranjsko-kraška	9,34	9,78	15,50	13,87	18,23	16,35	6,77	10,15
Goriška	9,15	9,64	15,25	13,35	18,01	16,66	6,94	10,99
Obalno-kraška	8,14	8,73	15,57	13,45	18,80	18,06	6,84	10,41
Celotna Slovenija	9,47	10,06	15,21	13,89	17,87	17,38	6,26	9,87

*Legenda:

XX –najvišje vrednosti sociodemografskih kazalcev glede na ostale regije

V **tabeli 10** so prikazani odstotni deleži enočlanskih gospodinjstev od vseh gospodinjstev po regijah. Največji delež gospodinjstev s samo enim članom ima zasavska regija. Na drugem mestu je osrednjeslovenska regija, kjer je od vseh enočlanskih gospodinjstev največji odstotek takih, ki imajo aktivnega člana. Največji delež enočlanskih gospodinjstev z aktivnim članom med enočlanskimi gospodinjstvi imajo podravska, osrednjeslovenska in obalno-kraška regija. Najnižji odstotni delež enočlanskih gospodinjstev izmed vseh gospodinjstev ima pomurska regija, delež pa je nizek še v koroški regiji ter v jugovzhodni Sloveniji. V vseh ostalih regijah je enočlanskih gospodinjstev več kot ena petina.

Eden od dejavnikov, ki jih ESDS opisuje kot pomembno povezanega s pogostostjo težav v duševnem zdravju, so družine s starši samohranilci (**tabela 10**). Takih družin je v Sloveniji več kot ena petina edino v osrednjeslovenski regiji, medtem ko jih je najmanj v jugovzhodni Sloveniji (15,9%). Največji delež družin, ki jih predstavljajo matere z otroki, je v osrednjeslovenski regiji, sledita podravska in gorenjska regija. Največji delež družin, ki jih sestavljajo oče in otroci, pa je najti v obalno-kraški regiji, ki je hkrati edina statistična regija, kjer omenjeni delež presega tri odstotke. Najmanjši delež družin »oče z otroki« ima koroška regija, ki ima tudi nizek delež družin »mati z otroki«, vendar je slednji še nižji v jugovzhodni Sloveniji in v zasavski regiji. Na splošno odstotni deleži družin »mati z otroki« precej bolj variirajo med regijami kot deleži družin »oče z otroki«. Slednjih je v povprečju za dobrih trinajst odstotkov manj. V regijah z dvema največjima mestoma je razlika med deleži družin z materjo oz. očetom največja - tukaj delež družin "mati z otroki" za dobrih 14 odstotkov presega delež družin »oče z otroki« (v osrednjeslovenski regiji je razlika 14,8%, v podravski pa 14,4%). Najmanjšo razliko pa najdemo v jugovzhodni Sloveniji (11,3%). V tabeli so z rumeno barvo označene najvišje vrednosti sociodemografskih kazalcev v primerjavi z ostalimi regijami.

Tabela 10

Delež enočlanskih gospodinjstev, družin samohranilcev in število priseljenih po regijah.

SOCIODEMOGRAFSKI KAZALCI	% enočlanskih gospodinjstev	% enočlanskih gospodinjstev z aktivnim članom	% družin: mati z otroki	% družin: oče z otroki	Št. priseljenih v zadnjem letu (iz drugih regij) na 100 prebivalcev	Št. priseljenih v zadnjem letu (iz tujine) na 100 prebivalcev
Pomurska	18,55	5,89	15,20	2,42	0,32	0,30
Podravska	21,87	7,46	17,11	2,68	0,28	0,76
Koroška	19,49	6,43	13,87	2,22	0,25	0,51
Savinjska	20,95	7,33	16,16	2,53	0,32	1,25
Zasavska	24,27	7,13	13,85	2,23	0,61	0,42
Spodnjeposavska	20,49	6,34	14,80	2,65	0,48	1,33
Jugovzhodna	19,86	6,27	13,61	2,28	0,47	0,90
Osrednjeslovenska	23,67	9,42	17,63	2,88	0,56	1,20
Gorenjska	21,07	6,84	16,19	2,61	0,42	0,69
Notranjsko-kraška	22,47	6,19	14,76	2,48	0,64	1,07
Goriška	22,53	6,66	14,68	2,34	0,22	1,11
Obalno-kraška	23,22	8,13	16,05	3,09	0,63	1,84
Celotna Slovenija	21,87	7,59	16,13	2,63		

Legenda:

XX – najvišje vrednosti sociodemografskih kazalcev glede na ostale regije

Po številu priseljencev, ki so se v preteklem letu priselili v regijo iz katere od drugih slovenskih regij, je daleč pred vsemi ostalimi osrednjeslovenska regija (**tabela 10**). Z več kot trikrat manjšim številom priseljenih je na drugem mestu podravska regija, tesno za njo pa na tretjem mestu gorenjska regija. Najmanj ljudi se je priselilo v koroško regijo. Če pogledamo relativno število priseljenih na 100 prebivalcev regije, pa je iz tabele razvidno, da ima največji delež v lanskem letu iz drugih slovenskih regij priseljenih prebivalcev notranjsko-kraška regija, sledita pa ji obalno-kraška in zasavska regija. Delež omenjenih priseljencev je majhen v goriški, koroški in podravski regiji. Za tujce je najmanj privlačna za stalno bivanje zasavska regija, daleč najbolj privlačna pa je tudi njim osrednjeslovenska regija. Veliko število priseljenih iz tujine so zabeležili še v savinjski in

podravske regiji. Z vidika odstotnih deležev priseljenih tujcev ima največji delež le-teh obalno-kraška regija, kjer sta skoraj dva od stotih prebivalcev tujca, ki sta se v regijo priselila v lanskem letu. obalno-kraški sledijo spodnjeposavska, savinjska in osrednjeslovenska regija. Najmanjši delež tujih priseljencev ima pomurska regija, omenjeni delež pa je nizek še v zasavski in v koroški regiji, kjer je iz tujine priseljen približno eden od dvestotih prebivalcev.

Pri stopnji registrirane brezposelnosti in pri stopnji dolgotrajne (več kot eno leto trajajoče) brezposelnosti lahko iz **tabele 11** razberemo izraziti trend naraščanja od jugozahoda proti severovzhodu. Daleč najvišji delež registrirane brezposelnosti v aktivnem prebivalstvu beležijo v pomurski regiji, kjer sega čez 17%. Sledita ji zasavska in podravska regija, kjer je delež krepko čez 14%, nad 10% pa sega še v koroški, savinjski in spodnjeposavski regiji. Pod 9% pa delež registrirane brezposelnosti pade v jugovzhodni Sloveniji in se spusti najnižje v goriški regiji, kjer znaša 6,5%. Stopnja dolgotrajne brezposelnosti je najnižja v gorenjski regiji, ki ji sledita goriška in obalno-kraška regija. Od spodnjeposavske regije naprej proti severovzhodu se stopnja dolgotrajne brezposelnosti ne spusti več po 5%, svoj vrh pa enako kot stopnja registrirane brezposelnosti dosega v pomurski regiji.

Če si ogledamo stopnjo brezposelnosti posebej pri moških in pri ženskah, opazimo, da je distribucija po regijah podobna in skladna s trendi, opisanimi v prejšnjem odstavku (čeprav so podatki tukaj iz leta 2002), medtem ko je delež brezposelnih žensk v povprečju za približno dva odstotka višji od deleža brezposelnih moških (**tabela 11**). Največjo razliko v stopnji brezposelnosti med spoloma najdemo v zasavski regiji (6,1%), visoka pa je tudi v notranjsko-kraški (5%) in v podravski regiji (4,4%). Edinole v pomurski in v osrednjeslovenski regiji stopnja brezposelnosti pri moških presega tisto pri ženskah, četudi razlika ni velika (v pomurski 0,3%, v osrednjeslovenski regiji pa 0,2%). Stopnja brezposelnosti je tako pri moških kot pri ženskah najnižja v goriški regiji. Največji delež brezposelnih moških najdemo v pomurski regiji, pri ženskah pa je delež brezposelnih največji v podravski regiji. Stopnja delovne aktivnosti je po pričakovanjih med regijami distribuirana ravno obratno kot stopnja brezposelnosti. Tako je delež delovno aktivnih moških in žensk najvišji v goriški regiji, najnižji pa pri ženskah v podravski, pri moških pa v pomurski regiji. Za razliko od stopnje brezposelnosti, ki je v dveh regijah pri ženskah manjša kot pri moških, pa v stopnji delovne aktivnosti moški v vseh dvanajstih statističnih regijah presegajo ženske. Razlika med spoloma v stopnji delovne aktivnosti je najmanjša v pomurski regiji, kjer znaša komaj 0,3%, največja pa je s 6,6% v zasavski regiji. Precej večji delež delovno aktivnih moških kot žensk najdemo še v spodnjeposavski (5,2%) in v podravski regiji (4,9%). V tabeli so z rumeno barvo označene najvišje vrednosti sociodemografskih kazalcev v primerjavi z ostalimi regijami.

Tabela 11

Stopnja brezposelnosti in delovne aktivnosti po statističnih regijah.

SOCIODEMOGRAFSKI KAZALCI	Stopnja registrirane brezposelnosti ^c	Stopnja dolgotrajne brezposelnosti ^d	Stopnja brezposelnosti moški	Stopnja brezposelnosti ženske	Stopnja delovne aktivnosti ^e moški	Stopnja delovne aktivnosti ženske
Pomurska	17,1	9,1	19,4	19,1	81,2	80,9
Podravska	13,5	6,5	18	22,4	85,3	80,4
Koroška	10,6	5,3	11,1	13,6	88,6	86,6
Savinjska	12,7	6,4	14,4	17,2	88,4	84,3
Zasavska	13,8	6,7	13,3	19,4	88,4	81,8
Spodnjeposavska	11,5	5,9	15	17,9	87,7	82,5
Jugovzhodna	8,8	4,4	12,1	13,6	91,7	89,3
Osrednjeslovenska	7,6	3,4	10,4	10,2	92,9	91,8
Gorenjska	7,3	2,6	9,8	12,1	93	90,5
Notranjsko-kraška	7,9	3,5	9	14	93,3	89,6
Goriška	6,5	2,9	7,4	9,2	94,5	93
Obalno-kraška	7,5	3,0	11,8	14	92,8	91
Celotna Slovenija	10,2	4,8	12,9	14,8		

Opombe:

^c Stopnja registrirane brezposelnosti je odstotni delež registriranih brezposelnih oseb v aktivnem prebivalstvu, pri čemer aktivno prebivalstvo predstavljajo zaposlene, samozaposlene in registrirane brezposelne osebe^d Stopnja dolgotrajne brezposelnosti je odstotni delež oseb v aktivnem prebivalstvu, ki so kot brezposelne registrirane že več kot eno leto^e Stopnja delovne aktivnosti je odstotni delež delovno aktivnega prebivalstva v aktivnem prebivalstvu, pri čemer delovno aktivno prebivalstvo predstavljajo zaposlene in samozaposlene osebe

*Legenda:

XX –najvišje vrednosti sociodemografskih kazalcev glede na ostale regije

Bruto družbeni proizvod na prebivalca je v osrednjeslovenski regiji izrazito večji kot v vseh ostalih regijah in znaša za leto 2005 nad dvajset tisoč evrov (tabela 12). Osrednjeslovenski sledi obalno-kraška regija, tej pa goriška regija. Najmanjši bruto družbeni proizvod na prebivalca ima pomurska regija, sledita pa ji zasavska in notranjsko-kraška regija; v prvih dveh bruto družbeni proizvod ne doseže niti deset tisoč evrov. Glede na število izvajalcev zdravstvenega varstva na 1000 prebivalcev imajo daleč najugodnejši položaj prebivalci osrednjeslovenske regije, kjer za tisoč prebivalcev skrbi skoraj 21 izvajalcev zdravstvenega varstva različnih poklicnih skupin, od tega več kot štirje zdravniki. Osrednjeslovenska regija ima tudi največji delež psihologov na prebivalca, vendar je število le-teh precej manjše (niti dva na 10 000 prebivalcev) (tabela 12).

Število izvajalcev zdravstvenega varstva vseh poklicnih skupin je po osrednjeslovenski najugodnejše v goriški in zatem v obalno-kraški regiji, po številu zdravnikov pa obe regiji medse sprejmeta še podravsko regijo. V najmanj ugodnem položaju po številu izvajalcev zdravstvenega varstva na 1000 prebivalcev so prebivalci notranjsko-kraške regije, kjer je izvajalcev zdravstvenega varstva vseh poklicnih skupin le dobrih sedem za 1000 prebivalcev, od tega le eden zdravnik, psihologa sta le dva na 100 000 prebivalcev, socialnega delavca pa ni za omenjeno število prebivalcev niti enega. Takoj za notranjsko-kraško je spodnjeposavska regija, ki je v enakem položaju po številu socialnih delavcev, psihologe ima tri na 100 000 prebivalcev, skupno število izvajalcev zdravstvenega varstva pa tudi tukaj ne doseže števila deset na 1000 prebivalcev. V tabeli so z rumeno barvo označene najnižje vrednosti sociodemografskih kazalcev v primerjavi z ostalimi regijami.

Tabela 12

Bruto družbeni proizvod in število izvajalcev zdravstvenega varstva po statističnih regijah.

SOCIODEMOGRAFSKI KAZALCI	BDP na prebivalca v EUR	Št. izvajalcev zdravstvenega varstva/ 1000 prebivalcev: vsi poklici	Št. izvajalcev zdravstvenega varstva/ 1000 prebivalcev: zdravniki	Št. izvajalcev zdravstvenega varstva/1000 prebivalcev: soc. delavci	Št. izvajalcev zdravstvenega varstva/1000 prebivalcev: psihologi
Pomurska	9.399	12,71	1,63	0,06	0,06
Podravska	11.825	13,55	2,31	0,06	0,10
Koroška	11.029	12,62	1,85	0,05	0,07
Savinjska	12.556	12,33	1,84	0,02	0,06
Zasavska	9.962	10,08	1,50	0,02	0,04
Spodnjeposavska	11.319	9,35	1,31	0,00	0,03
Jugovzhodna	12.914	11,48	1,79	0,04	0,04
Osrednjeslovenska	20.364	20,92	4,11	0,05	0,17
Gorenjska	12.018	11,24	1,70	0,04	0,08
Notranjsko-kraška	10.514	7,36	1,01	0,00	0,02
Goriška	13.496	14,62	2,00	0,11	0,10
Obalno-kraška	14.616	14,36	2,34	0,05	0,07
Celotna Slovenija	14.116	14,50	2,44	0,05	0,09

*Legenda:

XX –najnižje vrednosti sociodemografskih kazalcev glede na ostale regije

14.3. Kategorizacija služb na področju duševnega zdravja po ESMS metodologiji

V predhodnem delu analize služb smo v ciljno skupino služb na področju duševnega zdravja zajeli 301 služb na zdravstvenem področju, socialnem področju, prostovoljni in privatni sektor, katerih specifični namen je določen vidik upravljanja z duševno motnjo ali z njo povezanimi kliničnimi ali socialnimi težavami. Za analizo po ESMS metodologiji niso primerni ponudniki storitev osebam s specifičnimi učnimi težavami, disleksijo, hiperaktivnostjo, avtizmom; s primarno diagnozo zlorabe substanc; z organsko duševno motnjo, demence, delirij, možganski tumorji; pedopsihiatrične in gerontopsihiatrične službe). In tiste službe, ki storitve nudijo zgolj mlajšim od 18 let in starejšim od 65 let. Prav tako v analizo niso vključene službe primarne oskrbe, ki niso specializirane za oskrbo oseb z duševno motnjo ter službe, katerih edini namen je ponujanje svetovanja ali psihoterapije, razen, kjer natančno določajo kot večjo ciljno skupino posameznike z resnejšo duševno motnjo, kot je npr. shizofrenija ali tistimi, ki so v stiku s službami sekundarne ravni (Johnson idr., 2000). Kriterij za vključitev neke službe je, da je imela v preteklem letu vsaj pet uporabnikov na 100 000 prebivalcev iz območja, ki se ga popisuje (Salvador-Carulla idr., 2000) in zajema tudi službe, ki so locirane izven tega območja, če zadostijo kriteriju. Za nadaljnjo analizo služb po ESMS metodologiji je bilo primernih 251 služb.

14.3.1. Povezanost različnih kategorij služb s številom in gostoto prebivalstva v regiji

Glede na taksonomsko drevo *instrumenta ESMS* (slika 1) je pri službah kategorije **R** (bivalne enote) največje možno število različnih končnih kategorij **13**, pri službah kategorije **D** (dnevne in strukturirane dejavnosti) **9**, pri službah kategorije **O** (ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti) pa **10**. Iz **tabele 13** je razvidno, da nobena regija nima vseh možnih končnih kategorij bivalnih enot (R), dnevnih in strukturiranih dejavnosti (D) ali ambulantnih dejavnosti in dejavnosti v skupnosti (O).

Največje število služb, ki ponujajo bivalne enote, ima osrednjeslovenska regija, medtem ko ima največ različnih končnih kategorij bivalnih enot podravska regija. Službe, ki ponujajo dnevne in strukturirane dejavnosti, so številčno najbolj zastopane in po končnih kategorijah najbolj raznolike v osrednjeslovenski regiji. Po številu služb tej sledi podravska regija, po raznolikosti pa savinjska in jugovzhodna regija. Tudi največ služb, ki ponujajo ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti, najdemo v osrednjeslovenski regiji. Raznolikost omenjenih služb pa je v osrednjeslovenski enaka kot v savinjski regiji.

Iz **tabele 13** je razvidno, da je tako število služb kot raznolikost služb v regijah pomembno pozitivno povezano s številom prebivalcev regij. Pri raznolikosti kategorij O je korelacija statistično pomembna na ravni tveganja ,05, pri vseh ostalih kategorijah pa na ravni tveganja ,01. Drugače je pri *gostoti prebivalstva* po regijah. Slednja ni na ravni tveganja ,05 statistično pomembno povezana niti s številom niti z raznolikostjo služb po regijah, čeprav je koeficient korelacije med gostoto prebivalstva in številom služb, ki nudijo ambulantno dejavnost ali dejavnost v skupnosti, relativno visok ($\tau = 0,41$, $p = ,06$), vsi pa so pozitivni.

Tabela 13

Število služb in število različnih kategorij služb po regijah, kjer so službe locirane, ter korelacije s številom in gostoto prebivalstva

	Število služb R	Število različnih kategorij R	Število služb D	Število različnih kategorij D	Število služb O	Število različnih kategorij O
Pomurska	4	2	4	4	11	5
Podravska	15	9	10	4	21	4
Koroška	2	2	5	2	8	4
Savinjska	11	6	7	5	13	7
Zasavska	0	0	1	1	2	2
Spodnjeposavska	1	1	3	3	5	4
Jugovzhodna	2	2	7	5	7	3
Osrednjeslovenska	17	8	22	6	43	7
Gorenjska	6	5	7	4	14	5
Notranjsko-kraška	2	2	1	1	3	3
Goriška	12	5	5	2	11	6
Obalno-kraška	3	2	5	3	9	3
Koeficienti korelacije (r)						
Število prebivalcev	0,76**	0,78**	0,85**	0,75**	0,84**	0,55*
Gostota prebivalstva (št./km ²)	0,29	0,25	0,37	0,37	0,41	0,16

Opombe: *Korelacija je statistično pomembna na ravni tveganja $p = ,05$; **Korelacija je statistično pomembna na ravni tveganja $p = ,01$
Legenda:

R - bivalne enote, D - dnevne in strukturirane dejavnosti; O - ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti

14.3.2. Število služb z bivalnimi enotami po regijah delovanja in po regijah lokacije

V **tabeli 14** so prikazane službe z bivalnimi enotami po različnih kategorijah ESMS klasifikacije (glej **tabelo 3**) in po statističnih regijah. Številke v oklepajih predstavljajo službe po regijah, kjer so fizično locirane, medtem ko številke izven oklepajev predstavljajo službe po regijah delovanja. Npr., če je neka služba locirana v Mariboru, glavnina njenih uporabnikov pa prihaja iz podravske, pomurske in koroške regije, bo omenjena služba v tabeli zavedena pri podravski, pomurski in koroški regiji, s čimer bo potrjena, medtem ko bo v oklepaju zabeležena samo v podravski regiji.

Iz **tabele 14** je razvidno, da je zasavska regija edina, v kateri ni locirana nobena služba, ki bi nudila katero od oblik prenočevanja za ljudi s težavami v duševnem zdravju. Sledi ji spodnjeposavska regija, kjer deluje ena nebolnišnična urgentna služba, po dve službi kategorije R pa delujeta v koroški, notranjsko-kraški regiji ter v jugovzhodni Sloveniji. Največje število bivalnih enot najdemo v osrednjeslovenski regiji (17), sledita ji podravska (15) in goriška regija (12). V osrednjeslovenski regiji deluje ena varovana bivalna enota (v okviru Kliničnega oddelka za klinično psihiatrijo PKL), devet bolnišničnih in sedem nebolnišničnih bivalnih enot. V podravski in goriški regiji delujejo po tri varovane in šest bolnišničnih bivalnih enot, število nebolnišničnih bivalnih enot pa je v podravski regiji (6) nekoliko večje kot v goriški regiji (3). En varovani oddelk smo popisali še v gorenjski regiji v okviru Psihiatrične bolnišnice Begunje (pri čemer je potrebno upoštevati, da smo uspeli pridobiti podatke samo za tri oddelke omenjene bolnišnice) in dva v savinjski regiji, kjer deluje Psihiatrična bolnišnica Vojnik.

Tabela 14

Število služb z bivalnimi enotami v kategorijah R1 do R13 po regijah delovanja in (v oklepajih) po regijah lokacije

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13
Pomurska	3	1	2	2		3		1	2 (2)		4 (2)	1	1
Podravska	4 (3)	2 (1)	3 (2)	2 (1)		5 (2)		1	3 (1)		4 (3)	1 (1)	1 (1)
Koroška	4	2	2 (1)	2		6		2	4		2 (1)		
Savinjska	3 (2)	1	3 (2)	1		6 (3)		2 (1)	4 (2)		1	1	1 (1)
Zasavska	3	1	1	1		6		1	2		1		
Spodnjeposavska	3	1	2 (1)	1		6		1	2		1		
Jugovzhodna	3	1	1	1		6 (1)		1	3 (1)		1		
Osrednjeslovenska	1 (1)	3 (3)	2 (2)	3 (3)		3 (1)		3 (2)	6 (4)		1	1 (1)	1
Gorenjska	2 (1)	1	1	2 (1)		4 (1)	1 (1)	1	4 (2)		1	1	
Notranjsko-kraška	4	5	1	1		5		2 (1)	3		1 (1)		
Goriška	4 (3)	5 (4)	1	1		5 (2)		1	4 (2)		1		1 (1)
Obalno-kraška	4	5	1	1		5		4 (2)	4 (1)		1		

*Legenda:

R1-varovane

R2-urgentne bolnišnične

R3-urgentne nebolnišnične

R4- neurgentne, bolnišnične, časovno omejena oskrba - 24 urna oskrba

R5- neurgentne, bolnišnične, časovno omejena oskrba – dnevna oskrba

R6- neurgentne, bolnišnične, časovno neomejena oskrba - 24 urna oskrba

R7- neurgentne, bolnišnične, časovno neomejena oskrba – dnevna oskrba

R8- neurgentne, nebolnišnične, časovno omejena oskrba – 24 urna oskrba

R9- neurgentne, nebolnišnične, časovno omejena oskrba – dnevna oskrba

R10- neurgentne, nebolnišnične, časovno omejena oskrba – nižja stopnja oskrbe

R11- neurgentne, nebolnišnične, časovno neomejena oskrba – 24 urna oskrba

R12- neurgentne, nebolnišnične, časovno neomejena oskrba – dnevna oskrba

R13- neurgentne, nebolnišnične, časovno neomejena oskrba – nižja stopnja oskrbe

Največ služb v Sloveniji, ki omogočajo prenočevanje ljudem s težavami v duševnem zdravju, je nebolnišnične neurgentne narave s časovno omejeno oskrbo, kjer je osebje uporabnikom na voljo pet dni v tednu (R9 po ESMS klasifikaciji). Takih služb je 15, locirane pa so v vseh regijah razen koroške, zasavske, spodnjeposavske in notranjsko-kraške. Na drugem mestu po pogostosti so službe kategorije R1 - varovane bivalne enote, ki jih imajo vse psihiatrične bolnišnice in so s tem locirane v podravske, savinjske, osrednjeslovenske, gorenjske in goriške regiji, ter službe kategorije R6 - neurgentne bolnišnične enote s časovno neomejeno oskrbo, kjer je osebje na voljo 24 ur na dan. Obojih je po deset. Skupno osem služb kategorije R2 (gre za urgentne bolnišnične bivalne enote) je lociranih v podravske, osrednjeslovenske in goriške regiji. Službe kategorije R3 (nebolnišnične urgentne bivalne enote), ki jih je prav tako osem, so zaradi nebolnišničnega značaja bolj razpršene, tako da jih najdemo v podravske, koroške, savinjske, spodnjeposavske ter osrednjeslovenske regiji. Sedem bivalnih enot v Sloveniji je neurgentnih nebolnišničnih s časovno neomejeno oskrbo, kjer je osebje na voljo 24 ur dnevno (kategorije R11). Najdemo jih v pomurske, podravske, koroške in notranjsko-kraške regiji. Iz tabele lahko že na prvi pogled razberemo, da v Sloveniji ni služb, ki bi jih po ESMS klasifikaciji označili s kategorijo R5, t.j. bolnišničnih bivalnih enot s časovno omejeno oskrbo, kjer osebje ne bi bilo na voljo 24 ur dnevno, in s kategorijo R10, t.j. nebolnišničnih bivalnih enot s časovno omejeno oskrbo, kjer bi bilo osebje na voljo manj kot pet dni na teden. Manjkata torej dve kategoriji služb, ki bi bile lahko namenjene bolj samostojnim uporabnikom, ki ne potrebujejo tako intenzivne oskrbe. Edina služba s kategorijo R7, t.j. bolnišnična bivalna enota s časovno neomejeno oskrbo, kjer osebje ni na voljo 24 ur dnevno, deluje znotraj Psihiatrične bolnišnice Begunje v gorenjski regiji.

Poglejmo si gostoto služb bivalne oskrbe še iz vidika regij delovanja, torej tistih regij, od koder prihaja glavnina uporabnikov služb oz. ki so jim službe namenjene. Navadno so službe namenjene geografsko bližjim regijam, zasledimo pa tudi take službe, ki so namenjene uporabnikom iz celotne Slovenije, sploh če imajo določene specifične karakteristike. Ob tem je potrebno opozoriti na razliko med številom služb in številom mest (postelj v kategoriji R, (delovnih) mest v kategoriji D in kontaktov v kategoriji O) – regija, kjer je uporabnikom na voljo največje število služb, ni nujno tudi tista, kjer imajo na razpolago največje število postelj, saj imajo službe različne kapacitete. Največ služb je na voljo ljudem s težavami v duševnem zdravju, ki prihajajo iz podravske (26),

obalno-kraške (25), osrednjeslovenske (24) in koroške regije (24), sledita jim goriška (23) in savinjska regija (23). Najmanjše število služb pa je na voljo uporabnikom iz zasavske (16) ter iz spodnjeposavske regije (17) in jugovzhodne Slovenije (17). Če upoštevamo, da sta zasavska in spodnjeposavska regija med tremi regijami z najmanjšim številom prebivalcev, lahko sklepamo, da so v najslabšem položaju po številu njim namenjenih služb osebe s težavami v duševnem zdravju iz jugovzhodne Slovenije.

Največje število regij delovanja zasledimo pri službah kategorij R6 (60) in R9 (41). Za službe kategorije R9 velja, da jih je med vsemi službami bivalne oskrbe največ. Bolnišnične bivalne enote s časovno neomejeno 24-urno oskrbo ali R6 pa so izmed vseh kategorij bolnišničnih bivalnih enot najverjetneje namenjene najširšemu krogu uporabnikov zato, ker niso urgentne narave. Medtem ko je v urgentnih primerih bistvenega pomena oddaljenost službe od kraja, kjer se uporabnik v tistem hipu nahaja, je pri neurgentnih službah pomen oddaljenosti manjši. Oddaljenost službe ima še manjšo vlogo, če služb ni toliko, da bi se uporabniki lahko odločali med več različno oddaljenimi. Relativno veliko število regij delovanja (38) imajo tudi službe kategorije R1 – varovane bivalne enote, ki so lokacijsko vezane na psihiatrične bolnišnice, delujejo pa za celotno Slovenijo. Podobno situacijo zasledimo pri urgentnih bolnišničnih službah ali R2, ki jih je po regijah delovanja 28. Pri tem je potrebno upoštevati morebitne manjkajoče številke za Psihiatrično bolnišnico Begunje, kjer nam ni uspelo popisati vseh oddelkov. Najmanjše število regij delovanja ima poleg obeh kategorij služb, ki jih v Sloveniji nimamo (R5 in R10), služba kategorije R7 s časovno neomejeno oskrbo, kjer osebe ni na voljo 24 ur dnevno; edina tovrstna služba deluje v okviru Psihiatrične bolnišnice Begunje za uporabnike iz gorenjske regije.

V vseh regijah število služb, ki delujejo za uporabnike iz določene regije, razumljivo presega število služb, ki so locirane v isti regiji. Ta razlika je najmanjša v osrednjeslovenski regiji, kjer znaša 7 služb, največja pa je v koroški in v obalno-kraški regiji, pri obeh 22 služb. Spomnimo se, da koroška regija leži v bližini Psihiatrične bolnišnice Vojnik in Oddelka za psihiatrijo v Mariboru, obalno-kraška regija pa relativno blizu Psihiatrične bolnišnice Idrija in (zaradi dobrih prometnih povezav) Psihiatrične klinike Ljubljana.

14.3.3. Število služb z dnevnimi in strukturiranimi dejavnostmi po regijah delovanja in po regijah lokacije

V tabeli 15 so prikazane službe, ki ponujajo dnevne in strukturirane dejavnosti za uporabnike s težavami v duševnem zdravju, po regijah lokacije in regijah delovanja (natančna opredelitev kategorij tabela 4). Iz števil v oklepajih je razvidno, da je največ tovrstnih služb lociranih v osrednjeslovenski regiji (22), kjer ne poznajo edinole urgentne dnevne oskrbe (kategorije D1) in obeh kategorij dnevnih in strukturiranih dejavnosti, ki jih v Sloveniji nimamo (D6 in D7). Zanimivo je, da so tudi tukaj, enako kot pri bivalnih enotah, službe, ki jih ne poznamo, tiste z nižjo intenzivnostjo: tako uporabniki v Sloveniji nimajo možnosti dela, ki bi ga lahko opravljali manj kot štiri dele dneva na teden, zanj pa bi dobili vsaj 50% minimalne lokalne plače za tovrstno delo (kategorija D6), niti delu podobnih dejavnosti, ki bi jih lahko opravljali manj kot štiri dele dneva na teden (kategorija D7). Po številu služb iz skupine D osrednjeslovenski sledi podravska regija, kjer jih je lociranih 10, tej pa sledijo jugovzhodna Slovenija, gorenjska in savinjska regija, ki imajo vsaka po 7 služb z dnevnimi in strukturiranimi dejavnostmi. Samo po eno tovrstno službo pa imata zasavska in notranjsko-kraška regija, ki sta statistični regiji z najmanjšim številom prebivalcev.

Najpogostejše zastopane med službami, ki nudijo dnevne in strukturirane dejavnosti, so službe visoke intenzivnosti dejavnosti (na voljo vsaj štiri dele dneva na teden), ki uporabnikom ponujajo socialne storitve (skrbijo za socialni kontakt, praktično pomoč in podporo, kategorija D5). Takih služb je v Sloveniji 28, locirane pa so v vseh regijah razen pomurske, zasavske in spodnjeposavske. Primerjalno pa socialne storitve nižje intenzivnosti (manj kot štiri dele dneva na teden) nudijo le štiri službe v Sloveniji (kategorija D9). 24 služb v Sloveniji svojim uporabnikom ponuja visoko intenzivne ostale strukturirane dejavnosti, kamor spadajo treningi veščin, ustvarjalne dejavnosti in

podobno (kategorija D4). Omenjenih služb nimajo le v notranjsko-kraški in v goriški regiji. Ostale strukturirane dejavnosti nizke intenzivnosti (kategorija D8) pa izvaja le pet služb, in sicer dve v osrednjeslovenski in po ena v pomurski, spodnjeposavski in jugovzhodni regiji. Pet služb v Sloveniji, od tega trije oddelki Psihiatrične bolnišnice Idrija, nudijo urgentno dnevno oskrbo (D1), šest služb ponuja delu podobne visoko intenzivne dejavnosti (D3), samo pet služb pa je takih, kjer uporabniki s težavami v duševnem zdravju lahko opravljajo delo, za katerega dobijo vsaj 50% minimalne lokalne plače za tovrstno delo (D2).

Tabela 15

Število služb z dnevnimi in strukturiranimi dejavnostmi v kategorijah D1 do D9 po regijah delovanja in (v oklepajih) po regijah lokacije

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9
Pomurska	1	1 (1)	2 (1)	1 (1)	3			2 (1)	
Podravska	1 (1)	1 (1)	2	5 (4)	7 (4)			2	
Koroška	1		3	5 (2)	6 (3)			2	
Savinjska	1 (1)	1 (1)	3 (1)	5 (3)	3 (1)			2	
Zasavska		1	3	3 (1)	2			2	
Spodnjeposavska			2	3 (1)	2			3 (1)	1 (1)
Jugovzhodna			3 (1)	4 (2)	4 (2)			3 (1)	1 (1)
Osrednjeslovenska		1 (1)	3 (2)	7 (7)	12 (9)			3 (2)	2 (1)
Gorenjska		1 (1)	3 (1)	3 (1)	7 (4)			2	1
Notranjsko-kraška	3		2	2	3 (1)			2	
Goriška	3 (3)		2	1	5 (2)			2	
Obalno-kraška	3		2	3 (2)	5 (2)			2	(1)

*Legenda:

D1 - urgentna dnevna oskrba

D2 - neurgentna dnevna oskrba, visoko intenzivne dejavnosti - delo

D3 - neurgentna dnevna oskrba, visoko intenzivne dejavnosti - delu podobne dejavnosti

D4 - neurgentna dnevna oskrba, visoko intenzivne dejavnosti - ostale strukturirane dejavnosti

D5 - neurgentna dnevna oskrba, visoko intenzivne dejavnosti - socialne storitve

D6 - neurgentna dnevna oskrba, nizko intenzivne dejavnosti - delo

D7 - neurgentna dnevna oskrba, nizko intenzivne dejavnosti - delu podobne dejavnosti

D8 - neurgentna dnevna oskrba, nizko intenzivne dejavnosti - ostale strukturirane dejavnosti

D9 - neurgentna dnevna oskrba, nizko intenzivne dejavnosti - socialne storitve

Službe, ki jih je številčno največ, so hkrati tiste, ki delujejo po največ regijah: tako je največje število regij delovanja zabeleženo pri službah kategorij D5 (59), D4 (42) in D3 (30). Iz razporeditve služb po regijah, katerih prebivalcem so v prvi vrsti namenjene, lahko razberemo, da so službe kategorij D3 in D8 (visoko intenzivne delu podobne dejavnosti in nizko intenzivne ostale strukturirane dejavnosti) namenjene širšemu obsegu uporabnikov kot službe D2 in D9 (visoko intenzivno delo in nizko intenzivne socialne storitve), saj le po ena od služb obeh zadnjih kategorij deluje še za regijo, v kateri ni locirana, medtem ko službe prvih dveh kategorij delujejo za celotno Slovenijo. Glede na rezultate v tabeli 11 lahko povemo, da uporabniki iz zasavske, spodnjeposavske, jugovzhodne, osrednjeslovenske in gorenjske regije nimajo možnosti urgentne dnevne oskrbe. Ob tem pa je potrebno upoštevati, da v postopku zbiranja podatkov nismo uspeli pridobiti podatkov o dnevni bolnišnici Psihiatrične bolnišnice Begunje. Kakor po regijah lokacije ima tudi po regijah delovanja največ služb dnevne in strukturirane dejavnosti osrednjeslovenska regija (28), sledijo pa ji podravska (18) ter gorenjska (17) in koroška regija (17). Najmanj služb deluje za uporabnike iz pomurske (10), zasavske (11) in spodnjeposavske regije (11). V koroški in v notranjsko-kraški regiji lahko zasledimo največjo razliko med številom v regiji lociranih in za uporabnike regije delujočih služb; v prvi je razlika 12, v drugi pa 11 služb.

14.3.4. Število služb z ambulantnimi dejavnostmi in dejavnostmi v skupnosti po regijah delovanja in po regijah lokacije

V tabeli 16 so po regijah nanizane službe, ki ponujajo ambulantne dejavnosti ali dejavnosti v skupnosti (natančna opredelitev kategorij tabela 5), torej službe, kjer uporabniki ne prenočujejo niti se ne zadržujejo v prostorih službe po končanem srečanju z osebjem, ampak prihajajo zgolj zaradi srečanja s strokovnim osebjem. Največ tovrstnih služb leži na območju osrednjeslovenske regije (43), kjer k visoki številki največ prispevajo nemobilne službe kontinuirane srednje intenzivne

oskrbe (pri teh je kontakt mogoč vsaj enkrat na 14 dni, a redkeje kot trikrat na teden). Omenjenih služb, ki jih zavajamo pod kategorijo O9, je v osrednjeslovenski regiji kar 22. Na drugem mestu – a precej za osrednjeslovensko – po številu ambulantnih in skupnostnih služb za ljudi s težavami v duševnem zdravju je podravska regija, kjer jih je 21. Tej sledita gorenjska (14) in savinjska regija (13). V ostalih regijah je število še nižje. V spodnjeposavski regiji je lociranih 5, v notranjsko-kraški 3, v zasavski regiji pa samo 2 ambulantni službi.

Tabela 16

Število služb z ambulantnimi dejavnostmi in dejavnostmi v skupnosti v kategorijah O1 do O10 po regijah delovanja in (v oklepajih) po regijah lokacije

	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8	O9	O10
Pomurska	1		4 (1)		5 (3)		1 (1)	6	9 (5)	1 (1)
Podravska	1	1 (1)	4 (3)		4	2		8 (4)	15 (13)	
Koroška	1		3		5 (1)	1 (1)	1 (1)	5	10 (5)	
Savinjska	2 (1)		2 (1)	1 (1)	5 (1)	1 (1)		5 (1)	11 (7)	
Zasavska	1		2		4			5 (1)	4 (1)	
Spodnjeposavska	1 (1)		2		4 (1)	2 (1)		4	5 (2)	
Jugovzhodna	1		2		6 (1)	1		5 (1)	9 (5)	
Osrednjeslovenska	1	1 (1)	1	1 (1)	9 (6)	6 (6)		8 (6)	28 (22)	1 (1)
Gorenjska	1		2 (1)		5	4 (3)		5 (1)	10 (8)	1 (1)
Notranjsko-kraška	1		2		5	2 (1)		6 (1)	4 (1)	2
Goriška	1		2 (1)	1 (1)	4	2 (2)		6 (2)	6 (3)	2 (2)
Obalno-kraška	1		2		5 (1)	2 (2)		6	8 (6)	2

*Legenda:

O1 – urgentna oskrba, mobilna – 24 ura

O2 – urgentna oskrba, mobilna – časovno omejena oskrba

O3 – urgentna oskrba, nemobilna – 24 ura

O4 – urgentna oskrba, nemobilna – časovno omejena oskrba

O5 – kontinuirana oskrba, mobilna – visoko intenzivna oskrba

O6 – kontinuirana oskrba, mobilna – srednje intenzivna oskrba

O7 – kontinuirana oskrba, mobilna – nizko intenzivna oskrba

O8 – kontinuirana oskrba, nemobilna – visoko intenzivna oskrba

O9 – kontinuirana oskrba, nemobilna – srednje intenzivna oskrba

O10 – kontinuirana oskrba, nemobilna – nizko intenzivna oskrba

Če seštejemo število služb po regijah lokacije, ugotovimo, da je v Sloveniji daleč največ, kar 78, služb kontinuiranega značaja z nemobilno srednje intenzivno oskrbo (kategorije O9). To je hkrati edina kategorija služb, ki jo zasledimo v vseh statističnih regijah. Naslednje po pogostosti so službe mobilne srednje intenzivne ter nemobilne visoko intenzivne oskrbe (O6 in O8), ki jih je samo še po 17, sledi pa 14 visoko intenzivnih mobilnih služb kontinuirane oskrbe (O5). Med ambulantnimi službami z urgentno oskrbo je največ nemobilnih služb, kjer je osebje na voljo 24 ur na dan (O3), čeprav je tudi teh le 7 v državi. Poleg njih imamo še tri nemobilne urgentne službe s časovno omejeno oskrbo (O4) in po dve mobilni urgentni službi s 24-urno (O1) oz. časovno omejeno oskrbo (O2). Med službami kontinuirane oskrbe pa je najmanj takih z mobilno nizko intenzivno oskrbo. Zabeležili smo eno v pomurski in eno v koroški regiji.

Če primerjamo število služb po regijah lokacije in regijah delovanja, pri službah kontinuirane oskrbe opazimo, da delujejo nemobilne službe v širšem geografskem obsegu kot mobilne službe. Morebiti to pomeni, da uporabniki nemobilnih služb gravitirajo s širšega območja kot ga obiskuje osebje mobilnih služb. Ob tem pa moramo biti previdni, saj je kriterij za kategorizacijo določene službe kot mobilne ta, da ima vsaj 20% kontaktov izven matične stavbe. Tako ima lahko služba 80% kontaktov nemobilnih in bo že označena kot mobilna služba. Pri urgentnih službah opisani trend ni tako očiten, čemur morda botruje to, da je v urgentnih primerih, kjer mora biti ukrepanje hitro, geografska bližina večjega pomena.

Največje število regij delovanja zasledimo pri službah kategorije O9 (119), sledijo službe kategorij O8 (69), O5 (61) in O3 (28). Tri službe kategorije O4 in po dve službi kategorij O2 in O7 pa delujejo le za regije, kjer so locirane.

Regije, kjer je lociranih največ služb, so hkrati regije, katerih uporabnikom je namenjeno največ služb na področju duševnega zdravja, in sicer 56 za osrednjeslovensko, 35 za podravsko in 28 za gorenjsko regijo. Največjo razliko med številom v regiji lociranih in za regijo delujočih služb podobno kot pri dnevni in strukturirani dejavnosti tudi pri ambulantnih službah najdemo v notranjsko-kraški (19) in v koroški regiji (18). Notranjsko-kraška regija je tako kot pri regijah lokacije tudi pri regijah delovanja ena od treh z najmanjšim številom ambulantnih oz. skupnostnih služb. Za uporabnike iz te regije deluje 22 služb, za uporabnike iz spodnjeposavske 18 in za uporabnike iz zasavske regije le 16 služb.

14.4. Kazalci uporabe služb na 100 000 prebivalcev po ESMS metodologiji

V tabelah 13-16 so predstavljeni rezultati tistega dela instrumenta ESMS, ki kategorizira službe na področju duševnega zdravja v različne kategorije, ter ugotavlja število in raznolikost služb po regijah. V nadaljevanju bodo predstavljeni rezultati drugega dela instrumenta ESMS, in sicer tisti, ki ugotavlja *število uporabnikov posameznih kategorij služb* (natančneje število nočitev pri bivalnih enotah, obiskov oz. kontaktov pri urgentnih službah in uporabnikov pri neurgentnih službah dnevne in ambulantne oskrbe). Za primerjavo uporabe služb v različnih regijah, s pomočjo podatka o številu prebivalcev v regijah izračunamo kazalce uporabe služb na 100 000 prebivalcev (na kratko kazalce ESMS). Kazalec ESMS za določeno regijo je s 100 000 pomnožen količnik med vsoto uporabnikov določene kategorije služb v regiji (npr. $\Sigma nR5$) in številom prebivalcev v regiji.

14.4.1. Kazalci uporabe bivalnih enot

Iz **tabele 17** je razvidno, da se kazalci uporabe bivalnih enot različnih kategorij gibljejo vse od 0,2 pa do 129,8 uporabnikov na 100 000 prebivalcev regije. Varovane in urgentne bolnišnične bivalne enote (R1 in R2) imajo največji kazalec uporabe v notranjsko-kraški regiji. Najmanj uporabnikov varovanih bivalnih enot na 100 000 prebivalcev regije imajo v osrednjeslovenski regiji, najmanjši kazalec uporabe urgentnih bolnišničnih bivalnih enot pa v savinjski regiji. Urgentne nebolnišnične enote (R3) imajo največji kazalec uporabe v spodnjeposavski, najmanjši pa v osrednjeslovenski regiji.

Med neurgentnimi bolnišničnimi bivalnimi enotami ne poznamo takih s časovno omejeno dnevno oskrbo, medtem ko je enota s časovno neomejeno dnevno oskrbo ena sama, s kazalcem uporabe 2,5 na 100 000 prebivalcev gorenjske regije. Relativno največje število uporabnikov neurgentnih bolnišničnih bivalnih enot s časovno omejeno 24-urno oskrbo (R4) prihaja iz koroške regije, najmanj pa jih je iz savinjske regije. Iste službe, ki imajo časovno neomejeno oskrbo (R6), pa imajo relativno največ uporabnikov iz zasavske, najmanj pa iz osrednjeslovenske regije.

Največji kazalec uporabe nebolnišničnih bivalnih enot s časovno omejeno 24-urno oskrbo (R8) ima obalno-kraška regija, največji kazalec uporabe enakih služb, a z dnevno oskrbo (R9), pa ima koroška regija. pomurska regija ima največ uporabnikov na 100 000 prebivalcev vseh treh kategorij nebolnišničnih bivalnih enot s časovno neomejeno oskrbo - tistih, kjer je osebje na voljo 24 ur na dan 7 dni na teden (R11), naslednjih, kjer je osebje na voljo določen del dneva 5 dni v tednu (R12) in tistih z nižjo stopnjo oskrbe (R13). Najmanjše kazalce uporabe omenjenih služb v enakem vrstnem redu imajo podravsko regija (ob čemer je kazalec uporabe služb kategorije R8 manjši od ena še v pomurski, jugovzhodni, gorenjski in goriški regiji), pomurska regija (za R9), ter osrednjeslovenska regija (za R11, R12 in R13). V tabeli so z rumeno barvo označene najvišje vrednosti kazalcev uporabe bivalnih enot v primerjavi z ostalimi regijami.

Tabela 17

Kazalci uporabe vseh bivalnih enot (no - število nočitev) na 100 000 prebivalcev po posameznih statističnih regijah

	no R1	no R2	no R3	no R4	no R5	no R6	no R7	no R8	no R9	no R10	no R11	no R12	no R13
Pomurska	26,2	13,7	11,5	4,0		33,5		0,6	1,6		129,8	18,8	7,4
Podravska	11,4	6,1	8,8	1,5		19,2		0,2	4,7		57,4	7,2	2,8
Koroška	40,0	26,6	12,2	6,6		50,6		21,3	27,2		42,0		
Savinjska	5,6	1,1	8,9	0,6		14,4		1,5	12,4		9,6	5,7	6,2
Zasavska	32,0	6,4	15,5	3,3		82,4		1,5	4,4		55,1		
Spodnjeposavska	20,6	4,2	27,1	2,1		53,2		1,0	2,9		35,6		
Jugovzhodna	10,3	2,1	5,0	1,1		26,6		0,5	5,0		17,8		
Osrednjeslovenska	0,9	4,4	1,8	4,9		4,3		5,2	13,7		5,0	2,9	0,8
Gorenjska	8,2	1,5	3,5	4,8		27,5	2,5	0,3	11,5		12,5	7,3	
Notranjsko-kraška	49,5	93,7	13,6	2,9		46,4		20,7	8,4		48,4		
Goriška	21,3	40,4	5,9	1,3		20,0		0,6	7,8		20,9		3,4
Obalno-kraška	24,0	45,4	6,6	1,4		22,5		29,4	12,6		23,5		

*Legenda:

R1-varovane

R2-urgentne bolnišnične

R3-urgentne nebolnišnične

R4- neurgentne, bolnišnične, časovno omejena oskrba - 24 ura oskrba

R5- neurgentne, bolnišnične, časovno omejena oskrba - dnevna oskrba

R6- neurgentne, bolnišnične, časovno neomejena oskrba - 24 ura oskrba

R7- neurgentne, bolnišnične, časovno neomejena oskrba - dnevna oskrba

R8- neurgentne, nebolnišnične, časovno omejena oskrba - 24 ura oskrba

R9- neurgentne, nebolnišnične, časovno omejena oskrba - dnevna oskrba

R10- neurgentne, nebolnišnične, časovno omejena oskrba - nižja stopnja oskrbe

R11- neurgentne, nebolnišnične, časovno neomejena oskrba - 24 ura oskrba

R12- neurgentne, nebolnišnične, časovno neomejena oskrba - dnevna oskrba

R13- neurgentne, nebolnišnične, časovno neomejena oskrba - nižja stopnja oskrbe

XX - visok delež uporabnikov v primerjavi z ostalimi regijami

V tabeli 18 so prikazani kazalci uporabe za posamezne skupine združenih kategorij bivalnih enot: združili smo obe urgentni kategoriji (R2 in R3), štiri bolnišnične (R4, R5, R6 in R7) in šest nebolnišničnih neurgentnih kategorij bivalnih enot (R8, R9, R10, R11, R12 in R13).

Bivalne enote urgentnega značaja imajo največji kazalec uporabe v notranjsko-kraški regiji, sledita obalno-kraška in goriška regija, najmanj uporabnikov na 100 000 prebivalcev pa ima gorenjska regija. Relativno največ uporabnikov neurgentnih bolnišničnih bivalnih enot ima zasavska regija. Tej sledita koroška in spodnjeposavska regija, relativno najmanj uporabnikov pa ima osrednjeslovenska regija. Pri neurgentnih nebolnišničnih bivalnih enotah je situacija nekoliko drugačna, in sicer ima največji kazalec uporabe pomurska regija, na drugem mestu je spet koroška, tej pa sledi notranjsko-kraška regija. Najmanj uporabnikov neurgentnih nebolnišničnih bivalnih enot na 100 000 prebivalcev ima jugovzhodna Slovenija.

Če seštejemo kazalce vseh kategorij bivalnih enot (R1 do R13) in s tem ublažimo prispevek, ki ga ima na kazalce uporabe prisotnost različnih vrst služb na različnih geografskih območjih, ugotovimo, da imajo največ uporabnikov bivalnih storitev notranjsko-kraška, pomurska in koroška regija - vse tri krepko čez 200 na 100 000 prebivalcev, najmanj pa jugovzhodna Slovenija, savinjska in osrednjeslovenska regija, zadnja s komaj dobrih 43 uporabnikov na 100 000 prebivalcev regije. V tabeli so z rumeno barvo označene najvišje vrednosti kazalcev uporabe bivalnih enot v primerjavi z ostalimi regijami. V tabeli so z rumeno barvo označene najvišje vrednosti kazalcev uporabe bivalnih enot v primerjavi z ostalimi regijami.

Tabela 18

Kazalci uporabe (število nočitev) urgentnih bolnišničnih in nebolnišničnih bivalnih enot, neurgentnih bolnišničnih in neurgentnih nebolnišničnih bivalnih enot na 100 000 prebivalcev po regijah

	<i>u</i> R2-3	<i>u</i> R4-7	<i>u</i> R8-13	<i>u</i> R1-13
Pomurska	25,1	37,4	158,2	246,9
Podravska	14,9	20,7	72,3	119,3
Koroška	38,8	57,2	90,5	226,5
Savinjska	10,0	15,0	35,4	66,0
Zasavska	21,9	85,7	61,0	200,6
Spodnjeposavska	31,3	55,3	39,4	146,6
Jugovzhodna	7,1	27,6	23,2	68,2
Osrednjeslovenska	6,1	9,2	27,5	43,8
Gorenjska	5,0	34,7	31,7	79,6
Notranjsko-kraška	107,3	49,3	77,5	283,6
Goriška	46,2	21,2	32,6	121,4
Obalno-kraška	52,0	23,9	65,4	165,3

*Legenda:

R2- R3 -urgentne bolnišnične in nebolnišnične bivalne enote

R4- R7- neurgentne, bolnišnične bivalne enote

R8- R13- neurgentne, nebolnišnične bivalne enote

XX – visok delež uporabnikov v primerjavi z ostalimi regijami

14.4.2. Kazalci uporabe dnevnih in strukturiranih dejavnosti

V tabeli 19 in 20 so prikazani kazalci uporabe dnevnih in strukturiranih dejavnosti po regijah ter tri skupine združenih kategorij: visoko intenzivne neurgentne dejavnosti (vu- D2, D3, D4 in D5), nizko intenzivne neurgentne dejavnosti (nu D6, D7, D8 in D9) ter vse neurgentne dejavnosti (od D2 do D9). V skupini D združitve vseh kategorij ni mogoča, ker pri urgentni dnevni oskrbi (D1) v okviru uporabe ugotavljamo število obiskov, pri ostalih pa število uporabnikov.

Rezultati kažejo, da imajo službe urgentne dnevne oskrbe (D1) največji kazalec uporabe v savinjski in koroški regiji, najmanjšega pa v obalno-kraški in goriški regiji. Ob omenjenih rezultatih pa ne smemo pozabiti, da nam manjkajo podatki o dnevni bolnišnici Psihiatrične bolnišnice Begunje (tabela 19).

Tabela 19

Kazalci uporabe (število uporabnikov) vseh nizko intenzivnih (nu) dnevnih in strukturiranih dejavnosti na 100 000 prebivalcev po posameznih statističnih regijah

	uD1	nuD2	nuD3	nuD4	nuD5	nuD6	nuD7	nuD8	nuD9
Pomurska	10,9	5,7	1,8	10,7	62,3			1,9	
Podravska	4,2		0,7	18,8	32,8			0,7	
Koroška	18,1		3,0	101,4	24,5			3,2	
Savinjska	19,3		0,8	28,4	8,9			0,9	
Zasavska			4,8	44,6				5,2	
Spodnjeposavska			3,1	35,9				17,6	25,7
Jugovzhodna			1,6	6,6	3,6			5,2	8,6
Osrednjeslovenska			0,4	134,4	66,4			8,4	5,0
Gorenjska			1,1	31,8	48,0			1,2	2,5
Notranjsko-kraška	3,9		4,2	34,3				4,5	
Goriška	1,7		1,8	0,2	21,3			2,0	
Obalno-kraška	1,9		2,0	16,7	100,8			2,2	

*Legenda:

D1- urgentna dnevna oskrba

D2 - neurgentna dnevna oskrba, visoko intenzivne dejavnosti - delo

D3 - neurgentna dnevna oskrba, visoko intenzivne dejavnosti - delu podobne dejavnosti

D4 - neurgentna dnevna oskrba, visoko intenzivne dejavnosti – ostale strukturirane dejavnosti

D5 - neurgentna dnevna oskrba, visoko intenzivne dejavnosti – socialne storitve

D6 - neurgentna dnevna oskrba, nizko intenzivne dejavnosti - delo

D7 - neurgentna dnevna oskrba, nizko intenzivne dejavnosti - delu podobne dejavnosti

D8 - neurgentna dnevna oskrba, nizko intenzivne dejavnosti – ostale strukturirane dejavnosti

D9 - neurgentna dnevna oskrba, nizko intenzivne dejavnosti – socialne storitve

XX – visok delež uporabnikov v primerjavi z ostalimi regijami

Edina regija, ki ima nizko intenzivne uporabnike dela, ki ga služba ponuja najmanj 4 dele dneva na teden (nuD2), je pomurska regija, samo visoko intenzivne uporabnike omenjenih služb (vuD2) pa imajo v gorenjski, osrednjeslovenski, zasavski, savinjski in podravski regiji. V zadnji je kazalec uporabe daleč najvišji, medtem ko je najnižji v savinjski regiji. Delu podobne visoko intenzivne dejavnosti (D3) imajo največje število nizko intenzivnih uporabnikov na 100 000 prebivalcev (nuD3) v zasavski regiji, ki ji z nekoliko manjšim kazalcem sledi notranjsko-kraška regija, kazalce, manjše od 1 pa imajo savinjska, podravska in osrednjeslovenska regija. Pri visoko intenzivnih uporabnikih (vuD3) so kazalci razporejeni podobno: najvišji je v zasavski in najnižji v osrednjeslovenski regiji (**tabela 20**).

Istočasno je v osrednjeslovenski regiji relativno največ - visoko in nizko intenzivnih - uporabnikov ostalih strukturiranih visoko intenzivnih dejavnosti (vuD4 in nuD4) (**tabela19, 20**). Relativno veliko jih je tudi v koroški regiji. Najmanjši kazalec uporabe služb D4 izmed regij pa ima goriška regija. Službe, ki ponujajo socialne storitve visoke intenzivnosti (D5), imajo največ nizko intenzivnih uporabnikov na 100 000 prebivalcev (kazalec za nuD5) v obalno-kraški regiji, najmanj pa - poleg regij, kjer jih sploh nimajo - v jugovzhodni Sloveniji. Največ visoko intenzivnih uporabnikov omenjenih služb na 100 000 prebivalcev (kazalec za vuD5) prihaja iz koroške regije, najmanj pa iz savinjske.

Izmed nizko intenzivnih dnevnih in strukturiranih dejavnosti, naštetih v ESMS klasifikaciji, v Sloveniji *ne poznamo dela ali delu podobnih dejavnosti* (D6 in D7), nizko intenzivne socialne storitve (D9) pa so na voljo le prebivalcem spodnjeposavske, jugovzhodne, osrednjeslovenske in gorenjske regije. Izmed naštetih ima najvišji kazalec uporabe spodnjeposavska, najnižjega pa gorenjska regija. spodnjeposavska regija ima istočasno daleč največ uporabnikov ostalih strukturiranih dejavnosti (D8) na 100 000 prebivalcev. Manj kot 1 pa znašata kazalca uporabe omenjenih služb v savinjski in v podravski regiji. Povprečni kazalci uporabe so pri službah D2 in D3 večji pri visoko intenzivnih uporabnikih, pri službah D4 in D5 pa so večji pri nizko intenzivnih uporabnikih. V tabeli so z rumeno barvo označene najvišje vrednosti kazalcev uporabe dnevnih in strukturiranih dejavnosti v primerjavi z ostalimi regijami.

Tabela 20

kazalci uporabe (število uporabnikov) vseh visoko intenzivnih (vu) dnevnih in strukturiranih dejavnosti na 100 000 prebivalcev po posameznih statističnih regijah

	vuD2	vuD3	vuD4	vuD5
Pomurska	6,6	14,3	9,0	1,3
Podravska	22,2	5,5	24,1	17,7
Koroška		29,9	46,3	52,4
Savinjska	0,8	7,5	35,0	0,6
Zasavska	4,4	43,1	17,9	3,5
Spodnjeposavska		25,0	17,3	2,3
Jugovzhodna		12,5	7,9	4,7
Osrednjeslovenska	2,4	4,4	46,5	18,5
Gorenjska	3,5	12,8	29,6	26,3
Notranjsko-kraška		34,0	26,1	3,1
Goriška		14,7	0,8	24,3
Obalno-kraška		16,5	40,9	10,9

*Legenda:

D2 - neurgentna dnevna oskrba, visoko intenzivne dejavnosti - delo

D3 - neurgentna dnevna oskrba, visoko intenzivne dejavnosti - delu podobne dejavnosti

D4 - neurgentna dnevna oskrba, visoko intenzivne dejavnosti - ostale strukturirane dejavnosti

D5 - neurgentna dnevna oskrba, visoko intenzivne dejavnosti - socialne storitve

XX - visok delež uporabnikov v primerjavi z ostalimi regijami

Če seštejemo kazalce uporabe vseh štirih visoko intenzivnih neurgentnih kategorij služb (uD2-5), nam podatki kažejo, da ima največ uporabnikov visoko intenzivnih dejavnosti na 100 000 prebivalcev osrednjeslovenska regija, ne veliko manj koroška, precej zadaj pa jima sledi obalno-kraška regija (**tabela 21**). Najmanjši kazalec uporabe tovrstnih služb najdemo v jugovzhodni Sloveniji, sledi ji goriška regija. Kazalci uporabe nizko intenzivnih neurgentnih dejavnosti (uD6-9)

so precej nižji od tistih pri visoko intenzivnih dejavnosti, kar pa smemo pripisati dejstvu, da je služb, ki so uporabnikom na voljo manj kot 4 dele dneva na teden, precej manj. Največ uporabnikov nizko intenzivnih dejavnosti na 100 000 prebivalcev ima spodnjeposavska regija, s precej manjšima številka ji sledita jugovzhodna in osrednjeslovenska regija. Relativno najmanj uporabnikov imata podravska in savinjska regija, obe manj kot enega na 100 000 prebivalcev.

Tabela 21

Kazalci uporabe (število uporabnikov) vseh visoko intenzivnih (vu) in nizko intenzivnih dnevnih strukturiranih dejavnosti na 100 000 prebivalcev po posameznih statističnih regijah

	uD2-5	uD6-9	uD2-9
Pomurska	111,6	1,9	113,5
Podravska	121,8	0,7	122,5
Koroška	257,5	3,2	260,6
Savinjska	82,1	0,9	83,0
Zasavska	118,4	5,2	123,5
Spodnjeposavska	83,6	43,3	126,9
Jugovzhodna	36,8	13,8	50,6
Osrednjeslovenska	272,9	13,4	286,2
Gorenjska	153,1	3,7	156,8
Notranjsko-kraška	101,7	4,5	106,2
Goriška	63,1	2,0	65,0
Obalno-kraška	187,8	2,2	190,0

*Legenda:

uD2-D5- uporaba vseh visoko intenzivnih neurgentnih dejavnosti

uD6-D9 - uporaba nizko intenzivnih neurgentnih kategorij dejavnosti

uD2-D5- uporaba neurgente dnevne oskrbe

XX – visok delež uporabnikov v primerjavi z ostalimi regijami

Kazalci uporabe za celotno skupino služb, ki ponujajo neurgentno dnevno oskrbo (uD2-9), se zelo verjetno bolj približujejo potrebi po tovrstnih dejavnostih s strani uporabnikov kot ponudbi s strani služb samih, čeprav tega v raziskavi statistično ne preverjamo. Število uporabnikov služb neurgente dnevne oskrbe na 100 000 prebivalcev je največje v osrednjeslovenski regiji, tej pa sledita koroška in precej zadaj obalno-kraška regija. Relativno najmanj uporabnikov, le dobrih 50, ima jugovzhodna Slovenija. Manj kot sto uporabnikov na 100 000 prebivalcev lahko zasledimo še v goriški ter v savinjski regiji (**tabela 21**).

14.4.3. Kazalci uporabe ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti

Iz **tabele 22** lahko razberemo kazalce uporabe služb, ki ponujajo ambulantne in skupnostne dejavnosti po regijah. Najprej si oglejmo službe urgentne oskrbe. Mobilne službe s 24-urno oskrbo (O1) imajo največji kazalec uporabe v savinjski, najmanjšega pa v osrednjeslovenski regiji. osrednjeslovenska regija ima najmanjše kazalce uporabe tudi pri ostalih treh kategorijah urgentnih ambulantnih služb - čeprav lahko omenjeni kazalec pri mobilnih službah s časovno omejeno oskrbo (O2) primerjamo samo še s kazalcem podravske, pri nemobilnih službah s časovno omejeno oskrbo (O4) pa s kazalcem savinjske in goriške regije. Kategorija O2 ima tako največji kazalec uporabe v podravske, kategorija O4 pa v savinjski regiji. Nemobilne urgentne službe s 24-urno oskrbo (O3) nasprotno od prejšnjih dveh kategorij delujejo po celotni Sloveniji. Največji kazalec uporabe na 100 000 prebivalcev imajo v notranjsko-kraški regiji, le malo manjšega pa v koroški.

Pri ambulantnih službah kontinuirane oskrbe delimo uporabnike na visoko, zmerno in nizko intenzivne glede na to, kako pogosto prihajajo v stik s službo. Pri mobilnih službah kontinuirane oskrbe, kjer je stik uporabnika s strokovnim osebjem mogoč vsaj trikrat tedensko (O5), ima najmanj uporabnikov - visoko, zmerno in nizko intenzivnih - na 100 000 prebivalcev podravska regija. Največ visoko in zmerno intenzivnih uporabnikov (vuO5 in zuO5) na 100 000 prebivalcev ima koroška regija, tej pa pri vuO5 sledi notranjsko-kraška, pri zuO5 pa osrednjeslovenska regija. Največji kazalec uporabe pri nizko intenzivnih uporabnikih ima notranjsko-kraška regija (**tabela 22**).

Tabela 22

Kazalci uporabe ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti (število kontaktov ter število visoko in zmerno intenzivnih uporabnikov) na 100 000 prebivalcev po regijah

	kO1	kO2	kO3	kO4	vuO5	vuO8	zuO5	zuO6	zuO8
Pomurska	1,4		55,8		2,3	7,7	14,8		11,0
Podravska	0,5	18,8	21,3		0,9	3,9	2,5	6,6	10,5
Koroška	2,3		93,8		17,4	7,3	72,0	20,4	18,2
Savinjska	4,5		10,0	31,0	1,1	2,6	3,9	6,9	4,9
Zasavska	3,7		56,9		6,3	8,1	17,7		32,6
Spodnjeposavska	2,4		36,7		4,0	5,2	11,4	56,7	15,3
Jugovzhodna	1,2		18,4		4,4	2,6	36,6	356,5	15,5
Osrednjeslovenska	0,3	0,6	0,3	19,8	3,6	1,9	63,2	31,2	36,7
Gorenjska	0,8		23,2		3,1	5,8	5,7	22,7	8,4
Notranjsko-kraška	3,2		101,7		17,2	15,5	33,0	1002,3	68,1
Goriška	1,4		43,8	25,1	2,4	6,7	6,7	8,4	29,4
Obalno-kraška	1,6		49,3		4,6	7,5	14,1	21,7	33,0

**Legenda:*

kO1 – število kontaktov urgentna oskrba, mobilna – 24 urna

kO2 – število kontaktov urgentna oskrba, mobilna – časovno omejena oskrba

kO3 – število kontaktov urgentna oskrba, nemobilna – 24 urna

kO4 – število kontaktov urgentna oskrba, nemobilna – časovno omejena oskrba

O5 –kontinuirana oskrba, mobilna – visoko intenzivna oskrba

O6 –kontinuirana oskrba, mobilna – srednje intenzivna oskrba

O8 –kontinuirana oskrba, nemobilna – visoko intenzivna oskrba

vu, zu – število visoko; zmerno intenzivnih uporabnikov

XX – visok delež uporabnikov v primerjavi z ostalimi regijami

Službe, ki se od zgoraj opisane skupine razlikujejo po tem, da so nemobilne (O8), imajo podobno kot službe O5 največje število uporabnikov - visoke, zmerne in nizke intenzivnosti - na 100 000 prebivalcev v notranjsko kraški regiji. Zmerno in nizko intenzivnih uporabnikov je relativno najmanj v savinjski regiji, osrednjeslovenska regija pa ima najmanjši kazalec uporabe za visoko intenzivne uporabnike. Iz **tabel 22 in 23** je razvidno, da imajo visoko intenzivni uporabniki v povprečju nižje kazalce uporabe kot zmerno intenzivni uporabniki, slednji pa nižje kot nizko intenzivni uporabniki. Omenjeno velja tako pri mobilnih kot pri nemobilnih službah kontinuirane oskrbe.

Mobilne ambulantne službe, pri katerih je kontakt z osebjem mogoč vsaj enkrat na 14 dni, a redkeje kot trikrat na teden (O6), imajo največje kazalce uporabe s strani zmerno in nizko intenzivnih uporabnikov v notranjsko kraški regiji, nekoliko manjše pa v jugovzhodni Sloveniji. Najmanj zmerno intenzivnih uporabnikov (zuO6) na 100 000 prebivalcev je v podravski regiji, najmanj nizko intenzivnih (nuO6) pa v goriški regiji (**tabeli 22 in 23**). Službe, ki se od prejšnjih razlikujejo po tem, da so nemobilne (O9), imajo največ zmerno intenzivnih uporabnikov (zuO9) na 100 000 prebivalcev v osrednjeslovenski, najmanj pa v savinjski regiji. Največji kazalec uporabe s strani nizko intenzivnih uporabnikov (nuO9) najdemo v spodnjeposavski regiji, ki ji sledi zasavska regija, čez 1000 nizko intenzivnih uporabnikov služb O9 na 100 000 prebivalcev pa imajo še v koroški in v osrednjeslovenski regiji. Najmanjši je kazalec v gorenjski regiji.

Mobilne službe kontinuirane oskrbe, ki omogočajo kontakt z osebjem redkeje kot na 14 dni (O7), delujejo samo v pomurski in v koroški regiji. V prvi je kazalec uporabe nekaj čez 80, v drugi pa slabih 7 nizko intenzivnih uporabnikov na 100 000 prebivalcev (**tabela 23**). Nemobilne službe iste intenzivnosti (O10) delujejo v šestih statističnih regijah. Največ uporabnikov na 100 000 prebivalcev imajo v osrednjeslovenski in zatem v gorenjski regiji, najmanj pa v pomurski.

Tabela 23

Kazalci uporabe ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti (število nizko intenzivnih uporabnikov) na 100 000 prebivalcev po regijah

	<i>nuO5</i>	<i>nuO6</i>	<i>nuO7</i>	<i>nuO8</i>	<i>nuO9</i>	<i>nuO10</i>
Pomurska	47,7		81,9	120,5	517,8	8,2
Podravska	7,3			89,2	211,3	
Koroška	31,6	5,4	6,8	199,8	1073,5	
Savinjska	9,0			22,1	496,9	
Zasavska	51,4			117,4	1124,9	
Spodnjeposavska	33,2	25,7		67,2	1291,5	
Jugovzhodna	48,7	1069,5		133,4	388,2	
Osrednjeslovenska	26,2	7,7		128,0	1073,6	79,4
Gorenjska	11,6	30,0		23,6	36,3	65,0
Notranjsko-kraška	72,4	2919,4		328,4	394,8	29,8
Goriška	19,5	0,8		141,5	328,2	12,8
Obalno-kraška	21,9	54,6		159,3	254,9	14,4

**Legenda:*

O5 – kontinuirana oskrba, mobilna – visoko intenzivna oskrba

O6 – kontinuirana oskrba, mobilna – srednje intenzivna oskrba

O7 – kontinuirana oskrba, mobilna – nizko intenzivna oskrba

O8 – kontinuirana oskrba, nemobilna – visoko intenzivna oskrba

O9 – kontinuirana oskrba, nemobilna – srednje intenzivna oskrba

O10 – kontinuirana oskrba, nemobilna – nizko intenzivna oskrba

nu – število nizko intenzivnih uporabnikov

XX – visok delež uporabnikov v primerjavi z ostalimi regijami

Tudi pri ambulantnih dejavnostih in dejavnostih v skupnosti smo združili nekatere kategorie v večje skupine (**tabela 24**). Tako smo ugotavljali uporabo za službe urgentne ambulantne oskrbe (službe kategorij O1, O2, O3 in O4), mobilne službe kontinuirane oskrbe (O5, O6 in O7), nemobilne službe kontinuirane oskrbe (O8, O9 in O10) ter za celotno skupino služb kontinuirane oskrbe (O5 do O10). Tudi v tej tabeli ne moremo združiti vseh kategorij, saj smo pri urgentnih službah ugotavljali število kontaktov, pri kontinuirani pa število uporabnikov.

Službe urgentne ambulantne oskrbe (uO1-4) imajo največji kazalec uporabe v notranjsko kraški regiji, sledita ji koroška in goriška regija, najnižji kazalec uporabe pa imata osrednjeslovenska in jugovzhodna regija. Pri službah mobilne kontinuirane oskrbe (uO5-7) so iz **tabela 24** razvidne zelo velike razlike v kazalcih uporabe na 100 000 prebivalcev regije. Medtem ko v notranjsko-kraški regiji kazalec uporabe presega 4000, znaša v podravski regiji komaj dobrih 17 uporabnikov na 100 000 prebivalcev. Pri nemobilnih službah kontinuirane oskrbe (uO8-10) so razlike nekoliko manjše: največ, dobrih 1650 uporabnikov na 100 000 prebivalcev imajo v osrednjeslovenski regiji, najmanj, slabih 270 pa v gorenjski regiji. Kazalec uporabe presega 1400 še v spodnjeposavski, koroški in zasavski regiji.

Skupno število uporabnikov kontinuirane oskrbe (uO5-10) na 100 000 prebivalcev je največje v notranjsko-kraški regiji, kjer se povzpne čez 5000, čez 2000 znaša uporaba v jugovzhodni Sloveniji, kazalce, večje od 1000, pa najdemo še v osrednjeslovenski, spodnjeposavski, koroški, zasavski in pomurski regiji. Medtem imajo službe kontinuirane oskrbe najmanj uporabnikov v gorenjski in nato v podravski regiji.

Tabela 24

Kazalci uporabe vseh (nizko, zmerno in visoko intenzivnih uporabnikov) ambulantnih dejavnosti in dejavnosti v skupnosti na 100 000 prebivalcev po regijah

	<i>u01-4</i>	<i>u05-7</i>	<i>u08-10</i>	<i>u05-10</i>
Pomurska	57,2	146,7	926,7	1073,4
Podravska	40,6	17,3	458,9	476,1
Koroška	96,1	153,6	1499,7	1653,3
Savinjska	45,4	20,8	599,8	620,6
Zasavska	60,6	75,4	1441,4	1516,7
Spodnjeposavska	39,1	131,1	1564,3	1695,4
Jugovzhodna	19,5	1515,6	672,8	2188,4
Osrednjeslovenska	21,0	131,9	1650,5	1782,5
Gorenjska	24,0	73,1	269,8	342,9
Notranjsko-kraška	104,9	4044,2	1085,0	5129,2
Goriška	70,3	37,7	628,1	665,8
Obalno-kraška	50,9	116,9	684,7	801,6

*Legenda:

O1 –urgentna oskrba, mobilna – 24 ura

O2 –urgentna oskrba, mobilna – časovno omejena oskrba

O3 –urgentna oskrba, nemobilna – 24 ura

O4 –urgentna oskrba, nemobilna – časovno omejena oskrba

O5 –kontinuirana oskrba, mobilna – visoko intenzivna oskrba

O6 –kontinuirana oskrba, mobilna – srednje intenzivna oskrba

O8 –kontinuirana oskrba, nemobilna – visoko intenzivna oskrba

O9 –kontinuirana oskrba, nemobilna – srednje intenzivna oskrba

O10 –kontinuirana oskrba, nemobilna – nizko intenzivna oskrba

u – število vseh uporabnikov

XX – visok delež uporabnikov v primerjavi z ostalimi regijami

14.5. Povezanost med izbranimi sociodemografskimi dejavniki in kazalci uporabe posameznih skupin služb

Iz **tabele 25** so razvidni koeficienti korelacije med izbranimi sociodemografskimi dejavniki in kazalci uporabe pri skupinah združenih kategorij služb po ESMS klasifikaciji. V tabeli so z rumeno barvo posebej označeni tisti koeficienti, kjer je korelacija statistično pomembna na izbrani ravni tveganja in z modro, sociodemografski dejavniki, pri katerih se ni pojavila korelacija z nobenim kazalcem uporabe služb. Razberemo lahko, da dvanajst sociodemografskih dejavnikov ni pomembno povezanih (na ravni tveganja ,05) s kazalci uporabe pri nobeni od skupin služb: to so indeks starostne odvisnosti, odstotni deleži žensk, starih do 19 let, moških, starih od 20 do 39 let, ter žensk, starih od 40 do 64 oz. 65 ali več let, število priseljenih iz drugih slovenskih regij in iz tujine na 100 prebivalcev, stopnja brezposelnosti in stopnja delovne aktivnosti pri moških in ženskah ter odstotni delež družin, v katerih oče živi sam z otroki. Pomembne korelacije (pozitivne in negativne) se gibljejo v razponu od 0,41 – 0,90. Najvišje korelacije z nekaterimi sociodemografskimi dejavniki (indeks staranja, odstotni delež žensk, starih od 20 do 39 let in moških, starih 65 in več, stopnja registrirane in dolgotrajne brezposelnosti, delež enočlanskih gospodinjstev, število izvajalcev zdravstvenega varstva na 1000 prebivalcev) so se izkazale v kategoriji uporabe urgentne dnevne oskrbe (*uD1*).

Z največ skupinami služb na področju duševnega zdravja korelirata *umrljivost na 1000 prebivalcev* in *število prebivalcev*. Rezultati kažejo, da je umrljivost statistično pomembno (na ravni tveganja ,05) pozitivno povezana z uporabo urgentnih ambulantnih služb, urgentnih, neurgentnih bolnišničnih ter neurgentnih nebolnišničnih bivalnih enot, s še manjšo stopnjo tveganja (,01) pa z uporabo varovanih bivalnih enot ter celotne skupine služb, ki omogočajo bivanje. Število prebivalcev posameznih regij je, sodeč po rezultatih, statistično pomembno pozitivno povezano z uporabo neurgentnih nebolnišničnih bivalnih enot, vseh kategorij bivalnih enot skupaj, urgentne ambulantne oskrbe in nemobilne kontinuirane ambulantne oskrbe (na ravni tveganja ,05) ter z uporabo visoko intenzivne in skupne neurgentne dnevne oskrbe (na ravni tveganja ,01).

Medtem ko se delež žensk, starih do 19 let, ne povezuje pomembno z nobeno skupino služb, pa je pri enako starih moških na ravni tveganja ,05 korelacija statistično pomembna z uporabo varovanih,

urgentnih in neurgentnih nebolnišničnih bivalnih enot, z uporabo celotne skupine bivalnih enot ter uporabo urgentne ambulantne oskrbe. Povezanost je vseh primerih negativna.

Odstotni delež moških med 40 in 64 je, kot lahko razberemo iz tabele korelacij, statistično pomembno pozitivno povezan z uporabo neurgentnih nebolnišničnih bivalnih enot (na ravni tveganja ,01) ter z uporabo varovanih, urgentnih in vseh združenih bivalnih enot ter urgentne ambulantne dejavnosti (na ravni tveganja ,05). Istočasno odstotni delež enako starih žensk, kot smo že omenili, ne korelira pomembno z nobeno skupino služb.

Bruto družbeni proizvod na prebivalca regije se je izkazal kot pomembno negativno povezan z uporabo služb, ki omogočajo bivanje. Korelacija je na ravni tveganja ,01 statistično pomembna z uporabo neurgentnih bolnišničnih, neurgentnih nebolnišničnih ter celotne skupine bivalnih enot, na ravni tveganja ,05 pa tudi z uporabo varovanih bivalnih enot.

Preostali sociodemografski dejavniki so pomembno povezani samo s po eno ali dvema skupinama združenih kategorij služb. Gostota prebivalstva na kvadratni kilometer po regijah je na ravni tveganja ,05 pomembno pozitivno povezana z uporabo visoko intenzivne neurgentne dnevne oskrbe, na ravni tveganja ,01 pa z uporabo celotne neurgentne dnevne oskrbe.

Indeks staranja je pomembno negativno povezan z uporabo urgentne dnevne oskrbe (na ravni tveganja ,01). Istočasno je pomembno pozitivno (na ravni tveganja ,05) povezan z uporabo urgentnih bivalnih enot. Z uporabo urgentne dnevne oskrbe se na ravni tveganja ,05 pomembno pozitivno povezuje odstotni delež žensk med 20 in 39 letom starosti, medtem ko je odstotni delež moških, starih 65 let ali več, z istim sociodemografskim dejavnikom pomembno negativno povezan na ravni tveganja ,01. Tako stopnja registrirane kot stopnja dolgotrajne brezposelnosti sta pomembno pozitivno povezani z uporabo urgentne dnevne oskrbe, na enaki ravni tveganja, in sicer $p = ,05$. Odstotni delež enočlanskih družin je glede na rezultate pomembno negativno povezan z uporabo urgentne dnevne oskrbe. Na isti ravni tveganja, ,05, se odstotni delež enočlanskih družin z aktivnim članom negativno povezuje z uporabo celotne skupine združenih bivalnih enot ter z uporabo mobilnih služb kontinuirane ambulantne oskrbe.

Odstotni delež družin, v katerih živijo matere same z otroki, pomembno korelira z uporabo neurgentnih bolnišničnih bivalnih enot (na ravni tveganja ,01) ter z uporabo varovanih bivalnih enot (na ravni tveganja ,05). V obeh primerih je korelacija negativna.

Zadnje štiri sociodemografske dejavnike v **tabeli 25** predstavlja število izvajalcev zdravstvenega varstva različnih poklicnih skupin. V primeru, ko smo vzeli vse poklicne skupine izvajalcev, število le-teh na 1000 prebivalcev regije pomembno negativno korelira z uporabo neurgentnih bolnišničnih služb in urgentne dnevne oskrbe na ravni tveganja ,05. Število zdravnikov na 1000 prebivalcev regije je prav tako pomembno negativno povezano z uporabo neurgentnih bolnišničnih bivalnih enot, tukaj na ravni tveganja ,01. Pri socialnih delavcih lahko iz tabele 16 razberemo pomembno negativno povezanost z uporabo nizko intenzivne neurgentne dnevne oskrbe, na ravni tveganja ,05. To je hkrati edini sociodemografski dejavnik, ki je statistično pomembno povezan z omenjeno skupino služb na izbranih ravneh tveganja. Število psihologov na 1000 prebivalcev pa je, na ravni tveganja ,05, pomembno negativno povezano z uporabo neurgentnih bolnišničnih bivalnih enot ter z uporabo ambulantnih dejavnosti kontinuirane oskrbe.

Tabela 25

Korelacije med sociodemografskimi dejavniki regij in kazalci uporabe posameznih skupin združenih kategorij služb na 100 000 prebivalcev regije

	ur1	ur2-3	ur4-7	ur8-13	ur1-13	u1	u2-5	u6-9	u2-9	u01-4	u05-7	u08-10
Število prebivalcev	-0,05	0,03	0,44	0,53*	0,48*	0,51	0,61**	0,24	0,64**	0,47*	0,18	0,48*
Gostota prebivalstva (st/km ²)	-0,21	-0,13	0,41	0,32	0,3	0,51	0,55*	0,08	0,58**	0,19	-0,24	0,36
Indeks starostne odvisnosti	-0,14	-0,08	-0,08	-0,29	-0,08	-0,49	-0,33	0,17	-0,29	-0,2	0,02	-0,17
Indeks staranja	0,33	0,45*	0,09	0,24	0,33	-0,90**	0,09	-0,09	0	0,39	-0,15	0
Odstotni delež moških, starih 0-19 let	-0,42*	-0,48*	-0,18	-0,52*	-0,42*	0,43	-0,18	0,3	-0,09	-0,42*	0,12	0,03
Odstotni delež žensk, starih 0-19 let	-0,26	-0,38	-0,02	-0,38	-0,26	0,52	-0,17	0,29	-0,05	-0,32	0,29	0,08
Odstotni delež moških, starih 20-39 let	-0,09	0,15	-0,21	-0,24	-0,15	-0,05	-0,33	0,09	-0,3	-0,09	0,09	-0,18
Odstotni delež žensk, starih 20-39 let	-0,32	-0,32	-0,17	0,14	-0,2	0,71*	0,23	-0,11	0,14	-0,2	0,2	0,05
Odstotni delež moških, starih 40-64 let	0,48*	0,48*	0,24	0,58**	0,42*	0,05	0,36	-0,24	0,27	0,42*	0	0,09
Odstotni delež žensk, starih 40-64 let	-0,03	-0,09	-0,03	0,18	0,03	-0,05	0,39	-0,21	0,36	0,03	-0,33	0,06
Odstotni delež moških, starih 65 ali več let	0,17	0,23	-0,02	-0,05	0,11	-0,81**	0,08	-0,08	0,05	0,23	-0,23	-0,14
Odstotni delež žensk, starih 65 ali več let	0,32	0,23	0,08	0,17	0,32	-0,59	-0,08	-0,14	-0,17	0,38	-0,23	-0,08
Število priseljenih v zadnjem letu (z državljanstvom slovenskega) na 100 prebivalcev	0,11	0,05	0,11	0,02	0,11	0	0,11	0,35	0,14	-0,08	0,29	0,26
Število priseljenih v zadnjem letu (z tujino) na 100 prebivalcev	-0,18	0,12	-0,36	-0,21	-0,24	-0,33	-0,06	0,12	0,03	-0,12	-0,12	0,09
Stopnja registrirane brezposelnosti	0,12	0	0,24	0,33	0,18	0,62*	-0,06	-0,06	-0,09	0,06	0	0,09
Stopnja dolgotrajne brezposelnosti	0,15	0,03	0,21	0,36	0,21	0,62*	-0,09	-0,09	-0,12	0,09	-0,03	0,12
Stopnja brezposelnosti - moški	-0,06	-0,06	0,06	0,21	0	0,43	-0,06	-0,12	-0,09	-0,18	-0,12	-0,03
Stopnja brezposelnosti - ženske	0,22	0,03	0,22	0,37	0,22	0,29	0	-0,18	-0,09	0,09	-0,12	0
Stopnja delovne aktivnosti - moški	-0,02	0,05	-0,14	-0,29	-0,08	-0,52	-0,02	0,11	0,02	0,11	0,11	-0,05
Stopnja delovne aktivnosti - ženske	-0,12	0,06	-0,3	-0,39	-0,18	-0,52	0,06	0,12	0,15	0	0,12	0,03
% enočlanskih gospodinjstev med gospodinjstvi	0	0,06	-0,18	-0,21	-0,06	-0,62*	0,18	0,12	0,15	0,06	-0,18	0,09
% enočlanskih gospodinjstev z aktivnim članom med gospodinjstvi	-0,36	-0,18	-0,36	-0,21	-0,42*	-0,14	0,36	-0,12	0,33	-0,24	-0,42*	-0,09
% družin: mati z otroki (od vseh družin)	-0,42*	-0,24	-0,55**	-0,09	-0,3	0,14	0,36	-0,3	0,33	-0,36	-0,36	-0,21
% družin: oče z otroki (od vseh družin)	-0,33	-0,09	-0,39	-0,12	-0,21	-0,14	0,27	-0,09	0,3	-0,33	-0,21	-0,12
Št. umrlih na 1000 prebivalcev	0,62**	0,43*	0,43*	0,43*	0,58**	-0,24	-0,15	0	-0,18	0,43*	0,12	0,25
BDP na prebivalca v EUR	-0,45*	-0,21	-0,58**	-0,55**	-0,58**	-0,24	0,03	0,03	0,06	-0,33	-0,15	0
Št. izvajalcev zdravstvenega varstva na 1000 prebivalcev - vse poklicne skupine	-0,27	-0,03	-0,52*	-0,12	-0,27	-0,62*	0,27	-0,33	0,18	-0,09	-0,27	-0,06
Št. izvajalcev zdravstvenega varstva na 1000 prebivalcev - zdravniki	-0,33	-0,09	-0,58**	-0,18	-0,39	-0,24	0,33	-0,27	0,24	-0,21	-0,27	-0,12
Št. izvajalcev zdravstvenega varstva na 1000 prebivalcev - socialni delavci	-0,05	-0,02	-0,3	0,08	-0,02	-0,35	0,14	-0,46*	0,02	0,05	-0,21	-0,18
Št. izvajalcev zdravstvenega varstva na 1000 prebivalcev - psihologi	-0,38	-0,22	-0,50*	-0,19	-0,38	-0,31	0,34	-0,28	0,25	-0,19	-0,41	-0,22

* - Korelacija je statistično pomembna na ravni tveganja $p = 0,05$; ** - Korelacija je statistično pomembna na ravni tveganja $p = 0,01$.

14.6. Skupine za samopomoč, nestrokovne skupine in svetovalni telefoni

Skupine za samopomoč, nestrokovne skupine in svetovalni telefoni (kategorija S), ki se popisujejo v sklopu ESMS instrumenta se registrirajo na ravni nabora podatkov o številu izvajalcev, uporabnikov in urnikov dejavnosti ter nimajo predvidene metodologije ocenjevanja dostopnosti in uporabe dejavnosti, glede na sociodemografske kazalce, kot jih imajo ostale kategorije služb (R, D in O). Za uvrstitev v to kategorijo ne smejo zaposlovati osebja, ki nudi bivalne, dnevne, ambulantne ali storitve skupnosti, kot je opisano v ostalih kategorijah. V to kategorijo se uvrščajo tudi službe, ki nimajo zaposlenih specialistov za ocenjevanje, pomoč ali zdravljenje oseb z duševnimi motnjami (razen če gre za svetovalne telefone). Sem sodijo samopomočne skupine, dnevni centri, forumi svojcev oseb z duševno motnjo in prostovoljci. Glavna naloga tovrstnih storitev je nudenje neke oblike podpore, pomoči ali stika osebam z duševno motnjo ali njihovim skrbnikom. V savinjski, zasavski in spodnjemosavski se ta kategorija v primerjavi z ostalimi regijami pojavlja kot najbolj pogosta oblika dejavnosti (slika 5). V tabeli 26 so prikazane nekatere osnovne značilnosti te kategorije. Največ služb, ki izvajajo to dejavnost je osrednjeslovenski, savinjski in podravski regiji in najmanj v pomurski in notranjsko kraški. Najboljšo dostopnost do storitev imajo uporabniki v osrednjeslovenski in savinjski regiji, kjer so urniki delavnikov tudi najbolj pestri in niso omejeni zgolj na delovnik med 8.-17. ure, ampak delajo tudi med vikendi in po 17. uri. Podatki za število uporabnikov in izvajalcev so bolj na ravni ocene, saj službe največkrat nimajo dobrega pregleda na tem, koliko uporabnikov je zares iskalo pri njih pomoč (še posebej v primeru telefonskih svetovanj). Poleg tega se velikokrat pojavljajo uporabniki tudi v vlogi izvajalcev nekaterih dejavnosti, imajo nestalne člane (svojci), telefonska svetovanja ne vodijo posebnih evidenc iz katerih regij se išče tovrstna pomoč, kar še dodatno otežuje oceno uporabnikov in izvajalcev.

Tabela 26

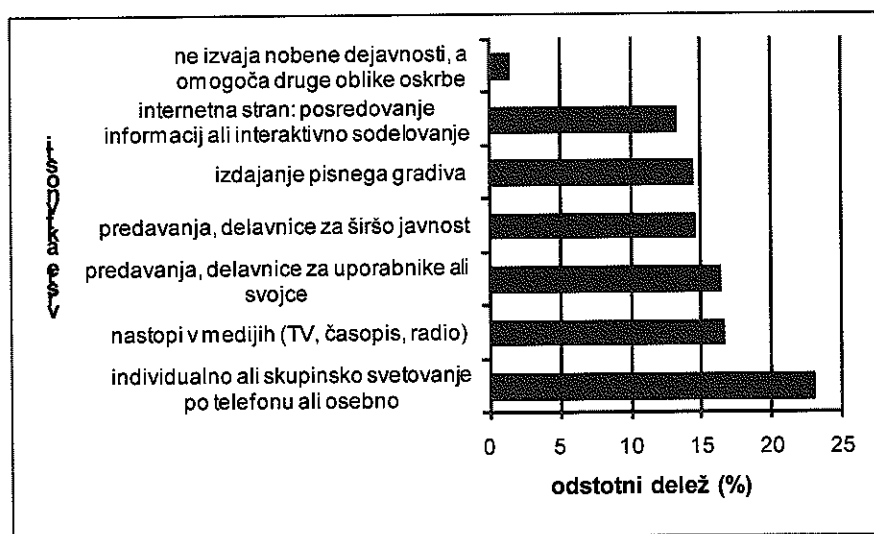
Službe, ki nudijo uporabnikom skupine za samopomoč, nestrokovne skupine in svetovalne telefone v posameznih statističnih regijah

SKUPINE ZA SAMOPOMOČ, NESTROKOVNE SKUPINE IN SVETOVALNI TELEFONI	Število služb	Število služb med delovnikom in vikendi	Število služb samo med delovnikom	Število služb med 8h in 17h	Število služb izven delovnika (po 17h)	Povpr. število izvajalcev	Povpr. število uporabn.	Povpr. pogostost srečevanj skupin (na mesec)	Povpr. pogostost telef. svetovanj (na mesec)
Pomurska	17	9	6	11	8	84,9	176,4	9,9	19,8
Podravska	27	11	13	18	13	60,0	150,1	9,1	21,3
Koroška	25	9	14	15	14	66,4	118,2	6,9	21,0
Savinjska	36	12	20	18	20	47,9	185,0	6,6	21,3
Zasavska	20	9	8	10	11	91,3	170,0	10,5	23,1
Spodnjeposavska	21	8	11	10	12	80,6	135,0	9,2	22,3
Jugovzhodna	24	9	13	16	10	70,1	173,0	7,9	22,3
Osrednjeslovenska	37	14	21	20	19	57,8	201,3	6,1	22,3
Gorenjska	25	13	10	16	12	62,8	334,6	9,6	22,1
Notranjsko-kraška	17	11	4	12	7	85,3	209,4	9,7	22,9
Goriška	20	9	9	13	8	74,1	148,5	8,1	21,5
Obalno-kraška	23	10	11	12	13	62,0	281,7	8,3	22,9

XX – večje število v primerjavi z ostalimi regijami

14.7. Promocijska dejavnost služb na področju duševnega zdravja

Na vprašanje katero obliko promocijskih dejavnosti na področju duševnega zdravja službe izvajajo, je le 2% služb navedlo, da ne izvajajo nobene promocijske aktivnosti, vendar omogočajo le določeno obliko oskrbe (slika 10). Prevladujoče oblike promocijske aktivnosti so individualno ali skupinsko svetovanje po telefonu ali osebno, nastopi v medijih (TV, časopis, radio) ter predavanja in delavnice za uporabnike ali svojce.



Slika 10. Deleži promocijskih dejavnosti popisanih služb glede na vrsto aktivnosti v vseh statističnih regijah skupaj.

Po posameznih statističnih regijah so deleži promocijskih dejavnosti podobno razporejeni, kot na ravni celotne države; prevladujejo individualno ali skupinsko svetovanje po telefonu ali osebno, nastopi v medijih ter izdajanje različnega pisnega gradiva. Vendar pa primerjava med regijami in med številom vseh promocijskih aktivnosti (ne glede na vrsto), ki jih izvajajo službe sedežem v tej regiji in številom promocijskih aktivnosti na 100.000 prebivalcev pokaže, da se regije, kjer se izvaja največ promocijske dejavnosti (osrednjeslovenska - 396, podravska - 144, savinjska - 111, obalno-kraška - 107) nekoliko razlikujejo, ko jih primerjamo glede na število 100.000 prebivalcev regije (**tabela 27**). Izkaže se, da so promocijske dejavnosti najbolj izrazite obalno-kraški regiji (99 na 100 000 preb.), osrednjeslovenski regiji (78 na 100 000 preb.), v goriški (61 na 100 000 preb.) in v koroški regiji (58 na 100 000 preb.). V najslabšem položaju sta v tem pogledu savinjska (42 na 100 000 preb.) in zasavska regija (38 na 100 000 preb.).

Tabela 27

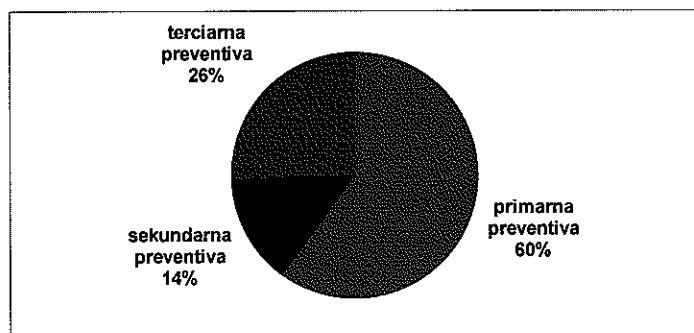
Primerjava števila služb (na 100.000 prebivalcev regije), ki izvajajo promocijskih aktivnosti, ki jih nudijo službe po posameznih statističnih regijah

ŠTEVILO PROMOCIJSKIH AKTIVNOSTI SLUŽB NA 100.000 PREB.	Individualno ali skupinsko svetovanje po telefonu ali osebno	Nastopi v medijih (TV, časopis, radio)	Izdajanje pisnega gradiva (brošure, letaki)	Spletna stran-posredovanje informacij, interaktivno sodelovanje	Predavanja, delavnice za uporabnike ali svoje	Predavanja, delavnice za širšo javnost	Število vseh aktivnosti v regiji
Pomurska	10	7	3	11	8	5	55
Podravska	7	6	6	11	8	7	144
Koroška	9	7	4	15	11	12	43
Savinjska	7	6	6	11	5	7	111
Zasavska	7	4	7	7	7	7	17
Spodnjeposavska	6	6	4	10	10	9	31
Jugovzhodna	9	7	5	11	7	7	66
Osrednjeslovenska	13	11	12	18	12	11	396
Gorenjska	8	6	7	8	8	6	89
Notranjsko-kraška	6	8	4	12	10	6	23
Goriška	7	12	8	14	12	6	73
Obalno-kraška	17	15	12	20	18	18	107

XX – večje število promocijskih aktivnosti na 100.000 prebivalcev v primerjavi z ostalimi regijami

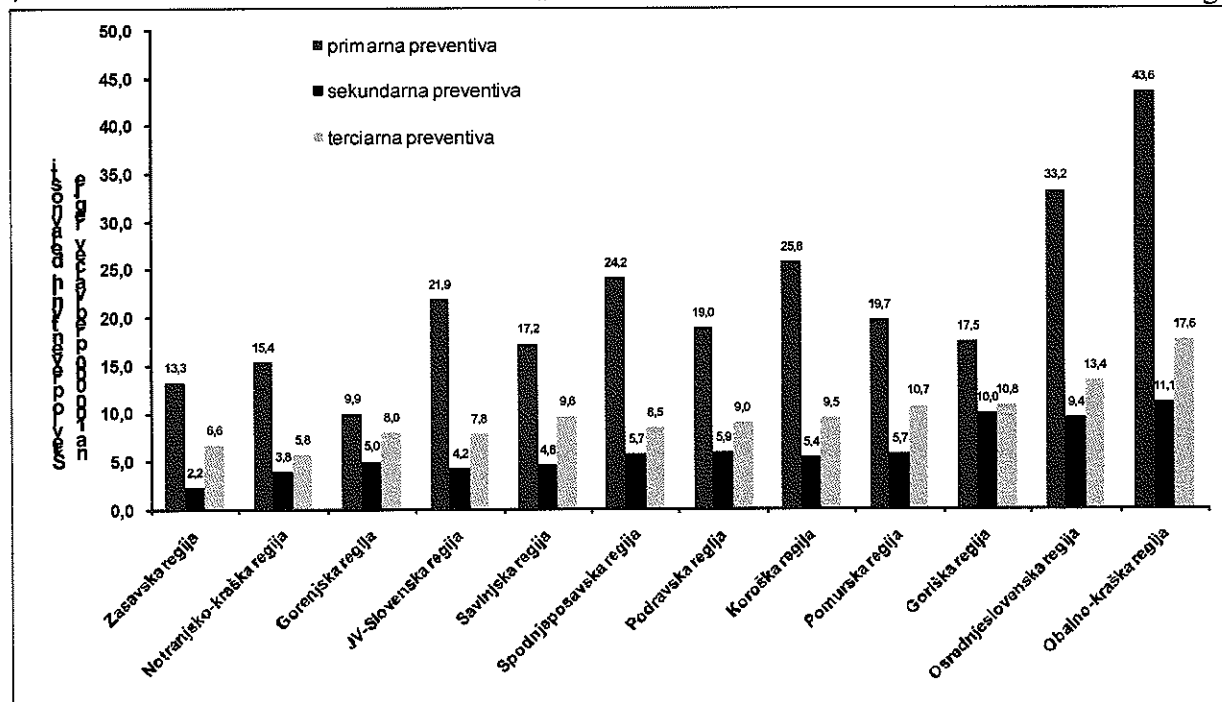
14.8. Preventivna dejavnost služb na področju duševnega zdravja

60% preventivnih aktivnosti služb je usmerjenih k preprečevanju nastanka duševnih bolezni in motenj oz. zmanjšanju njihove pojavnosti, t.j. v primarno preventivo (**slika 11**). Sledijo aktivnosti usmerjene v preprečevanje posledic prebolele duševne motnje oziroma preprečevanje invalidnosti - terciarna preventiva in, najmanj - 14% aktivnosti poteka v okviru sekundarne preventive t.j. odkrivanje in pravočasno ter ustrezno zdravljenje duševnih motenj z namenom zmanjšanja razširjenosti motnje oz. skrajšanja trajanja bolezni.



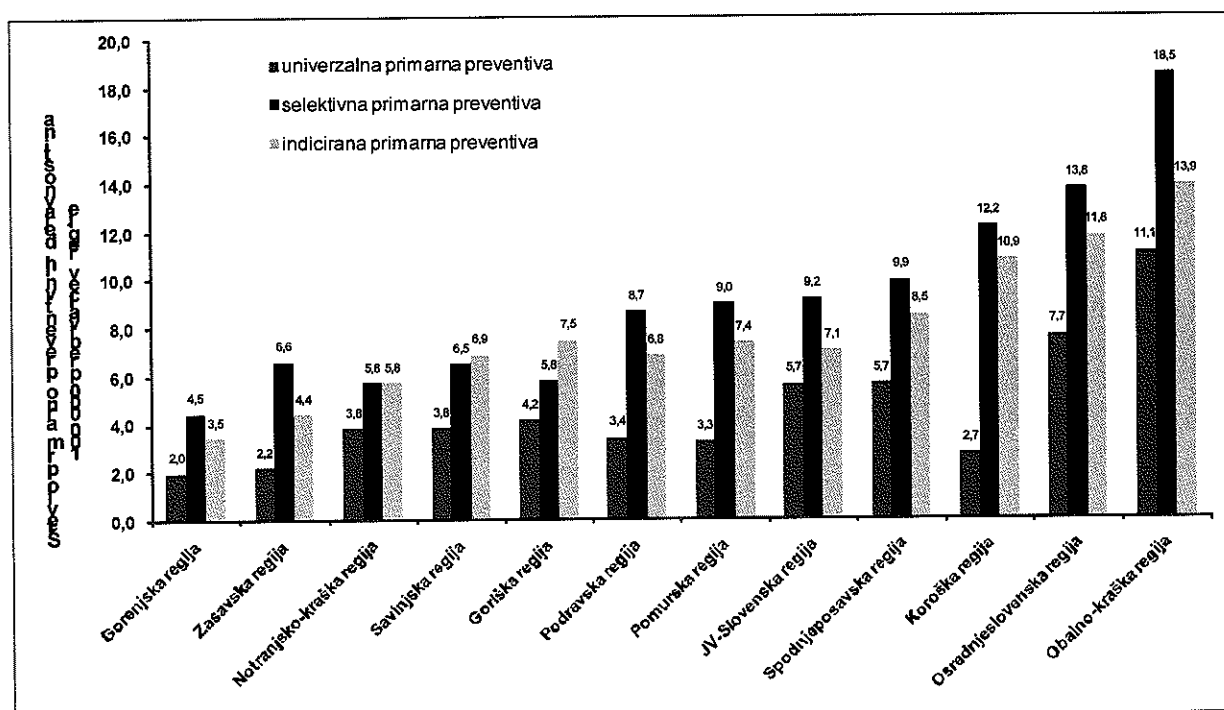
Slika 11. Deleži primarne, sekundarne in terciarne preventivne dejavnosti, ki jih izvajajo službe na področju duševnega zdravja v vseh statističnih regijah skupaj.

Preventivne dejavnosti smo analizirali in primerjali glede na njihovo razširjenost v posamezni statistični regiji tako, da smo število služb, ki nudijo določeno obliko preventive preračunali na 100 000 prebivalcev regije in jih potem razvrstili od največjega do najmanjšega obsega preventivnih dejavnosti po posameznih regijah. Največ preventivnih dejavnosti (ne glede na obliko) na 100 000 prebivalcev regije je moč zaznati v obalno-kraški, osrednjeslovenski in goriški regiji. In najmanj v zasavski, notranjsko-kraški in gorenjski regiji (**slika 12**). Primarna preventiva je daleč najbolj razširjena oblika dejavnosti in lahko opazimo, da je znotraj posameznih statističnih regij zastopana v različnem obsegu.



Slika 12. Primerjava števila služb (na 100.000 prebivalce regije), ki izvajajo primarno, sekundarno in terciarno preventivo.

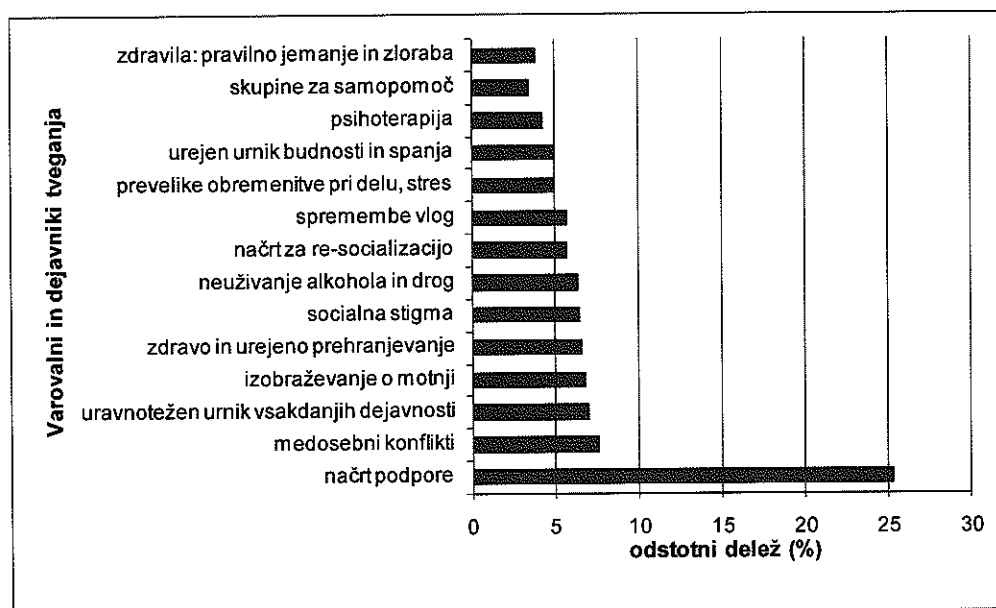
Glede na to, komu je namenjena primarna preventiva jo delimo v *univerzalno, selektivno in indicirano*. Iz **slike 13** je razvidno, da v posameznih regijah prevladuje število služb, ki izvajajo selektivno primarno preventivo, namenjeno skupinam ljudi s povečanim tveganjem za nastanek duševnih motenj, sledijo službe, ki izvajajo indicirano primarno preventivo namenjena ljudem, ki že imajo nekatere simptome duševnih motenj. Precej manj služb se v primerjavi s selektivno primarno preventivo posveča univerzalni primarni preventivi, ki je namenjena celotni populaciji. Najmanj primarno preventivnih dejavnosti je prisotnih v gorenjski, zasavski, notranjsko-kraški in savinjska regiji, medtem ko koroška, osrednjeslovenska in obalno-kraška regija kažejo na najboljšo pokritost s primarno preventivnimi dejavnostmi.



Slika 13. Primerjava števila služb (na 100.000 prebivalce regije), ki izvajajo univerzalno, selektivno in indicirano primarno preventivo.

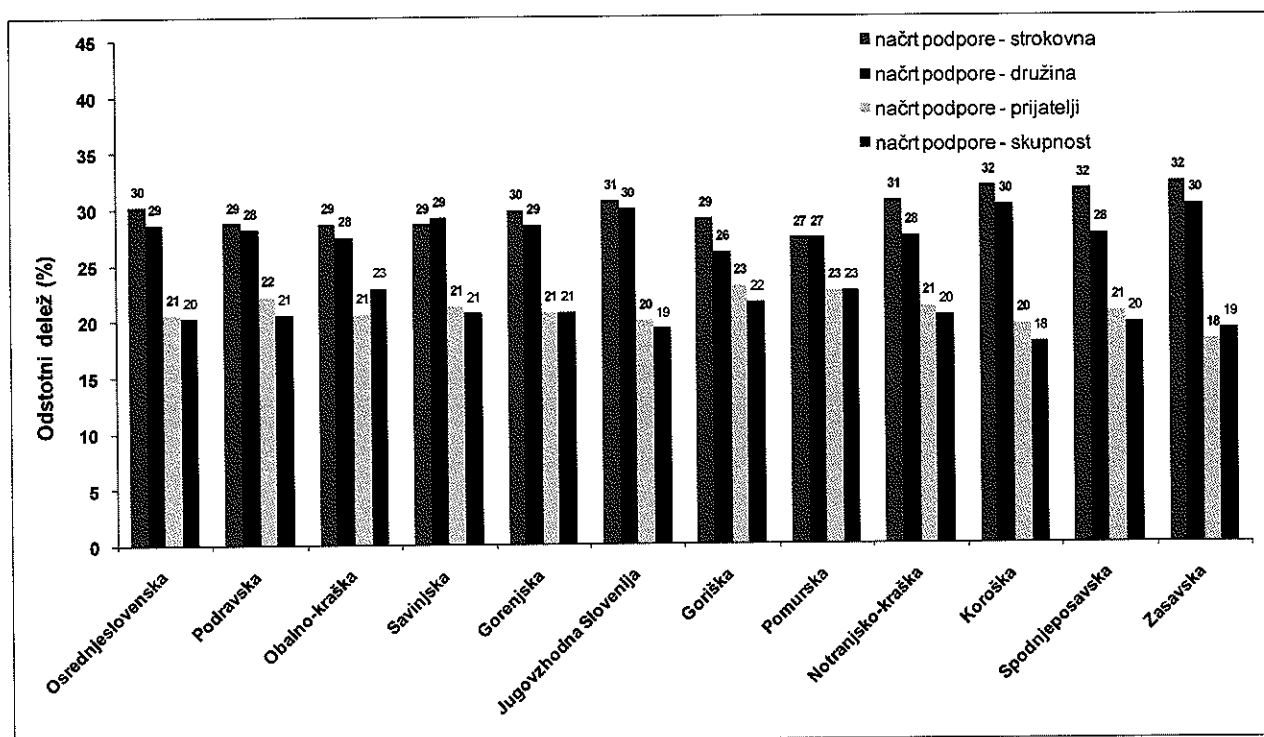
14.9. Varovalni in dejavniki tveganja na katere vplivajo službe s preventivnimi aktivnostmi

Službe, ki izvajajo različne preventivne programe na področju duševnega zdravja so usmerjene tako na dejavnike tveganja kot v krepitev varovalnih dejavnikov. V največjem deležu so izvajalci navajali krepitev varovalnega dejavnika – načrt podpore (**slika 14**), sledijo pa po pogostosti še uravnotežen urnik vsakdanjih dejavnosti, reševanje medosebnih konfliktov, izobraževanje o motnji, zdravo in urejeno prehranjevanje in odpravljanje socialne stigme.



Slika 14. Odstotni deleži preventivnih in dejavnikov tveganja na katere skušajo vplivati službe s preventivnimi aktivnostmi v vseh statističnih regijah skupaj.

V osrednjeslovenski, podravski, obalno-kraški in savinjski regiji je savinjski se je pojavil tudi največji delež služb, ki so navajale različne načrte podpore (slika 15). Primerjava razmerij med različnimi oblikami načrtov podpore v posameznih regijah je pokazala, da gre v vseh regijah za podobno sliko: okrog 60% je namenjeno strokovni in družinski podpori ter okrog 40% prijateljem in skupnosti.



Slika 15. Odstotni deleži načrtov podpore (strokovna, družina, prijatelji, skupnost), ki jih službe izvajajo v posameznih statističnih regijah.

14.10. Ocena ogroženosti duševnega zdravja po regijah

Na duševno zdravje vpliva več determinant, ki so lahko socialne, okoljske in ekonomske narave. Glede na prisotnost določenih dejavnikov tveganja v nekem okolju lahko ocenimo v kakšni meri je ogroženo duševno zdravje prebivalcev na tem področju. Pri oceni tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju pri prebivalcih v določeni statistični regiji smo uporabili statistične zbirke Statističnega urada Slovenije (<http://www.stat.si/index.asp>), Zdravstvene statistike Inštituta za varovanje zdravja (<http://www.ivz.si/index.php?akcija=oddelek&o=7>), Onkološkega inštituta (http://www.onko-si.si/sl/dejavnosti/epidemiologija_in_register_raka/registri_raka/register_raka_za_slovenijo/) in rezultate analiz Urada RS za makroekonomski razvoj (UMAR; http://www.umar.gov.si/publikacije/?no_cache=1). Zbrali smo statistike za nekatere dejavnike tveganja, ki so povezani s sociodemografsko in zdravstveno sliko posamezne statistične regije, dodali pa smo še podatke pridobljene z ESMS metodologijo, kjer smo uporabili kazalnike dostopnosti in uporabe mapiranih služb v določeni regiji. Podatki iz zdravstvenih in statističnih baz se nanašajo na obdobje od 2005 do 2007. Osnovno vodilo izbora podatkov pa je bilo, da smo pridobili najbolj sveže možne podatke, ki so bili dostopni tudi na regionalni ravni. Uporabili smo metodologijo rangiranja podatkov za določen dejavnik. Vrednosti posameznega kazalnika smo najprej za vsako regijo uvrstili v razrede med 1 in 12, kjer je **rang 1** predstavljal **največjo** in **rang 12** pa **najmanjšo** stopnjo prisotnosti dejavnika tveganja za določen kazalnik (npr. vrednostim sociodemografskega kazalnika *delež moških starih nad 75 let* smo pripisali najnižji rang t.j. rang 1 v regiji, kjer je vrednost tega kazalnika največja, in rang 12 v regiji, kjer je njegova vrednost najmanjša; rangi za ostale regije so se ustrezno razvrstili med vrednostima 1 in 12). Potem smo izračunali povprečni rang dejavnikov tveganja za določen kazalnik v regiji in tako pridobili oceno ogroženosti duševnega zdravja v določeni regiji v primerjavi z ostalimi.

V naboru sociodemografskih kazalnikov smo upoštevali za vsako statistično regijo naslednje dejavnike tveganja:

- Delež moških in žensk, starih nad 75 let
- Indeks staranja
- Število umrlih na 1000 preb.
- Standardiziran količnik prezgodnje umrljivosti za obdobje 2001-2005
- Indeks starostne odvisnosti
- Indeks razvojne ogroženosti (izračunan z obtežitvijo kazalcev *gospodarske razvitosti* (BDP na prebivalca, bruto osnova za dohodnino na prebivalca, število delovnih mest na delovno aktivno prebivalstvo v regiji in brutododana vrednost gospodarskih družb na zaposlenega), *trga dela* (stopnja registrirane brezposelnosti in stopnja registrirane zaposlenosti), *prebivalstva* (indeks staranja prebivalstva), *izobrazbe* (povprečno število let šolanja) in *okolja* (delež prebivalstva priključenega na javno kanalizacijo, delež površine območij Natura 2000 in kazalec poseljenosti).
- Prejemniki denarnih socialnih pomoči na 1000 preb.
- Število razvez na 1000 preb.
- Delež enostarševskih družin: mati z otroki in oče z otroki
- Stopnja registrirane brezposelnosti
- Stopnja delovne aktivnosti moških in žensk
- Stopnja dolgotrajne brezposelnosti moških in žensk

- Bruto družbeni proizvod na prebivalca
- Delež prebivalcev brez izobrazbe, z nepopolno osnovnošolsko ali samo osnovnošolsko izobrazbo
- Obsojene polnoletne osebe, ki sta jim bila izrečena vzgojni ukrep ali kazen na 1000 preb.
- Poraba čistega alkohola na prebivalca v regiji.

V okviru zdravstvenih kazalnikov smo zajeli za vsako statistično regijo naslednje dejavnike tveganja:

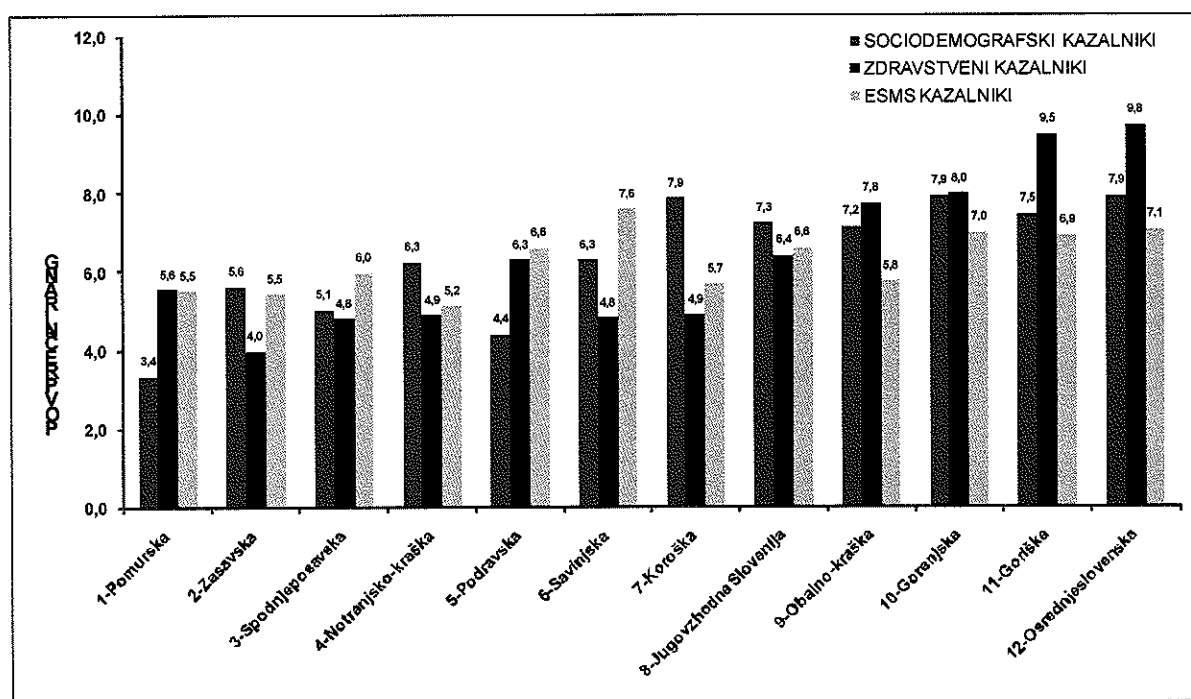
- Starostno standardizirana incidenčna stopnja najpogostejših lokacij raka po spolu za moške in ženske
- Število vseh izdanih receptov na 100 prebivalcev
- Število izdanih receptov na 100 prebivalcev v skupini zdravil N (zdravila z delovanjem na živčevje: N05A - antipsihotiki, N05B - anksiolitiki; N05C - hipnotiki in sedativ; N06 - psihoanaleptiki; N06A - antidepresivi; N06AA - neselektivni zaviralci prevzema monoaminov; N06AB - selektivni zaviralci prevzema serotonina; N06AG - zaviralci monoamino oksidaz tipa A; N06AX - drugi antidepresivi; N06B - psihostimulansi in učinkovine za obnovo celic CŽS; N06D - zdravila za zdravljenje demence; N07B - zdravila za zdravljenje zasvojenosti)
- Odstotek bolniškega staleža
- Umrljivost zaradi vzrokov, ki jih neposredno pripisujemo alkoholu (starostno standardizirana umrljivost 15+)
- Število izvajalcev zdravstvenega varstva na 1000 prebivalcev regije za vse poklice
- Število izvajalcev zdravstvenega varstva na 1000 prebivalcev regije za poklice: zdravniki, soc. delavci, psihologi
- Stopnje YPLL za samomor po statističnih regijah (YPLL- prezgodaj (pred 65. letim starosti) izgubljena leta potencialnega življenja)
- Koeficient samomorilnost na 100 000 preb.

V okviru ESMS kazalnikov smo na področju delovanja služb za vsako regijo vključili naslednje kazalce:

- Število dejavnosti bivalnih enot (R) na 100 000 preb. regije
- Število dnevnih in strukturiranih dejavnosti (D) na 100 000 preb. regije
- Število ambulantnih dejavnosti in dejavnosti v skupnosti (O) na 100 000 preb. regije
- Število dejavnosti skupin za samopomoč, nestrokovnih skupin, svetovalnih telefonov (I) na 100 000 preb. regije
- Število različnih kategorij R, D, O na 100 000 preb. regije
- Uporaba (namestitve) vseh bivalnih enot (R1-13) na 100 000 preb. regije
- Uporaba strukturiranih dejavnosti (uD2-9) na 100 000 preb. regije
- Uporaba ambulantnih dejavnosti zmerne in visoke intenzitete (uO5-10) ter nizke intenzitete (uO1-4) na 100 000 preb. regije

Na sliki 16 so prikazane rangirane statistične regije (od 1- največja prisotnost dejavnikov tveganja do 12 - najmanjša prisotnost dejavnikov tveganja) za izbrane sociodemografske in zdravstvene kazalnike. V primeru ESMS kazalnikov se rang 1 nanaša na nizko število dejavnosti in veliko

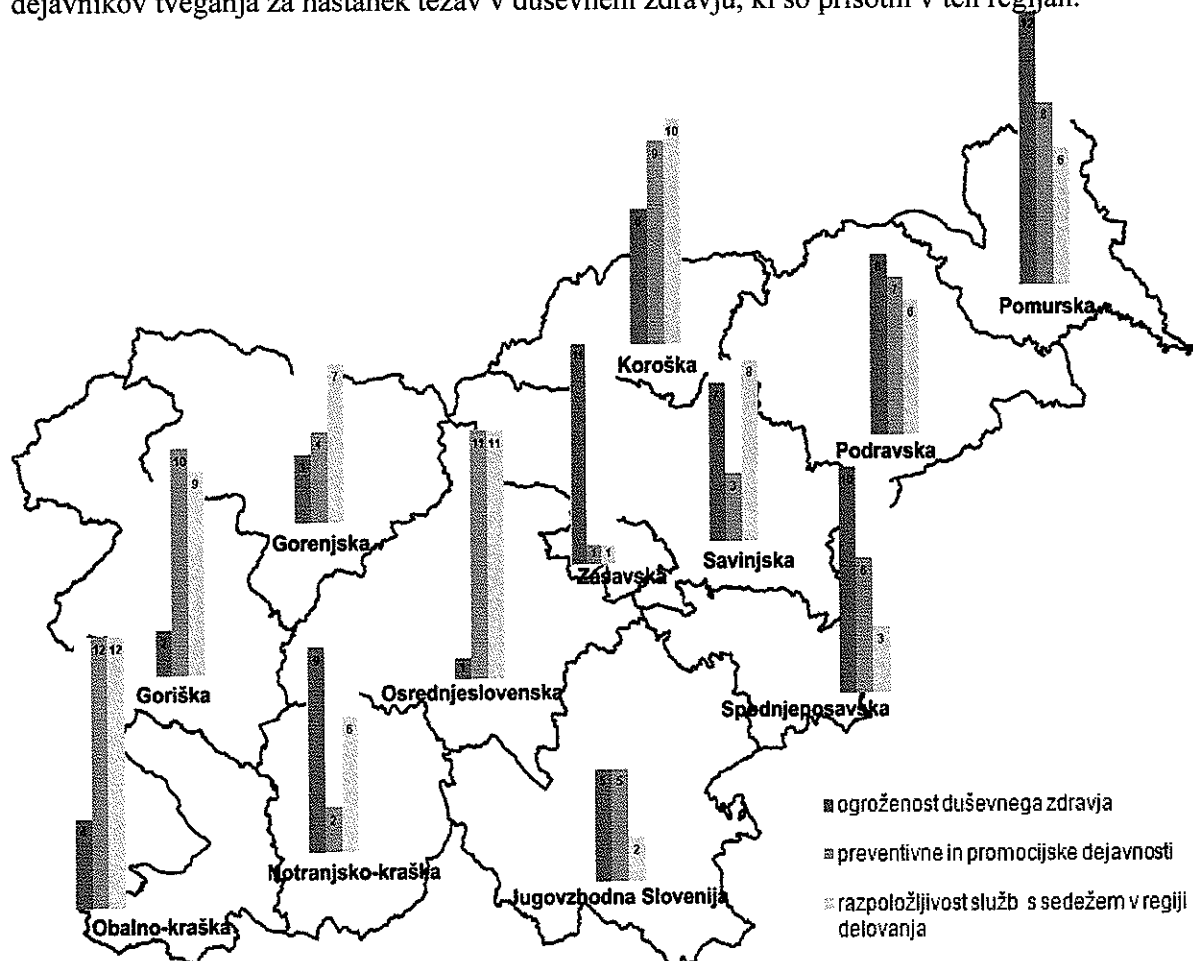
uporabo dejavnosti, rang 12 pa na veliko število dejavnosti in majhno uporabo le teh. Pomurska, zasavska, spodnjeposavska in notranjsko-kraška imajo v primerjavi z ostalimi statističnimi regijami prisotnih največ sociodemografskih in zdravstvenih dejavnikov tveganja, ki jih lahko povežemo z razvojem težav v duševnem zdravju. V najmanjšem obsegu so dejavniki tveganja prisotni v gorenjski, goriški in osrednjeslovenski statistični regiji. ESMS kazalniki (se nanašajo zgolj na 251 služb, ki so bile popisane po ESMS kriterijih), ki opisujejo raznolikost in dostopnost služb na področju duševnega zdravja v določeni regiji, sicer ne sledijo v absolutnem smislu omenjenemu vrstnemu redu, se pa prej omenjene regije podobno grupirajo na ekstremih lestvice. Notranjsko-kraška, zasavska, pomurska in koroška regija so se po ESMS kazalnikih uvrstile med regije, ki imajo relativno nizko število razpoložljivih služb na področju duševnega zdravja ter dokaj visoko število uporabnikov v primerjavi z ostalimi statističnimi regijami. Medtem ko goriška, gorenjska, osrednjeslovenska izkazujejo najboljšo razpoložljivost služb na področju duševnega zdravja. Savinjska regija se je po kazalnikih ESMS odrezala najboljše, čeprav se po sociodemografskih in zdravstvenih kazalnikih nahaja na ravni notranjskokraške regije. Vendar je pri ESMS kazalnikih treba upoštevati tudi določene rezerve pri podatkih uporabe služb, saj podatki, ki so jih posredovale službe velikokrat niso najbolj točni in so bolj na ravni ocene. Zato je možno, da prihaja tudi do pre-oz. pod- cenjenih ESMS kazalnikov na ravni regij. Če pogledamo zgolj razpoložljivo število in raznolikost služb na 100 000 prebivalcev, se regije rangirajo nekoliko drugače. Najmanj jih najdemo v pomurski, jugovzhodni, zasavski in podravski regiji in največ v goriški, savinjski, koroški in osrednjeslovenski statistični regiji.



Slika 16. Primerjava sociodemografskih, zdravstvenih in ESMS kazalnikov po statističnih regijah.

Primerjava med obsegom ogroženosti duševnega zdravja (glede na sociodemografske in zdravstvene kazalnike skupaj), preventivno promocijskimi dejavnostmi in razpoložljivostjo služb na področju duševnega zdravja po posameznih regijah je prikazana na **sliki 17**. Vse regije so prikazane v razponu stopenj od 1 do 12 za posamezno kategorijo. *Stopnja 1* predstavlja najmanjši obseg ogroženega duševnega zdravja oz. najmanj preventivno promocijskih dejavnosti oz. najmanjšo razpoložljivost služb za duševno zdravje v primerjavi z ostalimi regijami. *Stopnja 12* pa odslikava največji obseg ogroženosti duševnega zdravja oz. največ preventivno promocijskih dejavnosti oz. največjo razpoložljivost služb za duševno zdravje v primerjavi z ostalimi regijami. *Kategorijo ogroženosti duševnega zdravja* sestavljajo sociodemografski in zdravstveni kazalniki skupaj, *kategorijo preventivno promocijskih dejavnosti* oblikujejo vse oblike preventivno promocijskih

dejavnosti, ki so prisotne v določeni regiji na 100 000 prebivalcev. *Kategorija razpoložljivosti služb za duševno zdravje* je oblikovana samo iz služb, ki imajo tudi sedež v regiji delovanja in vsebuje število dejavnosti, ki jih službe nudijo (bivalne enote, dnevne in strukturirane dejavnosti, ambulantne dejavnosti in dejavnosti skupnosti, skupine za samopomoč, svetovalni telefoni ter ozaveščanje in izobraževanje javnosti brez neposrednega stika). Končne stopnje od 1 - 12 so bile oblikovane na osnovi povprečnih rangov za posamezne kazalnike znotraj regij in predstavljajo distribucijo regij znotraj posamezne kategorije. Na **sliki 17** lahko vidimo, da se visoke in nižje stopnje ogroženosti duševnega zdravja v Sloveniji, koncentrirajo v geografskem smislu. Največja stopnja ogroženosti se pojavlja v statističnih regijah vzhodne Slovenije (pomurska, zasavska, spodnjeposavska, podravska, savinjska) in v notranjsko-kraški statistični regiji, medtem ko je v statističnih regijah zahodne Slovenije (osrednjeslovenska, goriška, gorenjska, jugozahodna) stopnja ogroženosti najmanjša. Opazimo tudi, da se obseg preventivno promocijskih dejavnosti ne pokriva dobro s kazalniki ogroženosti duševnega zdravja. Tako imamo največ promocijsko preventivnih aktivnosti prisotnih v regijah, kjer je stopnja ogroženosti relativno nizka (obalno-kraška, osrednjeslovenska, goriška) in obratno, relativno slabo zastopane preventivno promocijske aktivnosti v regijah, kjer so sociodemografski in zdravstveni dejavniki tveganja za nastanek težav v duševnem zdravju najbolj izraziti (zasavska, notranjsko-kraška, savinjska in pomurska regija). Če pogledamo razpoložljivost služb v primerjavi z oceno ogroženosti duševnega zdravja po posameznih regijah razberemo, da so v najbolj depriviligiranem položaju zasavska, pomurska, spodnjeposavska, notranjsko-kraška in jugovzhodna regija, medtem ko imajo regije zahodne Slovenije dokaj dobro razpoložljivost služb na področju duševnega zdravja glede na ocenjen obseg dejavnikov tveganja za nastanek težav v duševnem zdravju, ki so prisotni v teh regijah.



Slika 17. Primerjava stopenj ogroženosti duševnega zdravja, obsega preventivno promocijskih dejavnosti in razpoložljivosti služb za duševno zdravje po statističnih regijah.

15. Povzetek in interpretacija rezultatov

Raziskava, ki smo jo opravili, predstavlja pomemben korak na poti k enovitemu popisu obstoječih služb in njihovih dejavnosti na področju duševnega zdravja v Sloveniji. Z njo smo pridobili vpogled v trenutno stanje na področju dostopnosti in raznolikosti služb, njihovih aktivnosti ter dejanskih regionalnih potreb po različnih oblikah obravnavanja duševnega zdravja. V nadaljevanju bomo povzeli, kaj smo s pričujočo raziskavo ugotovili, v kolikšni meri rezultati raziskave pojasnjujejo stanje duševnega zdravja v Sloveniji tako iz vidika preventive kakor kurative.

Z raziskavo smo želeli ugotoviti kakšna je dostopnost, uporaba in raznolikost dejavnosti služb na področju duševnega zdravja v različnih statističnih regijah Slovenije. Hkrati smo tudi preverjali, kakšna je njihova povezanost z izbranimi sociodemografskimi in zdravstvenimi dejavniki tveganja za nastanek težav v duševnem zdravju. Za doseg te ciljev smo se uporabili instrument ESMS (Johnson idr., 2000) in ESDS (Beecham idr., 2000) ter ju dopolnili s sklopom vprašanj o preventivni in promocijski dejavnosti služb. Iz prvotnega seznama 580 služb, smo pridobili podatke za 301 služb v 12 statističnih regijah, od teh jih je 251 ustrezalo kriterijem ESMS metodologije. Dostopnost služb in njihova uporaba sta, kot smo ugotavljali v uvodu in kot je poročala večina predstavnikov služb, ki smo jih anketirali, tesno povezana. Veliko izvajalcev je med anketiranjem poudarilo, da se vsakodnevno soočajo s pomanjkanjem časa, strokovnjakov, prostora, denarja ali kombinacije naštetega, ki jim onemogoča, da bi sprejeli vse ljudi, ki bi potrebovali njihovo pomoč. Z drugimi besedami: z vprašalnikom nismo odkrili področja, kjer bi po količini ponudba presegala povpraševanje. Tako v kazalcih uporabe na 100 000 prebivalcev, ki so eni od bistvenih rezultatov raziskave, ne moremo ločiti pogostosti problematike (težav v duševnem zdravju) v prebivalstvu od kapacitet služb, ki so na voljo. Pravzaprav bi lahko oboje ločili le v primeru, če bi bile kapacitete služb za vsa področja duševnega zdravja večje od števila ljudi, ki bi potrebovali njihove usluge. Omenjena situacija pa ni najbolj realna, niti racionalna, če pomislimo na vsa ostala področja, ki potrebujejo svoje vire.

S pomočjo izbranih sociodemografskih in zdravstvenih kazalnikov ter kazalcev dostopnosti in uporabe služb po ESMS metodologiji lahko pridobimo vpogled v oceno, katere dejavnike je v Sloveniji potrebno upoštevati pri načrtih za povečanje kapacitet služb na področju duševnega zdravja in pri ustanavljanju novih. Podatki o tem, katere vrste služb obstajajo, kako so razporejene po regijah in katere dejavnosti izvajajo pa omogočajo tudi to, da lahko razberemo obstoječe vrzeli. V sklopu analize delovanja služb smo posvetili posebno pozornost tudi njihovi preventivni dejavnosti. Ne glede na raven virov je namreč pomembno, kot pravita Thornicroft in Tansella (2004), da so vse komponente oskrbe na nekem območju med seboj usklajene. Poleg usklajenosti po vrsti in lokaciji služb, je seveda pomembna tudi usklajenost v smislu povezanosti in sodelovanja med službami, ter prepletenost kurativne s preventivo dejavnostjo.

Na osnovi korelacij med kazalci uporabe služb na 100 000 prebivalcev in sociodemografskimi dejavniki statističnih regij ni mogoče zaključevati, ali gre za povezanost med sociodemografskimi dejavniki in pogostostjo težav v duševnem zdravju pri prebivalcih ali za povezanost med sociodemografskimi dejavniki in kapacitetami služb na področju duševnega zdravja. Sam vprašalnik ESDS sicer zajema spremenljivke, ki so se v preteklih raziskavah izkazale kot pomembno povezane s pogostostjo težav v duševnem zdravju. To pomeni, da bi se lahko v regijah, kjer so te spremenljivke bolj neugodne, pojavila večja potreba po službah na področju duševnega zdravja, posledično pa tudi večja ponudba služb. Te povezave v naši raziskavi nismo mogli preveriti, ker imamo ponudbo služb in potrebe uporabnikov združene v eni spremenljivki – kazalcih uporabe. Preverjali smo samo, ali obstaja povezanost med sociodemografskimi dejavniki in kazalci uporabe služb, ne pa tudi, katera spremenljivka vpliva na katero, saj korelacije te informacije ne dajo. Zato smo dodatno še z nekaterimi izbranimi zdravstvenimi statistikami ocenjevali stopnjo ogroženosti duševnega zdravja v posameznih statističnih regijah in tako pridobili vpogled v primerjavo med dejavniki tveganja in razpoložljivostjo ter dostopnostjo služb po ESMS

metodologiji. Pri tem smo se opirali na smernice WHO koncepta varovalnih in dejavnikov tveganja (WHO, 2005d). V praksi seveda pričakujemo, da sociodemografski in zdravstvenimi dejavniki vplivajo na uporabo služb, vendar statistično tega nismo preverjali, kakor tudi nismo ugotavljali obsega vpliva uporabljenih spremenljivk na uporabo služb.

15.1. Dostopnost in raznolikost služb na področju duševnega zdravja po statističnih regijah

Število popisanih služb se od regije do regije zelo razlikuje. Tako se število služb (301), ki imajo sedež v regiji delovanja razlikuje od števila vseh služb (717) in celokupnega števila njihovih dejavnosti (1151), ki so na voljo uporabnikom v vseh regijah delovanja. Nekatere službe namreč opravljajo več dejavnosti hkrati in to po različnih regijah. Osrednjeslovenska regija ima v tem oziru največ služb, ki imajo tudi sedež v omenjeni regiji, ima tudi največ razpoložljivih dejavnosti, kajti v tej regiji izvajajo različne aktivnosti tudi službe, ki imajo sedež lociran v kakšni od sosednjih regij. Najmanj služb smo registrirali v zasavski, notranjsko-kraški in spodnjeposavski regiji. Vendar pa je pri teh podatkih potrebno upoštevati dejstvo, da gre za absolutne številke, ki ne omogočajo neposredne primerljivosti med regijami. In drugič, da so podatki za isto službo zavedeni tudi v več regijah njihovega delovanja. Tako lahko npr. služba s sedežem v gorenjski regiji navede, da deluje tudi v pomurski regiji, vendar se zastavlja vprašanje koliko uporabnikom je v praksi dejansko na voljo v tej regiji delovanja. Zato smo zaradi natančnejše ocene dostopnosti in raznolikosti služb le te primerjali med seboj glede na število prebivalcev (100 000) regije in glede na službe, ki delujejo v regiji, kjer je tudi njihov sedež. Saj menimo, da službe s sedežem v regiji tudi najbolje pokrivajo potrebe uporabnikov, še sploh v primerih, kjer je za izvajanje dejavnosti potrebna določena infrastruktura. Slika razpoložljivosti služb v posamezni regiji se po tej metodologiji precej spremeni. Saj upoštevamo dejavnosti 301 služb v regijah, kjer imajo te službe tudi sedež, kar znese skupno skupno 446 dejavnosti v vseh regijah delovanja. Ugotovimo, da je na 100 000 prebivalcev najmanj služb na voljo prebivalcem zasavske, gorenjske, spodnjeposavske in notranjsko-kraške regije ter največ v goriški, koroški, osrednjeslovenski in obalno-kraški regiji. Pri tem je potrebno upoštevati, da je v tej oceni zastopanih vseh 5 oblik dejavnosti, ki smo jih v okviru ESMS metodologije popisali: *bivalne enote* (uporabnik spi v prostorih službe), *dnevne in strukturirane dejavnosti* (dostopne več uporabnikom hkrati, uporabniki pa se lahko zadržujejo v prostorih tudi po končanem srečanju z osebjem), *ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti* (namenjene zgolj kontaktu med uporabnikom in osebjem), *skupine za samopomoč in nestrokovne skupine* (skupine za samopomoč, nestrokovne skupne in svetovalni telefoni) ter *ozaveščanje in izobraževanje javnosti, izdajanje gradiva brez neposrednega stika z uporabniki* (izdajanje strokovnih, znanstvenih publikacij, medijski nastopi, spletne strani).

Dejavnosti služb niso po regijah enakomerno zastopane, v nekaterih regijah prevladujejo ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti (**slika 5**), v drugih skupine za samopomoč in nestrokovne skupine ter svetovalni telefon. Največje število razpoložljivih dejavnosti je bilo registriranih v osrednjeslovenski, savinjski, podravski in obalno-kraški regiji in najmanj v notranjsko-kraški, spodnjeposavski in zasavski regiji. Če dejavnosti služb analiziramo iz vidika njihovega sedeža v regiji delovanja na 100 000 prebivalcev dobimo sliko, ki se nekoliko razlikuje od prejšnje. Najmanj dejavnosti na 100 000 prebivalcev je na voljo prebivalcem zasavske, jugovzhodne Slovenije, spodnjeposavske in pomurske regije, in največ v goriški, koroški, osrednjeslovenski in obalno-kraški regiji.

Opisanim ocenam razpoložljivosti in raznolikosti služb moramo pripisati tudi določeno mero rezerve, ki izvira iz metodoloških omejitev. Prvič, ne moremo oceniti kakšen bi bil doprinos podatkov iz naslova služb, ki so bodisi odklonile sodelovanje oz. z njimi nismo uspeli vzpostaviti sodelovanja. Nekatere službe (npr. Psihiatrična bolnica Begunje), ki lahko predstavljajo pomembnega akterja na področju duševnega zdravja v določeni statistični regiji in niso bile zajete v našem vzorcu, lahko oceno razpoložljivosti in delovanja služb v analizirani regiji navidezno

poslabšajo ali izboljšajo. Prav tako je težko oceniti relevantnost podatkov, ki so jih podale nekatere službe za dejavnosti kot so skupine za samopomoč in nestrokovne skupine in ozaveščanje ter izobraževanje javnosti, izdajanje gradiva brez neposrednega stika z uporabniki, saj nismo mogli preveriti ali gre zgolj za načelno usmeritev delovanja določene službe oz. ali te dejavnosti tudi zares izvajajo. Namreč, na terenu smo se srečali s precejšnjo stopnjo nezaupljivosti služb in njihovimi ugibanji, ali se ne skriva za raziskavo tudi kakšen prikrit cilj (npr. nadzor njihovega delovanja), zato ni izključeno, da so udeleženci raziskave v kakšni od postavk vprašalnika podali tudi socialno zaželene podatke in ne tiste, ki so odraz dejanskega stanja.

15.2. Sociodemografski dejavniki in kazalci uporabe služb po ESMS klasifikaciji

V analizo služb po ESMS metodologiji je bilo zajeto 251 služb, ki so zadostile kriterijem tovrstnega popisa. Na osnovi ESMS vprašalnika smo opravili nabor nekaterih sociodemografskih dejavnikov in izračunali stopnjo povezanosti med njimi in z uporabo posameznih skupin združenih kategorij služb na področju duševnega zdravja (**tabeli 13 in 25**). Ker vseh korelacij nismo bile predvideli v dobljeni smeri, bomo v nadaljevanju poskušali najti tudi morebitne vzroke zanje.

Iz **tabele 25** lahko razberemo, da pri nekaterih sociodemografskih dejavnikih nismo dobili statistično pomembnih povezav s kazalci uporabe služb. To so: indeks starostne odvisnosti, odstotni deleži žensk, starih do 19 let, moških, starih od 20 do 39 let, ter žensk, starih od 40 do 64 oz. 65 ali več let, število priseljenih iz drugih slovenskih regij in iz tujine na 100 prebivalcev, stopnja brezposelnosti in stopnja delovne aktivnosti pri moških in ženskah ter odstotni delež družin, v katerih oče živi sam z otroki. Najvišje negativne korelacije z nekaterimi sociodemografskimi dejavniki (indeks staranja, odstotni delež žensk, starih od 20 do 39 let in moških, starih 65 in več, stopnja registrirane in dolgotrajne brezposelnosti, delež enočlanskih gospodinjstev, število izvajalcev zdravstvenega varstva na 1000 prebivalcev) so se pokazale v kategoriji uporabe urgentne dnevne oskrbe. Z največ skupinami služb na področju duševnega zdravja korelirata umrljivost na 1000 prebivalcev in število prebivalcev. Iz rezultatov lahko sklepamo, da bo pri načrtovanju prihodnjega razvoja služb posebej pomembno upoštevati regionalne podatke o umrljivosti, številu prebivalcev regije, odstotnem deležu moških v starostnih skupinah do 19 let ter med 40 in 64 let in bruto družbeni proizvod na prebivalca regije. V regijah z večjo stopnjo umrljivosti je večja uporaba celotnega spektra služb, ki omogočajo bivanje, ob teh pa še ambulantnih služb z urgentno oskrbo. Hkrati umrljivost po naših podatkih ni relevanten dejavnik, ko iščemo povezave z uporabo dnevnih in strukturiranih dejavnosti.

Korelacije kazalcev uporabe s številom prebivalcev regij kažejo na to, da imajo regije z večjim številom prebivalcev večjo uporabo služb, ki omogočajo bivanje, posebej neurgentnih nebolnišničnih bivalnih enot, služb urgentne ter kontinuirane nemobilne ambulantne oskrbe, kakor tudi služb neurgentne dnevne oskrbe, posebej tistih, ki so uporabnikom na voljo vsaj štiri dele dneva na teden. Povzamemo lahko, da je uporaba večine služb pomembno večja v regijah z večjim številom prebivalcev. Slednje je najverjetneje posledica večje ponudbe služb v regijah z največjim številom prebivalcev, to je v osrednjeslovenski, podravski in savinjski regiji. Da je število prebivalcev regij statistično pomembno povezano s številom služb in s številom različnih kategorij služb, smo prikazali v **tabeli 13**. Pri številu prebivalcev in gostoti prebivalstva smo regionalne podatke namesto s kazalci na 100 000 prebivalcev korelirali s podatki o uporabi v surovi obliki. Pri ostalih sociodemografskih dejavnikih pa smo se prispevku števila prebivalcev regij k povezanosti s kazalci uporabe služb izognili na ta način, da smo uporabili statistične podatke v deležih.

Za enega od dejavnikov, ki so statistično pomembno povezani z uporabo služb, se je izkazal odstotni delež moških, in sicer tistih, starih do 19 let, ter tistih med 40 in 64 letom (**tabela 25**). Odstotna deleža moških v obeh starostnih skupinah pomembno korelirata s kazalci uporabe varovanih, urgentnih in neurgentnih nebolnišničnih bivalnih enot, celotne skupine združenih bivalnih enot in urgentne ambulantne oskrbe. Medtem ko lahko v regijah z večjim deležem moških

do 19. leta starosti pričakujemo manjšo uporabo naštetih služb, pa bomo po drugi strani v regijah z večjim deležem moških med 40 in 64 letom pričakovali, da je uporaba naštetih služb večja. Delež žensk v obeh starostnih skupinah ni pomembno povezan s kazalci uporabe služb na področju duševnega zdravja. V ugotavljanju uporabe nismo ločevali uporabnic od uporabnikov, tako da tudi z znanim podatkom o tem, da večja uporaba pomeni večji obseg težav v duševnem zdravju v populaciji, ne bi mogli zaključiti, ali se večji delež moških med 40 in 65 letom povezuje z večjimi kazalci uporabe zaradi problematike pri moških te starostne skupine, zaradi problematike pri ženskah, ki so v stiku z moškimi iz te starostne skupine, ali kombinacije obojega. Rezultati bi bili morda nekoliko drugačni tudi, če bi v popisovanje zajeli še službe, katerih storitve so namenjene otrokom in mladim do 18 leta. Ena od možnih razlag za negativne korelacije med deležem fantov do 19 let in uporabo služb bi lahko bila tudi, da imajo fantje omenjene starostne skupine varovalni učinek, najverjetneje skozi vpliv na svoje starše.

V naših rezultatih se s kazalci uporabe bivalnih služb pomembno povezuje tudi bruto družbeni proizvod (BDP) na prebivalca v regiji (**tabela 25**). Povezanost je nekoliko šibkejša pri varovanih bivalnih enotah, pri urgentnih na ravni tveganja ,05 ni statistično pomembna, visoka pa je pri vseh ostalih združenih kategorijah bivalnih enot. Vsi koeficienti korelacije so negativni, kar pomeni, da je v regijah z višjim BDP uporaba bivalnih enot manjša. Glede na to, da je BDP eden od kazalcev socioekonomske deprivacije, smo take rezultate tudi pričakovali. Ena od možnih razlag je tudi, da je v regijah z višjim BDP na voljo več alternativnih možnosti oskrbe, tako da osebe lažje dobijo pomoč kje drugje kot le v psihiatričnih bolnišnicah ali drugih ustanovah z nastanitvijo, oz. jo lahko dobijo še preden težave postanejo tako hude, da je potrebna hospitalizacija. Kakorkoli, BDP glede na naše rezultate ni pomembno povezan z uporabo ostalih kategorij služb, to je dnevnih in strukturiranih dejavnosti ali ambulantnih dejavnosti in dejavnosti v skupnosti. Morda zato, ker je število uporabnikov enako, le da tisti z boljšim socioekonomskim ozadjem poiščejo/dobijo pomoč prej. Spomnimo, da si ljudje z višjimi dohodki lažje poiščejo pomoč prej, pri zasebnikih, s pomočjo poznanstev ipd., s čimer se izognejo dolгим čakalnim vrstam, njihove težave pa so obravnavane, še preden dobijo prevelike razsežnosti.

Glede na podatke tujih raziskav, kjer so avtorji ugotavljali večjo obolevnost za psihotično motnjo v cetrlnih predelih mesta (Faris in Dunham, 1960) in trikrat večje število hospitalizacij oseb s shizofrenijo v urbanih kot v ruralnih okoljih (Eaton (1974), smo pričakovali, da bo gostota prebivalstva pomembno pozitivno povezana z uporabo služb na področju duševnega zdravja. Naši podatki kažejo, da gostota prebivalstva ni pomembno povezana s številom uporabnikov (oz. nočitev oz. kontaktov) nobene od služb, ki ponujajo nastanitev ali ambulantno dejavnost. Pomembno pozitivno povezanost pa smo odkrili pri službah neurgentne dnevne oskrbe. Ker podatek o gostoti prebivalstva ne more biti podan relativno glede na število prebivalcev regije, kakor so podani kazalci uporabe, smo korelirali surove številke.

Vzrok za to, da pri bivalnih in ambulantnih službah nismo odkrili nobenih statistično pomembnih korelacij (na ravni tveganja ,05), morda leži v tem, da nobena od statističnih regij, na ravni katerih so dani naši podatki, ni izrazito urbanega značaja (**sliki 2 in 9**). Vse statistične regije v Sloveniji lahko uvrstimo v eno od naslednjih dveh skupin: zmerno ruralne in pretežno ruralne. Tako nimamo urbane, kaj šele metropolitanske regije, ki ju pozna instrument ESDS. Rezultati bi bili morda drugačni, če bi podatke zbirali na ravni manjših območij, kjer bi bile mestne občine samostojna območja primerjave. Pri neurgentnih dnevni dejavnostih predvidevamo, da so službe zaradi svoje intenzivnosti locirane v območjih z veliko gostoto uporabnikov, dovolj blizu, da lahko ti vsakodnevno prihajajo na delo, delu podobne dejavnosti, treninge večšin ipd. Velika večina zavedenih neurgentnih dnevni dejavnosti je namreč, kot je razvidno iz **tabele 15**, visoko intenzivnih, torej takih, ki so uporabnikom na voljo najmanj 4 dele dneva na teden. Ker je neurgentnih dnevni dejavnosti z izjemo osrednjeslovenske in podravske regije relativno malo, se nam zdi taka razlaga bolj smiselna od tiste, po kateri je v redkeje poseljenih ruralnih območjih manjši delež ljudi, ki bi imeli koristi od dnevnih dejavnosti.

Pri indeksu staranja smo ugotovili pomembno pozitivno povezanost z uporabo urgentnih bivalnih enot in pomembno negativno povezanost z uporabo urgentne dnevne oskrbe. Omenimo, da indeks staranja prikazuje, koliko ljudi, starejših od 64 let, pride v neki regiji na vsakih 100 oseb, mlajših od 15 let. Večji kot je indeks staranja, več je torej starostnikov v primerjavi z otroci in mladostniki. V uvodu smo ugotavljali, da staranje ne prinaša obremenitev samo starostnikom samim, ki imajo poleg zapletenih zdravstvenih težav pogosto tudi psihosocialne in duševne težave, ki jih spremembe v delovanju družin in družbe kot celote samo še poglobljajo (Lunder, 2007). Obremenitve prinaša tudi stalno večanje deleža prebivalstva, ki je potrebno pomoči in oskrbe, celotni družbi, sploh pa tistemu delu, ki neguje - največkrat ženske svoje ostarele starše - hkrati pa mora skrbeti še za lastno socioekonomsko preživetje (Kopčavar Guček, 1007).

Ena od možnih razlag, zakaj je večji indeks staranja povezan z večjo uporabo urgentnih bivalnih enot in manjšo uporabo urgentne dnevne oskrbe, bi lahko bila, da so starostniki s težavami v duševnem zdravju v večji meri uporabniki urgentnih bivalnih enot kot urgentne dnevne oskrbe, ker imajo pogostejše številne in kompleksne težave na različnih zdravstvenih področjih, so manj sposobni sami skrbeti zase in zato prej hospitalizirani. Ob tem moramo upoštevati, da so domovi za ostarele v Sloveniji v stalnem pomanjkanju kapacitet (podobno kot zdravstvene službe), da ostareli s težavami v duševnem zdravju neredko živijo v neurejenih bivalnih in socialnih razmerah, kar povečuje incidenco takšnih ali drugačnih kriznih stanj, hkrati pa onemogoča strokovnjakom, da bi jih obravnavali v urgentnih dnevni službah in nato poslali domov. Pri tem naj izpostavimo, da zaradi vključitvenih kriterijev ESMS metodologije mapiranja služb, v raziskavo nismo zajeli služb oz. tistih enot v večjih službah, ki delujejo prvenstveno za starostnike (npr. gerontološki oddelki, kjer obstajajo), kar pa ne izključuje uporabnikov omenjene starostne skupine, ki so zajeti v delovanju ostalih služb, katerih ciljna skupina so vse odrasle osebe z določeno problematiko na področju duševnega zdravja.

Druga možna razlaga bi lahko bila, da se z večanjem indeksa staranja večja tudi uporaba urgentne oskrbe bivalnih enot pri tistih osebah, ki za starostnike skrbijo in na določeni točki zaradi preobremenjenosti ob akumuliranju različnih pritiskov pregorijo. Spet tretja možna razlaga se nanaša na delež otrok in mladostnikov in predpostavlja, da manjša rodnost povečuje potrebo po uslugah, ki jih nudijo urgentne bivalne enote, medtem ko večje število otrok in mladostnikov povečuje število urgentnih kontaktov v službah dnevne in strukturirane dejavnosti, morda zato, ker odgovornost do svojih otrok staršem preprečuje, da bi za določen čas odšli od doma. Omenjena razlaga je skladna s podatkom o negativni povezanosti med deležem moških do 19 let in uporabo urgentnih bivalnih enot. Nanizali smo nekaj možnih razlag za nastale povezave, vendar to niso podkrepljene ugotovitve, saj je področje za raziskovalne okvire, v katerih je bila zasnovana naša raziskava, preveč kompleksno.

Uporaba urgentne dnevne oskrbe je večja v regijah, kjer je večji odstotni delež žensk med 20. in 39. letom in manjši delež moških, starih 65 let ali več. Večina žensk je med 20. in 39. letom v obdobju, ko skrbijo za svoje otroke, če jih imajo. Tako je zgornji podatek skladen z razlago v prejšnjem odstavku; tam pa smo že razlagali tudi povezavo med večjim deležem starostnikov in manjšo uporabo dnevne urgentne oskrbe.

Uporaba omenjene kategorije služb je večja tudi v regijah, kjer sta višji stopnja registrirane in stopnja dolgotrajne brezposelnosti. Pričakovali smo, da bo korelacija med stopnjo dolgotrajne brezposelnosti in uporabo služb večja kot med stopnjo registrirane brezposelnosti in uporabo služb. Beecham idr. (2000) so namreč ugotavljali, da se brezposelnost povezuje z depresijo, anksioznostjo, zlorabo substanc, težavami v partnerskih odnosih in samomorilnostjo, posebej močna pa je povezanost med prevalenco duševnih motenj in dolgotrajno brezposelnostjo. Kakorkoli, naši rezultati razlike med registrirano in dolgotrajno brezposelnostjo pri urgentni dnevni oskrbi ne podpirajo, pri ostalih kategorijah služb pa korelacije niso statistično pomembne na ravni tveganja

,05. Dobljena povezava dokazuje, da je potrebno pri načrtovanju urgentnih dnevnih dejavnosti upoštevati tudi stopnjo brezposelnosti in pričakovati, da so tam potrebe večje.

Pri ugotavljanju povezanosti med deležem enočlanskih družin in uporabo služb smo ugotovili, da je v regijah z večjim deležem enočlanskih družin pomembno manjša uporaba urgentne dnevne oskrbe. Hkrati je v regijah z večjim deležem enočlanskih družin z aktivnim članom manjša uporaba bivalnih enot ter mobilnih služb kontinuirane ambulantne oskrbe. Medtem ko med enočlanskimi družinami najverjetneje prevladujejo tiste s starostniki, pa enočlanske družine z aktivnim članom predstavlja delovno aktivna populacija, čemur pripisujemo nastale razlike v povezanosti z uporabo služb. Nekoliko nas preseneča, da nismo odkrili nobene pozitivne povezanosti med enočlanskimi družinami in uporabo služb na področju duševnega zdravja, saj bi pričakovali, da ljudje, ki živijo sami, večkrat poiščejo pomoč pri različnih strokovnih službah, ker nimajo družine, ki bi jim nudila podporo v težkih obdobjih. Po naših rezultatih sodeč pa je življenje v enočlanski družini dejavnik, ki zmanjšuje potrebo po uslugah služb na področju duševnega zdravja. Spet si lahko navežemo na razlago iz enega od prejšnjih odstavkov, kjer smo ugotavljali, zakaj starostniki manj uporabljajo službe dnevne urgentne oskrbe, ljudje v srednji starostni skupini pa bivalne enote. Upoštevati moramo tudi, da ljudje, ki prebivajo v neurgentnih bivalnih enotah z značajem socioalnovarstvenih zavodov, stanovanjskih skupin ipd. verjetno niso registrirani kot prebivajoči v enočlanskih družinah, čeprav bi rekli, da v njihovem primeru ne gre za družine v klasičnem pomenu besede, ampak da živijo sami. Od tod morda tudi dobljene negativne korelacije. Ljudje, ki živijo sami in so v aktivni prebivalstveni skupini, pa so morda najbolj mobilna skupina ljudi sploh, saj jih ne ovirata ne starost ne obveznosti do drugih družinskih članov, zato je njihov delež negativno povezan z uporabo mobilnih služb kontinuirane ambulantne oskrbe.

Tudi pri starših samohranilcih smo pričakovali pozitivne korelacije z uporabo služb. Rezultati so pokazali, da odstotni delež družin, ki jih predstavljajo očetje z otroki, ni pomembno povezan z uporabo nobene od služb (takih družin je sicer zelo malo), regije z večjim odstotnim deležem družin, ki jih predstavljajo matere z otroki, pa imajo manjše kazalce uporabe varovanih ter neurgentnih bolnišničnih bivalnih enot. Razlago lahko najdemo v tem, da predstavljajo matere samohranilke tisti del populacije, ki si verjetno najtežje privošči prepustiti svojo družino za določeno obdobje samo sebi. Vendar bi v tem primeru pričakovali pozitivne korelacije z uporabo dnevnih oz. ambulantnih služb. Verjetno je med ženskami, ki so zaradi duševnih motenj pogosteje uporabnice bolnišničnih bivalnih enot, manj takih, ki imajo otroke, in izhaja korelacija delno iz tega podatka.

Uporabo služb smo korelirali tudi s številom izvajalcev zdravstvenega varstva različnih poklicnih skupin. Nasprotno s pričakovanji so vse korelacije negativne. Odgovor lahko poiščemo v vrstah služb, kjer so se korelacije izkazale kot statistično pomembne. V regijah, kjer imajo več zdravnikov na 1000 prebivalcev, je manjša uporaba neurgentnih bolnišničnih bivalnih enot, verjetno zato, ker več zdravnikov za ljudi s težavami v duševnem zdravju pomeni več možnosti za razrešitev težav že v okviru drugih služb, npr. urgentne ali kontinuirane ambulantne oskrbe, zaradi česar ni potrebna dolgotrajna bolnišnična namestitvev.

Regije, ki imajo več socialnih delavcev na 1000 prebivalcev, imajo manjšo uporabo nizko intenzivnih dejavnosti neurgentne dnevne oskrbe. Razlaga je morda podobna prejšnji, to je, da imajo uporabniki v regijah z več socialnimi delavci več alternativnih možnosti pomoči v drugih oblikah kot samo v obliki dnevne oskrbe. Ali pa morda v regijah, kjer nizko intenzivna dnevna oskrba ni na voljo (službe omenjene kategorije so namreč locirane samo v pomurski, spodnjeposavski, jugovzhodni, osrednjeslovenski in obalno-kraški regiji), zaradi večjih potreb po podobnih dejavnostih potrebujejo več socialnih delavcev.

V regijah z večjim številom psihologov na 1000 prebivalcev smo ugotovili pomembno manjšo uporabo neurgentnih bolnišničnih bivalnih enot ter ambulantnih dejavnosti kontinuirane oskrbe.

Zanimivo bi bilo pogledati, koliko psihologov je zaposlenih v kateri od kategorij služb po ESMS klasifikaciji. Ker teh podatkov nimamo, pa zaenkrat ne moremo pripisati dobljenih korelacij razporeditvi psihologov po službah, ampak lahko samo rečemo, da prebivalci v regijah, kjer imajo dostop do večjega števila psihologov, manj uporabljajo neurgentne bivalne enote v bolnišnicah in kontinuirano ambulantno oskrbo.

Za število izvajalcev zdravstvenega varstva iz vseh poklicnih skupin na 1000 prebivalcev smo ugotovili, da je večje v regijah, kjer je manjša uporaba neurgentnih bolnišničnih bivalnih enot in urgentne dnevne oskrbe. Lahko rečemo, da se prebivalcem iz omenjenih regij ni potrebno v tolikšni meri posluževati omenjenih služb, verjetno zato, ker imajo na razpolago druge, bolj individualizirane oblike pomoči.

Zaključimo lahko, da dobljeni rezultati ne podkrepljujejo v celoti nekaterih študij, ki navajajo pozitivno povezanost med izbranimi sociodemografskimi dejavniki, ki smo jih uporabili tudi v naši raziskavi, in uporabo služb na področju duševnega zdravja. Vzroki so lahko tudi metodološke narave kot smo navajali že v predhodnem poglavju t.j., da v študijo nismo vključili vseh služb, ki delujejo v regijah in, da podatki uporabe nekaterih služb ne odražajo nujno tudi realnega stanja (so lahko precenjeni ali podcenjeni). Vemo, da so težave v duševnem zdravju v Sloveniji še vedno tabuizirana tema in ljudje z njimi stigmatizirani. Zato seveda statistike uporabe in iskanja pomoči pri ustreznih službah ne odražajo tudi dejanskega stanja duševnega zdravja prebivalstva, saj se verjetno velik delež potencialnih uporabnikov služb zaradi stigme in/ali sramu ne poslužuje njihove pomoči oz. oskrbe.

15.3. Sociodemografski dejavniki in razporeditev služb po regijah po ESMS klasifikaciji

Sedaj si bomo ogledali, katere statistične regije so v najmanj zavidljivem položaju glede na sociodemografske dejavnike, ki so v Sloveniji pomembno pozitivno povezani z uporabo služb na področju duševnega zdravja, nato pa bomo te ugotovitve povezali s podatki o trenutnem številu in raznolikosti služb, ki delujejo v omenjenih regijah.

Kot smo že ugotovili, je v regijah z večjim številom prebivalcev na voljo tudi pomembno večje število služb in več različnih vrst služb (**tabela 13**). Hkrati pa je v teh regijah pomembno večja uporaba služb, ki omogočajo bivanje (posebej neurgentnih nebolnišničnih bivalnih enot), služb urgentne in kontinuirane nemobilne ambulantne oskrbe in služb neurgentne dnevne oskrbe. Skoraj vseh vrst služb skratka. Večja razpoložljivost služb je torej zelo verjetno povezana z večjo uporabo služb, zaradi česar je smiselno v okviru načrtovanja kapacitet oskrbe na področju duševnega zdravja v posameznih regijah, upoštevati tudi nekatere sociodemografske dejavnike, ki so neugodni.

Če vzamemo pod drobnogled sociodemografske dejavnike, ki so glede na rezultate naše raziskave pomembno pozitivno povezani z uporabo služb (to so indeks staranja, odstotni delež žensk med 20. in 39. letom, odstotni delež moških med 40. in 64. letom, stopnja registrirane in stopnja dolgotrajne brezposelnosti ter umrljivost) in pri vsakem poiščemo po tri statistične regije, v katerih so ti najmanj oz. najbolj izraženi, bomo ugotovili, da so v najslabšem položaju pomurska, zasavska in podravska regija, zadnja predvsem zaradi visoke stopnje brezposelnosti, obalno-kraška, koroška in spodnjeposavska regija imajo ob »slabih« tudi »dobre« kazalce, v savinjski in osrednjeslovenski regiji prevladujejo »dobri« kazalci, v najboljšem položaju pa so po naši oceni prebivalci gorenjske, pa tudi jugovzhodne in goriške regije.

Ugotovili smo, da je večji delež moških med 40. in 64. letom povezan z večjo uporabo varovanih, urgentnih in neurgentnih nebolnišničnih bivalnih enot, vseh bivalnih enot skupaj ter urgentne ambulantne oskrbe. Delež moških v omenjeni starostni skupini je največji v obalno-kraški in v koroški regiji, velik je tudi v zasavski in podravske regiji, medtem ko je najmanjši v gorenjski regiji.

Obalno-kraška regija ima tudi najvišji indeks staranja med regijami. Tam ni locirana nobena varovana ali urgentna bivalna enota, tri neurgentne nebolnišnične bivalne enote pa imajo časovno omejeno oskrbo. Omenjene tri bivalne enote so hkrati edine, locirane v obalno-kraški regiji. Tam tudi ni nobene službe (vsaj ne med tistimi, ki smo jih zajeli v svoji raziskavi), ki bi omogočala urgentno ambulantno oskrbo, kar pomeni, da se morajo prebivalci posluževati tovrstnih služb iz drugih statističnih regij. Izmed devetih služb kontinuirane ambulantne oskrbe, lociranih v regiji, so tri mobilne, ena služba pa uporabnikom omogoča stik z osebjem s pogostostjo vsaj trikrat tedensko. Izmed petih služb dnevne oskrbe tri ponujajo socialne storitve, dve pa ostale strukturirane dejavnosti.

Zelo podobno situacijo najdemo v koroški regiji. Tudi tam ni locirana nobena služba z urgentno ambulantno oskrbo za ljudi s težavami v duševnem zdravju, kar za prebivalce pomeni, da morajo tovrstno pomoč iskati drugje (v podravski ali savinjski regiji). Pet služb dnevne oskrbe v regiji ponuja bodisi strukturirane dejavnosti bodisi socialne storitve, ni pa dela, delu podobnih dejavnosti ali urgentne dnevne oskrbe. Dve službi, ki omogočata bivanje, sta obe nebolnišnični – ena ima urgentno, druga pa 24-urno neurgentno oskrbo z neomejenim maksimalnim časom bivanja. Zato se uporabniki usmerjajo v sosednji regiji- podravska in savinjska regija, kjer je teh kapacitet več in kjer je tudi večja raznolikih služb z bivalnimi kapacitetami.

Pravzaprav najslabši položaj glede na sociodemografske dejavnike, ki so pozitivno povezani z uporabo služb, ima pomurska regija. Ta ima največji delež žensk med 20. in 39. letom ter največjo stopnjo tako registrirane kot dolgotrajne brezposelnosti, torej dejavnikov, ki so vsi pomembno pozitivno povezani z uporabo urgentne dnevne oskrbe. Vendar v pomurski regiji tovrstne službe ni, najbližja je locirana v podravski regiji, natančneje na Oddelku za psihiatrijo UKC Maribor. Nekoliko bolje so prebivalci pomurske regije s težavami v duševnem zdravju preskrbljeni z neurgentnimi službami dnevne oskrbe, saj imajo v svoji regiji možnost dela, delu podobnih dejavnosti in ostalih strukturiranih dejavnosti. Kar je več, kor lahko rečejo npr. prebivalci zasavske, notranjsko-kraške in še katere regije. Vrsti bivalnih enot, ki sta locirani v pomurski regiji, sta nebolnišničnega značaja s časovno omejeno dnevno oskrbo oz. časovno neomejeno 24-urno oskrbo. Prebivalci, ki potrebujejo bolnišnično ali urgentne oskrbo, so po večini uporabniki Psihiatrične bolnišnice Ormož, ki je locirana v podravski regiji. pomurska regija ima eno službo z urgentno ambulantno oskrbo - ta je nemobilna, osebje pa je na voljo 24 ur dnevno – in deset služb kontinuirane ambulantne oskrbe z različno intenzivnostjo. Štiri od slednjih so mobilne.

Zasavska regija ima najvišjo umrljivost na 1000 prebivalcev izmed regij v Sloveniji, drugo najvišjo stopnjo registrirane oz. dolgotrajne brezposelnosti, tretji najvišji odstotni delež moških med 40. in 64. letom in tretji najvišji indeks staranja. Gre za dejavnike, ki so pomembno pozitivno povezani z uporabo vseh kategorij bivalnih enot, urgentne ambulantne dejavnosti in urgentne dnevne oskrbe. Zasavska regija je edina v Sloveniji, znotraj katere ne najdemo niti ene službe, ki bi omogočala bivanje ljudem z duševnimi motnjami. Situacija ni veliko boljša niti na področju dnevne in ambulantne oskrbe. Edina služba kategorije D po ESMS klasifikaciji, locirana v regiji, ponuja strukturirane dejavnosti, ki so uporabnikom na voljo vsaj štiri dele dneva na teden. Ob pogledu v **tabeli 13 in 16** ugotovimo, da sta v regiji locirani samo dve službi z ambulantno dejavnostjo, obe nemobilni, njuno osebje pa je na voljo vsaj trikrat tedensko oz. vsaj enkrat na štirinajst dni.

Podravska regija ima med vsemi statističnimi regijami tretjo najvišjo stopnjo registrirane in dolgotrajne brezposelnosti, dva dejavnika, ki se pomembno pozitivno povezujeta s kazalci uporabe urgentne dnevne oskrbe. Tovrstne storitve v regiji s slabimi 320 tisoči prebivalcev nudi samo Oddelek za psihiatrijo v Mariboru. Za primerjavo povejmo, da je situacija na tem področju še slabša v osrednjeslovenski regiji, ki ima največje število prebivalcev in nobene službe z urgentno dnevno oskrbo. Ena služba, locirana v podravski regiji, ponuja delo, po štiri pa ostale strukturirane dejavnosti in socialne storitve. V regiji je istočasno dobro poskrbljeno za ljudi s težavami v duševnem zdravju, katerih problematika zahteva bivanje v bolnišničnih ali nebolnišničnih bivalnih

enotah. Znotraj podravske regije so locirane tri službe z varovanimi bivalnimi enotami, ena z urgentno bolnišnično in dve z urgentno nebolnišnično oskrbo, ob naštetih pa še tri neurgentne bolnišnične in šest neurgentnih nebolnišničnih bivalnih enot. Tudi na področju ambulantnih služb je podravska regija dobro zastopana. Od enaindvajsetih služb z ambulantno vrsto dejavnosti ponujajo štiri urgentno oskrbo, štiri visoko intenzivno nemobilno kontinuirano oskrbo, preostale pa nemobilno kontinuirano oskrbo srednje intenzivnosti.

V spodnjeposavski regiji zasledimo tretje največje število umrlih na 1000 prebivalcev (podatek iz leta 2005) - dejavnik, ki je pomembno pozitivno povezan z uporabo vseh vrst bivalnih enot in z uporabo urgentnih ambulantnih služb. Ob tem je spodnjeposavska regija slabo zastopana s službami, ki omogočajo bivanje. Edina tovrstna služba, locirana v regiji, je nebolnišnične narave, omogoča pa urgentno oskrbo. Nekoliko več je služb dnevne oskrbe. Izmed treh ena ponuja socialne storitve, dve pa strukturirane dejavnosti visoke oz. nizke intenzivnosti. Kot v večini regij z izjemo podravske, savinjske in goriške tudi v spodnjeposavski ni nobene službe z urgentno dnevno oskrbo. V regiji je pet služb ambulantne dejavnosti, od tega ena omogoča 24-urno mobilno urgentno oskrbo, po dve pa mobilno in nemobilno kontinuirano oskrbo.

Delež žensk med 20. in 39. letom je za pomursko regijo naslednji največji v osrednjeslovenski, savinjski in koroški regiji. Omenjeni sociodemografski dejavnik je pomembno pozitivno povezan z uporabo urgentne dnevne oskrbe. Ob tem službo s tovrstno dejavnosti izmed naštetih najdemo le v savinjski regiji, prebivalci ostalih regij pa se poslužujejo služb drugod. V tabeli 13 lahko vidimo, da ima osrednjeslovenska regija največje število služb z bivalnimi enotami, dnevno oskrbo in ambulantnimi dejavnostmi, po številu različnih vrst služb glede na ESMS klasifikacijo pa jo edinele pri bivalnih enotah prekaša podravska regija. Službe, ki jih v osrednjeslovenski regiji kot regiji lokacije ne zasledimo, so že omenjena urgentna dnevna oskrba, potem službe, ki jih v Sloveniji sploh ne poznamo (delo in delu podobne dejavnosti, ki bi bile uporabnikom na voljo manj kot štiri dele dneva na teden (D6 in D7), bivalne enote s časovno omejeno bolnišnično oskrbo, kjer bi bilo osebje na voljo določen del dneva pet dni v tednu ali R5 in bivalne enote z nebolnišnično časovno omejeno oskrbo, kjer bi bilo osebje na voljo manj kot pet dni v tednu ali R10), med bivalnimi enotami še tiste z bolnišnično časovno neomejeno dnevno oskrbo (R7) oz. z nebolnišnično časovno neomejeno 24-urno (R11) in nižjo obliko oskrbe (R13), izmed ambulantnih služb pa tiste z mobilno in nemobilno urgentno 24-urno oskrbo (O1 in O3) ter mobilne službe nizko intenzivne kontinuirane oskrbe (O7) (tabele 14, 15, 16).

V savinjski regiji so prav tako relativno dobro zastopane vse tri glavne kategorije služb. Znotraj regije sta locirani dve varovani bivalni enoti, dve nebolnišnični urgentni bivalni enoti in sedem neurgentnih bivalnih enot z različno dostopnostjo osebja oz. oskrbe. Ob že omenjeni urgentni dnevni oskrbi ima savinjska regija tudi službe, ki ponujajo delo, delu podobne dejavnosti, ostale strukturirane dejavnosti ali socialne storitve. Te so, po drugi strani, samo visoke intenzivnosti, manjkajo pa službe, ki bi omogočale dnevne in strukturirane dejavnosti z manjšo intenzivnostjo. Izmed trinajstih ambulantnih služb so tri urgentne, dve omogočata mobilno kontinuirano oskrbo, ostale pa nemobilno. V nobeni od ambulantnih služb ni oskrba nizko intenzivna, torej taka, kjer bi bil kontakt z osebjem mogoč redkeje kot enkrat na štirinajst dni.

Goriška regija ima najnižjo stopnjo registrirane brezposelnosti, drugo najnižjo stopnjo dolgotrajne brezposelnosti in najnižji delež žensk med 20. in 39. letom med slovenskimi regijami. Obenem pa ima drugi najvišji indeks staranja, dejavnik, ki je pomembno pozitivno povezan z uporabo urgentnih bivalnih enot. Teh je v goriški regiji precej zaradi Psihiatrične bolnišnice Idrija. Ob urgentnih in varovanih bivalnih enotah imajo tudi dve neurgentni bolnišnični bivalni enoti, v regiji pa so locirane še tri neurgentne nebolnišnične bivalne enote. Nekoliko slabša je pokritost s službami dnevne oskrbe, saj poznajo samo urgentno dnevno oskrbo in socialne storitve, nimajo pa možnosti dela, delu podobnih dejavnosti ali drugih strukturiranih dejavnosti znotraj regije. Dve službi urgentne

ambulantne oskrbe sta nemobilnega značaja, med službami kontinuirane oskrbe pa najdemo dve mobilni in sedem nemobilnih služb različne intenzivnosti oskrbe.

15.4. Primerjava kazalcev uporabe služb med Slovenijo in nekaterimi drugimi državami, ki so uporabne ESMS klasifikacijo

S pričujočo raziskavo smo želeli tudi preveriti, ali imajo slovenske regije glede na kazalce uporabe na 100 000 prebivalcev dostopnost služb na področju duševnega zdravja primerljivo z nekaterimi regijami drugih evropskih držav (Kurbos, 2008). Tega nismo preverjali s statističnimi postopki, ampak zgolj z opisno primerjavo med kazalci regij, saj ESMS metodologija omogoča neposredno primerljivost podatkov iz različnih regij. Čeprav smo bili pri tem nekoliko omejeni z obsegom podatkov, ki so na voljo, smo jih uspeli pridobiti iz nekaterih znanstvenih člankov, kjer so poročali o rezultatih aplikacije instrumenta ESMS v sledečih državah: Italija (Munizza idr., 2000; Salvador-Carulla idr., 2005; Tibaldi idr., 2005), v Španiji (Salvador-Carulla idr., 2000; Salvador-Carulla idr., 2005; Salvador-Carulla idr., 2008), Rusija in Norveška (Rezvy, Oiesvold, Parniakov, Ponomarev, Lazurko in Olstad, 2007) in Čile (Salvador-Carulla idr., 2008). V tabelah **priloge 1** so prikazane države in območja znotraj teh, kjer so raziskovalci aplicirali instrument ESMS. Ker podatki niso bili v vseh publikacijah predstavljeni na enak način, so v tabeli nanizani tako posamezni kazalci uporabe kot kazalci različnih združenih vrst služb po ESMS klasifikaciji - natančneje tisti podatki, ki so bili prikazani v člankih. Za lažjo primerjavo so dodani tudi kazalci, ki smo jih dobili v Sloveniji. Slovenske kazalce smo primerjali tudi z regijo Saxony-Anhalt v Nemčiji (Brieger, Wetzig in Böcker, 2003), katere kazalcev pa zaradi načina prikaza nismo dodali v tabelo.

Najprej si oglejmo kazalce uporabe za službe, ki omogočajo bivanje. Podatke o uporabi varovanih bivalnih enot imamo samo za štiri regije: regiji v Rusiji in na Norveškem, za Cantabrio v Španiji in za regijo Saxony-Anhalt v Nemčiji. V zadnji imajo kazalec uporabe varovanih bivalnih enot na 100 000 prebivalcev 10, kar je primerljivo s slovenskima podravsko in jugovzhodno regijo. Kazalec v ruski regiji Archangelsk znaša 20,4 in je kot tak primerljiv s kazalci v spodnjeposavski, goriški in obalno-kraški regiji, kazalec 4,8 v severnem območju Norveške lahko primerjamo s kazalcema v savinjski in gorenjski regiji, španska regija Cantabria pa je po uporabi varovanih bivalnih enot podobna osrednjeslovenski, kjer je uporabnikov tovrstnih služb najmanj v Sloveniji. V nobeni od omenjenih tujih regij kazalci ne segajo tako visoko kot pri nas, kjer je najvišji kazalec – v notranjsko-kraški regiji – kar 49,5. Upoštevati pa moramo, da bi bila situacija zelo verjetno drugačna, če bi imeli podatke z večjih tujih območij.

Pri akutnih bolnišničnih bivalnih enotah imamo podatke o kazalcih uporabe za območje Saxony-Anhalt v Nemčiji, kjer ti znašajo v povprečju 48 (od 13 do 77 po različnih regijah, katerih posameznih kazalcev žal nimamo), za regije v Španiji, kjer se gibljejo med 2,0 in 19,7, v Čilu sta kazalca 0 in 6,4, v Italiji pa znaša najmanjši 1,1, največji pa 16,7 na 100 000 prebivalcev. V Sloveniji zasledimo najmanjši kazalec uporabe v savinjski regiji, kjer znaša 1,1, največji pa je v notranjsko-kraški regiji, kjer znaša kar 93,7. V goriški in obalno-kraški regiji sta kazalca 40,4 in 54,4, istočasno pa v kar sedmih regijah kazalci uporabe ne presegajo 7 oseb na 100 000 prebivalcev. Regije v jugozahodnem delu Slovenije so tako po uporabi urgentnih bolnišničnih bivalnih enot primerljive z regijami območja v vzhodni Nemčiji, ostale pa so bolj podobne regijam v Španiji in Italiji. Brieger idr. (2003) za območje Saxony-Anhalt, kjer so aplicirali ESMS, poročajo, da je za enajst regij znotraj tega območja na voljo samo pet psihiatričnih bolnišnic, kar znese manj kot 40 postelj na 100 000 prebivalcev in je v nasprotju s priporočili, po katerih naj bi bilo za 100 000 prebivalcev na voljo 60-80 postelj. V primerjavi s temi podatki je Slovenija v še precej slabšem položaju.

Podatke o uporabi urgentnih nebolnišničnih bivalnih enot imamo samo za nekatere regije v Italiji, z najnižjim kazalcem uporabe 0,5 in najvišjim 10,1 na 100 000 prebivalcev, če ne štejemo regij brez tovrstnih služb. V Sloveniji znaša najnižji kazalec uporabe omenjenih služb 1,8 (v

osrednjeslovenski regiji) in je še najbližje tistemu v Neaplju (2,6), najvišji pa 27,1 (v spodnjeposavski regiji). V članku o uporabi v Rusiji in na Norveškem so Rezvyv idr. (2007) prikazali podatke združene za bolnišnične in nebolnišnične urgentne bivalne enote. V Rusiji znaša kazalec uporabe obeh skupin 27,5, na Norveškem pa 25,2. S temi podatki najbolj primerljive slovenske regije so pomurska, zasavska in spodnjeposavska. V Sloveniji znaša najnižji kazalec uporabe urgentnih bivalnih enot 5 na 100 000 v gorenjski regiji, najvišji pa 107,3 na 100 000 v notranjsko-kraški regiji.

Sedaj si oglejmo kazalce uporabe neurgentnih služb, ki omogočajo bivanje. Rezvyv idr. (2007) so objavili kazalce uporabe za celotno skupino neurgentnih bivalnih enot (R4 do R13). Uporaba služb v Rusiji (105,7) in na Norveškem (119,6) je pri nas še najbolj podobna tisti v podravski, spodnjeposavski in gorenjski regiji. Regija z najmanjšo uporabo neurgentnih bivalnih služb pri nas je osrednjeslovenska s slabimi 37 uporabniki, tista z najvišjo pa pomurska regija s skoraj 200 uporabniki na 100 000 prebivalcev. Tako po uporabi bolnišničnih kot po uporabi nebolnišničnih neurgentnih bivalnih enot (R4 do R7 oz. R8 do R13) najdemo v Sloveniji največji razpon. V regijah Španije se kazalci uporabe bolnišničnih neurgentnih bivalnih enot, kjer te enote obstajajo, gibljejo med 3,1 in 12,1 na 100 000 prebivalcev, v Italiji med 0,5 in 36,9 na 100 000, v obeh regijah Čila, prikazanih v tabeli priloge, tovrstnih služb ne poznajo, v Sloveniji pa je uporaba najmanjša v osrednjeslovenski regiji (9,2), največja pa v zasavski (85,7). Največji kazalec uporabe v Italiji, ki se nanaša na center Turina, je primerljiv z našima pomursko in gorenjsko regijo, v kar štirih slovenskih regijah pa je uporaba neurgentnih bolnišničnih bivalnih enot še večja.

Kazalci uporabe neurgentnih nebolnišničnih bivalnih enot se v Sloveniji gibljejo med dobrih 20 v jugovzhodni in slabih 160 v pomurski regiji. V regijah Španije znaša največji v naših virih dostopen kazalec uporabe 27 - v Sloveniji je primerljiv s kazalci v osrednjeslovenski, jugovzhodni, gorenjski, goriški in savinjski regiji. Tako nizkih kazalcev uporabe, kot so jih raziskovalci (Salvador-Carulla idr., 2008) popisali v dveh območjih Čila (2,1 in 3,4), pri nas nimamo. V regijah v Italiji se kazalci gibljejo med 5,8 in 115, zadnjega najdemo v enem od dveh območij Turina. Drugi najvišji kazalec uporabe v Sloveniji je dobrih 90 uporabnikov na 100 000 prebivalcev v koroški regiji, primerljiv pa je s kazalci v italijanski regiji Como in v drugem predelu Turina. Raziskovalci iz Nemčije (Brieger idr., 2003) poročajo o povprečnih kazalcih 6,5 na 100 000 prebivalcev za nebolnišnične bivalne enote s časovno omejeno 24-urno ali dnevno oskrbo, 11,1 za nebolnišnične enote s časovno omejeno nižjo stopnjo oskrbe, za bivalne enote s časovno neomejeno oskrbo in 24-urno dostopnostjo oseba pa kar 240 na 100 000 prebivalcev. Obenem raziskovalci poročajo o zelo neenakomerni distribuciji zadnje kategorije služb, saj so v petih regijah kazalci znašali manj kot 100, v treh pa več kot 500, od teh v eni celo nad 1100 na 100 000 prebivalcev.

In kje je Slovenija v primerjavi z drugimi državami po kazalcih uporabe dnevnih in strukturiranih dejavnosti? Najmanjšo uporabo izmed regij pri nas, v katerih delujejo službe urgentne dnevne oskrbe, ima goriška regija (1,7), največjo pa savinjska (19,3). V Španiji se kazalci podobno gibljejo med 1,5 in 12,8, v Čilu sta kazalca 4,9 in 8,5 uporabnikov na 100 000 prebivalcev, v Italiji pa se razpon giblje med vrednostima 0,7 in 16,2. Povzamemo lahko, da je uporaba urgentnih dnevnih služb v Sloveniji primerljiva s tisto v naštetih državah. Tovrstnih podatkov za Rusijo, Norveško in Nemčijo žal nimamo.

Kazalci uporabe služb, ki ponujajo delo ali delu podobne dejavnosti, se v Italiji gibljejo med 4,5 (v Turinu) in 70,2 (v Trstu). Pri tem moramo upoštevati, da za precejšnje število regij v Italiji nimamo tovrstnega podatka. Še najbližje visoki uporabi v Trstu je v Sloveniji zasavska regija z dobrimi 50 uporabniki na 100 000 prebivalcev. Najmanj uporabnikov pa najdemo v osrednjeslovenski in savinjski regiji, v obeh manj kot 10 na 100 000. V Španiji znaša edini kazalec, večji od 0 (če upoštevamo samo regije, za katere imamo popolne podatke), 11,2, če štejemo zraven še tiste regije, kjer imamo podatek samo za visoko intenzivne dejavnosti, pa je največji kazalec 51,1, že naslednji 11,2, najmanjši različen od 0 pa 0,7. V Sloveniji so kazalci uporabe dela in delu podobnih

dejavnosti v povprečju višji od omenjenih, a nižji od tistih v vzhodni Nemčiji. Iz območja Saxony-Anhalt poročajo o razponu delovnih mest za osebe z duševnimi motnjami po tamkajšnjih regijah od 116 do 687 na 100 000 prebivalcev, s povprečjem pri 240. Avtorji (Brieger idr., 2003) razlagajo, da je možnosti za delo toliko zato, ker področje urejajo jasni in strogi zakoni. Služb, ki bi omogočale delu podobne dejavnosti, pa je le za vzorec – v povprečju 2 na 100 000 prebivalcev.

V zajetih nemških regijah je uporaba ostalih strukturiranih dejavnosti in socialnih storitev povprečno 16 na 100 000 prebivalcev. Strukturirane dnevne dejavnosti imajo v slovenskih regijah kazalce uporabe med 3 (v goriški regiji) in 198,3 (v osrednjeslovenski regiji). Kazalec je visok še v koroški regiji (150,9), v ostalih pa se uporaba giblje med 20 in 70 uporabniki na 100 000 prebivalcev, kar je relativno visoko v primerjavi z ostalimi državami, o katerih imamo podatke v tabeli 18. V španskih regijah, za katere imamo podatke, sta najnižji in najvišji kazalec 3,4 in 51, v Italijanskih pa 3,2 in 46,8 (četudi zadnji zajema samo ostale strukturirane dejavnosti visoke intenzivnosti). Za Rusijo, Norveško in Čile podatkov o uporabi žal nismo našli.

Zanimiva je tudi primerjava uporabe socialnih storitev. V Sloveniji se kazalci uporabe gibljejo med 3,1 in 111,7 na 100 000 prebivalcev. Najmanj uporabnikov izhaja iz notranjsko-kraške in zasavske regije, ki sta primerljivi z italijanskima regijama Bolzano in Neapelj. Uporaba, kot jo poznajo v obalno-kraški regiji, pa je bolj podobna tisti v Trstu, kjer znaša 136,9 na 100 000 prebivalcev. Za ostale države (razen za štirih španske regije, kjer socialnih storitev ne poznajo) nimamo podatkov.

Avtorji poročila za Nemčijo (Brieger idr., 2003) so stanje na področju ambulantnih dejavnosti in dejavnosti v skupnosti na območju Saxony-Anhalt prikazali v številu psihiatrov v privatni praksi na 100 000 prebivalcev, ki so v povprečju štirje, v nekaterih ruralnih regijah območja Saxony-Anhalt pa poročajo o samo enem na 100 000 prebivalcev. Za primerjavo navajajo povprečje za celotno Nemčijo, ki znaša 8,1 psihiatra na 100 000 prebivalcev. Za nas pa je zanimiva številka v Sloveniji, ki znaša 5,35 psihiatrov na 100 000 prebivalcev.

Poglejmo si še kazalce uporabe ambulantnih služb. V Sloveniji se kazalci uporabe mobilnih urgentnih služb na 100 000 prebivalcev regij gibljejo od 0,8 v gorenjski do 19,3 v podravski regiji, vendar z izjemo zadnje kazalci ne presegajo števila 4,5. Uporaba v podravski regiji je podobna tisti v španskem Madridu (21,1) ali italijanskih regijah Ligure (18,7) in Genoa (19,2). V italijanskih regijah smo kot največji kazalec uporabe urgentnih mobilnih ambulantnih služb zasledili tistega v regiji Casale Monferrato in Valenza (30), najmanjšega različnega od 0 pa v regiji Como (1,1). Zadnji je primerljiv s kazalci uporabe v pomurski, jugovzhodni, osrednjeslovenski, gorenjski in goriški regiji. Podatkov o vseh italijanskih in španskih regijah žal nimamo, kakor tudi ne o regijah Čila, Rusije ali Norveške.

Kazalci uporabe nemobilnih urgentnih ambulantnih služb se v Sloveniji gibljejo med 18,4 (v jugovzhodni Sloveniji) in 101,7 (v notranjsko-kraški regiji). V Španiji je najnižja uporaba 4 na 100 000 prebivalcev, najvišja pa 198,8; tisti v notranjsko-kraški regiji je najbolj podobna uporaba v Burladi (116). Za Čile so avtorji podali samo en kazalec uporabe tovrstnih služb, in sicer znaša za regijo Concepcion 5,3, kar je manj kot v katerikoli od naših regij. Za Rusijo in Norveško avtorji (Rezvy idr., 2007) žal niso objavili kazalcev uporabe ambulantnih dejavnosti in dejavnosti v skupnosti. V Italiji se kazalci uporabe nemobilne urgentne ambulantne oskrbe na 100 000 prebivalcev gibljejo med 15,4 (v Neplju) in 74,2 (v Turinu). Uporaba v Neaplju je primerljiva z uporabo v jugovzhodni Sloveniji, uporaba v Turinu pa s tisto v goriški regiji.

Uporaba mobilnih ambulantnih služb kontinuirane oskrbe znaša v podravski regiji 17,3 in v notranjsko-kraški regiji 4044,3 na 100 000 prebivalcev. Ob zadnji je uporaba te vrste služb visoka še v jugovzhodni Sloveniji, kjer je dobrih 1500, v preostalih regijah pa ne presega 160. Za primerjavo povejmo, da je najvišja nam poznana uporaba v Španiji tista v Burladi, ki znaša 101,6 in

je primerljiva z uporabo v obalno-kraški regiji, v Italiji pa tista v enem od območij Turina, kjer znaša 318.

Številčno najbolj zastopana kategorija služb v Sloveniji so nemobilne ambulantne službe kontinuirane oskrbe. Kazalci uporabe tovrstnih služb na 100 000 prebivalcev se gibljejo od 269,8 v gorenjski do 1650,6 v osrednjeslovenski regiji. Nekoliko višje kot doslej so tudi številke pri regijah v Italiji, Španiji in Čilu. Izmed regij, kjer je uporaba omenjene vrste služb prikazana, sta v Italiji z največjo uporabo na prvem mestu obe območji Turina s 1272 in 1042, v Španiji pa Rochapea z 2416 uporabniki na 100 000 prebivalcev. Tako visokega kazalca uporabe kot v zadnji v Sloveniji ne zasledimo, s Turinom pa lahko primerjamo notranjsko-kraško in pomursko regijo. Zelo podobna je uporaba v obeh regijah Čila (1032,3 in 1129,3).

Za nekatere regije Italije so avtorji prikazali samo podatke za celotno skupino ambulantnih dejavnosti kjer sta po številu uporabnikov kontinuirane oskrbe v Sloveniji še najbližje obalno-kraška in pomurska regija.

Povzamemo lahko, da so kazalci uporabe služb v večini kategorij primerljivi s tistimi v nekaterih regijah Španije in Italije, presenetljivo pogosto pa so v povprečju celo višji. Ob tem moramo upoštevati, da v nobeni od obeh držav nismo imeli na voljo podatkov za celotno državo, ki bi morda pokazali drugačno sliko. Slovenske regije so primerljive tudi s tistimi v zajeti vzhodno-nemški pokrajini, kjer pa nas izrazito prekašajo pri dostopnosti dela in delu podobnih dejavnosti za osebe z duševnimi motnjami ter v uporabi bivalnih enot s časovno neomejeno oskrbo in 24-urno dostopnostjo osebja. Veliko uporabo slednjih avtorji (Brieger idr., 2003) povezujejo s tem, da gre za bivalne enote, ki so ostale od nekdanjih velikih psihiatričnih bolnišnic na tem območju.

15.5. Preventivno promocijska dejavnost služb in prisotnost dejavnikov tveganja za nastanek težav v duševnem zdravju v posameznih regijah

V uvodnem delu smo predstavili izjemen pomen preventivnega delovanja na področju preprečevanja težav v duševnem zdravju in nekaterih omejitev, ki se na tem področju pojavljajo. Čeprav ima preventiva na področju duševnega zdravja že dolgo zgodovino (čez 100 let), so se programi preventivnih dejavnosti, ki bazirajo na znanstvenih podlagah ter na sistematičnih kontroliranih študijah preverjanja njihove uspešnosti pojavili šele okrog leta 1980. Vse to rezultira dandanes v množici programov, ki so na voljo uporabnikom ter v naraščajočem številu raziskovalnih centrov, univerzitetnih programov in drugih institucij, ki se ukvarjajo s problematiko duševnega zdravja. V ospredje vse bolj prihaja tudi multidisciplinarni pristop obravnavanja težav v duševnem zdravju, ki tako premika polje zanimanja iz medicinskega polja vse bolj tudi v sfere družboslovnih in humanističnih ved. Implementacija preventive na področju duševnega zdravja je postala v svetovnem merilu ena izmed prioritet javnega zdravstva, ki jih diseminira v svojih smernicah tudi WHO (2001, 2005c,d). Slovenija v tem pogledu močno zaostaja za razvitimi državami, saj zaenkrat še vedno nimamo specializiranih učnih, študijskih in raziskovalnih kapacitet, ampak se s problematiko duševnega zdravja ukvarjajo pretežno nepovezane različne institucije in akterji. To se nenazadnje tudi odraža v precej pomanjkljivih statistikah iz tega področja in pomanjkanju zavedanja nosilcev različnih programov po sistematičnem spremljanju učinkov in udeležencev njihovih aktivnosti. Čeprav 85% služb izvaja kakšno od oblik evalvacije, pa so le te v večini primerov neuporabne v raziskovalne namene, saj ne spremljajo indikatorjev, ki znanstveno dokazano izpričujejo povezanost s težavami v duševnem zdravju. Upajmo, da bo nedavno sprejet Zakon o duševnem zdravju omogočil čim prejšnje zmanjšanje te vrzeli pri nas.

Namreč, za oblikovanje učinkovitih preventivnih politik na področju duševnega zdravja je potrebno najprej pridobiti ustrezne podatke, ki presegajo zgolj čisto statistično raven npr. sociodemografskih in zdravstvenih statistik. Dobro je namreč poznati tudi nekatere posebnosti, ki se v določenih okoljih izražajo bolj, drugod manj, lahko pa pomembno vplivajo na dinamiko težav v duševnem

zdravju. Šele na tej osnovi se lahko oblikujejo ustrezni preventivni programi, ki so oblikovani na podlagi dokazov o njihovem učinku na dejavnike tveganja in varovalne dejavnike.

Naša raziskava je poleg ESMS klasifikacije služb na področju duševnega zdravja spremljala tudi njihove preventivne in promocijske aktivnosti. Od 301 služb, ki smo jih v tem pogledu popisali in analizirali, jih je več kot 90% navajalo, da v okviru svojih programov izvaja kakšno od preventivnih dejavnosti. Največ preventivnih aktivnosti (ne glede na obliko) smo registrirali v obalno-kraški, osrednjeslovenski in goriški regiji. In najmanj v zasavski, notranjsko-kraški in gorenjski regiji (**slika 12**). 60% preventivnih dejavnosti služb je usmerjeno v primarno preventivo. Najmanj primarno preventivnih dejavnosti smo zaznali v gorenjski, zasavski, notranjsko-kraški in savinjska regiji, medtem ko koroška, osrednjeslovenska in obalno-kraška regija kažejo na najboljšo pokritost s primarno preventivnimi dejavnostmi. Vendar pa se omenjene regije precej razlikujejo v luči tega kakšen tip primarne preventivne prevladuje v njih. Ugotovili smo, da je v vseh regijah primarna preventiva pretežno usmerjena v skupine ljudi s povečanim tveganjem za nastanek duševnih motenj (selektivna primarna preventiva), sledijo dejavnosti namenjene ljudem, ki že imajo nekatere simptome duševnih motenj (indicirana primarna preventiva) in najmanj se posveča pozornosti univerzalni primarni preventivi, ki je namenjena celotni populaciji (**slika 13**). Še zlasti izstopajo po majhnem obsegu univerzalne primarne preventive gorenjska, zasavska, pomurska in koroška regija, kjer se giblje obseg dejavnosti od 2 - 3,3 na 100 000 prebivalcev. Na osnovi tega lahko upravičeno sklepamo, da se v našem okolju pozitivni koncept duševnega zdravja, ki ga nagovarja ravno univerzalna primarna preventivna dejavnost, še dolgo ne bo uveljavil, če se bo nadaljevala takšna dinamika promocije duševnega zdravja.

Če ocenjujemo breme duševnih motenj s kazalcem izgubljenih let življenja zaradi oviranosti (DALY) ugotovimo, da duševne motnje prispevajo 13% in da se delež še povečuje. Soočamo se z omejenimi možnostmi za zdravljenje duševnih motenj, zlasti kadar bi želeli popraviti oviranost v vsakdanjem življenju. Preventiva je zato bistvenega pomena, če želimo zmanjšati breme, ki ga družbi in posamezniku povzročijo duševne motnje. Duševno zdravje je odločilno za učinkovito vsakodnevno delovanje v okviru možnosti posameznika, za načrtovanje prihodnosti, za čustveno uravnovešene odnose z drugimi in za upoštevanje pravil, ki veljajo v družbi. Duševno zdravje omogoča, da posameznik pridobi znanje in sposobnosti, izkoristi možnosti, ki so mu na voljo, poskrbi zase in najbližje. Številni dejavniki (biološki, psihološki, socialni, ekonomski) vplivajo na duševno zdravje populacije. Dejavniki se med seboj prepletajo. Imamo tako dejavnike, ki izboljšujejo duševno zdravje in dejavnike, ki povečujejo tveganje za nastanek duševnih motenj. Na veliko teh dejavnikom lahko vplivamo ravno s preventivnimi in promocijskimi akcijami. Naša raziskava je pokazala, da so službe, ki izvajajo različne preventivne programe na področju duševnega zdravja usmerjene tako na dejavnike tveganja kot v krepitev varovalnih dejavnikov. V največji meri v krepitev varovalnega dejavnika - načrt podpore (**slika 14**), sledijo pa še po pogostosti: uravnotežen urnik vsakdanjih dejavnosti, reševanje medosebnih konfliktov, izobraževanje o motnji, zdravo in urejeno prehranjevanje, neuživanje alkohola in drog, načrt za re-socializacijo, spremembe vlog, odpravljanje socialne stigme.

V okviru analize obsega preventivno promocijskih dejavnosti glede na prisotnost nekaterih sociodemografskih in zdravstvenih dejavnikov tveganja smo želeli preveriti kakšen obseg preventivnih dejavnosti po posameznih regijah glede na prisotnost nekaterih sociodemografskih in zdravstvenih dejavnikov tveganja v njih. Znano je, da kazalci kot so povečana raba alkohola, pomanjkljiva izobrazba, revščina, stopnja urbanizacije, nasilje in delikventnost, nezaposlenost, zdravstveno stanje, idr. lahko predstavljajo tudi pomembne dejavnike tveganja za povečano ogroženost duševnega zdravja. V nabor sociodemografskih kazalnikov vključili naslednje dejavnike tveganja: Delež moških in žensk, starih nad 75 let; Indeks staranja; Število umrlih; Standardiziran količnik prezgodnje umrljivosti; Indeks starostne odvisnosti; Indeks razvojne ogroženosti; Prejemnike denarnih socialnih pomoči; Število razvez; Delež enostarševskih družin; Stopnjo brezposelnosti; Stopnjo delovne aktivnosti; Bruto družbeni proizvod; Delež prebivalcev brez

izobrazbe, z nepopolno osnovnošolsko ali samo osnovnošolsko izobrazbo; Obsojene polnoletne osebe, ki sta jim bila izrečena vzgojni ukrep ali kazen; Porabo čistega alkohola. Med zdravstvenimi kazalniki pa smo se osredotočili na: Incidenčno stopnjo raka po spolu; Število izdanih receptov; Število izdanih receptov v skupini zdravil z delovanjem na živčevje; Bolniški stalež; Umrljivost zaradi vzrokov, ki jih neposredno pripisujemo alkoholu; Število izvajalcev zdravstvenega varstva; Število izvajalcev zdravstvenega varstva za posamezne poklice: zdravniki, soc. delavci, psihologi; Stopnje YPLL za samomor; Koefficient samomorilnosti.

Rezultati so pokazali zanimivo distribucijo prisotnosti sociodemografskih in zdravstvenih po posameznih regijah, saj kažejo tudi na določeno geografsko strnjenost (slika 17). V največjem obsegu so prisotni namreč v statističnih regijah vzhodne Slovenije (pomurska, zasavska, spodnjeposavska, podravska, savinjska), medtem ko je v statističnih regijah zahodne Slovenije (osrednjeslovenska, goriška, gorenjska, obalno-kraška) njihova intenziteta v primerjavi z vsemi ostalimi regijami najnižja. Po drugi strani pa je obseg preventivno promocijskih dejavnosti največji ravno v nekaterih regijah zahodne Slovenije, kjer je stopnja ogroženosti relativno nizka (obalno-kraška, osrednjeslovenska, goriška). Še posebej očitna je ta diskrepanca v notranjsko-kraški in zasavski regiji. Korelacija med stopnjo ogroženosti duševnega zdravja in obsegom preventivnih in promocijskih dejavnosti je znašala -0,52 in je bila na meji statistične pomembnosti na ,05% nivoju. Kar pravzaprav dobro odslikava situacijo na terenu. V nadaljevanju nas je zanimalo, ali je obseg preventivno promocijskih dejavnosti posledica večje oz. manjše razpoložljivosti služb, ki delujejo v regiji. Korelacija med obsegom preventivno in promocijskih dejavnosti in razpoložljivost služb v regiji delovanja je pokazala, da gre za visoko povezanost, saj znaša 0,73 in je statistično pomembna na ,01% nivoju. Torej lahko povzamemo, da je v regijah z večjo razpoložljivostjo služb na področju duševnega zdravja tudi bolje pokrita preventivno promocijska dejavnost, vendar pa lahko sklepamo tudi na precejšnjo neuravnoteženost med ocenjeno stopnjo ogroženost duševnega zdravja in razpoložljivost služb v nekaterih regijah. Korelacija med slednjima je znašala -0,63 (pomembna na ,05% nivoju) in kaže na to, da so v najbolj nezavidljivem položaju zasavska, pomurska, spodnjeposavska, notranjsko-kraška in jugovzhodna regija, medtem ko imajo regije zahodne Slovenije dokaj dobro razpoložljivost služb na področju duševnega zdravja glede na ocenjen obseg dejavnikov tveganja za nastanek težav v duševnem zdravju, registriranih v teh regijah.

Zaključimo lahko, da v Sloveniji ne moremo govoriti o odsotnosti zavedanja o pomenu preventivne in promocijske dejavnosti na področju duševnega zdravja, saj se večina služb poslužuje kakšne od oblik promocije ali preventive. Vendar pa bode v oči dejstvo, da službe posvečajo premalo pozornosti univerzalni primarni preventivi, in so pretežno usmerjene v ciljne skupine, ki se že soočajo s težavami v duševnem zdravju. Nadalje, intenziteta in obseg preventivnih dejavnosti je premalo domišljen v luči nekaterih sociodemografskih in zdravstvenih dejavnikov tveganja, ki so v nekaterih okoljih bolj problematični in v drugih manj. In nenazadnje, prebivalci nimajo v vseh regijah enakih možnosti glede oskrbe in dostopa do nekaterih oblik nudenja pomoči v primerih težav v duševnem zdravju. Tovrstno neuravnoteženost med potrebami in možnostmi lahko dobro premosti implementacija stopenjskega modela oskrbe, opisanega v uvodnem delu, ki bazira na pragmatičnem ravnotežju med skupnostno in oskrbo glede na razpoložljive resurse. Avtorja Thornicroft in Tansella (2004) opisujeta posamezne korake v razvoju oskrbe na področju duševnega zdravja, kjer je vsak od korakov prilagojen obstoječi stopnji ekonomskega razvoja neke države oz. finančnih vložkov, ki so na voljo na nekem območju (državi ali regiji) (tabela 2). Za Slovenijo je ta model še posebej zanimiv zaradi njene raznolikosti, ki se pojavlja med posameznimi geografskimi področji in neenakomerno razvitostjo le teh. Model je aditiven in sekvenčen, kar pomeni, da se postoma nadgrajujejo obstoječe kapacitete in hkrati omogoča, vključitev lokalnih dejavnikov, kot npr. tradicijo in specifične okoliščine, preference uporabnikov in osebja, močne in šibke lastnosti obstoječih služb in seveda vire, ki so na voljo.

16. Zaključki

- ✦ Zaradi hitrih sprememb v sodobnem svetu, sprememb v delovanju družbe in v funkcioniranju njene osnovne celice – družine, zaradi novih pritiskov, ki jih prinašajo staranje prebivalstva, večanje prepada med bogatim in revnim slojem ter hitre tehnološke spremembe, ki zahtevajo neprestano prilagajanje, in še kaj bi lahko našteali, se povečuje število ljudi, s težavami v duševnem zdravju. Med njimi tudi obseg duševnih motenj. Povečana potreba po preventivnem in kurativnem delovanju na področju duševnega zdravja na eni strani in neredko zastareli in dokaj okorni zdravstveni sistemi na drugi pričajo o tem, da bodo v bližnji prihodnosti potrebne nekatere korenite spremembe v delovanju zdravstvenega in socialnega varstva, tudi tistega dela, ki skrbi za duševno zdravje (ali bolje rečeno, duševno ne-zdravje) prebivalstva.
- ✦ Vsak korak k načrtovanju sprememb pa vsekakor zahteva poznavanje trenutnega stanja. Ko smo začeli zbirati osnovne podatke za pričujočo raziskavo in smo iskali centralni register oz. seznam, ki bi vseboval vse službe na področju duševnega zdravja v Sloveniji, tega nismo mogli pridobiti. Zaenkrat v Sloveniji ne obstaja. Njegove »izdelave« smo se zato lotili sami, seveda ob zavedanju in tveganju, da ne bomo identificirali vseh obstoječih služb. Vendar pa smo ta metodološko omejitev morali sprejeti, če smo želeli ugotoviti, katere službe na področju duševnega zdravja obstajajo v različnih regijah po Sloveniji, in oceniti kakšno oskrbo omogočajo in koliko uporabnikov imajo.
- ✦ Seznam služb smo izdelali s pomočjo baze Ajpes, internetnih virov, zloženk in ostalega informacijskega gradiva, ki je na voljo v okviru nekaterih služb ter izvajalcev programov na področju zdravstvenega in socialnega varstva, ki jih sofinancirata Ministrstvo za zdravje in Ministrstva za družino in socialne zadeve. Iz začetnega nabora 850- tih potencialno ustreznih služb na področju duševnega zdravja na koncu pridobili za sodelovanje 301 službo, ki je ustrezala kriterijem za vključitev v raziskavo.
- ✦ Uporabili smo Evropski obrazec za mapiranje služb (ESMS), doslej edini standardiziran in mednarodni uporaben instrument, namenjen klasificiranju služb na področju duševnega zdravja. Dopolnjuje Evropski sociodemografski obrazec (ESDS), ki služi zajemanju sociodemografskih dejavnikov, povezanih z obolevnostjo in uporabo služb na področju duševnega zdravja. Tekom zbiranja podatkov smo klasificirali 251 služb iz različnih statističnih regij, ki so ustrezale kriterijem za uporabo ESMS. Hkrati smo ESMS obrazcu dodali sklop postavk, ki popisujejo preventivno in promocijsko dejavnost služb. Poleg kazalnikov, ki jih zajema ESDS obrazec, smo pridobili tudi več zdravstvenih in statističnih podatkov o socialni, demografski in zdravstveni sliki posamezne regije. V naslednjem koraku smo analizirali uporabo in dostopnost različnih kategorij služb na 100 000 prebivalcev posamezne regije ter jih primerjali s sociodemografskimi značilnostmi regij ter jih primerjali z dostopnimi podatki služb v regijah nekaterih drugih držav. Izdelali smo tudi medregijske primerjave ocen ogroženosti duševnega zdravja, obsega preventivnih in promocijskih dejavnosti in razpoložljivosti služb.
- ✦ Rezultati analize delovanja 301 služb so pokazali, da se število in raznolikost služb na področju duševnega zdravja po posameznih regijah precej razlikuje. Največje število razpoložljivih dejavnosti je bilo registriranih v osrednjeslovenski, savinjski, podravski in obalno-kraški regiji in najmanj v notranjsko-kraški, spodnjeposavski in zasavski regiji. Domala v vseh regijah prevladujejo ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti, s prevladujočo ponudbo v osrednjeslovenski regiji. Primerjava razpoložljivih dejavnosti služb s sedežem delovanja v analizirani regiji (301) na 100 000 prebivalcev te regije je pokazala, da je na 100 000 prebivalcev najmanj dejavnosti na voljo prebivalcem zasavske, jugovzhodne Slovenije, spodnjeposavske in pomurske regije, sledijo podravska, notranjsko-kraška, gorenjska in savinjska regija in največ razpoložljivih dejavnosti najdemo v goriški, koroški, osrednjeslovenski in obalno-kraški regiji.

- ✚ Analiza 251 služb, ki so bile analizirane po kriterijih ESMS je pokazala, da je najmanj služb na voljo prebivalcem zasavske, gorenjske, spodnjeposavske in notranjsko-kraške regije ter največ v goriški, koroški, osrednjeslovenski in obalno-kraški regiji. Po številu služb z bivalnimi, dnevnimi in strukturiranimi ter ambulantnimi dejavnostmi je na prvem mestu osrednjeslovenska regija, najmanj pa jih imajo zasavska, notranjsko-kraška in spodnjeposavska. Po številu različnih kategorij v regiji lociranih služb pa pri bivalnih enotah osrednjeslovensko prekaša podravska regija, pri ambulantnih službah pa ima enako število različnih kategorij kot osrednjeslovenska še savinjska regija.
- ✚ V kategoriji služb z bivalnimi enotami v Sloveniji prevladujejo nebolnišnične neurgentne službe, kjer je čas bivanja omejen, osebje pa je uporabnikom na voljo pet dni v tednu. Na drugi strani poznamo samo eno bolnišnično bivalno enoto s časovno neomejenim časom bivanja, kjer osebje ni na voljo 24 ur dnevno. Dveh kategorij ESMS klasifikacije, t.j. ene bolnišnične z dnevno oskrbo in ene nebolnišnične z nižjo obliko oskrbe, pri nas ne poznamo.
- ✚ Tudi v kategoriji dnevnih in strukturiranih dejavnosti dveh kategorij služb po ESMS klasifikaciji v Sloveniji nismo zasledili. V okviru popisa tako nismo našli služb, ki bi omogočale delo ali delu podobne dejavnosti z intenzivnostjo manj kot štiri dele dneva na teden. Največ služb v Sloveniji ponuja socialne storitve ali druge strukturirane dejavnosti visoke intenzivnosti.
- ✚ V kategoriji ambulantnih dejavnosti in dejavnosti v skupnosti je daleč največ nemobilnih služb, ki omogočajo kontinuirano srednje intenzivno oskrbo, kar pomeni, da je kontakt med uporabnikom in osebjem mogoč vsaj enkrat na štirinajst dni, a redkeje kot trikrat tedensko. Najmanj je mobilnih služb z nizko intenzivno oskrbo, med urgentnimi pa mobilnih služb s 24-urno oz. časovno omejeno oskrbo.
- ✚ Analiza povezanost med sociodemografskimi dejavniki, ki jih ugotavlja instrument ESDS, ter kazalci uporabe služb na 100 000 prebivalcev po regijah je razkrila, da se nekateri sociodemografski dejavniki v Sloveniji niso izkazali kot pomembno povezani z uporabo služb na področju duševnega zdravja, med njimi deleži moških oz. žensk v nekaterih starostnih skupin, indeks starostne odvisnosti, deleži priseljenih, deleži zaposlenih oz. brezposelnih moških in žensk ter delež družin, ki jih sestavljajo očetje z otroki. Spet drugi sociodemografski dejavniki so se pokazali kot negativno povezani z uporabo služb. Pomembno pozitivno povezanost s kazalci uporabe služb smo našli pri umrljivosti, odstotnem deležu žensk med 20. in 39. letom starosti ter moških med 40. in 64. letom, pri indeksu staranja ter pri stopnji registrirane in stopnji dolgotrajne brezposelnosti. Za omenjene dejavnike menimo, da bi jih bilo potrebno posebej upoštevati pri načrtovanju prihodnje politike razvoja služb na področju duševnega zdravja. Predvidevali smo, da bo stopnja dolgotrajne brezposelnosti bolj korelirala z uporabo služb kot stopnja registrirane brezposelnosti, vendar so rezultati pokazali, da je povezanost obeh dejavnikov z uporabo služb pri nas enaka, morda zato, ker so regije z najvišjo stopnjo registrirane brezposelnosti v glavnem tudi tiste z najvišjo stopnjo dolgotrajne brezposelnosti.
- ✚ Službe, ki ponujajo dnevne in strukturirane dejavnosti so v manjši meri javnega značaja kot službe, ki omogočajo bivanje ali ambulantne dejavnosti, saj jih je skoraj petkrat več v neprofitnem sektorju kot v ostalih dveh, medtem ko tako bivalne enote kot službe ambulantne dejavnosti številčno prevladujejo v javnem sektorju. V kategoriji dnevnih in strukturiranih dejavnosti smo zasledili relativno malo možnosti dela ali delu podobnih dejavnosti, vsekakor veliko manj, kot poročajo iz vzhodno-nemške pokrajine Sachsen-Anhalt (Brieger idr., 2003), kjer področje dela za ljudi, ki na trgu dela nimajo možnosti konkurirati, urejajo strogi zakoni. Morda bi morali tudi v Sloveniji zaostri pogoje za delodajalce na način, da bi se jih posledično manjši delež odločal za denarni prispevek in večji delež za dejansko oblikovanje delovnega mesta za ljudi s težavami v duševnem zdravju ali oviranostjo na katerem drugem področju.

- ✚ Primerjava podatkov uporabe služb po ESMS klasifikaciji med Slovenijo in nekaterimi drugimi državami je pokazala, da so kazalci uporabe v Sloveniji primerljivi s tistimi v Italiji, Španiji in tudi v vzhodni Nemčiji, a v primeru slednje bi si želeli tudi primerljivo število postelj, psihiatrov in predvsem zaščitenih delovnih mest na 100 000 prebivalcev. Kazalci uporabe bivalnih enot so primerljivi tudi s tistimi v po eni norveški in ruski regiji. Upoštevati pa je potrebno, da razlike znotraj držav niso nič manjše kot razlike, ki jih najdemo med državami.

- ✚ Ocenjujemo, da je instrument ESMS zelo uporaben instrument za opis oz. klasifikacijo služb na nekem območju, saj ponuja razumljive kategorije oskrbe na področju duševnega zdravja. Hkrati je primeren za primerjave med regijami znotraj države in med državami, tako v številu posameznih kategorij služb, ki so na voljo, kot v uporabi le-teh. Uvrščanje služb v kategorije ocenjujemo kot razmeroma enostavno, težavno je predvsem ugotavljanje števila uporabnikov/nočitev/kontaktov, saj so podatki v arhivih služb večinoma shranjeni v drugačni obliki kot jih zahteva ESMS. V oceni prijaznosti instrumenta do uporabnika se tako pridružujemo mnenju Salvador-Carulle idr. (2000), katerih ocene so bile srednje, ena pa nizka.

- ✚ Iz tega naslova izhaja tudi naš poziv bralcu, naj na podatke, prikazane v tem delu, gleda kot na *oceno* razpoložljivosti in dostopnosti služb v Sloveniji. Poleg dejstva, da določenega števila predstavnikov služb nismo uspeli pridobiti k sodelovanju v raziskavi, so tisti, ki smo jih dobili, včasih zavrnili posredovanje podatkov o številu uporabnikov, pogosto so dali približne podatke (ker točnih niso imeli, ali bi za njihov izračun potrebovali preveč časa). V okviru še kakšnega morebitnega raziskovalnega dela na tem področju predlagamo, da raziskovalci proučijo kakšna je povezanost sociodemografskih spremenljivk s številom uporabnikov različnih vrst služb na področju duševnega zdravja in katere spremenljivke igrajo v posameznih regijah Slovenije ključno vlogo. Seveda bi bila dobrodošla tudi raziskave, kot smo izvedli sami, v Sloveniji ali morebiti zgolj v kateri od izrazito depriviligiranih regij. To bi omogočilo longitudinalno spremljanje sprememb skozi čas in ob morebitnih priporočilih s strani zdravstvene politike bi se lahko znanstveno proučilo tudi učinke ukrepov na ravni ugotavljanja, ali se situacija izboljšuje, slabša ali ostaja nespremenjena.

- ✚ Hkrati z ESMS klasifikacijo smo popisali tudi preventivno promocijske dejavnosti služb na področju duševnega zdravja. Več kot 90% služb izvaja v okviru svojih programov tudi kakšno od preventivno promocijskih dejavnosti. Največ preventivnih aktivnosti smo registrirali v obalno-kraški, osrednjeslovenski in goriški regiji in najmanj v zasavski, notranjsko-kraški in gorenjski regiji. 60% preventivnih dejavnosti služb predstavlja primarno preventivo, ki je pretežno usmerjena v skupine ljudi s povečanim tveganjem za nastanek duševnih motenj. Najmanj pozornosti se posveča univerzalni primarni preventivi, namenjeni celotni populaciji. To je zaskrbljujoče v luči WHO smernic (2005d), ki poudarjajo promocijo pozitivnega koncepta duševnega zdravja, kar je v domeni ravno univerzalne primarne preventivne.

- ✚ Statistične regije vzhodne Slovenije (pomurska, zasavska, spodnjesavska, podravska, savinjska) in notranjsko-kraška regija imajo največ povečanih socialnih, demografskih, ekonomskih in zdravstvenih kazalcev, ki jih študije navajajo kot pomembne dejavnike tveganja pri nastanku težav v duševnem zdravju. Medtem ko je v osrednjeslovenski, goriški, gorenjski, obalno-kraški regiji v primerjavi z ostalimi regijami stopnja ogroženosti duševnega zdravja najnižja. Izkazalo se je tudi, da je v regijah z večjo razpoložljivostjo služb tudi bolje pokrita preventivno promocijska dejavnost, vendar pa je obseg preventivno promocijskih dejavnosti največji ravno v nekaterih regijah zahodne Slovenije, kjer je stopnja ogroženosti relativno nizka (obalno-kraška, osrednjeslovenska, goriška). Še posebej očitna je ta diskrepanca v notranjsko-kraški, zasavski in pomurski regiji, kje je očitna visoka stopnja ogroženosti duševnega zdravja in manjša razpoložljivost služb sedežem v regiji ter relativno slaba pokritost s preventivno promocijskimi dejavnostmi.

✦ Naša študija je zelo nazorno prikazala, da je kvaliteta in kvantiteta pomoči na področju duševnega zdravja v Sloveniji odvisna od določenih regionalnih dejavnikov. Zato se prebivalci v vseh regijah ne nahajajo v enakem položaju glede dostopa do nekaterih oblik nudenja pomoči v primerih težav v duševnem zdravju. Glede na to, da so slovenske regije tudi v oziru ekonomskih virov v precej neenakovrednem položaju predstavlja zanimiv pristop k reševanju tovrstne problematike stopenjski model oskrbe model Thornicroft in Tansella (2004), ki podaja možnosti oskrbe na področju duševnega zdravja glede na razpoložljive resurse. Avtorja ugotavljata, da so ne glede na raven ekonomskega razvoja potrebne tako bolnišnične kot skupnostne službe za osebe s težavami v duševnem zdravju oz. da daje najboljše rezultate kombinacija obojih. Pri tem je potrebno upoštevati specifične okoliščine, preference uporabnikov in osebja, močne in šibke lastnosti obstoječih služb in seveda vire, ki so na voljo. Za območja z nizko stopnjo virov priporočata izboljšanje primarne oskrbe, strokovnjaki s področja duševnega zdravja pa bi naj, v kolikor so na voljo, služili kot podpora osebju primarne oskrbe ter sodelovali pri kompleksnejših primerih, in delali s tistimi osebami, ki potrebujejo bolnišnično oskrbo. Območja s srednjo stopnjo virov ob dobri primarni oskrbi naj nudijo še vsaj nekatere od bolj specializiranih služb, navadno ambulate za osebe s težavami v duševnem zdravju, time za področje duševnega zdravja v skupnosti (community mental health teams, nekaj podobnega so bili pri nas mentalno higienski dispanzerji, ki pa so ta hip v bolj kot ne razpadajočem stanju), bolnišnično oskrbo za akutne primere, stanovanjske enote v skupnosti in različne oblike zaposlitve in dejavnosti. Območja s visoko stopnjo virov, ki imajo večino naštetega, naj ob tem vzpostavijo še bolj specializirane službe za posamezne duševne motnje ali skupine uporabnikov, na primer specializirane službe za osebe z motnjami hranjenja, z dvojnimi diagnozami, s posttravmatsko stresno motnjo, za matere z otroki, za različne oblike psihoterapije, time za krizne intervencije nadom, akutne dnevne bolnišnice, alternativne oblike zaposlitve in drugih dejavnosti, idr.

17. Literatura

- Becker, T. in Kilian, R. (2006). Psychiatric services for people with severe mental health illness across western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(Suppl. 429), 9-16.
- Beecham, J., Johnson, S. in The EPCAT Group (2000). The European Socio-Demographic Schedule (ESDS): rationale, principles and development. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(Suppl. 405), 33-46.
- Bon, J. (2007). Stigma bolnikov s psihičnimi motnjami. V Ministrstvo za zdravje, Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva (Ur.), *Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva* (str. 93-96). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Brieger, P., Wetzig, F. in Böcker, F. M. (2003). Institutions and services of psychiatric care in Saxony-Anhalt: assessment with the European Services Mapping Schedule. *European Psychiatry*, 18, 145-147.
- Carotta, A. in Kurež, M. (2007). *Promocija duševnega zdravja med študenti Univerze v Ljubljani*. Diplomsko delo, Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Dekker, J., Peen, J., Koelen, J., Smit, F. in Schoevers, R. (2008). *Psychiatric disorders and urbanization in Germany* [spletni dokument]. Dostop 23. maj, 2008, na <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/17>.
- Eaton, W. (1974). *Residence, social class and schizophrenia* [spletni dokument]. Dostop 10. junij, 2008, na <http://www.jstor.org/pss/2137089>.
- Faris, R. E. L. in Dunham, H. W. (1960). *Mental disorders in urban areas* [spletni dokument]. Dostop 9. junij, 2008, na <http://www.pubmedcentral.nih.gov/pagerender.fcgi?artid=1373596&pageindex=1>.
- Glover, G. in Barnes, D. (2004). *Mental health service provision for working age adults in England* [spletni dokument]. Dostop 22. maj, 2008, na <http://www.dur.ac.uk/service.mapping>.
- Goldberg, D. (1996). Preface. V T. Kendrick, A. Tylee in P. Freeling (Ur.), *The prevention of mental illness in primary care* (str. xiii-xiv). Cambridge: University Press.
- Harrison, J., Barrow, S. in Creed, F. (1995). *Social deprivation and psychiatric admission rates among different diagnostic groups* [spletni dokument]. Dostop 9. junij, 2008, na <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=3685560>.
- Have, M., Meertens, V., Scheepers, P., Grotenhuis, M., Beekman, A. in Vollebergh, W. (2005). Demand for mental health care and changes in service use patterns in the Netherlands, 1979 to 1995. *Psychiatric services*, 56(11), 1409-1415.
- Inštitut za varovanje zdravja (2008). *Zdravstveni statistični letopis 2006* [spletni dokument]. Dostop 6. maj, 2008, na <http://www.ivz.si/index.php?akcija=podkategorija&p=109>.
- Jane-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C. in Patel, V. (2005). *Mental health promotion works: a review* [spletni dokument]. Dostop 25. april, 2008, na http://ped.sagepub.com/cgi/reprint/12/2_suppl/9.
- Johnson, S., Kuhlmann, R., in The EPCAT Group (2000). The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(Suppl. 405), 14-23.
- Kersnik, J. (2007a). Hudo bolni. V Ministrstvo za zdravje, Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva (Ur.), *Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva* (str. 144-150). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

- Kersnik, J. (2007b). Zdravje žensk med 20. in 40. letom. V Ministrstvo za zdravje, Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva (Ur.), *Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva* (str. 202-209). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Klančar, D. (2007). Bolnik z duševno boleznijo v očeh zdravnika družinske medicine. V Ministrstvo za zdravje, Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva (Ur.), *Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva* (str. 85-92). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Komisija evropskih skupnosti (2005). *Zelena knjiga: Izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva. Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo* [spletni dokument]. Dostop 25. april, 2008, na http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/sl/com/2005/com2005_0484sl01.pdf.
- Kopčavar Guček, N (2007). Biti ženska v Srednji Evropi, danes V Ministrstvo za zdravje, Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva (Ur.), *Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva* (str. 196-201). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Kurbos, M. (2008). Ocena dostopnosti služb na področju duševnega zdravja glede na sociodemografske dejavnike tveganja za nastanek duševne motnje: *diplomsko delo*. Ljubljana.
- Lefley, H. P. (1996). *Family caregiving in mental illness*. Thousand Oaks: Sage Publications, inc.
- Lunder, U. (2007). Več razlogov za pomislek, da slovenska družba ni pripravljena na staranje prebivalstva. V Ministrstvo za zdravje, Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva (Ur.), *Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva* (str. 85-92). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Marinček, Č. (2007). Sekundarna stanja – pozne posledice dolgotrajnih bolezni ali poškodb. V Ministrstvo za zdravje, Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva (Ur.), *Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva* (str. 163-166). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Ministrstvo za zdravje RS (2008). *Predlog zakona o duševnem zdravju* [spletni dokument]. Dostop 28. maj, 2008, na http://www.mz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/predlogi_zakonov_ki_so_bili_v_javni_razpravi_leta_2007_in_2008.
- Molan, M. in Molan, G. (2007). Nekonkurenčni na trgu dela. V Ministrstvo za zdravje, Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva (Ur.), *Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva* (str. 172-180). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Munizza, C., Tibaldi, G., Cesano, S., Dazzi, R., Fantini, G., Palazzi, C. idr. (2000). Mental health care in Piedmont: a description of its structure and components using a new technology for service assessment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(Suppl. 405), 47-58.
- Musek, J. (2003). *Zgodovina psihologije*. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.
- Nolimal, D. (2007). Izboljšati dostop in kakovost zdravljenja za uporabnike prepovedanih drog: ukrepi zmanjševanja škode in terensko delo. V Ministrstvo za zdravje, Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva (Ur.), *Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva* (str. 127-141). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Peen, J. in Dekker, J. (2001). Social deprivation and psychiatric service use for different diagnostic groups. *Social Science and Medicine*, 53(1), 1-8.
- Perring, C. (2005). *Mental Illness* [spletni dokument]. Dostop 29. april, 2008, na <http://plato.stanford.edu/entries/mental-illness>.

- Pirtošek, Z. (2007). Parkinsonova bolezen. V Ministrstvo za zdravje, Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva (Ur.), *Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva* (str. 74-79). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Poplas Sušič, T. (2007). Čezmerni pivci alkohola kot ogrožena skupna prebivalstva. V Ministrstvo za zdravje, Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva (Ur.), *Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva* (str. 118-126). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Praper, P. (1999). *Razvojna analitična psihoterapija*. Ljubljana: Inštitut za klinično psihoterapijo.
- Praper, P. (1992). *Tako majhen, pa že nervozen*. Nova Gorica: Educa.
- Psihiatrična bolnišnica Begunje (2007). Začetki bolnišnice v Begunjah [spletni dokument]. Dostop 20. maj, 2008, na <http://www.pb-begunje.si/Osнова/stran.php?tid=107>.
- Psihiatrična bolnišnica Idrija (2008). *Nekateri podatki iz osebne izkaznice Psihiatrične bolnišnice Idrija* [spletni dokument]. Dostop 20. maj, 2008, na <http://www.pb-idrija.si/osebna.html>.
- Psihiatrična bolnišnica Ormož (2006). *Zgodovina bolnišnice* [spletni dokument]. Dostop 20. maj, 2008, na <http://www.pb-ormoz.si/zgodovina.html>.
- Psihiatrična bolnišnica Vojnik (1997). *Kratek povzetek zgodovine zavoda* [spletni dokument]. Dostop 20. maj, 2008, na <http://www.pb-vojniki.si>.
- Psihiatrična klinika Ljubljana. *Zgodovina* [spletni dokument]. Dostop 20. maj, 2008, na <http://www.psih-klinika.si/index.php?id=61>.
- Rakovec-Felser, Z. (2002). *Zdravstvena psihologija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola.
- Resman, D. (2007). Koronarna bolezen in duševne motnje. V Ministrstvo za zdravje, Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva (Ur.), *Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva* (str. 64-65). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Rezvy, G., Oiesvold, T., Parniakov, A., Ponomarev, O., Lazurko, O., Olstad, R. (2007). The Barents project in psychiatry: a systematic comparative mental health services study between Northern Norway and Archangelsk County. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 131-139.
- Rutz, W. (2001). Mental health in Europe: problems, advances and challenges. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104 (Suppl. 410), 15-20.
- Salvador-Carulla, L., Romero, C., Martinez, A., Haro, J. M., Bustillo, G., Ferreira, A. idr. (2000). Assessment instruments: standardization of the European Service Mapping Schedule (ESMS) in Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(Suppl. 405), 24-32.
- Salvador-Carulla, L., Salvidia, S., Martinez-Leal, R., Vicente, B., Garcia-Alonso, C., Grandon, P. idr. (2008). Meso-level comparison of mental health service availability and use in Chile and Spain. *Psychiatric Services*, 59(4), 421-428.
- Salvador-Carulla, L., Tibaldi, G., Johnson, S., Scala, E., Romero, C. in Munizza, C. (2005). Patterns of mental health service utilisation in Italy and Spain: an investigation using the European Service Mapping Schedule. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 149-159.
- Shapiro, S., Skinner, E. in Krammer, M. (1985). *Measuring need for mental health services in a general population* [spletni dokument]. Dostop 10. junij, 2008, na <http://www.jstor.org/pss/3764851>.
- Statistični urad Republike Slovenije. *Podatkovne baze* [spletni dokument]. Dostop 12. maj, 2008, na <http://www.stat.si>.

- Šprohar, L. (2002). Invalidi skozi čas. V Urad vlade RS za invalide in bolnike in Šent – slovensko združenje za duševno zdravje (Ur.), *Konferenca o psihosocialni rehabilitaciji z mednarodno udeležbo*. Ljubljana.
- Taylor, S. E. (1991). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill, inc.
- Thornicroft, G. in Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *British journal of psychiatry*, 185, 283-290.
- Tibaldi, G., Munizza, C., Pasian, S., Johnson, S., Salvador-Carulla, L., Zucchi, S. idr. (2005). Indicators predicting use of mental health services in Piedmont, Italy. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 8, 95-106.
- Univerzitetni klinični center Maribor. *Oddelek za psihiatrijo* [spletni dokument]. Dostop 20. maj, 2008, na <http://www.sb-mb.si/index.php?id=80>.
- Urad RS za makroekonomski razvoj (UMAR) (2005) *Regije 2005 - izbrani socio-ekonomski kazalniki po regijah* [spletni dokument]. Dostop 15. september, 2008, na http://www.umar.gov.si/publikacije/?no_cache=1
- Wetzig, F. B. (2004). *Die psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt in den Jahren 1996 bis 1998*. Doktorsko delo, Halle-Wittenberg: Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie.
- World health organization (2001). *The World Health Report: Mental health: new understanding, new hope* [spletni dokument]. Dostop 20. junij, 2008, na http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf.
- World health organization (2003). *Investing in mental health* [spletni dokument]. Dostop 25. april, 2008, na http://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf.
- World health organization (2005a). *WHO Resource Book on Mental Health: Human rights and legislation* [spletni dokument]. Dostop 29. april, 2008, na http://en.wikipedia.org/wiki/Classification_of_mental_disorders.
- World health organization (2005b). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice* [spletni dokument]. Dostop 29. april, 2008, na http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf.
- World health organization (2005c). *Mental Health Atlas 2005* [spletni dokument]. Dostop 20. junij, 2008, na http://www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/index.html.
- World health organization (2005d). *Prevention of mental disorders* [spletni dokument]. Dostop 28. september, 2008, na http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

18. Priloge

18.1. *Primerjava ESMS kazalcev uporabe služb na 100 000 prebivalcev med Slovenijo in nekaterimi drugimi državami*

Tabela 28

Primerjava kazalcev uporabe bivalnih enot na 100 000 prebivalcev med Slovenijo in nekaterimi drugimi državami (1. del).

Država	Območje	noR1	noR2	noR3	noR4	noR5	noR6	noR7	noR8	noR9	noR10	noR11	noR12	noR13
Italija ^a	Turino LHS 3		5		23				4	8		75		
	Turino LHS 4		6		11				29	14		72		
	Casale Monferrato in Valenza LHS 21		7		2				8			48		
	Archangelisk County Northern Norway	20,4 4,8												
Rusija ^b	Burlada		11,2						11,2					
Norveška ^b	Gava		11,8		4,4		2,2						4,4	
	Loja		12,6				3,1					3	1,5	
Španija ^c	Salamanca district		19,7		0,7		4,2					0,6		0,6
	Cantabria	0,4	2				3,2							
	Bolzano		9,7	0,5										
	Como		7,7	0										
Italija ^d	Novi Ligure		8,3	0										
	Genoa		16,7	0										
	Turin		4,2	0										
	Naples		3,1	2,6										
	Rome		5,3	0										
	Trieste		0,8-5,6	10,1										
	Catania		4,7	0										
	Burlada		11,2	0										
	Barcelona		3,6	0										
	Loja		2,8	0										
Španija ^d	Madrid		4,3	0										
	Rochapea		17											
	Gava		8,2											
Španija ^e	Granada Norte		4											
	Concepcion		6,4											
	Talcahuano		0											
Čile ^e	Torino centro		11,1											
	Torino sud		4,2											
Italija ^f	Orbassano		2,7											
	Chivasso		1,1											
	Moncalieri		2,8											
	Pinerolo		7,7											
	Vercelli		4,5											
	Biella		2,2											
	Novara		3,4											
	Verbania		15,1											

Poglavje: Priloge

Država:	Območje:	noR1	noR2	noR3	noR4	noR5	noR6	noR7	noR8	noR9	noR10	noR11	noR12	noR13
Italija ^f	Cuneo		7,2											
	Mondovi		12,7											
	Savigliano		9,4											
	Alba		7,6											
	Asti		7,5											
	Alessandria		5,9											
	Casale		6,8											
Slovenija	Novi Lingue		8,4											
	Pomurska	26,2	13,7	11,5	4	0	33,5	0	0,6	1,6	0	129,8	18,8	7,4
	Podravska	11,4	6,1	8,8	1,5	0	19,2	0	0,2	4,7	0	57,4	7,2	2,8
	Koroška	40	26,6	12,2	6,6	0	50,6	0	21,3	27,2	0	42	0	0
	Savinjska	5,6	1,1	8,9	0,6	0	14,4	0	1,5	12,4	0	9,6	5,7	6,2
	Zasavska	32	6,4	15,5	3,3	0	82,4	0	1,5	4,4	0	55,1	0	0
	Spodnjeposavska	20,6	4,2	27,1	2,1	0	53,2	0	1	2,9	0	35,6	0	0
	JV-Slovenska	10,3	2,1	5	1,1	0	26,6	0	0,5	5	0	17,8	0	0
	Osrednjeslovenska	0,9	4,4	1,8	4,9	0	4,3	0	5,2	13,7	0	5	2,9	0,8
	Gorenjska	8,2	1,5	3,5	4,8	0	27,5	2,5	0,3	11,5	0	12,5	7,3	0
	Notranjsko-kraška	49,5	93,7	13,6	2,9	0	46,4	0	20,7	8,4	0	48,4	0	0
	Goriška	21,3	40,4	5,9	1,3	0	20	0	0,6	7,8	0	20,9	0	3,4
	Obalno-kraška	24	45,4	6,6	1,4	0	22,5	0	29,4	12,6	0	23,5	0	0

*Legenda:

R1-varovane
R2-urgente bolnišnične
R3-urgente nebolnišnične
R4- neurgente, bolnišnične, časovno omejena oskrba - 24 urna oskrba
R5- neurgente, bolnišnične, časovno omejena oskrba - dnevna oskrba
R6- neurgente, bolnišnične, časovno neomejena oskrba - 24 urna oskrba
R7- neurgente, bolnišnične, časovno neomejena oskrba - dnevna oskrba
R8- neurgente, nebolnišnične, časovno omejena oskrba - 24 urna oskrba
R9- neurgente, nebolnišnične, časovno omejena oskrba - dnevna oskrba
R10- neurgente, nebolnišnične, časovno omejena oskrba - nižja stopnja oskrbe
R11- neurgente, nebolnišnične, časovno neomejena oskrba - 24 urna oskrba
R12- neurgente, nebolnišnične, časovno neomejena oskrba - dnevna oskrba
R13- neurgente, nebolnišnične, časovno neomejena oskrba - nižja stopnja oskrbe

Opombe:

- ^a Munizza idr. (2000)
- ^b Rezvyy idr. (2007)
- ^c Salvador-Carulla idr. (2000)
- ^d Salvador-Carulla idr. (2005)
- ^e Salvador-Carulla idr. (2008)
- ^f Tibaldi idr. (2005)

Tabela 29

Primerjava kazalcev uporabe bivalnih enot na 100 000 prebivalcev med Slovenijo in nekaterimi drugimi državami (2. del).

Država:	Območje:	noR2-3	noR4-13	noR4-5	noR6-7	noR8+ noR11	noR8+ noR12	noR9+ noR12	noR10+ noR13	noR4-7	noR8-13	noR8-10	noR11-13	noR1-13
Italija ^a	Turino LHS 3													
	Turino LHS 4													
	Casale Monferrato in													
	Valenza LHS 21													
Rusija ^b	Archangelsk County	27,5	105,7											
Norveška ^b	Northern Norway	25,2	119,6											
Španija ^c	Burlada													
	Gava													
	Loja													
	Salamanca district													
Italija ^d	Cantabria													
	Bolzano					17,1	16,1	0						
	Como			0		88,6	0,8	3,3						
	Novi Ligure			0		16,1	0	0						
	Genoa			0		64,5	0	0						
	Turin			0		48,7	0	1,7						
	Naples			0		1,5	0	15,4						
	Rome			0		12,7	7,8	4,5						
	Trieste			0		14,5	32,6	9,2						
	Catania			0		11,2	0	4,3						
	Burlada			0		5,4	0	0						
Španija ^d	Barcelona			2,2		0	2,2	0						
	Loja			0		6,4	1,6	0						
	Madrid			6,4		3,2	0	0						
Španija ^e	Rochapea									11,4				
	Gava									12				
Čile ^e	Granada Norte										27			
	Concepcion										19,7			
	Talcahuano									0	11,6			
Italija ^f	Torino centro									0	2,1			
	Torino sud									0	3,4			
	Orbassano									36,9		24,6	39,9	
	Chivasso									17		17	33,5	
	Moncalieri									0		23	51	
	Pinerolo									7,9		25,4	31,3	
	Vercelli									3,5		23,1	20,3	
	Biella									0		0	11,6	
	Novara									4,5		28,4	0	
	Verbania									4,5		20	1,1	
										0,6		3,8	3,1	
										2,9		5,8	0	

Država:	Območje:	noR2-3	noR4-13	noR4-5	noR6-7	noR8+ noR11	noR9+ noR12	noR10+ noR13	noR4-7	noR8-13	noR8-10	noR11-13	noR1-13
Italija ¹	Cuneo								0	32,8	6,6		
	Mondovì								1,2	42,9	0		
	Savigliano								0	25,7	27,5		
	Alba								24,8	19,7	6,4		
	Asti								12,1	66	0		
	Alessandria								0	17,7	0		
	Casale								1,7	7,7	49,6		
	Novi Ligure								3,5	14,1	52,7		
	Pomurska	25,1	195,7	4	33,5	130,4	20,4	7,4	37,4	158,2	2,2	156	246,9
	Podravska	14,9	93	1,5	19,2	57,6	11,9	2,8	20,7	72,3	4,9	67,4	119,3
Slovenija	Koroška	38,8	147,7	6,6	50,6	63,3	27,2	0	57,2	90,5	48,5	42	226,5
	Savinjska	10	50,4	0,6	14,4	11,1	18,1	6,2	15	35,4	13,9	21,5	66
	Zasavska	21,9	146,7	3,3	82,4	56,6	4,4	0	85,7	61	5,9	55,1	200,6
	Spodnjeoposavska	31,3	94,8	2,1	53,2	36,6	2,9	0	55,3	39,4	3,9	35,6	146,6
	JV-Slovenska	7,1	51	1,1	26,6	18,3	5	0	27,6	23,2	5,5	17,8	68,2
	Osrednjeslovenska	6,1	36,8	4,9	4,3	10,2	16,6	0,8	9,2	27,5	18,9	8,7	43,8
	Gorenjska	5	66,4	4,8	30	12,8	18,8	0	34,7	31,7	11,8	19,8	79,6
	Notranjsko-kraška	107,3	126,8	2,9	46,4	69,1	8,4	0	49,3	77,5	29,1	48,4	283,6
	Goriška	46,2	54	1,3	20	21,5	7,8	3,4	21,2	32,6	8,4	24,3	121,4
	Obalno-kraška	52	89,4	1,4	22,5	52,9	12,6	0	23,9	65,4	42	23,5	165,3

¹Legenda:

R1-varovane
R2-urgente bolnišnične
R3-urgente nebolnišnične
R4- neurgente, bolnišnične, časovno omejena oskrba - 24 ura oskrba
R5- neurgente, bolnišnične, časovno omejena oskrba - dnevna oskrba
R6- neurgente, bolnišnične, časovno neomejena oskrba - 24 ura oskrba
R7- neurgente, bolnišnične, časovno neomejena oskrba - dnevna oskrba
R8- neurgente, nebolnišnične, časovno omejena oskrba - 24 ura oskrba
R9- neurgente, nebolnišnične, časovno omejena oskrba - dnevna oskrba
R10- neurgente, nebolnišnične, časovno omejena oskrba - nižja stopnja oskrbe
R11- neurgente, nebolnišnične, časovno neomejena oskrba - 24 ura oskrba
R12- neurgente, nebolnišnične, časovno neomejena oskrba - dnevna oskrba
R13- neurgente, nebolnišnične, časovno neomejena oskrba - nižja stopnja oskrbe

Opombe:

- ^s Munizza idr. (2000)
- ^h Rezvyy idr. (2007)
- ⁱ Salvador-Carulla idr. (2000)
- ^j Salvador-Carulla idr. (2005)
- ^k Salvador-Carulla idr. (2008)
- ^l Tibaldi idr. (2005)

Tabela 30

Primerjava kazalcev uporabe dnevnih in strukturiranih dejavnosti na 100 000 prebivalcev med Slovenijo in nekaterimi drugimi državami.

Država	Območje	uD1	uD2	uD3	uD4	uD5	uD6	uD7	uD8	uD9	uD2-3+	uD4+	uD5+	uD2-9
Italija ^a	Turino LHS 3		20	14	20	5		2	27	4				
	Turino LHS 4	2	23	6	17	1			34	1				
	Casale Monferrato in Valenza LHS 21	3			7				19	13				
	Archangelsk County													
Rusija ^b	Northern Norway													
Norveška ^b	Burlada	11,2		11,2	4,8									
Španija ^c	Gava	1,5			24,3									
	Loja				20,4									
Italija ^d	Salamanca district	7,7		0,7	4,9									
	Cantabria		0,5	2,5	0,9						34	3,4	2,4	
	Bolzano	2,4									8,1	22,8	0	
	Como	0,7									28	38,4	0	
	Novi Ligure	4,2									5,6	21,7	1,2	
	Genoa	0									4,5	38	27,5	
	Turin	0									0	6,7	4,1	
	Naples	2,1									manjka	23,9	0	
	Rome	0										50	136,9	
	Trieste	12,8									70,2	3,4	1,3	
	Catania	2,2									4,7	3,2	0	
	Burlada	4,8									11,2	19,3	0	
Španija ^d	Barcelona	3,2									0	13	0	
	Loja	0									0	11,7	0	
Španija ^e	Madrid	3,7							22,7					
	Rochapea	12,8 ^g	5,7	45,4	24,1				24,5					
Čile ^e	Gava	0,0 ^g	0	0	13,7				0,5					
	Granada Norte	7,2 ^g	0	0	26,6				0					
	Concepcion	8,5 ^g	0	0	3,4				0					
	Talcahuano	4,9 ^g	0	0	9,4				0					
Italija ^f	Torino centro	0												
	Torino sud	0												
	Orbassano	0												
	Chivasso	0												
	Moncalieri	7,4												
	Pinerolo	0												
	Vercelli	2,2												
	Biella	1,1												
	Novara	1,3												
	Verbania	0												

Poglavje: Priloge

Država:	Območje:	uD1	uD2	uD3	uD4	uD5	uD6	uD7	uD8	uD9	uD2-3+ uD6-7	uD4+ uD8	uD5+ uD9	uD2-9
Italija ^f	Cuneo	0												39,4
	Mondovi	16,2												58
	Savigliano	4,4												53,2
	Alba	1,9												51,6
	Asti	1												22,7
	Alessandria	0												32,8
	Casale	3,4												44,4
	Novi Ligure	4,2												66,8
	Cuneo	10,9	12,3	16,1	19,7	63,6	0	0	1,9	0	28,4	21,6	63,6	113,6
	Pomurska	4,2	22,2	6,2	42,9	50,5	0	0	0,7	0	28,4	43,6	50,5	122,5
Slovenija	Podravska	18,1	0	32,9	147,7	76,9	0	0	3,2	0	32,9	150,9	76,9	260,7
	Koroška	19,3	0,8	8,3	63,4	9,5	0	0	0,9	0	9,1	64,3	9,5	82,9
	Savinjska	0	4,4	47,9	62,5	3,5	0	0	5,2	0	52,3	67,7	3,5	123,5
	Zasavska	0	0	28,1	53,2	2,3	0	0	17,6	25,7	28,1	70,8	28	126,9
	Spodnjeposavska	0	0	14,1	14,5	8,3	0	0	5,2	8,6	14,1	19,7	16,9	50,7
	JV-Slovenska	0	2,4	4,8	180,9	84,9	0	0	8,4	5	7,2	189,3	89,9	286,4
	Osrednjeslovenska	0	3,5	13,9	61,4	74,3	0	0	1,2	2,5	17,4	62,6	76,8	156,8
	Gorenjska	3,9	0	38,2	60,4	3,1	0	0	4,5	0	38,2	64,9	3,1	106,2
	Notranjsko-kraška	1,7	0	16,5	1	45,6	0	0	2	0	16,5	3	45,6	65,1
	Goriška	1,9	0	18,5	57,6	111,7	0	0	2,2	0	18,5	59,8	111,7	190

^fLegenda:

D1 - urgentna dnevna oskrba
D2 - neurgentna dnevna oskrba, visoko intenzivne dejavnosti - delo
D3 - neurgentna dnevna oskrba, visoko intenzivne dejavnosti - delu podobne dejavnosti
D4 - neurgentna dnevna oskrba, visoko intenzivne dejavnosti - ostale strukturirane dejavnosti
D5 - neurgentna dnevna oskrba, visoko intenzivne dejavnosti - socialne storitve
D6 - neurgentna dnevna oskrba, nizko intenzivne dejavnosti - delo
D7 - neurgentna dnevna oskrba, nizko intenzivne dejavnosti - delu podobne dejavnosti
D8 - neurgentna dnevna oskrba, nizko intenzivne dejavnosti - ostale strukturirane dejavnosti
D9 - neurgentna dnevna oskrba, nizko intenzivne dejavnosti - socialne storitve

Opombe:

^m Munizza idr. (2000)

ⁿ Rezvyy idr. (2007)

^o Salvador-Carulla idr. (2000)

^p Salvador-Carulla idr. (2005)

^q Salvador-Carulla idr. (2008)

^r Tibaldi idr. (2005)

^s Salvador-Carulla idr. (2008) so pri D1 ugotavljali povprečno število uporabnikov na dan na 100 000 prebivalcev, pri D2-9 pa število uporabnikov na mesec na 100 000 prebivalcev, vendar so prikazali tudi podatek skupaj za D1-8 (služb D9 ni bilo v nobeni od regij).

Tabela 31

Primerjava kazalcev uporabe ambulantnih dejavnosti in dejavnosti v skupnosti na 100 000 prebivalcev med Slovenijo in nekaterimi drugimi državami

(1. del)

Država:	Območje:	uO1	uO2	uO3	uO4	uO5	uO6	uO7	uO8	uO9	uO10
Italija ^a	Turino LHS 3	6	5	14	10	4	17	97	50	212	780
	Turino LHS 4	4	2	23	13	27	65	226	61	209	1002
	Casale Monferrato in	23	7		26	6	22	38	13	115	573
	Valenza LHS 21										
Rusija ^b	Archangelsk County										
Norveška ^b	Northern Norway										
Španija ^c	Burlada			47	69						
	Gava			29,5	22,1						
	Loja				49,3						
	Salamanca district			54,9							
Italija ^d	Cantabria			4							
	Bolzano										
	Como										
	Novi Ligure										
	Genoa										
	Turin										
	Naples										
	Rome										
	Trieste										
	Catania										
Španija ^d	Burlada										
	Barcelona										
	Loja										
Španija ^e	Madrid										
	Rochapea			92,3	106,5				397,6	364,9	1654,3
	Gava			43,6	122,2				16,1	139,1	214,3
	Granada Norte			35	8				0	18,1	425,3
Čile ^e	Concepcion			0	5,3				0	877,6	154,7
	Talcahuano			0	0				0	1043,5	85,8
Italija ^f	Torino centro										
	Torino sud										
	Orbassano										
	Chivasso										
	Moncalieri										
	Vercelli										
	Biella										
	Novara										
	Verbania										

Država:	Območje:	uO1	uO2	uO3	uO4	uO5	uO6	uO7	uO8	uO9	uO10
Italija ¹	Cuneo										
	Mondovi										
	Savigliano										
	Alba										
	Asti										
	Alessandria										
	Casale										
	Novi Ligure										
	Pomurska	1,4	0	55,8	0	64,8	0	81,9	139,2	779,4	8,2
	Podravska	0,5	18,8	21,3	0	10,7	6,6	0	103,6	355,4	0
Slovenija	Koroška	2,3	0	93,8	0	121	25,8	6,8	225,3	1274,5	0
	Savinjska	4,5	0	10	31	14	6,9	0	29,6	570,2	0
	Zasavska	3,7	0	56,9	0	75,4	0	0	158,1	1283,3	0
	Spodnjeposavska	2,4	0	36,7	0	48,6	82,4	0	87,7	1476,5	0
	JV-Slovenska	1,2	0	18,4	0	89,7	1426	0	151,5	521,3	0
	Osrednjeslovenska	0,3	0,6	0,3	19,8	93	38,9	0	166,6	1404,6	79,4
	Gorenjska	0,8	0	23,2	0	20,4	52,7	0	37,8	167	65
	Notranjsko-kraška	3,2	0	101,7	0	122,6	3921,7	0	412	643,1	29,8
	Goriška	1,4	0	43,8	25,1	28,6	9,2	0	177,6	437,7	12,8
	Obalno-kraška	1,6	0	49,3	0	40,6	76,3	0	199,8	470,5	14,4

¹Legenda:

- O1 – urgentna oskrba, mobilna – 24 ura
- O2 – urgentna oskrba, mobilna – časovno omejena oskrba
- O3 – urgentna oskrba, nemobilna – 24 ura
- O4 – urgentna oskrba, nemobilna – časovno omejena oskrba
- O5 – kontinuirana oskrba, mobilna – visoko intenzivna oskrba
- O6 – kontinuirana oskrba, mobilna – srednje intenzivna oskrba
- O7 – kontinuirana oskrba, mobilna – nizko intenzivna oskrba
- O8 – kontinuirana oskrba, nemobilna – visoko intenzivna oskrba
- O9 – kontinuirana oskrba, nemobilna – srednje intenzivna oskrba
- O10 – kontinuirana oskrba, nemobilna – nizko intenzivna oskrba

Opombe:

- ^t Munizza idr. (2000)
- ^u Rezvyy idr. (2007)
- ^v Salvador-Carulla idr. (2000)
- ^w Salvador-Carulla idr. (2005)
- ^x Salvador-Carulla idr. (2008)
- ^y Tibaldi idr. (2005)

Tabela 32

Primerjava kazalcev uporabe ambulantnih dejavnosti in dejavnosti v skupnosti na 100 000 prebivalcev med Slovenijo in nekaterimi drugimi državami
(2. del)

Država:	Območje:	u01-2	u03-4	u05+ u08	u06+ u09	u07+ u010	u05-10	vu05	zu05+ zu06+ nu05+ nu06+ nu07	vu08	zu08+ zu09+ nu08+ nu09+ nu010	u05-7	u01-4
Italija ^a	Turino LHS 3												
	Turino LHS 4												
Rusija ^b	Casale Monferrato in												
	Valenza LHS 21												
Norveška ^b	Archangel'sk County												
Španija ^c	Northern Norway			97,9	467,3	1154,6	511,4						
	Burlada												
	Gava					814,2							
	Loja						601,3						
Italija ^d	Salamanca district						79,2						
	Cantabria												
	Bolzano	12,7	28,7					18,5	44,9	32,2	572,9		
	Como	1,1	37,1					manjka	manjka	20	159,3		
	Novi Ligure	18,7	59,7					26	96,3	100,5	255,2		
	Genoa	19,2	49					20,5	104,9	39,7	435,1		
	Turin	25,3	74,2					31	134,9	168,9	661		
	Naples	10,8	15,4					2,1	43,2	14,9	287,4		
	Rome	4,8	26,1					4,8	70,7	18,6	684,6		
	Trieste	14,7	23,3					73,9	134,9	30,1	301,5		
	Catania	9,9	54,6					3,4	45,6	138,9	404,7		
	Burlada	0	67,9					0	101,6	53	1622		
	Barcelona	0	62,1					2,2	20,2	14,8	580,7		
Španija ^d	Loja	0	16					0	0	0	652,9		
	Madrid	21,1	35,6					0	0	9,2	600,3	10,3	
Španija ^e	Rochapea		198,8									0	
	Gava		165,8									4,8	
Čile ^e	Granada Norte		43									0	
	Concepcion		5,3									0	
Italija ^f	Talcahuano		0										
	Torino centro			95,2								154,7	73,7
	Torino sud			199,9								92,1	100,1
	Orbassano			47,1								72,6	75,4
	Chivasso			53,5								65,2	40,3
	Moncalieri			41								128,3	64,5
	Pinerolo			31								208,9	74,3
	Vercelli			77,5								122,7	38,5
	Biella			13,6								96,8	57,3
	Novara			10,6								62,5	81,2
	Verbania			62,9								136,3	70,5

Država:	Območje:	u01-2	u03-4	u05+ u08	u06+ u09	u07+ u010	u05-10	vu05	zu05+ zu06+ nu05+ nu06+ nu07	vu08	zu08+ zu09+ nu08+ nu09+ nu010	u05-7	u01-4
Italija	Cuneo			50,5			441,1					70,8	43,3
	Mondovì			70,7			549,5					125,2	95,1
	Savigliano			18,8			423,1					87,7	65,7
	Alba			43,3			379,4					138,8	93
	Asti			26,2			407					126,4	16,1
Slovenija	Alessandria			98,4			653,8					153,8	173,1
	Casale			18,8			785,4					66,7	46,2
	Novi Ligure			126,6			478,1					122,3	78,8
	Pomurska	1,4	55,8	204	779,4	90,1	1073,5	2,3	144,4	7,7	919,1	146,7	57,2
	Podravska	19,3	21,3	114,3	362	0	476,3	0,9	16,4	3,9	455,1	17,3	40,6
	Koroška	2,3	93,8	346,3	1300,3	6,8	1653,4	17,4	136,2	7,3	1492,5	153,6	96,1
	Savinjska	4,5	41	43,6	577,1	0	620,7	1,1	19,8	2,6	597,2	20,9	45,5
	Zasavska	3,7	56,9	233,5	1283,3	0	1516,8	6,3	69,1	8,1	1433,3	75,4	60,6
	Spodnjeposavska	2,4	36,7	136,3	1558,9	0	1695,2	4	127	5,2	1559	131	39,1
	JV-Slovenska	1,2	18,4	241,2	1947,3	0	2188,5	4,4	1511,3	2,6	670,2	1515,7	19,6
	Osrednjeslovenska	0,9	20,1	259,6	1443,5	79,4	1782,5	3,6	128,3	1,9	1648,7	131,9	21
	Gorenjska	0,8	23,2	58,2	219,7	65	342,9	3,1	70	5,8	264	73,1	24
	Notranjsko-kraška	3,2	101,7	534,6	4564,8	29,8	5129,2	17,2	4027,1	15,5	1069,4	4044,3	104,9
	Goriška	1,4	66,9	206,2	446,9	12,8	665,9	2,4	35,4	6,7	621,4	37,8	70,3
	Obalno-kraška	1,6	49,3	240,4	546,8	14,4	801,6	4,6	112,3	7,5	677,2	116,9	50,9

*Legenda:

- O1 – urgentna oskrba, mobilna – 24 ura
- O2 – urgentna oskrba, mobilna – časovno omejena oskrba
- O3 – urgentna oskrba, nemobilna – 24 ura
- O4 – urgentna oskrba, nemobilna – časovno omejena oskrba
- O5 – kontinuirana oskrba, mobilna – visoko intenzivna oskrba
- O6 – kontinuirana oskrba, mobilna – srednje intenzivna oskrba
- O7 – kontinuirana oskrba, mobilna – nizko intenzivna oskrba
- O8 – kontinuirana oskrba, nemobilna – visoko intenzivna oskrba
- O9 – kontinuirana oskrba, nemobilna – srednje intenzivna oskrba
- O10 – kontinuirana oskrba, nemobilna – nizko intenzivna oskrba

Opombe:

- z Munizza idr. (2000)
- aa Rezvyy idr. (2007)
- bb Salvador-Carulla idr. (2000)
- cc Salvador-Carulla idr. (2005)
- dd Salvador-Carulla idr. (2008)
- ee Tibaldi idr. (2005)

18.2. ESMS instrument

VPRAŠALNIK ESMS (European Service Mapping Schedule)

Opomba: vprašanja od 1 do 5 in vprašanje 17 izpolni anketar sam.

1. Datum:
2. Kdo je izpolnil vprašalnik (ime, poklic)?.....
3. Zaporedna številka vprašalnika:..... ID
4. Služba: a) naziv:..... naziv
b) kraj:..... kraj
5. Uporabljeni viri informacij:
1- osebni stik, s kom:..... vir1
2- telefonski kontakt, s kom:..... vir2
.....
3- internetna stran:..... vir3
4- pisno gradivo (zloženke, ipd.), naslov(i):..... vir4
.....
5- drugo:..... vir5

6. Preventivne in promocijske dejavnosti na področju duševnega zdravja opozarjajo strokovno in laično javnost na pogostost duševnih motenj in njihove vzroke. Poudarjajo pomen zgodnjega prepoznavanja in zdravljenja. Postredujejo informacije, ki zmanjšujejo stigma.

Katero od naštetih preventivnih oz. promocijskih dejavnosti na področju duševnega zdravja služba izvaja:

- 1- nastopi v medijih (TV, časopis, radio), dej1
- 2- izdajanje pisnega gradiva (brošure, letaki, ipd.), dej2
- 3- internetna stran: posredovanje informacij ali interaktivno sodelovanje dej3
z možnostjo svetovanja,
- 4- individualno ali skupinsko svetovanje po telefonu ali osebno, dej4
- 5- predavanja, delavnice, predstavitve, akcije: dej5a
5a) za uporabnike, svojce, dej5a
5b) za širšo javnost, dej5b
- 6- ne izvaja nobene dejavnosti, a omogoča druge oblike oskrbe. dej6

7. Komu je dejavnost namenjena:

1. primarni preventivi:		preprečevanju duševnih motenj	
	a) univerzalni preventivi	celotni populaciji	prev1a
	b) selektivni preventivi	skupinam ljudi s povečanim tveganjem za nastanek duševnih motenj; npr. svojem osebam z duševno motnjo	prev1b
	c) indicirani preventivi	ljudem, ki že imajo nekatere simptome duševnih motenj, a motnje še niso razvili; npr. občasnim uporabnikom drog, ki še niso odvisni	prev1c
2. sekundarni preventivi		hitremu odkrivanju in pravočasnemu zdravljenju duševnih motenj	prev2
3. terciarni preventivi		preprečevanju posledic prebolele duševne motnje	prev3

8. Ciljna skupina:

- 1- osebe s shizofrenijo in shizoafektivno motnjo, skup1
 2- osebe z drugimi funkcionalnimi psihozami (paranoja, blodnjavost, skup2
 hipohondrija),
 3- osebe z nevrotičnimi, afektivnimi, osebnostnimi in prehranjevalnimi
 motnjami:
 3a) depresija, skup3a
 3b) anksiozne motnje, skup3b
 3c) bipolarna motnja, skup3c
 3d) osebnostne motnje, skup3d
 3e) motnje hranjenja. skup3e
 4- osebe s specifičnimi učnimi težavami (disleksija, hiperaktivnost, avtizem) skup4
 5- osebe s primarno diagnozo zlorabe substanc, skup5
 6- osebe z organsko duševno motnjo (demence, delirij, možganski tumorji) skup6
 7- vsi uporabniki specialističnih storitev zdravstvenega varstva, ne glede skup7
 na diagnozo,
 8- druga diagnostična kategorija: skup8

9. Ali obstaja starostna omejitev ciljne skupine:

- 1- da:
 1a) spodnja starostna meja: let star1a
 1b) zgornja starostna meja: let star1b
 2- ne star2

10. Na katere varovalne oz. rizične dejavnike skuša služba vplivati:

1- zdravlila: pravilno in redno jemanje zdravil, proti zlorabi zdravil	vpliv1
2- neuživanje alkohola in drog	vpliv2
3- urejen urnik budnosti in spanja	vpliv3
4- zdravo in urejeno prehranjevanje	vpliv4
5- uravnovežen urnik vsakdanjih dejavnosti	vpliv5
6- prevelike obremenitve pri delu, izmensko delo, stres	vpliv6
7- spremembe vlog	vpliv7
8- medosebni konflikti	vpliv8
9- načrt za ponovno vključevanje v socialne dejavnosti, izgradnja socialne mreže	vpliv9
10- socialna stigma	vpliv10
11- načrt podpore:	vpliv11a
11a) strokovna	vpliv11a
11b) družina	vpliv11b
11c) prijatelji	vpliv11c
11d) skupnost	vpliv11d
12- psihoterapija	vpliv12
13- samopomočne skupine	vpliv13
14- izobraževanje o motnji	vpliv14
15- drugo:	vpliv15

11. Ali služba izvaja evalvacijo programa:

- 1- ne eval1
 2- da → kako:
 2a) interno; z anketo, eval2a
 2b) knjiga vtisov, knjiga pritožb, mnenja udeležencev, eval2b
 2c) eksterno; s strani naročnikov, sofinancerjev, ministrstva. eval2c
 2d) z lastno raziskovalno metodologijo evalvacije eval2d

12. Sedež službe:

1- v lastnih prostorih,	lok1	17. Geografska regija, v kateri služba deluje (izpolni anketar sam):	reg1
2- prostoru so v najemu,	lok2	1- Pomurska,	reg2
3- znotraj večje institucije: a) znotraj splošne bolnišnice,	lok3a	2- Podravska,	reg3
b) znotraj psihiatrične bolnišnice,	lok3b	3- Koroška,	reg4
c) znotraj druge institucije.	lok3c	4- Savinjska,	reg5
4- drugo:.....	lok4	5- Zasavska,	reg6
		6- Spodnjeposavska,	reg7
13. Delovni čas službe: 1- omejen delovni čas: odh doh	čas1	7- JV Slovenija,	reg8
2- neomejen delovni čas: 24- ur	čas2	8- Osrednjeslovenska,	reg9
		9- Gorenjska,	reg10
14. Maksimalna kapaciteta kontaktov z osebjem, ki je pacientom (uporabnikom) običajno na voljo (dnevno):		10- Notranjsko- kraška,	reg11
a) bivalne enote:.....	frek1	11- Goriška,	reg12
b) individualni kontakti (osebni in telefonski):.....	frek2	12- Obalno- kraška.	
c) skupinski kontakti:.....	frek3		
d) vseh kontaktov skupaj:.....	frek4	18. Osebe:	oseb1
e) ni omejitev	frek5	1- psihiatri,	oseb2
		2- medicinske sestre in medicinski tehniki,	oseb3
		3- psihologi,	oseb4
		4- socialni delavci,	oseb5
		5- teologi,	oseb6
		6- sociologi,	oseb7
		7- specialni pedagogi,	oseb8
		8- učitelji,	oseb9
		9- vzgojitelji,	oseb10
		10- bivši uporabniki,	oseb11
		11- svojci,	oseb12
		12- prostovoljci	

15. Glavno območje delovanja službe (kjer pride do stika z uporabniki):

1- na domu,	obm1
2- v zdravstvenih domovih,	obm2
3- v lastnih prostorih,	obm3
4- v najetih prostorih,	obm4
5- na internetu,	obm5
6- drugje:.....	obm6

16. Ali ima služba sedež znotraj regije, v kateri deluje: 1- da

2- ne

13- drugo:.....	oseb13	19. Sektor:	
1- javni (sklenjena koncesija z zavarovalnico in socialnim skrbstvom)	sek1	Pacienti lahko prenočijo. Prenočitev ni povezana s preveliko oddaljenostjo	
2- profitni	sek2	od doma ali brezdomstvom.	
3- neprofitni (javne službe, nevladne organizacije)	sek3	b) dnevne in strukturirane dejavnosti (→ pojdí na vprašanje 25)	D
20. Uprava (kdo zaposluje osebe in skrbi za celotno vodenje):		Dostopne so več pacientom hkrati, imajo določen delovni čas, nudijo	
1- bolnišnica,	upr1	kombinacijo obravnave problemov, strukturiranih dejavnosti in socialne	
2- zdravstveni dom,	upr2	podpore. Pacienti se zadržijo v prostorih tudi po končanem srečanju z	
3- inštitucija (zavod) sama,	upr3	osebjem.	
4- socialnozdravstveni zavodi,	upr4	c) ambulantne dejavnosti in dejavnosti skupnosti (→ pojdí na vpr. 26)	O
5- nevladna organizacija oz. društvo,	upr5	Vključujejo kontakt med osebjem za mentalno zdravje in pacienti.	
6- zasebnik oz. koncesionar,	upr6	d) skupine za samopomoč, nestrokovne skupine in svetovalni telefoni	S
7- center za socialno delo.	upr7	Nimajo zaposlenih specialistov za ocenjevanje, pomoč ali zdravljenje	
21. Sredstva financiranja (kdo plačuje pacientovo oskrbo):		oseb z duševnimi motnjami (razen če gre za svetovalne telefone). Sem sodijo	
1- zavarovalnica,	fin1	forumi svojcev oseb z duševno motnjo, dnevni centri, prostovoljne skupine.	
2- bolnik sam oz. njegovi svojci,	fin2	d1) Število izvajalcev dejavnosti:.....	s1
3- občina,	fin3	d2) Število vključenih:	
4- socialno skrbstvo,	fin4	d2a) članov:.....	s2a
5- razpisi (ministrstva, evropska sredstva, fundacije, občina),	fin5	d2b) uporabnikov (vključno s svojci, če sodelujejo).....	s2b
6- donacije.	fin6	d3) Kdaj v tednu se dejavnosti izvajajo:	
22. Ali osebe te službe sodeluje in/ali se izmenjuje z osebjem drugih služb:		d3a) med delovnikom in vikendi,	s3a
1- da,	pov1	d3b) samo med delovnikom.	s3b
2- ne.	pov2	d4) Kateri del dneva se dejavnosti izvajajo:	
23. Vrsta dejavnosti, ki jih služba nudi:		d4a) med delovnikom, tj. med 8h in 17h,	s4a
a) bivalne enote (→ pojdí na vprašanje 24)		d4b) izven delovnika; kdaj:.....	s4b
		d5) Pogostost izvajanja: a) skupine:.....krat na mesec.	s5a
		b) telefonsko svetovanje:.....krat na mesec	s5b
		e) ozaveščanje in izobraževanje javnosti, izdajanje gradiva	I
		<u>brez neposrednega stika z uporabniki</u>	

R

24. Vrste bivalnih storitev: (* če je št. nočitev v preteklem mesecu variiralo, se izračuna skupno št. nočitev/št. dni v zadnjem mesecu)

BIVALNE ENOTE				Povprečno število nočitev na dan (v preteklem mesecu*)	
varovane /varovane bolnišnice, psihiatrični oddelki v zaporih, varovani intenzivni oddelki/ So pod večjim nadzorom kot običajni sprejemni bolnišnični oddelki. Sprejemajo paciente, ki ogrožajo sebe ali druge, ali so tja napoteni po zakonu. Lahko so urgentne/neurgentne, znotraj/zven bolnišnice.			R1		noR1
urgentne Sprejem je navadno možen 24 ur dnevno. Pacienti obdržijo svoje prebivališče. neurgentne Vsi bivalni oddelki, ki ne zadoščajo kriterijem za urgentne ali varovane oddelke.	bolnišnične /psihiatrični oddelki, splošni bolnišnični urgentni oddelki/		R2		noR2
	nebolnišnične /varne hiše, namenjene otrokom, mladostnikom in ženskam, žrtvam nasilja, enote za krizne intervencije/		R3		noR3
	bolnišnične	časovno omejena oskrba Maksimalen čas bivanja je fiksni za 80% pacientov.	R4		noR4
		24-urna oskrba ; na voljo je 7 dni v tednu /rehabilitacijski programi v bolnišnicah, terapevtski programi v skupnosti/ dnevna oskrba ; osebe je na voljo določen del dneva 5 dni v tednu. /rehabilitacijski programi v bolnišnicah, terapevtski programi v skupnosti/	R5		noR5
	nebolnišnične	časovno neomejena oskrba	R6		noR6
		24-urna oskrba /psihiatrične bolnišnice, posebni zdravstvenosocialni zavodi/ dnevna oskrba /psihiatrične bolnišnice, posebni zdravstvenosocialni zavodi/	R7		noR7
	nebolnišnične	časovno omejena oskrba	R8		noR8
		24-urna oskrba /varne hiše, stanovanjske skupine/ dnevna oskrba /varne hiše, stanovanjske skupine/	R9		noR9
	časovno neomejena oskrba	nižja stopnja oskrbe ; osebe je na voljo manj kot 5 dni na teden /varne hiše, stanovanjske skupine/	R10		noR10
		24-urna oskrba /zavetišča, socialnovarstveni zavodi/	R11		noR11
	nižja stopnja oskrbe /zavetišča, zavodi/	dnevna oskrba /zavetišča, .../	R12		noR12
			R13		noR13

25. Vrste dnevni in strukturiranih dejavnosti:

DNEVNE IN STRUKTURIRANE DEJAVNOSTI			povprečno št. obiskov dejavnosti na dan (v preteklem mesecu)					
<u>neurgetna dnevna oskrba</u> <u>urgetna dnevna oskrba</u> /sprejemni bolnišnični oddelki, enote za krizne intervence/ Obravnava poslabšanega duševnega stanja, vedenja, socialnega funkcioniranja. Sprejem v program je možen v 72 urah. So alternativa hospitalizaciji.	<u>visoko intenzivne dejavnosti</u> So na voljo pacientom najmanj 4 dele dneva na teden.	<u>delo</u> /varstvenodelovni centri, socialna podjetja/ Pacient dobi za svoje delo vsaj 50% minimalne lokalne plače za tovrstno delo.	D2		nuD2	<u>visoko intenzivni uporabniki</u> (obiski vsaj 4 dele dneva na teden, vsaj 3 od minulih 4 tednov)	vuD2	
		<u>delu podobne dejavnosti</u> /varstvenodelovni centri, dnevni centri/ Pacient za svoje delo, ki je na odprtem trgu plačano, ni plačan ali dobi manj kot 50% povprečne pričakovane plače.	D3		nuD3			vuD3
		<u>ostale strukturirane dejavnosti</u> /varstvenodelovni centri, dnevni centri, klubi/ Treningi veščin, ustvarjalne dejavnosti, ki so na voljo vsaj 25% delovnega časa določene službe.	D4		nuD4			
	<u>nizko intenzivne dejavnosti</u> So na voljo pacientom manj kot 4 dele dneva na teden.	<u>socialne storitve</u> /dnevni centri, klubi/ Ne ponujajo dela ali strukturiranih dejavnosti. Skrbijo za socialni kontakt, praktično pomoč in podporo.	D5		nuD5	vuD5		
		<u>delo</u> /varstvenodelovni centri, socialna podjetja/ <u>delu podobne dejavnosti</u> /varstvenodelovni centri, dnevni centri/ <u>ostale strukturirane dejavnosti</u> /varstvenodelovni centri, dnevni centri, klubi/ <u>socialne storitve</u> /dnevni centri, klubi/	D6		nuD6		/	
			D7		nuD7			/
		D8		nuD8	/			
		D9		nuD9		/		

26. Vrste ambulantnih dejavnosti in dejavnosti v skupnosti:

AMBULANTNE DEJAVNOSTI IN DEJAVNOSTI V SKUPNOSTI			skupno št. kontaktov v zadnjem mesecu				
urgentna oskrba So odziv na poslabšanje duševnega stanja ali socialnega delovanja. Nudijo enako oskrbo v celotnem delovnem času. Storitve niso bile načrtovane, ko je pacient nazadnje kontaktiral zdravniško oseboje.	mobilna Vsaj 20% kontaktov je izven matične stavbe.	24 urna oskrba /službe kriznih intervenc, službe za nujno pomoč na domu/	O1				kO1
		časovno omejena oskrba /službe kriznih intervenc, službe za nujno pomoč na domu/ Službe, ki niso na voljo 24 ur na dan, 7 dni na teden.	O2				kO2
	nemobilna Manj kot 20% kontaktov je izven matične stavbe.	24- urna oskrba /nezgodni oddelki splošnih bolnišnic, sprejemni psihiatrični oddelki/	O3				kO3
		časovno omejena oskrba /nezgodni oddelki splošnih bolnišnic.../	O4				kO4
				visoko intenzivni uporabniki 3 ali več kontaktov v 1 tednu v zadnjem mesecu	zmerno intenzivni uporabniki vsaj 2 kontakta v zadnjem mesecu	nizko intenzivni uporabniki 0 ali 1 kontakt v zad. mesecu	
kontinuirana oskrba Omogočajo reden stik z zdravniškim osebjem, ki lahko po potrebi traja dalj časa.	mobilna	visoko intenzivna oskrba /patronažna služba za osebe z duševno motnjo, zdravniki splošne nujne medicinske pomoči / Neposredni stik s pacientom je mogoč vsaj 3x tedensko.	O5	vuO5	zuO5		nuO5
		srednje intenzivna oskrba /patronažna služba, zdravniki splošne nujne medicinske pomoči/ Neposredni kontakt je pa mogoč vsaj enkrat na 14 dni.	O6	/	zuO6		nuO6
		nizko intenzivna oskrba /patronažna služba, zdravniki splošne nujne medicinske pomoči, podporni timi / Redni kontakt s pacientom je redkejši kot na 14 dni.	O7	/	/		nuO7
		visoko intenzivna oskrba /ambulance, centri za duševno zdravje v skupnosti/	O8	vuO8	zuO8		nuO8
		srednje intenzivna oskrba /ambulance,.../	O9	/	zuO6		nuO9
		nizko intenzivna oskrba /ambulance, .../	O10	/	/		nuO10
	nemobilna						

RAZLAGA K TABELAM:

Ad 24. Število postelj, ki so jih zasedali pacienti v zadnjem mesecu v posameznih bivalnih enotah:

(!) Pacienti ne morejo zapolnjevati 2 postelj hkrati. Če so nameščeni v bivalni enoti za daljši čas, a so jih v času popisa sprejeli na urgentni oddelek, se šteje zgolj postelja na urgentnem oddelku.

Ad 25. Število uporabnikov storitev dnevnih in strukturiranih dejavnosti v zadnjem mesecu:

(!) Čeprav bodo nekateri uporabniki uporabljali visoko intenzivne storitve, se zaradi redkosti kontaktov lahko uvrstijo med nizko intenzivne uporabnike.

(!) Za vsakega uporabnika se šteje le 1 obisk dejavnosti na dan.

(!) Nekateri uporabniki sodelujejo v mešanih programih, ki vključujejo delo, druge strukturirane dejavnosti in socialni stik. Če sodelujejo pri več različnih dejavnostih znotraj iste storitve, se klasificirajo kot uporabniki tiste dejavnosti, ki jim vzame največ časa.

(!) Če uporabljajo različne storitve za različne dejavnosti, se uporaba vsake storitve šteje ločeno. Na primer, če pacient obišče dnevni center, kjer preživi pol dneva na delavnici in pet polovic dneva na treningu vsakodnevnih veščin v istem centru, se uvrsti med visoko intenzivne uporabnike ostalih strukturiranih dejavnosti. Če pa preživi pet polovic dneva na treningu vsakodnevnih veščin v

dnevnem centru in en dan kot zaposleni s polno plačo v lokalnem socialnem podjetju na drugi lokaciji, se ga uvrsti istočasno med visoko intenzivne uporabnike ostalih strukturiranih dejavnosti in nizko intenzivne uporabnike dela.

(!) Visoko intenzivni uporabniki so tisti, ki so obiskovali določeno dejavnost vsaj 4 poldnevne tedensko, vsaj 3 od 4 minulih tednov.

(!) Nizko intenzivni uporabniki so tisti, ki so vsaj enkrat v zadnjem mesecu obiskali dejavnost, vendar redkeje kot visoko intenzivni uporabniki.

Ad 26. Število obiskov ambulantnih dejavnosti in dejavnosti skupnosti:

(!) Mobilni urgentni kontakti so izven območja, kjer osebe navadno deluje.

(!) Nemobilni urgentni kontakti so v območju, kjer osebe tisti dan običajno dela.

(!) Nemobilni kontakti so lahko v službah, ki so označene kot mobilne. Če pacient obišče zdravstveni dom, se tak obisk šteje kot nemobilni, čeprav zdravstveno osebo večkrat posreduje tudi izven doma in sodi pod mobilno službo.

(!) Kontakti izven delovnega časa so izven običajnih delovnih ur, npr. ponoči ali med vikendom.

(!) Kontakt s službami kontinuirane oskrbe se šteje, če kontakt ni bil urgenten in ni bil sestavni del oskrbe bivalnih ali dnevnih služb.

(!) Pacienti so uporabniki mobilnih služb kontinuirane oskrbe, če so imeli vsaj en kontakt

izven matične zdravstvene ustanove ali psihiatrične klinike.

(!) Visoko intenzivni uporabniki služb kontinuirane oskrbe so tisti, ki so v zadnjem mesecu imeli vsaj 3 ali več kontaktov v enem tednu. Če je pacient uporabil storitev v ponedeljek, sredo in petek v enem tednu prejšnjega meseca, se ga šteje kot visoko intenzivnega uporabnika, čeprav ni več uporabil storitve v tistem mesecu.

(!) Zmerno intenzivni uporabniki služb kontinuirane oskrbe so pacienti, ki so v zadnjem mesecu uporabili storitev manj kot 3-krat, vendar so jo uporabili vsaj 2-krat.

(!) Nizko intenzivni uporabniki služb kontinuirane oskrbe so imeli v zadnjem mesecu samo 1 kontakt ali niso imeli nobenega, vendar so imeli kontakt v zadnjih 3 mesecih. Nadaljnji obisk je načrtovan v naslednjih 3 mesecih.

(!) Nekateri pacienti, ki uporabljajo službe dnevne oskrbe, ki so označene kot visoko intenzivne, se bodo uvrstili med nizko intenzivne uporabnike. Če uporabnika enkrat na mesec obišče služba zdravstvenega in socialnega varstva, se bo uvrstil med nizko intenzivne uporabnike, čeprav osebe z nekaterimi pacienti kontaktira večkrat na teden.