

Oznaka poročila: ARRS-CRP-ZP-2018/45

ZAKLJUČNO POROČILO O REZULTATIH CILJNEGA RAZISKOVALNEGA PROJEKTA

A. PODATKI O RAZISKOVALNEM PROJEKTU

1. Osnovni podatki o raziskovalnem projektu

Šifra projekta	V5-1504	
Naslov projekta	Razvoj modela nacionalne mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov	
Vodja projekta	26529 Eva Klemenčič	
Naziv težišča v okviru CRP	2.1.1	Razvoj modela mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov
Obseg učinkovitih ur raziskovalnega dela	446	
Cenovna kategorija	A	
Obdobje trajanja projekta	03.2016 - 02.2017	
Nosilna raziskovalna organizacija	2020	CENTERKONTURA družba za svetovanje, socialni razvoj, usposabljanje in založništvo d.o.o., Ljubljana
Raziskovalne organizacije - soizvajalke	2158	Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta Koper
Raziskovalno področje po šifrantu ARRS	5 5.01	DRUŽBOSLOVJE Vzgoja in izobraževanje
Družbeno-ekonomski cilj	07.	Zdravje
Raziskovalno področje po šifrantu FORD/FOS	5 5.03	Družbene vede Izobraževanje

2. Sofinancerji

	Sofinancerji		
1.	Naziv	Ministrstvo za zdravje	
	Naslov	Štefanova ul. 5, 1000 Ljubljana	

B. REZULTATI IN DOSEŽKI RAZISKOVALNEGA PROJEKTA

3. Povzetek raziskovalnega projekta¹

SLO

Projekt "Razvoj modela nacionalne mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov" se je ukvarjal s pripravo predloga posodobitve, razvoja in nadgradnje koncepta mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov. Rezultati projekta so tudi predlog standardov in normativov za delo mreže služb ter kazalniki za ocenjevanje njene učinkovitosti. Predlagani so načini sodelovanja med službami posameznih sektorjev. Rezultate projekta je mogoče neposredno prenesti v prakso. Implementacija omogoča skladen razvoj učinkovite mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov, kar pomeni, da lahko službe nudijo posameznikom boljše, hitrejše in ustrežnejšo pomoč. Rezultati projekta bi lahko imeli vpliv tako na celotno družbo, na javne zdravstvene sisteme, na socialno varstvo in izobraževanje.

ANG

The project entitled "Development of the model of the national mental health services for children and youth" was focused on modernization, development and upgrading of the concept of a network of mental health services for children and youth/adolescents. It proposed criteria and standards of the staff and indicators for assessing its effectiveness. In addition, it also proposed ways of cooperation between different sectors. Project results could be directly transformed into practice. Implementation would allow the harmonious development of an efficient network of services for mental health care for children and youth, which means possibilities that services offered could be better, faster, and of more adequate help. Project results could have a major impact on society as a whole, on public health systems, social protection, and education.

4. Poročilo o realizaciji predloženega programa dela oz. ciljev raziskovalnega projekta²

The project entitled "Development of the model of the national mental health services for children and youth" was focused on modernization, development and upgrading of the concept of a network of mental health services for children and youth/adolescents. It proposed criteria and standards of the staff and indicators for assessing its effectiveness. In addition, it also proposed ways of cooperation between different sectors. Project results could be directly transformed into practice. Implementation would allow the harmonious development of an efficient network of services for mental health care for children and youth, which means possibilities that services offered could be better, faster, and of more adequate help. Project results could have a major impact on society as a whole, on public health systems, social protection, and education.

5. Ocena stopnje realizacije programa dela na raziskovalnem projektu in zastavljenih raziskovalnih ciljev³

Program dela in zastavljeni raziskovalni cilji so realizirani.
Projekt je bil razdeljen na štiri sklope, ki so v večini potekali sočasno. V nadaljevanju predstavljamo rezultate po posameznih vsebinskih sklopih.

Prvi sklop
Pregled znanstvene in strokovne literature o organizaciji služb za duševno zdravje za otroke in mladostnike pri nas in v tujini, njene učinkovitosti in stroškov ter koristnosti. Analiza zbranih del - izvedena v obliki sistematične pregledne analize dostopnih virov. Pripravili smo sistematični pregledni članek.

Drugi sklop
Pregledali smo prakso, znanstveno in strokovno literaturo o standardih, normativih in kazalcih učinkovitost za službe za duševno zdravje za otroke in mladostnike pri nas in v tujini. Po dostopnih javnih virih in bazah objavljenih del doma in v tujini smo identificirali standarde, normative in kazalce kakovosti, ki so v uporabi in ocenili, ali bi bili ustrezni tudi za Republiko Slovenijo. Iz seznama in ocene uporabnosti, optimalnosti, dosegljivosti in sprejemljivosti, smo oblikovali predlog seznama.

Tretji sklop
Priprava predloga posodobitve, razvoja in nadgradnje koncepta mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov.

Pregledali smo, katere službe so omenjene v NPDZ, opredelili katere službe manjkajo na

nacionalni in regionalni ravni, pripravili seznam dopolnil z manjkajočimi (obstoječimi) službami. Službe smo nato razdelili glede na to, ali so namenjene promociji, preventivi, zdravljenju ali rehabilitaciji. Izračunali smo populacijo, ki so ji posamezne skupine služb namenjene in ugotovili, kje so službe nezadostne in kje so regijske neenakosti. Glede na analizo vsebinske pokritosti in pokritosti populacije smo pripravili predlog dopolnitev. Dopolnitve so označene kot prednostne, kar pomeni, da je njihova implementacija nujnost v kratkoročnem okviru, kot srednjeročne in kot dolgoročne.

Četrty sklop

Po dostopnih javnih virih in bazah objavljenih del doma in v tujini smo zbrali oblike celostne obravnave v posameznih službah, ki spadajo v različne sektorje in pripravili seznam možnih oblik dela. Pripravili smo tudi seznam motenj, ki potrebujejo specifične oblike sodelovanja različnih služb (motnje vedenja in čustvovanja, samomorilno vedenje, nasilno vedenje, hiperaktivnost z motnjo pozornosti...). Sodelovanja posameznih služb med seboj so v poti celostne obravnave opredeljene v časovnem smislu in na ravni posameznika.

Sodelovanje služb v dobrobit posameznika smo opredelili tudi na regionalni in nacionalni ravni.

6. Spremembe programa dela raziskovalnega projekta oziroma spremembe sestave projektne skupine⁴

/

7. Najpomembnejši dosežki projektne skupine na raziskovalnem področju⁵

Dosežek			
1.	COBISS ID	3190359	Vir: COBISS.SI
	Naslov	SLO	Skrb za duševno zdravje otrok in mladostnikov - zakaj je to medsektorska odgovornost
		ANG	Concern for the mental health of children and adolescents - why this is a cross-sectoral responsibility
	Opis	SLO	Duševno zdravje otrok in mladostnikov razvite družbe uvrščajo med prioritete in hkrati ugotavljajo, da so službe oziroma storitve nezadostne glede na potrebe ter da je promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj premalo poudarjena, čeprav so na voljo znanstveni dokazi o učinkovitosti. Hkrati povsod po svetu ugotavljajo, da je bilo duševno zdravje otrok in mladostnikov v času povečane skrbi za duševno zdravje odraslih precej prezrto. To stališče nas je vodilo pri ciljnem raziskovalnem projektu »Razvoj modela nacionalne mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov, V5-1504«, katerega cilji so bili sicer širši od tega prispevka. Vendar v prispevku predstavljamo nekaj znanstvenih izhodišč ter dokumentov na mednarodni ravni, ki osvetlijo prav to - skrb za duševno zdravje otrok in mladostnikov - zakaj si moramo za to (tudi v Sloveniji) prizadevati.
		ANG	In the article we present some scientific backgrounds and documents at the international level, which highlight the concern for the mental health of children and adolescents - why we need to be aware of this (even in Slovenia).
	Objavljeno v	Zavod Republike Slovenije za šolstvo; Šolsko svetovalno delo; 2017; Letn. 21, št. 2/3; str. 13-20; Avtorji / Authors: Klemenčič Eva, Dernovšek Mojca Zvezdana, Zalokar Leonida	
	Tipologija	1.01 Izvirni znanstveni članek	

8. Najpomembnejši dosežek projektne skupine na področju gospodarstva, družbenih in kulturnih dejavnosti⁶

Dosežek			
1.	COBISS ID	11913545	Vir: COBISS.SI

Dosežek			
	Naslov	SLO	Razvoj modela nacionalne mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov
		ANG	Development of the model of the national mental health services for children and youth
	Opis	SLO	Predstavitev projekta "Razvoj modela nacionalne mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov".
		ANG	Presentation of the project entitled "Development of the model of the national mental health services for children and youth".
	Šifra		F.35 Drugo
	Objavljeno v		Društvo specialnih in rehabilitacijskih pedagogov Slovenije; Centerkontura; Specialna in rehabilitacijska pedagogika; 2016; Vol. 24, no. 1; str. 80-81; Avtorji / Authors: Klemenčič Eva, Dernovšek Mojca Zvezdana, Zalokar Leonida
	Tipologija		1.04 Strokovni članek
2.	COBISS ID		3023703 Vir: COBISS.SI
	Naslov	SLO	Prikaz stanja, prikaz trendov v razvitem svetu, opredelitev najbolj perečih vsebin in kronološki prikaz prizadevanj in rezultatov CRP-a
		ANG	Status and trends of mental health services for children and youth in the developed world, definition of the most challenging content and a chronological presentation of the results
	Opis	SLO	Predstavitev projekta "Razvoj modela nacionalne mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov" deležnikom na področju vzgoje in izobraževanja, zdravja, socialnega varstva.
		ANG	Presentation of the project entitled "Development of the model of the national mental health services for children and youth" for different stakeholders.
	Šifra		B.06 Drugo
	Objavljeno v		2017; Avtorji / Authors: Klemenčič Eva
	Tipologija		3.15 Prispevek na konferenci brez natisa
3.	COBISS ID		21322760 Vir: vpis v obrazec
	Naslov	SLO	Članica uredniškega odbora revije "Specialna in rehabilitacijska pedagogika : revija specialnih in rehabilitacijskih pedagogov Slovenije".
		ANG	Editorial board member of the "Specialna in rehabilitacijska pedagogika : revija specialnih in rehabilitacijskih pedagogov Slovenije".
	Opis	SLO	Sodelovanje v uredniškem odboru revije "Specialna in rehabilitacijska pedagogika : revija specialnih in rehabilitacijskih pedagogov Slovenije"
		ANG	Editorial board member of the journal entitled "Specialna in rehabilitacijska pedagogika : revija specialnih in rehabilitacijskih pedagogov Slovenije"
	Šifra		C.06 Članstvo v uredniškem odboru
	Objavljeno v		Sicris, omenjena revija
	Tipologija		4.00 Sekundarno avtorstvo

9. Drugi pomembni rezultati projektne skupine²

Drugi pomembni rezultati projektne skupine se nanašajo na diseminacijo projekta:

- predstavitev projekta na srečanju sekcije Zbornice kliničnih psihologov za otroke in mladostnike (v prostorih Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani),
- elektronsko obvestilo o vsebini projekta in pričakovanih sodelovanjih delovne skupine (maj 2016), elektronsko sporočilo delovni skupini v diskusijo – deskriptorji, baze,

- predstavitev projekta na sestanku delovne skupine (20. junij 2016, v prostorih Ministrstva za zdravje).

Na junijskem sestanku projektne skupine z delovno skupino MZ smo se dogovorili za dodatno aktivnost projekta, in sicer za pripravo in organizacijo Posveta o duševnem zdravju za otroke in mladostnike. Posvet pod naslovom "V MREŽI SLUŽB ZA DUŠEVNO ZDRAVJE OTROK IN MLADOSTNIKOV POVEZANI STROKOVNJAKI S PODROČJA VZGOJE, IZOBRAŽEVANJA, SOCIALNEGA VARSTVA IN ZDRAVSTVA" je potekal v prostorih Državnega sveta, 6. 2. 2017. Udeležilo se ga je okoli 150 udeležencev. Na posvet smo povabili vse relevantne deležnike, ki jih tematika zadeva. Premislek o soorganizatorjih posveta je bil realiziran v mesecu septembru (na naslednjem rednem delovnem sestanku članov razširjene projektne skupine). Organizatorji posveta so bili: Združenje za otroško in mladostniško psihiatrijo (organizator), Centerkontura d.o.o. (soorganizator), Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta (soorganizator).

10. Pomen raziskovalnih rezultatov projektne skupine⁸

10.1. Pomen za razvoj znanosti⁹

SLO

Rezultati predlaganega projekta bodo imeli velik vpliv na razumevanje pomena usklajenega razvoja in delovanja služb na področju varovanja duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Začrtali smo strokovno in na znanstvenih dognanjih utemeljeno paradigm koncepta posodobitve, razvoja, nadgradnje mreže služb vseh sektorjev za področje duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Pri tem je bila v znanstvenem smislu uporabljena metodologija sistematičnega pregleda virov.

ANG

Project results will have a major impact on the understanding of the importance of harmonious development and operation of services in the field of mental health care of children and youth. The project outlined professional and on scientific evidence justifies paradigm of the concept of modernization, development and upgrading of the network services of all sectors involved within the field of mental health care of children and youth. In this respect a systematic review of resource (in terms of scientific methodology) was used.

10.2. Pomen za razvoj Slovenije¹⁰

SLO

Rezultati so pomembni za Slovenijo preko zmanjševanja bremena duševnih motenj na posameznika in njegove bližnje. Otroci in mladostniki imajo zaradi duševnih težav težave pri izobraževanju in vključevanju v družbo ter na trg del. Promocija duševnega zdravja in preventive duševnih motenj ter zgodnje učinkovito zdravljenje z rehabilitacijo, kar naj bi nudile učinkovite službe povezane v mrežo, so zato ključnega pomena za zmanjševanje duševnih motenj za vse. Rezultati projekta bi lahko imeli velik vpliv na celotno družbo, na javne zdravstvene sisteme, na socialno varstvo in področje vzgoje in izobraževanja.

ANG

The results are important for Slovenia by reducing the burden of mental disorders for individuals and their relatives. Children and adolescents with mental health problems have difficulties in their education, integration in society, and on the labour market. Promotion of mental health and prevention of mental disorders and early effective treatment with rehabilitation, are therefore crucial for reducing the burden of mental disorders for all. The results of the project could have a major impact both, on society as a whole, on public health systems, social protection and education.

11. Vpetost raziskovalnih rezultatov projektne skupine

11.1. Vpetost raziskave v domače okolje

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

☐ 1 v domačih znanstvenih krogih

☐ 2 pri domačih uporabnikih

Kdo (poleg sofinancerjev) že izraža interes po vaših spoznanjih oziroma rezultatih?¹¹

Verjetnost odziva v Sloveniji:

- a) v domačih znanstvenih krogih: znanstvena periodika, posamezni oddelki na univerzah;
b) pri domačih uporabnikih: različna stanovska združenja, ministrstva, strokovne institucije.
Ker je bil projekt predstavljen na eni od vladnih sej, je mogoče soditi, da tudi Vlado RS.

11.2. Vpetost raziskave v tuje okolje

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

☐ 1 v mednarodnih znanstvenih krogih

☐ 2 pri mednarodnih uporabnikih

Navedite število in obliko formalnega raziskovalnega sodelovanja s tujini raziskovalnimi inštitucijami:¹²

Verjetnost zaznavnega odziva v tujini:

- a) v mednarodnih znanstvenih krogih: tuja znanstvena periodika;
b) pri mednarodnih uporabnikih: različna stanovska združenja.

V tem trenutku formalno raziskovanje še ni vzpostavljeno.

Kateri so rezultati tovrstnega sodelovanja:¹³

/

12. Označite, katerega od navedenih ciljev ste si zastavili pri projektu, katere konkretne rezultate ste dosegli in v kakšni meri so doseženi rezultati uporabljeni

Cilj		
F.01	Pridobitev novih praktičnih znanj, informacij in veščin	
	Zastavljen cilj	DA ☐ DA ☐ NE ☐ NE ☐
	Rezultat	Dosežen ☐
	Uporaba rezultatov	Uporabljen bo v naslednjih 3 letih ☐
F.02	Pridobitev novih znanstvenih spoznanj	
	Zastavljen cilj	DA ☐ DA ☐ NE ☐ NE ☐
	Rezultat	Dosežen ☐
	Uporaba rezultatov	Uporabljen bo v naslednjih 3 letih ☐
F.03	Večja usposobljenost raziskovalno-razvojnega osebja	
	Zastavljen cilj	DA ☐ DA ☐ NE ☐ NE ☐
	Rezultat	Dosežen ☐
	Uporaba rezultatov	Delno ☐
F.04	Dvig tehnološke ravni	
	Zastavljen cilj	DA ☐ DA ☐ NE ☐ NE ☐
	Rezultat	☐
	Uporaba rezultatov	☐
F.05	Sposobnost za začetek novega tehnološkega razvoja	

	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.06	Razvoj novega izdelka	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.07	Izboljšanje obstoječega izdelka	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.08	Razvoj in izdelava prototipa	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.09	Razvoj novega tehnološkega procesa oz. tehnologije	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.10	Izboljšanje obstoječega tehnološkega procesa oz. tehnologije	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.11	Razvoj nove storitve	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.12	Izboljšanje obstoječe storitve	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.13	Razvoj novih proizvodnih metod in instrumentov oz. proizvodnih procesov	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.14	Izboljšanje obstoječih proizvodnih metod in instrumentov oz. proizvodnih procesov	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE

	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.15	Razvoj novega informacijskega sistema/podatkovnih baz	
	Zastavljen cilj	DA ☐ DA ☐ NE ☐ NE ☐
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.16	Izboljšanje obstoječega informacijskega sistema/podatkovnih baz	
	Zastavljen cilj	DA ☐ DA ☐ NE ☐ NE ☐
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.17	Prenos obstoječih tehnologij, znanj, metod in postopkov v prakso	
	Zastavljen cilj	DA ☐ DA ☐ NE ☐ NE ☐
	Rezultat	Dosežen bo v naslednjih 3 letih
	Uporaba rezultatov	Uporabljen bo v naslednjih 3 letih
F.18	Posredovanje novih znanj neposrednim uporabnikom (seminarji, forumi, konference)	
	Zastavljen cilj	DA ☐ DA ☐ NE ☐ NE ☐
	Rezultat	Dosežen
	Uporaba rezultatov	Uporabljen bo v naslednjih 3 letih
F.19	Znanje, ki vodi k ustanovitvi novega podjetja ("spin off")	
	Zastavljen cilj	DA ☐ DA ☐ NE ☐ NE ☐
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.20	Ustanovitev novega podjetja ("spin off")	
	Zastavljen cilj	DA ☐ DA ☐ NE ☐ NE ☐
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.21	Razvoj novih zdravstvenih/diagnostičnih metod/postopkov	
	Zastavljen cilj	DA ☐ DA ☐ NE ☐ NE ☐
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.22	Izboljšanje obstoječih zdravstvenih/diagnostičnih metod/postopkov	
	Zastavljen cilj	DA ☐ DA ☐ NE ☐ NE ☐
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.23	Razvoj novih sistemskih, normativnih, programskih in metodoloških rešitev	
	Zastavljen cilj	DA ☐ DA ☐ NE ☐ NE ☐
	Rezultat	Dosežen bo v naslednjih 3 letih

	Uporaba rezultatov	Uporabljen bo v naslednjih 3 letih ☐
F.24	Izboljšanje obstoječih sistemskih, normativnih, programskih in metodoloških rešitev	
	Zastavljen cilj	DA ☐ DA ☐ NE ☐ NE ☐
	Rezultat	Dosežen bo v naslednjih 3 letih ☐
	Uporaba rezultatov	Uporabljen bo v naslednjih 3 letih ☐
F.25	Razvoj novih organizacijskih in upravljavskih rešitev	
	Zastavljen cilj	DA ☐ DA ☐ NE ☐ NE ☐
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.26	Izboljšanje obstoječih organizacijskih in upravljavskih rešitev	
	Zastavljen cilj	DA ☐ DA ☐ NE ☐ NE ☐
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.27	Prispevek k ohranjanju/varovanju naravne in kulturne dediščine	
	Zastavljen cilj	DA ☐ DA ☐ NE ☐ NE ☐
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.28	Priprava/organizacija razstave	
	Zastavljen cilj	DA ☐ DA ☐ NE ☐ NE ☐
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.29	Prispevek k razvoju nacionalne kulturne identitete	
	Zastavljen cilj	DA ☐ DA ☐ NE ☐ NE ☐
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.30	Strokovna ocena stanja	
	Zastavljen cilj	DA ☐ DA ☐ NE ☐ NE ☐
	Rezultat	Dosežen ☐
	Uporaba rezultatov	V celoti ☐
F.31	Razvoj standardov	
	Zastavljen cilj	DA ☐ DA ☐ NE ☐ NE ☐
	Rezultat	Dosežen bo v naslednjih 3 letih ☐
	Uporaba rezultatov	Ni uporabljen ☐
F.32	Mednarodni patent	
	Zastavljen cilj	DA ☐ DA ☐ NE ☐ NE ☐
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	

F.33	Patent v Sloveniji	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.34	Svetovalna dejavnost	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	
F.35	Drugo	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	
	Uporaba rezultatov	

Komentar

Zastavljeni cilji so doseženi, vse ostalo je odvisno od implementacije projektnih rezultatov.

13. Označite potencialne vplive oziroma učinke vaših rezultatov na navedena področja

	Vpliv	Ni vpliva	Majhen vpliv	Srednji vpliv	Velik vpliv	
G.01	Razvoj visokošolskega izobraževanja					
G.01.01.	Razvoj dodiplomskega izobraževanja					
G.01.02.	Razvoj podiplomskega izobraževanja					
G.01.03.	Drugo:					
G.02	Gospodarski razvoj					
G.02.01	Razširitev ponudbe novih izdelkov/storitev na trgu					
G.02.02.	Širitev obstoječih trgov					
G.02.03.	Znižanje stroškov proizvodnje					
G.02.04.	Zmanjšanje porabe materialov in energije					
G.02.05.	Razširitev področja dejavnosti					
G.02.06.	Večja konkurenčna sposobnost					
G.02.07.	Večji delež izvoza					
G.02.08.	Povečanje dobička					
G.02.09.	Nova delovna mesta					
G.02.10.	Dvig izobrazbene strukture zaposlenih					
G.02.11.	Nov investicijski zagon					
G.02.12.	Drugo:					
G.03	Tehnološki razvoj					
G.03.01.	Tehnološka razširitev/posodobitev dejavnosti					

G.03.02.	Tehnološko prestrukturiranje dejavnosti	1	2	3	4	
G.03.03.	Uvajanje novih tehnologij	1	2	3	4	
G.03.04.	Drugo:	1	2	3	4	
G.04	Družbeni razvoj					
G.04.01	Dvig kvalitete življenja	1	2	3	4	
G.04.02.	Izboljšanje vodenja in upravljanja	1	2	3	4	
G.04.03.	Izboljšanje delovanja administracije in javne uprave	1	2	3	4	
G.04.04.	Razvoj socialnih dejavnosti	1	2	3	4	
G.04.05.	Razvoj civilne družbe	1	2	3	4	
G.04.06.	Drugo:	1	2	3	4	
G.05.	Ohranjanje in razvoj nacionalne naravne in kulturne dediščine in identitete	1	2	3	4	
G.06.	Varovanje okolja in trajnostni razvoj	1	2	3	4	
G.07	Razvoj družbene infrastrukture					
G.07.01.	Informacijsko-komunikacijska infrastruktura	1	2	3	4	
G.07.02.	Prometna infrastruktura	1	2	3	4	
G.07.03.	Energetska infrastruktura	1	2	3	4	
G.07.04.	Drugo:	1	2	3	4	
G.08.	Varovanje zdravja in razvoj zdravstvenega varstva	1	2	3	4	
G.09.	Drugo:	1	2	3	4	

Komentar

Ovisno od implementacije projektnih rezultatov.

14. Naslov spletne strani za projekte, odobrene na podlagi javnih razpisov za sofinanciranje raziskovalnih projektov za leti 2015 in 2016¹⁴

<http://www.centerkontura.si/>

C. IZJAVE

Podpisani izjavljam/o, da:

- so vsi podatki, ki jih navajamo v poročilu, resnični in točni;
- se strinjamo z obdelavo podatkov v skladu z zakonodajo o varstvu osebnih podatkov za potrebe ocenjevanja in obdelavo teh podatkov za evidence ARRS;
- so vsi podatki v obrazcu v elektronski obliki identični podatkom v obrazcu v pisni obliki (v primeru, da poročilo ne bo oddano z digitalnima podpisoma);
- so z vsebino zaključnega poročila seznanjeni in se strinjajo vsi soizvajalci projekta;
- bomo sofinancerjem istočasno z zaključnim poročilom predložili tudi elaborat na zgoščenki (CD), ki ga bomo posredovali po pošti, skladno z zahtevami sofinancerjev.

Podpisi:

*zastopnik oz. pooblaščen oseba
raziskovalne organizacije:*

in

vodja raziskovalnega projekta:

CENTERKONTURA družba za
svetovanje, socialni razvoj,
usposabljanje in založništvo d.o.o.,
Ljubljana

Eva Klemenčič

ŽIG

Datum: 14.3.2018

Oznaka poročila: ARRS-CRP-ZP-2018/45

- ¹ Napišite povzetek raziskovalnega projekta (največ 3.000 znakov v slovenskem in angleškem jeziku). [Nazaj](#)
- ² Navedite cilje iz prijave projekta in napišite, ali so bili cilji projekta doseženi. Navedite ključne ugotovitve, znanstvena spoznanja, rezultate in učinke raziskovalnega projekta in njihovo uporabo ter sodelovanje s tujimi partnerji. Največ 12.000 znakov vključno s presledki (približno dve strani, velikost pisave 11). [Nazaj](#)
- ³ Realizacija raziskovalne hipoteze. Največ 3.000 znakov vključno s presledki (približno pol strani, velikost pisave 11). [Nazaj](#)
- ⁴ Navedite morebitna bistvena odstopanja in spremembe od predvidenega programa dela raziskovalnega projekta, zapisanega v prijavi raziskovalnega projekta. Navedite in utemeljite tudi spremembe sestave projektne skupine v zadnjem letu izvajanja projekta (t. j. v letu 2016). Če sprememb ni bilo, navedite »Ni bilo sprememb«. Največ 6.000 znakov vključno s presledki (približno ena stran, velikosti pisave 11). [Nazaj](#)
- ⁵ Navedite dosežke na raziskovalnem področju (največ deset), ki so nastali v okviru tega projekta.

Raziskovalni dosežek iz obdobja izvajanja projekta (do oddaje zaključnega poročila) vpišete tako, da izpolnite COBISS kodo dosežka – sistem nato sam izpolni naslov objave, naziv, IF in srednjo vrednost revije, naziv FOS področja ter podatek, ali je dosežek uvrščen v A'' ali A'. [Nazaj](#)
- ⁶ Navedite dosežke na področju gospodarstva, družbenih in kulturnih dejavnosti (največ pet), ki so nastali v okviru tega projekta.

Dosežek iz obdobja izvajanja projekta (do oddaje zaključnega poročila) vpišete tako, da izpolnite COBISS kodo dosežka, sistem nato sam izpolni podatke, manjkajoče rubrike o dosežku pa izpolnite.

Dosežek na področju gospodarstva, družbenih in kulturnih dejavnosti je po svoji strukturi drugačen kot znanstveni dosežek. Povzetek znanstvenega dosežka je praviloma povzetek bibliografske enote (članka, knjige), v kateri je dosežek objavljen.

Povzetek dosežka na področju gospodarstva, družbenih in kulturnih dejavnosti praviloma ni povzetek bibliografske enote, ki ta dosežek dokumentira, ker je dosežek sklop več rezultatov raziskovanja, ki je lahko dokumentiran v različnih bibliografskih enotah. COBISS ID zato ni enoznačen izjemoma pa ga lahko tudi ni (npr. prehod mlajših sodelavcev v gospodarstvo na pomembnih raziskovalnih nalogah, ali ustanovitev podjetja kot rezultat projekta ... - v obeh primerih ni COBISS ID). [Nazaj](#)
- ⁷ Navedite rezultate raziskovalnega projekta iz obdobja izvajanja projekta (do oddaje zaključnega poročila) v primeru, da katerega od rezultatov ni mogoče navesti v točkah 7 in 8 (npr. v sistemu COBISS rezultat ni evidentiran). Največ 2.000 znakov, vključno s presledki. [Nazaj](#)
- ⁸ Pomen raziskovalnih rezultatov za razvoj znanosti in za razvoj Slovenije bo objavljen na spletni strani: <http://sicris.izum.si/> za posamezen projekt, ki je predmet poročanja. [Nazaj](#)
- ⁹ Največ 4.000 znakov, vključno s presledki. [Nazaj](#)
- ¹⁰ Največ 4.000 znakov, vključno s presledki. [Nazaj](#)
- ¹¹ Največ 500 znakov, vključno s presledki. [Nazaj](#)
- ¹² Največ 500 znakov, vključno s presledki. [Nazaj](#)
- ¹³ Največ 1.000 znakov, vključno s presledki. [Nazaj](#)
- ¹⁴ Izvajalec mora za projekte, odobrene na podlagi Javnega razpisa za izbiro raziskovalnih projektov Ciljnega raziskovalnega programa »CRP 2016« v letu 2016 in Javnega razpisa za izbiro raziskovalnih projektov Ciljnega raziskovalnega programa »Zagotovimo.si hrano za jutri« v letu 2016, na spletnem mestu svoje RO odpreti posebno spletno stran, ki je namenjena projektu. Obvezne vsebine spletne strani so: vsebinski opis projekta z osnovnimi podatki glede financiranja, sestava projektne skupine s povezavami na SICRIS, faze projekta in njihova realizacija, bibliografske reference, ki izhajajo neposredno iz izvajanja projekta ter logotip ARRS in drugih sofinancerjev. Spletna stran mora ostati aktivna še 5 let po zaključku projekta. [Nazaj](#)

Obrazec: ARRS-CRP-ZP/2018 v1.00

60-B0-DF-B0-F0-FE-02-18-89-B9-BC-2B-B3-AC-60-EF-82-B9-40-A5

POROČILO

CRP

ARRS je 17. 7. 2015 objavil naslednji razpis: <https://www.arrs.gov.si/sl/progproj/crp/razpisi/15/razp-crp-15.asp>, številka teme 2.1.1 in naslov teme: Razvoj modela mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov

Šifra: V5-1504

Naslov projekta: **Razvoj modela nacionalne mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov**

Trajanje: 1.3.2016—28.2.2017

Vodja projekta: doc. dr. Eva Klemenčič

Organizacija prijaviteljica: CENTERKONTURA družba za svetovanje, socialni razvoj, usposabljanje in založništvo d.o.o., Ljubljana. Sodelujoča organizacija: Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta Koper

Projektna skupina: dr. Mateja Hudoklin, izr. prof. dr. Mitja Krajncan, doc. dr. Eva Klemenčič. Razširjena projektna skupina: dr. Leonida Zalokar, prof. dr. Mojca Zvezdana Dernovšek, Karl Destovnik.

Cilji:

- dostopna, učinkovita in kvalitetna mreža služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov (na primer Razvojne ambulate, Centri za duševno zdravje) je ključnega pomena za zagotavljanje optimalnih pogojev za razvoj otrok in mladostnikov,
- posodobitev, razvoj in nadgradnja koncepta mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov,
- priprava standardov in normativov za delo mreže služb ter priprava kazalnikov za ocenjevanje njene učinkovitosti,
- oblikovanje predlogov za medsektorsko mrežo služb za celostno obravnavo duševnega zdravja otrok in mladostnikov.

Predgovor

Duševno zdravje otrok in mladostnikov razvite družbe uvrščajo med prioritete in hkrati ugotavljajo, da so službe oziroma storitve nezadostne glede na potrebe ter da je promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj premalo poudarjena, čeprav so na voljo znanstveni dokazi o učinkovitosti. Hkrati povsod po svetu ugotavljajo, da je bilo duševno zdravje otrok in mladostnikov v času povečane skrbi za duševno zdravje odraslih precej prezrto.

Že sam koncept duševnega zdravja in duševnih motenj ima mnogo definicij in različic, zato smo avtorji končnega poročila skušali zaobjeti kar najširši krog konceptov in rešitev, s tem pa služb, storitev in njihovih nalog v več sektorjih. Hkrati smo se zavedali, da zadeva duševno zdravje otrok in mladostnikov vse segmente družbe – od posameznika in njegove družine, do predšolskega zdravstvenega varstva, vzgoje in izobraževanja in socialnih služb za pomoč družini, do subspecialističnih oblik pomoči v bolnišnicah in posebnih oblikah institucionalne namestitve.

V vseh državah in tudi na mednarodni ravni prepoznavamo več sektorjev, ki so odgovorni za blagostanje otrok in mladostnikov, s tem da posredno ali neposredno skrbijo za njihovo duševno zdravje in dobro počutje. Neposredno skrb za duševno zdravje si lažje predstavljamo, sprejmemo in razumemo. Manj se zavedamo pomena posredne skrbi za duševno zdravje, kamor spada na primer duševno zdravje staršev, varno in stabilno okolje bivanja, preprečevanje nasilja v družini, ustrezni materialni pogoji družine in podobno. Več sektorjev pomeni težave, kadar gre za različne koncepte in razumevanje problemov ter posledično pomanjkljivo ali neustrezno ali neučinkovito sodelovanje. Hkrati zavedanje vključenosti več sektorjev pomeni tudi možnost celostne obravnave in dobro uporabo virov, ki niso vedno na voljo v zadostni meri. Slednje še posebej narekuje skrbno načrtovanje, ki se začne pri posamezniku in njegovi družini.

V duševnem zdravju nekoliko drugače opredeljujemo promocijo, preventivno in zdravljenje, zato lahko nekatere službe nastopajo v kontekstu duševnega zdravja kot preventivne, čeprav so ustanovljene za drug specifičen namen (na primer razvojne ambulate in razvojni oddelki vrtcev, preprečevanje nasilja v družini, ...).

Vsebinsko smo razdelili na več poglavij. V prvem poglavju utemeljujemo z znanstvenimi in strokovnimi argumenti, da je za duševno zdravje otrok in mladostnikov ključnega pomena dostopna, učinkovita in kakovostna mreža služb/storitev.

Drugo poglavje prinaša pregled skrbi za duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji.

Sledi poglavje v katerem predlagamo standarde, normative in kazalnike za ocenjevanje kakovosti dela za mrežo služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov.

V tretjem poglavju ocenimo število otrok in mladostnikov, ki potrebujejo službe za duševno zdravje. Predlagamo standarde in normative za službe za duševno zdravje otrok in mladostnikov.

V nadaljevanju predlagamo posodobitve, razvoj in nadgradnjo obstoječe mreže služb, ki jo definiramo s pomočjo:

1 elementov, ki jo sestavljajo – službe, ki spadajo v okvire vzgoje in izobraževanja, socialnega skrbstva in zdravstvenega varstva in jim ocenimo velikost/število, regionalno razporeditev in naloge (peto poglavje). Opredelimo službe, ki v mreži manjkajo oziroma so nezadostne (peto poglavje).

2 posebej opredeljenih vstopnih točk (peto poglavje)

3 opredelitvijo medsebojnega sodelovanja med službami različnih sektorjev in ravni, kar pomeni, da posebej opredelimo protokole obravnave za posamezne problemske sklope in sodelovanje med službami. (šesto poglavje)

4 kazalcev kakovosti za posamezne službe, v kolikor so določeni, sicer jih priporočimo.

Čisto na koncu opozorimo na potrebne spremembe zakonodaje z namenom zagotovitve ustrezne skrbi za duševno zdravje otrok in mladostnikov.

Zavedamo se, da so naši pogledi lahko vizionarski in preveč optimistični, a jih podajamo z dobrim namenom izboljšati to pomembno področje.

KAZALO

1 Znanstvena in strokovna utemeljitev dostopne, učinkovite in kakovostne mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov	4
1.1 Pregled skrbi za duševno zdravje otrok in mladostnikov na mednarodni ravni	4
1.2 Oblikovanje učinkovitih politik, praks in programov na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov	5
1.2.1 Zagotavljanje kakovosti storitev za področje duševnega zdravja	9
1.3 Skrb za duševno zdravje otrok in mladostnikov na prikazu primerov dobrih praks v tujini	12
1.3.1 Raziskave	13
1.3.2 Prikaz mreže služb v Belgiji in Norveškem	13
1.4 Sistematični pregled področja skrbi za duševno zdravje otrok in mladostnikov	21
1.4.1 Metoda dela in udeleženci/populacija	21
1.4.2 Rezultati	22
1.4.3 Diskusija	39
1.4.4 Zaključki	40
2. Ocena duševnega zdravja otrok in mladostnikov v Sloveniji	42
2.1 Dejavniki tveganja za duševno zdravje pri otrocih in mladostnikih	42
2.2 Duševne motnje pri otrocih in mladostnikih	46
2.3 Zloraba psihoaktivnih snovi pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji	49
2.4 Stigma duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih	51
2.5 Kršenje otrokovih pravic	52
2.6 Neenakost glede dostopnosti služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov	52
2.7 Obstoječe službe za duševno zdravje otrok in mladostnikov	54
2.7.1 Vzgoja in izobraževanje	55
2.7.2 Socialno varstvo	64
2.7.3 Zdravstvo	70
3 Ocena števila otrok in mladostnikov, ki potrebujejo službe in storitve mreže za duševno zdravje	76
4 Predlog standardov in normativov za delo mreže služb ter kazalnikov za ocenjevanje njene učinkovitosti,	78
4.1. Kazalci za ocenjevanje kakovosti služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov	78
4.2. Standardi in normativi	80
5 Predlog posodobitve, razvoja in nadgradnje obstoječe mreže služb ter predlogov za medsektorsko mrežo služb za celostno obravnavo duševnega zdravja otrok in mladostnikov	83
5.1 Posodobitev, razvoj in nadgradnje obstoječe mreže služb za celostno obravnavo duševnega zdravja otrok in mladostnikov	84
5.1.1 Vzgoja in izobraževanje	84
5.1.2 Socialno varstvo	87
5.1.3 Zdravstveno varstvo	88
5.1.4 Formalne podlage za novoustanovljene službe	90
6 Protokoli obravnave za posamezne problemske sklope in sodelovanje med službami – medsektorska in usklajena mreža služb	91
7. Predlogi sprememb formalnih podlag	95
7.1 Socialni sektor	95
7.1.1 Zakon o socialnem varstvu (ZSV) in Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev	95
7.1.2 Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih ZSDP-1	96
7.1.3 Zakon o invalidskem in pokojninskem zavarovanju	96
7.2 Pravosodje	97
7.2.1 Zakon o kazenskem postopku	97
7.2.2. Kazenski zakonik RS	98
7.2.3 Obravnava otrok do 14 leta starosti kot storilci kaznivih dejanj	99
8. Literatura	100

1 Znanstvena in strokovna utemeljitev dostopne, učinkovite in kakovostne mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov

1.1 Pregled skrbi za duševno zdravje otrok in mladostnikov na mednarodni ravni

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) (2003) v svojih dokumentih navaja, da duševnemu zdravju otrok in mladostnikov do sedaj nismo posvečali tolikšne pozornosti kot duševnemu zdravju odraslih. O tem priča tudi razvoj politik in programov za duševno zdravje otrok in mladostnikov, ki opazno zaostaja za razvojem politik in programov za duševno zdravje odraslih (SZO, 2005) – kljub temu, da je v Konvenciji o otrokovih pravicah jasno zapisano, da "države pogodbenice zagotovijo, da se bodo ustanove, službe in zavodi, odgovorni za skrb in varstvo otrok, prilagodili normam, ki so jih predpisale pristojne oblasti, še posebej na področju varnosti, zdravja ter števila in usposobljenosti osebja, pa tudi zajamčile ustrezen nadzor" (Združeni narodi, 1990).

Danes vemo, da pojavnost duševnih motenj pri odraslih v primerjavi z ostalimi kategorijami bolezni hitro narašča (OECD, 2011) in ob tem je znano, da se vsaj polovica duševnih motenj pri odraslih začne v otroštvu oz. v adolescenci (Belfer, 2008). Skladna s tem dejstvom je tudi ugotovitev, da narašča tudi število otrok in mladostnikov z duševnimi motnjami – eden od petih otrok izpolnjuje kriterije za čustveno ali vedenjsko motnjo, eden od desetih pa izpolnjuje kriterije za resno duševno motnjo, ki pomembno negativno vpliva na funkcioniranje tega otroka doma, v šoli ali v skupnosti (Friedman, Katz-Leavy, Manderscheid in Sondeimer, 1996; Beecham, 2014). Pomanjkljivo posvečanje pozornosti duševnemu zdravju otrok in mladostnikov vodi do duševnih motenj z vseživljenjskimi posledicami, bremeni zdravstvene sisteme in zmanjšuje zmožnost družbe, da nudi varno in spodbudno okolje (SZO, 2003). Izboljšanje duševnega zdravja vodi do izboljšane telesnega zdravja, večje produktivnosti in povečane stabilnosti v družbi, na drugi strani pa neuspešnost pri izboljšanju duševnega zdravja vodi v povečano stopnjo kriminala, brezposelnost, nasilje in druga tvegana vedenja (SZO, 2003).

SZO v brošuri z navodili za politiko o duševnem zdravju za otroke in mladostnike (SZO, 2005) navaja tri tehtne razloge za razvoj učinkovitih programov varovanja duševnega zdravja za otroke in mladostnike: (i) določene duševne motnje pri otrocih in mladostnikih nastanejo v določeni fazi razvoja in zato je mogoče v tej starosti izvesti presejalne teste, ki jim sledijo ustrezni ukrepi; (ii), zaradi velike pogostosti, da motnje v otroštvu in mladostništvu preidejo v odraslo obdobje posameznika in ker zgodnje zdravljenje bistveno in pozitivno vpliva na dolgoročen izid; in (iii) učinkovite intervencije zmanjšajo breme težav v duševnem zdravju posameznika in družini in družbi.

Nekateri strokovnjaki so že izračunali stroške, ki jih za družbo predstavljajo duševne motnje v otroštvu in mladostništvu (Remschmidt in Belfer, 2005). Leibson in sod. (2001) so za otroke z diagnozo hiperaktivnost z motnjo pozornosti izračunali, da so v 9-letnem obdobju zdravstveni stroški v povprečju znašali 4.306 \$, v primerjavi s 1.944 \$ za otroke brez hiperaktivnosti z motnjo pozornosti. Ti podatki kažejo na to, da duševne motnje otrok in mladostnikov ne predstavljajo bremena le za otroke in mladostnike same ter njihove družine, pač pa se breme deli tudi na širšo skupnost. To dejstvo predstavlja dodaten argument za nujnost postavitve dobre, kakovostne, učinkovite in dostopne mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov.

Pomembni so tudi izračuni, kolikšne stroške pomenijo otroci z motnjami vedenja, ko odrastejo. Rezultati opozorijo, da bi bilo smiselno uvesti preprečevanje takšnega vedenja že pri otrocih (Scott, Knapp, Henderson, Maughan, 2001). Pri starosti 28 let so bili stroški za posameznike z vedenjskimi motnjami v otroštvu 10,0-krat večji od tistih brez težav in sicer so bili skupni stroški 70.019 £ za skupino z vedenjskimi motnjami v primerjavi s 7.423 £. Največji stroški so nastali zaradi posledic kriminalnega vedenja, sledili so stroški dodatnega izobraževanja, namestitvev, oskrbe na domu. Stroški zdravljenja so bili manjši delež vseh stroškov. Stroški so izraženi v cenah za leto 1998.

Celovit in nedvoumen prikaz stroškov slabega duševnega zdravja otrok in mladostnikov in izračun koristi posebnih programov so pripravili Suhrcke, Pillas in Selai (2008) in poudarjajo pomen zgodnje obravnave.

Evropska komisija (2013) priporoča državam članicam, da vlagajo v otroke in prekinejo začarani krog prikrajšanosti, ki nastane iz najrazličnejših razlogov.

1.2 Oblikovanje učinkovitih politik, praks in programov na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov

Vse večje zavedanje pomena duševnega zdravja za blaginjo držav in mednarodne skupnosti odražajo številni strateški dokumenti. Vsi ti dokumenti posvetijo posebno pozornost promociji duševnega zdravja in preventivi duševnih motenj, med ranljivimi skupinami pa izpostavijo otroke in mladostnike.

OECD poudarja pomembno vlogo spodbujanja zgodnjega izobraževanja otrok in usposobljenost strokovnega osebja glede varovanja duševnega zdravja v službah, ki skrbijo za otroke in mladostnike (Kamerman, Neuman, Waldfogel in Brooks-Gunn, 2003).

SZO (2005) je za področje Evrope izdala priporočila za politiko na področju duševnega zdravja. Posebej izpostavlja skrb za otroke in mladostnike ter promocijo in preventivo.

Evropska unija je prizadevanje za skrb za duševno zdravje pričela z Zeleno knjigo, ki priporoča vlaganje v preventivo in promocijo tistih dejavnosti, ki spodbujajo duševno zdravje, slednje je ključno, skupaj z izboljšanjem dostopnosti in kakovostjo skrbi za duševno zdravje tistih, ki to potrebujejo (Green Paper, 2005). Namesto bele knjige mu je sledil Evropski pakt za duševno zdravje in blagostanje, ki je bil sprejet leta 2008 v Bruslju med slovenskim predsedovanjem (Evropska komisija, 2008). Pakt ni zavezujoč do takšne mere, kot bi bila zavezujoči zelena in bela knjiga, vendar vsebuje priporočila za države članice, da izvajajo učinkovito politiko na področju duševnega zdravja in blagostanja in deležnike na področju duševnega zdravja poziva k sodelovanju pri razvoju dobre prakse. Izpostavlja pet prioritetenih področij: 1. preventiva samomora in depresije; 2. duševno zdravje mladih in v šolah; 3. duševno zdravje na delovnem mestu; 4. duševno zdravje starejših in 5. preprečevanje stigme in socialne izključenosti.

Leta 2008 je SZO sprejela akcijski načrt za obvladovanje razkoraka med potrebami populacije zaradi težav v duševnem zdravju in ponujenimi službami ter storitvami (WHO, 2008). Glede duševnega zdravja pri otrocih in mladostnikih priporoča ukrepe v zdravstvenem sektorju, kot je zagotavljanje usposobljenih strokovnjakov nege ob rojstvu, učinkovite skupnostne storitve za otročnice, prenatalno presejanje za Downov sindrom, in preprečevanje zlorabe alkohola s strani matere. Vsestranski ukrepi, ki se nanašajo na javno zdravje so obogatitev živil z jodom in folno kislino in ukrepi, ki preprečujejo zlorabo otrok. Duševne motnje pri otrocih naj se prepoznajo in obravnavajo v primarnem zdravstvenem sistemu s podporo specialistične službe. Napotitev na specialistično raven naj bo dostopna. Usmeritev je v preprečevanje razvojnih motenj ter dostopnost psihosocialnih in farmakoloških intervencij.

Celovit akcijski načrt na področju duševnega zdravja 2013-2020 (WHO, 2013) je SZO sprejela na 66. generalni skupščini in zagotavlja okvir za krepitev zmogljivosti v državah članicah ter spodbuja sprejetje pristopa življenjskega cikla pri izvajanju politik in strategij v duševnem zdravju. Posebej opozarja na obravnavanje potreb duševnega zdravja otrok in mladostnikov.

SZO navaja 10 najpomembnejših dejstev o duševnem zdravju (WHO, 2016), od katerih je prvo dejstvo otrokom in mladostnikom posvečeno direktno, ostala pa se nanašajo na celotno populacijo, s tem pa tudi na otroke in mladostnike. Med njimi je dejstvo, ki govori, da bi morali preseči pet ovir, da bi povečali dostopnost služb za duševno zdravje: javno zdravstvene agende in implikacije za financiranje

ne vsebujejo področij duševnega zdravja; obstoječa organiziranost služb za duševno zdravje; pomanjkljiva integracija/povezanost znotraj primarnega zdravstvenega varstva; neadekvatni človeški viri za področje duševnega zdravja; pomanjkanje vodilnih akterjev na področju duševnega zdravja.

Deseto dejstvo o duševnem zdravju (WHO, 2016) govori o finančnih virih za zagotavljanje služb in storitev za duševno zdravje, ki so precej skromni. Vlade, donatorji in skupine, ki predstavljajo uporabnike storitev/služb za duševno zdravje in njihove družine, morajo združiti svoje moči, da bi skupaj dosegli okrepitev služb/storitev za duševno zdravje, zlasti v državah z nizkim in srednjim dohodkom na prebivalca. Potrebni finančni viri za izboljšanje stanja so relativno skromni in sicer 2 US\$ per capita v najrevnejših državah in 3-4 US\$ v srednje razvitih državah.

Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje (Evropska komisija, 2008) med drugim poudarja, da "obstaja potreba za odločilni politični korak, da bi bilo duševno zdravje in dobro počutje prepoznano kot ključna prednostna naloga". Skupni ukrep za duševno zdravje in dobro počutje (Joint action on mental health and wellbeing) (JA MH-WB, 2015), ki je trajal med letoma 2013 in 2015, si je prizadeval za izgradnjo okvira za ukrepe na področju politike duševnega zdravja na evropski ravni. Sodelovalo je 51 partnerjev iz 28 držav članic EU 11 in evropskih organizacij s področja duševnega zdravja. Cilj je bil prispevati k spodbujanju duševnega zdravja in dobrega počutja, preprečevanju duševnih motenj in izboljšanju varstva in socialne vključenosti oseb z duševnimi motnjami v Evropi. JA MH-WB obravnava vprašanja s petih področij: 1. varovanje duševnega zdravja na delovnih mestih; 2. varovanje duševnega zdravja v šolah; 3. ukrepi proti depresiji in samomoru in izvajanje e-zdravstvenih pristopov; 4. skupnostna skrb in socialna vključenost oseb s hudimi duševnimi motnjami; in 5. vključevanje duševnega zdravja v vse politike.

Remschmidt in Belfer (2005) trdita, da so edina prava osnova vsemu načrtovanju služb s področja duševnega zdravja epidemiološke študije – te so pomembne za implementacijo politike in javnozdravstvenih programov za izboljšanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Epidemiološke raziskave dajejo relevantne podatke, ki so dobra podlaga za načrtovanje in implementacijo (Verhulst, 2004; v Remschmidt in Belfer, 2005). Ta vprašanja so:

- Koliko otrok in mladostnikov v skupnosti/družbi ima težave z duševnim zdravjem?
- Koliko otrok in mladostnikov uporablja službe za duševno zdravje?
- Kakšna je porazdelitev problemov z duševnim zdravjem glede na starost, spol in etnično pripadnost?
- Ali obstajajo trendi v pogostosti problemov z duševnim zdravjem otrok in mladostnikov?
- Kakšen je potek razvoja problemov z duševnim zdravjem od mladostništva v odraslost?
- Katere etiološke dejavnike lahko prepoznamo, ki jih lahko upoštevamo pri oblikovanju preventivnih programov in programov zdravljenja?
- Kako stroškovno učinkovite so službe za duševno zdravje otrok in mladostnikov?
- Kakšni so izidi za otroke in mladostnike, ki so prejemniki storitev služb za duševno zdravje?

Epidemiološke raziskave za področje duševnih motenj otrok in mladostnikov so redke in podatke je med seboj težko primerjati (Merikangas, Nakamura, Kessler, 2009). Pri populacijskih raziskavah avtorji ugotavljajo, da so kriteriji za postavitev diagnoz duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih preohlapni in predvsem premalo definirani (Merikangas, Nakamura, Kessler, 2009). Poudarjajo potrebo po drugačni in bolj specifični operacionalizaciji diagnostičnih kategorij. Kljub kritikam diagnostičnih kriterijev pa podatki kažejo, da se povečuje delež otrok in mladostnikov, ki imajo duševne motnje in hkrati je razveseljivo dejstvo, da več otrok in mladostnikov prejema pomoč. Najpogostejše duševne motnje pri otrocih in mladostnikih so v Razpredelnici 1.1 (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, Angold, 2003.).

Razpredelnica 1.1. Najpogostejše motnje v predšolskem, šolskem in mladostniškem obdobju (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, Angold, 2003.).

OBD OBJE	NAJPOGOSTEJŠE MOTNJE
PREDŠOLSKO	motnje izločanja; motnje spanja; otroške motnje hranjenja; strah in tesnoba; samotlačilne navade; pervazivne razvojne motnje
ŠOLSKO	hiperaktivnost z motnjo pozornosti, strah in tesnoba; glavoboli in druge somatizacijske motnje; depresivne razpoloženske motnje; tiki; obsesivno kompulzivne motnje; vedenjske motnje; začetki motenj hranjenja; izolirane motnje v razvoju
ADOLESCENCA	razpoloženske motnje, največ depresije; anksiozne motnje; samodestruktivno vedenje; obsesivno kompulzivne motnje; somatizacijske motnje; zlorabe drog in alkohola; motnje hranjenja; shizofrenija; bipolarna motnja razpoloženja

Remschmidt in Belfer (2005) opisujeta značilnosti sistemov zdravstvenega varstva in opredelita sistem zdravstvenega varstva kot niz služb oziroma storitev, ki obsegajo najmanj restriktivne (intervence v družini in službe v skupnosti) do najbolj restriktivnih (bolnišnična obravnava). V sistemu se predpostavlja, da obstaja določena in dogovorjena oblika prehajanja uporabnika med komponentami (službami) na kontinuumu pomoči. Pomembno vlogo pri tem igra sodelovanje med posameznimi komponentami in zagotavljanje dobre komunikacije. Pomembno je torej imeti dogovorjeno ali celo obvezno sodelovanje med različnimi službami.

V projektu CAMHEE (Child and Adolescent Mental Health in Europe) s področja spodbujanja duševnega zdravja otrok in mladostnikov zasledimo, da je potrebno iskati ustrezno ravnovesje med promocijo, preventivo, primarno skrbjo in specializiranimi službami (Braddick, Carral, Jenkins in Jané-Llopis, 2009). V svojih priporočilih glede spodbujanja duševnega zdravja med drugim izpostavljajo spodbujanje prehoda k bolj v lokalno okolje integriranim službam, ki skrbijo za duševno zdravje in so tako dostopnejše in bolj porazdeljene glede na potrebe ljudi.

Precej smernic za uporabo različnih programov za varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov najdemo v zbirki, ki jo pripravlja NICE (NICE, 2009) in poudarja najpomembnejša področja: socialna in čustvena blaginja v osnovni in srednji šoli; telesna aktivnost; alkohol in zloraba drog; depresija; motnje pozornosti s hiperaktivnostjo; in vodenje otrok s vedenjskimi motnjami.

Jané-Llopis in Braddick (2008) poudarjata, da šole in skupnost igrajo pomembno vlogo pri doseganju mladih in izboljšanje stopnje duševnega zdravja. Učinkovito spodbujanje duševnega zdravja v izobraževalnih in družbenih okoljih krepi temeljne cilje izobraževanja in dela z mladimi. Priporočata delo z družino na domu, preprečevanje trpinčenja v šolah, preprečevanje in zdravljenje depresije, pomoč otrokom in mladostnikom, ki so žrtve travme, podpora otrokom, ki imajo duševne motnje, zmanjševanje stigme in diskriminacije, promocija duševnega zdravja v šolah, usposobljenost šolskega kadra za promocijo duševnega zdravja, duševno zdravje v kurikulumu, spodbujanje medvrstniške podpore, sodelovanje šol s skupnostjo in drugimi akterji v skupnosti, ...

Analiza obstoječih služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov v državah EU (Razpredelnica 1.2) pokaže, da so vedno bolj osredotočene na izvenbolnišnično obravnavo, dnevno bolnišnično obravnavo in komplementarne službe v skupnosti ter visoko specializirane službe za določene motnje. Ugotavljajo, da službe in storitve potrebujejo evalvacijo učinkovitosti. Nadalje je očitno, da se delež privatne prakse na področju otroške in mladostniške psihiatrije po posameznih državah precej razlikuje. Znotraj posamezne države je koordinacija med posameznimi službami je pogosto nezadostna (Remschmidt in Belfer, 2005).

Razpredelnica 1.2: Vrste služb/storitev za duševno zdravje otrok in mladostnikov v večini evropskih držav (Remschmidt in Belfer, 2005, str. 149)

Izvenbolnišnične službe
• Specialisti za otroško in mladostniško psihiatrijo v privatni praksi
• Analitični psihoterapevti za otroke in mladostnike v privatni praksi
• Izvenbolnišnični storitve v bolnišnicah
• Službe otroške in mladostniške psihiatrije v javnem zdravstvu
• Otroške svetovalne službe in službe za družinsko svetovanje
• Centri za zgodnjo obravnavo, socialne pediatrične službe
Službe dnevne obravnave
• Dnevne bolnišnice (dveh vrst; integrirane v bolnišnično okolje ali samostojne)
• Bivalne terapevtske enote
Hospitalne službe
• Bolnišnične službe v okviru univerzitetnih bolnišnic
• Bolnišnične službe v okviru državnih psihiatričnih bolnišnic
• Bolnišnične službe v okviru lokalnih bolnišnic ali pediatričnih bolnišnic
Komplementarne službe
• Službe za rehabilitacijo posebnih skupin (npr. otrok s hudimi možganskimi poškodbami, epilepsijo)
• Različne vrste namestitev
• Stanovanjske skupine za mladostnike

Na podlagi analize stanja na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov v 15 državah članicah EU je skupina strokovnjakov ugotovitve strnila v nekaj ključnih točk (Braddick, Carral, Jenkins in Jane'-Llopis, 2009):

- Epidemiološke študije morajo biti oblikovane tako, da temeljijo na reprezentativnem vzorcu – le tako lahko služijo kot podlaga oblikovanju nacionalnih politik in programov, hkrati pa lahko služijo primerjavi med državami.
- Evalvacija politik in programov je ključen element načrtovanja politik in programov preventive in promocije, vendar večina držav ne poroča o takšni evalvaciji.
- Samo polovica vključenih držav je v svoje epidemiološke študije vključila tudi pozitivne indikatorje duševnega zdravja (npr. dobro počutje, samospoštovanje, kakovost življenja, odpornost/prožnost).
- Vključenost mladine v sisteme odločanja, ki vplivajo na oblikovanje praks in programov je redka.
- Pomanjkanje usposabljanja in kapacitet na področju visokega šolstva je očitno.
- Pri razumevanju duševnega zdravja in poznavanjem determinant, ki ga določajo, je med zainteresirano javnostjo in laično javnostjo velik razkorak.
- Finančna sredstva, namenjena duševnemu zdravju otrok in mladostnikov, so pogosto pomešana s sredstvi za druge namene in so redko zadostna za izvajanje zdravljenja in spodbujanje promocije ter preventive.

Na podlagi teh ugotovitev so oblikovali priporočila, ki naj služijo kot vodila pri oblikovanju politik in praks na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov (Braddick, Carral, Jenkins in Jane'-Llopis, 2009):

- Obstaja potreba po sistematični evalvaciji programov in politik, ki obravnavajo preprečevanje duševnih motenj in promocijo duševnega zdravja med otroki in adolescenti.
- Potreben je širši fokus na področje duševnega zdravja otrok in mladostnikov, ki vključuje indikatorje pozitivnega duševnega zdravja (ne samo duševne motnje).
- Potrebna je večja vključenost in angažiranost otrok in mladostnikov. Duševno zdravje je neposredno povezano s politiko in implementacijo otrokovih pravic in skladno s podpiranjem otrokovih pravic je pomembna vključenost in sodelovanje otrok in mladostnikov v oblikovanje programov.
- Promocijo in preventivo na področju duševnega zdravja je potrebno vključiti v visokošolsko izobraževanje strokovnjakov, ki delajo z otroki in mladostniki – od učiteljev do strokovnjakov, ki delajo na področju javnega zdravja.

- Potrebno je povečati osveščenost o determinantah duševnega zdravja otrok in mladostnikov, še posebno v službah/sektorjih, ki imajo moč odločanja.
- Potrebno je ločiti sredstva za financiranje odpravljanja težav na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov od sredstev za odrasle.

1.2.1 Zagotavljanje kakovosti storitev za področje duševnega zdravja

Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj v projektu Health Care Quality Indicators (HCQI) opredeljuje kakovost oskrbe kot "stopnjo, do katere zdravstvene storitve posamezniku in populaciji povečajo verjetnost želenega zdravja in so v skladu s trenutno strokovnim znanjem (IOM, 1990; OECD, 2004; Kelley in Hurst, 2006).

Številne države si prizadevajo opredeliti kakovost svojih zdravstvenih storitev. Različni avtorji definirajo kakovost zdravstvenega varstva s konceptom niza dimenzij in z uporabo določenih kazalcev. Kljub vse večjemu zanimanju za področje še vedno nimamo enotnega stališča glede posameznih dimenzij in enotnih kazalnikov kakovosti oskrbe na področju duševnega zdravja (Hermann et al., 2006).

Neskladje stališč je tudi posledica razlik v organizaciji zdravstvenega varstva, v političnih prednostnih nalogah in podatkovnih virov, ki so na voljo v posamezni državi.

Poglavitna dognanja na področju kazalcev kakovosti duševnega zdravja so:

- kakovost zdravstvene oskrbe se šteje kot večdimenzionalno področje;
- kazalniki se lahko uporabijo kot »proxy« za posamezne dimenzije kakovosti oskrbe;
- celosten, uravnotežen in prilagojen nabor kazalnikov potrebuje vsaka država.

OECD (2012) navaja vrzeli na nekaterih področjih kakovosti duševnega zdravstvenega varstva, kot so psihoterapevtsko zdravljenje, pravičnost, dostopnost in vprašanje varnosti in socialnih storitev.

Donabedian (1980) je opredelil kakovost oskrbe kot strukturne značilnosti zdravstvenega varstva z vstopom, procesom oskrbe in izidom, ki odraža rezultate zdravljenja. Kakovost mora biti zagotovljena v vseh teh delih in med njimi naj bo ravnovesje.

Na področju duševnega zdravja Thornicroft in Tansella (2008) štejeta v vhodne vidne postavke osebe, opremo in proračuna in nevidne postavke, kot so izkušnje, usposobljenost in znanje zaposlenih, delovni odnos, pravni in politični okvir.

Razviti je treba usposabljanje in nadzor za zagotavljanje najboljše kakovosti oskrbe, ki ustreza potrebam uporabnikov, ima motivirano delovno silo in je stroškovno učinkovit. Druga pomembna vprašanja vhoda sta bilanca izdatkov med bolnišnico in izvenbolnišnično oskrbo in uporaba enotnih kliničnih smernic in protokolov.

Merjenje procesov pomaga prepoznati področja pred in po oskrbi in ali ljudje dobijo ustrezno pomoč, ki je skladna z dokazi in ustreza pričakovanju o kakovosti.

Rezultati se vidijo kot spremembe v delovanju, v obolevnosti ali umrljivosti (Thornicroft in Tansella, 2009) in kot spremembe zdravstvenega stanja. Na primer: zaposlitveni status, telesna obolevnost, samomor in samopoškodovanje, brezdomstvo, umrljivost, simptomi bolezni, vpliv na skrbnike, zadovoljstvo s storitvami, kakovost življenja, invalidnost, izpolnjene in neizpolnjene potrebuje po negi (Thornicroft in Tansella, 1999).

Stopnja samomorilnosti je pogosto uporabljen kazalec na nacionalni / regionalni ravni.

Slade in sodelavci (2005) menijo, da so intervencije za zmanjšanje simptomov zelo pomembne in naj temeljijo na dokazih ter upoštevajo stališča uporabnikov. V storitve uvršča sistematično prepoznavanje celotnega obsega zdravstvenega in socialnega varstva, potrebe uporabnika, razvoj inovativnih storitev za reševanje težav in oceno vpliva storitev na kakovost življenja.

Številne dimenzije opisujejo kakovost oskrbe. Arah in sodelavci (2005) v okviru zdravstvenega varstva kazalnika navajajo kazalce kakovosti (HCQI), ki jih skušajo uporabiti na področju duševnega zdravja. Dimenzije kakovosti oskrbe se lahko kombinirajo v matriki in različnih modelih.

Skupne dimenzije za merjenje uspešnosti so

- (i) Učinkovitost: »Stopnja doseganje želenih rezultatov, saj je pravilno opravljanje zdravstvenih storitev, ki temeljijo na dokazih, omogočeno vsem, ki jim koristijo, ne pa tistim, ki ne bi imeli koristi.« in "Sistem je optimalna izraba razpoložljivih virov, da dobimo največ koristi ali rezultatov" (WHO, 2000; Kelley in Hurst, 2006).
- (ii) Primernost. ki se prekriva s področjem Odzivnosti, ki pomeni, kako sistem omogoča ljudem, da izpolnijo svojo legitimno pravico do zdravstvenega varstva.
- (iii) Kontinuiranost: »Obseg storitev, v okviru katerega uporabniki, v daljšem časovnem obdobju gladko prehajajo od enega do drugega in so storitve med seboj koordinirane.«
- (iv) Ustreznost, ki je povezana z učinkovitostjo: »Zdravstveno varstvo nudi najboljše in najbolj učinkovite metode pomoči.« Sem spada zgodnje zdravljenje - kako prepoznati zgodnje znake in simptome in sprejeti ustrezen ukrep, saj je prvih nekaj let po začetku hude duševne motnje najbolj pomembnih za dolgoročni izid. Prisotnost zgodnje intervencije je tudi kazalnik dostopnosti - "uporabniki, dobijo oskrbo / storitve, na pravem mestu in ob pravem času, ki temelji na potrebi«. (Teritorialna svetovalna mreža za Duševno zdravje Kanade, 2001).
- (v) Dostopnost je očitno večdimenzionalna domena in pove, v kolikšni meri sistem obravnava pravično vse vrste uporabnikov (Arah in sodelavci, 2005).
- (i) Varnost pacientov: "dimenzija, kjer je sistem opravlja storitve in dosega rezultate na načine, ki preprečujejo škoda za uporabnika, izvajalca ali okolje« (Arah in sodelavci, 2005).

Žal je le redke indikatorje mogoče meriti rutinsko, z uporabo registrov na regionalni ali nacionalni ravni. Mnoge odlične indikatorje je mogoče ocenjevati s presečnimi raziskavami v vzorcu populacije.

Z zaporednimi presečnimi in prospektivnimi študijami lahko spremljamo duševno zdravje populacije in spremembe ob uvedbi novih programov. Med kazalniki, ki prikažejo stanje v duševnega zdravja v populaciji ali ciljnih skupinah, so:

Specifična umrljivost

Samomorilni količnik

Samomorilni poskusi skozi celotno življenjsko dobo

Smrti zaradi neznanega vzroka

Smrtnost, povezana z zlorabo drog

Smrtnost, povezana z zlorabo alkohola

Pogostost posameznih duševnih motenj v populaciji

Socialna fobija (motnja, ki izpolnjuje kriterije za socialno fobijo v zadnjih 12 mesecih)

Depresivna motnja (epizoda depresije, ki traja vsaj 2 tedna v zadnjih 12 mesecih)

Generalizirana anksiozna motnja (motnja, ki izpolnjuje kriterije za diagnozo, to je najmanj 6 mesecev)

Število epizod duševnih motenj pri hospitaliziranih bolnikih

Ovisnost od psihoaktivnih snovi

Dejavniki tveganja in varovalni dejavniki

Negativni stres

Negativni življenjski dogodki

Psihično blagostanje: energija, vitalnost (indeks življenjske energije in vitalnosti)

Psihično blagostanje: zadovoljstvo (Bi v splošnem rekli, da ste zelo srečni, dokaj srečni, ne preveč srečni ali sploh ne srečni?)

Občutek obvladovanja

Socialna podpora

Socialna izolacija

Specifične aktivnosti promocije in preventive

Aktivnosti preprečevanja samomorilnosti (% ljudi s poskusom samomora, ki so s strani urgentne pomoči napoteni k psihiatru)

Šola za starše (% prvorodnic, ki se udeležijo šola za starše)

Kapacitete in število posameznih strokovnjakov

Število postelj v psihiatričnih bolnišnicah

Število psihiatrov (skupaj specializanti psihiatrije, otroške in mladostniške psihiatrije)

Uporaba storitev za duševne zdravje

Samoporočanje o uporabi duševno zdravstvenih storitev (pozitiven odgovor na vprašanje: Ali ste iskali kakršnokoli profesionalno/ali zdravniško pomoč zaradi težav z duševnim zdravjem v zadnjih 12ih mesecih?)

Uporaba ambulantnih storitev (število bolnikov, zdravljenih v psihiatričnih ambulantah)

Število bolnikov z dolgotrajno hospitalizacijo (število bolnikov z duševnimi motnjami, ki so ob koncu koledarskega leta v bolnišnici preživeli 365 dni ali več)

Zdravila za duševne motnje

Uporaba antidepresivov

Uporaba antipsihotikov

Uporaba anksiolitikov

Uporaba uspaval

Stroški za duševne motnje:

Delež invalidskih pokojnin zaradi duševnih motenj (število ljudi, starih od 16 do 64 let, ki prejemajo invalidsko pokojnino zaradi duševnih motenj, v primerjavi z vsemi izplačanimi invalidskimi pokojninami na leto)

Bolniški stalež zaradi duševnih motenj (število ljudi, starih od 16 do 64 let, ki imajo bolniški stalež zaradi duševnih motenj, v primerjavi z vsemi bolniškimi staleži na leto)

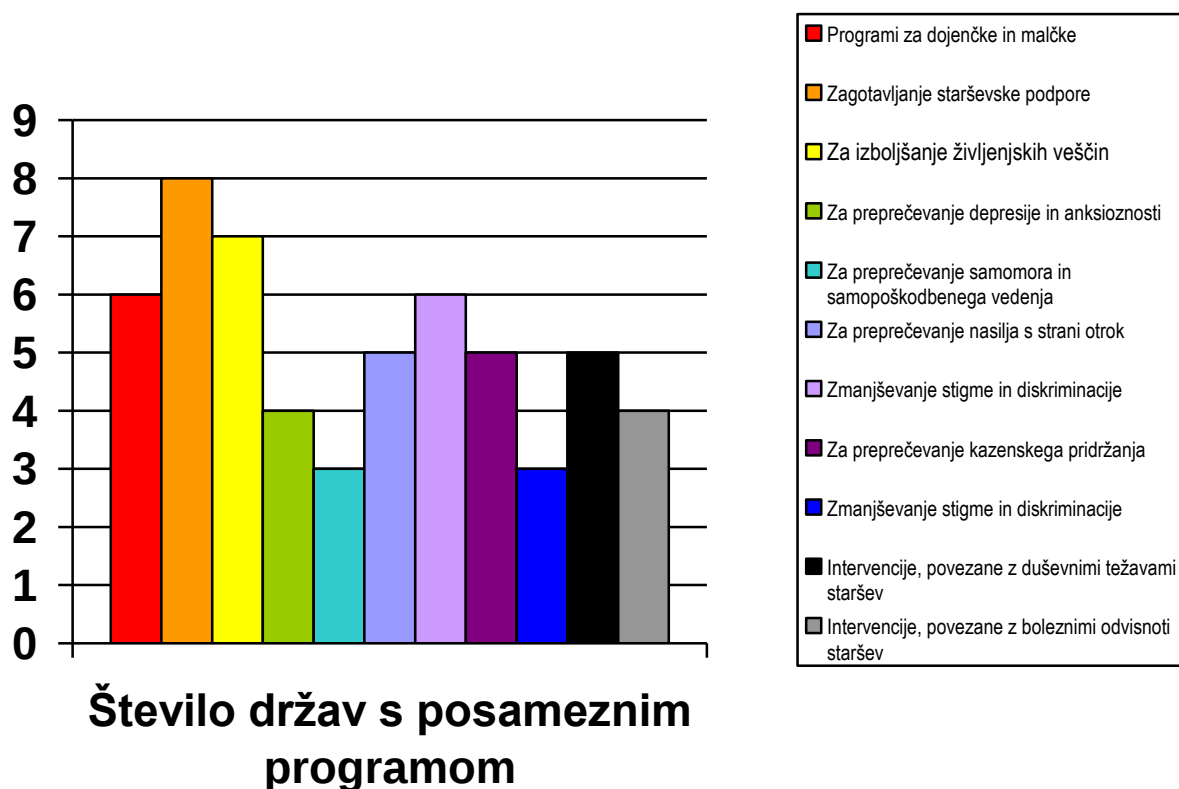
Skupen nacionalen izdatek za psihiatrične storitve (skupen izdatek za specializirane psihiatrične storitve na leto glede na celotno populacijo)

1.3 Skrb za duševno zdravje otrok in mladostnikov na prikazu primerov dobrih praks v tujini (povzeto po Braddick, Carral, Jenkins in Jane-Llopis, 2009)

CAMHEE (Braddick, Carral, Jenkins in Jane-Llopis, 2009) predstavlja najbolj obsežen in popoln posnetek stanja služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov v Evropi. Vključene so bile Belgija, Bolgarija, Estonija, Finska, Nemčija - Heiderberg, Grčija, Madžarska, Latvija, Litvanija, Norveška, Poljska, Romunija, Slovenija, Španija – Katalonija, Združeno Kraljestvo – Anglija.

Avtorji ugotavljajo, da v Evropi v povprečju vsak 5 otrok in mladostnik trpi zaradi razvojnih, čustvenih ali vedenjskih težav, povprečno ima 1/8 klinično diagnosticirano duševno motnjo. Pregled razkriva presenetljivo visoko stopnjo slabega duševnega zdravja med otroci in mladostniki. Povsem jasno in nujno je razviti ustrezno/učinkovito politiko in prakso, poudarja se proaktivna izmenjava informacij med evropskimi državami. Zanimivo je tudi število in obseg programov, ki so dostopni v posamezni državi (Slika 1.1).

Slika 1.1: Število držav s proračunom in implementirano politiko na različnih področjih (povzeto po Braddick, Carral, Jenkins in Jane-Llopis, 2009)



V nadaljevanju iz CAMHEE (Braddick, Carral, Jenkins in Jane-Llopis, 2009) povzemamo nekaj dejstev o raziskavah, ki so opravljene o duševnem zdravju otrok in mladostnikov in predstavljamo primer dveh držav, ki imata dobro razvite službe za varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov.

1.3.1 Raziskave

Raziskave nam pomagajo oceniti, če so programi/tretmaji, skrbstveni sistemi, progami ali politika, učinkoviti. Raziskave o otrocih in mladostnikih so bolj zahtevne in vredne izziva kot raziskave o odraslih. Raziskave o otrocih so manj pogoste, vendar so ključnega pomena za učinkovito politiko in prakso. Za tovrstne raziskave obstajajo različne metodologije, vsaka ima svoje močne strani in šibkosti.

Predstavljamo nekaj primerov dobrih raziskav glede duševnega zdravja otrok in mladostnikov, ki se v izvajajo v nekaterih državah, vključenih v CAMHEE:

- Finska: Učinkoviti otroški in družinski programi za družine, kjer imajo starši težave v duševnem zdravju;
- OPCS/ONS raziskave o psihiatrični obolevnosti s ciljem zagotoviti natančne podatke o prevalenci duševnih težav v Veliki Britaniji, kot tudi pridruženi socialni prikrajšanosti ljudi z duševnimi težavami in uporabi storitev/služb.
- »Študija Mannheim« o rizičnih otrokih (MARC) v Nemčiji, ki je sledila kohorto otrok z rizičnimi faktorji za kasnejšo psihopatologijo, rojenimi med 1986-88. Spremljali so jih od rojstva do adolescence, z ocenjevanjem pri njihovi starosti treh mesecev, dveh, štirih, petih, osmih in enajstih let. Raziskava se je osredinila na dejavnike, ki vplivajo na vzrok in potek duševnih motenj med otroštvom z namenom omogočiti možnosti za preprečevanje, zgodnje odkrivanje in zgodnje zdravljenje.
- Namen projekta SAMDATA na Norveškem je bil razviti kazalnike uspešnosti, ki lahko spremljajo razvoj in delovanje storitev v skladu s centralnimi smernicami vladne politike.
- Evalvacija programa »Neverjetne alternative« na Poljskem, prilagojenega poljski državi in njeni kulturi, zbiranje kvalitativnih poleg kvantitativnih podatkov.

1.3.2 Prikaz mreže služb v Belgiji in Norveškem

Za podrobnejši prikaz mreže duševnega zdravja v Belgiji in na Norveškem smo se odločili, ker smo ocenili, da je njihova mreža služb zelo nazoren primer dobre prakse.

a.) BELGIJA

Belgija je edinstvena zvezna država z zvezno vlado, tremi regijami in tremi skupnostmi, vsaka od njih ima svojo avtonomno vlado in parlament – Flanders, Wallonia, Brussels Capital. Belgija ima 10 milijonov prebivalcev, ki jo tvorijo 3 različno govoreče skupnosti: Flamci (5,8 milijonov), Francozi (4 milijoni) in Nemci (800.000).

Na osnovi raziskave Znanstvenega inštituta za varovanje zdravja iz leta 2004, je prevalenca duševnih motenj mladostniki in mladimi odraslimi (15 do 24 let) v Belgiji sledeča: anksiozne motnje (vsi 5,5%, moški 4,0%, ženske 7,0%); motnje spanja (vsi 15,0%, moški 11,0%, ženske 18,0%), depresivna motnja (vsi 4,8%, moški 4,0%, ženske 6,0%).

Glede na učne sposobnosti in zmožnosti, v Belgiji klasificirajo otroke v štiri kategorije oziroma skupine:

- Skupina 1: otroci brez težav
- Skupina 2: težave se večinoma pojavljajo v šolskem prostoru – specifične učne težave, in/ali bažja motnja v duševnem razvoju.
- Skupina 3: težave v šoli in v kontekstu vsakdanjega življenja (z intelektualnimi, telesnimi ali senzornimi oviranostmi)

- Skupina 4: funkcionalne motnje vedenja in / ali motnje avtističnega spektra

Nedavna študija je pokazala zanimive epidemiološke rezultate: v osnovni šoli (6 – 12 let) 15,9% otrok potrebuje nekatere oblike učnih prilagoditev (skupina 2 in višje). Še več, odkrili so 4,8% otrok v skupini 2, 3 in 4, ki delujejo v 1. skupini. To pomeni, da ima v Belgiji približno 20,7% otrok v osnovni šoli različne posebne potrebe. 12,5 otrok ima blago intelektualno oviranost in/ali učne težave (skupina 2), 3,3% ima diagnosticirano vedenjsko motnjo ali motnjo avtističnega spektra (skupina 4).

V srednji šoli (12 – 18 let) 11,0% otrok potrebuje višjo stopnjo prilagoditev (od skupine 2 - 4). Prav tako so odkrili 4,9% otrok, ki delujejo v 1. skupini. To pomeni, da je v srednji šoli približno 15,9% otrok z različnimi posebnimi potrebami. Od vseh srednješolskih otrok jih ima 8,9% blago motnjo v duševnem razvoju in/ali učne težave (skupina 2), 3,4% ima diagnosticirano vedenjsko motnjo ali motnjo avtističnega spektra (skupina 4).

Področje duševnega zdravja je deloma v pristojnosti zvezne vlade in deloma skupnosti, z nekaj regionalnimi izjemami, zato so med njimi lahko določene razlike v zakonodaji in politiki. Glavno odgovornost za varstvo otrok nosijo skupnosti – v Flandriji 2/3 staršev z otroki, starimi od treh mesecev do 2,5 leta, redno uporablja varstvo. Flamska vladna agencija deluje pod neposrednim vodstvom flamskega ministra za socialno varstvo, zdravje in družino in deluje v tesnem sodelovanju s flamskim ministrstvom za izobraževanje. Njena glavna naloga je implementirati vladno politiko za majhne otroke in njihove družine, še posebej na področju preventive, storitev otroškega varstva, podpore družini, raznolikosti in otrokovim pravicam.

Leta 1999 je flamska vlada implementirala »Projekt preprečevanja samomora na Centrih duševnega zdravja«. V tem projektu je preprečevanje samomora predstavljeno *družbena odgovornost*, ki vključuje vse vladne sektorje in je prav tako naloga vseh socialnih služb. Zato so Centri za duševno zdravje usmerjeni v vmesne ciljne skupine kot so zdravniki, bolnišnice, službe skrbi za mlade, policija, družine in mediji.

Leta 2002 je flamska vlada organizirala zdravstveno konferenco »Preprečevanje depresije in samomora, 10 preventivnih strategij.« Leta 2006 so bile strategije uvedene v *Flamski Akcijski načrt: Preventiva pri depresiji in samomoru 2006 – 2010*. Načrt vključuje 5 strategij za vse starosti:

- Promocija duševnega zdravja;
- Promocija za olajšan dostop pomoči na domu (uporaba modernih tehnologij)
- Razvoj dodatnega znanja strokovnjakov in oblikovanje mreže za boljšo kontinuiteto skrbi
- Nevtralizacija/protiukrepi provokacije samomora
- Delo s specifičnimi ciljnimi skupinami (kot podpora preživelim osebam).

Predvideli so tudi sestavne dele akcijskega načrta, kot so:

- Telefonska pomoč - linija za priklic splošnega zdravnika
- priporočila za medije
- psihosocialna ocena in razbremenitev v splošnih bolnišnicah za osebe, ki so poskušale samomor
- preprečevanje ponovnega poskusa samomora v sodelovanju s splošnimi zdravniki
- podpora sorodnikom
- intenzivnejše nadaljnje ukrepanje/spremljanje s strani centrov za varstvo duševnega zdravja

Belgijska francoska skupnost je sprejela podobne pobude.

Globalni načrt skrbi za mlade je leta 2006 razvilo flamsko Ministrstvo za socialne zadeve, javno zdravje in družino. Poudarek daje tako preventivi kot zdravljenju. Načrt sestoji na šestih temeljnih političnih

odločitvah in vsebuje 37 ciljev, ki so bili jasno izoblikovani in vključeni v proračun. Temelji na devetih delovnih načelih, s katerimi je ministrstvo želelo usmeriti trenutne in bodoče ukrepe skrbi za mlade v flamski skupnosti.

Šest političnih odločitev je:

- razvijati trenutne in prihodnje programe pomoči
- povečati fleksibilnost programov
- diferenciacija in širitve programov za podporo staršem pri vzgoji otrok in programov, ki zagotavljajo pomoč v težavnih vzgojnih situacijah
- razširitev pomoči in podpore mladim, ki storijo kaznivo dejanje, v povezavi s spremembami zakonodaje
- pridobivati vpogled v procese iskanja pomoči, napotitev in odpustov, z namenom ustrežnejšega upravljanja teh procesov
- znanstveno raziskovanje z namenom usmerjanja skrbi za mlade v bolj z dokazi podprte ukrepe

V nadaljevanju navajamo dostopnost programov za promocijo duševnega zdravja in preprečevanje duševnih motenj:

- »Fit v svoji glavi – dobro v svoji koži« Leta 2006 so izvedli kampanijo, poimenovano tudi z drugimi besedami »Imej svež um in se počuti dobro v svojem telesu«. Kampanijo je sprožila flamska vlada in je bila implementirana s strani Flamske Agencije za nego in zdravje. Podane so informacije o desetih korakih, ki pomagajo ljudem k izboljšanju njihovega duševnega zdravja, skupaj s praktičnim priročnikom, osebnimi zgodbami, obrazci za brezplačne materiale in povezave za strokovno pomoč.
- Centri za usmerjanje učencev. Vsaka šola **mora** sodelovati s *Centrom za usmerjanje učencev*. Ti centri posedujejo potrebno znanje in izkušnje za svetovanje šolam, učencem in njihovim staršem, da jim pomagajo in jih po potrebi napotijo v profesionalne programe pomoči.
- »Klasse, revija za šolsko izobraževanje.« Je izobraževalna revija za različne ciljne skupine, kot so učitelji, učenci (osnovna in srednja šola) ter starši. Klasse dosže svoje ciljne skupine preko različnih kanalov (revije, digitalne novice, e-TV, spletna stran). Mesečnik Klasse redno izide s specialno prilogo »V prvi vrsti«, v kateri so informacije o določenih temah kot so ustrahovanje, nasilje, samopoškodovanje, motnje hranjenja, internetno ustrahovanje, depresija, duševno zdravje, združene na zelo funkcionalen način.
- »Mladi za mlade«. Sistem »JoJo« rekrutira prikrajšane in socialno izolirane mlade z namenom izboljšanja odnosov z učitelji, učenci in družinami. Trudi se zmanjševati nezaposlenost mladih med nekaterimi ranljivimi skupinami kot tudi izboljšati šolsko klimo.
- Politika enakih možnosti. Na nacionalni ravni obstaja *Nacionalni akcijski načrt za socialno vključenost*. Zvezna vlada kot nujo vodi široko zastavljeno politiko zoper vse oblike diskriminacije (predvsem rasno), zlasti se tudi usmerja na polje dela in zaposlovanja.
- »Kako drugačen je drugačen?« Obstajata tudi dva programa, ki združujeta mladostnike in ljudi z duševnimi boleznimi – eden v flamski skupnosti in eden v francoski skupnosti.
- »Šola na turneji«. Preventivni programi za mladoletniško nasilje, ki vključujejo učence, starše, učitelje, zdravstvene in socialne delavce, policijo, soseščino, različne organe... zlasti v šolah, ki so v socialno prikrajšanem okolju. GOI – eden od teh glavnih izobraževalnih omrežij v Flandriji, se je razširil na več kot 28 šolskih skupin z več kot 32 000 osebja in 300 000 učencev, dnevno izdaja spletni časopis, ki pokriva informacije s področja duševnega zdravja otrok in mladostnikov, pobude in treninge.
- *Treningi za starše*. Krovne organizacije odborov staršev so osnovni ponudniki informacij, nasvetov in treningov za starše za osnovnošolskimi otroki.
 - »Klasse voor Ouders« je redno izobraževanje, ki ga je objavilo Ministrstvo za izobraževanje. Vsak starš se ga lahko udeleži brezplačno ves čas otrokovega šolanja. Raziskuje in proučuje različne teme, ki se tičejo vzgoje in starševstva.

- »Starševski informacijski centri« so del *Globalnega načrta za dobrobit mladine* v Flandriji. Ti centri dajejo staršem brezplačne nasvete glede starševskih veščin. Prav tako ponujajo informacijske brošure.
- »Usposabljanje v šoli za starše«. Ponujajo kratke tečaje za male skupine (približno 12 udeležencev), vodene s strani profesionalnih svetovalcev.
- »Centri za celostno oskrbo na domu«. Intervenirajo kadar se v družini pojavijo krizne situacije, dostopne so vsem družinam in ponujajo podporo in vodenje/usmerjanje do največ 9 mesecev, na ali izven doma.
- »Centri za nego in varstvo otrok ter podporo družini«. Centri so usmerjeni na vse starše, ki imajo težave z vzgojo majhnih otrok do 12. leta; ki nimajo dovolj časa na voljo, da vzgajajo svoje otroke (npr. ločitev). Ponujajo različne oblike pomoči – vodenje in usmerjanje na domu; kot tudi začasne kratkotrajne dnevne oskrbe izven doma – za en dan ali več, čez noč ipd...
- »SIMILES«. Otroci staršev, ki imajo duševne motnje, imajo 50% povečano tveganje za težave v duševnem zdravju v kasnejšem življenju. Belgijsko združenje SIMILES (za družine, ki se soočajo z duševnimi težavami), je izdalo serijo knjig in brošur z namenom preprečevanja motenj, povezanih z duševnimi težavami staršev.

Navajamo tudi službe/storitve, ki so pomembne za varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov:

- Službe za varstvo otrok. Leta 1991 so skupnosti temeljito reformirale varstvo otrok. Ključni element te preureditve je načelo subsidiarnosti, kar pomeni, da je prednost in poudarek vedno na tistih intervencah, ki najbolj adekvatno odgovorijo na potrebe družine, ki so najbolj dostopne in ki najmanj omejujejo njihovo svobodo. Službe za varstvo otrok sestavljata dve organizaciji, fokusirani na prostovoljno pomoč – *Posebna nega in varstvo otrok ter Zaupni centri proti zlorabi in zanemarjanju otrok*. Med seboj delujejo neodvisno. Skupnosti ustanovijo neprofitne organizacije s sredstvi državne podpore in ponudijo različne storitve v najboljšo korist za otroke in starše. Te službe vključujejo medicinske sestre, varuške, izobraževalne delavnice, podporo pri vzgoji, svetovanje, dnevne centre, družinske centre, evalvacijske centre, centre za zdravljenje. Večina teh storitev je brezplačnih.
- Centri za splošno dobro počutje: Svetovalni centri za mladostnike, Flandrijska in bruseljska regija vsebujeta 27 centrov za splošno dobro počutje. Nudijo nizkopražne vrste pomoči za spodbujanje dobrega počutja, vsak občan se lahko z raznovrstnimi vprašanji obrne na njih. Posebej za mlade ima vsak tovrstni center *svetovalni center za mlade*. Nekateri centri imajo posebno pozornost namenjeno migrantom in beguncem. Žrtve kaznivih dejanj (mladi in odrasli) lahko gredo po pomoč v *Centre za pomoč žrtvam* v vsakem sodnem okrožju. V vsakem zaporu je dostopna pomoč dobrobiti. Na lokalni ravni je ponekod organizirana 24 urna pomoč.
- Posebne/specialne storitve/službe otroškega varstva. V teh službah se ukvarjajo z mladimi in družinami s težavami na psihosocialnem področju. Ponudba obsega številne brezplačne storitve, kot so svetovanje, dnevno in nočno varstvo, posvetovanje o duševnem zdravju itd...Svoje storitve evalvirajo z namenom prilagoditve svojega delovanja. Če starši odklonijo prostovoljno pomoč in pristojna služba/center ugotovi, da je situacija za otroka škodljiva, je nadaljnji potek dogodkov odvisen od specifične regije v Belgiji. V francosko govoreči regiji je lahko primer odstopljen tožilcu za mladoletnike. V Flandriji so nagnjeni k mediaciji. V ta namen imajo ustanovljene komisije za mediacijo z namenom doseganja dogovorov med starši in otroci in drugimi skrbniki. Komisija je zelo fleksibilna, običajni so večerni skupni sestanki. Ponujajo tudi psihoterapijo. V kolikor dogovora ni možno doseči, komisija dosje pošlje sodniku za mladoletnike.
- Ogroženi mladi. YAR je na flamski skupnosti temelječ projekt, vezan na Globalni načrt skrbi za mlade. Ponuja specialno pomoč za mlade v težavnih vzgojnih situacijah. Osnovno za projekt je visoka motiviranost vključenih mladih in številčnost treniranega osebja-prostovoljcev.
- LE TAMARIS. Je nastanitveni center v Bruslju, specializiran za adolescente z resnimi vedenjskimi motnjami, s ciljem družinske in socialne reintegracije mladih. Sprejmejo največ 15 adolescentov (11 – 18 let), fantov in deklet, ki so v center napoteni s strani **sodnika za otroke** ali pravne pomoči. Ekipa vsebuje pomembno izobraženo osebje. Zaradi pomembnega vpliva okolja na življenje mladih, je sodelovanje z drugimi pomembnimi akterji ključno za rehabilitacijo. Programski okvir je zato zelo sistemsko naravnan.
- EXIL je specializiran Center duševnega zdravja v Bruslju, ki skrbi za hudo travmatizirane in pogosto mučene politične begunce iz celega sveta. V njihovem timu delujejo zdravniki, psihologi, terapevti in prostovoljci ki tvorijo multikulturen in interdisciplinarni sistem.

- Službe za otroke brez spremstva. Otroci brez spremstva predstavljajo pomembno rizično skupino. 24. decembra 2002 so v Belgiji sprejeli zakon, ki ureja sistem skrbništva in omogoča imenovanje skrbnika za vsakega otroka brez spremstva na območju Belgije. V Belgiji že vrsto let delujejo sprejemni centri, ki so specializirani za sprejem žrtev trgovine z ljudmi. Od leta 2000 v Belgiji delujeta 2 centra za sprejem mladih, ki so žrtev trgovine z ljudmi in mladih brez spremstva. Regionalne vlade namenjajo več resursov uličnemu socialnemu delu kot pomembnemu instrumentu za odkrivanje in varstvo mladih tujih prostitutk.

Ministrstvo za izobraževanje in usposabljanje v skupnosti nadzoruje in priznava veliko število izobraževalnih in programov usposabljanja, kjer so vključeni zdravniki, medicinske sestre, socialni delavci in drugi profesionalni kadri.

- Specializirana usposabljanja: Zvezni Minister za zdravje nadzira specializacije in specializirana usposabljanja za zdravnike in medicinske sestre, kot tudi veliko število podiplomskih usposabljanj.
- Usposabljanje učiteljev: V Belgiji so izvedli reformo usposabljanja učiteljev z namenom krepitev njihovih praktičnih izkušenj v teku usposabljanja. Programi za usposabljanje učiteljev se izvajajo na področju celotne države. Preko pripravništva in rednih stikov z osebnim mentorjem so se učitelji učili, kako ravnati s skupino učencev in kako ravnati z učenčevimi (internaliziranimi ali eksternaliziranimi) vedenjskimi težavami. Šole so financirane tako, da zagotovijo vsakemu učitelju-začetniku mentorja, ki ga vpelje v šolsko kulturo in deluje kot kontaktna točka v primeru težav. Z namenom izboljšanja kvalitete dela v šolah, se je večina institucij odločila za strukturno in profesionalno sodelovanje. Dva primera takšne organiziranosti sta:
 - *Center za izobraževanje virov za družbene ukrepe*. Center ponuja informacije in seminarje, s posebnim in neposrednim pomenom za socialne delavce in učitelje, ki so soočeni z nasiljem v šoli.
 - *Prostovoljno združenje Brez nasilja v šoli*. Organizira pedagoške informacijske datoteke za šole, psihološko oporo za žrtve, srečanja kjer otroci, adolescenti, starši in otroci diskutirajo o problemih, povezanih z nasiljem.
- Prav tako so medijem dana priporočila za objavljane prispevkov s področja duševnih težav, posebno glede samomorov in ekstremnega nasilja. Cilj je informirati medije, kako objavljati te teme s poudarkom na preventivnih možnostih in brez krepitev možnosti posnemanja.

b.) NORVEŠKA

Na Norveškem so v *Beli knjigi*, izdani leta 1997, predlagali pomembne usmeritve za duševno zdravje v zvezi z organizacijo in vsebino služb/storitev in skrbi za duševno zdravje. Bela knjiga je bila povod za 10 letni *Nacionalni program širitve duševnega zdravja* s številnimi strategijami in ukrepi na nacionalni, regionalni in lokalni ravni. Skupni cilj programa, ki se je končal leta 2008, je bil izoblikovati ustrezne, usklajene, dobro delujoče in uporabniku prijazne storitve na vseh ravneh za ljudi ki trpijo zaradi duševnih motenj. Paralelno z Nacionalnim programom je Strateški načrt za obdobje 2003 – 2008 predstavil, kakšni so Vladni načrti za jačanje in razvijanje strategij za izboljšanje duševnega zdravja med otroci in mladostniki s 100 različnimi ukrepi, ki se izvajajo na različnih ravneh služb, šol, prostovoljnih organizacij ali so usmerjeni k staršem. Strateški načrt je odraz namere celotne politike za skupno strategijo pri krepitvi duševnega zdravja pri otrocih in mladostnikih – program je razvilo Ministrstvo za zdravje in Direktorat za zdravje s številnimi drugimi ministrstvi. Strateški načrt odseva usmeritev v promocijo in preventivo ter poudarja krepitev otrokovih lastnih virov ter sposobnosti za spopadanje z izzivi v življenju. Poudarek je na pomembnosti lokalne skupnosti, prav tako pa opozarjajo tudi na posebne izzive za vse službe, ki se ukvarjajo z otroki in mladostniki, ki že imajo težave ali motnje v duševnem zdravju.

Podatki o prevalenci duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih na Norveškem so dostopni na ravni regij. Najpogostejši razlogi za napotitev otroka in mladostnika k otroškemu specialistu za duševno zdravje na Norveškem so:

- Hiperaktivnost in težave s koncentracijo (22%);
- Vedenjske težave (19%)

- Žalost, depresija (17%)
- Anksioznost / fobije (8%).

V obdobju od leta 1998 do leta 2007 beležijo največji porast hiperaktivne motnje s težavami v koncentraciji (12 – 22%). Med predšolskimi otroci (0 – 6 let) so bile v letih anketiranja (1998, 2002 in 2007) najpogostejše težave za napotitev k specialistu *vedenjske težave* (Razpredelnica 1.3).

Razpredelnica 1.3. Prevalenca različnih duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih na Norveškem

MOTNJA	Pojavnost %	Starost v letih	Referenčna doba	Instrument	Zbiranje podatkov
Anksiozna motnja	3,8	7 - 9	mesec	DAWBA	2003
Depresija (od zmerne do hude)	0,2 2,6/61	7-9 14-16	mesec sedanjost	DAWBA KiddieSADS	2003 1999/2000
Motnja pozornosti/hiperaktivna motnja (ADHD)	1,7	7 - 9	mesec	DAWBA	2003
Vedenjske motnje (izživijo svoje občutke ali impulze na destruktivne načine)	Vedenjska motnja 0,5 drugo moteče vedenje 0,3 opozicionalna motnja 2,5	7 - 9	mesec	DAWBA	2003
Motnje hranjenja	Anoreksija 0,1	7 - 9	mesec	DAWBA	2003
Avtizem in pervazivne razvojne motnje	0,5	7 - 9	mesec	DAWBA	2003

Nacionalni program širitve duševnega zdravja vsebuje 7 glavnih ciljev, ki vključujejo promocijo in preventivo:

- *Opolnomočenje klientov.*
- *Povečati ozaveščanje javnosti o težavah v duševnem zdravju preko izobraževalnih programov.*
- *Krepitev preventivnih dejavnosti, ki temeljijo na skupnosti in storitve / službe za zgodnje interveniranje.*
- *Razširiti specialistične službe za duševno zdravje otrok, mladostnikov in odraslih.*
- *Izboljšanje duševnega zdravja na področju delovne sile.*
- *Izboljšati dostopnost za nastanitev in namestitve za uporabnike služb za duševno zdravje.*
- *Vzpodbujanje izobraževanja in raziskovanja.*

Za izvajanje/implementacijo omenjene politike, je ministrstvo ustanovilo posvetovalno skupino, prav tako so uvedli nov sistem evalvacije storitev/služb duševnega zdravja. Podoben sistem evalvacije se načrtuje za evalviranje služb na področju duševnega zdravja v skupnostih.

Eden od najboljšežnejših programov je »*Duševno zdravje v šoli*«. Program je na nacionalni ravni zasnovan z namenom preprečitve razvoja vedenjskih in čustvenih težav v adolescenci. Program se je začel izvajati leta 2002, financira ga Norveški Direktorat za zdravje in socialne zadeve v sodelovanju z norveškim Direktoratom za izobraževanje in usposabljanje. Osnovni cilj programa je osebju in učencem zagotoviti osnovno poznavanje:

- *področij, ki se tičejo duševnega zdravja;*
- *kako se spoprijeti z življenjem;*
- *kam iti po pomoč in podporo;*
- *kako lahko prispevajo k podpori drugim;*
- *kako biti dober prijatelj.*

Drugi najboljšežnejši program je Preprečevanje motenj pri otrocih, katerih starši imajo duševne motnje in težave z uživanjem alkohola/drog. Že od devetdesetih let dalje je bilo na Norveškem več pobud s strani

bolnišnic in občinskih služb, usmerjenih na otroke/mladostnike s starši, ki imajo duševne motnje in težave z uživanjem alkohola/drog. Z namenom zagotovitve dolgotrajne pomoči tej skupini otrok, se je vlada leta 2007 odločila za večletni akcijski načrt z namenom identifikacije teh otrok, njihovo spremljanje in nadaljnje ukrepanje. V letu 2007 je načrtu namenila 1,7 milijona evrov, leta 2008 pa 2,27 milijona evrov. Namen je zagotoviti zgodnje ukrepanje, daljnoročno spremljanje, boljše informacije za otroke in mladostnike, ojačati vodenje/svetovanje in kompetence v službah, povečati raziskovalno dejavnost, deliti izkušnje in stimulirati prostovoljne organizacije za ukrepanje na področju duševnega zdravja.

V Norveškem parlamentu je Ministrstvo za otroke in enakopravnost predstavilo *Poročilo št. 40 (» O zaščiti otrok in mladostnikov«, 2001 – 2002)*, ki vključuje 70 ukrepov:

- *zgodnje in ustrezne intervence so pomembne za preprečitev težavnega vedenja;*
- *več preventivnih programov za otroke in mladostnike, s poudarkom na vključitvi staršev in lokalnega okolja pri reševanju težav;*
- *»najboljše za otoka« je temeljno pravilo.*

Za varstvo in zaščito otroka, kot tudi njegove okolice, skrb za otroka v imenu družbe prevzame služba socialnega skrbstva – za krajše ali daljše časovno obdobje, kolikor dolgo je potrebno. Ukrepi izven doma so enako pomemben del modernega sistema skrbi in zaščite otroka.

Specialistične službe za duševno zdravje otrok in mladostnikov v 95% obravnavajo otroke in mladostnike ambulantno. Po navadi so te enote priključene splošnim bolnišnicam. Leta 2007 je bilo na Norveškem za bolnišnično zdravljenje na voljo 334 postelj, kar pomeni 3 postelje na 10.000 prebivalcev (0-17 let).

Dostopnost otrok in mladostnikov do različnih storitev/služb v odstotkih: V 76 do 100% so bili napoteni k pedopsihiatru, k psihologu, na socialne službe/zaščita otrok, družinsko terapijo/svetovanje, v specifične ambulantne storitve za adolescente, skupinsko terapijo, svetovanje v šoli, farmakološko zdravljenje, namestitve na oddelku otroške psihiatrije, posebne storitve za dojenčke/zgodnja obravnava. V 1 do 25 % so bili napoteni v psihološke rehabilitacijske centre za adolescente in namestitve na oddelku splošne psihiatrije. V 76 – 100% so otroci in mladostniki napoteni zaradi resne čustvene motnje; v 51-75% migracijska populacija in begunci s postravmatsko stresno motnjo; v 1-25% manjšine, sirote, žrtve ustrahovanja in trpinčenja, osipniki, nezaposleni in v 0% otroci živeči v revščini in pobegli iz doma.

Na Norveškem ocenjujejo, da so na splošno z dostopnostjo in tretmaji na splošno zadovoljni, težavo pa jim predstavlja dolga čakalna doba za pregled pri specialističnih službah za duševno zdravje. Število otrok, ki so vključeni v specialistične službe za duševno zdravje (terapevti), predstavlja 4,5% celotne populacije otrok in mladostnikov.

Socialne službe (npr. zaščita otrok) so v občinah široko dostopne. Število otrok, vključenih v socialne storitve, je približno 3%.

Farmakološko zdravljenje je dostopno preko splošnih/družinskih zdravnikov. Približno 11000 otrok (1,2%) na Norveškem prejema medikamente.

Na Norveškem imajo 334 postelj na oddelkih za otroško psihiatrijo. Julija 2009 je živel na Norveškem približno 4 milijone prebivalcev. Starostna struktura prebivalstva: 0-14 let: 18,5 %; 15-64 let: 66,2 %; 65+ let: 15,2 %.

Dodelitev sredstev za področje duševnega zdravja otrok in mladostnikov na splošno, kot tudi za njegova posebna področja, je zelo naraslo kot posledica *Nacionalnega načrta*. Načrt vključuje naložbe v znesku 6,3 bilijonov NOK (1 € = 9 NOK). V času pisanja poročila CAMHEE (2008) so imeli Norvežani v državnem proračunu rezerviranih 940 milijonov NOK za zadnje leto Akcijskega načrta.

Dober primer namenjenega denarja za duševno zdravje otrok in mladostnikov je 1875000 € (v državnem proračunu za leto 2008), rezerviranega za preventivne ukrepe, ciljane na otroke in mladostnike z duševno bolnimi ali zasvojenimi starši.

Spremljanje in ocenjevanje ukrepov za promocijo in preventivo na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov na Norveškem je del Nacionalnega načrta. V *Nacionalnem načrtu* poudarjajo, da je potrebno okrepiti specialistične službe za duševno zdravje otrok. Poleg povečanja posteljnih kapacitet, je potrebno povečanje zmogljivosti za svetovanje in podporo drugim zdravstvenim in socialnim službam. Konkretni cilji, ki so del Nacionalnega načrta, so:

- 400 novih strokovnjakov v zunajbolnišničnih ambulantah;
- 50% povečanje produktivnosti v ambulantah;
- Obravnava/zdravljenje 5% otrok in mladostnikov pod 18. letom starosti;
- Več postelj, skupaj 400 z novimi oblikami zdravljenja, beležijo 11% povečanje kapacitet od leta 1998.

Profesionalna usposobljenost osebja v specialističnih službah je v glavnem visoka, 29% osebja ima univerzitetno izobrazbo. 21% je psihologov, ostali so psihiatri in drugi doktorji medicine. 51% jih ima višješolsko izobrazbo.

V času izvajanja Akcijskega načrta, se je število različnih ukrepov obravnav na letni ravni povečalo za 80% - od povprečja 249 na terapevta v letu 1998, na 448 na terapevta v letu 2007. Cilj je bil presežen. Povečanje produktivnosti je vodilo k povečanju storitev in obravnav na posameznega pacienta (47% povečanje), vplivalo pa je tudi na 20% povečanje števila pacientov na enega strokovnjaka. Prav tako je od leta 1998 do 2008 naraslo število strokovnjakov.

Osnovni cilj je zagotoviti več služb, vložiti več truda in prizadevanj, s poudarkom na psiho socialnih službah, kulturnih in prostočasnih dejavnostih, stikih za podporo v zvezi s prostočasnimi dejavnostmi ter znatnemu povečanju osebja:

- 4500 novih zaposlitev (za področje otrok, mladostnikov in odraslih);
- Od tega 184 novih psihologov;
- 800 strokovnjakov v materinskih centrih in otroškem varstvu;
- Zlasti medicinskih sester na področju javnega zdravja z opravljenim podiplomskim študijem s področja duševnega zdravja.

1.4 Sistematični pregled področja skrbi za duševno zdravje otrok in mladostnikov

S pomočjo sistematičnega pregleda obstoječega znanja s področja socialnih, vedenjskih in medicinskih znanosti, odgovarjamo na vprašanje, kakšni so trendi oz. smernice na področju služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov. Mreža služb, ki pokriva skrb za duševno zdravje otrok in mladostnikov na nacionalni ravni, predstavlja temeljni način družbene skrbi za duševno zdravje otrok in mladostnikov. Pomembne elemente skrbi za duševno zdravje otrok in mladostnikov predstavljajo promocija, preventiva, primarna skrb in specializirane službe. Pri teh službah so njihove ključne značilnosti dostopnost, strokovnost, varnost, cenovna učinkovitost in sodobnost njihove organizacije ter delovanja. Za zagotavljanje vseh teh značilnosti je ključno medresorsko povezovanje, predvsem medsektorsko sodelovanje služb zdravstvenega varstva, socialnega varstva in šolstva.

1.4.1 Metoda dela in udeleženci/populacija

V sistematični pregled so vključene študije, ki pokrivajo populacijo otrok in mladostnikov v starosti od rojstva do dopolnjenega 19. leta.

Izbira študij

V iskanje in izbiro študij so bile vključene različne baze podatkov: MEDLINE, ERIC, PsychINFO, Cochrane, ScienceDirect in GoogleScholar. Uporabljeni so bili deskriptorji: *zdravstveno varstvo, duševne motnje, mreža služb, otroci, mladostniki, promocija, preventiva, zdravljenje, rehabilitacija*. Vključene so bile študije v angleškem in slovenskem jeziku. Časovno obdobje je bilo omejeno na zadnjih 11 let (od 2006 do 2016). Pri omejitvah objav so bili upoštevani recenzirani članki, objavljeni v strokovnih revijah. Glede vključenih študij ni bilo posebnih omejitev, pregledane so bile tako kvalitativne kot kvantitativne študije, teoretične in empirične študije. Iskanje in pregled študij je bil izveden med aprilom in novembrom 2016.

Iskalna strategija za elektronske vire podatkov

Vnešeni deskriptorji

health care AND mental disorders AND services AND children OR adolescents AND treatment
OR promotion OR prevention OR rehabilitation OR policy

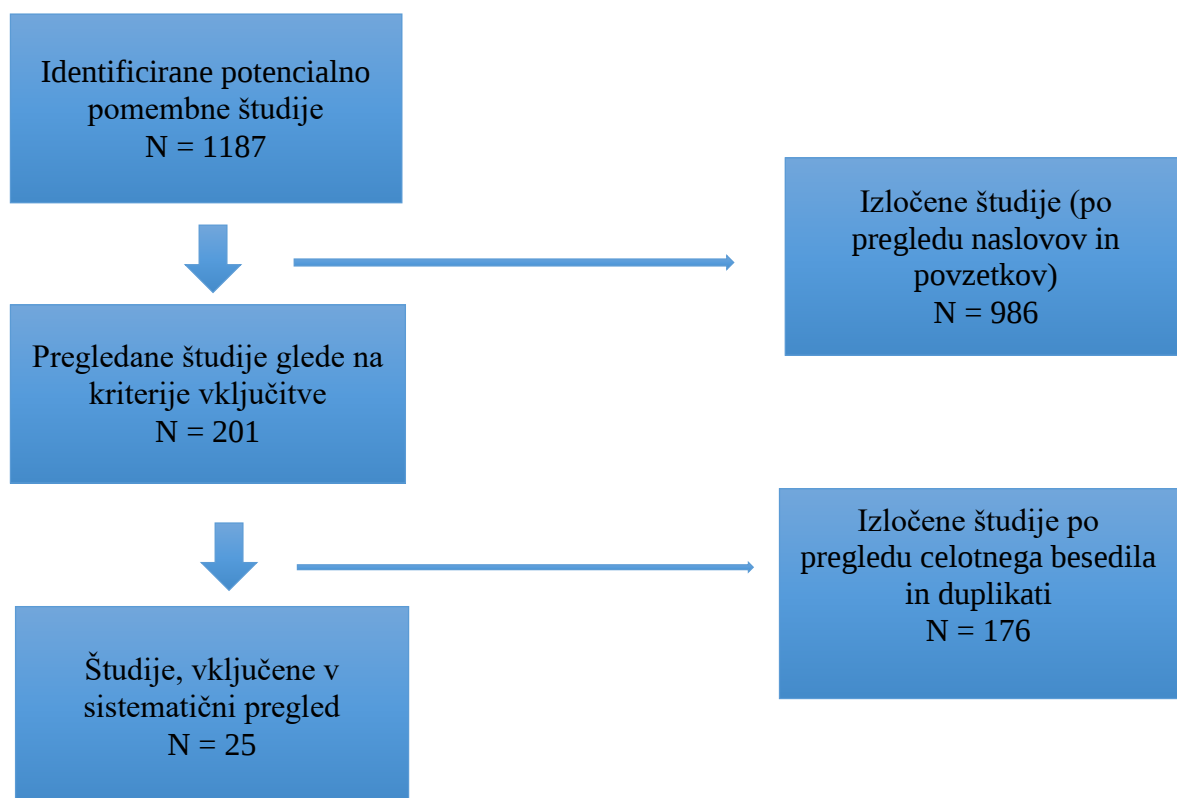
Opomba: health care = zdravstveno varstvo, mental disorders = duševne motnje; services = službe; children = otroci; adolescents = adolescenti; treatment = obravnava, zdravljenje; promotion = promocija; prevention = preventiva; rehabilitation = rehabilitacija; policy = politika; AND = in; OR = ali

Vključujoči in izključujoči kriteriji

Pregledovanje in izbira je bila izvedena s strani ene osebe in preverjena s strani dveh drugih. V prvi fazi so bile baze podatkov pregledane glede na vključujoče oziroma izključujoče kriterije. *Vključujoči kriteriji*: naslovi oziroma povzetki vsebujejo termine zdravstveno varstvo, duševno zdravje, populacijo otrok ali mladostnikov; hkrati se mora v abstraktnih člankih pojavljati eden od terminov promocija, preventiva, službe, zdravljenje, obravnava, rehabilitacija. *Izključujoči kriteriji* so: študije s specifično klinično populacijo (npr. otroci z eno motnjo), študije primerov.

V okviru prve faze so bili najprej pregledani vsi naslovi izbranih enot, izbrana je bila selekcija glede na vključujoče oziroma izključujoče kriterije, v naslednjem koraku so bili pregledani vsi povzetki selekcioniranih enot, izločeni dvojniki in oblikovan končni izbor enot, ki so vključene v sistematični pregled literature. Pri selekciji je bil upoštevan PRISMA protokol. Diagram poteka izbire študij je prikazan na Sliki 1.2.

Slika 1.2 Diagram poteka izbire študij



1.4.2 Rezultati

Iskanje študij je na začetku izbralo 1187 enot, ob prvem pregledu je bilo izločenih 986 enot in pri nadaljni selekciji jih je na koncu ostalo za vključitev v analizo 25. V Razpredelnici 2.16 so študije predstavljene po abecednem redu avtorjev. V nadaljevanju so predstavljene ključne ugotovitve študij in sicer z vidika promocije, preventive, obravnave in zdravljenja, zdravstvenega varstva in služb, dostopnosti in ekonomskega vidika.

Razpredelnica 1.4 Opis izbranih študij

Študija / leto / avtor	Vrsta študije / članka	Opis študije - namen	Ključni elementi	Populacija /ciljna skupina	Država	Rezultati	Zaključki
American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2009)	Poročilo (stališče združenja)		Dostopnost služb za duševno zdravje	Otroci in mladostniki	ZDA	Na primarni ravni je potrebno zagotoviti možnosti za zgodnje prepoznavanje in intervencijo, svetovanje, usmerjanje, koordinacijo storitev in upravljanje kroničnih bolezni. Priporočljiva je skupna lokacija pedopsihiatričnih in drugih služb za varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Večja dostopnost izvenbolnišničnih služb za duševno zdravje zmanjšuje psihiatrične hospitalizacije in hkrati bistveno ne poveča stroškov storitev. Pediatři na primarni ravni bi morali biti bolj vključeni v obravnavo blažjih oz. manj hudih oblik duševnih motenj. Omogočiti jim je potrebno komunikacijo z drugimi specialisti s področja duševnega zdravja in si pri tem pomagati s sodobno tehnologijo (videokonference ipd.).	
Beecham (2014)	Pregledni članek	Identificirati stroške podpore duševnemu zdravju otrok in mladostnikov, ekonomski vpliv duševnih motenj v otroštvu kasneje v odraslosti in stroškovna učinkovitost intervencij.	Ekonomski vidik		VB, ZDA		Prevalenca duševnih motenj v otroštvu in adolescenci narašča. Tako v evropskih državah kot v ZDA se zmanjšujejo državna sredstva, namenjena duševnemu zdravju otrok in mladostnikov. Še vedno malo študij stroškov-koristi na področju duševnih motenj v otroštvu in adolescenci. V prid večjemu vlaganju v zdravljenje duševnih motenj v otroštvu govorijo z njimi povezni visoki stroški v ne-zdravstvu (socialno varstvo, šolstvo, družinski stroški ipd.) in kasnejši skromni dohodki v odraslosti.

Razpredelnica Razpredelnica 1.4 nadaljevanje

Študija / leto / avtor	Vrsta študije / članka	Opis študije - namen	Ključni elementi	Populacija /ciljna skupina	Država	Rezultati	Zaključki
Birleson in Vance (2008)	Teoretični članek	Pregled osnove "mladostniškega modela" in novega načina izvajanja storitev – predlog rešitve glede na visoko stopnjo psihiatričnih motenj v adolescenci.	Model služb za duševno zdravje	Mladostniki	Avstralija		Načrtovanje služb za duševno zdravje mora upoštevati razvojne posebnosti otrok in mladostnikov. Skupini mladostnikov, starih od 12 do 17 in od 18 do 25 let se v svojih potrebah razlikujeta in to je potrebno upoštevati pri nujenju storitev na področju duševnega zdravja. Rešitev za povečane stopnje zlorabe substanc: krepitev družin in starševskih kapacitet; spodbuda varovalnih dejavnikov (psihološke in socialne kompetence) za krepitev odpornosti; spremljanje rizičnih otrok ob vžoljanju in spremembi ravni šolanja; koordinacija med različnimi ravni skrbi/služb. Več skupnostnega izobraževanja o duševnem zdravju in tveganjih zlorabe drog.
Brann, Walter in Coombs (2011)	Analiza stanja	Primerjava organizacij s področja duševnega zdravja otrok in mladostnikov z vidika kazalcev kakovosti.	Standardi, kazalci kakovosti	Otroci in mladostniki	Avstralija	Vključeni kazalci kakovosti: Ponovni sprejem v hospital v 28 dneh po odpustu; usklajenost z nacionalnimi standardi; povprečna ležalna doba na pacienta; povprečen strošek akutne epizode v hospitalu na pacienta; število dni "skupnostne" obravnave v trimesečnem obdobju; stroški "skupnostne" obravnave v trimesečnem obdobju; populacija, ki je deležna oskrbe (delež); možnost lokalnega dostopa do hospitalne oskrbe; indeks novih pacientov; zavedanje dostopnih virov; "skupnostna" oskrba pred sprejemom v hospital; "skupnostna" oskrba po odpustu iz hospitala; implementacija merjenja učinkov/ kakovosti; čakalna doba; razpored delovnega časa strokovnjaka (koliko pacientov na dan, urejanje dokumentacije...)	Kazalci kakovosti ponujajo orodje za primerjavo med organizacijami in analizo dela. Ugotovljene velike razlike med posameznimi organizacijami – potrebna bolj poglobljena analiza razlik, ki služi potem kot temelj za izboljšanje. Nujno sodelovanje vodstva, strokovnega osebja in nujne povratne informacije udeleženi o ugotovitvah. Kazalci kakovosti nujni za strokovnjake, vodstvo in oblikovanje politike.

Razpredelnica Razpredelnica 1.4 nadaljevanje

Študija / leto / avtor	Vrsta študije / članka	Opis študije - namen	Ključni elementi	Populacija /ciljna skupina	Država	Rezultati	Zaključki
Clark, Johnson, Kekus, Newman, Patel in Robinson (2014)	Eksperimentalna študija – izvorni znanstveni članek	Mladostniki z blagimi do zmernimi težavami v duševnem zdravju so pogosto neprepoznani in težko dostopajo do ustreznih podpornih služb.	Intervencija, učinkovitost, medsektorsko sodelovanje	Mladostniki 10 do 24 let; N = 581	Nova Zelandija	Pomembno izboljšanje v psihološkem funkcioniranju po udeležbi v preventivnem programu.	Preprost pristop, ki vključuje obstoječe vire in znanje primarne ravni in skupnostnih služb v sodelovalnem multidisciplinarnem timu, skupaj z viri financiranja, ki omogočajo brezplačno svetovanje in koordinacijo, prispeva k zmanjšanju stroškov in zmanjšanju simptomatike.
Clarke, Kuosmanen in Barry (2015)	Sistematični pregledni članek	Sinteza dokazov učinkovitosti spletnih intervencij za promocijo in preventivo duševnega zdravja.	Promocija preventiva	Mladostniki 12 do 25 let	Angleško govoreče države (ZDA, VB, Avstralija), tudi Norveška, Nizozemska, Izrael	Računalniške VKT za preprečevanje depresivnosti, anksioznosti pri adolescentih; stres-management intervencije. Dokazi, da je promocija duševnega zdravja preko spleta (računalniški programi) učinkovita in implementacija v šolskem okolju pozitivno vpliva na duševno zdravje mladostnikov.	Študije podpirajo potencial spletnih intervencij pri promociji in preventivi duševnega zdravja pri mladostnikih.
de Voursney in Huang (2016)	Integrirani model varovanja duševnega zdravja otrok in mladostnikov	Predstavitev in utemeljitev modela skrbi za duševno zdravje otrok in mladostnikov. Predstavljena je potreba po koordiniranih zdravstvenih storitvah na področju duševnega zdravja za otroke in mladostnike, nujnost koordinacije preko različnih ključnih sistemov in identifikacija načinov, v katerih se koordinacija skrbi za otroke in mladostnike razlikuje od koordinacije storitev za odrasle.	Integrirani model – promocija, preventiva, dostopnost....	Otroci in mladostniki	ZDA		Domovi zdravja za otroke in mladostnike s težavami v duševnem zdravju morajo prevzeti vlogo koordinatorja med vsemi storitvami, ki jih ti otroci in mladostniki potrebujejo – vključno s storitvami izven zdravstvenega sektorja.

Razpredelnica Razpredelnica 1.4 nadaljevanje

Študija / leto / avtor	Vrsta študije / članka	Opis študije - namen	Ključni elementi	Populacija /ciljna skupina	Država	Rezultati	Zaključki
Farahmand, Duffy, Taylor, DuBois, Lyon, Grant, Zarlinski, Masini, Zander in Nathanson (2012)	Meta-analitični pregled	Pregled učinkovitosti skupnostnih programov za revnejšo mestno mladino na področju duševnega zdravja in vedenja.	intervencije	Mladostniki različnih etničnih pripadnosti iz revnejšega okolja	ZDA	Etnična pripadnost in vrsta intervencije pomembna moderatorja pri učinku intervencij. Programi, ki so prilagojeni kulturnim značilnostim/etnični pripadnosti mladostnikov, so učinkovitejši. Programi, usmerjeni na mladostnika in hkrati na vsaj en dejavnik v okolju, so učinkovitejši.	Učinkoviti intervencijski programi, usmerjeni v okolje, predvsem na družino mladostnika (družino lažje spreminjati kot šolo/šolski sistem). Bolj učinkoviti skupnostni programi – v primerjavi s programi v šolskem okolju, predvsem pri vedenjskih težavah.
Gabel (2011)	Pregledni članek	Inovativni modeli sodelovanja pedopsihiatrov in pediatrov na primarni ravni	Dostopnost služb za duševno zdravje	Otroci in mladostniki	ZDA	V ZDA beležijo pomanjkanje pedopsihiatrov. Pribl. 20% mladih v ZDA ima kriterije za duševno motnjo in večina jih ni deležna obravnave. Novi pristopi k zagotavljanju storitev na področju duševnega zdravja spodbujajo večjo vlogo primarne ravni zdravstva pri prepoznavanju, ocenjevanju in zdravljenju duševnih motenj mladine.	
Hintzpeter, Klasen, Schön, Voss, Hölling in Ravens-Sieberger (2015)	Longitudinalna študija (BELLA študija)	Stopnja uporabe storitev otrok in mladostnikov s področja duševnega zdravja, začitane poti (smernice) in dejavniki vpliva.	Dostopnost	Otroci in mladostniki 7 – 17 let N = 2863	Nemčija	5,9% udeležencev poroča o uporabi storitev s področja duševnega zdravja. Udeleženci z eksternaliziranimi motnjami so pomembno pogostejše iskali pomoč strokovnjakov na področju duševnega zdravja. Ni pomembne povezanosti med obiski pediatra in strokovnjaka s področja duševnega zdravja.	Večina otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju ne išče pomoči. Izpostavljena je vloga staršev pri iskanju pomoči – zaznava duševnih težav kot bremena s strani staršev določa iskanje, vztrajnost in intenzivnost pomoči s področja duševnega zdravja. Zato bi moral fokus usmeriti na starše in njihovo zmožnost prepoznavanja stopenjskega iskanja pomoči ob težavah v duševnem zdravju otrok in mladostnikov.

Razpredelnica Razpredelnica 1.4 nadaljevanje

Študija / leto / avtor	Vrsta študije / članka	Opis študije - namen	Ključni elementi	Populacija /ciljna skupina	Država	Rezultati	Zaključki
Huang et al. (2006)	Teoretični članek	Opisati vizijo dostopnosti služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov	Sistem služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov	Otroci in mladostniki	ZDA	Vizija služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov vključuje: celostno domačo in skupnostno oskrbo in službe; partnerstvo z družinami in podpora; kulturno kompetentna oskrba; individualizirana obravnava; na dokazih utemeljene prakse; koordinacija služb, odgovornost in financiranje; preventiva, zgodnje prepoznavanje in zgodnja obravnava; obravnava v zgodnjem otroštvu; službe duševnega zdravja v šolah; odgovornost.	Implikacije vizije pomenijo tudi ustvarjanje dovolj kadrov – številčno in z ustreznimi kompetencami. Gre za premik od skoraj izključne usmerjenosti na ambulantno in hospitalno prakso na individualiziran na dom in skupnost usmerjen pristop, kjer je zelo pomembno multidisciplinarno sodelovanje pri načrtovanju in izvajanju storitev.
Kolko in Perrin (2014)	Pregledni članek	Preučiti več študij intervencij, ki temeljijo na alternativnih modelih služb za duševno zdravje v povezavi s celotno pediatrično oskrbo.	dostopnost	Otroci in mladostniki	ZDA		Integracija služb za duševno zdravje v primarno pediatrično raven predstavlja nacionalno prioriteto. Analiza kaže, da je integracija izvedljiva, kaže klinične prednosti oz. vpliv, zadovoljstvo in dostopnost. Družinam je ljubši integracijski model.
Lee et al. (2014)	Teoretični pregledni članek	Preprečevanje nepotrebnih namestitev izven doma za otroke in mladostnike zaradi čustveno-vedenjskih posebnih potreb predstavlja cilj različnih javnih služb za varovanje zdravja otrok in mladostnikov. Opis skupnih značilnosti programov in intervencij na podlagi 37 študij.	Dostopnost, intervencije	Otroci in mladostniki	ZDA	Najbolj pogosti elementi intervencij: spremljanje programa, upravljanje primerov in promocija dostopnosti. Najbolj pogosti elementi klinične prakse: ocenjevanje, individualna terapija. Najbolj pogosti elementi za skrbnike in družine: veščine reševanja problemov in družinska terapija.	Ocenjen je bil učinek programov z vidika upada namestitev izven doma, upada števila hospitalizacij, upada števila namestitev v zapore in upada stroškov.

Razpredelnica Razpredelnica 1.4 nadaljevanje

Študija / leto / avtor	Vrsta študije / članka	Opis študije - namen	Ključni elementi	Populacija /ciljna skupina	Država	Rezultati	Zaključki
McArdle et al. (2011)	Izvmi znanstveni članek; longitudinalna študija	Dvo in tri letna evalvacija učinkov skupinske drama psihoterapije v šolskem okolju.	Obravnava – skupinske terapije; šola	Otroci in mladostniki	VB	Trajno spremembo po skupinski terapiji lahko v veliki meri pripišemo skupinski intervenciji.	Strokovno vodene kratke skupinske terapije, bazirane v šoli, predstavljajo pomembno tehniko na področju javnega zdravja.
Nelson et al. (2013)	Rezultati študije	Vedno večji stroški zdravstvene oskrbe vodili k prepoznavanju dejavnikov, ki prispevajo k uporabi zdravstvenih storitev. V študiji preučili psihopatologijo otrok in mladostnikov kot prediktor uporabe zdravstvenih storitev.	Obravnava, dostopnost, ekonomski vidik	Otroci in mladostniki N = 536	ZDA	Višja raven psihopatologije otrok in mladostnikov prediktor pogostejše uporabe zdravstvenih storitev (hospitalizacija). Internalizirane motnje so pomemben prediktor večje uporabe zdravstvenih storitev (hospitalizacije) pri otrocih in mladostnikih.	Jasna povezava med resnostjo psihopatologije in uporabo zdravstvenih storitev (hospitalizacije) nakazuje, da lahko učinkovite službe za duševno zdravje otrok in mladostnikov zmanjšajo stroške zdravstvene oskrbe teh otrok in mladostnikov.
Pas in Bradshaw (2012)	Izvmi znanstveni članek	Kako se doslednost implementacije preventivnega modela oz. programa Pozitivne vedenjske intervencije in podpora v okviru šole povezuje z rezultati učencev?	Preventiva, šole	Osnovnošolci / 421 osnovnih šol	ZDA	Višja/boljša implementacija povezana z boljšimi rezultati pri matematiki in branju in z manj izostanki.	
Pedrini et al. (2012)	Analiza stanja	Rezultati prve študije z natančnejšimi, dopolnjenimi in celostnimi podatki o Službah za duševno zdravje otrok in mladostnikov	dostopnost	Otroci in mladostniki 0-17 let	Italija (regija s 633.725 subjekti)	Razmerje 20 otroških psihiatrov in 23 psihologov na 100.000 prebivalcev, starih 0-17 let. Vse analizirane enote imajo prost dostop (brezplačen). 6% subjektov imelo stik s službami za duševno zdravje.	Število strokovnjakov je eno najvišjih v Evropi in je primerljivo z najbolj razvitimi predeli ZDA. Opozarjajo na pomanjkljivosti: nekonsistentna uporaba standardiziranih postopkov, otroški psihiatri zdravijo tudi nevrološke bolezni, omejena dostopnost urgentne službe.

Razpredelnica Razpredelnica 1.4 nadaljevanje

Študija / leto / avtor	Vrsta študije / članka	Opis študije - namen	Ključni elementi	Populacija /ciljna skupina	Država	Rezultati	Zaključki
Smedler et al. (2014)	Sistematični pregledni članek	Preprečevanje pojavljanja eksternaliziranih motenj pri otrocih je velika skrb družbe. Za doseganje tega cilja je bilo razvitih veliko intervencijskih programov. Za oceno učinkovitosti teh programov so potrebni dobro kontrolirani poskusi s "follow-up" ocenjevanji. Gre za sistematični pregled učinkov intervencijskih programov za preprečevanje eksternaliziranih motenj pri otrocih.	preventiva	Otroci in mladostniki	Švedska	Majhni učinki programov - samo 5 študij zadovoljilo kriterije – gre za programe treninga staršev, podpore družini in intervencije v šoli. Zelo malo študij vključevalo oceno longitudinalnih učinkov.	
Snell, Knapp, Healey, Guglani, Evans-Lacko, Fernandez, Meltzer in Ford (2013)	Izvirni znanstveni članek (nacionalna raziskava)	Opredeliti stroške javnega sektorja zaradi duševnih motenj otrok in mladostnikov.	Ekonomski vidik	5 do 15 let stari otroci in mladostniki	VB	Eden od desetih otrok v VB ima vedenjsko, čustveno ali hiperkinetično motnjo. Večji stroški so v povprečju ocenjeni za otroke s hiperkinetično motnjo – v primerjavi z vedenjskimi in čustvenimi motnjami. Izobraževalni sistem nosi daleč največje breme stroškov znotraj javnega sektorja.	

Razpredelnica Razpredelnica 1.4 nadaljevanje

Študija / leto / avtor	Vrsta študije / članka	Opis študije - namen	Ključni elementi	Populacija /ciljna skupina	Država	Rezultati	Zaključki
Suhrcke, Pillas in Selai (2008)	Sistematični pregledni članek	Ekonomski vidiki duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Prikazati ekonomsko breme duševne motnje in ekonomsko upravičenost intervencij (cost-benefit).	Ekonomski vidik	Otroci in mladostniki	EU (predvsem VB)	Večina stroškov duševnih motenj otrok in mladostnikov pade na sektorje izven zdravstvenega sistema (le 6% stroškov pokrije zdravstvo). Največje breme predstavljajo stroški produktivnosti. Številni dejavniki vplivajo na stroške duševne motnje, npr. kako huda je duševna motnja, starost, struktura družine, etnična pripadnost, komorbidnost duševnih motenj. Prisotnost duševne motnje v otroštvu vodi do 10-krat povečanih stroškov v odraslosti.	Ne-zdravstveni sektorji bi morali biti bolj vključeni v ukvarjanje s problemom duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Politika bi morala biti usmerjena v podporo družinam z otroki z duševnimi motnjami, ki imajo nizke dohodke, ker jih to breme stroškov produktivnosti najbolj prizadene. Zgodnja intervencija je zato še bolj nujna in učinkovita.
Taastrøm, Klahn, Staal, Thomsen in Johansen (2014)	Populacijska študija za leto 2003 in 2006	Opis prevalence in značilnosti napotitev na urgentnem pedopsihiatričnem oddelku ter značilnosti obravnave.	(Hospitalna) obravnava	Otroci in mladostniki	Danska (Copenhagen)	V obdobju treh let so se obiski na oddelku potrojili. Več kot ena tretjina pacientov napotena zaradi suicidalnih ideacij. V obdobju treh let pomembno narasla anksiozno-depresivna simptomatika skupaj s suicidalno ideacijo. Poskusi suicida in psihoze so ostali nespremenjeni. Pri eni tretjini odpustov je bila diagnoza anksioznost in s stresom povezane motnje, sledijo osebnostne motnje, vedenjske in čustvene motnje. 15-20% napotenih je bilo hospitaliziranih, 5% je bilo napotenih v ambulantno obravnavo. Primerjava simptomatike v času kaže na vedno hujše/resnejše motnje.	Število psihiatričnih motenj pri otrocih in mladostnikih v zadnjih 10 letih narašča. Potreba po 24-urni dostopnosti ustrezne pedopsihiatrične ocene.

Razpredelnica Razpredelnica 1.4 nadaljevanje

Študija / leto / avtor	Vrsta študije / članka	Opis študije - namen	Ključni elementi	Populacija /ciljna skupina	Država	Rezultati	Zaključki
Toche-Manley et al. (2013)	Analiza podatkovnih baz	Napredek v informacijski tehnologiji omogoča izboljšanje kakovosti služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov.	Kazalci kakovosti	Otroci in mladostniki	ZDA	Prednosti uporabe informacijske tehnologije (baze podatkov) vključujejo boljše zaznavanje problemov, povezanih z duševnim zdravjem in travmami, zgodnje kazalce napredka ali neuspeha in omogočajo učenje na ravni programa in sistema.	Sistematično zbiranje podatkov, vključno s podatki o močnih področjih, odpornosti, poleg podatkov o simptomih s strani različnih virov (otrok / mladostnik, starši, kliniki), je pomembno pri določanju, kakšna pomoč je za posameznega otroka / mladostnika učinkovita. Sistematično zbiranje podatkov lahko izboljša učinke obravnave.
Trask, Fawley-King, Garland in Aarons (2015)	Rezultati raziskave analiza stanja	Preučiti odnos med vrsto in količino obravnav po hospitalizaciji.	Rehabilitacija; obravnava po hospitalizaciji	Otroci in mladostniki med 6. in 18. letom; N = 569	ZDA	70% preiskovalcev s psihiatrično hospitalizacijo je bilo deležnih obravnave po hospitalizaciji (rehabilitacija). 28% jih je bilo ponovno hospitaliziranih v obdobju 6 mesecev. Skupno število ur obravnav po hospitalizaciji se pomembno povezuje z manjšo verjetnostjo ponovne hospitalizacije.	Glede na omejitve in stroške hospitalizacije, bi se službe za duševno zdravje morale fokusirati na izboljšanje dostopnosti, angažiranost in kakovost oskrbe/obrnave po hospitalizaciji. Sistemi javnih služb bi se morali osredotočiti na izboljšanje kakovosti oskrbe/obrnave po hospitalizaciji z uporabo učinkovite implementacije in ohranjanja empirično preverjenih praks, ki so se izkazale kot učinkovite pri redukciji simptomov in izboljšanju funkcioniranja.
Waddell, Shepherd in Chen (2013)		Določitev potencialnih indikatorjev duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Predlog okvira duševnega zdravja v populacijskem pristopu za določitev indikatorjev.	Indikatorji duševnega zdravja; promocija, preventiva, obravnava.	Otroci in mladostniki	Kanada	Okvir duševnega zdravja za določitev indikatorjev vključuje glavna razvojna obdobja, determinante (zaščitni dejavniki, dejavniki tveganja) in kontekst (otrok, družina, sosesčina, šola, skupnost, narod, kultura), status duševnega zdravja in z njim povezane razvojne domene in paleto intervencijskih pristopov.	Nujnost promocije in preventive duševnega zdravja otrok in mladostnikov – poleg omogočanja obravnave. Potrebno imeti dobre epidemiološke podatke, dobljene na reprezentativnem vzorcu. Potrebno oblikovati celovit sistem indikatorjev duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Spremljanje dogajanja v populaciji ključno za sledenje napredku na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov.

Razpredelnica Razpredelnica 1.4 nadaljevanje

Študija / leto / avtor	Vrsta študije / članka	Opis študije - namen	Ključni elementi	Populacija /ciljna skupina	Država	Rezultati	Zaključki
Wölfle, Jost, Oades, Schlack, Hölling in Hebebrand (2014)	Longitudinalna študija (KiGGS študija)	Oceniti uporabo storitev služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov preko vsaj enega stika s somatskim zdravnikom (pediater, družinski zdravnik) ali strokovnjakom s področja duševnega zdravlja (psiholog, psihiater).	dostopnost	Otroci in mladostniki 0-17 let	Nemčija	Iskanje pomoči služb za duševno zdravje se pomembno povezuje s starostjo in izraženostjo težav.	Med otroki in mladostniki, ki so iskali zdravstveno pomoč, jih je bilo le 4,9% takšnih, ki so iskali tudi pomoč strokovnjakov za duševno zdravje med tistimi udeleženci, ki so dosegli visoke kazalce težav na področju duševnega zdravlja, jih je pomoč iskalo samo 18,6%. Predlagajo, da se zniža prag za dostop do služb za duševno zdravje in da se sistematično vpelje medicinske sestre za področje psihiatrije in psihologe v nemški šolski sistem.

Natančneje so posamezne študije opisane v Tabeli 3. Ob pregledu študij lahko ugotovimo, da se 12 študij nanaša na področje ZDA in Kanade, 8 študij na države EU, 3 študije na Avstralijo in Novo Zelandijo ter 2 študiji se nanašata na države iz različnih delov sveta. Glede na posamezne elemente, ki sestavljajo skrb za duševno zdravje otrok in mladostnikov (v eni študiji jih je lahko zastopanih več), se v 9 študijah ukvarjajo z dostopnostjo storitev s področja duševnega zdravja otrok in mladostnikov, 7 študij vključuje promocijo ali/in preventivo, 6 študij vključuje obravnavo oz. intervencije, pri 4 študijah je vključen model mreže služb in ekonomski vidik, 3 študije vključujejo kazalce kakovosti, medsektorsko sodelovanje in rehabilitacijo pa zasledimo v eni študiji.

Sledi povzetek ugotovitev posameznih študij glede na posamezne elemente, ki sestavljajo skrb za duševno zdravje otrok in mladostnikov.

Promocija in preventiva

Clark s sod. (2014) so svojo študijo zasnovali na dejstvu, da so mladostniki z blagimi do zmernimi težavami v duševnem zdravju pogosto neprepoznani in težko dostopajo do ustreznih podpornih služb. Empirično so potrdili predpostavko, da mladostniki dosežejo pomembno izboljšanje v psihološkem funkcioniranju po udeležbi v preventivnem programu.

Clarke, Kuosmanen in Barry (2014) so preverjali učinkovitost preventivnih programov z druge perspektive. Računalniški programi, zasnovani na kognitivno-vedenjskih terapijah za preprečevanje depresivnosti in anksioznosti pri adolescentih ter intervencije za boljše upravljanje s stresom imajo pozitivne učinke pri adolescentih. Ugotavljajo, da je promocija duševnega zdravja preko spleta (računalniški programi) učinkovita in implementacija v šolskem okolju pozitivno vpliva na duševno zdravje mladostnikov.

Za oceno učinkovitosti programov za preprečevanje eksternaliziranih motenj pri otrocih so potrebni dobro kontrolirani poskusi s "follow-up" ocenjevanji (Smedler in sod., 2014). Ugotavljajo majhne učinke programov – pomembne, vendar majhne učinke so zasledili pri programih treninga staršev, podpore družini in intervencijah v šoli. Ugotavljajo, da zelo malo študij vključuje oceno longitudinalnih učinkov.

Obravnava in intervencije

Farahmand s sod. (2012) pri sistematičnem pregledu literature zaključujejo, da sta etnična pripadnost in vrsta intervencije (gre za skupnostne intervencije, namenjene revnejši mladini) pomembna moderatorja pri učinku intervencij. Učinkovitejši so programi, ki so prilagojeni kulturnim značilnostim/etnični pripadnosti mladostnikov, in usmerjeni na mladostnika ter hkrati na vsaj en dejavnik v okolju.

Preprečevanje nepotrebnih namestitvev izven doma za otroke in mladostnike zaradi čustveno-vedenjskih posebnih potreb predstavlja cilj različnih javnih služb za varovanje zdravja otrok in mladostnikov (Lee s sod., 2014). Na podlagi pregleda 37 študij so opisali skupne značilnosti programov in intervencij z vidika elementov intervencij, klinične prakse in družine. Najbolj pogosti elementi intervencij so bili spremljanje programa, upravljanje primerov in promocija dostopnosti. Najbolj pogosti elementi klinične prakse so bili ocenjevanje, individualna terapija in najbolj pogosti elementi za skrbnike in družine veščine reševanja problemov in družinska terapija.

Trajno spremembo po skupinski terapiji lahko v veliki meri pripišemo skupinski intervenciji, kar so potrdili pri ugotavljanju učinkovitosti strokovno vodenih kratkih skupinskih terapij, baziranih v šoli. Te predstavljajo pomembno tehniko na področju javnega zdravja (McArdle s sod., 2011).

Taastrøm s sod. (2014) so ugotavljali prevalenco in značilnosti napotitev na urgentnem pedopsihiatričnem oddelku V Copenhagnu (Danska) ter značilnosti tamkajšnje obravnave. V obdobju treh let so se obiski na oddelku potrojili. Več kot ena tretjina pacientov je bila napotena zaradi suicidalnih ideacij. V obdobju treh let je pomembno narasla anksiozno-depresivna simptomatika skupaj s suicidalno ideacijo. Poskusi suicida in psihoze so ostali nespremenjeni. Pri eni tretjini odpustov je bila diagnoza anksioznost in s stresom povezane motnje, sledijo osebne motnje, vedenjske in čustvene

motnje. 15-20% napoteni je bilo hospitaliziranih, 5% je bilo napoteni v ambulantno obravnavo. Primerjava simptomatike v času kaže na vedno hujše/resnejše motnje.

Rehabilitacija

Trask s sod. (2016) so preučili odnos med vrsto in količino obravnav po hospitalizaciji (ZDA). 70% preiskovalncev s psihiatrično hospitalizacijo je bilo deležnih obravnave po hospitalizaciji (rehabilitacija). 28% jih je bilo ponovno hospitaliziranih v obdobju 6 mesecev. Skupno število ur obravnav po hospitalizaciji se pomembno povezuje z manjšo verjetnostjo ponovne hospitalizacije.

Dostopnost

Večja dostopnost izvenbolnišničnih služb za duševno zdravje zmanjšuje psihiatrične hospitalizacije in hkrati bistveno ne poveča stroškov storitev (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2009). Gabel (2011) ter Kolko in Perrin (2014) izpostavljajo inovativni model sodelovanja psihiatrov otroške in mladostniške psihiatrije in pediatrov na primarni ravni zdravstva. Ker v ZDA beležijo pomanjkanje otroških in mladostniških psihiatrov in približno 20% mladih v ZDA izpolnjuje kriterije za duševno motnjo in večina jih ni deležna obravnave, vidijo rešitev v novih pristopih k zagotavljanju storitev na področju duševnega zdravja, ki spodbujajo večjo vlogo primarne ravni zdravstva pri prepoznavanju, ocenjevanju in zdravljenju duševnih motenj mladine.

V Nemčiji so stanje na področju uporabe storitev služb s področja duševnega zdravja ugotavljali Hintzpeter s sod. (2015). 5,9% otrok in mladostnikov v reprezentativnem vzorcu je poročalo o uporabi storitev s področja duševnega zdravja. Udeleženci z eksternaliziranimi motnjami so pomembno pogosteje iskali pomoč strokovnjakov na področju duševnega zdravja. Niso pa našli pomembne povezanosti med obiski pediatra in strokovnjaka s področja duševnega zdravja. Wölfle s sod. (2014) navajajo, da se iskanje pomoči služb za duševno zdravje pomembno povezuje s starostjo in izraženostjo težav.

Stanje v Italiji so analizirali Pedrini s sod. (2012) in ugotovili razmerje 20 otroških psihiatrov in 23 psihologov na 100.000 prebivalcev starih 0-17 let. Vse analizirane enote služb omogočajo prost dostop (brezplačen). 6% udeleženih otrok in mladostnikov je imelo v enem letu stik s službami za duševno zdravje. Število oz. delež strokovnjakov je eden najvišjih v Evropi in je primerljiv z najbolj razvitimi predeli ZDA. Avtorji opozarjajo na pomanjkljivosti sistema služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov v Italiji in sicer na nekonsistentno uporabo standardiziranih postopkov, otroški psihiatri zdravijo tudi nevrološke bolezni in omejeno dostopnost urgentne službe.

Kazalci kakovosti

Brann, Walter in Coombs (2011) so v svoji študiji primerjali organizacije s področja duševnega zdravja otrok in mladostnikov z vidika kazalcev kakovosti. Kazalci kakovosti ponujajo orodje za primerjavo med organizacijami in analizo dela. Ugotovljene so bile velike razlike med posameznimi organizacijami – kar kaže na potrebo po bolj poglobljeni analizi razlik, ki služi potem kot temelj za izboljšanje kakovosti dela posameznih organizacij. Pri tem vidijo kot nujno sodelovanje vodstva, strokovnega osebja, hkrati pa so nujne povratne informacije udeleženi o ugotovitvah. Kazalci kakovosti sonujni za strokovnjake, vodstvo in oblikovanje politike. Kazalci kakovosti, ki so jih vključili v njihovo študijo in so se izkazali kot ustrezni, so:

- ponovni sprejem v hospital v 28 dneh po odpustu;
- usklajenost z nacionalnimi standardi;
- povprečna ležalna doba na pacienta;
- povprečen strošek akutne epizode v hospitalu na pacienta;
- število dni "skupnostne" obravnave v trimesečnem obdobju;
- stroški "skupnostne" obravnave v trimesečnem obdobju;
- populacija, ki je deležna oskrbe (delež);
- možnost lokalnega dostopa do hospitalne oskrbe;

- indeks novih pacientov;
- zavedanje dostopnih virov pomoči;
- "skupnostna" oskrba pred sprejemom v hospital;
- "skupnostna" oskrba po odpustu iz hospitala;
- implementacija merjenja učinkov/ kakovosti;
- čakalna doba;
- razpored delovnega časa strokovnjaka (koliko pacientov na dan, urejanje dokumentacije...).

Toche-Manley s sod. (2013) opažajo, da napredek v informacijski tehnologiji omogoča izboljšanje kakovosti služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov. Prednosti uporabe informacijske tehnologije (baze podatkov) vključujejo boljše zaznavanje problemov, povezanih z duševnim zdravjem in travmami, zgodnje kazalce napredka ali neuspeha in omogočajo učenje na ravni programa in sistema.

Waddell s sod. (2013) so določili potencialne indikatorje duševnega zdravja otrok in mladostnikov in predlagali okvir duševnega zdravja v populacijskem pristopu za določitev indikatorjev. Okvir duševnega zdravja za določitev indikatorjev vključuje glavna razvojna obdobja, determinante (zaščitni dejavniki, dejavniki tveganja) in kontekst (otrok, družina, sosesčina, šola, skupnost, narod, kultura), status duševnega zdravja in z njim povezane razvojne domene in paleto intervencijskih prisotopov.

Ekonomski vidik in medsektorsko sodelovanje

Snell s sod. (2013) so v svoji študiji skušali opredeliti stroške javnega sektorja v VB zaradi duševnih motenj otrok in mladostnikov. Eden od desetih otrok v VB ima vedenjsko, čustveno ali hiperkinetično motnjo. Večji stroški so v povprečju ocenjeni za otroke s hiperkinetično motnjo – v primerjavi z vedenjskimi in čustvenimi motnjami. Izobraževalni sistem nosi daleč največje breme stroškov znotraj javnega sektorja.

Suhrcke, Pillas in Selai (2008) so skušali prikazati ekonomsko breme duševne motnje in ekonomsko upravičenost intervencij ("cost-benefit"), obdelali so podatke držav članic EU. Večina stroškov duševnih motenj otrok in mladostnikov pade na sektorje izven zdravstvenega sistema (le 6% stroškov pokrije zdravstvo). Največje breme predstavljajo stroški produktivnosti. Ne-zdravstveni sektorji bi morali biti bolj vključeni v ukvarjanje s problemom duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Številni dejavniki vplivajo na stroške duševne motnje, npr. kako huda je duševna motnja, starost, struktura družine, etnična pripadnost, komorbidnost duševnih motenj. Politika bi morala biti usmerjena v podporo družinam z otroki z duševnimi motnjami, ki imajo nizke dohodke, ker jih to breme stroškov produktivnosti najbolj prizadene. Prisotnost duševne motnje v otroštvu vodi do 10-krat povečanih stroškov v odraslosti. Zgodnja intervencija je zato še bolj nujna in učinkovita.

Beecham (2014) ugotavlja, da se tako v evropskih državah kot v ZDA zmanjšujejo državna sredstva, namenjena duševnemu zdravju otrok in mladostnikov. Še vedno je malo študij stroškov-koristi na področju duševnih motenj v otroštvu in adolescenci. V prid večjemu vlaganju v zdravljenje duševnih motenj v otroštvu govorijo z njimi povezni visoki stroški v ne-zdravstvu (socialno varstvo, šolstvo, družinski stroški ipd.) in kasnejši skromni dohodki v odraslosti.

Višja raven psihopatologije otrok in mladostnikov predstavlja prediktor pogostejše uporabe zdravstvenih storitev, npr. hospitalizacije (Nelson s sod., 2013), pri tem izstopajo predvsem internalizirane motnje. Jasna povezava med resnostjo psihopatologije in uporabo zdravstvenih storitev (hospitalizacije) nakazuje, da lahko učinkovite službe za duševno zdravje otrok in mladostnikov zmanjšajo stroške zdravstvene oskrbe teh otrok in mladostnikov.

Modeli mreže služb

Ameriška akademija za otroško in mladostniško psihiatrijo (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2009) v svojem poročilu ugotavlja, da je potrebno na primarni ravni zagotoviti možnosti za zgodnje prepoznavanje in intervencijo, svetovanje, usmerjanje, koordinacijo storitev in upravljanje kroničnih bolezni. Priporočajo skupno lokacijo pedopsihiatričnih in drugih služb za varovanje duševnega

zdravja otrok in mladostnikov. Pediatri na primarni ravni bi morali biti bolj vključeni v obravnavo blažjih oz. manj hudih oblik duševnih motenj. Omogočiti jim je potrebno komunikacijo z drugimi specialisti s področja duševnega zdravja in si pri tem pomagati s sodobno tehnologijo (videokonference ipd.).

Načrtovanje služb za duševno zdravje mora upoštevati razvojne posebnosti otrok in mladostnikov (Birleson in Vance, 2008). Skupini mladostnikov, starih od 12 do 17 in od 18 do 25 let se v svojih potrebah razlikujeta in to je potrebno upoštevati pri nujenju storitev na področju duševnega zdravja. Rešitev za zmanjšanje zlorabe substanc vidita avtorja v krepitvi družin in starševskih kapacitet, spodbujanju varovalnih dejavnikov (psiholoških in socialnih kompetenc) za krepitev odpornosti, spremljanju otrok s povečanjem tveganjem ob všolanju in spremembi ravni šolanja ter v koordinaciji med različnimi ravni zdravstvenega varstva oz. služb. Prav tako izpostavljata, da je potrebno več skupnostnega izobraževanja o duševnem zdravju in tveganjih zlorabe drog.

de Voursney in Huang (2016) utemeljujeta model skrbi za duševno zdravje otrok in mladostnikov na potrebi po koordiniranih zdravstvenih storitvah na področju duševnega zdravja za otroke in mladostnike, nujnosti koordinacije preko različnih ključnih sistemov in identifikaciji načinov, v katerih se koordinacija skrbi za otroke in mladostnike razlikuje od koordinacije storitev za odrasle. Trdita, da morajo t.i. "domovi zdravja" za otroke in mladostnike s težavami v duševnem zdravju prevzeti vlogo koordinatorja med vsemi storitvami, ki jih ti otroci in mladostniki potrebujejo – vključno s storitvami izven zdravstvenega sektorja.

V nadaljevanju je natančneje predstavljen model služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov v ZDA in sicer najprej vizija, na kateri temelji, potem pa še glavni poudarki integriranega modela.

Huang s sodelavci (2005, str. 618) je vizijo za izboljšanje dostopnosti služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov strnil v deset točk. Vizija predstavlja podlago pri spreminjanju dostopnosti služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov v okviru sprememb ameriškega zdravstvenega sistema:

Celostna domača in skupnostna oskrba in službe. Otroci spadajo v svoje domove in potruditi se je treba, da se otroke vrne iz institucionaliziranih okolij nazaj domov. Na voljo bi morala biti široka paleta služb in storitev, odzivnih na biološke, nevrološke, psihološke in socialne vidike duševnega zdravja otrok in mladostnikov in v podporo različnim področjem otrokovega in mladostnikovega funkcioniranja. Te službe in storitve bi morale biti na voljo v domačem okolju in skupnosti ter bi morale nuditi kar najmanj restriktivno, klinično ustrezno okolje. Podarek bi moral biti na naravnem okolju, v katerem živijo otroci in mladostniki (družine, šole, primarna zdravstvena raven, vrtci in drugo).

Partnerstvo z družinami in podpora. Družina je najpomembnejši in vseživljenjski vir v otrokovem življenju in je za otroka in mladostnika odgovorna tako pravno kot moralno. Politike bi morale biti oblikovane tako, da podpirajo družine, nadomestne družine in druge primarne skrbnike in da so spoštljivi partnerji v vseh vidikih sistema – od načrtovanja obravnave in izvedbe storitev, do oblikovanja politik razvoja sistema, evalvacije in upravljanja. Družinam bi morali omogočiti smiselno izbiro storitev in služb.

Kulturno kompetentna oskrba. Zaradi vedno večje kulturne, etnične, rasne raznolikosti bi morale biti storitve in službe zmožne odzivanja na vse kulturne in jezikovne značilnosti populacije.

Individualizirana obravnava. Storitve bi morale biti individualizirane in vodene na podlagi celostnega enkratnega načrta pomoči za otroka in družino. Vsak načrt bi moral vsebovati poudarek na močnih področjih kot tudi problemih in potrebah, ki skupaj narekujejo vrsto in kombinacijo potrebnih storitev.

Na dokazih utemeljene prakse. Otroci in družine bi morali biti informirani o na dokazih utemeljenih praksah, ki bi jim morale biti dostopne. V primeru pomanjkljivih empiričnih dokazov za določeno prakso, bi morale biti vodilo izbire izkušnje, klinična presoja in preference družine.

Koordinacija služb, odgovornost in financiranje. Koordinacija bi se morala pojavljati na ravni izvedbe storitev skupaj z mehanizmi koordinacije, na ravni sistema s povezovanjem različnih služb za otroke in kasneje ob prehodu mladostnikov v odraslost.

Preventiva, zgodnje prepoznavanje in zgodnja obravnava. Službe bi morale poudarjati preventivo, zgodnjo identifikacijo (prepoznavanje) in intervencije z namenom v čim večji meri povečati pozitivne učinke.

Obravnava v zgodnjem otroštvu. Programi v zgodnjem otroštvu morajo postati prioriteta, kar z njimi preprečimo negativno začetne smeri razvoja (kar je dobro podprto v številnih raziskavah).

Svetovalne službe v šolah. Šole so prostor, kjer otroci preživljajo velik del dneva. Šole bi morale podpirati pri zadovoljevanju socialno-čustvenih potreb otrok, da bi otroci bili zdravi in pripravljeni na učenje.

Odgovornost. Povsem jasna bi morala biti odgovornost za skrb za duševno zdravje otrok in mladostnikov. Službe in sisteme bi morali voditi standardi za dostopnost in kakovost oskrbe ter mere učinkovitosti storitev, da bi lahko zmanjšali neustrezno in neučinkovito oskrbo in hkrati proizvedli podatke za kontinuirano izboljševanje.

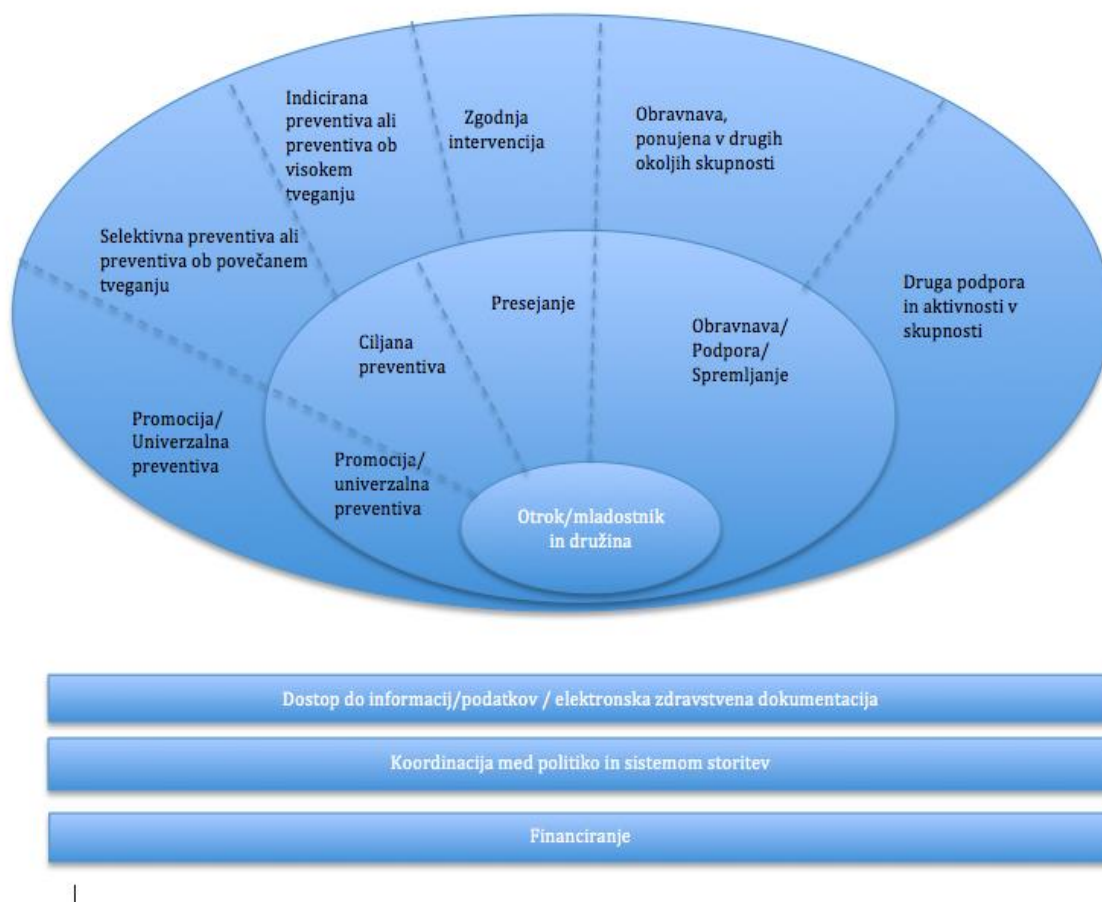
Integriran model zdravstvenega varstva duševnega zdravja otrok in mladostnikov (de Voursney in Huang, 2016) temelji med drugim tudi na dejstvu, da so v ZDA v zadnjih letih namenjali več pozornosti politiki varovanja zdravja v t.i. zdravstvenih domovih in drugih koordiniranih oblikah ureditev skrbi za zdravje. Duševne motnje v otroštvu predstavljajo z ekonomskega vidika največje stroške med boleznimi, ki se pojavijo v otroštvu – razlog tiči v tem, da so duševne motnje v otroštvu bolj prevalentne kot druga zdravstvena stanja oz. bolezni, s pričetkom v zgodnjem otroštvu in zahtevajo trajnejšo skrb. Relativna prevalenca, vpliv in stroški duševnih motenj podpirajo vključevanje teh motenj v samo središče koordinacije skrbi za otroke in mladostnike. Avtorja predlagata t.i. "dom zdravja" kot enega od načinov strukturiranja integrirane skrbi za otroke in mladostnike z močno izraženimi potrebami po pomoči. Domovi zdravja predstavljajo ureditev skrbi, ki ohranja kontinuiran odnos z mlado osebo in njeno družino, nudi niz storitev, ki so središčne potrebam varovanja duševnega zdravja otrok, mladostnikov in njihovih družin, predstavlja središčno točko za koordinacijo med vsemi službami (tudi izven zdravstvenega sektorja) za varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov. To koordinacijo nudi tim strokovnjakov, ki vključuje psihologe in druge strokovnjake s področja duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Domovi zdravja značilno vključujejo zdravstvene strokovnjake primarne ravni zdravstva, hkrati pa se v pomoč otroku ali mladostniku lahko vključujejo tudi družine in njihove vrstnike kot integralen del pomoči. Domovi zdravja se lahko med seboj razlikujejo glede na to, kakšne potrebe izražajo otroci, mladostniki in družine. To pomeni, da ne bo nudena samo koordinirana zdravstvena oskrba, pač pa bo pomoč zelo verjetno vključevala tudi sisteme izven zdravstvenega sektorja.

Storitve, ki jih nudi dom zdravja, vključujejo celostno oceno, načrtovanje skrbi/pomoči, ki vključuje različne strokovnjake, niz intervencij in konzultacije specialistov strokovnjakom primarne ravni. Psihologi kot del koordiniranega tima strokovnjakov nudijo poleg intervencij (posebno za otroke in mladostnike s kompleksnimi motnjami) supervizijo drugim strokovnjakom primarne ravni, ocenjevanje (diagnosticiranje), razvijanje z dokazi podprte protokole obravnave, trening in podporo izboljšanju kakovosti in raziskovanje učinkov.

Koordinacija s šolami je za otroke in mladostnike s težavami na področju duševnega zdravja zelo pomembna. Velika večina otrok ostane v šolskem sistemu vsaj do 18. leta. Šole nudijo velik delež pomoči na področju duševnega zdravja – pogosto imajo otroci in mladostniki s tovrstnimi težavami v šoli odločbe in individualizirane programe, s pomočjo katerih izobraževalno okolje podpira razvijanje različnih veščin in občutka lastne učinkovitosti. Domovi zdravja so lahko tisti, ki koordinirajo sodelovanje s šolskimi svetovalnimi službami in učitelji in staršem pomagajo pri doseganju najboljših izidov za otroka.

V integriranem zdravstvenem sistemu ta otrokom in mladim s povečanim tveganjem za duševne motnje nudi niz storitev in podpor, vključno s promocijo, preventivo, obravnavo in zdravljenjem in vzdrževanjem. Vse te storitve so vključene v več različnih sistemov znotraj zdravstvenega sektorja, pa tudi v druge

sisteme v skupnosti. Idealno bi bilo, če bi vse te storitve bile koordinirane kot sestavni del integriranega sistema skrbi za duševno zdravje otrok in mladostnikov. Model je prikazan na sliki v nadaljevanju.



Slika 1.3 Integrirani sistem za duševno zdravje otrok in mladostnikov (de Voursney in Huang, 2016, str. 84)

Model je predstavljen z vidika strokovnjaka, ki je odgovoren za koordinacijo storitev in skrbi za otroka ali mladostnika. Prvo raven predstavlja neposredno delo z otrokom ali mladostnikom in njegovo družino. Drugo raven predstavlja zdravstveni sektor, ki vključuje primarno raven obravnave oz. skrbi, vključno s pediatri in z drugimi strokovnjaki s področja duševnega zdravja (specialisri otroške in mladostniške psihiatrije, psihologi, terapevti, ambulate, hospitali, klinike). Zdravstveni sektor je odgovoren za niz storitev, vključno s klinično utemeljenimi promocijo, preventivo, zgodnjo prepoznavo, presejanjem in ocenjevanjem, zdravljenjem oz. obravnavo ter tekočo podporo in spremljanjem. Dom zdravja koordinira vse te storitve, hkrati pa tudi storitve, ki so dostopne v širši skupnosti, izven zdravstvenega sektorja. To so lahko izobraževalne inštitucije (vrtci, šole) ali druge inštitucije, v katere se vključujejo otroci in mladostniki (tudi športne in druge priložnostne aktivnosti, verske skupnosti, tabori). Koordinacija bi morala biti usmerjena k opolnomočenju otrok in mladostnikov in njihovih družin v različnih okoljih ter nuditi podporo, kjer in kadar je to možno. Seveda se je potrebno zavedati, da takšen sistem ali podobni formalni sistemi ne morejo koordinirajo popolnoma vseh vidikov, ki so povezani z zdravjem otroka ali mladostnika, so pa usmerjeni k otrokovemu ali mladostnikovemu čim večjemu blagostanju in pozitivnemu razvoju.

1.4.3 Diskusija

Naraščanje duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih predstavlja za razvite zahodne družbe vedno večje breme. Ne samo, da duševne motnje negativno vplivajo na funkcioniranje otroka ali mladostnika doma, v šoli in širši skupnosti, vplivajo tudi na funkcioniranje družin in celotne družbe – pomembno bremenijo zdravstvene sisteme in zmanjšujejo zmožnost družbe, da oblikuje za otroke in mladostnike varno in spodbudno okolje. Cilj tega sistematičnega pregleda literature je bil ugotoviti, kakšni so trendi oz. smernice na področju služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov in kakšne so njihove značilnosti. Izbranih 25 študij smo analizirali na podlagi posameznih elementov skrbi za duševno zdravje in sicer promocije, preventive, obravnave oz. zdravljenja, zdravstvenega varstva in služb, dostopnosti, ekonomskega vidika in medsektorskega sodelovanja. Študije se nanašajo na otroke in mladostnike v starosti od 0 do dopolnjenega 19. leta starosti in so bile objavljene v zadnjih 11 letih (v obdobju od 2006 do 2016).

Pregled študij, ki se nanašajo na promocijo in preventivo na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov podpira dokaze, da so preventivni programi pri otrocih in mladostnikih učinkoviti. Sicer je izvedenih relativno malo študij, ki bi merile dolgoročne učinke programov, vendar so za že izvedene študije dokazani pomembni pozitivni učinki na duševno zdravje otrok in mladostnikov. Programi so vključevali tudi računalniške oblike in programe, izvedene v šolskem prostoru. Prav tako so ugotovili pomembne pozitivne učinke programov, ki so vključevali trening starševstva in podporo družini. S temi ugotovitvami lahko povežemo tudi zaključke, do katerih je prišel Livingstone s sod. (2013) pri preučevanju vpliva socialnih medijev na duševno zdravje mladostnikov. Ugotovil je, da imajo programi promocije duševnega zdravja preko spletnih intervencij, pomembne pozitivne učinke na duševno zdravje mladih in njihovo dobro počutje. Več avtorjev (npr. Patty Leiten s sod., 2015; Gardner in sod., 2015) ugotavljajo pozitivne učinke preventivnih starševskih programov Neverjetna leta na zmanjšanje vedenjske problematike otrok. Coppens s sod. (2015) na podlagi pregleda promocijskih in preventivnih programov za mladostnike zaključujejo, da morajo takšni programi ciljati na zaščitne dejavnike, npr. krepitev odpornosti, spodbujanje iskanja ustrezne pomoči, podporo staršem pri vzgoji njihovega otroka, izgradnji dobrega šolskega okolja, pozitivne vrstniške skupine ipd.

Avtorji, ki se ukvarjajo s pregledom učinkovitosti intervencij oz. obravnav oz. terapij (Farahmand s sod., 2012; Lee s sod., 2014; McArdle s sod., 2011) navajajo, da so se kot učinkovite izkazale tiste intervencije, ki so upoštevale kulturno in etnično ozadje otrok in mladostnikov in so usmerjene na samega mladostnika in hkrati na vsaj en element v okolju (npr. družino). Izpostavljajo, da je empirično podprta ustrezna intervencija tista, ki preprečuje namestitve izven doma. Te ugotovitve se pokrivajo tudi s širšim pogledom Remschmidta in Belferja (2005), ki pri intervencijah na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov poudarjata štiri pomembne značilnosti – specifičnost (intervencija izbrana glede na duševno motnjo), starostno in razvojno primeren pristop, variabilnost in praktičnost, evalvacija in ocena učinkovitosti (učinkovitost intervencije mora biti dokazana v primerjavi z drugimi oblikami intervencij).

Glede rehabilitacije na področju duševnih motenj otrok in mladostnikov je literatura skopa. Iz študije Traska in sod. (2015) lahko razberemo, da ustrezno intenzivna ambulantna oskrba po hospitalizaciji oz. vključenost v ustrezne programe zmanjša verjetnost ponovne hospitalizacije (verjetno tudi poslabšanje simptomatike).

Na področju dostopnosti služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov lahko izpostavimo poudarek na večji udeležbi in večji vlogi strokovnjakov na primarni ravni zdravstva (npr. pediatrov) pri prepoznavanju, ocenjevanju in zdravljenju duševnih motenj (Gabel, 2011; Kolko in Perrin, 2014). Iz zaključkov Hintzpetra in sod. (2015) lahko sklepamo, da je potrebno več pozornosti usmeriti k otrokom in mladostnikom z internaliziranimi motnjami, ker se je pri njih izkazalo, da v manjši meri dostopajo do služb pomoči na področju duševnega zdravja.

Kazalci kakovosti predstavljajo enega osnovnih elementov oz. predpogojev za izboljšanje kakovosti storitev (Coppens in sod., 2015), hkrati pa omogočajo primerjavo med posameznimi inštitucijami in

analizo dela. (Brann in sod., 2011). Pri tem je potrebno uvesti elektronsko vodenje podatkov (in dokumentacije) in takšne podatkovne baze prispevajo k boljši zaznavi problemov in zgodnejši zaznavi napredka in neuspeha (Toche-Manley in sod., 2013). Kazalci kakovosti nam nudijo povratne informacije tako s strukturnega in procesnega vidika ter z vidika rezultatov. Vse tri vidike je pri določanju kazalcev potrebno upoštevati (Coppens in sod., 2015).

Ekonomski vidik duševnega zdravja otrok in mladostnikov postavlja pred razvito družbo nekaj resnih opozoril. Prva ugotovitev je, da se v razvitih državah (npr. ZDA in države EU) državna sredstva, namenjena področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov, zmanjšujejo (Beecham, 2014), hkrati pa se v zadnjih letih pojavlja porast zaznane psihopatologije pri otrocih in mladostnikih (Friedman in sod., 1996; Beecham, 2014). Izračuni ekonomistov v zdravstvu jasno kažejo, da so stroški zdravstva zaradi duševnih motenj otrok in mladostnikov nekajkrat večji (npr. pri otrocih z ADHD več kot dvakrat večji) kot pri otrocih in mladostnikih brez duševnih motenj (Leibson in sod., 2001). Breme ne pade samo na družino, pač pa na širšo družbo. Prav tako danes tudi vemo, da so stroški v odraslosti zaradi prisotnosti duševne motnje v otroštvu lahko do desetkrat večji (Suhrcke in sod., 2008). Druga ugotovitev pa je, da zdravstveni sektor pokrije manjšino stroškov zaradi težav z duševnim zdravjem otrok in mladostnikov (Suhrcke in sod. (2008) navajajo podatek 6%), večino finančnega bremena nosi šolstvo, sledijo ostali sektorji (npr. sociala in pravosodje). To lahko predstavlja jasno usmeritev, da je medsektorsko sodelovanje nujno in pravzaprav koristno za celoten javni sektor, tako z vidika racionalizacije stroškov kot (in predvsem) z vidika celostne obravnave otroka in mladostnika. Predlogi sodobnih modelov mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov poudarjajo pomembnost usklajenosti delovanja izvajanja pomoči otrokom in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju in pomembnost dobre koordinacije med vsemi službami (Huand in sod., 2006). Duševno zdravje otrok in mladostnikov ni samo problem zdravstva, v ožjem smislu psihiatrije, pač pa nudijo pomoč in podporo različne stroke preko več različnih sektorjev. Multidisciplinaren medinstitucionalen timski pristop je pristop, ki je otrokom, mladostnikom in njihovim družinam najbolj prijazen, učinkovit in tudi ekonomsko upravičen (Huand s sod., 2006; de Voursney in Huand, 2016). Mreža služb mora otroka in mladostnika ter družino upoštevati kot enakovrednega partnerja v celotnem procesu obravnave, upoštevati razvojne posebnosti otrok in mladostnikov, nuditi individualizirano obravnavo, nuditi zgodnje prepoznavanje in obravnavo, uporabljati na dokazih temelječe prakse in programe ter nositi jasno odgovornost za skrb za duševno zdravje otrok in mladostnikov. Na koncu velja še enkrat izpostaviti pomembnost izobraževalnega sektorja oz. šolstva, ki tako kot zdravstvo nosi pomembno in enakovredno vlogo in odgovornost pri skrbi za duševno zdravje otrok in mladostnikov.

1.4.4 Zaključki

Promocija in preventiva na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov sta učinkovita načina podpiranja in spodbujanja duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Dokazani so pomembni pozitivni učinki, izpostavimo lahko programe, ki so se izvajali v šolskem prostoru, nekateri pa se izvajajo v spletni različici. Glede na to, da trenutnim generacijam mladostnikov socialna omrežja in virtualni svet predstavljajo sestavni del njihovih življenj, je to vsekakor odprt prostor možnosti, ki jih je treba izkoristiti. Prav tako so učinkoviti programi, usmerjeni na starše. Starši so pomemben element tudi pri intervencijah, ki se izvajajo v okviru zdravljenja oziroma obravnave otrok in mladostnikov s prepoznano duševno motnjo (ali motnjami). Intervencije, ki so individualno naravnane, specifične tako za motnjo, starost in razvoj, so fleksibilne v svojem izvajanju, praktične (tako za otroke, njihove družine in strokovnjake) in dokazano učinkovite. Vpetost otroka in mladostnika v sistem pomoči tudi po končani hospitalizaciji mu pomaga ohranjati pozitivne učinke zdravljenja in hkrati preprečuje ponovno pojavljanje težav v duševnem zdravju. Da bi to lahko zagotovili, je potrebna večja dostopnost služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov, izkoristiti in okrepiti velja primarno raven zdravstva. Kazalci kakovosti predstavljajo nujen oziroma sestavni del sistema služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov. Pri tem je elektronsko vodenje dokumentacije in podatkov tisto, ki omogoča hitrejšo in boljšo zaznavo

problemov, napredka in neuspeha pri izvajanju storitev na področju duševnega zdravja. S tem lahko povežemo tudi ekonomski vidik duševnega zdravja. Če otroci in mladostniki s težavami v duševnem zdravju ne prejmejo pravočasne in učinkovite pomoči, potem lahko posledice v odraslosti za te posameznike, njihove najbližje in tudi celotno družbo tudi finančno ovrednotimo – stroški so v odraslosti tudi do desetkrat večji, kot če duševne motnje v otroštvu in mladosti ne bi imeli. Na koncu je potrebno tudi poudariti, da se z duševnim zdravjem ne ukvarja samo psihiatrija v okviru zdravstva. Multidisciplinaren medinstitucionalen timski pristop, ki je usmerjen v otroka in mladostnika in njegovo družino, je njim najbolj prijazen, učinkovit ter strokovno in ekonomsko upravičen. Pri tem je nujno sodelovanje različnih sektorjev, predvsem zdravstva in šolstva, seveda pa tudi sociale, policije in pravosodja.

2. Ocena duševnega zdravja otrok in mladostnikov v Sloveniji

2.1 Dejavniki tveganja za duševno zdravje pri otrocih in mladostnikih

Prepoznavanje in obvladovanje dejavnikov tveganja in krepitev varovanih dejavnikov duševnega zdravja pri otrocih in mladostnikih je odgovornost staršev/skrbnikov, služb, ki delajo z otroki in mladostniki in širše družbe.

Predlog Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014-2018 (Ministrstvo za zdravje, 2013) opredeljuje dejavnike tveganja in varovalne dejavnike za razvoj duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih in jih razvršča na biološke (genetske), psihološke in psihosocialne. Vedenje, odzivanje, psihosocialna odpornost oziroma ranljivost niso le odraz okoljskih dejavnikov, ampak tudi genetskih, konstitucionalnih in zdravstvenih dejavnikov. Otroke in mladostnike štejemo med ranljive skupine.

Mednarodna klasifikacija bolezni (NIJZ, 2008) predstavlja ogrožajoče dejavnike psihosocialnega razvoja na V. osi kot abnormne psihosocialne situacije:

- Težave, povezane s primarno družino (abnormni odnosi v družini, neustrezne ali izkrivljene komunikacije v družini, duševne motnje, odklonskost ali invalidnost v otrokovi družini).
- Težave, povezane z otrokovimi značilnostmi (stresogeni dogodki ali okoliščine zaradi otrokove motenosti).
- Težave, povezane z vzgojo in izobraževanjem (kronični medosebni stres povezani s šolo).
- Težave, povezane s socialnim okoljem (abnormno neposredno okolje, akutni življenjski dogodki, družbeni stresorji).

Hvalič Touzery, Pivač in Smodiš (2015) so analizirale stanje na področju duševnega zdravja za ranljive skupine in varovalne dejavnike ter dejavnike tveganja razdelile na individualne, medosebne in družbene (Razpredelnica 2.1).

Razpredelnica 2.1. Varovalni dejavniki in dejavniki tveganja za duševne motnje pri mladih (Hvalič Touzery, Pivač in Smodiš, 2015)

	DEJAVNIKI TVEGANJA	VAROVALNI DEJAVNIKI
INDIVIDUALNI	prisotnost duševnih motenj (motnje razpoloženja, sindrom odvisnosti, osebnostne motnje), tvegano vedenje - raba in zloraba psihoaktivnih snovi, osebnostne značilnosti (impulzivnost, agresija), nizka samopodoba in samospoštovanje, nezdrave navade in življenjski slog (npr. nezdrav način prehranjevanja), nižji socialno-ekonomski status, antisocialno vedenje, različne oblike zlorab posameznika (fizična, spolna, psihična)	ustrezni mehanizmi in veščine spoprijemanja s težavami in uravnavanja čustev, zmožnost prilagajanja na spremembe, dobra samopodoba in samospoštovanje, obvladovanje stresa, sposobnost učinkovitega reševanja težav, razvit pozitiven odnos do lastnega zdravja, zdrav življenjski slog, dobro splošno telesno in duševno zdravje, razumevanje pomena duševnega zdravja
MEDOSEBNI	pomanjkanje socialne opore v družini (spori, konflikti, nasilje v družini), slabša socializacija, učne težave in težave pri študiju, duševne motnje staršev, izguba bližnjega, nesposobnost vzpostavljanja medosebnih odnosov, nesposobnost vzdrževanja odnosov, socialna izolacija, vključitev v manj zahtevne šolske programe, starši odvisni od psihoaktivnih snovi, psihosocialno ogrožena družina, otroci in mladostniki, ki so se predčasno ali začasno nehali šolati; otroci in mladostniki v rejništvu, mladostniki pred izbiro poklica	dobri socialni odnosi, komunikativnost, dobro socialno omrežje, mreže socialne opore, zmožnost vzpostavljanja zadovoljivih medosebnih odnosov, udeležba v programu pomoči ob učnih težavah, udeležba v preventivnih programih, vseživljenjsko učenje / izobraževanje, svetovanje mladostnikom pred izbiro poklica, socialna opora ob izgubi bližnjega
DRUŽBENI	neugodno družbeno okolje, vpliv vrstnikov, brezposelnost mladih, ekonomska kriza v družbi, mediji kot dejavnik tveganja, slabe finančne razmere, dostopnost alkohola in drugih psihoaktivnih snovi	materialna preskrbljenost, povečana skrb za otroke in mladostnike na področju duševnega zdravja, svetovanje mladim, oblikovanje programov promocije, ki bodo vključevali zavedanje vpliva dobrega duševnega zdravja na kakovost življenja in produktivnost, vpeljevanje učinkovitih promocijskih programov v vseh okoljih s poudarkom na krepitevi varovalnih dejavnikov, spodbujanje prostovoljnih aktivnosti, informiranje o dejavnih tveganja, otežena dostopnost alkohola in drugih psihoaktivnih snovi, ustvarjanje razmer in okolij, ki spodbujajo in omogočajo celovit razvoj in življenje posameznika, ob upoštevanju njegovih zmožnosti in omejitev, široko dostopne službe in dejavnosti za čim zgodnejšo zaznavo težav posameznika in družbe, za pravočasno in primerno ukrepanje ter ponudbo programov pomoči in podpore.

Odločbe o posebnih potrebah po (Zavod RS za šolstvo, 2015) govorijo o 724 odločbah letno zaradi motenj v duševnem razvoju (492 lažja motnja, 194 zmerna motnja, 28 težja motnja in 40 težka motnja v duševnem razvoju). Tudi za druga leta so številke podobne. Pogostost pridruženih in naknadno nastalih duševnih motenj je tako velika, da NICE (NICE, 2016) priporočajo letno oceno funkcioniranja in takojšnje ukrepanje z dodatno diagnostiko ter zdravljenje. Najpogostejše se pridružijo depresija, anksiozne motnje, shizofrenija in bipolarna motnja (Jones in sod, 2008).

Vse vrste oviranosti lahko predstavljajo dejavnik tveganja za razvoj duševnih motenj.

O dejavnikih tveganja in varovalnih dejavnikih za duševno zdravje otrok in mladostnikov so na voljo podatki iz periodične presečne raziskave HBSC ("Health Behaviour in School-aged Children"), v katero se Slovenija redno vključuje (raziskava poteka v 44 državah). V raziskavo so vključeni 11, 13 in 15 letniki.

Zadnja HBSC raziskava iz leta 2014 je glede varovalnih dejavnikov in dejavnikov tveganja za duševno zdravje pokazala naslednje rezultate (Jeriček Klanšček, Koprivnikar, Drev, Pucelj, Zupanič, Britovšek, 2015):

- Podporo družine mladostniki ocenjujejo s povprečno oceno 5,6 (na lestvici od 1 do 7, najvišja možna ocena je bila 7). Kar 84,6 % mladostnikov lahko komunicira z mamo o stvareh, ki jih resnično težijo in 67,2 % mladostnikov lahko komunicira z očetom o stvareh, ki jih resnično težijo. S starostjo mladostniki težje komunicirajo s starši. Z očetom se fantje lažje pogovarjajo kot dekleta.

- V obdobju 2002–2014 se je znižal delež mladostnikov, ki jim je šola všeč, v obeh mlajših skupinah, izjema so 15-letniki. Prav tako se je znižal delež fantov, ki so bolj obremenjeni z delom za šolo, delež deklet pa se je zvišal. Zvišal se je tudi delež mladostnikov, ki ocenjujejo, da razrednik dobro ocenjuje njihovo delo za šolo. S starostjo obremenjenost z delom za šolo raste, mnenje o razrednikovi oceni dela za šolo pa pada. Podpora sošolcev in učiteljev je visoka v vseh starostnih skupinah, tako pri fantih kot pri dekletih. 30,4 % mladostnikom je šola všeč, najbolj 15-letnikom. Dekletom je šola bolj všeč, pogostejše menijo, da razrednik bolje ocenjuje njihovo delo za šolo, so pa z delom za šolo bolj obremenjene.

- Podpora prijateljev je visoka, pri dekletih nekoliko višja kot pri fantih. Vsak tretji mladostnik vsakodnevno komunicira preko elektronskih medijev s prijatelji, dekleta pogostejše kot fantje. S starostjo uporaba elektronskih medijev narašča. Prav tako s starostjo narašča vsakodnevno druženje s prijatelji pred 8. uro zvečer in pozneje.

- V obdobju 2002–2014 se je zvišal delež mladostnikov, ki živijo v enostarševski ali v rekonstruirani družini, delež mladostnikov, ki živijo v dvostarševski družini, pa se je znižal. 79,9 % mladostnikov v Sloveniji živi v dvostarševski družini, 12,7 % v enostarševski in 6 % v rekonstruirani družini.

- 95,4 % mladostnikov, 87,3 % njihovih očetov in 88,3 % njihovih mam je rojenih v Sloveniji.

- V obdobju 2002–2014 se kaže trend upadanja deleža mladostnikov, ki imajo zaposlena oba starša, in trend naraščanja deleža mladostnikov, ki imajo zaposlenega samo enega izmed staršev. 82,4 % mladostnikov poroča o zaposlenosti obeh staršev, 15,6 % pa jih poroča o brezposelnosti enega od staršev.

- V obdobju 2002–2014 je upadal delež mladostnikov, ki ocenjujejo, da je denarno blagostanje njihove družine nadpovprečno, medtem ko je naraščal delež mladostnikov, ki ocenjujejo, da je denarno blagostanje njihove družine povprečno ali podpovprečno. 62,8 % mladostnikov ocenjuje, da je denarno blagostanje njihove družine nadpovprečno, 29 %, da je povprečno, 8,3 % pa jih ocenjuje, da je denarno blagostanje njihove družine podpovprečno.

- V obdobju 2002–2014 se je povečalo zadovoljstvo z življenjem in izboljšala ocena zdravja. 88,8 % mladostnikov svoje zdravje ocenjuje kot dobro ali odlično in 87,8 % je zadovoljnih s svojim življenjem. Starejši mladostniki in dekleta slabše ocenjujejo svoje zdravje in so manj zadovoljni s svojim življenjem.

- V obdobju 2002–2014 se je znižal delež deklet skupaj, ki menijo, da so predebele, pri 15-letnikih pa se je znižal delež fantov, ki menijo, da so nekoliko ali močno presuhi. 13,3 % mladostnikov ocenjuje, da so nekoliko ali močno presuhi, podoben delež kaže tudi izračunan indeks telesne mase. 36,3 %

mladostnikov ocenjuje, da so debeli ali močno predebili, med njimi je več deklet kot fantov, izračun indeksa telesne mase pa kaže, da bi se v kategorijo debeli ali predebili uvrstilo približno polovica manj mladostnikov (17,1 %). 13,1 % mladostnikov je na dieti, s starostjo deleži naraščajo.

– V obdobju 2002–2014 se je zvišal delež mladostnikov, ki redno zajtrkujejo, delež 11-letnih fantov, ki redno uživajo sadje, ter delež 11-letnikov in 11-letnih fantov, ki redno uživajo zelenjavo. 45,1 % mladostnikov med šolskim tednom vsak dan zajtrkuje. 39,4 % mladostnikov vsak dan uživa sadje, 26,9 % pa zelenjavo.

– V obdobju 2002–2014 se je znižal delež mladostnikov, ki vsak dan pijejo sladkane pijače. 24,3 % mladostnikov vsak dan pije sladkane pijače. 36,3 % mladostnikov pije energijske pijače različno pogosto (od manj kot enkrat na teden do več kot enkrat na dan).

– 30,6 % mladostnikov med šolskim tednom spi skladno s priporočili devet ur ali več na noč.

– V obdobju 2002–2014 se je znižal delež mladostnikov, ki so vsak dan telesno dejavni vsaj eno uro.

– 18,2 % mladostnikov v prostem času več kot štiri ure na dan preživi v sedečem položaju. 18,5 % mladostnikov je vsak dan telesno dejavni vsaj eno uro.

– V obdobju 2002–2014 se je znižal delež mladostnikov, ki med šolskim tednom gledajo televizijo, videoposnetke in druge zabavne vsebine dve uri ali več na dan, ter zvišal delež mladostnikov, ki med šolskim tednom toliko časa uporabljajo elektronske naprave za domačo nalogo, e-pošto itn. 52,6 % mladostnikov med šolskim tednom gleda televizijo, videoposnetke in druge zabavne vsebine dve uri ali več na dan. 42,4 % mladostnikov med šolskim tednom uporablja elektronske naprave za domače naloge ali e-pošto in podobno dve uri ali več na dan.

– V obdobju 2006–2014 se je znižal delež fantov in zvišal delež deklet, ki med šolskim tednom igrajo igrice na računalniku ali drugih elektronskih napravah dve uri ali več na dan. 27,8 % mladostnikov dve uri ali več na dan igra igrice na računalniku ali drugih elektronskih napravah.

– 20 % 15-letnikov je že imelo spolni odnos, več fantov kot deklet.

– V obdobju 2002–2014 se je znižal delež 15-letnih fantov, ki so že imeli spolni odnos.

Raziskava z naslovom Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije (Šprah, Novak, Dernovšek. 2011) je obsegala izračune posameznih dimenzij, pomembnih za zdravje in blagostanje po posameznih statističnih regijah. Navajamo najpomembnejše dimenzije, ki predstavljajo varovane dejavnike oziroma dejavnike tveganja za otroke in mladostnike (Razpredelnica 2.2).

Razpredelnica 2.2. Definicija posamezne dimenzije, tri regije z najboljšimi ocenami in tri regije z najbolj neugodnimi ocenami, statistične regije, 2009.

Dimenzija – definicija	Tri regije z najbolj ugodno oceno	Tri regije z najmanj ugodno oceno
Dimenzija usklajenost poklicnega z zasebnim življenjem: delež otrok v vrtcih med vsemi otroki, starimi 1-5 let, število upravičencev do dela s skrajšanim delovnim časom zaradi starševstva v delovno aktivnem prebivalstvu, število upravičencev do očetovskega nadomestila zaradi starševstva v delovno aktivnem prebivalstvu in število sklenjenih zakonskih zvez glede na število prebivalcev posamezne regije.	Goriška, Gorenjska, Osrednjeslovenska	Pomurska, Podravska, Zasavska
Dimenzijo socialna zaščita sestavljata dva kazalnika: število prejemnikov denarnih socialnih pomoči glede na število prebivalcev in delež študentov med dijaki in študenti v posamezni regiji.	Gorenjska, Obalno-kraška, Osrednjeslovenska	Pomurska, Podravska, Savinjska
Dimenzijo perinatalno zdravje vsebuje: mrtvorojenost, delež porodnic s carskim rezom v anamnezi, delež novorojenčkov z nizko porodno težo (pod 2500 g) med živorojenimi v posamezni regiji.	Notranjsko-kraška, Zasavska, Goriška	Jugovzhodna Slovenija, Podravska, Koroška
Dimenzija stabilnost partnerskega odnosa predstavljajo: kazalnik števila razvez glede na število prebivalcev v posamezni regiji.	Notranjsko-kraška, Zasavska, Koroška	Obalno-kraška, Gorenjska, Osrednjeslovenska

Vir SURS, IVZ

2. 2 Duševne motnje pri otrocih in mladostnikih

Edino periodično spremljanje nekaterih parametrov negativnega duševnega zdravja otrok in mladostnikov v Sloveniji poteka v okviru HBSC raziskave in zajame 11, 13 in 15 letnike. Zadnja HBSC raziskava iz leta 2014 je glede posameznih simptomov in znakov težav v duševnem zdravju pokazala naslednje rezultate (Jeriček Klanšček, Koprivnikar, Drev, Pucelj, Zupanič, Britovšek, 2015):

- V obdobju 2002–2014 se je pomembno povečalo redno doživljanje vsaj dveh psihosomatskih simptomov, med posameznimi simptomi pa se je povečalo doživljanje občutja potlačenosti oz. tega, da si na tleh. 27,9 % mladostnikov poroča o rednem doživljanju vsaj dveh psihosomatskih simptomov.
- Psihosomatski simptomi naraščajo s starostjo in so pogostejši pri dekletih. Najpogostejši psihosomatski simptomi, ki se pojavljajo približno pri petini mladostnikov so nespečnost, nervoza, in razdražljivost. 22,8 % mladostnikov poroča o občutkih depresivnosti v zadnjem letu in 15,5 % 15-letnikov o samomorilnih mislih v zadnjem letu.
- Občutki depresivnosti s starostjo pomembno naraščajo. Dekleta pogosteje poročajo o občutkih depresivnosti in samomorilnih mislih kot fantje.

Duševno zdravje otrok in mladostnikov lahko spremljamo preko podatkov o iskanju pomoči oziroma obravnavah v zdravstvenih službah in po odločbah Komisij za usmerjanje.

V predlogu Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014-2018 (Ministrstvo za zdravje, 2013) je analiza prvih obiskov otrok in mladostnikov na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva zaradi duševnih motenj (Razpredelnica 2.3). Na primarni ravni lahko obiščejo zdravnika ali strokovnjake s področja duševnega zdravja (psihologa, specialista klinične psihologije, specialista otroške in mladostniške psihiatrije, specialnega pedagoga, logopeda). Najpogostejši so obiski zaradi motenj v duševnem razvoju, reakcij na hud stres in prilagoditvenih motenj, motenj hranjenja, hiperkinetičnih motenj ali vedenjskih in čustvenih motenj, ki se začnejo navadno v otroštvu. V starostni skupini nad 15 leti vzroki postanejo primerljivi z odraslimi; obiski najpogosteje zaradi duševnih in vedenjskih motenj, depresivnih epizod, anksioznih motenj, reakcij na hud stres in prilagoditvenih motenj, motenj hranjenja. V tem starostnem obdobju so tudi v porastu duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola, kanabinoidov, hlapljivih topil in uživanja več drog hkrati.

Razlogi za obiske na sekundarni ravni so podobni.

Razpredelnica 2.3. Razlogi prvih obiskov primarne in sekundarne zdravstvene mreže zaradi duševnih motenj po posameznih diagnozah, starostna skupina 0 do 19 let, Slovenija, 2013.

Duševne motnje (skupina)	Primarna raven			Sekundarna raven		
	Moški	Ženske	Skupaj	Moški	Ženske	Skupaj
F00-F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	11	18	29	21	15	36
F10-F19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi	108	64	172	140	69	209
F20-F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	33	22	55	53	57	110
F30-F39 Razpoloženske [afektivne] motnje	110	229	339	136	300	436
F40-F48 Nevrotske, stresne in somatoformne motnje	414	712	1126	437	733	1170
F50-F59 Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami	74	204	278	106	441	547
F60-F69 Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi	30	18	48	28	42	70
F70-F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)	180	157	337	98	70	168
F80-F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	1264	582	1846	1314	491	1805
F90-F98 Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu	1492	863	2355	2069	1114	3183
Skupaj	3716	2869	6585	4402	3332	7734

Vir: NIJZ, ZUBSTAT 2013

V predlogu Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014-2018 (Ministrstvo za zdravje, 2014) je tudi analiza o diagnozah starostne skupine od 0 do 19 let, ki je potrebovala bolnišnično

zdravljenje. Vključeni so vsi otroci in mladostniki, ki so bili hospitalizirani v katerikoli psihiatrični bolnišnici (Razpredelnica 2.4).

Razpredelnica 2.4. Število hospitalizacij zaradi duševnih motenj v psihiatričnih bolnišnicah, po sklopih glavnih diagnoz, starostna skupina 0 do 19 let, moški, ženske in skupaj, Slovenija 2013

Sklopi glavnih diagnoz po MKB 10	Moški	Ženske	Skupaj
F00-F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	2	0	2
F10-F19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi	11	2	13
F20-F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	40	29	69
F30-F39 Razpoloženske [afektivne] motnje	16	32	48
F40-F48 Nevrotske, stresne in somatoformne motnje	27	38	65
F50-F59 Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami	1	15	16
F60-F69 Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi	5	20	25
F70-F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)	7	3	10
F80-F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	5	0	5
F90-F98 Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu	31	63	94
F99 Neopredeljena duševna motnja	1	0	1
Skupaj	146	202	348

Vir: NIJZ, SBO 2013 (bolnišnične obravnave - hospitalizacije zaradi bolezni, agregacija po hospitalizacijah)

Posamezne kategorije posebnih potreb predstavljajo duševne motnje v ožjem smislu (čustvene in vedenjske motnje), nekatere pa so duševne motnje v širšem smislu (motnje v duševnem razvoju, avtistični spekter). Podatki iz let 2013 do 2015 (Zavoda RS za šolstvo, 2015) prikazujejo, da je zaradi čustvene in vedenjske motnje izdanih med 187 do 115 odločb letno, kaj je dokaj majhno število. Duševne motnje pri otrocih in mladostnikih niso v posebni kategoriji in se jih beleži v skupini dolgotrajno bolnih otrok (2010 odločb leta 2013, 1849 leta 2014 in 1894 leta 2015).

Število odločb ne prikazuje števila otrok s posebnimi potrebami, saj je pri enem otroku lahko izdanih več odločb.

V predlogu Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014-2018 (Ministrstvo za zdravje, 2014) so tudi podatki o otrocih, ki so potrebovali institucionalno obliko varstva (Razpredelnica 2.5) Otroke in mladostnike, ki zaradi vedenjskih in čustvenih motenj ter motenj v duševnem razvoju potrebujejo obravnavo v specializirani instituciji, sprejemajo:

- vzgojni zavodi,
- vzgojno-izobraževalni zavodi (tisti, ki združujejo domsko varstvo in šolo),
- centri za usposabljanje, delo in varstvo,
- mladinski domovi, stanovanjske oz. bivalne skupine
- zdravilišča, ki imajo v svojem programu tudi del rehabilitacije.

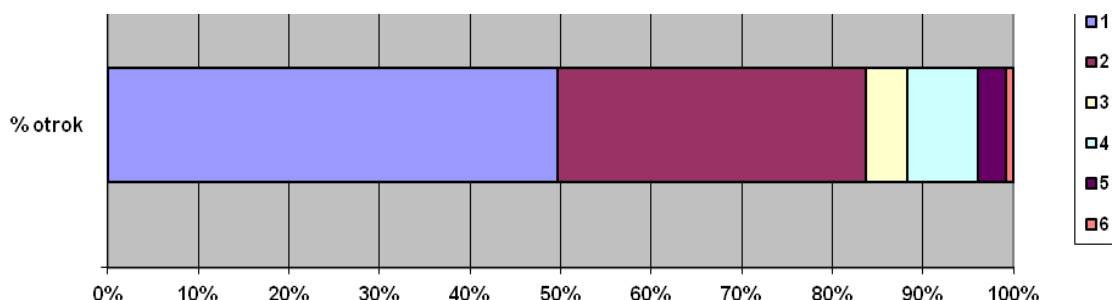
Skoraj dve tretjini vseh oseb s čustvenimi in vedenjskimi motnjami, ki bivajo v vzgojnih zavodih, je starih od 14 do 18 let in so moškega spola. Fantje prevladujejo v vzgojnih zavodih in v prevzgojnem zavodu, v mladinskih domovih pa je razmerje med spoloma skoraj izenačeno. Vsi otroci, ki bivajo v teh ustanovah, so vključeni v osnovnošolsko ali srednješolsko izobraževanje. Osnovnošolsko izobraževanje je večinoma organizirano v okviru zavoda, medtem ko srednješolsko izobraževanje poteka večinoma v zunanjih institucijah. Po odhodu iz teh ustanov se več kot tri četrtine otrok vrne k staršem ali skrbnikom.

V raziskavi Otroci in mladostniki s hudimi motnjami vedenja (Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo, 2011) je navedeno, da so v prvih treh mesecih leta 2011 CSD v obravnavo napotili 177 otrok in mladostnikov, ki so nasilni do sebe in/ali drugih. Podobno kot smo ugotovili že za leto 2010, jih je bilo največ napotenih v obravnavo k specialistu psihiatru oziroma specialistu klinične psihologije (51 oseb). Med vzgojnimi zavodi je bilo tudi v začetku tega leta največ napotenih v Vzgojni zavod Planina (18 oseb), sledita Vzgojno izobraževalni zavod Višnja Gora (11 oseb) in Zavod za vzgojo in izobraževanje

Logatec (9 oseb). Najpogostejši razlogi, zaradi katerih je zavod odklanjal sprejem mladoletnika so težave v duševnem zdravju, zasvojenosti in neprostoVOLjna namestitvev. Po podatkih CSD, so otroci in mladostniki, v prehodnem obdobju, ko jih zavod ne sprejme (zavrnjene vloge/odločbe), nameščeni v druge oblike bivanja oziroma ostanejo doma. Od 39 otrok in mladostnikov, za katere imamo podatek o tem, kje so bili nameščeni, ugotavljamo, da jih je bilo v letu 2010 največ nameščenih v matično družino (23 oseb), dosti jih je bilo nameščenih v krizni center (5 oseb), psihiatrično bolnišnico (5 oseb), med njimi tudi na varovani oddelek za odrasle ter v rejniško družino (4 osebe). En otrok ali mladostnik je bil nameščen v center za odvajanje odvisnosti, eden pa v Vzgojni zavod Planina.

Strokovne delavke in delavci v centrih za socialno delo, v šolah ter v vzgojnih in drugih zavodih ugotavljajo, da se v zadnjem času pojavlja vse več otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami, ki so lahko izražene v različnih stopnjah. Narava teh motenj je zelo kompleksna, pri njihovi opredelitvi in načrtovanju pomoči pa je potrebno upoštevati medsebojno učinkovanje bioloških, psiholoških, socialnih in okoljskih dejavnikov, pogosto pa se jim pridruži tudi duševna bolezen (Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo (2011) Otroci in mladostniki s hudimi motnjami vedenja – analiza stanja, str. 7). Gre za zelo kompleksno in zahtevno problematiko, izvajalci vzgojno-izobraževalnih ter zdravstvenih programov pa za obravnavo te skupine otrok in mladostnikov niso ustrezno opremljeni, ne z vidika prostora in kadra ne z vidika doktrine dela, zato ti otroci in mladostniki ostajajo brez ustrezne obravnave. Ti otroci oz. mladostniki imajo zelo specifične in različne potrebe in tvorijo izrazito heterogeno skupino. Ker zanje v sistemu ni na voljo ustrezne skrbi, se izgubljajo v sivih lisah sistema, ki zajema področja šolstva, socialnega varstva, zdravstva, zaradi pogoste delinkventnosti pa tudi policije in pravosodja.

V maju 2012 je Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport izvedlo presečno raziskavo o iskanju pomoči zaradi duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih, (v nadaljevanju otroci), ki so nameščeni v vzgojnih zavodih v letu 2011 (Zalokar, Demovšek, Šoln Vrbinc, 2011). Raziskava je zajela vse otroke, ki so v letu 2011 obiskali ambulantnega psihiatra ali bili hospitalizirani zaradi duševnih motenj. Od 379 otrok in mladostnikov jih je 159 (41,95 %) potrebovalo oskrbo zaradi težav v duševnem zdravju. Otroci so imeli od ene do tri diagnoze, od katerih so naj pogostejše čustvene in vedenjske motnje (Slika 2.1). V Razpredelnici 2.6 in Razpredelnici 2.7 prikazujemo podatke o izraženi avto in heteroagresiji. Število zabeleženih diagnoz duševnih motenj je bilo med 0 in 6. Diagnoze ni bilo pri enem otroku in zraven je bila dodana razlaga, da je še v postopku diagnostike. Vsaj eno diagnozo je imelo 129 otrok in mladostnikov.



Slika 2.1 Odstotki otrok in mladostnikov z eno, dvema, tremi, štirimi, petimi oziroma 6 diagnozami. N=129

Razpredelnica 2.6. Heteroagresivno vedenje pri otrocih in mladostnikih, ki bivajo v vzgojnih zavodih, Slovenija, 2012

HETEROAGRESIVNOST	Število otrok (odstotkov)
-------------------	---------------------------

ni izražena	13,7
verbalna heteroagresivnost	58,9
heteroagresivnost do predmetov	47,3
heteroagresivnost do drugih oseb	45,2
ni znano	6,2

Opomba: pri enem otroku je lahko izraženih več opisanih vedenj

Razpredelnica 2.7. Avtoagresivno vedenje pri otrocih in mladostnikih, ki bivajo v vzgojnih zavodih, Slovenija, 2012

AVTOAGRESIVNOST	Število otrok (odstotkov)
ni izražena	34,9
samopoškodbeno vedenje	29,5
samomorilne misli	33,6
samomorilni poskus v preteklosti	13
prekinjen samomor v preteklosti	2,7
ni znano	15,7

Opomba: pri enem otroku je lahko izraženih več opisanih vedenj

Zadnja HBSC raziskava iz leta 2014 je glede avtoagresivne in heteroagresivnega vedenja pokazala naslednje rezultate (Jeriček Klanšček, Koprivnikar, Drev, Pucelj, Zupanič, Britovšek, 2015):

– V obdobju 2002–2014 se je zvišal delež mladostnikov, ki so trpinčili vrstnike, znižal delež mladostnikov, ki so se pretepali, in znižal delež deklet, ki so bile trpinčene. Delež je višji med fanti kot med dekleti. 8,9 % mladostnikov je sodelovalo pri trpinčenju drugih vsaj dvakrat mesečno v preteklih mesecih. 9,8 % mladostnikov se je pretepalo vsaj trikrat v zadnjih 12 mesecih. 22,1 % mladostnikov je bilo žrtev trpinčenja vsaj enkrat v preteklih mesecih.

– V obdobju 2002–2014 se je znižal delež fantov skupaj, ki so se poškodovali v zadnjih 12 mesecih, in pri 13-letnikih zvišal delež deklet, ki so se poškodovali v zadnjih 12 mesecih. 42,1 % mladostnikov se je poškodovalo v zadnjih 12 mesecih. Od tistih, ki so se poškodovali v zadnjih 12 mesecih, je 36,5 % mladostnikov potrebovalo zdravniško oskrbo, kot so namestitev mavca, šivanje, operacija ali zdravljenje v bolnišnici. Najpogosteje so se poškodovali 13-letniki. Fantje so se pogosteje in resneje poškodovali kot dekleta.

V Republiki Sloveniji si letno v povprečju življenje vzame med 6 do 18 otrok in mladostnikov v starostni skupini do 19 let, med njimi je štirikrat več fantov kot deklet.

Samomor je na drugem mestu med vzroki smrti pri mladostnikih. Raziskava »Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih« iz leta 1998 je pokazala, da je kar 6,8 odstotka fantov in 13,6 odstotka deklet v starosti od 14 do 19 let že poskušalo storiti samomor (Tomori, 1998).

2.3 Zloraba psihoaktivnih snovi pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji

Dostopnost psihoaktivnih snovi je velika tudi za otroke in mladostnike in podatki so zaskrbljujoči.

O zlorabi psihoaktivnih snovi govori tudi zadnja HBSC raziskava iz leta 2014 (Jeriček Klanšček, Koprivnikar, Drev, Pucelj, Zupanič, Britovšek, 2015):

– Razširjenost kajenja se je v obdobju 2002–2014 zmanjšala pri obeh spolih in v vseh starostnih skupinah. 13,1 % 15-letnikov kadi vsaj enkrat tedensko, med spoloma ni razlik. 16,6 % 15-letnikov je prvič kadilo v starosti 13 let ali manj, več fantov kot deklet.

– V obdobju 2002–2014 se je znižal delež 15-letnikov, ki tedensko pijejo alkoholne pijače, in delež 15-letnih fantov, ki so bili opiti vsaj dvakrat. Znižal se je tudi delež 15-letnikov obeh spolov, ki so bili prvič opiti v starosti 13 let ali manj, zvišal pa delež 15-letnikov obeh spolov, ki so prvič pili alkoholne pijače v starosti 13 let ali manj. 30,3 % 15-letnikov je že bilo opitih vsaj dvakrat, med spoloma ni razlik. 13,9 % 15-letnikov pije alkoholne pijače vsaj enkrat tedensko, več fantov kot deklet. V starosti 13 let ali manj je prvič pilo alkoholno pijačo 39,5 % 15-letnikov, v isti starosti je bilo prvič opitih 8,6 % 15-letnikov, v obeh primerih več fantov kot deklet.

– 21,1 % 15-letnikov je že uporabilo konopljo. 18,7 % 15-letnikov je uporabilo konopljo v zadnjih 12 mesecih.

Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino (ESPAD), v kateri sodeluje 35 evropskih držav in v katero se redno vključuje tudi Republika Slovenija, je v letu 2015 zajela 96.043 mladostnikov (15-16 let), v Sloveniji 3.484. Do sedaj je bilo izvedenih 6 raziskav, v 4 letnih razmikih in celotna skupina obsega okoli 600.000 mladostnikov.

Glavne ugotovitve mednarodnega poročila Evropske raziskave o alkoholu in preostalih drogah 2015 kažejo, da kajenje in pitje alkohola med evropskimi 15- do 16-letnimi mladostniki na splošno kaže trend upadanja, vendar ne v vseh državah. Povečuje se raba novih drog in nastajajo nove oblike zasvojenosti. Raba prepovedanih drog se je po porastu med letoma 1999 in 2003 v raziskavi leta 2015 ustalila, a še vedno ostaja na visoki ravni.

Avtorji ocenjujejo, da restriktivna tobačna politika daje rezultate. V letu 2015 je nekaj več kot polovica anketirancev (54 % – razpon med državami od 34 % do 84 %) izjavila, da niso nikoli kadili (v Sloveniji 47,3 %), manj kot četrtina (21 % – razpon od 6 % do 37 %) pa jih je kadila v zadnjih 30 dneh pred raziskavo, v Sloveniji 22,3 %, precej več deklet (25,0 %) kot fantov (19,4 %). Delež mladostnikov, ki so začeli vsakodnevno kaditi pri 13. letih ali manj, je v 20 letih padel z 10 % na 4 % (v Sloveniji celo na 2 %).

Raba alkohola med anketiranimi mladostniki ostaja visoka. Raba alkohola je kadar koli v življenju padla z 89 % v letu 1995 na 81 % v letu 2015, raba alkohola v zadnjih 30 dneh pa s 56 % leta 1995 na 47 % leta 2015. Podatki za Slovenijo niso tako ugodni, saj se je od leta 1995 do 2015 delež mladostnikov, ki so v življenju že poskusili alkohol, celo povečal z 87 % na 89 %, raba alkohola v zadnjih 12 mesecih pred raziskavo pa s 73 % na 80 %. Razširjenost opijanja se v 20 letih ni bistveno spremenila, čeprav je v letu 2015 po progresivnem naraščanju do leta 2011 v nekaterih državah nekoliko padla. Manj spodbuden je tudi podatek, da je v letu 2015 v povprečju vsak tretji (35 %) mladostnik vsaj enkrat v zadnjem mesecu pred raziskavo spil pet ali več meric alkoholne pijače ob eni pivski priložnosti (v Sloveniji 44 %), več kot tri četrtine vprašanih pa zaznava dostopnost alkohola kot relativno lahko, v Sloveniji celo 85 %.

V povprečju je 18 % dijakov vsaj enkrat v življenju poskusilo katero od prepovedanih drog (razlike med državami so v razponu od 6 % do 37 %). Po splošnem trendu naraščanja razširjenosti prepovedanih drog med letoma 1995 in 2003, se je ta po letu 2003 ustalila, vendar ostaja na visoki ravni, saj je kar v desetih vključenih državah delež mladostnikov, ki so že katero poskusili katero od prepovedanih drog, višji od 25 % (Slovenija s 26 %).

Najpogostejša prepovedana droga v ESPAD vključenih državah je bil kanabis, ki ga je v povprečju vsaj enkrat v življenju že poskusilo 16 % mladostnikov (v razponu med državami od 4 % do 37 %, Slovenija 25%). V zadnjih 30 dneh pred raziskavo je kanabis v povprečju uporabilo 7 % 15- do 16-letnikov, v Sloveniji 12 %. Štiridesetkrat ali pogosteje (tj. redna rada) so v povprečju kanabis uporabili 3 % dijakov, v Sloveniji 4 % (2,8 % deklet in 5,2 % fantov). Med letoma 1995 in 2015 je na splošno naraščala tako raba kanabisa v vsem življenju (z 11 % v letu 1995 na 17 % v letu 2015) kot tudi v zadnjih 30 dneh pred raziskavo (s 4 % v letu 1995 na 7 % v letu 2015), najvišjo raven pa je dosegla v letu 2003. Približno vsak tretji dijak (30 %) ocenjuje, da je kanabis lahko dosegljiv, v Sloveniji celo 45 %, kar nas med državami ESPAD uvršča na drugo mesto za Češko republiko. Zaznana dostopnost drugih drog je precej nižja: ekstazi 12 % (v Sloveniji 17 %), kokain 11 % (v Sloveniji 16 %), amfetamini 9 % (v Sloveniji 8 %), metamfetamini 7 % (v Sloveniji 8 %), krek 8 % (v Sloveniji 12 %).

Z izjemo kanabisa ostajajo deleži rabe preostalih prepovedanih drog v vsem življenju relativno nizki in se gibljejo okoli 1 % oz. 2 %, v Sloveniji pa od 0,5 % (GHB) do 3 % (nore gobe). Skoraj 3-odstotni delež dosegajo med slovenskimi dijaki tudi nove psihoaktivne snovi, medtem ko je povprečje držav ESPAD 4

%, kar verjetno kaže na to, da bo treba v prihodnje pozorno spremljati rabo teh snovi. Kar 14 % slovenskih dijakov je v življenju že vdihovalo hlapila, kar je dvakrat več od povprečja držav ESPAD (7 %), a hkrati precej manj kot leta 2011, ko je imela izkušnje s hlapili petina dijakov.

V povprečju dijaki, stari 15 do 16 let, skoraj šest dni na teden uporabljajo internet. Dekleta pogosteje uporabljajo družabna omrežja štiri ali več dni na teden (83 % dekleta – 73 % fantje, v Sloveniji 86 % dekleta – 69 % fantje). Fantje v večjem deležu vsaj štiri dni na teden igrajo spletne igrice (39 % fantje – 7 % dekleta, v Sloveniji 33 % fantje – 4 % dekleta). V povprečju je vsaj enkrat v zadnjem letu pred raziskavo igralo spletne igre za denar 14 % dijakov, občutno več fantov (23 %) kot deklet (5 %), v Sloveniji pa celo 21 % dijakov, in sicer 32 % fantov in 11 % deklet, kar je za Grčijo drugi največji delež med dekleti. Spletne igre na srečo večkrat mesečno igra 7 % dijakov (12 % fantov – 2 % deklet), v Sloveniji pa 9 % dijakov (20 % fantov – 4 % deklet).

2.4 Stigma duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih

Podrobnejših in natančnih podatkov o vplivu stigme, ki spremlja duševne motnje za otroke in mladostnike v Sloveniji nimamo. Predlog Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014-2018 (Ministrstvo za zdravje, 2014) poudarja pomen stigme pri duševnem zdravju otrok in mladostnikov. Stigmatizacija je strokovni sociološki izraz, ki označuje poseben odziv okolja na drugačnost/različnost. Otrok in mladostnik je pri oceni svojih težav odvisen od okolice oz. od tega, kako hitro le ta zazna njegove težave. Pogosto se zgodi, da otrokove in mladostnikove težave v primerjavi z odraslimi trajajo daljše obdobje brez iskanja zdravstvene pomoči. Razlog za to lahko iščemo v odnosu staršev in okolice, do duševne motnje in pomoči s strani strokovnjakov s področja duševnega zdravja. Razloge za otrokove težave starši velikokrat iščejo v okolici (šola, družba), ali pa pri sebi (vzgoja, družinske razmere) in se zaradi tega ukvarjajo z občutki krivde, namesto, da bi poiskali ustrezno strokovno pomoč. Otrokove in mladostnikove težave se pogosto minimizirajo z enostavnimi razlagami – krivo je razvojno obdobje, puberteta, čeprav je v ozadju pogosto prav strah zaradi stigmatiziranosti duševnih motenj. Obisk v ambulantni strokovnjaka s področja duševnega zdravja pogosto vsi doživljajo negativno: otroci, mladostniki in starši. Pravilna in pravočasna obravnava otroka in mladostnika z duševno motnjo ne pomeni zgolj zdravljenja te duševne motnje sedaj, pač pa predstavlja preventivo razvoja dodatnih duševnih motenj v odraslem obdobju.

2.5 Kršenje otrokovih pravic

V praksi ugotavljamo resna kršenja otrokovih pravic prav na področju skrbi za duševno zdravje.

Predlog Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014-2018 (Ministrstvo za zdravje, 2014) opozarja, da nikjer v državi nimamo oddelka pod posebnim nadzorom za otroško in mladostniško psihiatrijo, kjer bi dobili ustrezno pomoč vsi otroci in mladostniki z duševnimi motnjami, ko je njihovo psihično stanje tako hudo moteno, da potrebujejo stalen nadzor in intenzivno psihiatrično zdravljenje. V praksi se tako dogaja, da so sprejeti na oddelke za odrasle s težavami v duševnem zdravju, kljub zakonu o duševnem zdravju, kjer je v 15. členu zapisano, da se mladoletnika praviloma ne sprejme na zdravljenje v oddelke pod posebnim nadzorom skupaj s polnoletnimi osebami, razen če bi bilo to zanj koristno.

Še posebej se pomanjkanje primerne ustanove čuti ob naraščajočem številu otrok in mladostnikov s težkimi čustvenimi in vedenjskimi motnjami, ko se njihova duševna motnja poslabša do te mere, da bi potrebovali urgentno bolnišnično psihiatrično oskrbo, vsaj za osnovno diagnostiko. To populacijo zato v Sloveniji nameščamo od enega do drugega vzgojnega zavoda, z vmesnimi postanki na oddelkih pediatrije, na oddelkih za otroško in mladostniško psihiatrijo ali pa na oddelkih za odrasle psihiatrične bolnike, od katerih eni niso strokovno, drugi ne kadrovsko, nobeni pa prostorsko primerni za takšno delo.

Nikjer v Sloveniji ni organizirane nujne psihiatrične pomoči za otroke in mladostnike in prav tako nimamo organizirane nujne pomoči pri specialistih klinične psihologije, zato je pritisk za sprejeme v bolnišnične oddelke velik.

Nekateri otroci in mladostniki z duševnimi motnjami (npr. s shizofrenijo, avtizmom, s čustvenimi in vedenjskimi motnjami) po končani hospitalizaciji potrebujejo rehabilitacijo, vendar obstajata v Sloveniji trenutno le dva tri mesečna rehabilitacijska programa za otroke/mladostnike z motnjo hranjenja in z čustveno motnjo.

Iz podatkov raziskave Otroci in mladostniki s hudimi motnjami vedenja (Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo, 2011) izhaja, da so imeli v zadnjem letu CSD pri približno 45 otrocih in mladostnikih težave z namestitvijo v vzgojne zavode, za približno 96 otrok in mladostnikov pa po oceni CSD nimamo ustreznih institucionalnih oblik pomoči. Institucionalna oskrba in programi pomoči za otroke in mladostnike s čustvenimi in vedenjskimi težavami sodi pod okrilje Ministrstva za izobraževanje in šport. Nujno je potrebna prilagoditev kapacitet in programov potrebam otrok in mladostnikov.

2.6 Neenakost glede dostopnosti služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov

V Sloveniji nimamo analize dostopnosti služb in spremljamo dostopnost preko razporeditve služb, strokovnjakov in storitev za posamezno okolje in njegovo populacijo.

V Sloveniji prevladuje institucionalna oblika oskrbe, uporabnikom približane svetovalnice in ambulantne službe pa se nezadostno razvite oziroma pomanjkljive. Pomembnost promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih nima pravega razumevanja, programi so nezadostni in ne pokrijejo vseh pomembnih vsebin.

Predlog Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014-2018 (Ministrstvo za zdravje, 2014) navaja, da mreža služb za otroško in mladostniško psihiatrijo ne zadošča potrebam nikjer po državi, regije kot so Koroška, Pomurska in Krško-Brežiška pa so sploh brez otroškega in mladostniškega psihiatra. Nekatere regije stisko rešujejo s pogodbenim občasnim delom že upokojenih specialistov otroške in mladostniške psihiatrije – npr. Zasavje. Podobna situacija pomanjkljive

dostopnosti se kaže tudi za specialiste klinične psihologije za otroško in mladostniško populacijo. Po oceni naj bi jih v celotni Republiki Sloveniji delalo z otroci 35 in so tako kot specialisti otroške in mladostniške psihiatrije neenakomerno razporejeni.

Čakalna doba na specialistične preglede postaja nesprejemljivo dolga (nad 4 mesece). Ambulantni otroški in mladostniški psihiatri so preobremenjeni z rednim vodenjem bolnikov, ki jih lahko povečini naročajo le na 1-2 mesečne kontrole, za urgentne primere pa ne morejo ustrezno poskrbeti. Tako je redna praksa, da otrok in mladostnik z duševnimi motnjami ali težavami, ki potrebujejo takojšnjo pomoč, hospitaliziran, saj na sekundarni ravni ne more priti dovolj hitro do ustrezne pomoči.

Dostopnost strokovnjakov tima (logoped, psiholog) na sekundarni ravni je zelo neenakomerna, saj otroci in mladostniki v nekaterih regijah nimajo možnosti za ustrezno strokovno obravnavo (Razpredelnica 2.8).

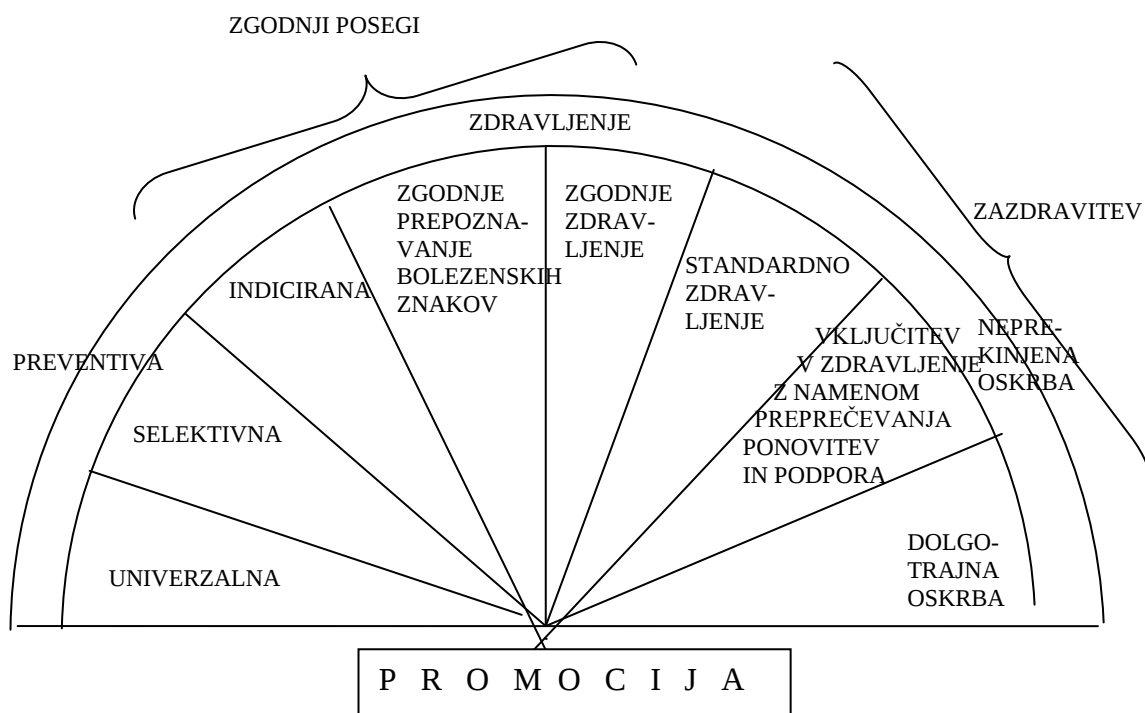
Razpredelnica 2.8. Število prvih pregledov v ambulantah otroške in mladostniške psihiatrije pri vseh izvajalcih dejavnosti (zdravstveni domovi, bolnišnice, koncesionarji), statistične regije, 2012

Regija	Zdravstveni dom	Bolnišnica	Koncesionar	Skupaj
Pomurska	218	0	0	218
Podravska	397	46	346	789
Koroška	0	0	0	0
Savinjska	336	0	0	336
Zasavska	94	0	0	94
Spodnjeposavska	0	0	0	0
Jugovzhodna Slovenija	0	0	153	153
Osrednjeslovenska	177	139	666	982
Gorenjska	223	53	40	316
Notranjsko – kraška	0	0	0	0
Goriška	253	0	93	346
Obalno-kraška	152	0	45	197
Skupaj	1850	238	1343	3431

Vir: ZZS

2.7 Obstoječe službe za duševno zdravje otrok in mladostnikov

Službe izvajajo primarno, sekundarno in terciarno preventivo pri tej populaciji (Slika 2.1), ob upoštevanju, da se za področje duševnega zdravja primarna preventiva deli na univerzalno (obsega celotno populacijo), selektivno (usmerjena je na osebe s povečanimi tveganji) in indicirano (usmerjeno na osebe, ki že imajo posamezne težave v duševnem zdravju, a še niso razvile duševne motnje). Zgodnje prepoznavanje in zdravljenje so prav tako nekoliko bolj poudarjeni v okviru sekundarne preventive, seveda pa vanjo spada tudi standardno zdravljenje. Terciarna preventiva je za duševne motnje definirana enako kot pri drugih zdravstvenih težavah.



Slika 2.2. Spekter posegov na področju duševnega zdravja. Commonwealth Department of Health and Aged Care (2000) ter Mrazek in Haggerty (1994).

Seznam prepoznanih služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov spada v sektorje vzgoje in izobraževanja, socialnih služb in zdravstva (Razpredelnica 2.9).

Razpredelnica 2.9 Seznam služb, ki so pomembne za duševno zdravje otrok in mladostnikov

Vzgoja in izobraževanje	Socialno varstvo	Zdravstveno varstvo
Komisije za usmerjanje	Centri za socialno delo	Družinska medicina in pediatrija na primarni ravni
Vrtci		Ginekologija in porodništvo
Osnovne in srednje šole		Materinske šole
Svetovalna služba v vrtcih, šolah		Razvojne ambulante
Promocija in preventiva v programih zdrava šola in podobno		Centri za mentalno zdravje, svetovalni centri in ambulantna specialistična oskrba
Zavodi za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami	Vzgojno varstveni zavodi	Bolnišnice
Svetovalni centri		Rehabilitacija

2.7.1 Vzgoja in izobraževanje

Vrtci in šole niso zgolj mesta, kjer se otroci in mladostniki učijo akademskih veščin, pač pa so mesta vzgoje, dodatne socializacije, izgradnje vrednosti in učenja načinov soočanja z vsakodnevnimi težavami ter s tem širitve veščin kompetenc pridobljenih v primarni družini. Skrb za lastno telesno in duševno zdravje je privzgojena vrednota.

Predlog Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014-2018 (Ministrstvo za zdravje, 2014) prepoznava področje vzgoje in izobraževanja skladno z mednarodnimi dokumenti in smernicami kot pomembno področje pri varovanju duševnega zdravja.

Mreža služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov vključuje tudi skrb za otroke s posebnimi potrebami, saj so med njimi otroci in mladostniki, ki imajo različne oviranosti, ki predstavljajo dejavnike tveganja za razvoj duševnih motenj, imajo motnje v duševnem razvoju, ki potrebujejo določene pristope in imajo duševne motnje, ki zahtevajo zdravljenje.

Nehote se postavi vprašanje, pri kakšnem deležu otrok in mladostnikov njegove težave prepoznamo dovolj zgodaj in ima možnost obravnave v času, ko je pričakovati največjo korist. Obveznost šolanja zagotovo pripomore k prepoznavanju težav, vprašanje pa je, ali prepoznavanju sledi ustrezno ukrepanje, ki traja dovolj časa in vključi tudi na primer starše.

KOMISIJE ZA USMERJANJE OTROK S POSEBNIMI POTREBAMI

Sektor: Vzgoja in izobraževanje

Velikost/število: Oddelek (prej Center) za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami deluje v okviru ZRSŠ od meseca aprila 2007. V letu 2010 je delovalo 21 komisij za usmerjanje. Število izdanih odločb je bilo lani že okrog 8000, kar ne odraža števila otrok s posebnimi potrebami, saj ima lahko en otrok več odločb.

Osebe: 9 predsednikov komisij za usmerjanje, 12 pogodbenih sodelavcev, v komisijah skupno sodeluje približno 350 članov – zunanjih sodelavcev.

Regionalna razporeditev: Koper 1, Nova Gorica 1, Kranj 2, Ljubljana 8, Novo mesto 2, Celje 1, Slovenj Gradec 1, Maribor 4, Murska Sobota 1

Pomen za področje duševnega zdravja: **preventiva** (splošna, selektivna in incizivna), omogočanje dolgotrajnega tretmana

Sodelovanje z drugimi službami: Formalne in strokovne podlage za sodelovanje z drugimi službami v mreži.

Komisije za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami (KUOPP) so pomembne za področje duševnega zdravja in smo jih uvrstili v mrežo služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov. Odločbe namreč otrokom in mladostnikom zagotavljajo vrsto storitev in koriščenje služb. Vrtci, šole in specialni zavodi za otroke s posebnimi potrebami s svojimi dejavnostmi iz perspektive duševnega zdravja zagotavljajo storitve primarne preventive v vseh treh delih in preko podpore otrokom s posebnimi potrebami zagotavljajo inkluzijo, reintegracijo in rehabilitacijo. V vzgojnih zavodih so otroci z odločbami KUOPP in imajo težave v duševnem zdravju oziroma imajo diagnosticirane resne duševne motne, zato izvajajo tako preventivo kot tudi kurativo in rehabilitacijo. V rednih šolah otroci in mladostniki pridobijo predvsem dodatno strokovno pomoč za to usposobljenih strokovnih delavcev in prilagoditve.

Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami – ZUOPP-1 v 3 členu določa, da so otroci s posebnimi potrebami otroci z motnjami v duševnem razvoju, slepi in slabovidni otroci oziroma otroci z okvaro vidne funkcije, gluhi in naglušni otroci, otroci z govorno-jezikovnimi motnjami, gibalno ovirani otroci, dolgotrajno bolni otroci, otroci s primanjkljaji na posameznih področjih učenja, otroci z avtističnimi motnjami ter otroci s čustvenimi in vedenjskimi motnjami, ki potrebujejo prilagojeno izvajanje programov

vzgoje in izobraževanja z dodatno strokovno pomočjo ali prilagojene programe vzgoje in izobraževanja oziroma posebne programe vzgoje in izobraževanja (ZUOPP 1, 2011).

Kategorizacija oziroma razvrščanje sta v preteklosti temeljila na ugotavljanju, kdo ima motnje v telesnem oziroma duševnem razvoju z namenom, da se te posameznike prepozna in se jih napoti v zanje prilagojene posebne institucije. Nato je prevladala nova paradigma vključevanja, ki je nadomestila nameščanje otrok v inštitucije. Bela knjiga o vzgoji in izobraževanju v RS (1995) je mejnik sprememb na področju vzgoje in izobraževanja in je vključila tudi skrb za otroke s posebnimi potrebami (Opara, Barle Lakota, Globačnik, in sod. 2010)

Zato vzgoja in izobraževanje otrok s posebnimi potrebami temelji na ciljih in načelih, določenih v zakonih za posamezno področje vzgoje in izobraževanje in na naslednjih ciljih in načelih (Opara, Barle Lakota, Globačnik, in sod. 2010):

- enakih možnosti s hkratnim upoštevanjem različnosti otrok
- ohranjanje ravnotežja med različnimi vidiki otrokovega telesnega in duševnega razvoja
- vključevanje staršev v proces vzgoje in izobraževanja
- zagotovitev ustreznih pogojev, ki omogočajo optimalni razvoj posameznega otroka
- pravočasna usmeritev v ustrezen program vzgoje in izobraževanja
- organizacija vzgoje in izobraževanja čim bližje kraju bivanja
- celovitosti in kompleksnosti vzgoje in izobraževanja
- individualiziranega pristopa
- kontinuiranost programov vzgoje in izobraževanja
- interdisciplinarnost.

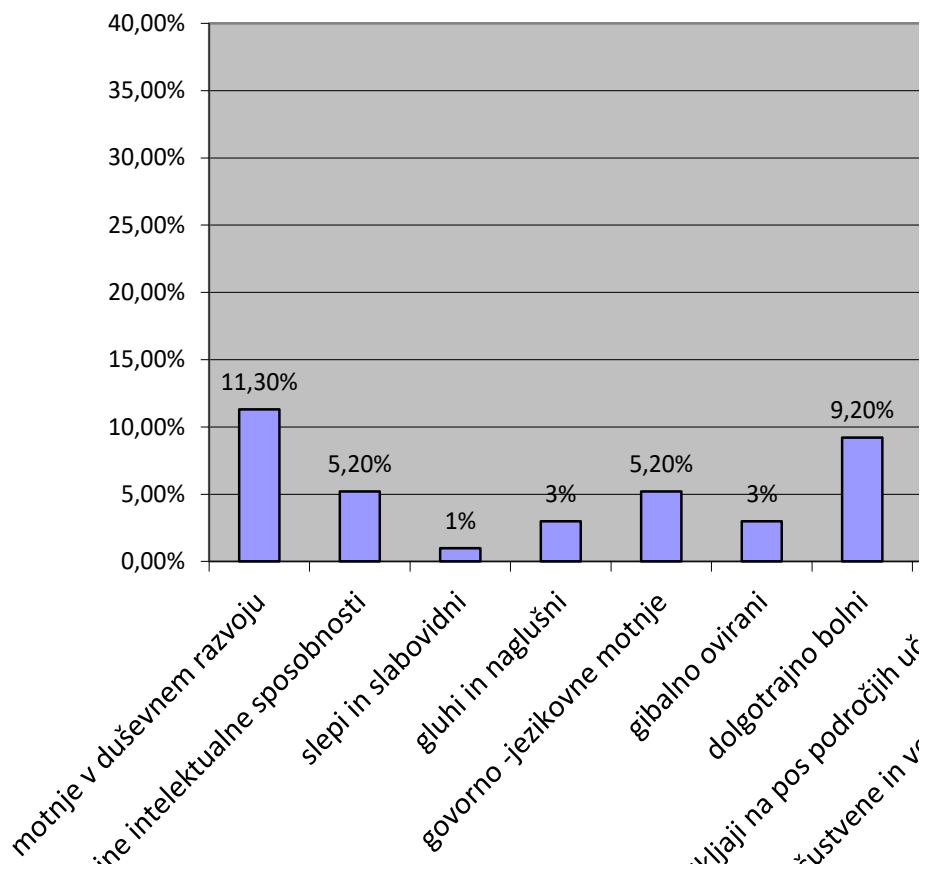
Vsi, ki so vključeni v postopek usmerjanja, vključno s starši, ugotavljajo, da postopek praviloma traja predolgo in je zapleten. Pojavlja se porast števila postopkov in da so v nekaterih primerih podane zahteve za začetek postopka usmerjanja za otroke, ki ne sodijo v skupine otrok s posebnimi potrebami, temveč dokumenti kažejo bolj na splošne učne težave, vendar se presenetljivo malo postopkov prvega usmerjanja zaključijo z odločitvijo, da se otrok ne usmeri (Opara, Barle Lakota, Globačnik, in sod. 2010).

Za nekatere pogoste motnje ni določene posebne skupine in se ti otroci usmerjajo pod obstoječimi skupinami (npr. otroci s sindromom motnje aktivnosti in pozornosti, otroci z mejnimi duševnimi sposobnostmi).

Ob usmeritvi otroka s čustvenimi in vedenjskimi motnjami je vedno prisoten predstavnik Centra za socialno delo. Ni znano, zakaj je teh otrok v celotni skupini zelo malo. Možno je, da starši bodisi vzgojno izobraževalni zavodi skušajo vplivati na strokovno mnenje KUOPP in izsilijo odločitev, ki se kasneje izkaže kot strokovno neustrezna in celo otroku v škodo. Po mnenju Stalne strokovne skupine za otroke in mladostnike z motnjami v razvoju pri Razširjenem strokovnem kolegiju za pediatrijo bi v tem primeru moral biti obvezni član KUOPP pedopsihiater, predstavnik Centra za socialno delo pa samo takrat, ko se otroka usmerja v zavod (Opara, Barle Lakota, Globačnik, in sod. 2010)

Pojavljajo se tudi kritike na račun usmerjanja. Rovšek (2013) ugotavlja, da so otroci z blažjo motnjo v duševnem razvoju tudi do 10 let usmerjeni v prezahteven program in da komisije uporabljajo zelo heterogena merila.

Slika 2.3. Deleži izdanih odločb po vrsti primanjkljaja, ovire oz. motnje (2005-2009) povzeto po (Opara, Barle Lakota, Globačnik, in sod. 2010)



SVETOVALNA SLUŽBA

Sektor: Vzgoja in izobraževanje

Velikost/število: Po Pravilniku o normativih in standardih za izvajanje programa osnovne šole se v šolah z 20 oddelki sistemizira eno delovno mesto svetovalnega delavca, v šolah z večjim ali manjšim številom oddelkov pa v ustreznem deležu. V šolah in zavodih, ki izvajajo prilagojene programe za otroke s posebnimi potrebami ter v vzgojnih zavodih je ta delež vezan na 10 oddelkov, če pa ima vzgojni zavod le stanovanjske skupine, mu pripadata najmanj 2 delovni mesti svetovalnega delavca

Osebe: 1004 svetovalni delavci v letu 2014 v šolah in zavodih, 155 svetovalnih delavcev v vrtcih v letu 2015.

Regionalna razporeditev: v vseh vzgojnih in šolskih zavodih.

Naloge: Na področju duševnega zdravja izvajajo **preventivo** (splošna, selektivna in incizivna)

Sodelovanje z drugimi službami: Formalne in strokovne podlage za sodelovanje z drugimi službami v mreži.

Svetovalna služba sledi programskim smernicam, ki jih sprejema Nacionalni kurikularni svet.

PREDŠOLSKA VZGOJA

Sektor: Vzgoja in izobraževanje

Velikost/število: V predšolsko vzgojo in izobraževanje v vrtcih je bilo po stanju 30. septembra 2014 (to je referenčni datum pridobitve podatkov za opazovano šolsko leto) vključenih 84.750 otrok, to je 76,8 % vseh otrok v starosti 1–5 let. Predšolsko vzgojo in izobraževanje leta 2014/15 izvaja 979 vrtcev in njihovih enot. Leta 2013/2014 je delovalo 48 razvojnih oddelkov vrtcev in vključenih je bilo 230 otrok. Dodatna strokovna pomoč pomeni 3 ure tretmaja tedensko. Prilagojen program predšolske vzgoje ne vključuje dodatne strokovne pomoči.

Osebe: V letu 2015 je izvajalo predšolsko vzgojo in izobraževanje v vrtcih 10.901 strokovnih delavcev, od tega 5.174 vzgojiteljev in 5.727 pomočnikov vzgojiteljev. Enemu vzgojitelju in pomočniku vzgojitelja je bilo povprečno dodeljenih 8 otrok (8,1). Program dodatne strokovne pomoči in delo v razvojnem oddelku izvajajo različni specialni pedagogi.

Regionalna razporeditev: Ustanovitev razvojnega oddelka je odvisna od ustanovitelja – občine. Možnost ustanovitve imajo vrtci, v primeru, da imajo vsaj 3 otroke s posebnimi potrebami

Pomen za področje duševnega zdravja: **preventiva** (selektivna in incizivna) in **neprekinjena oskrba** (dodatna strokovna pomoč, razvojni oddelki)

Sodelovanje z drugimi službami: Formalne in strokovne podlage za sodelovanje z drugimi službami v mreži.

V predšolsko vzgojo in izobraževanje v vrtcih je bilo vključenih 40.600 4- in 5-letnikov ali 90,5 % vseh otrok te starosti. Evropski strateški cilj, zapisan v dokumentu Izobraževanje in usposabljanje 2020, predvideva, da naj bi bilo v predšolsko izobraževanje vključenih 95 % otrok te starosti. Slovenija tega cilja še ni dosegla (SURS, 2014).

Predšolska vzgoja za otroke s posebnimi potrebami obsega v program za predšolske otroke s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo, v prilagojene programe za predšolske otroke in v razvojne oddelke (Opara, Barle Lakota, Globačnik, in sod. 2010). V Sloveniji je v primerjavi z ostalimi evropskimi državami velika večina otrok vključena v vrtce. Otroci, ki niso vključeni v vrtce, zato nimajo dostopa do pomoči, saj pomoč na domu ni zagotovljena, niti je zakonodaja ne predvideva. Bela knjiga sicer dopušča možnost strokovne pomoči na domu, kjer kot enega izmed integracijskih programov predlaga »strokovno obravnavo na domu z možnostjo občasnega vključevanja v razvojni oddelk ali druge skupine otrok v vrtcu«, zakonodaja na področju otrok s posebnimi potrebami pa je ne udejanja. Hkrati omogoča vsakemu otroku z motnjo v razvoju vključitev v enega izmed programov predšolske vzgoje v vrtcu ali zavodu za usposabljanje vsaj dve leti pred vstopom v šolo (Bela knjiga, 1995). Poleg tega so v prednosti tisti otroci, ki so vključeni v vrtce, saj jim je na osnovi odločbe o usmeritvi mogoče dodeliti ure dodatne strokovne pomoči za premagovanje primanjkljajev, ovir oziroma motenj. V praksi je prisotna velika potreba po strokovni pomoči na domu tudi za otroke, ki so vključeni v vrtce, predvsem pa za tiste, ki so v domačem varstvu. Ravno tako pomembna pa je tudi podpora staršem, njihovo informiranje in usmerjanje. Sodelovanje s starši je omejeno na informiranje, svetovanje, seznanjanje z napredkom otroka, vendar ostaja na mnogih mestih precej nedorečeno. Pomoč družini je zaenkrat bolj odvisna od tega, kako se starši znajdejo v tem sistemu, kajti pravica staršev do celostnega individualiziranega programa kot storitev za starše ni uzakonjena. V slovenskem prostoru obstaja tudi precejšnja neusklajenost oz. podvajanje različnih podpornih storitev med zdravstvenim in vzgojno-izobraževalnim sektorjem, kar povečuje netransparentnost nujenja pomoči staršem ter povečuje razlike med dostopnostjo storitev med mestom in podeželjem (Opara, Barle Lakota, Globačnik, in sod. 2010).

Razpredelnica 2.10. Strokovni delavci za otroke s posebnimi potrebami (SURS, 2015)

	Strokovni delavci za otroke s posebnimi potrebami - SKUPAJ	Vzgojitelji	Pomočniki vzgojiteljev
Delovno področje - SKUPAJ	175	115	60
Razvojni oddelki	104	55	49
Dodatna strokovna pomoč v rednih oddelkih vrtca	71	60	11

Iz evidence PUOPP pri ZRSŠ povzemamo podatke o številu odločb v letu 2015 za Program za predšolske otroke s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo (teh je bilo 728) in Prilagojen program za predšolske otroke (teh je bilo 85) (PUOPP pri ZRSŠ, 2016).

OPOMBA: Število odločb ni enako številu otrok s posebnimi potrebami, saj ima en otrok lahko več odločb, je pa orientacijska vrednost.

Razpredelnica 2.11 Število predšolskih otrok s posebnimi potrebami (OPP) v programih za predšolske otroke s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo (DSP), v prilagojene programe za predšolske otroke in v razvojne oddelke, glede na celotno vključenost otrok v vrtce (SURS)

Šolsko leto	OPP v programu za predšolske otroke s prilagojenim izvajanjem in DSP		OPP v prilagojenem programu (zavodi)		OPP v prilagojenem programu (razvojni vrtci)		Skupaj OPP	Skupaj vseh otrok v vrtcih	Delež OPP v vrtcih
	Število	%	Število	%	Število	%	Število	Število	%
2000/01	210	0,3	115	0,2	265	0,4	590	63.328	0,9
2001/02	256	0,4	115	0,2	236	0,4	607	61.803	1
2002/03	191	0,3	120	0,2	205	0,3	516	58.968	0,9
2003/04	334	0,6	122	0,2	249	0,5	705	54.515	1,3
2004/05	456	0,8	103	0,2	195	0,4	763	54.815	1,4
2005/06	441	0,8	75	0,1	190	0,3	706	57.134	1,2
2006/07	523	0,9	68	0,1	236	0,4	827	57.127	1,4
2007/08	474	0,8	66	0,1	162	0,3	702	61.359	1,1
2008/09	545	0,8	50	0,08	251	0,4	846	65.996	1,3
2009/10	639	0,9	55	0,08	218	0,3	912	71.124	1,3
2010/11	755	1,0	56	0,07	207	0,3	1.018	75.972	1,3
2011/12	835	1,0	48	0,06	230	0,3	1.113	81.221	1,4
2012/13	978	1,2	62	0,07	223	0,3	1.263	83.090	1,5
2013/14	1038	1,2	52	0,06	208	0,2	1.298	83.700	1,6
2014/15	1074	1,3	75	0,09	249	0,3	1.398	84.750	1,6
2015/16	1138	1,3	74	0,09	241	0,3	1.453	85.407	1,7

Vir: SURS

Razpredelnica 2.12: Število predšolskih otrok s čustvenimi in vedenjskimi motnjami

2012/13			2013/14			2014/15		
Redni odd.	Razvojni odd.	Skupaj	Redni odd.	Razvojni odd.	Skupaj	Redni odd.	Razvojni odd.	Skupaj
41	8	49	44	6	50	40	3	43

Dodatno strokovno pomoč lahko izvajajo različni specialni pedagogi oziroma defektologi – logoped, specialni pedagog za otroke z motnjo v duševnem razvoju, tiflopedagog, surdopedagog, skladno z odločbo in največ 3 ure tedensko in lahko je organiziran kot individualno delo, delo v manjši skupini, v oddelku ali v posebnem prostoru. Ta obseg zadošča otrokom s primanjkljaji na posameznih področjih učenja oz. tistim, ki imajo razvojni zaostanek na ravni lažje motnje v duševnem razvoju. V praksi se v ta program usmerja čedalje več otrok, ki imajo pomemben razvojni zaostanek na ravni najmanj zmerne motnje v duševnem razvoju in dolgotrajno bolnih otrok, kamor se med drugim vključujejo tudi otroci z avtističnimi motnjami, za katere je omenjen obseg 3 ur izrazito premajhen in ne omogoča ustreznega napredka otrok v za njih optimalnem obdobju (Opara, Barle Lakota, Globačnik, in sod. 2010). Zakonodaja ne predvideva nobene strokovne pomoči za otroke s posebnimi potrebami, ki so vključeni v prilagojeni program za predšolske otroke in se občasno vključujejo v redne oddelke vrtca, kar zmanjšuje učinkovitost prizadevanj za inkluzijo otrok s posebnimi potrebami. Prav področje prehajanja med različnimi programi bi moralo biti v inkluzivni paradigmi bolje opredeljeno in strokovno podprto (Opara, Barle Lakota, Globačnik, in sod. 2010).

OSNOVNA ŠOLA

Sektor: Vzgoja in izobraževanje

Velikost/število: V Sloveniji imamo 21 osnovnih šol z oddelki šole s prilagojenim programom. Odločbe izdajajo KUOPP. V letu 2015 je bilo v osnovne šole vključenih 172.013 učencev, od tega jih je bilo v osnovne šole vključenih 170.067 in v osnovne šole s prilagojenim programom 1946 učencev (SURS, 2015). Na naši spletni strani so novejši podatki, nekaj jih je že v tabelah zgoraj.

Osebe: učitelji in drugi strokovni delavci v šolah.

Regionalna razporeditev: v večjih mestih.

Pomen za področje duševnega zdravja: **preventiva** (splošna, selektivna in incizivna)

Sodelovanje z drugimi službami: Formalne in strokovne podlage za sodelovanje z drugimi službami v mreži.

Razpredelnica 2.13: Število in procenti otrok s posebnimi potrebami v osnovnih šolah

	2015/2016		2016/2017	
učenci z lažjo motnjo v duševnem razvoju* (MDR)	10	0,1%	10	0,1%
gluhi in naglušni (GLU, NGL)	238	2,4%	182	1,8%
učenci z govorno jezikovnimi motnjami (GJM)	1.180	11,7%	992	9,8%
slepi in slabovidni ter učenci z okvaro vidne funkcije** (SLE, SLV, OVF)	70	0,7%	63	0,6%
gibalno ovirani (GIB)	293	2,9%	179	1,8%
učenci s čustvenimi in vedenjskimi motnjami (ČVM)	324	3,2%	208	2,1%
dolgotrajno bolni* (DOB)	1.416	14,0%	1.161	11,5%
učenci s primanjkljaji na posameznih področjih učenja * (PPPU)	4.619	45,8%	4.371	43,3%
učenci z avtističnimi motnjami** (AM)	105	1,0%	126	1,2%
učenci z več motnjami*** (DRU)	1.836	18,2%	2.780	27,5%
SKUPAJ	10.091	100%	10.072	100%

Razpredelnica 2.14: Število učencev (in delež znotraj učencev s PP) s čustvenimi in vedenjskimi motnjami

2013/14		2014/15		2015/16	
251	2,9%	275	3,2%	324	3,2%

SREDNJEŠOLSKO IZOBRAŽEVANJE

Sektor: Vzgoja in izobraževanje

Velikost/število: V Sloveniji imamo 117 srednjih šol (javne in zasebne) ter 6 VIZ, ki izvajajo srednješolski program. V letu 2016 (stanje na 30.9.2016) je bilo v srednje šole vključenih 74.012 dijakov, od tega je 4.165 dijakov z odločbo o usmerjanju.

Osebe: 10.615 učiteljev in drugih strokovnih delavcev v letu 2016

Pomen za področje duševnega zdravja: **preventiva** (splošna, selektivna in incizivna)

Sodelovanje z drugimi službami: Formalne in strokovne podlage za sodelovanje z drugimi službami v mreži.

Razpredelnica 2.15: Število dijakov (in delež znotraj dijakov s PP) s čustvenimi in vedenjskimi motnjami

2013/2014		2014/2015		2015/2016	
54	1,4%	62	1,6%	95	2,3%

VZGOJNI ZAVODI

Med zavodi za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami smo posebej izbrali vzgojne zavode, torej zavode za otroke in mladostnike s čustvenimi in vedenjskimi motnjami in jih podrobneje opredelili glede njihove funkcije skrbi za duševno zdravje. Za druge zavode za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami velja podobno, kot smo zapisali za vzgojne zavode. V vzgojne zavoda z odločno nameščajo otroke in mladostnike CSD in z vzgojnim ukrepom sodišča.

Sektor: Vzgoja in izobraževanje

Velikost/število: do leta 2016 je bilo v Sloveniji 10 vzgojnih zavodov, po letu 2016 pa 9. Osebe: 426,78 delovnega mesta.

Regionalna razporeditev: je zgodovinsko določena in so vsi vzgojni zavodi ustanovljeni za celotno Slovenijo.

Naloge: V okviru skrbi za duševno zdravje vzgojni zavodi izvajajo **preventivo** (selektivna in incizivna), **zdravljenje** (zgodnje prepoznavanje bolezenskih znakov, zgodnje zdravljenje in standardno zdravljenje) in **neprekinjena oskrba** (zdravljenja z namenom preprečevanja ponovitev in druge tretmaje za izboljšanje psihosocialnega funkcioniranja in duševnega zdravja).

Sodelovanje z drugimi službami: z vsemi službami v mreži. Formalne in strokovne podlage za sodelovanje z drugimi službami v mreži.

Vzgojne ustanove v Sloveniji ustanavlja država in so namenjene otrokom in mladostnikom z vedenjskimi in čustvenimi motnjami (v nadaljevanju: otroci s ČVM), ki nimajo ustreznega družinskega varstva, oskrbe in vzgoje. V zakonodaji so opredeljene kot zavodi za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami za otroke s čustvenimi in vedenjskimi motnjami.

Sloveniji deluje 9 zavodov za otroke in mladostnike s čustvenimi in vedenjskimi motnjami in 1 prevzgojni zavod, ki se med seboj razlikujejo:

- po starosti populacije (nekateri so namenjeni le šoloobveznim otrokom, drugi mladostnikom po zaključeni šolski obveznosti, tretji sprejemajo oboje);
- po spolu (nekateri sprejemajo le fante, drugi fante in dekleta);
- po organiziranosti izobraževanja (nekateri imajo interno izobraževanje, drugod otroci in mladostniki obiskujejo šole v okolju, kjer je ustanova);

- glede na organiziranost življenja (nekateri imajo vzgojne skupine, drugi stanovanjske skupine, tretji imenujejo skupino otrok in mladostnikov družina);
- glede na nameščanje otrok (v ene centri za socialno delo, v druge centri za socialno delo in sodišča, v prevzgojni dom pa le sodišča).
- o vključitvi v nekatere programe pa se v okviru zakonsko določenih postopkov prešolanja otrok in mladostnikov ter ob vednosti in sodelovanju pristojnih centrov za socialno delo dogovorijo starši neposredno z izvajalci (Vzgojni zavodi, 2004).

Razpredelnica 2.164: Skupno število otrok in mladostnikov v vzgojnih zavodih

Šolsko leto	Vzgojni zavodi (10)
2011/12	412
2012/13	415
2013/14	417
2014/15	415
2015/16	419
2016/17	426

Vir: Statistična baza MIZŠ (Sektor za izobraževanje otrok s posebnimi potrebami)

Vzgoja in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi težavami je odgovorna družbena naloga učiteljev, poklicnih vzgojiteljev in drugih strokovnih delavcev, saj prevzema nase odgovornost za celovit osebnostni razvoj otrok in mladostnikov, predvsem pa poskuša nadoknaditi razvojne primanjkljaje in vrzeli, ki so nastali v predhodnih razvojnih obdobjih (Vzgojni zavodi, 2004). Vloga vzgojnih zavodov je vzgojna, kompenzacijska, korektivna in preventivna.

Zavodi za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami za otroke s čustvenimi in vedenjskimi motnjami so:

VZGOJNI ZAVODI

Vzgojni zavod sprejema otroke in mladostnike z vedenjskimi motnjami. Le v Vzgojnem zavodu Planina sprejemajo še otroke oz. mladostnike z lažjo motnjo v duševnem razvoju. V vzgojni zavod jih lahko napotijo centri za socialno delo (v nadaljevanju: CSD) in sodniki za mladoletnike. V prvem primeru gre za vzgojno varstveni in preprečevalni ukrep. V drugem primeru pa gre za sodni ukrep oddaje otroka oz. mladostnika v vzgojni zavod. Vzgojni zavodi sprejemajo otroke od 6. leta starosti dalje in lahko v zavodu ostanejo vse do 17. leta. Medtem ko zavodi za adolescente sprejmejo mladostnike stare od 14. do 18. leta starosti, s tem da lahko ostanejo v njem do dopolnjenega 21. leta (Skalar, 1995, str.5).

STANOVANJSKE SKUPINE

So stanovanja namenjena otrokom oz. mladostnikom, ki so vzgojno ogroženi ter obiskujejo osnovne in srednje šole. V samih skupinah poteka celotna nega, vzgoja, oskrba, izobraževanje in usposabljanje. V stanovanjsko skupnost otroke in mladostnike nameščajo centri za socialno delo ter matični vzgojni zavodi. Kadar namestijo osebe v stanovanjsko skupino oz. matične zavode, gre za dopolnilno obliko zavodske vzgoje, ki prispeva k mehkeemu prehodu iz bolj zaprtega in strukturiranega zavodskega okolja v samostojno življenje. Za premestitev se vzgojni zavodi odločijo, kadar otroci in mladostniki izpolnjujejo pogoje za samostojno in manj nadzorovano življenje. Stanovanjske skupine so urejene po vzgledu družinskega koncepta (Skalar, 1995).

MLADINSKI DOMOVI

Sprejemajo otroke oz. mladostnike, ki so ostali brez varstva in vzgoje v lastni družini, ki so vzgojno ogroženi, vzgojno težavni, pa tudi otroke s čustvenimi in vedenjskimi težavami. Večina teh otrok ima tudi učne težave. V dom jih usmerjajo CSD. Namen bivanja v domu je zagotovitev pogojev varnega in zdravega osebnega razvoja, cilj pa uspešen zaključek OŠ in/ali poklicnega izobraževanja. Otroci oz. mladostniki, ki se po odpustu ne morejo vrniti v svoje matične družine, si morajo ustvariti pogoje za samostojno življenje, pri čemer jim pomagata dom (strokovni delavci - vzgojitelji) in pristojni CSD. Vzgojni program se izvaja pretežno v vzgojnih skupinah (v domu) ali stanovanjskih skupinah na različnih lokacijah.

PREVZGOJNI DOM (spada v resor Ministrstva za pravosodje)

Sem napotijo mladostnike obeh spolov na prestatanje vzgojnega ukrepa, ki ga je odredilo sodišče za mladoletnike. Vanj so napoteni mladostniki v starosti od 14. do 21. leta, s tem da lahko ostanejo v prevzgojnem domu do dopolnjenega 23. leta.

ZAVOD ZA USPOSABLJANJE ČRNA NA KOROŠKEM Sem sodišča namestijo mladostnike, povzročitelje kaznivih dejanj, pri katerih je diagnosticirana zmerna motnja v duševnem razvoju.

Vzgojni zavodi sodelujejo s CSD (v času nameščanja varovanca v ustanovo in odpuščanja), starši, krajevno skupnostjo (prostovoljne akcije širšega družbenega pomena), zdravstvenimi službami (psiholog, pedopsihiater, fizioterapevt...), sodstvom, policijo, šolo, društvi in delovnimi organizacijami (integracija).

Naloge vzgojnih zavodov

Vzgojna ustanova funkcionira na osnovi strokovnih podlag (strokovna izhodišča, oblike, metode, sredstva). Naloge pa izhajajo iz ustreznih zakonov, podzakonskih in drugih normativnih aktov in standardov, ki urejajo delovanje vzgojne ustanove. Prav tako izhajajo iz razvojnih potreb varovancev, iz ciljev delovanja ustanove, temeljnih pravic gojencev po ustavi, deklaraciji o temeljnih pravicah otrok ter namena in pomena ustanove za družbo. Naloge vzgojne ustanove glede na specifičnost potreb varovancev so podrobneje opredeljene v letnih programih ali v letnih programih njenih integralnih delov (Škoflek in dr., 2003).

Naloge so:

- naloge za zdrav duševni in telesni (psihosomatski) razvoj;
- navajanje na kulturno bivanje;
- skrb za kognitivni razvoj;
- naloge širšega vzgojnega, moralno-etičnega, estetskega in kulturnega pomena;
- vzdrževanje in razvijanje varovančevih stikov izven ustanove;
- kompenzacijske naloge (osvojitve manjkajočega znanja, čustvenih in socialnih izkušenj; odprava motenj itd.). To se zagotovi z individualno učno pomočjo v okviru šole ali kot posebno prilagojeno pomoč v okviru vzgojne ustanove (vzgojitelj, inštrukcije);
- osebno integrativne naloge (nesprejemljive osebnostne značilnosti, neustrezne navade in razvade spremeniti v socialno in življenjsko uporabne, sprejemljive, koristne in perspektivne).

Razpredelnica 2.17 SURS izrečene kazni za mladoletnike za vsa kazniva dejanja skupaj (2014).

	Spol - SKUPAJ	Moški	Ženske
Glavna kazen - SKUPAJ	240	201	39
Mladoletniški zapor	1	1	-
Vzgojni ukrepi (skupaj)	239	200	39
Vzgojni ukrep - ukor	26	19	7
Vzgojni ukrep - navodila in prepovedi	21	18	3
Vzgojni ukrep - nadzorstvo organa socialnega skrbstva	174	145	29
Vzgojni ukrep - oddaja v vzgojni zavod	10	10	-
Vzgojni ukrep - oddaja v prevzgojni dom	7	7	-
Vzgojni ukrep - oddaja v zavod za usposabljanje	1	1	-
Ni izrečen vzgojni ukrep ali kazen	-	-	-

V Sloveniji je zanimivo, da je prav na prodročju vzgojnih zavodov, konkretnije v Vzgojnem zavodu Planina, nastala pobuda za celostno obravnavo otrok in mladostnikov, ki imajo različne duševne motnje in neobvladljivo avtoagresivno ali heteroagresivno vedenje in da strokovne službe imenovanega zavoda opozarjajo slovensko laično in strokovno javnost o znanstveno dokazanih dejstvih in pomembnosti zgodnje obravnave.

Vzgojni zavodi se prenavljajo in projektno bodo ustanovljeni trije strokovni centri, ki bodo pokrivali potrebe otrok in mladostnikov v Sloveniji. Po pilotni izvedbi bo opravljena evalvacijska študija z domačimi in tujimi strokovnjaki, ki bo lahko osnova za sistemsko ureditev. Populacija otrok in mladostnikov, ki potrebuje namestitve v vzgojne zavode se spreminja in Vzgojni zavod Planina je prvi zaznal povsem drugačne potrebe otrok in mladostnikov, ki imajo resne duševne motnje in je zato razvil poseben pedagoško medicinski model. Otroci in mladostniki z neobvladljivim vedenjem (heteroagresijo in /ali avtoagresijo) in duševnimi motnjami imajo celostno obravnavo, ki je individualizirana potrebam vsakega otroka. Število vlog in pohvalni odzivi strokovne javnosti kažejo, da je s tem zapolnjena pomembna praznina glede služb, še zdaleč pa ni narejeno vse, kar bi bilo možno.

2.7.2 Socialno varstvo

Zakon o socialnem varstvu (Uradni list, št. 3/07 – uradno prečiščeno besedilo) (v nadaljevanju: ZSV) določa več vrst socialnovarstvenih storitev, ki so dostopne kot pomoč posamezniku, družini in skupini prebivalstva pri reševanju osebnih stisk, nudenju oskrbe, varstvu, vzgoji in usposabljanju. Socialno varstvene storitve so namenjene

- preprečevanju socialnih stisk in težav (storitev socialne preventive, ki obsega aktivnosti in pomoč za samopomoč posamezniku, družini in skupinam prebivalstva) in
- odpravljanju socialnih stisk in težav (več vrst storitev). Slednje so: svetovanje posamezniku, do česar je upravičen vsakdo, ki na ozemlju Slovenije potrebuje pomoč, pomoč družini za dom in na domu, institucionalno varstvo, ki obsega vse oblike pomoči v zavodu, v drugi družini ali v drugi organizirani obliki. Namen takega varstva je, da se odrasli osebi ali otroku, ki potrebuje varstvo, nadomesti ali dopolni funkcija doma in lastne družine, in sicer predvsem z bivanjem, prehrano, varstvom in zdravstvenim varstvom.

Neposredne naloge po ZSV izvajajo javni socialno varstveni zavodi, ki za potrebe otrok in mladostnikov vključujejo: 62 centrov za socialno delo; 5 socialno varstvenih zavodov za usposabljanje otrok in mladostnikov s težko, težjo ali najtežjo motnjo v duševnem razvoju ter 10 kriznih centrov za mlade.

CENTRI ZA SOCIALNO DELO in INTERVENTNE SLUŽBE CSD

Naziv službe: Centri za socialno delo

Sektor: Socialno varstvo

Velikost/število: 62 CSD, ki so regionalno razporejeni, v 14-ih delujejo interventne službe

Osebe: Strokovni delavci na področju socialnega varstva, na podlagi 69. člena ZSV

Skupnost centrov za socialno delo Slovenije ima na podlagi 68. c člena ZSV javno pooblastilo, da določa katalog nalog, ki jih izvajajo centri za socialno delo ter določa standarde in normative za izvajanje posameznih vrst nalog.

Vloga na področju duševnega zdravja: **Preventiva**, podpora in pomoč v okviru storitev socialnega varstva in **neprekinjena oskrba** (dolgotrajna oskrba)

Sodelovanje z drugimi službami: z vsemi službami v mreži. Formalne in strokovne podlage za sodelovanje z drugimi službami v mreži.

V Sloveniji deluje 62 CSD. Mreža centrov za socialno delo s svojimi dejavnostmi in pooblastili iz perspektive duševnega zdravja otrok in mladostnikov izvaja področja preventive, podpore in pomoči v okviru socialnega varstva, psihosocialne rehabilitacije ter reintegracije nazaj v skupnost.

Svetovanje posamezniku obsega:

- prvo socialno pomoč, ki obsega: pomoč pri prepoznavanju socialne stiske ali težave; oceno možnih rešitev; seznanjanje upravičenca z možnimi socialnovarstvenimi storitvami in dajatvami z obveznostmi, ki sledijo izbiri storitve ali dajatve ter predstavitev mreže izvajalcev, ki lahko upravičencu nudijo pomoč. Upravičenec do prve socialne pomoči je vsakdo, ki se znajde v socialni stiski, če se za storitev odloči prostovoljno in jo išče pri pooblaščenem izvajalcu, če sprejme storitev, ki jo pooblaščen izvajalec začne na pobudo upravičenih predlagateljev, ali če pristane na storitev, ki jo začne pooblaščen izvajalec po uradni dolžnosti, ali na osnovi obvestil organov in zavodov, ki so ugotovili socialno ogroženost upravičenca.
- osebno pomoč, ki obsega: svetovanje - organizirana oblika strokovne pomoči posamezniku v socialnih stiskah in težavah, ki jih sam ne zna ali ne zmore odpraviti, je pa pripravljen spremeniti svoje vedenje, poiskati ustrezne rešitve in urediti odnose z drugimi osebami v socialnem okolju
- urejanje - oblika strokovne pomoči posamezniku, ki je zašel v socialne stiske in težave zaradi osebnostnih ali vedenjskih posebnosti in pri tem ogroža tudi druge osebe
- vodenje - oblika podpore posamezniku, ki je zaradi duševne prizadetosti, duševne motnje ali drugih osebnostnih težav začasno ali trajno nesposoben za samostojno življenje.

Pomoč družini obsega tri vrste pomoči:

- pomoč za dom, ki obsega strokovno svetovanje družini za urejanje odnosov in funkcioniranje družine
- pomoč na domu, ki obsega socialno oskrbo invalidnih, starejših in drugih oseb, ki se jim lahko s tako oskrbo nadomesti vključitev v institucionalno varstvo, in
- socialni servis, ki obsega pomoč pri hišnih in drugih opravilih v določenih primerih, zlasti v primeru rojstva, bolezni, invalidnosti, starosti, nesreče

Centri za socialno delo izvajajo postopke za zaščito otrok in jih v skladu s 120. in 121. členom Zakona o zakonski zvezi in družinskih razmerjih nameščajo v zavode. Med te otroke sodijo tudi otroci s posebnimi potrebami, in sicer otroci s čustvenimi in vedenjskimi motnjami. Centri za socialno delo zaznavajo pomanjkanje institucionalnih namestitev in oblik pomoči za otroke s težjimi vedenjskimi težavami, za otroke, ki so odvisni od drog, za otroke, ki imajo težave v duševnem zdravju in otroke, ki zaradi kombinacij motenj terjajo posebne individualizirane oblike namestitev in obravnav.

KRIZNI CENTRI ZA MLADE IN OTROKE

Naziv službe: Centri za socialno delo

Sektor: Socialno varstvo

Velikost/število: 10 kriznih centrov, število nočitev v letu 2016 je bilo 9497

Osebe: 52

Regionalna razporeditev: Krizni centri za mlade v Sloveniji so bili ustanovljeni leta 1995 in sedaj imamo krizne centre naslednji CSD: Celje, Koper, Krško, Ljubljana Bežigrad, Maribor, Murska Sobota, Nova Gorica, Radovljica, Slovenj Gradec, Grosuplje - Krizni center za otroke - Hiša zavetja Palčica (namenjen najmlajšim, od 0 do 6 leta starosti).

Vloga na področju duševnega zdravja: **Preventiva** (selektivna in incizivna), **zdravljenje** (zgodnje prepoznavanje bolezenskih znakov) in **neprekinjena oskrba** (dolgotrajna oskrba)

Sodelovanje z drugimi službami: z vsemi službami v mreži. Formalne in strokovne podlage za sodelovanje z drugimi službami v mreži.

Mreža kriznih centrov je sestavljena iz kriznih centrov za mlade (9 + 1 krizni center za otroke) in kriznih centrov za odrasle žrtve nasilja (2). Pravna podlaga temelji na Zakonu o socialnem varstvu in Zakonu o preprečevanju nasilja v družini.

Namenjeni so otrokom in mladostnikom od 6. do 18. leta starosti, ki se znajdejo v akutni stiski, zaradi katere je nujna izločitev iz okolja, v katerem bivajo. Vanj se po pomoč zatečejo otroci in mladostniki, ki so v kakršnikoli stiski, ki je v domačem okolju ne morejo razrešiti: nevzdržne razmere doma (psihično in fizično nasilje, spolne zlorabe, alkoholizem staršev...), upor staršem zaradi različnih razlogov, zavrnitev s strani staršev, čustvena prizadetost, adolescentna kriza, problemi v povezavi s šolo ... Bivanje v kriznem centru za mlade je prostovoljno. Krizni centri za mlade delujejo neprekinjeno 24 ur na dan. Trajanje namestitve je do tri tedne, v izjemnih primerih pa je možno tudi podaljšanje.

V kriznih centrih nudijo prvo socialno pomoč in osebno pomoč otrokom in mladostnikom v stiski, ki se zatečejo v krizni center, poskrbijo za sprejem in oskrbo do razrešitve njihovih težav, nudijo zatočišče otrokom in mladostnikom, za katere je potrebna hitra in začasna odstranitev iz družine, poskrbijo za pripravo ukrepov za vrnitev mladoletnika v njegovo družino in ves čas sodelujejo s pristojnimi centri za socialno delo, državnimi organi ter organizacijami, ki so pristojne za obravnavanje mladoletnikov. Poleg teh nalog zaposleni v KCM opravljajo tudi enodnevne obravnave, informativne razgovore, svetovalne razgovore, nudijo učno pomoč, organizirajo tematske delavnice, delo s prostovoljci, informirajo javnost, sodelujejo v supervizijski skupini.

Naloge kriznega centra:

- nudenje prve socialne pomoči in osebne pomoči mladim v stiski, ki se bodo vanj zatekli
- sprejem in oskrba otrok in mladostnikov do razrešitve njihovih težav, vendar največ tri tedne (možnost podaljšanja)
- nudenje zatočišča mladim, za katere je potrebna hitra in začasna odstranitev iz družine
- priprava ukrepov za vrnitev mladoletnika v njegovo družino
- sodelovanje s pristojnimi centri za socialno delo, državnimi organi ter organizacijami, ki so pristojne za obravnavanje mladoletnikov.

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti kot edini financer za izvajanje dejavnosti KCM letno namenja okoli dva milijona evrov.

PROGRAMI SOCIALNEGA VARSTVA, KI JIH IZVAJAJO CSD in NEVLADNE ORGANIZACIJE

Naziv službe: Centri za socialno delo in Nevladne organizacije

Sektor: Socialno varstvo

Velikost/število: 173 programov – financira MDDSZ

Osebe: 450 - financira MDDSZ

Regionalna razporeditev: Izvajalci so CSD Ilirska Bistrica Dnevni center Sonček CSD Kranj Škrlovec – dnevni center za mlade in družine CSD Ljubljana Moste - Polje Program svetovalnica CSD Ljubljana Moste - Polje Program učne vzgoje pomoč CENT«R MOST CSD - Polje Ljubljana Vič Rudnik Integracija socialno izključenih otrok in mladostnikov, CSD Žalec Dnevni center za otroke in mladostnike - Podmornica CSD Škofja Loka Dnevni center za otroke in mladostnike DC CSD Ljubljana center Psihosocialna pomoč mladim CSD Ljubljana Bežigrad Središče otrok in mladostnikov (S.O.M.) Bežigrad CSD Ljubljana Moste Polje Program Korak.

Programi socialnega varstva za otroke in mladostnike, ki jih izvajajo nevladne organizacije: Zavod Salesianum OE Skala mladinska ulična vzgoja; Zveza prijateljev mladine; Nacionalna mreža TOM-telefon; Društvo za preventivno delo Mladinske delavnice.

Programi individualnega svetovanja in dela v skupinah: Zavod gremo naprej: Svetovanje otrokom, mladostnikom in njihovim staršem, Zavod center za igralno terapijo: Igra za življenje, Stik psihoterapija: Psihosocialna pomoč s stikom, Terapevtski inštitut Sidro: Svetovanje otrokom in mladostnikom, Družinski inštitut Bližina: Okrepimo otroke in mladostnike, Družinski center Mir: Program MIR- psihosocialna pomoč za otroke, mladostnike in njihove družine, Center za izobraževanje, supervizijo in terapevtsko pomoč Maribor: Psihosocialna pomoč otrokom, mladostnikom, mladostnicam in njihovim družinam, Raziskovalno in izobraževalno središče Dvorec Rakičan: Središče za osebno rast in komunikacijo RISK, Študijsko raziskovalni center za družino: Pomoč mladim družinam v stisk.

Programi v okviru sklopov delavnic: Družinsko središče Rona: Pogovor daje moč: Specialno usmerjene delavnice za otroke in mladostnike, Prelomi, Inštitut za družinsko terapijo, svetovanje in izobraževanje: Igriva doživetja, Javni zavod Mala ulica - Center za otroke in družine v Ljubljani: Treninki starševstva "Neverjetna leta", Manipura - Zavod za svetovanje in kreativno delo z mladimi družinami: Treninki starševstva "Neverjetna leta", Razvojno izobraževalni center Novo mesto: Zmorem (programi psihosocialne pomoči otrokom, mladostnicam in mladostnikom oziroma njihovim družinam), Slovensko društvo za duševno zdravje otrok in mladostnikov: Trening starševstva in otrok "Neverjetna leta".

Programi v okviru posamičnih delavnic: Družinsko središče Rona: Pogovor daje moč: Z vzgojo do kakovostnih odnosov, Zavod 7, oblikovanje in izvajanje družbeno odgovornih programov: Povežimo se, Slovenska fundacija za Unicef, ustanova: Čigava odgovornost so otrokove dolžnosti, Slovensko društvo Hospic: Jesen listka Timija, Družinski center Sveta gora: Pomoč družini staršem, otrokom in mladostnikom pri reševanju družinskih težav, Zveza prijateljev mladine Ljubljana Moste - Polje: Nič nas ne muči na počitnicah - Skupinske delavnice za izboljšanje medsebojnih odnosov in zmanjševanje čustvenih stisk otrok in mladostnikov, Združenje bonding psihoterapevtov Slovenije: Center za psihosocialno pomoč – Bonding, Zavod Aleksandra: Kako ravnati z učno in vedenjsko zahtevnimi otroki.

Vloga na področju duševnega zdravja: **Preventiva** (selektivna in incizivna), **zdravljenje** (zgodnje prepoznavanje bolezenskih znakov) in **neprekinjena oskrba** (dolgotrajna oskrba)

Sodelovanje z drugimi službami: z vsemi službami v mreži. Formalne in strokovne podlage za sodelovanje z drugimi službami v mreži.

Centri za socialno delo (v nadaljnjem besedilu: CSD) in nevladne organizacije (npr. Zveza prijateljev mladine Slovenije – mladinski centri) delujejo na nacionalni ravni in izvajajo splošno preventivo, selektivno preventivo in indicirano preventivo.

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, je na podlagi Javnega razpisa za sofinanciranje programov v pomoč družini v letu 2016, sofinanciralo 15 izvajalcev vsebin centrov za

družine. V okviru Javnega razpisa za sofinanciranje programov psihosocialne pomoči otrokom, mladostnicam in mladostnikom oziroma njihovim družinam v letih 2016 in 2017 pa sofinancira 23 programov psihosocialne pomoči otrokom, mladostnicam in mladostnikom oziroma njihovim družinam.

Vse sofinancirane vsebine pomembno dopolnjujejo socialnovarstvene storitve in programe ter pozitivno vplivajo na dvig kakovosti življenja tako posameznika kot družbe. Programi so prednostno namenjeni otrokom, mladostnicam, mladostnikom oziroma njihovim družinam, saj skrb za zdrav razvoj mlade generacije predstavlja skrb za vso družbo. Učinki preventivnih aktivnosti se kažejo na dolgi rok, ob tem pa velja posebej izpostaviti, da pozitivno duševno zdravje in vzpostavitev zdravega okolja za otroke in mladostnike predstavlja pomemben varovalni dejavnik zdravega razvoja tako za otroke, mladostnike kot družbo v celoti.

Programi psihosocialne pomoči otrokom, mladostnicam in mladostnikom oziroma njihovim družinam, so namenjeni izboljšanju medsebojnih odnosov in zmanjševanju čustvenih stisk otrok, mladostnikov, mladostnic oziroma njihovih družinam. Vsebine programov so namenjene učenju otrok, mladostnikov, mladostnic oz. njihovih družinskih članov učinkovite komunikacije, izboljšanja odnosov in pozitivne navezanosti v družini, izboljšanje socialne kompetence otrok, mladostnic in mladostnikov, izboljšanje sposobnosti obvladovanja čustev, gradnje pozitivne samopodobe, preventivno učenje reševanja raznovrstnih problemov, preventivno zmanjševanje vedenjskih in čustvenih težav, zagotavljanje pomoči pri učenju obvladovanja čustvenih stisk, ipd.

Nevladne organizacije, ki se osredinjajo na delo z družino, otroke in mladostnike in na osebe s težavami v duševnem zdravju, so v prenekaterih okoljih nepogrešljive in zagotavljajo številne storitve.

Centri za družine sodijo med pomembne ukrepe pri spodbujanju družini prijaznega okolja, za usklajevanje poklicnega in družinskega življenja ter uresničevanju politike enakih možnosti. Pomenijo tudi pomembno nadgradnjo in pluralizacijo storitev s strani zasebnega sektorja.

Centri za družine predstavljajo osrednji prostor v lokalnem okolju in so namenjeni druženju in zagotavljanju potreb različnih oblik družin v vseh življenjskih obdobjih. Njihove vsebine prispevajo k lažjemu usklajevanju poklicnega, družinskega in zasebnega življenja, h krepitvi enakih možnosti žensk in moških ter nudijo informacije in znanja za kvalitetno življenje posameznic in posameznikov oziroma družin.

Vsebine Centrov za družine se izvajajo izključno na preventivnem nivoju v obliki vzgojno-izobraževalnih delavnic, predavanj, pogovorov in diskusij, dela v manjših skupinah, študija primerov, igre vlog ter v obliki predstavitev ustreznih filmov z izbrano poučno tematiko. Vse navedene oblike imajo informacijsko – komunikacijski značaj in delujejo v smeri krepitve socialnih veščin preko druženja. Udeleženci so na takšen način ves čas aktivno vključeni v obravnavane vsebine.

Centri za družine so imeli v letu 2016 vključenih najmanj pet izmed naslednjih vsebin, ki so enakomerno zastopane, in sicer:

- vzgoja za družino
- izboljšanje komunikacije v družini
- osebna rast otrok in mladostnikov
- ustvarjalno skupno preživljanje prostega časa
- organizirano občasno varstvo otrok in izvajanje počitniških aktivnosti
- strokovna pomoč pri reševanju problemov v družini.

CENTRI ZA USPOSABLJANJE, VARSTVO IN DELO

Naziv službe: Centri za usposabljanje, varstvo in delo

Sektor: Socialno varstvo

Velikost/število: V 5 CUDV-jih je trenutno, v letu 2017, nameščenih skupaj 392 otrok, od tega 177 v dnevnem varstvu in 215 v celodnevem/institucionalnem varstvu.

Osebe: Vseh skupaj zaposlenih je 439, od tega 176 na področju vzgoje in izobraževanja in 255 v okviru programov socialnega varstva.

Regionalna razporeditev: Črna na Koroškem, Ig, Dobrna, Radovljica in Dornava.

Vloga na področju duševnega zdravja: **Preventiva** (selektivna in incizivna), **zdravljenje** (zgodnje prepoznavanje bolezenskih znakov, zgodnje zdravljenje in standardno zdravljenje) in **neprekinjena oskrba** (dolgotrajna oskrba)

Sodelovanje z drugimi službami: z vsemi službami v mreži. Formalne in strokovne podlage za sodelovanje z drugimi službami v mreži.

Socialnovarstveni zavodi za usposabljanje, delo in varstvo (CUDV) izvajajo institucionalno varstvo otrok in mladostnikov z zmerno, težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju na podlagi 54. člena Zakona o socialnem varstvu. V CUDV-je so nameščeni otroci in mladostniki na podlagi odločbe o usmeritvi Zavoda Republike Slovenije za šolstvo. V CUDV-je lahko otroke namestijo tudi sodišča po kazenski zakonodaji in v skladu z 199. členom Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij in v skladu z Zakonom o duševnem zdravju.

CUDV-ji se srečujejo s težjo vedenjsko problematiko otrok, ki imajo pridružene težave v duševnem zdravju, zaradi česar potrebujejo visoko specializirano strokovno obravnavo, ki pa je ne moremo zagotoviti v okviru obstoječih kadrovskih standardov in normativov. Ocena je, da je vsako leto pribl. 5 - 7 otrok s takšnimi karakteristikami. Na potrebo po ustanovitvi posebne obravnave za te otroke opozarja tudi Varuh človekovih pravic.

CUDV-ji izvajajo:

- program socialnega varstva: osnovno oskrbo (bivanje, organiziranje prehrane, tehnično oskrbo in prevoz) in socialno oskrbo (socialna preventiva, terapija in vodenje);
- program vzgoje in izobraževanja v skladu s predpisi s področja šolske zakonodaje;
- program zdravstvenega varstva v skladu s predpisi s področja zdravstvene zakonodaje.

V 5 CUDV-jev, ki pokrivajo celotno področje Slovenije, je trenutno nameščenih 425 otrok in mladostnikov z zmerno, težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju. CUDV-ji so dolžni sprejeti vse otroke, ki so z odločbo Zavoda RS za šolstvo usmerjeni v CUDV, in imajo na voljo zadostno število prostorskih kapacitet.

2.7.3 Zdravstvo

PREVENTIVNE DEJAVNOSTI, KI JIH IZVAJA NIJZ

<u>Naziv službe:</u> Preventivne dejavnosti NIJZ <u>Sektor:</u> Zdravstveno varstvo –Javno zdravje <u>Naloge:</u> Preventiva (splošna, selektivna in incizivna) <u>Sodelovanje z drugimi službami:</u> Strokovne podlage za sodelovanje z drugimi službami v mreži.
--

V projektu Zdrave šole so zadnja tri leta sistematično pristopili k vsebinam duševnega zdravja in sicer imajo tri izdelane in že dalj časa delujoče programe: Izboljševanje duševnega zdravja, To sem jaz! in Ko učenca stresa stres (prenovljen program z jogo smeha in čuječnostjo).

Od ustanovitve v letu 2001 je program *To sem jaz* usmerjen v razvijanje mladostnikove pozitivne samopodobe, socialnih in komunikacijskih veščin ter drugih gradnikov duševnega zdravja. Mladostnike podpira med odraščanjem. Program temelji na dveh komunikacijskih pristopih. Prvi se opira na spletno komuniciranje in spletno svetovanje mladini, drugi del poteka na področju izobraževanja učiteljev in z izvajanjem preventivnih delavnic v šolskem okolju. Program deluje pod okriljem Nacionalnega inštituta za javno zdravje.

V spletni svetovalnici na naslovu www.tosemjaz.net mladostnikom omogočajo anonimen dostop do strokovnega nasveta iz najrazličnejših vsebin.

Uporabniki svetovalnice so večinoma stari od 13 do 18 let. Na tematiko duševnega zdravja se nanaša približno 30 odstotkov vseh vprašanj. Izbira spleta kot preventivnega komunikacijskega orodja je danes smiselna. Spletna svetovalnica je že leta 2001 nastala kot eden od odgovorov na življenjski stil mladih in njihove aktualne komunikacijske navade. (*Več v monografiji Srečanja na spletu.*)

PREVENTIVNA DEJAVNOST NA PRIMARNI RAVNI, MATERINSKE ŠOLE, PATRONAŽNA SKRB ZA OTROČNICE

<u>Naziv službe:</u> preventivna dejavnost na primarni ravni, materinske šole, patronažna skrb za otročnice <u>Sektor:</u> Zdravstveno varstvo –primarna raven <u>Velikost/število:</u> njihova kadrovska zasedba je regionalno nezadostna. <u>Osebe:</u> tim, ki ga definira področni dogovor <u>Regionalna razporeditev:</u> v posameznih zdravstvenih domovih, nekaterih porodnišnicah in posameznih združenjih <u>Naloge:</u> Preventiva (selektivna in incizivna), zdravljenje (zgodnje prepoznavanje bolezenskih znakov, zgodnje zdravljenje) in neprekinjena oskrba (zdravljenja z namenom preprečevanja ponovitev). <u>Sodelovanje z drugimi službami:</u> z vsemi službami v mreži. Formalne in strokovne podlage za sodelovanje z drugimi službami v mreži.

Šole za starše ali materinske šole so v Sloveniji organizirane v okviru posamezne porodnišnice ali v zdravstvenih domovih oziroma v nekaterih združenjih. Izobraževanja se med seboj razlikujejo po dolžini, vsebinah in organizaciji. Udeležba je priporočljiva.

Patronažna medicinska sestra obišče vsako otročnico in novorojenčka takoj naslednji dan po odpustu iz bolnišnice z namenom podpore pri negi in oskrbi novorojenčka in podpora sami materi - otročnici, ki je v izredno občutljivem obdobju. Obiski potekajo približno 2-3 krat na teden oz. po potrebi in dokler se ne zaceli popkovni krn. Takrat se skupaj s starši - mamico dogovori za prvo kopanje otroka in obiski se glede na potrebo lahko ponovijo.

AMBULANTE DRUŽINSKE MEDICINE IN PEDIATRIČNE AMBULANTE NA PRIMARNI RAVNI

Naziv službe:

Sektor: Zdravstveno varstvo –primarna raven

Velikost/število: v letu 2013 je ZZSZ financiral 54 programov splošne ambulate oziroma družinske medicine na 100.000 prebivalcev (v teh programih je opredeljenih 1,5% otrok od 0 do 6 let in 7,7% otrok in mladostnikov med 7 in 18 let). Za programe pediatrije na primarni ravni je ZZSZ v letu 2013 namenil 240,01 programa kurative in 78,85 preventive, kar pomeni 80 programov pediatrične oskrbe na 100.000 prebivalcev.

Osebe: tim, ki ga definira področni dogovor, čeprav prihaja do odstopanj, saj odobren program ne pomeni nujno tudi kader. V letu 2013 je na primer delovalo na primarni ravni 243 pediatrov oziroma specialistov šolske medicine, od katerih jih je bilo 100 starejših od 56 let. Šolajo se novi specialisti.

Regionalna razporeditev: v posameznih zdravstvenih domovih

Naloge: **Preventiva** (selektivna in incizivna), **zdravljenje** (zgodnje prepoznavanje bolezenskih znakov, zgodnje zdravljenje) in **neprekinjena oskrba** (zdravljenja z namenom preprečevanja ponovitev).

Sodelovanje z drugimi službami: z vsemi službami v mreži. Formalne in strokovne podlage za sodelovanje z drugimi službami v mreži.

Ministrstvo za zdravje je v letu 2013 pripravilo dokument o javni mreži primarne zdravstvene dejavnosti v RS (Petrič in Žerdin, 2013), v katerem ugotavljajo, da je mreža nezadostna. Kot cilj za obdobje 2014 do 2018 navajajo zagotoviti 1 tim splošne ambulate/družinske medicine oziroma pediatrične ambulate na 1.500 prebivalcev ali 2.000 glavarinskih količnikov. Glavarino opredeljujejo s številom oseb in sistemom uteži oziroma glavarinskega količnika, ki je določen tudi s starostjo. Pri otrocih od 0 do 1 leta je 3, od 1 do 6 let 1,9 in od 7 do 19 let 0,88.

Zaskrbljujoče je dejstvo, da v letu 2013 ni imelo izbranega splošnega zdravnika/družinskega zdravnika/pediatra 7.022 otrok v starosti med 1 in 6 let in 13.347 otrok in mladostnikov med 7 in 18 let. Petrič in Žerdin (2013) ugotavljata, da bi glede na podatke iz leta 2013 potrebovali dodatno 26 kurativnih programov pediatrije in 10 preventive. Da bi dosegli cilje 1.500 opredeljenih oseb oziroma 2.000 glavarinskih količnikov pa bi potrebovali skupaj 276 programov pediatrične kurative, ter 92 pediatrične preventive. Program specializacije obsega zelo majhen delež kroženja na primarni ambulantni ravni.

RAZVOJNE AMBULANTE

Naziv službe: Razvojne ambulate

Sektor: Zdravstveno varstvo –specialistična obravnava na primarni ravni

Velikost/število: njihova kadrovska zasedba je regionalno nezadostna. Otroci imajo namesto tedenske obravnave, obravnave na 3 do 4 tedne.

Osebe: tim, ki ga definira področni dogovor

Regionalna razporeditev: v posameznih zdravstvenih domovih – sedaj 19,9 timov, po predlagani razširitvi 20,7 timov v razširjeni sestavi.

Naloge: **Preventiva** (selektivna in incizivna), **zdravljenje** (zgodnje prepoznavanje bolezenskih znakov, zgodnje zdravljenje) in **neprekinjena oskrba** (zdravljenja z namenom preprečevanja ponovitev).

Sodelovanje z drugimi službami: z vsemi službami v mreži. Formalne in strokovne podlage za sodelovanje z drugimi službami v mreži.

Razvojne ambulate s svojimi široko zastavljenimi nalogami predstavljajo iz perspektive duševnega zdravja indicirano in selektivno preventivno dejavnost. Razširitev mreže razvojnih ambulant je trenutno na obravnavi na Zdravstvenem svetu. Razvojne ambulate so bile ustanovljene po letu 1972, ko je začel delovati register rizičnih otrok. Najprej so bile namenjene le sledenju in nevrofizioterapiji otrok z obporodnimi rizičnimi dejavniki in otrok s cerebralno paralizo. Postopoma se je dejavnost razširila na vse otroke z motnjami v razvoju in zato je Stalna strokovna skupina za otroke z motnjami v razvoju, ki deluje pri RSK za pediatrijo, leta 1993 sprejela Predlog za organizacijo zdravstvene službe za

obravnavo otrok in mladostnikov z razvojnimi motnjami v osnovnem zdravstvu. Rizične ambulate so se preimenovali v Razvojne ambulate in kot metodo dela predvidele celostni pristop, zato so bili v timu zastopani strokovnjaki medicinske, pedagoške in socialne stroke. Predlagani timi so bili sprejeti naslednje leto na Strokovnem svetu, a kasneje niso bili realizirani.

DISPENZERJI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE OZIROMA CENTRI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE V OKVIRU ZDRAVSTVENIH DOMOV, SVETOVALNI CENTRI ZA OTROKE IN MLADOSTNIKE

Naziv službe: Dispenzerji za duševno zdravje oziroma Centri za duševno zdravje v okviru Zdravstvenih domov

Sektor: Zdravstveno varstvo –specialistična obravnava na primarni ravni

Velikost/število: njihova razporeditev je regionalno nezadostna in določene regije niso pokrite. Čakalne dobe za logopedsko obravnavo na primer so predolge. Ob odhodu specialistov otroške in mladostniške psihiatrije in specialistov klinične psihologije med koncesionarje, se mesta niso popolnila.

Osebe: tim, ki ga definira področni dogovor

Regionalna razporeditev: v posameznih zdravstvenih domovih, kot je zatečeno stanje iz 80 let prejšnjega stoletja.

Naloge: **Preventiva** (selektivna in incizivna), **zdravljenje** (zgodnje prepoznavanje bolezenskih znakov, zgodnje zdravljenje in standardno zdravljenje) in **neprekinjena oskrba** (zdravljenja z namenom preprečevanja ponovit

Sodelovanje z drugimi službami: z vsemi službami v mreži. Formalne in strokovne podlage za sodelovanje z drugimi službami v mreži.

Razpredelnica 2.18. Kader in plačnik kadra v mentalno higienski službi v vseh OE, Slovenija, 2014.

	Specialist klinične psihologije	Logoped	Specialni pedagog	Diplomirani psiholog	Socialni delavec
OE Celje	3 (1 + 2 koncesionarja) 100% ZZS	3,2 100% ZZS	1 100% ZZS	5,1 100% ZZS	
OE Kranj	4,5 100% ZZS	5 100% ZZS	1,2 100% ZZS	0,5 100% ZZS	
OE Koper	1 100% ZZS		1 100% ZZS		
OE Krško	1,27 77% ZZS 50% občina	0,58 100% ZZS	0,80 100% ZZS	1,8 100% ZZS	
OE Ljubljana	10 100% ZZS	12 ...95% ZZS 5% občina Domžale	4 75% ZZS 25% občina Domžale	2,1 100% ZZS	
OE Maribor	6 (3+3 koncesionarji)* 100% ZZS**	2 100% ZZS	2 100% ZZS	2 100% ZZS	1 100% občina
OE Murska Sobota	2,2 (1,2+2 koncesionarja) 100% ZZS	3 100% ZZS		2 100% ZZS	
OE Nova Gorica	1 100% ZZS	1 100% ZZS	1 100% ZZS	1 100% ZZS	
OE Novo mesto	1 (koncesionar) 100% ZZS	5 100% ZZS		3,1 100% ZZS	
OE Ravne na Koroškem	1,2 100% ZZS	4,25 100% ZZS		3,25 100% ZZS	
Skupaj					

* 5 jih dela 100% za otroke in 1 dela 70%, ** 1 koncesionar dela za otroke 0,60% časa v breme ZZS in 10% na podjemno pogodbo. V teh službah ni določenih kadrov: specialist otroške in mladostniške psihiatrije, specialist psihiater, specialist razvojne pediatrije, delovni terapevt, nevrofizioterapevt, diplomirana medicinska sestra, medicinski tehnik, administrator.

Svetovalni centri za otroke in mladostnike izvajajo podobne naloge kot mentalno higienski oddelki, a je njihov tim dopolnjen s kadri iz področja šolstva. Zbrali smo podatke o kadru na tem področju in plačniku tega kadra (Razpredelnica 2.14).

Razpredelnica 2.19. Kader v Svetovalnicah za otroke in mladostnike, Slovenija, 2014.

Naziv službe	Ljubljana	Maribor	Koper	Novo mesto
Specialist otroške in mladostniške psihiatrije	2			
Specialist klinične psihologije	7			
Diplomirani psiholog	3	5	2	1
Specialni pedagog/defektolog	4	2	2	1
Logoped				
Pedagog		1	2	1
Socialni delavec		2		
Sociolog		1		
Socialni pedagog			2	1
Skupaj	16	11	8	4

V letu 2012 je Svetovalni center obiskalo 2557 otrok in mladostnikov, 67% je bilo fantov in 33% deklet. Največ med njimi jih je bilo starih od 11 do 15 let (36%), 27% jih je bilo starih od 7 do 11 let, 24% od 15 do 19 let, ostalo so bili mlajši od 7 ali starejši od 19 let. Najpogostejše pritožbe oz. problemi, zaradi katerih so obiskali Svetovalni center, so bili učne težave (66%), nemir in težave s pozornostjo (40%), čustvene težave (30%), vedenjske težave (24%), problemi v odnosih z vrstniki (11%), vzgojne težave (10%) in problemi v odnosih v družini (10%), s tem, da se lahko pojavlja več kot ena pritožba pri posameznem otroku in mladostniku. Kompleksnost težav je pri približno 80% otrok in mladostnikov zahtevala timsko obravnavo, kar pomeni, da so bila poleg psihologa oziroma specialista klinične psihologije in specialista otroške in mladostniške psihiatrije vključeni tudi drugi strokovnjaki, npr. specialni pedagog, pedagog, logoped ali socialni delavec.

Dostopnost storitev, ki jih nudi Svetovalni center, je največja za Osrednjeslovensko regijo, hkrati pa glede na izražene potrebe in povpraševanje (čakalne dobe, otroci in mladostniki prihajajo iz vse Slovenije) očitna slabša dostopnost tovrstnih storitev drugje po Sloveniji. Mreža svetovalnih centrov z izrazitim poudarkom na interdisciplinarnosti strokovnih timov na regionalni ravni predstavlja možno rešitev tega problema. Izboljšanje stanja na tem področju bomo dosegli z ustanovitvijo svetovalnih centrov tudi v prekmurski, celjski in gorenjski regiji, poleg že delujočih centrov v štajerski, primorski, dolenski in osrednjeslovenski regiji. Osnovni strokovni tim v svetovalnem centru predstavljajo specialist klinične psihologije in specialist otroške in mladostniške psihiatrije, specialni pedagog, logoped, pedagog in socialni delavec. Storitve svetovalnih centrov predstavljajo medresorsko povezovanje na šolskem, zdravstvenem in socialnem področju.

SPECIALISTIČNE AMBULANTE – SPECIALISTI OTROŠKE IN MLADOSTNIŠKE PSIHIATRIJE IN SPECIALISTI KLINIČNE PSIHOLOGIJE

Naziv službe: Specialistične ambulante – specialisti otroške in mladostniške psihiatrije in specialisti klinične psihologije

Sektor: Zdravstveno varstvo –specialistična obravnava na primarni ravni. Sekundarni ravni in terciarni ravni.

Velikost/število: njihova razporeditev je regionalno nezadostna in določene regije niso pokrite. Čakalne dobe za logopedsko obravnavo na primer so predolge. Ob odhodu specialistov otroške in mladostniške psihiatrije in specialistov klinične psihologije med koncesionarje, se mesta niso popolnila.

Osebe: tim, ki ga definira področni dogovor

Regionalna razporeditev: v posameznih zdravstvenih domovih, kot je zatečeno stanje iz 80 let prejšnjega stoletja.

Naloge: **Preventiva** (selektivna in incizivna), **zdravljenje** (zgodnje prepoznavanje bolezenskih znakov, zgodnje zdravljenje in standardno zdravljenje) in **neprekinjena oskrba** (zdravljenja z namenom preprečevanja ponovit

Sodelovanje z drugimi službami: z vsemi službami v mreži. Formalne in strokovne podlage za sodelovanje z drugimi službami v mreži.

Razpredelnica 2.20. Kader in plačnik kadra v psihiatričnih ambulantnih in bolnišničnih službah za otroke in mladostnike, Slovenija, 2014.

Naziv službe	Ambulantna psihiatrična služba	Pedopsihiatrični oddelek, Pediatrična klinika, UKC Ljubljana	Enota za otroško in mladostniško psihiatrijo, Klinika za pediatrijo, UKC Maribor	Enota za adolescentno psihiatrijo CMZ Psihiatrična klinika Ljubljana	Skupaj
Specialist otroške in mladostniške psihiatrije	17 100% ZZS	5 100% ZZS	1 100% ZZS	0,8 (2)	23,8*
Specialist psihiater	0,5 100% ZZS	Nimamo podatka		1	0,5**
Specialist klinične psihologije		Nimamo podatka	2 100% ZZS	1	
Specialni pedagog		Nimamo podatka	0,5 OŠ Bojan Ilich		
Delovni terapevt		Nimamo podatka		1 (za 2 odd.)	
Socialni delavec		Nimamo podatka		1 (za 3 odd.)	
Diplomirana medicinska sestra		Nimamo podatka	1 100% ZZS	1 (2)	
Medicinski tehnik		Nimamo podatka	5 100% ZZS	5	
Administrator		Nimamo podatka		1 (za 4 oddelke)	

() – pomeni predvidena in neizpolnjena delovna mesta

V teh službah ni naslednjih poklicnih skupin: specialist razvojne pediatrije, nefrofizioterapevt, logoped, diplomirani psiholog,

*Podatki za leto 2014 glede števila specialistov otroške in mladostniške psihiatrije so naslednji: 24 (17/7).

**Ni znano, koliko je vključenih specialistov psihiatrov, ki prav tako delajo z otroci in mladostniki, saj ZZS pri plačilu storitev ne gleda, kdo ima naziv. Slednje je pri pomanjkanju specialistov otroške in mladostniške psihiatrije pravzaprav še najboljše, čeprav zasilna in začasna rešitev.

BOLNIŠNIČNE SLUŽBE ZA OTROKE MLADOSTNIKE Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI

Naziv službe: Specialistične ambulate – specialisti otroške in mladostniške psihiatrije in specialisti klinične psihologije
Sektor: Zdravstveno varstvo –specialistična obravnava na sekundarni in terciarni ravni
Velikost/število: 3 oddelki v Sloveniji
Osebe: tim, ki ga definira področni dogovor
Regionalna razporeditev: Ljubljana in Maribor
Naloge: **zdravljenje** (zgodnje prepoznavanje bolezenskih znakov, zgodnje zdravljenje in standardno zdravljenje) in **neprekinjena oskrba** (zdravljenja z namenom preprečevanja ponovit
Sodelovanje z drugimi službami: z vsemi službami v mreži. Formalne in strokovne podlage za sodelovanje z drugimi službami v mreži.

Ambulantne in bolnišnične specialistične službe za duševno zdravje otrok in mladostnikov predstavljajo temelj za zgodnjo diagnostiko, zgodnje zdravljenje, standardno zdravljenje in preprečevanje ponovitev ter neprekinjeno vodenje. Številni strokovnjaki se s svojim preventivnih in vzgojno izobraževalnim delom povezujejo s prej omenjenimi sektorji in skušajo pri strokovnih in laičnih javnostih povečati razumevanje duševnega zdravja in duševnih motenj in poudarjajo pomen preprečevanja duševnih motenj, zgodnjega odkrivanja in zdravljenja duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih. Zaradi premajhne mreže ambulantne oskrbe, so bolnišnice preobremenjene.

3 Ocena števila otrok in mladostnikov, ki potrebujejo službe in storitve mreže za duševno zdravje

Projekcije prebivalstva od leta 1985 do leta 2060 prikazujejo, da se število prebivalcev starostne skupine od 0 do 19 let do leta 2010 zmanjšuje, nato pa ustali (SURS, Eurostat, 2015). Za načrtovanje mreže za duševno zdravje otrok in mladostnikov to pomeni, da bi načrtovana mreža ob predpostavljeni nespremenjeni obolevnosti zadostovala.

Splošna promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj naj bi bila zagotovljena celotni populaciji (v Sloveniji je bilo ob polletju 2016 401.476 prebivalcev starih od 0 do 19 let) (Razpredelnica 3.1). Prav tako naj bi bila informiranost o posameznih znakih in simptomih duševnih motenj ter dejavnikih tveganja dostopna tudi populaciji staršev teh otrok.

Razpredelnica 3.1. Prebivalci Slovenije, stari od 0 do 19 let, polletje 2016, po spolu in statističnih regijah. SURS, 2016.

	Spol - SKUPAJ	Moški	Ženske
Pomurska	20303	10344	9959
Podravska	57748	29700	28048
Koroška	13526	6843	6683
Savinjska	50477	26060	24417
Zasavska	10618	5566	5052
Posavska	14536	7411	7125
Jugovzhodna Slovenija	29419	15193	14226
Osrednjeslovenska	110129	56828	53301
Gorenjska	41955	21744	20211
Primorsko-notranjska	10251	5252	4999
Goriška	22495	11541	10954
Obalno-kraška	20019	10285	9734
SLOVENIJA	401476	206767	194709

Če ocenjujemo, da ima 20% otrok težave v duševnem zdravju in duševne motnje (WHO, 2008), pomeni, da govorimo o številki 80.295 otrok in mladostnikov. Otroci, ki jih identificira vzgoja in izobraževanje kot otroke s posebnimi potrebami, imajo nekateri duševne motnje, drugi pa zgolj dejavnike tveganja za razvoj duševne motnje (Razpredelnica 3.2)

Odstotke populacije glede uporabe služb in storitev smo ocenili s pomočjo odstotkov, ki jih navaja Norveška, saj ima dobro razvito mrežo služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov, predvsem pa izvrstno statistiko glede storitev. Po njihovih podatkih je 4,5 % otrok in mladostnikov vključenih v različne psihološke, psihiatrične in ostale obravnave in 3% jih potrebuje storitve socialne službe (Braddick, Carral, Jenkins in Jane-Llopis, 2009).

Če prenesemo omenjene odstotke v Slovenijo, to pomeni približno 18.066 otrok v različnih zdravstvenih, psiholoških in ostalih obravnavah in 12.044 v oskrbi socialnih služb.

Razpredelnica 3.2. Odločbe o posebnih potrebah Podatki Zavoda RS za šolstvo od 2013 do 2015 za celotno Slovenijo. Število odločb ne odraža števila otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami, saj ima lahko posameznik več odločb.

Kategorije posebnih potreb	2013	2014	2015
Otroci z motnjami v duševnem razvoju			
- Otroci z lažjo motnjo v duševnem razvoju	503	534	492
- Otroci z zmerno motnjo v duševnem razvoju	141	171	164
- Otroci s težjo motnjo v duševnem razvoju	39	46	28
- Otroci s težko motnjo v duševnem razvoju	40	57	40
Slabovidni otroci	46	55	39
Slepi otroci	28	39	37
Otroci z okvaro vidne funkcije	0	8	13
Naglušni otroci	162	130	121
Gluhi otroci	54	50	41
Otroci z govorno-jezikovnimi motnjami			
- Otroci z lažjimi govorno-jezikovnimi motnjami	906	784	719
- Otroci z zmernimi govorno-jezikovnimi motnjami	548	577	652
- Otroci s težjimi govorno-jezikovnimi motnjami	113	118	120
- Otroci s težkimi govorno-jezikovnimi motnjami	29	30	18
Gibalno ovirani otroci	519	551	505
Dolgotrajno bolni otroci	2100	1849	1894
Otroci z čustvenimi in vedenjskimi motnjami			
- Otroci s čustvenimi motnjami	0	66	153
- Otroci z vedenjskimi motnjami – lažje oblike	0	13	52
- Otroci z vedenjskimi motnjami – težje oblike	0	1	9
Otroci z avtističnimi motnjami			
- Otroci z lažjimi primanjkljaji v socialni komunikaciji in socialni interakciji	0	50	97
- Otroci z zmernimi primanjkljaji v socialni komunikaciji in socialni interakciji	0	71	115
- Otroci z težjimi primanjkljaji v socialni komunikaciji in socialni interakciji	0	20	26
- Otroci z lažjimi primanjkljaji na področju vedenja, interesov in aktivnosti	0	55	90
- Otroci z zmernimi primanjkljaji na področju vedenja, interesov in aktivnosti	0	53	115
- Otroci z težjimi primanjkljaji na področju vedenja, interesov in aktivnosti	0	22	29
SKUPAJ	5415	5625	5806

4. Predlog standardov in normativov za delo mreže služb ter kazalnikov za ocenjevanje njene učinkovitosti,

4.1. Kazalci za ocenjevanje kakovosti služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov

Kazalci za ocenjevanje kakovosti celotne mreže in posameznih izvajalcev so lahko naslednje:

- Učinkovitost – pomeni, da služba dejansko zagotavlja učinkovito pomoč in da je strošek opravičen s koristnostjo. Hkrati tudi pomeni, da je pravi uporabnik na pravem mestu v sistemu služb.
 - Predlagamo uporabo kazalcev
 - »Število obravnav na leto«,
 - »Ponovne hospitalizacije«,
 - »Bolniška nadomestila za starše« in
 - »Stroški za zdravila/število predpisanih zdravil«.
- Dostopnost – pomeni, da je služba dostopna vsem prebivalcem nekega geografskega področja, za katere je ustanovljena in da opravi svoje delo, katerega ne prelaga na druge.
 - Predlagamo uporabo kazalcev
 - »Ugotovljene diagnoze in primerjava dejanskih diagnoz s pričakovano prevalenco v populaciji«,
 - »Čakalne dobe«,
 - »Število pregledov pri različnih strokovnjakih po regijah« in
 - »Hospitalizacije po regijah«.
- Kontinuiranost – pomeni, da služba zagotavlja kontinuirano oskrbo za tiste, ki jo potrebujejo.
 - Predlagamo uporabo kazalcev:
 - »Obstanek v zdravljenju/tretmaju«
 - »Število pregledov pri različnih strokovnjakih -prvi/ ponovni«
 - »Stik z zdravstveno in/ali socialno službo po odpustu iz bolnišnice«
- Specifičnost – pomeni, da služba zagotavlja vse tiste oblike pomoči in v zadostni meri, da pokrije potrebe populacije na svojem geografskem področju.
 - Predlagamo uporabo kazalca:
 - »Število zdravljenj v tujini«
 - »Stroški za nakup zdravil v tujini«
- Varnost – pomeni, da je služba varna za uporabnike in za zaposlene. Sem spadajo poškodbe inventarja, osebja, samomori, napake, ...
 - Predlagamo uporabo kazalca
 - »Avto agresivno in heteroagresivno vedenje«.

V razpredelnici 4.1 navajamo tiste kazalce kakovosti za posamezne službe, ki bi jih bilo mogoče izračunati na podlagi rutinsko dostopnih podatkov.

V primeru, da bi se vrednotilo novo nastalo službo ali razširitev obsega delovanja določene službe, pa bi veljalo izvesti presečno opazovalno raziskavo s ciljem, da se ugotovi učinek.

Razpredelnica 4.1. Kazalci kakovosti za posamezne službe

Službe/sektorji	Kazalec kakovosti
Vzgoja in izobraževanje	
KOMISIJE ZA USMERJANJE OTROK S POSEBNIMI POTREBAMI	Število obravnav na leto Število otrok s posebnimi potrebami
SVETOVALNA SLUŽBA	Število obravnav na leto Število vključenih na leto
PREDŠOLSKA VZGOJA	Vrste programov za duševno zdravje Število programov na leto Število vključenih na leto Avtoagresivno in heteroagresivno vedenje
OSNOVNA ŠOLA	Vrste programov za duševno zdravje Število programov na leto Število vključenih na leto Avtoagresivno in heteroagresivno vedenje
SREDNJEŠOLSKO IZOBRAŽEVANJE	Vrste programov za duševno zdravje Število programov na leto Število vključenih na leto Avtoagresivno in heteroagresivno vedenje
VZGOJNI ZAVODI	Število obravnav na leto Število vključenih na leto Vrste programov za duševno zdravje Avtoagresivno in heteroagresivno vedenje Hospitalizacije Ponovne hospitalizacije
VZGOJNI ZAVODI – novi programi	Število obravnav na leto Število vključenih na leto Vrste programov za duševno zdravje Število programov na leto Število vključenih na leto Avtoagresivno in heteroagresivno vedenje Hospitalizacije Ponovne hospitalizacije
Socialno varstvo	
CENTRI ZA SOCIALNO DELO in INTERVENTNE SLUŽBE CSD	Število obravnav na leto Število vključenih na leto Število stikov s službo po hospitalizaciji na leto
KRIZNI CENTRI ZA MLADE IN OTROKE	Število obravnav na leto Število vključenih na leto
PROGRAMI SOCIALNEGA VARSTVA, KI JIH IZVAJAJO CSD in NEVLADNE ORGANIZACIJE	Število obravnav na leto Število vključenih na leto
CENTRI ZA USPOSABLJANJE, VARSTVO IN DELO	Število obravnav na leto Število vključenih na leto
Zdravstvo	
PREVENTIVNE DEJAVNOSTI, KI JIH IZVAJA NIJZ	Vrste programov za duševno zdravje Število programov na leto Število vključenih na leto
PREVENTIVNA DEJAVNOST NA PRIMARNI RAVNI, MATERINSKE ŠOLE, PATRONAŽNA SKRB ZA OTROČNICE	Število obravnav na leto Število vključenih na leto
AMBULANTE DRUŽINSKE MEDICINE IN PEDIATRIČNE AMBULANTE NA PRIMARNI RAVNI	Število obravnav na leto Razmerje med nujnimi in rednimi pregledi Število stikov s službo po hospitalizaciji na leto
RAZVOJNE AMBULANTE	Število obravnav na leto Razmerje med prvimi in ponovnimi pregledi Število vključenih v obravnave na leto Čakalna doba za posamezne strokovnjake Število stikov s službo po hospitalizaciji na leto
DISPANZERJI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE OZIROMA CENTRI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE V OKVIRU ZDRAVSTVENIH DOMOV, SVETOVALNI CENTRI ZA OTROKE IN MLADOSTNIKE	Število obravnav na leto Razmerje med prvimi in ponovnimi pregledi Število vključenih v obravnave na leto Čakalna doba za posamezne strokovnjake Število stikov s službo po hospitalizaciji na leto Avtoagresivno in heteroagresivno vedenje

Razpredelnica 4.1. Kazalci kakovosti za posamezne službe - nadaljevanje

SPECIALISTIČNE AMBULANTE – SPECIALISTI OTROŠKE IN MLADOSTNIŠKE PSIHIATRIJE IN SPECIALISTI KLINIČNE PSIHOLOGIJE	Število obravnav na leto Razmerje med prvimi in ponovnimi pregledi Število vključenih v obravnave na leto Čakalna doba za posamezne strokovnjake Število stikov s službo po hospitalizaciji na leto Avtoagresivno in heteroagresivno vedenje
BOLNIŠNIČNE SLUŽBE ZA OTROKE MLADOSTNIKE Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI	Število hospitalizacij (prostovoljne in neprostovoljne) Dolžine hospitalizacij Ponovne hospitalizacije v 30 dneh po odpustu in v enem letu po odpustu Število stikov s službo po hospitalizaciji na leto Avto agresivno in heteroagresivno vedenje
Vse službe	
CELOTNA MREŽA ZA DUŠEVNO ZDRAVJE OTROK IN MLADOSTNIKOV	Bolniška nadomestila za starše Stroški za zdravila/število predpisanih zdravil na leto Ugotovljene diagnoze in primerjava dejanskih diagnoz s pričakovano prevalenco v populaciji na leto Čakalne dobe po regijah v tekočem letu Število pregledov pri različnih strokovnjakih po regijah na leto Hospitalizacije po regijah na leto Število stikov s službo po hospitalizaciji na leto Število zdravljenj v tujini Stroški za nakup zdravil v tujini Avtoagresivno in heteroagresivno vedenje

4. 2. Standardi in normativi

Po Pravilniku o normativih in standardih za izvajanje programa osnovne šole se v šolah z 20 oddelki sistemizira eno delovno mesto svetovalnega delavca, v šolah z večjim ali manjšim številom oddelkov pa v ustreznem deležu. V šolah in zavodih, ki izvajajo prilagojene programe za otroke s posebnimi potrebami ter v vzgojnih zavodih je ta delež vezan na 10 oddelkov, če pa ima vzgojni zavod le stanovanjske skupine, mu pripadata najmanj 2 delovni mesti svetovalnega delavca (Razpredelnica 4.2 in 4.3).

Kot standard opredeljujemo tudi osnovna znanja in veščine svetovalnih delavcev o promociji duševnega zdravja in preventive duševnih motenj, osnovna znanja o najpogostejših duševnih motnjah pri otrocih in mladostnikih, njihovem poteku in zdravljenju, vrstah in oblikah pomoči in rehabilitacije.

Standarde in normative za vzgojne zavode, ko bodo razširili področje delovanja, bo potrebno prilagoditi (Razpredelnica 4.3). Vzgojni zavodi bi lahko izvajali inkluzijo, reintegracijo in rehabilitacijo v obliki institucionalnega varstva in na terenu.

Razpredelnica 4.2. Normativi za posamezne strokovnjake s področja duševnega zdravja – vzgoja in izobraževanje – vzgojni zavodi za izvedbo posameznega programa

Poklic	Bivanje v zavodu (za 40 otrok)	Stanovanjske skupine (do 10 otrok)	Mobilne enote (5 timov na zavod)	Spremljanje po odpustu (1 tim na zavod)	Posebni programi »boot camp« in terapevtske kmetije	Izobraževanje strokovnih delavcev in splošne javnosti
Specialni pedagog (vzgojitelji)	40	6	5	1	10	2
Delovni terapevt	3	1	0	0	2	0
Specialist klinične psihologije	1	0,2	1	1	1	1
Psiholog	2	1	5	0	2	1
Specialist otroške in mladostniške psihiatrije	1	0	1	1	0	1
Medicinski tehniki	15	1	5	0	5	1
Diplomirana medicinska sestra	1	0	0	1	0	1
Socialni delavec	2	0,5	1	1	0	1
Logoped	0,5	0	0	0	0	0

Standarde in normative za razvojne ambulante povzemamo iz vloge »Celostna obravnava otrok z motnjami v razvoju na sekundarni ravni« za razširitev mreže razvojnih ambulant za Zdravstveni svet. Sedaj deluje 19.9 timov po starem standardu in predlagajo 20.7 timov po novih standardih (Razpredelnica 4.3).

Razpredelnica 4.3. Normativi za Razvojne ambulante

Sprejeti tim leta 1994	Realizirano po letu 2003	Nov predlog 2016
1 pediater z dodatnimi znanji	1	1 razvojni pediater (pediater z dodatnimi znanji iz otroške nevrologije, razvojne psihologije, razvojno nevrološke obravnave in pedopsihiatrije)
1 višja medicinska sestra	1	1,3 diplomirane medicinske sestre
3 nevrofizioterapevti	2	3 nevrofizioterapevti (RNO)
1 delovni terapevt	0,5	2 delovna terapevta (RNO)
2 logopeda	0,5	2 logopeda – specialista klinične logopedije
1 specialist klinične psihologije	0	1 psiholog - specialist klinične psihologije
1 specialni pedagog	0	1 specialni pedagog (z dodatno izobrazbo o zgodnji obravnavi)
1 socialni delavec	0	1 socialni delavec
0,5 srednje medicinske sestre ali administratorja	0	1 srednja medicinska sestra

Razvojne ambulante so že zdaj vključene v javno zdravstveno mrežo in razporejene tako, da vsak tim skrbi za populacijo 17-20.000 otrok od 0 do 19 let. S širitvijo programa bi time le dopolnili z drugimi strokovnjaki (psihologi, specialnimi pedagogi in socialnimi delavci) in kadrovsko okrepili, tako da bi lahko zagotovili celostno obravnavo otrok z motnjami v razvoju. Tudi v bodoče naj bi bile razvojne ambulante del javne zdravstvene mreže in ne del socialno varstvenih in vzgojno izobraževalnih zavodov, kajti le tako bi lahko zagotovili enako dostopnost.

Dispanzerji za duševno zdravje oziroma centri za duševno zdravje v okviru zdravstvenih domov, svetovalni centri za otroke in mladostnike in specialistične ambulante – specialisti otroške in mladostniške psihiatrije in specialisti klinične psihologije

Vse zgoraj naštetе službe smo združiti v skupen koncept, saj zagotavljajo enako vrsto oskrbe in imajo zelo podobno kadrovsko strukturo. Obstoječi timi so nepopolni, strokovnjaki ki so odšli - specialisti otroške in mladostniške psihiatrije in specialisti klinične psihologije v privatno prakso in koncesijo niso

bili nadomeščeni. Pomembno je le, da so storitve vseh pomembnih in potrebnih strokovnjakov dostopne ciljni populaciji. Metodologija izračuna normativa je naslednja:

– število specialistov otroške in mladostniške psihiatrije smo pridobili z izračunom, da je na 15.000 otrok in mladostnikov 1 specialist. Ostale strokovnjake smo izračunali s pomočjo ocene razmerja med številom strokovnjakov edinega Dispanzerja za duševno zdravje, ki je ostal nespremenjen – V ZD Kranj. Zaradi različne oblike in statusa izvajalca nismo prikazale tima pri enem izvajalcu.

V Razpredelnici 4.4 je izračun potreb po posameznih strokovnjakih in s tem predlagan normativ.

Razpredelnica 4.4. Prebivalci Slovenije, stari od 0 do 19 let, polletje 2016, po statističnih regijah. SURS, 2016 in izračun potreb po posameznih strokovnjakih oziroma izračun normativa glede na ciljno populacijo.

Statistična regija	Število prebivalcev od 0 do 19 let	Specialist otroške in mladostniške psihiatrije	Specialist klinične psihologije	Defektolog/specialni pedagog	Logoped	Diplomirana medicinska sestra, zdravstvenik
Pomurska	20303	1,5	3	1	1	1
Podravska	57748	4	8	2	2	2
Koroška	13526	1	2	1	1	1
Savinjska	50477	3,5	7	2	2	2
Zasavska	10618	1	2	1	1	1
Posavska	14536	1	2	1	1	1
Jugovzhodna Slovenija	29419	2	4	1	1	1
Osrednjeslovenska	110129	7	14	4	4	4
Gorenjska	41955	3	6	2	2	2
Primorsko-notranjska	10251	1	2	1	1	1
Goriška	22495	1,5	3	1	1	1
Obalno-kraška	20019	1,5	3	1	1	1
Skupaj	401476	28	56	18	18	18

5 Predlog posodobitve, razvoja in nadgradnje obstoječe mreže služb ter predlogov za medsektorsko mrežo služb za celostno obravnavo duševnega zdravja otrok in mladostnikov

Ministrstvo za zdravje (2014) v predlogu Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja izpostavlja vrsto nalog, ki jih lahko prepoznavamo kot usmeritve pri načrtovanju mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov (Razpredelnica 5.1):

Razpredelnica 5.1. Naloge iz Akcijskega načrta predloga Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja in predlog implementacije omenjenih nalog v okviru mreže za duševno zdravje otrok in mladostnikov

Opis naloge v NPDZ	Predlog za implementacijo v okviru mreže za duševno zdravje otrok in mladostnikov
Področni protokoli za medsektorsko sodelovanje: Izdelava področnih protokolov, ki opredeljujejo: način sodelovanja, vsebino, nadzor, vlogo posameznih strok in kadrov, reševanje sporov. (Služi kot podlaga za določene naloge NPDZ AN in delo različnih strokovnih skupin). Protokoli predstavljajo temelje za implementacijo algoritmov in smernic za obravnave posameznih kliničnih entitet.	Predlogi posameznih sodelovanj med različnimi službami – poglavje 6
Normativi za vse zdravstvene službe in kadre, nadzor kakovosti izvajanja storitev: oblikovanje predloga pristojnosti vseh kadrov in predlog normativov za vse službe in kadre je širšega pomena. Predlog se uporabi tudi za natančnejšo opredelitev nekaterih nalog v NPDZ AN (posebej označeno). Izdelava predloga načina vzpostavljanja nadzora kakovosti storitev.	Predlogi normativov in kazalcev kakovosti – poglavje 4
Normativi za različne modalitete dolgotrajne oskrbe in socialne reintegracije in uskladiitev financiranja: oblikovanje predloga poenotenja bivalnih skupin glede normativov, ocenjevanja potreb in financiranja in se uporabi tudi za natančnejšo opredelitev nekaterih nalog NPDZ AN (posebej označeno).	Predlogi novih služb za otroke in mladostnike – poglavje 5.1
Mreža razvojnih ambulant: Dopolnitev obstoječih timov s psihologi, logopedi, specialnimi pedagogi in socialnimi delavci in novi timi.	Prepoznavanje vloge razvojnih ambulant v preventivi duševnih motenj in zgodnjem prepoznavanju duševnih motenj – Poglavje 5.1
Mreža dispanzerjev (centrov) za duševno zdravje: Povečanje oziroma razširitev obstoječih programov ter njihova nadgradnja za specifično število primerov letno.	Dopolnitev in okrepitev dispanzerjev in centrov za duševno zdravje na primarni ravni – Poglavje 5.1
Svetovalni centri za otroke, mladostnike in starše oziroma mreža centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov: Priprava formalnih podlag in modelov dela za posamezna okolja. Dodatni svetovalni centri za otroke in mladostnike oziroma okrepitev psihohigienskih dispanzerjev, da bo skupno v državi na voljo 5 – 8 centrov.	Dopolnitev Svetovalnih centrov za otroke, mladostnike – Poglavje 5.1
Šolske svetovalne službe in strokovni centri za otroke in mladostnike s posebnimi potrebami: Priprava formalnih podlag in modelov dela za posamezna področja posebnih potreb. Vzpostavitev mreže strokovnih centrov za otroke in mladostnike oziroma okrepitev šolskih svetovalnih služb.	Dodatne kompetence svetovalne službe in nove službe – Poglavje 5.1
Specializirana pomoč za nosečnice in otročnice s težavami v duševnem zdravju : Službe in strokovnjaki, ki razpolagajo s posebnim znanjem obporodne in poporodne skrbi za duševno zdravje.	Dopolnitev služb za nosečice in otročnice – Poglavje 5.1
Nove oblike namestitev otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju (avtodestruktivno in heteroagresivno vedenje: Ustanovitev novih oblik namestitev otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju	Nove službe – Poglavje 5.1
Specializiran varovan intenziven oddelek za otroke in mladostnike.	Nova služba – Poglavje 5.1
Rehabilitacija in socialna integracija za otroke in mladostnike z duševnimi motnjami: Specializirane službe za otroke in mladostnike po zaključnem bolnišničnem zdravljenju.	Nova služba – Poglavje 5.1
Izobraževanje in osveščanje o promociji duševnega zdravja: Predavanja in delavnice v različnih okoljih. Dogodki, ki obeležujejo svetovne dni.	Vključevanje vsebin promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj v naloge različnih služb – poglavje 5.1
Izobraževanje in osveščanje o preventivi ter zgodnjem prepoznavanju duševnih motenj ter preprečevanju samomora ter stigme in socialne izključenosti: Predavanja in delavnice v različnih okoljih. Prevodi knjig, druga informativna gradiva za laično in strokovno javnost.	Vključevanje vsebin promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj v naloge različnih služb – poglavje 5.1
Programi hitre pomoči v duševni stiski 24-urna laična in strokovna pomoč preko telefona za osebe, ki so v duševni stiski oziroma so ogrožene zaradi samomorilnega vedenja. Svetovalnice za prvo psihološko pomoč v vseh regijah.	Nove službe – Poglavje 5.1
Kazalniki na področju duševnega zdravja: implementirani in izračunani kazalniki duševnega zdravja.	Predlogi normativov in kazalcev kakovosti – poglavje 4

5.1 Posodobitev, razvoj in nadgradnje obstoječe mreže služb za celostno obravnavo duševnega zdravja otrok in mladostnikov

Predlog posodobitve, razvoja in nadgradnje koncepta mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov temelji na prepoznavi obstoječih služb in njihovih okvirov delovanja ter dodajanje novih oblik delovanja oziroma modifikacija obstoječih. Osnovno vodilo je v sodelovanju služb in zagotavljanju celostne in kontinuirane obravnave. Za zagotovitev povezav med posameznimi sektorji predlagamo protokole obravnave posameznih problemskih sklopov in sodelovanja med različnimi službami.

5.1.1 Vzgoja in izobraževanje

Možnosti za posodobitev, razvoj in nadgradnjo koncepta mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov ter oblikovanje medsektorske mreže služb za celostno obravnavo duševnega zdravja otrok in mladostnikov v okviru vzgoje in izobraževanja prepoznavamo v nalogah in pristojnosti posameznih sestavnih elementov mreže, kamor spadajo:

- Komisije za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami
- Predšolska vzgoja
- Osnovne šole
- Srednje šole
- Svetovalne službe
- Vzgojni zavodi

Za vse naštetje smo predvideli dodatne usmeritve, naloge oziroma povečanje pozornosti na določeno problematiko.

Komisije za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami

- Prepoznavamo komisije za usmerjanje kot sistemsko uveljavljeno možnost, da otroci s posebnimi potrebami pridobijo dodatne storitve za svoj razvoj in tudi storitve za varovanje duševnega zdravja.
- Pridružujemo se pridružujemo kritikam obstoječega sistema usmerjanja otrok s posebnimi potrebami in zlasti podpiramo vpeljavo dodatnih skupin pogostih duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih. Določene diagnostične skupine namreč zahtevajo specifične pristope.
- Potrebno je vzpostaviti celovit sistem zgodnjega prepoznavanja otrokovih težav v predšolskem obdobju s celostno zgodnjo obravnavo otrok in družin.
- Potrebno je, da se storitve v večji meri omogočijo tudi otrokom, ki niso vključeni v organizirano predšolsko varstvo.
- Potrebno je, da se storitve omogočijo v domačem okolju in da se vključuje starše, ki se jih dodatno opolnomoči.

Predšolska vzgoja

- Predlagamo, da se kurikulum predšolske vzgoje dopolni z vsebinami, pomembnimi za duševno zdravje.
- Potrebno je, da se z različnimi programi in storitvami opolnomoči starše za izzive v vzgoji.
- Potrebno je vpeljati, da je za starše, kjer gre za vedenjske in čustvene motnje pri otroku, obiskovanje programa za opolnomočenje obvezno.
- Obvezno je, da se strokovni delavci v predšolski vzgoji dodatno poučijo o dejavnih tveganja za duševno zdravje, o varovalnih dejavnih za duševno zdravje in o mreži služb za duševno zdravje ter osnovnih informacijah o duševnih motnjah pri otrocih. Želimo namreč, da dosežemo raven poznavanja duševnega zdravja kot velja za sladkorno bolezen.
- Obvezno je, da strokovni delavci obvladajo preprečevanje nasilnega vedenja in ukrepanje v primeru nasilnega vedenja med otroci.

- Obvezno je, da vzgojitelji poznajo osnovne metode dela z otroci, ki imajo težave v duševnem zdravju in da so poučeni, kateri pristopi so pri nekaterih duševnih motnjah kontraindicirani.

Osnovne šole

- Predlagamo, da se kurikulum osnovnošolskega izobraževanja dopolni z vsebinami, pomembnimi za duševno zdravje.
- Potrebno je, da se v dejavnosti šole vpelje in vzdržuje promocijske in preventivne programe varovanja zdravja.
- Potrebno je, da se z različnimi programi in storitvami opolnomoči starše za izzive v vzgoji.
- Potrebno je vpeljati, da je za starše, kjer gre za vedenjske in čustvene motnje pri otroku, obiskovanje programa za opolnomočenje staršev obvezno.
- Obvezno je, da se učitelji dodatno poučijo o dejavnih tveganja za duševno zdravje, o varovalnih dejavnih za duševno zdravje in o mreži služb za duševno zdravje ter osnovnih informacijah o duševnih motnjah pri otrocih. Želimo namreč, da dosežemo raven poznavanja duševnega zdravja kot velja za sladkorno bolezen.
- Obvezno je, da učitelji obvladajo preprečevanje nasilnega vedenja in ukrepanje v primeru nasilnega vedenja med otroci.
- Obvezno je, da učitelji poznajo osnovne metode dela z otroci, ki imajo težave v duševnem zdravju in da so poučeni, kateri pristopi so pri nekaterih duševnih motnjah kontraindicirani.

Srednje šole

- Predlagamo, da se kurikulum srednješolskega izobraževanja dopolni z vsebinami, pomembnimi za duševno zdravje.
- Potrebno je, da se v dejavnosti šole vpelje in vzdržuje promocijske in preventivne programe varovanja zdravja.
- Potrebno je, da se z različnimi programi in storitvami opolnomoči starše za izzive v vzgoji.
- Potrebno je vpeljati, da je za starše, kjer gre za vedenjske in čustvene motnje pri otroku, obiskovanje programa za opolnomočenje staršev obvezno.
- Obvezno je, da se učitelji dodatno poučijo o dejavnih tveganja za duševno zdravje, o varovalnih dejavnih za duševno zdravje in o mreži služb za duševno zdravje ter osnovnih informacijah o duševnih motnjah pri otrocih. Želimo namreč, da dosežemo raven poznavanja duševnega zdravja kot velja za sladkorno bolezen.
- Obvezno je, da strokovni delavci obvladajo preprečevanje nasilnega vedenja in ukrepanje v primeru nasilnega vedenja med otroci.
- Obvezno je, da vzgojitelji poznajo osnovne metode dela z otroci, ki imajo težave v duševnem zdravju in da so poučeni, kateri pristopi so pri nekaterih duševnih motnjah kontraindicirani.

Svetovalne službe

- Predlagamo, da se svetovalno delo dopolni z vsebinami, pomembnimi za duševno zdravje.
- Potrebno je, da se z različnimi programi in storitvami opolnomoči starše za izzive v vzgoji.
- Obvezno je, da se strokovni delavci v šolah dodatno poučijo o dejavnih tveganja za duševno zdravje, o varovalnih dejavnih za duševno zdravje in o mreži služb za duševno zdravje ter osnovnih informacijah o duševnih motnjah pri otrocih. Želimo namreč, da dosežemo raven poznavanja duševnega zdravja kot velja za sladkorno bolezen.
- Obvezno je, da svetovalni delavci svetujejo v primeru učne neuspešnosti, absentizma in preprečujejo osipništvo.
- Obvezno je, da svetovalni delavci obvladajo preprečevanje nasilnega vedenja in ukrepanje v primeru nasilnega vedenja med otroci.

- Obvezno je, da svetovalni delavci poznajo osnovne metode dela z otroci, ki imajo težave v duševnem zdravju in da so poučeni, kateri pristopi so pri nekaterih duševnih motnjah kontraindicirani.

Vzgojni zavodi

- Predlagamo, da se kurikulum izobraževanja in vzgojnega dela dopolni z vsebinami, pomembnimi za duševno zdravje.
- Potrebno je, da se v dejavnosti vzgojnega zavoda vpelje in vzdržuje promocijske in preventivne programe varovanja zdravja.
- Potrebno je, da se z različnimi programi in storitvami opolnomoči starše za izzive v vzgoji.
- Potrebno je vpeljati, da je za starše, kjer gre za vedenjske in čustvene motnje pri otroku, obiskovanje programa za opolnomočenje staršev obvezno.
- Obvezno je, da se vzgojitelji in učitelji dodatno poučijo o dejavnikih tveganja za duševno zdravje, o varovalnih dejavnikih za duševno zdravje in o mreži služb za duševno zdravje ter osnovnih informacijah o duševnih motnjah pri otrocih. Želimo namreč, da dosežemo raven poznavanja duševnega zdravja kot velja za sladkorno bolezen.
- Obvezno je, da učitelji in vzgojitelji obvladajo preprečevanje nasilnega vedenja in ukrepanje v primeru nasilnega vedenja med otroci.
- Obvezno je, da učitelji in vzgojitelji poznajo osnovne metode dela z otroci, ki imajo težave v duševnem zdravju in da so poučeni, kateri pristopi so pri nekaterih duševnih motnjah kontraindicirani.
- Podpiramo, da se nadaljuje reorganizacija vzgojnih zavodov v nove programe in storitve, predvsem v smer dezinstitutionalizacije svojega delovanja v naslednje oblike:
 - bivanje otrok in mladostnikov v stanovanjske skupine v običajnem okolju;
 - bivanje in usposabljanje otrok in mladostnikov na terapevtski kmetiji;
 - bivanje v zavodu samo za tiste otroke in mladostnike, ki šele okrevajo po preboleli duševni motnji, so povsem neobvladljivi v vedenju in še niso vzpostavili nadzora nad svojim odzivanjem ter niso dovolj samostojni za druge manj restriktivne oblike bivanja z manj podpore;
 - delo s starši na vikend delavnicah in delavnicah v času počitnic;
 - delo z družino v domačem okolju, tako da se prepreči ukrep oddaje v zavod oziroma po odpustu otroka ali mladostnika iz zavoda, da se vzdržuje oziroma izboljšuje funkcioniranje družine;
 - spremljanje otrok in mladostnikov po odpustu iz vzgojnega zavoda do 3 let (na primer imajo psihiatrično ambulantno obravnavo, svetovanje in psihoterapijo v okviru vzgojnega zavoda, da dodatno okrepimo njegovo samostojnost (gre za občutljiva leta) in olajšamo prehod v zdravstvene službe v bližini njegovega bivanja;
 - poletni tabori in »boot camp«;
 - sodelovanje z službami za rehabilitacijo;
 - sodelovanje s socialnimi službami;
 - izobraževanje svetovalnih delavcev in učiteljev v osnovnih in srednjih šolah o pristopih pri otrocih in mladostnikih, ki imajo vedenjske motnje in duševne motnje;
 - svetovanje svetovalnim delavcem in učiteljem v šolah v konkretnih primerih;
 - izobraževanje splošne publike, staršev in vseh zainteresiranih;
 - razvijanje smernic za tretmaje in obravnave, poenotenje kakovostne obravnave;
 - preventiva duševnih motenj in promocija duševnega zdravja v širšem okolju;
 - destigmatizacija;
 - obveščanje laične in strokovne javnosti o novostih, delu, uspehih;
 - sledenje zakonodaji in aktivno angažiranje pri spremembah.

5.1.2 Socialno varstvo

Možnosti za posodobitev, razvoj in nadgradnjo koncepta mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov ter oblikovanje medsektorske mreže služb za celostno obravnavo duševnega zdravja otrok in mladostnikov v okviru socialnega varstva prepoznavamo v nalogah in pristojnosti posameznih sestavnih elementov mreže, kamor spadajo:

- Centri za socialno delo in interventne službe CSD
- Krizni centri za mlade in otroke
- Programi socialnega varstva in programi v podporo družini, ki jih izvajajo CSD in nevladne organizacije
- Centri za usposabljanje, varstvo in delo

Za vse našete smo predvideli dodatne usmeritve, naloge oziroma povečanje pozornosti na določeno problematiko.

Centri za socialno delo in interventne službe CSD

- Prepoznavamo CSD in interventne službe CSD kot sistemsko uveljavljeno možnost, da otroci in mladostniki, ki imajo dejavnike tveganja za duševno zdravje, posamezne težave v duševnem zdravju oziroma imajo duševno motnjo, da pridobijo dodatno pomoč tudi iz razloga varovanja duševnega zdravja.
- Pridružujemo se kritikam obstoječega sistema in prepoznavamo, da najbolj ovirani in pomoči potrebni otroci zaradi nesodelovanja staršev ne dobijo ustrezne pomoči. Opozarjamo, da se v tujini že uveljavlja »slabo starševstvo« kot kaznivo dejanje.
- Poudarjamo, da se s pomočjo informiranja in usmerjanja storitve mreže za duševno zdravje otrok in mladostnikov omogočijo tudi otrokom, katerih starši sami ne vidijo razlogov za iskanje pomoči oziroma se v sistemu ne znajdejo oziroma ne sodelujejo.
- Potrebno je, da se sodelovanje staršev, ki imajo pomanjkljive kompetence, zahteva in se v ta namen spremeni zakonodaja.
- Pomembno je, da se storitve omogočijo v domačem okolju in da se vključuje starše, ki se jih dodatno opolnomoči.
- Predlagamo, da se uvede programe podpore za družine, ki so iz kakršnega koli razloga ovirani in socialno izolirani in ekonomsko šibki, kronično bolni in podobno, z namenom, da se opolnomoči otroke in mladostnike, da pri njih ne bi prišlo do razvoja naučene brezpomočnosti in bi bili zaradi svojega primarnega okolja prikrajšani.
- Predlagamo, da se vpelje posebne programe za družine osipnikov iz srednje šole – posebni programi in programi poklicnega usmerjanja

Krizni centri za mlade in otroke

- Prepoznavamo pomen služb, ki v času krize omogočijo otrokom in mladostnikom, da se umaknejo na varno.
- Predlagamo, da se bivanje v kriznih centrih za otroke in mladostnike, ki so tja nameščeni zaradi prepovedi približevanja staršem zaradi nasilja v družini (povzročitelj je otrok oziroma mladostnik) ne povezuje z njegovim pristankom, temveč je takšna namestitve obvezna.
- Obvezno je, da strokovni delavci obvladajo preprečevanje nasilnega vedenja in ukrepanje v primeru nasilnega vedenja med otroci.
- Obvezno je, da strokovni delavci poznajo osnovne metode dela z otroci, ki imajo težave v duševnem zdravju in da so poučeni, kateri pristopi so pri nekaterih duševnih motnjah kontraindicirani.

Programi socialnega varstva in programi v podporo družini, ki jih izvajajo CSD in nevladne organizacije

- Predlagamo, da se v programe, ki se uvrščajo med programe socialnega varstva in programe v podpro družini uvede izobraževalna vsebina skrbi za duševno zdravje

- Obvezno je, da izvajalci poznajo osnovne metode dela z otroci, ki imajo težave v duševnem zdravju in da so poučeni, kateri pristopi so pri nekaterih duševnih motnjah kontraindicirani.

Centri za usposabljanje, varstvo in delo

- Za otroke in mladostnike, ki imajo resne težave v duševnem zdravju in nimajo motnje v duševnem razvoju oziroma je ta motnja blaga, v primeru, da ne zmorejo skrbeti zase, doma ne morejo bivati, niso delazmožni, lahko bivajo v posebnih zdravstveno socialnih zavodih šele po dopolnjenem 18 letu starosti. Predlagamo spremembo razlogov namestitvev v CUDV za tiste otroke in mladostnike, ki imajo resne duševne motnje, ki jim krnijo sposobnosti za samostojno življenje in produktivno delo in nimajo motnje v duševnem razvoju oziroma je ta blaga, da so lahko v primeru, da ne morejo bivati doma, niso pa še dopolnili 18 let, nameščeni v CUDV. Takšnih otrok in mladostnikov je na letni ravni 2 do 3 v celotni Sloveniji.

5.1.3 Zdravstveno varstvo

Preventivne dejavnosti za duševno zdravje otrok in mladostnikov, ki jih izvaja NIJZ

Predlagamo, da se spletno svetovanje umesti v formalni sistem pomoči, saj omogoča preventivno, informativno in svetovalno delo z mladimi. Program *To sem jaz* je kot celota preventivno usmerjen, kar pomeni, da predvideva in uresničuje delovanje in ukrepanje, še preden se težava v zdravju sploh pojavi – sledi smiselnu priporočilu, da v preventivi zajamemo vse mladostnike, ne glede na stopnjo morebitne ranljivosti.

Preventivna dejavnost na primarni ravni, materinske šole, patronažna skrb za otročnice

Materinske šole so široko dostopne, kar pa ne moremo reči za psihološko podporo za nosečnice in otročnice, ki je dostopna v dveh večjih porodnišnicah. Predlagamo, da ima vsaka porodnišnica na voljo psihološko podporo v obliki specialista klinične psihologije.

Ambulante družinske medicine in pediatrične ambulate na primarni ravni

Širitev programa je v načrtu od leta 2013 in je predmet drugih dokumentov. Podpiramo usklajeno in uravnoteženo skrb za zdravje otrok in mladostnikov in povečanje strokovnega znanja glede problematike duševnega zdravja otrok in mladostnikov v primarni zdravstveni mreži.

Razvojne ambulate

Ponovna vloga na Zdravstveni svet iz leta 2016 predvideva popolnitev timov z vsemi predvidenimi strokovnjaki in povečanje timov v štirih najbolj obremenjenih krajih. (Stalna strokovna skupina za otroke z motnjami v razvoju pri RSK za pediatrijo, 2016)

Dispanzerji za duševno zdravje oziroma centri za duševno zdravje v okviru zdravstvenih domov, svetovalni centri za otroke in mladostnike in specialistične ambulate – specialisti otroške in mladostniške psihiatrije in specialisti klinične psihologije

Vse zgoraj naštetje službe obravnavamo skupaj, saj je potrebno v posamezni regiji zagotoviti ustrezen dostop do specialista otroške in mladostniške psihiatrije, specialista klinične psihologije, logopeda, specialnega pedagoga, diplomirane medicinske sestre. Razgraditev timov dispanzerjev/centrov za duševno zdravje v zdravstvenih domovih času odhoda številnih specialistov otroške in mladostniške psihiatrije in specialistov klinične psihologije v privatno prakso in koncesijo je pripeljala do tega, da je izvajalcev enakih storitev na posameznem geografskem področju več in imajo različen formalen status. Pomembno je le, da so storitve vseh pomembnih in potrebnih strokovnjakov dostopne ciljni populaciji v regiji. Poudarjamo tudi, da so specialisti klinične psihologije v našem izračunu namenjeni samo za otroke in mladostnike, tako da bi bilo potrebno imeti vseh specialistov klinične psihologije (za pokritje

potreb odraslih) nekoliko več. Izračun celotne potrebe po specialistih klinične psihologije presega našo nalogo.

Metodologija izračuna – število specialistov otroške in mladostniške psihiatrije smo pridobili z izračunom, da je na 15.000 otrok in mladostnikov 1 specialist v ambulantne dejavnosti. Specialist, ki delujejo v bolnišnicah, v izračunu nismo upoštevali, saj so oddelki samo trije, v kratkem bodo štirje in v celotno sliko ambulantne službe, ki je najbolj pomanjkljiva, ne prispevajo veliko. Ostale strokovnjake smo izračunali s pomočjo ocene razmerja med številom strokovnjakov edinega Dispanzerja za duševno zdravje, ki je ostal nespremenjen – V ZD Kranj.

Zaradi različne statusa izvajalcev, je mogoče število različnih strokovnjakov prikazati po regijah in ne kot tim pri izvajalcu (glej Razpredelnico 4.4).

Po našem izračunu potrebujemo v Sloveniji

- 28 specialistov otroške in mladostniške psihiatrije za ambulantne storitve in nujno pomoč
- 56 specialist klinične psihologije za ambulantne storitve in nujno pomoč
- 18 defektologov/specialnih pedagogov
- 18 logopedov
- 18 diplomiranih medicinskih sester, zdravstvenikov

Bolnišnične službe za otroke mladostnike z duševnimi motnjami

Okrepitev s specialisti otroške in mladostniške psihiatrije je potrebna na obstoječih dveh od treh oddelkov. Kadrovsko je dobro pokrit le Pedopsihiatrični oddelek na Pediatrični kliniki UKC Ljubljana.

Kadrovsko je podhranjen Pedopsihiatrični oddelek na Pediatrični kliniki UKC Maribor, ki bi potreboval še dva specialista in Center za mladostniško psihiatrijo v Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana.

V Sloveniji nujno potrebujemo varovani oddelek za otroke in mladostnike s težavami v duševnem zdravju. Vloga za takšen oddelek je na Zdravstvenem svetu in potekajo priprave za njegovo odprtje. Tak oddelek bo deloval v sklopu Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana. Natančna opredelitev osebja v tem oddelku presega okvir naloge.

Nujna psihološka in psihiatrična pomoč za otroke in mladostnike

Okrepljena ambulantna in bolnišnična psihološka in psihiatrična služba bo lahko poskrbela za preglede v primeru nujnih stanj in ustrezno zmanjšala pritiske na oddelke in preprečila nepotrebne hospitalizacije.

Rehabilitacija otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju

Prepoznavamo vsaj tri oblike služb za rehabilitacijo otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju:

- Obstoječe oblike rehabilitacije - Dodatne storitve bi bile na mestu tudi v okviru obstoječih programov rehabilitacije, ki so usmerjeni v obvladovanje določene problematike – na primer motenj hranjenja v okviru Rakitne.
- Nove službe - skupnostne oblike obravnave, ki jih izvajajo na primarni ravni in so po organizaciji pridružene skupnostni oskrbi za odrasle s težavami v duševnem zdravju, le da sodeluje pri načrtovanju in izvajanju tim Centra/dispanzerja za duševno zdravje oziroma specialist otroške in mladostniške psihiatrije oziroma specialist klinične psihologije. Takšna oblika pomoči bi bila ustrezna za tiste otroke in mladostnike, ki imajo hude duševne motnje, ki potrebujejo stalno medikamentozno terapijo, nenehno spremljanje in je prognoza takšna, da bodo tudi v odraslem obdobju potrebovali storitve skupnostne psihiatrične obravnave. Ocenjujemo, da bi bilo takšnih otrok in mladostnikov malo – na primer letno na 100 obravnav odraslih v skupnostni psihiatriji na primarni ravni, bi bilo do 5 otrok in mladostnikov. Predvidevamo, da bi bilo takšnih otrok in mladostnikov na letni ravni v skupnostni obravnavi lahko do 300 primerov v celotni državi. S tem bi poskrbeli za najbolj ovirane in najbolj bolne, ki bi jih zgodaj vključili v podpirne službe za duševno zdravje in s tem zagotovili boljše sodelovanje tudi za naprej in razbremenili njihove družine. Ti otroci in mladostniki bi lahko bivali in se šolali v domačem okolju.

- Nove službe - V določeni meri je rehabilitacija otrok s težavami v duševnem zdravju pokrita v okviru novih programov vzgojnih zavodov, ki bi poskrbeli za ustrezno obravnavanje otrok in mladostnikov z različnimi težavami v duševnem zdravju, ki iz najrazličnejših razlogov ne morejo bivati doma, potrebujejo pa rehabilitacijo, zagotavljanje varnosti ter nadaljevano zdravljenje ter šolanje.

Forenzična psihiatrija otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju

Mladoletni storilci kaznivih dejanj, ki imajo duševne motnje, v razvitih državah obravnavajo posebne forenzično psihiatrične službe. V Sloveniji bi potrebovali izdelavo smernic in konceptov za delo z otroci in mladostniki, ki so povzročitelji kaznivih dejanj in imajo resne duševne motnje, ki potrebujejo zdravljenje.

Predlagamo, da se vključi forenzično psihiatrični koncept v okvir prej predlaganih služb.

5.1.4 Formalne podlage za novoustanovljene službe

Določene novoustanovljene službe prav tako zahtevajo formalne podlage (Razpredelnica 5.2).

Razpredelnica 5.2. Na novo ustanovljene službe oziroma spremenjene pristojnosti, ki zahtevajo spremembo oziroma dopolnitev formalnih podlag.

Sektor	Služba	Vsebina in namen
Vzgoja in izobraževanje in socialno varstvo	Vzgojno delo v družini na domu	Vzgojitelj v družini pomaga staršem in otrokom oziroma mladostnikom pri različnih vzgojnih problemih.
Vzgoja in izobraževanje in socialno varstvo	Vzgojno delo v obliki vikend delavnic za celotno družino	Vzgojitelji na vikend delavnici pomagajo staršem in otrokom oziroma mladostnikom pri različnih vzgojnih problemih.
Vzgoja in izobraževanje in socialno varstvo	Svetovanje, opolnomočenje staršev za izzive v vzgoji, ...	Obvezno sodelovanje staršev v programih, ki povečujejo njihove kompetence.
Socialno varstvo	Boot camp, tabori učenja za življenje	Pomoč staršem in otrokom oziroma mladostnikom pri različnih vzgojnih problemih.
Vzgoja in izobraževanje in socialno varstvo	Terapevtska kmetija, terapevtske delavnice	Pomoč otrokom in mladostnikom pri odraščanju in osamosvajanju ter premagovanju morebitnih duševnih motenj
Zdravstveno varstvo	Skupnostna skrb za otroke in mladostnike s hudimi duševnimi motnjami, ki zahtevajo dolgotrajno medikamentozno terapijo in imajo slabo prognozo Koncept forenzično psihiatrične oskrbe za otroke in mladostnike	Pomoč otrokom in mladostnikom pri odraščanju in osamosvajanju ter premagovanju morebitnih duševnih motenj

6 Protokoli obravnave za posamezne problemske sklope in sodelovanje med službami – medsektorska in usklajena mreža služb

Muijen (2015) v svojem poročilu iz obiska Slovenije in njenih služb za duševno zdravje ugotavlja, da ima Slovenija zavzete strokovnjake in službe, ki pa med seboj ne sodelujejo.

Dober primer natančne razdelitve posameznih nalog in pristojnosti služb različnih sektorjev je v Sloveniji Zakon o preprečevanju nasilja v družini s tremi podzakonskimi akti.

Ocenjujemo, da bi potrebovali natančne protokole obravnave in sodelovanje med službami pri določenih problemskih sklopih (Razpredelnica 6.1), kjer se srečujejo službe različnih sektorjev in je pomembno medsebojno opredeliti dolžnosti, pristojnosti in prioritete.

Razpredelnica 6.1. Posamezni problemski sklopi, ki v mreži služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov potrebujejo protokole sodelovanja med službami

Problemski sklop	Opis protokola
Neobvladljivo vedenje – heteroagresivno vedenje in/ali avtoagresivno vedenje	Učinkovito odzivanje in obvladovanje heteroagresivnega in avtoagresivnega vedenja v domačem okolju, vrtcih, šolah Na primer: Deklica je bila v otroški dobi spolno zlorabljena s strani bližnje osebe. Sledili so dolgotrajni postopki pri ugotavljanju resničnosti njenih izjav: večkratno zaslišana s strani policistov, kriminalistov, razgovori na CSD, pri različnih izvedencah psihiatrične in psihološke stroke, v pripravljalnih postopkih na sodišču... Posledično je razvila hude oblike avtoagresivnega vedenja. Deček po težki travmatski izkušnji, smrt matere (samomor) in odsotnosti očeta je nekaj mesecev živel brez vsake pomoči in nadzora skupaj z mladoletnima sestrama. Kasneje je bil nameščen k očetu, ki si je ustvaril novo družino. V družini je bil deležen hudega nasilja s strani očeta in neprimerne, škodljive vzgoje s strani mačehe. Deček je razvil neobvladljivo heteroagresivno vedenje proti očetu, učiteljem, osebju v bolnišnici.
Usklajevanje med oceno ogroženosti za zdravje med zdravstvenim in socialnim sektorjem	Usklajeno ocenjevanje, kaj se socialnemu oziroma zdravstvenemu sektorju zdi nevarno in vredno ukrepanja in kaj drugemu ne. Na primer: patronažna služba opozori, da novorojenček skupaj s starši živi v neustreznih bivalnih pogojih, področni SCD pa še ne oceni, da je primerno ukrepati. Na primer: Otrok je bil zaradi patalogije matere (huda oblika osebnostne motnje) odvzet iz družine in nameščen v rejniško družino. CSD je dovoljeval mesečna srečanja z otrokom, kateri je bil po vsakem srečanju travmatiziran. Otrok je že v zgodnjem otroštvu razvil avtoagresivno vedenje s pogostimi poskusi suicida.

Razpredelnica 6.2. Posamezni problemski sklopi, ki v mreži služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov potrebujejo protokole sodelovanja med službami - nadaljevanje

Otroci in mladostniki s hudimi motnjami vedenja in tendenco k delikvenci oziroma že izraženo delinkvenco	Učinkovita in pravočasna pomoč otrokom in mladostnikom, ki imajo hude motnje vedenja in imajo dejavnike tveganja, da se razvije delinkvenca oziroma je ta že izražena. Opredelitev odgovornosti posameznih služb, medsebojno sodelovanje in holistični pristop. Na primer: Mladostnik je v starosti 15 let v navalu besa poškodoval mlajšega mladostnika. Sledila je prijava na policijo, kjer so korektno izpeljali postopek. Tožilstvo je postopek ustavilo z obrazložitvijo, da je mladostnik že nameščen v vzgojnem zavodu. Mladostnik je z nasilništvom nadaljeval ter je s svojim ravnanjem neposredno ogrožal ostale otroke in mladostnike. V starosti 17 let je grobo pretepel starostnika, ki je utrpel težke telesne poškodbe.
Otroci in mladostniki z duševnimi motnjami, ki imajo hudo duševno motnjo (bipolarna motnja razpoloženja, shizofrenija)	Usklajeno delovanje zdravstvenega in šolskega sistema. Na primer: Mladostnica s hudo duševno motnjo, ki potrebuje stalen nadzor in ni sposobna socialno funkcionirati nima nobene možnosti za vključitev v ustrezno socialno institucijo ali v stanovanjsko skupini, ker je mlajša od 18 let.
Otroci in mladostniki, ki zlorabljajo oziroma so odvisni od psihoaktivnih substanc	Potrebujejo ustrezno in pravočasno pomoč, ki naj bo med sektorji usklajena. Na primer: Otrok star 13 let je odvisen od heroína. Vsako zdravljenje in pomoč zavrača. Na oddelek za zdravljenje odvisnosti ga zaradi starosti in odklonilnega odnosa do zdravljenja ne sprejmejo.
Otroci in mladostniki z duševnimi motnjami, ki imajo hudo duševno motnjo (bipolarna motnja razpoloženja, shizofrenija) in zlorabljajo oziroma so odvisni od psihoaktivnih substanc	Potrebujejo ustrezno in pravočasno pomoč, ki naj bo med sektorji usklajena. Na primer: Mladostnik nekajkrat obravnavan na psihiatriji zaradi predoziranja s PAS. Vsakič so ga na psihiatriji po nekaj dnevih odpustili. Mladostnik pa se je s PAS »samozdravil« oziroma blažil simptome hude psihoze.
Otroci in mladostniki z duševnimi motnjami, ki imajo hudo duševno motnjo (bipolarna motnja razpoloženja, shizofrenija) in izkazujejo delinkventno vedenje	Potrebujejo ustrezno in pravočasno pomoč, ki naj bo med sektorji usklajena. Na primer: Mladostnik star 16 let že šestič obravnavan na sodišču zaradi težjih kaznivih dejanj nasilništva in uničevanja tujih stvari. Zaradi hude duševne motnje mu sodišče vsakič izreče le navodila, ustrežnejšega vzgojnega ukrepa psihiatričnega zdravljenja mu ne morejo izreči, ker v Sloveniji ne obstaja oddelek forenzične psihiatrije za mladoletnike.
Otroci in mladostniki z motnjami vedenja in/ali duševnimi motnjami, kjer starši oziroma skrbniki odklanjajo pomoč	Potrebujejo ustrezno in pravočasno pomoč, ki naj bo med sektorji usklajena Na primer: Mladostnica je na zatevo staršev po 3 mesecih zaključila bivanje in izobraževanje v vzgojnem zavodu, ker starši niso sprejeli dejstva, da ima njihov otrok resne težave v duševnem zdravju.
Otroci in mladostniki z motnjami vedenja in/ali duševnimi motnjami, ki odklanjajo pomoč in so starši pri tem nemočni	Potrebujejo ustrezno in pravočasno pomoč, ki naj bo med sektorji usklajena Na primer: Mladostnik s težavami v duševnem zdravju in s hudimi oblikami heteroagresivnega vedenja izsilil z agresijo usmerjeno proti mami, odpust iz zavoda. CSD je bil pri odločitvi mame popolnoma nemočen.
Otroci in mladostniki, ki imajo duševne motnje, ki so direktna posledica neugodnih razmer (npr. spori glede skrbništva)	Potrebujejo ustrezno in pravočasno pomoč, ki naj bo med sektorji usklajena Na primer: Otrok star 12 let s hudo duševno motnjo kot posledico trpinčenja s strani staršev v otroštvu, oddan v rejniško družino, ker se je fizično in psihično nasilje nadaljevalo s strani rejnikov.

Razpredelnica 6.3. Posamezni problemski sklopi, ki v mreži služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov potrebujejo protokole sodelovanja med službami - nadaljevanje

Prehod od specialista otroške in mladostniške psihiatrije v obravnavo specialista psihiatra za odrasle	Kdaj in kako izvesti prehod. V družinah, kjer je prisotna psihopatologija tudi s strani staršev timska obravnava in povezava med psihiatrom mladostniške psihiatrije in specialistom psihiatrom za odrasle.
Otroci in mladostniki brez staršev ali odvzem iz družine, ki imajo hudo duševno motnjo.	Nadomestna družina – mreža specializiranih rejniških družin Na primer: Otrok zaradi duševnih motenj ne dobi rejniške družine.
Romski otroci in mladostniki, ki imajo duševne motnje	Potrebujejo usmerjeno in pravočasno pomoč, ki upošteva romsko kulturo Na primer: Mladostnico, s težko obliko posttravmatske stresne motnje, jo zaradi številnih hospitalizacij na psihiatriji, matično okolje ni več želelo sprejeti.
Otroci in mladostniki brez spremstva (begunci), ki imajo duševne motnje	Potrebujejo ustrezno in pravočasno pomoč, pomen nevladnih organizacij, upoštevanje njihove kulture
Otroci in mladostniki, ki imajo duševno motnjo in so brez nadzora in skrbi staršev (otroci ulice)	V kazenskem zakoniku dodati pojem »slabega starševstva« ter ga opredeliti kot kaznivo dejanje

Obstoječe formalne podlage služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov za posamezne zelo ogrožene skupine ne omogočajo celostnega pristopa. Posamezni prej omenjeni protokoli sodelovanja bi na primer zahtevali spremembe formalnih podlag (Razpredelnica 6.2). Če bi nekatere formalne podlage spremenili, bi bila mreža drugačna in predvsem bi bile nekatere službe bolje izkoriščene.

Razpredelnica 6.4. Protokoli sodelovanja, ki zahtevajo spremembo oziroma dopolnitev formalnih podlag

Sektor	Protokol	Vsebina in namen spremembe
Socialno varstvo	Otroci in mladostniki, ki imajo duševne motnje, ki so direktna posledica neugodnih razmer (npr. spori glede skrbništva)	V primeru, da se starši ne morejo dogovoriti glede dodelitve otrok, se obvezno udeležijo svetovanja v določenem trajanju. Poročilo iz svetovanja je pomemben dokument za dodelitev otrok. Namen je preprečiti, da otroci in mladostniki po nepotrebnem trpijo zaradi sporov med starši in skrbniki in so izpostavljeni dolgotrajnim sodnim postopkom, izvedencem, ...
Socialno varstvo in pravosodje	Otroci in mladostniki s hudimi motnjami vedenja in tendenco k delinkvenci oziroma že izraženo delinkvenco	Namesto prostovoljnega sodelovanja v obravnavi se postavi obvezno sodelovanje v določenih oblikah pomoči. Obvezna vključenost staršev oziroma skrbnikov.
Vzgoja in izobraževanje	Neobvladljivo vedenje – heteroagresivno vedenje in/ali avtoagresivno vedenje	Namesto prostovoljnega sodelovanja v obravnavi se postavi obvezno sodelovanje v določenih oblikah pomoči. Obvezna vključenost staršev oziroma skrbnikov.
Zdravstveno varstvo	Otroci in mladostniki, ki zlorabljajo oziroma so odvisni od psihoaktivnih substanc	Obvezno sodelovanje v določenih oblikah pomoči. Obvezna vključenost staršev oziroma skrbnikov.
Zdravstveno varstvo in socialno varstvo	Otroci in mladostniki z duševnimi motnjami, ki imajo hudo duševno motnjo (bipolarna motnja, razpoloženja, shizofrenija) in zlorabljajo oziroma so odvisni od psihoaktivnih substanc	Namesto prostovoljnega sodelovanja v obravnavi se postavi obvezno sodelovanje v določenih oblikah pomoči. Obvezna vključenost staršev oziroma skrbnikov.
Zdravstveno varstvo, socialno varstvo in pravosodje	Otroci in mladostniki z duševnimi motnjami, ki imajo hudo duševno motnjo (bipolarna motnja, razpoloženja, shizofrenija) in izkazujejo delinkventno vedenje	Namesto prostovoljnega sodelovanja v obravnavi se postavi obvezno sodelovanje v določenih oblikah pomoči. Obvezna vključenost staršev oziroma skrbnikov.
Zdravstveno	Otroci in mladostniki z motnjami vedenja	Namesto prostovoljnega sodelovanja v obravnavi

varstvo in socialno varstvo	in/ali duševnimi motnjami, kjer starši oziroma skrbniki odklanjajo pomoč	se postavi obvezno sodelovanje v določenih oblikah pomoči. Obvezna vključenost staršev oziroma skrbnikov.
Zdravstveno varstvo in socialno varstvo	Otroci in mladostniki z motnjami vedenja in/ali duševnimi motnjami, ki odklanjajo pomoč in so starši pri tem nemočni	Namesto prostovoljnega sodelovanja v obravnavi se postavi obvezno sodelovanje v določenih oblikah pomoči. Obvezna vključenost staršev oziroma skrbnikov.
Pravosodje	Otroci in mladostniki, ki izkazujejo delinkventno vedenje	Obvezno sodelovanje v družbeno koristnem delu. Odgovornost staršev.
Socialno varstvo, zdravstveno varstvo in pravosodje	Otroci in mladostniki brez staršev ali odvzem iz družine, ki imajo hudo duševno motnjo	Dopolni se rejniška dejavnosti s specializiranimi rejniškimi družinami. Rejniki, ki imajo status in so redno zaposleni kot rejniki ne morejo odkloniti otroka za sprejem v rejniško družino.
Socialno varstvo, vzgoja in izobraževanje in zdravstveno varstvo	Romski otroci in mladostniki, ki imajo duševne motnje	V delu z otroki na vseh nivojih vključiti Rome, jih opolnomočiti, upoštevati romsko kulturo, usposobiti romske rejniške družine
Socialno varstvo, zdravstveno varstvo in vzgoja in izobraževanje	Otroci in mladostniki brez spremstva (begunci), ki imajo duševne motnje	Postavitev skrbnika, ki je ključna oseba ter obvezno sodeluje v določenih oblikah pomoči.
Socialno varstvo, zdravstveno varstvo in vzgoja in izobraževanje	Otroci in mladostniki, ki imajo duševno motnjo in so brez nadzora in skrbi staršev (otroci ulice)	Slabo starševstvo v zakonodaji opredeliti kot kaznivo dejanje. Obvezna vključenost staršev v različne oblike pomoči družini.

7. Predlogi sprememb formalnih podlag

Predlagani protokoli medsektorskega sodelovanja in predlogi razširitve mreže služb/storitev v nekaterih primerih potrebujejo spremembe zakonodaje. Navajamo seznam potrebnih sprememb:

7.1 Socialni sektor

7.1.1 Zakon o socialnem varstvu (ZSV) in Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev

16.in 54. člen ZSV- pravica do institucionalnega varstva za otroke in mladoletnike z zmerno, težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju

DOPOLNITI: Pravica do institucionalnega varstva otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju

Pravica do institucionalnega varstva otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju, ki so zaključili osnovnošolsko izobraževanje in se zaradi zdravstvenih težav ne zmorejo za krajše ali daljše obdobje izobraževati.

DOPOLNITI: 6. člen Pravilnika o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev; Pomoč družini na domu: Upravičenci: otroci in mladostniki s težjimi duševnimi motnjami, ki občasno ali stalno potrebuje pomoč strokovnih delavcev.

8. Člen Pravilnika - podrobnejša opredelitev pravice do institucionalnega varstva otrok in mladostnikov z zmerno, težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju

DOPOLNITI: 8. člen Pravilnika: otroci in mladostniki s težavami v duševnem zdravju

51. člen ZSV- Pravica do posebne oblike institucionalnega varstva za odrasle duševno in telesno prizadete oseb – posebni socialno varstveni zavod.

DOPOLNITI: Pravica do posebne oblike institucionalnega varstva za mladostnike s težavami v duševnem zdravju

17. člen ZSV: Pravica do storitve vodenja, varstva in zaposlitve pod posebnimi pogoji za odrasle duševno in telesno prizadete.

DOPOLNITI: Pomembno! Zaposlitev pod posebnimi pogoji za mladostnike in odrasle z resnimi težavami v duševnem zdravju (psihiatrične motnje)

52. člen ZSV – Varstveno delovni center opravlja naloge vodenja in varstva ter organizira zaposlitev pod posebnimi pogoji za duševno in telesno prizadete odrasle osebe.

DOPOLNITI: Pravica do institucionalnega varstva (VDC) tudi za mladostnike z resnimi težavami v duševnem zdravju (psihiatrične motnje)

10. člen Pravilnika – upravičenci do storitve vodenja, varstva in zaposlitve pod posebnimi pogoji

DOPOLNITI: Osebe, ki zaradi duševne motnje ne zmorejo socialno funkcionirati in se praviloma ne morejo usposobiti za povsem neodvisno socialno življenje

18. a člen ZSV – Pravica do izbire družinskega pomočnika

DOPOLNITI: Pravica do izbire družinskega pomočnika ima otrok, mladostnik ali polnoletna oseba s težjo duševno motnjo, ki potrebuje stalen nadzor in vodenje.

7.1.2. Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih ZSDP-1

Členi: 62 – 97- Starševski dodatek, otroški dodatek, pomoč ob rojstvu otroka, dodatek za nego, delno plačilo za izgubljeni dohodek

DOPOLNITI: Dodatek za nego otroka so upravičeni starši otroka s hudo duševno motnjo, ki ni sposoben samostojno socialno funkcionirati ter potrebuje stalno vodenje in nadzor

Členi: 19 – 61 - Materinski dopust, starševski dopust, očetovski dopust in pripadajoče nadomestilo, krajši delovni čas, odmor za dojenje, plačilo prispevkov v primeru 4ih otrok

DOPOLNITI: Dopolniti pravice za starše otrok/mladostnikov s težkimi oblikami duševnih motenj.

Člen, 4. odstavek 50. člena, členi 79 – 85 - Podaljšanje starševskega dopusta, Krajši delovni čas zaradi nege in varstva otroka, ki potrebuje posebno nego in varstvo do 18. leta, podaljšanje starševskega dodatka, dodatek za nego otroka, delno plačilo za izgubljeni dohodek

DOPOLNITI: Dopolniti pravice za starše otrok/mladostnikov s težkimi oblikami duševnih motenj.

- Pravilnik o postopkih za uveljavljanje pravic do družinskih prejemkov (Uradni list RS, št. 89/2014)
- Pravilnik o postopkih za uveljavljanje pravic iz zavarovanja za starševsko varstvo (Uradni list RS, št. 89/2014)
- Pravilnik o kriterijih za uveljavljanje pravic za otroke, ki potrebujejo posebno nego in varstvo (Uradni list RS, št. 89/2014)
- Seznam težkih bolezni (.pdf)

DOPOLNITI: Dopolniti pravice za starše otrok/mladostnikov s težkimi oblikami duševnih motenj.

7.1.3. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju

Zakon v 57. členu ureja pravico otrok/mladostnikov, ki postanejo popolnoma nezmožni za delo, da do starosti do katere mu je bila zagotovljena pravica do družinske pokojnine ali do konca šolanja, ima pravico do družinske pokojnine, dokler traja takšna nezmožnost.

Za popolno nezmožnost za delo oziroma pridobivanje velja pri otrocih nezmožnost za samostojno življenje in delo.

Urejanje statusa invalida za otroke/mladostnike:

Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb, ki se ne morejo usposobiti za samostojno življenje in delo in pri katerih je prizadetost nastala v otroški oziroma mladostni dobi do

dopolnjenega 18. leta starosti oziroma v času rednega šolanja, vendar najdlje do dopolnjenega 26. leta starosti.

Center za socialno delo odloča o priznanju statusa invalida, pravici do nadomestila za invalidnost, katerega višina se vsako leto valorizira in določi s sklepom Vlade Republike Slovenije in dodatku za tujo nego in pomoč.

DOPOLNITI: Do statusa invalida so upravičeni otroci/mladostniki s težjo duševno motnjo in z resnimi težavami v socialnem funkcioniranju.

Iz navedenega je razvidno, da zakonodaja iz socialnega področja v zakonih niti ne omenja otrok/mladostnikov s težavami v duševnem zdravju. Velik poudarek je na skrbi za otroke mladostnike z zmerno, težjo in težko motnjo v duševnem razvoju ter za otroke/mladostnike s primanjkljaji na področju vida, sluha, gibalno ovirani.

V Republiki Sloveniji nimamo institucije (stanovanjska skupina, bivalna enota), ki bi otrokom/mladostnikom z resnimi težavami v duševnem zdravju po zaključenem izobraževanju (do dopolnjenega 18 leta) nudila podpirne socialno-varstvene in zaposlitvene programe. Posebna skrb družbe bi morala biti namenjena otrokom/mladostnikom, kateri so pri povprečnih intelektualnih sposobnostih nezmožni socialnega funkcioniranja na večini področij in potrebuje nepretrgan in tesen nadzor zaradi hudega avto ali/in heteroagresivnega vedenja. Po veljavni zakonodaji otroci/mladostniki, ki niso prepoznani z zmerno, težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju izpadejo iz sistema pomoči, kljub popolni nezmožnosti socialnega funkcioniranja.

Otroci/mladostniki s težavami v duševnem zdravju ter brez ali s pomanjkljivo socialno mrežo (brez staršev, odvzemi iz družine, neprimerno družinsko okolje) v večini primerov ne dobijo nadomestne-rejniške družine.

Tudi po polnoletnosti bivalne enote oziroma stanovanjske skupine združenj za duševno zdravje praviloma mladostnikov ne sprejemajo. Težave so tudi pri vključitvi v posebne socialne zavode.

Predlog in rešitve:

- Nujno vzpostaviti mrežo institucij, stanovanjskih skupin, bivalnih enot z visoko usposobljenim strokovnim kadrom za delo z otroci/mladostniki, ki zaradi nezmožnosti socialnega funkcioniranja še nadalje potrebujejo strokovno pomoč in nadzor pri opravljanju večine življenjskih nalog.
- Vzpostaviti mrežo specializiranih rejniških družin
- V okviru združenj za duševno zdravje ustanoviti bivalne skupine za mladostnike s težavami v duševnem zdravju in ali nezmožnostjo samostojnega socialnega funkcioniranja.

7.2 Pravosodje

7.2.1. Zakon o kazenskem postopku

Postopek proti mladoletnikom je v Zakonu opredeljen v XXVII. poglavju, od 451. člena do 490. člena.

463. člen – sestava sodišča

Pri sestavi senata za mladoletnike pri sodiščih prve stopnje je sicer določeno, da se za sodnika porotnika izvoli strokovni profil (profesorji, učitelji, vzgojitelji in druge osebe), ki imajo izkušnje z vzgojo mladoletnikov. Nikjer pa ni določeno, da mora imeti sodnik za mladoletnike sodišča prve stopnje specifična strokovna znanja iz duševnega zdravja otrok/mladoletnikov.

Prav tako bi morali imeti specifična znanja iz duševnega zdravja otrok/mladoletnikov tudi državni tožilec ter zagovorniki.

469. člen – V pripravljalnem postopku proti mladoletniku je treba poleg dejstev, ki se nanašajo na kazniva dejanja, zlasti ugotoviti mladoletnikovo starost, in okoliščine, ki so potrebne za presojo njegove duševne razvitosti, ter preučiti okolje in razmere, v katerih mladoletnik živi, in druge okoliščine, ki se tičejo njegove osebnosti.

Potrebno bi bilo dodati poleg duševne razvitosti tudi težave v duševnem zdravju.

471. člen: Zakon predvideva, da sodnik za mladoletnike sme odrediti že med pripravljalnim postopkom, da se mladoletnika odda v diagnostični center. Težava nastane, ker pri nas ni določenega diagnostičnega centra, kamor bi sodišče lahko napotilo mladoletnika.

Primer: Otrok je že v starosti 11 let z nožem napadel očeta ter sestro. V družini je večkrat posredovala policija. Agresivno vedenje predvsem do očeta se je stopnjevalo. V starosti 12 let je bil oddan v ZGNL, kjer se je agresivno vedenje le stopnjevalo. Hospitaliziran je bil za krajše obdobje na PPO, kjer so ugotavljali 13 različnih psihiatričnih motenj. Zaradi nevarnega vedenja je bil iz PPO premeščen na psihiatrično kliniko (odrasla psihiatrija) ter je bil po 3 mesecih hospitalizacije oddan v vzgojni zavod. V času bivanja v vzgojnem zavodu je dopolnil 14 let ter je bil v obdobju do 16 let 11 krat obravnavan na sodišču zaradi kaznivih dejanj nasilništva, ogrožanja življenja drugih ter poškodovanja tujih stvari. Glede na njegovo zdravstveno stanje mu je sodišče v vseh primerih izreklo le navodila in prepovedi. Mladoletnik bi glede na teža kaznivih dejanj moral biti nameščen na forenzično psihiatrijo.

7.2.2. Kazenski zakonik Republike Slovenije

Vzgojni ukrepi za mladoletnike so opredeljeni v 6. poglavju KZ od 70. člena do 94. člena.

74. člen- Vrste vzgojnih ukrepov:

- ukor
- navodila in prepovedi
- nadzorstvo organa socialnega varstva
- oddaja v vzgojni zavod
- oddaja v prevzgojni dom
- oddaja v zavod za usposabljanje

77. člen – Navodila in prepoved

Zakon predvideva navodilo – zdraviti se v ustrezni zdravstveni organizaciji. V R Sloveniji nimamo oddelka forenzične psihiatrije za mladoletnike, ukrep se ne izvaja. KZ sicer v 81. členu navaja, da lahko sodišče tudi namesto varnostnega ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu izreče ukrep zdravljenja in varstva v zavodu za usposabljanje.

Zdravljenje v zavodu za usposabljanje pa je namenjeno le za mladoletnike z zmerno, težjo in težko motnjo v duševnem razvoju.

KZ tako ne predvidi zdravstvene ustanove, kjer bi se zdravili mladoletniki s težavami v duševnem zdravju.

Med navodila in prepovedi bi morali dodati:

- Obvezno psihiatrično zdravljenje na oddelku forenzične psihiatrije za mladoletnike
- Obvezno obiskovanje programa za odvajanje od PAS
- V času zdravljenja obvezno v celoti upoštevati navodila zdravnika
- Redno testiranje na PAS.

7.2.3. Obravnavanje otrok do 14 leta starosti kot storilce kaznivih dejanj

Otroci do 14 leta kazensko niso odgovorni, to pomeni, da jih se ne obravnava na sodišču. Center za socialno delo dobi obvestilo o razgovoru z otrokom in starši (zakoniti zastopnik) o storjenem kaznivem dejanju otroka in opravi razgovor s starši in otrokom ter jim poda informacije o možnih socialno varstvenih storitvah.

Centri za socialno delo bi morali imeti vsa pooblastila, da se starši in otroci obvezno vključijo v socialno varstvene in zdravstvene programe glede na socialno, razvojno in zdravstveno stanje otroka in družine.

- Obvezno zdravljenje otroka, diagnostična obravnava, tudi brez privolitve staršev
- Obvezno obiskovanje programa za odvajanje od PAS
- Obvezno zdravljenje staršev s težavami v duševnem zdravju
- Pomoč družini za dom
- Začasna namestitvev otroka v vzgojni zavod, tudi brez privolitve staršev
- Predvideni ukrepi, če starši ne obiskujejo načrtovanih programov pomoči
- Neposredna pravna odgovornost staršev otrok, ki nadaljujejo s kaznivimi dejanji

Primer: Deček je v starosti 12 let fizično napadel mamo, posredovati je morala policija. Nasilje se je s strani dečka stopnjevalo. V starosti 13 let, je bil deček napoten na zdravljenje na PPO, kjer pa je bil zaradi izrazitega heteroagresivnega vedenja po 3 dneh odpuščen. Nasilje v družini s strani dečka se je stopnjevalo, mama se je zaradi sinovega agresivnega vedenja umaknila v varno hišo. Deček je bil doma sam, skupaj s starejšo sestro in je odklanjal vse stike s centrom za socialno delo. Mama mu je dnevno nosila hrano, ki jo je puščala pred vhodom v stanovanje. Šele po 3 mesecih je center otroka namestil v vzgojni zavod, vendar je bil zaradi ponavljajočih kaznivih dejanj nasilništva v starosti 14 let oddan v prevzgojni dom. Deček kljub nedvoumnim simptomom razvijajoče osebnostne motnje ni bil nikoli diagnosticiran ter zdravljen v ustrezni zdravstveni ustanovi.

8. Literatura

American Academy of Pediatrics. (2009). Improving Mental Health Services in Primary Care: Reducing Administrative and Financial Barriers to Access and Collaboration. *Pediatrics*, 123(5), 1248–1251. <https://doi.org/10.1542/af>

Beecham, J. (2014). Annual research review: Child and adolescent mental health interventions: A review of progress in economic studies across different disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 55(6), 714–732. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12216>

Bela knjiga o vzgoji in izobraževanju v Republiki Sloveniji, 1995. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport.

Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 226–236. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x>

Birleson, P. in Vance, A. (2008). Developing the “youth model” in mental health services. *Australasian Psychiatry : Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 16(1), 22–6. <https://doi.org/10.1080/10398560701760235>

Braddick, F., Carral, V., Jenkins, R. In Jane-Llopis, E. (2009). *Child and Adolescent Mental Health in Europe: Infrastructures, Policy and Programmes*. Luxembourg: European Communities.

Brann, P., Walter, G. in Coombs, T. (2011). Benchmarking child and adolescent mental health organizations. *Australasian Psychiatry : Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 19(2), 125–132. <https://doi.org/10.3109/10398562.2010.540248>

Burns, J. K. (2013). Pathways from Cannabis to Psychosis: A Review of the Evidence. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 128. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00128>

Carta, M. G., Fiandra, T. D., Rampazzo, L., Contu, P., & Preti, A. (2015). An Overview of International Literature on School Interventions to Promote Mental Health and Well-being in Children and Adolescents. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health : CP & EMH*, 11(Suppl 1 M1), 16–20. <http://doi.org/10.2174/1745017901511010016>

Clark, T. C., Johnson, E. A., Kekus, M., Newman, J., Patel, P. S., Fleming, T., & Robinson, E. (2014). Facilitating access to effective and appropriate care for youth with mild to moderate mental health concerns in New Zealand. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 27(4), 190–200. <https://doi.org/10.1111/jcap.12095>

Clarke, A. M., Kuosmanen, T., & Barry, M. M. (2014). A Systematic Review of Online Youth Mental Health Promotion and Prevention Interventions. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(1), 90–113. <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0165-0>

Coppens, E., Vermet, I., Knaeps, J., De Clerck, M., De Schrijver, I., Matot, J. in Van Audehove, C. (2015). *Adolescent mental health care in Europe: state of the art, recommendations, and guidelines by the ADOCARE network*. Brussels: European Union.

Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A, 2003. Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(8):837-844. doi:10.1001/archpsyc.60.8.837

de Voursney, D. in Huang, L. N. (2016). Meeting the mental health needs of children and youth through integrated care: A systems and policy perspective. *Psychological Services*, 13(1), 77–91. American Academy of Pediatrics. (2009). Improving Mental Health Services in Primary Care: Reducing Administrative and Financial Barriers to Access and Collaboration. *Pediatrics*, 123(5), 1248–1251. <https://doi.org/10.1542/af>

Dernovšek, M. Z., Šprah, L., 2008. Razvoj kakovosti in dostopnosti preventivne zdravstvene dejavnosti na področju duševnega zdravja na primarnem nivoju : zaključno poročilo o rezultatih opravljenega raziskovalnega dela na projektu št. V3-0370 v okviru Ciljnega raziskovalnega programa "Konkurenčnost Slovenije 2006-2013". Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozare: Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU.

European Commission (2008). European Pact for Mental Health and Well-being. Brussels: European Commission. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf

European Commission. The state of mental health in the European Union. Bruxelles: European Commission, 2004.

European Commission. (2013). Investing in children: breaking the cycle of disadvantage, Commission Recommendations of 20.02.2013.

Farahmand, F. K., Grant, K. E., Polo, A. J., Duffy, S. N. in Dubois, D. L. (2012). School-Based Mental Health and Behavioral Programs for Low-Income, Urban Youth: A Systematic and Meta-Analytic Review, 195–216.

Friedman, R.M., Katz-Leavy, J.W., Manderscheid, R.W. in Sondeimer, D.L. (1996). Prevalence of serious emotional disturbance in children and adolescents. V R.W. Manderscheid in D.L. Sondeimer (Ur.), *Mental health, United States, 1996*, (str. 71 – 89). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Gabel, S. (2012). Innovations in practice: Child and adolescent psychiatrists and primary care – innovative models of consultation in the United States. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(4), 252–255. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2011.00645.x>

Gage, H., Hickman, M., Zammit, S., 2016. Association Between Cannabis and Psychosis: Epidemiologic Evidence. *Biol Psychiatry*. 1;79(7):549-56.

Gardner, F., Montgomery, P. in Knerr, W. (2015). Transporting Evidence-Based Parenting Programs for Child Problem Behavior (Age 3–10) Between Countries: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 0(0), 1–14, DOI: 10.1080/15374416.2015.1015134

Gould, M. S., Shaffer, D., Greenberg, T., 2003. The epidemiology of youth suicide. In: King, R. A., Apter, A., eds. *Suicide in Shildren and adolescents*. Cambridge: Cambridge university press: 1-26.

Green Paper - Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union (2005). Brussels: European Commission. Pridobljeno 20.8.2015 http://ec.europa.eu/health/mental_health/policy/index_en.htm

Hewlett, E., Moran, V. (2014) Making Mental Health Count. The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. Pariz: OECD. DOI:10.1787/9789264208445-en

Hintzpeter, B., Klasen, F., Schon, G., Voss, C., Holling, H. in Ravens-Sieberger, U. (2015). Mental health care use among children and adolescents in Germany: Results of the longitudinal BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 24(6), 705–713. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0676-6>

Huang, L., Stroul, B., Friedman, R., Mrazek, P., Friesen, B., Pires, S. in Mayberg, S. (2006). Transforming mental health care for children and their families. *The American Psychologist*, 60(6), 615–627. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.6.615>

Hvalič Touzery, S., Pivač, S., Smodiš, M. (2015) Analiza stanja na področju duševnega zdravja – ranljive skupine. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo (2011). Otroci in mladostniki s hudimi motnjami vedenja. <http://www.irssv.si/upload2/Otroci%20s%20hudimi%20motnjami%20vedenja.pdf>

Jané-Llopis, E. Braddick, F. (Eds). (2008) Mental Health in Youth and Education. Consensus paper. Luxembourg: European Communities.

Jeriček Klanšček, H., Koprivnikar, H., Drev, A., Pucelj, V., Zupanič, T., Britovšek, K., (eds), (2015). Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji. Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014. Ljubljana: NIJZ.

Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M. in Roškar, S. (2009). Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Joint Action for Mental Health and Well-being (JA MH-WB) (2015). Mental Health and Schools. <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/the-joint-action>

Jones S, Cooper S-A, Smiley E, Allan L, Williamson A, Morrison J. Prevalence of, and factors associated with, problem behaviours in adults with intellectual disabilities. *Journal of Nervous and Mental Diseases*. 2008;196:678–86.

Kamerman, S. B., Neuman, M., Waldfogel, J. in Brooks-Gunn, J. (2003). OECD SOCIAL, EMPLOYMENT AND MIGRATION WORKING PAPERS NO. 6. Social Policies, Family Types and Child Outcomes in Selected OECD Countries. Pridobljeno 20.8.2015
<http://www.oecd.org/social/family/2955844.pdf>

Kamerman, S. B., Neuman, M., Waldfogel, J. in Brooks-Gunn, J. (2003). OECD SOCIAL, EMPLOYMENT AND MIGRATION WORKING PAPERS NO. 6. Social Policies, Family Types and Child Outcomes in Selected OECD Countries. Pridobljeno 20.8.2015
<http://www.oecd.org/social/family/2955844.pdf>

Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Ustün TB, Wang PS The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2009;18(1):23-33.

Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., ... Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care.

CMAJ : Canadian Medical Association Journal, 183(12), E959–E967.

Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, 2016. Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino (ESPAD) 2015. <http://www.cilizadelo.si/evropska-raziskava-o-alkoholu-in-preostalih-drogah-med-solsko-mladino-espad-2015-21-09-2016.html#sthash.2kKCze4f.dpuf>

Kolko, D. J. in Perrin, E. (2014). The Integration of Behavioral Health Interventions in Children's Health Care: Services, Science, and Suggestions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(2), 216–228. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.862804>

Konvencija o otrokovih pravicah (1989). Ženeva: OZN

Konvencija o pravicah invalidov. 6.7.2012 iz spletne strani: <http://www.dcssd.nl/reader/pdf/A3/CRPD-Slovenian.pdf>

Krajncan M., Šoln Vrbinc P. (2015). Med preteklostjo in prihodnostjo zavodske vzgoje. V : Moči izzivi, vizije vzgojnih zavodov. Ljubljana : Pedagoška fakulteta.

Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami (ZRSS, 2015)

Lee, B. R., Ebesutani, C., Kolivoski, K. M., Becker, K. D., Lindsey, M. A., Brandt, N. E., ... Barth, R. P. (2014). Program and practice elements for placement prevention: A review of interventions and their effectiveness in promoting home-based care. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 84(3), 244–256. <https://doi.org/10.1037/h0099811>

Leibson CL, Katusic SK, Barbaresi WJ, Ransom J in O'Brien PC. (2001). Use and Costs of Medical Care for Children and Adolescents With and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA*, 285(1), 60-66. doi:10.1001/jama.285.1.60

Livingston, J., Tugwell, A., Korf-Uzan, K., Cianfrone, M. in Coniglio, C. (2012). Evaluation of a campaign to improve awareness and attitudes of young people towards mental health issues. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-9.

McArdle, P., Young, R., Quibell, T., Moseley, D., Johnson, R. in LeCouteur, A. (2011). Early intervention for at risk children: 3-year follow-up. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(3), 111–20. <https://doi.org/10.1007/s00787-010-0148-y>

Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), 7–20.

Ministrstvo za zdravje (2014). Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja. 2014 – 2018. EVA: 2008-2711-0140.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (2008). Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM). Pregledni seznam bolezni. Šesta izdaja. http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/klasifikacije_sifranti/mkb/mkb10-am-v6_v03_splet.pdf

Nelson, T. D., Smith, T. R., Pick, R., Epstein, M. H., Thompson, R. W., & Tonniges, T. F. (2013). Psychopathology as a predictor of medical service utilization for youth in residential treatment. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 40(1), 36–45. <https://doi.org/10.1007/s11414-012-9301-3>

NICE. (2016) Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management <https://www.nice.org.uk/guidance/ng54/chapter/recommendations#using-this-guideline-with-other-nice-guidelines>

NICE. (2009). Social and emotional wellbeing in secondary education. London: NICE.
nice.org.uk/guidance/ph20

OECD (2011) OECD indicators. Najdeno 1. 7. 2012 na spletni strani:
<http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/slovenia/>,

Opara, B., Barle Lakota, A., Globačnik, B., Kobal Grum, D., Košir, S., Macedoni Lukšič, M., Zorc, D., Bregar Golobič, K., Molan, N., Vovk Ornik, N., Klavžar, K, 2010. Analiza vzgoje in izobraževanja otrok s posebnimi potrebami v Sloveniji. Ljubljana, JRZ Pedagoški inštitut.

Pas, E. T. in Bradshaw, C. P. (2012). Examining the association between implementation and outcomes: State-wide scale-up of school-wide positive behavior intervention and supports. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 39(4), 417–433. <https://doi.org/10.1007/s11414-012-9290-2>

Patty Leijten, Maartje A. J. Raaijmakers, Bram Orobio de Castro, Els van den Ban in Walter Matthys (2015): Effectiveness of the Incredible Years Parenting Program for Families with Socioeconomically Disadvantaged and Ethnic Minority Backgrounds, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, DOI: 10.1080/15374416.2015.1038823

Pedrini, L., Colasurdo, G., Costa, S., Fabiani, M., Ferraresi, L., Franzoni, E., ... de Girolamo, G. (2012). The characteristics and activities of child and adolescent mental health services in Italy: A regional survey. *BMC Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-7>

Petrovič, A. (2005). Slovenia. V WHO, Atlas: Child and adolescent mental health resources. Global Concerns: Implication for the future. Geneva: WHO.

Pravilnik o normativih in standardih za izvajanje vzgojno-izobraževalnih programov za otroke s posebnimi potrebami, Ur. l. RS, št. 56/2014.

Quality improvement for mental health (2003). Geneva: WHO.

Remschmidt, H. in Belfer, M. (2005). Mental health care for children and adolescents worldwide: a review. *World Psychiatry*, 4(3), 147–153.

Rovšek, M. (2013) Značilnosti usmerjanja otrok in mladostnikov z motnjami v duševnem razvoju. Univerza v Ljubljani. Pedagoška fakulteta Doktorska disertacija

Scott, S., Knapp, M., Henderson, J., & Maughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *BMJ : British Medical Journal*, 323(7306), 191.

Semrau M, Barley EA, Law A & Thornicroft G. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry* 2011;10:217-225

Sholman B, Heilä H, et al. (2007). Reductions in postdischarge suicide after deinstitutionalization and decentralization: a nationwide register study in Finland. *Psychiatr Serv.* 58(2):221-6.

Skalar, V. (1995), Okvirni vzgojni program za delo v vzgojnih zavodih, stanovanjskih skupinah, mladinskih skupinah in prevzgojnem domu. Ljubljana: ZRSS.

Smedler, A. C., Hjern, A., Wiklund, S., Anttila, S. in Pettersson, A. (2015). Programs for Prevention of Externalizing Problems in Children: Limited Evidence for Effect Beyond 6 Months Post Intervention. *Child and Youth Care Forum*, 44(2), 251–276. <https://doi.org/10.1007/s10566-014-9281-y>

Snell, T., Knapp, M., Healey, A., Guglani, S., Evans-Lacko, S., Fernandez, J. L., Meltzer, T. in Ford, T. (2013). Economic impact of childhood psychiatric disorder on public sector services in Britain: Estimates from national survey data. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 54(9), 977–985. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12055>

Stalna strokovna skupina za otroke z motnjami v razvoju pri RSK za pediatrijo, 2016. Celostna obravnava otrok z motnjami v razvoju na sekundarni ravni. Ljubljana.

Suhrcke, M., Pillas, D., & Selai, C. (2008). Economic aspects of mental health as children and adolescents. *Social Cohesion for Mental Well-Being among Adolescents Copenhagen: WHO Regional Office for Europe*, (9), 43–64.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/76485/Hbsc_Forum_2007_economic_aspects.pdf

SURS, 2014. Predšolska vzgoja in izobraževanje v vrtcih, Slovenija, šolsko leto 2014/15

<http://www.stat.si/StatWeb/News/Index/5162>.)

SURS, Eurostat. Demografske spremembe v Sloveniji med leti 1985 – 2060, <http://www.stat.si/statweb>.

Škoflek, I. (ur. 2003). *Doživljajska pedagogika*. Ljubljana: Društvo za doživljajsko pedagogiko.

Šprah, L., Novak, T., Dernovšek, M. Z., Šprah, L. (ur), 2011. Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije: analiza tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije v posameznih statističnih regijah s pomočjo prilagojene metodologije Indeksa boljšega življenja : elaborat. Ljubljana: Družbenomedicinski inštitut Znanstvenoraziskovalnega centra Slovenske akademije znanosti in umetnosti, 2011.

Taastrøm, A., Klahn, J., Staal, N., Thomsen, P. H. in Johansen, A. (2014). Children and adolescents in the Psychiatric Emergency Department: A 10-year survey in Copenhagen County. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(6), 385–90. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.846410>

Thornicroft G& Tansella M. Components of modern mental health service:a pragmatic balance of community and hospital care Overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry* 2004; 185: 283-290.

Thornicroft G, et al. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.

Thornicroft G, et al. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.

Thornicroft G, Tansella M. What are the arguments for community based mental health care? Copenhagen 2003. WHO Regional Office for Europe, 2003.

To sem jaz (2001). Ljubljana: IVZ. Pridobljeno 20.8.2015 <http://www.nijz.si/preventivni-program-to-sem-jaz>

Toche-Manley, L. L., Dietzen, L., Nankin, J. in Beigel, A. (2013). Revolutionizing child welfare with outcomes management. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 40(3), 317–329. <https://doi.org/10.1007/s11414-013-9325-3>

Tomori, M. (1998). Podatki o splošni značilnosti srednješolcev, vključenih v raziskavo. V M. Tomori in S. Stikovič, *Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih*. Ljubljana: Psihiatrična klinika.

- Trask, E. V, Fawley-King, K., Garland, A. F., & Aarons, G. A. (2016). Do aftercare mental health services reduce risk of psychiatric rehospitalization for children? *Psychological Services*, 13(2), 127–132. <https://doi.org/10.1037/ser0000043>
- Vojnovič, M., Otavnik, A., Pleško, A., eds, 2009. KONVENCIJA o otrokovih pravicah. Ljubljana: UNICEF Slovenija.
- Vollebergh, W.A., ten Have, M., Dekovic, M., Oosterwegel, A., Pels, T., Veenstra, R., de Winter, A., Ormel, H., Verhulst, F, 2005. Mental health in immigrant children in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 40(6):489-96.
- Waddell, C., Shepherd, C. A., Chen, A. in Boyle, M. H. (2013). Creating comprehensive children's mental health indicators for British Columbia. Special Issue Dedicated to the Memory of Dr. Clyde Hertzman., 32(1), 9–27. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2013-003>
- While D, Harriet Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J, Appleby L, Kapur N. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *The Lancet* 2012; 379(9820): 1005-12)
- WHO/WONCA. Integrating mental health into primary care: A global perspective. Geneva 2008.
- Wölfe, S., Jost, D., Oades, R., Schlack, R., Hölling, H. in Hebebrand, J. (2014). Somatic and mental health service use of children and adolescents in Germany (KiGGS-study). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 753–764. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0525-z>
- World Health Organization. (2003). Caring for children and adolescents with mental disorders. Setting WHO directions. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2005). Atlas: Child and adolescent mental health resources. Global Concerns: Implication for the future. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2005). Child and adolescent mental health policies and plans. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2005). Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions, EUR/04/5047810/7
- World Health Organization. (2005). Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2008). mhGAP : Mental Health Gap Action Programme : scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2009). European health for all database, Geneva, WHO.
- World Health Organization. (2013). Comprehensive mental health action plan 2013–2020. Sixty-sixth world health assembly.
- World Health Organization. (2013). Resolution The European Mental Health Action Plan,.
- World Health Organization. (2016). 10 FACTS ON MENTAL HEALTH. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/

Vzgojni program, 2004.

http://www.mizs.gov.si/si/delovna_podrocja/direktorat_za_pedsolsko_vzgojo_in_osnovno_solstvo/iz_obrazevanje_otrok_s_posebnimi_potrebami/programi/

Zakon o duševnem zdravju (2008). Uradni list RS, št. 77/2008 z dne 28. 7. 2008. Pridobljeno 20.8.2015
[https://www.uradni-list.si/1/content?id=88016#!Zakon-o-dusevnem-zdravju-\(ZDZdr\)](https://www.uradni-list.si/1/content?id=88016#!Zakon-o-dusevnem-zdravju-(ZDZdr))

Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami – ZUOPP-1 (Uradni list RS, št. 58/11 z dne 22. 7. 2011) <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO5896>

Zalokar, L. (2004). Spremembe psihosomatskih značilnosti otrok in mladostnikov v vzgojnem zavodu Planina v desetletnem obdobju. Magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Zalokar, L. (2013). Evalvacija institucionalnega obravnavanja mladinske odklonskosti – primer Vzgojnega zavoda Planina. Doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Zalokar, L., Dernovšek, M. Z., Šoln Vrbinc, P., 2011. Poizvedba o obravnavi duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih v slovenskih vzgojnih zavodih v letu 2011 : analiza stanja in priporočila. Specialna in rehabilitacijska pedagogika, 2014; 22: 55-76.

ZRSŠ, 2016. Evidence PUOPP pri ZRSŠ.

http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/posebne_potrebe/pdf/Odlocbe_pred_solsk_obdobje.pdf