

Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije



Lilijana Šprah, Tatjana Novak, Mojca Z. Dernovšek

Ljubljana, november 2011

ELABORAT

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

Raziskovalna organizacija- izvajalka raziskave:

Družbenomedicinski inštitut
Znanstvenoraziskovalnega centra Slovenske akademije znanosti in umetnosti

Avtorice elaborata:

doc. dr. Lilijana Šprah, univ. dipl. psih.
Novak Tatjana, univ. dipl. psih.
iz. prof.. Mojca Zvezdana Dernovšek, dr. med. spec. psihiater

Urednica elaborata:

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

Naročnika elaborata:

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije

Ljubljana, november 2011

Kazalo

Izveček elaborata	4
Izhodišče elaborata	6
Ocena obsega in bremena duševnih motenj v Evropi	9
Primerjava prevalence in števila obolelih za izbrano duševno motnjo med letoma 2005 in 2011	10
Nezmožnost in breme povezano z duševnimi motnjami v Evropski uniji (2010)	12
Ekonomsko breme duševnih motenj v Evropski uniji (2010)	13
Primerjava dostopnosti in dejavnosti služb na področju duševnega zdravja v različnih statističnih regijah Slovenije in ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju	17
Dostopnost in dejavnost služb	17
Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju po regijah	20
Indeks boljšega življenja (OECD) in težave v duševnem zdravju	24
Kazalniki blaginje in oblikovanje Indeksa boljšega življenja	24
Slovenija in Indeks boljšega življenja	26
Povezanost Indeksa boljšega življenja z duševnimi motnjami.....	27
Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju pri prebivalcih Slovenije glede na kvaliteto življenja opredeljeno z Indeksom boljšega življenja	34
Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev v posameznih statističnih regijah Republike Slovenije s pomočjo prilagojene metodologije Indeksa boljšega življenja (OECD)	36
Metodologija izdelave slovenskega Indeksa boljšega življenja	36
Predstavitev in primerjave dimenzij slovenskega Indeksa boljšega življenja med statističnih regijami	37
Predstavitev profilov statističnih regij glede na izraženost posameznih dimenzij slovenskega Indeksa boljšega življenja.....	46
Izsledki primerjave dimenzij slovenskega Indeksa boljšega življenja med posameznimi statističnih regijami.....	57
Prevalenca, prepoznavnost in zdravljenje duševnih motenj: analiza skladnosti pričakovanih obiskov bolnikov v sekundarnem ambulantnem zdravstvenem varstvu z incidenco in prevalenco nekaterih duševnih motenj v populaciji	59
Metodologija raziskave	59
Rezultati	60
Izsledki raziskave	63
Zaključki elaborata	66

Izvleček elaborata

Področje problematike težav v duševnem zdravju postaja vse bolj aktualno tako v evropskem kot v širšem svetovnem merilu. Prva celovita študija o obsegu in bremenih duševnih motenj v Evropi, ki je bila objavljena leta 2005, je razkrila dokaj dramatično stanje na tem do nedavno zanemarjenem področju. Podana je bila ocena, da bo samo za duševnimi motnjami vsako leto zbolelo 27% odrasle populacije (med 18 in 65 leti), kar je predstavljalo takrat 82,7 milijonov ljudi. Kot najbolj pogoste duševne motnje so bile prepoznane anksioznost, depresija, somatoformne motnje in motnje povezane z zlorabo drog (motnje zasvojenosti). Študija je opozorila na izreden obseg spremljajočih psihosocialnih težav in oviranosti zaradi motenj in poleg tega še na splošno nizko stopnjo prepoznavanja motenj in njihovega zdravljenja. To je bila tudi ena prvih študij, ki je opozorila na to, da so duševne motnje izredno drage ter predstavljajo veliko ekonomsko breme v smislu neposrednih in posrednih stroškov zdravljenja ter njihove oskrbe. Predvsem pa je opozorila na potrebo po večplastni analizi problematike duševnih motenj, saj bo le-ta na dolgoročni ravni omogočilo oblikovanje bolj učinkovitih ukrepov na ravni preventive in zdravljenja.

V predstavljenem elaboratu smo opravili več primerjalnih analiz, ki se nanašajo na ocenjevanje obsega in bremena duševnih motenj, ter tudi v Sloveniji proučili stanje na tem področju. Pri tem smo opravili tudi nekatere mednarodne primerjave, ki se nanašajo na povezanost kvalitete življenja s pojavljanjem težav v duševnem zdravju. Ker je za Slovenijo značilna precejšnja socio-ekonomska in demografska heterogenost znotraj posameznih geografskih področij, smo analizirali tudi razlike v tveganjih za razvoj težav v duševnem zdravju na ravni 12 statističnih regij. Pri tem smo uporabili prilagojeno metodologijo Indeksa boljšega življenja (Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj, v nadaljevanju OECD), kjer smo glede na dosegljivost sociodemografskih, gospodarskih in zdravstvenih statistik oblikovali primerljive dimenzije, dodali pa smo še nekaj področij, ki se v strokovni in raziskovalni literaturi pojavljajo kot dejavniki tveganj za razvoj duševnih motenj. Opravili smo tudi analizo skladnosti med številom bolnikov, ki iščejo pomoč na sekundarni ravni (psihiatrične ambulante) zaradi posamezne duševne motnje, s pričakovanim številom bolnikov s to motnjo, in preverili, ali lahko zdravstveno-vzgojna gradiva in dejavnosti, ki jih je v Sloveniji vsako leto več, pripomorejo k večji prepoznavnosti motenj in ustreznemu iskanju pomoči.

Izsledki epidemioloških študij v državah članicah EU, opravljenih v letih 2005 in 2010, so pokazali, da je prevalenca duševnih motenj stabilna. Celokupno število obolelih za kakšno od duševnih motenj sicer narašča (leta 2005: 82.7 milijona, leta 2010: 164 milijona obolelih), kar gre pretežno na račun povečevanja populacije EU zaradi na novo pridruženih članic, vključevanja novih diagnostičnih in starostnih skupin v epidemiološke študije ter nenazadnje tudi zaradi boljšega prepoznavanja motenj. Najbolj razširjene med duševnimi motnjami so anksioznost, depresija, somatoformne motnje in motnje, povezane z zlorabo drog (motnje zasvojenosti).

V sklopu raziskave, ki smo jo izvedli leta 2008, smo z uporabo Evropskega obrazca za mapiranje služb (European Service Mapping Schedule; instrument ESMS) popisali značilnosti služb na področju duševnega zdravja vseh slovenskih statističnih regijah. Izdelali smo tudi ocene tveganj za razvoj motenj na področju duševnega zdravja za posamezno regijo. Največja stopnja tveganj se je pojavila v pomurski, zasavski, spodnjeposavski, podravski in v notranjsko-kraški statistični regiji, medtem ko je bila v statističnih regijah zahodne Slovenije (osrednjeslovenska, goriška, gorenjska, jugozahodna) stopnja tveganj najmanjša. Študija pa je razkrila tudi, da se obseg preventivno promocijskih dejavnosti ne pokriva dobro s stopnjami tveganj za razvoj motenj. Tako je največ promocijsko preventivnih aktivnosti prisotnih v regijah, kjer je stopnja tveganj relativno nizka (obalno-kraška, osrednjeslovenska, goriška), in obratno, relativno slabo so zastopane preventivno promocijske aktivnosti v regijah, kjer so sociodemografski in zdravstveni dejavniki tveganja za nastanek težav v duševnem zdravju najbolj izraziti (zasavska, notranjsko-kraška, savinjska in pomurska regija). Dostopnost služb v primerjavi s stopnjo tveganj v posameznih regijah pokaže, da

so v najslabšem položaju zasavska, pomurska, spodnjeposavska, notranjsko-kraška in jugovzhodna regija, medtem ko imajo regije zahodne Slovenije dokaj dober dostop do služb na področju duševnega zdravja glede na ocenjen obseg dejavnikov tveganja za nastanek težav v duševnem zdravju, ki so prisotni v teh regijah.

Za ocenjevanje širših vidikov človekovega blagostanja in kvalitete življenja, ki so pomembno povezani tudi z razvojem težav na področju duševnega zdravja, postajajo aktualne metodologije, ki zajamejo čim širši spekter dejavnikov, ki vplivajo na posameznikovo blagostanje. Mednje se uvršča Indeks boljšega življenja, ki ga je razvila OECD. Indeks korelira tudi z incidenco motenj zasvojenosti, anksioznosti, psihotičnih motenj in motenj razpoloženja. Slovenija se je v primerjavi z drugimi državami članicami OECD na kar nekaj dimenzijah Indeksa boljšega življenja uvrstila precej pod povprečje držav OECD. Iz tega izhaja, da so tudi tveganja za težave na področju duševnega zdravja v primerjavi z nekaterimi drugimi državami članicami OECD verjetno pri nas večja.

Z vidika prisotnosti povečanih tveganj za razvoj težav na področju duševnega zdravja so posebej izpostavljene pomurska, zasavska in spodnjeposavska regija. Vse regije imajo namreč nizko izraženo večino dimenzij Indeksa boljšega življenja, pri čemer so nekatera področja celo nadvse pereča. V pomurski regiji so to izjemno nizka raven socialne zaščite, zdravstvenega stanja prebivalstva in majhne gospodarske razvojne možnosti, v zasavski regiji visoka prevalenca tveganih vedenj in slabo poklicno zdravje, v spodnjeposavski regiji pa je prisotna visoka raven kriminalitete. Spodnjeposavska regija ima v nasprotju z zasavsko in pomursko vsa področja Indeksa boljšega življenja enakomerno slabo razvita, medtem ko je v prej omenjenih regijah prisotna variabilnost v izraženosti posameznih področij. Osrednjeslovenska regija ima daleč najbolj razvita področja Indeksa boljšega življenja (česar tudi tu obstajajo precejšnja nihanja v izraženosti področij), po razvitosti ji sledijo goriška, obalno-kraška in gorenjska regija, kar jih uvršča med regije z manjšim tveganjem za razvoj težav na področju duševnega zdravja v primerjavi z ostalimi regijami.

V Sloveniji je število bolnikov, ki poiščejo pomoč, nerazumno nizko, saj se ne sklada s pričakovanim številom bolnikov z zdravstvenimi težavami. Še največje je število bolnikov, ki se zdravijo zaradi psihotičnih motenj, kamor spadajo vse diagnoze od F 20 do F 29. V letu 2009 je več kot 40% vseh pričakovanih bolnikov s psihotično motnjo obiskalo psihiatra. Če vključimo v bipolarno motnjo razpoloženja (BMR) tudi vse bolnike z manično epizodo, je bil obisk pri psihiatru v letu 2009 pod 10% pričakovanih bolnikov s to diagnozo. Tudi podatki za ponavljajočo se depresivno motnjo niso zadovoljivi, saj je psihiatra v letu 2009 obiskalo manj kot 10% pričakovanih bolnikov. Podrobnejša analiza stanja pri bipolarni motnji razpoloženja z vidika povezanosti med zdravstveno vzgojnimi in promocijskimi gradivi in iskanjem pomoči v obdobju med 2003 in 2009 je pokazala, da se v opazovanem obdobju število bolnikov z manično epizodo, drugimi afektivnimi motnjami in neopredeljeno afektivno motnjo ni povečevalo. V opazovanem času se je zmanjšalo število bolnikov z trajnimi afektivnimi motnjami in depresivno epizodo. Povečalo pa se je število bolnikov, ki so pomoč iskali zaradi ponavljajoče se depresivne motnje, BMR in shizoafektivne motnje. Ugotovili smo, da promocijske in preventivne zdravstveno vzgojne dejavnosti za področje BMR potekajo že od leta 1997, identificirali smo 18 različnih. Ob ugotovitvi, da se nakazuje trend povečanja števila zdravstveno vzgojnih dejavnosti in števila prepoznanih in zdravljenih bolnikov z BMR, predstavlja ta raziskava dobro podlago za nadaljnjo analizo vzročne povezanosti med obema pojavoma. Ker je število zdravljenih bolnikov z BMR sorazmerno nizko, bi bilo v prihodnje smiselno proučiti, kje se nahajajo vzroki za tako nizke številke zdravljenih bolnikov z BMR.

Izhodišče elaborata

Okrog 500 milijonov ljudi na svetu ima težave zaradi duševnega zdravja in ocenjuje se, da jih bo imel vsak tretji izmed nas vsaj enkrat v življenju. Po ocenah strokovnjakov naj bi bila depresija leta 2020 eden glavnih javnozdravstvenih problemov. Na dva milijona prebivalcev gospodarsko relativno dobro razvite družbe, kamor spada tudi Slovenija, je trenutno mogoče predvideti okrog 10.000 psihotičnih obolenj in približno 100.000 depresivnih motenj ter motenj anksioznosti. Enega od osrednjih problemov na področju duševnega zdravja v Sloveniji zagotovo predstavljata visoka stopnja samomorov in posledice zlorabe alkohola. Ker je incidenca duševnih motenj med vsemi boleznimi v najbolj strmem vzponu, se bo ekonomsko breme (izguba produktivnosti, stroški zdravstvenega in socialnega varstva) zaradi duševnih bolezni iz sedanjih 10% do leta 2020 dvignilo na 15%, kar bo preseгло ekonomsko breme koronarne bolezni. Število oseb z duševnimi motnjami pa narašča tudi zaradi neugodnih demografskih trendov, saj se zaradi rasti pričakovane življenjske dobe v razvitih državah nenehno povečuje delež oseb, starejših od 65 let. Težave v duševnem zdravju so torej prisotne v veliko večji meri, kot bi pričakovali. Oteževalna okoliščina zagotovo tiči tudi v stigmi, ki se drži duševnih motenj ter ljudi s temi motnjami, saj zaradi nje veliko ljudi o duševnih težavah težje spregovori in poišče pomoč kasneje kot v primeru telesnih težav.

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

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

Pri zagotavljanju ustreznih strategij soočanja s problematiko duševnega zdravja se srečujemo z omejenimi možnostmi in resursi, predvsem pri zdravljenju duševnih motenj in zmanjševanju oviranosti bolnikov v njihovem vsakdanjem življenju. Preventivna dejavnost je zato bistvenega pomena, če želimo zmanjšati breme, ki ga družbi in posamezniku povzročijo duševne motnje. Žal pa so velike razlike med bogatimi in revnimi državami in regijami glede investiranja v preventivno dejavnost na področju duševnega zdravja. V Sloveniji je bilo področje duševnega zdravja dolgo zanemarjeno in na primarnem nivoju zdravstva ni bilo pravega akterja, ki bi se posvetil duševnemu zdravju v preventivnem smislu. Preventivne dejavnosti so se kljub temu oblikovale iz potrebe in iz zavedanja posameznikov tako v javni zdravstveni mreži kot v nevladnem sektorju. Etične smernice narekujejo, da se omejeni viri uporabljajo le za tiste programe, ki so se dokazali kot učinkoviti. Oblikovanje učinkovitih preventivnih dejavnosti je zato nujno povezano z analizo stanja na področju duševnega zdravja, identifikacijo dejavnikov tveganja (bioloških, psiholoških, socialnih, ekonomskih), ki vplivajo na duševno zdravje ljudi v določenem okolju, prepoznavanjem kulturnih značilnosti populacije in skupin, za katere se pripravlja program, in navsezadnje tudi z evalvacijo že

obstojećih služb, ki nudijo pomoč osebam s težavami v duševnem zdravju. Zaradi tega je izjemnega pomena, da so programi zastavljeni tako, da upoštevajo zgoraj navedena dejstva, kar olajša strokovno in znanstveno evalvacijo dejavnosti kot takih in učinkov programov. S tem se povečuje znanje o učinkovitih pristopih na področju preventive in pridobi ustrezna povratna informacija o programih v teku.

Priprava tega elaborata je bila motivirana z nekaterimi izsledki raziskave, ki smo jo opravili leta 2008¹, kjer smo opisali delovanje služb na področju duševnega zdravja. V raziskavi smo uporabili nov, standardiziran in mednarodno primerljiv način, kako opisati in klasificirati službe na področju duševnega zdravja na določenem območju ter izmeriti njihovo uporabo: Evropski obrazec za mapiranje služb na področju duševnega zdravja – ESMS (European Service Mapping Schedule). Z njim smo opredelili razpoložljivost, dostopnost, uporabo in dejavnosti služb v 12 slovenskih statističnih regijah. V vzorec služb smo zajeli tiste, katerih specifični namen je določen vidik upravljanja z duševno motnjo ali z njo povezanimi kliničnimi ali socialnimi težavami (bivalne enote, dnevne in strukturirane dejavnosti, ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti ter skupine za samopomoč in nestrokovne skupine). Vključene so bile institucije na zdravstvenem in socialnem področju, prostovoljni in privatni sektor, katerih uporabniki so stari med 15 in 65 let (in brez institucij, ki jih ESMS kriteriji posebej definirajo). Za potrebe takratne raziskave smo preverjali še ozaveščanje in izobraževanje javnosti, izdajanje gradiv brez neposrednega stika z uporabniki, saj smo v sklopu popisa delovanja posamezne službe posebno pozornost namenili njihovi promocijski in preventivni dejavnosti. Hkrati smo želeli oceniti, ali njihove kapacitete in aktivnosti ustrezajo potrebam okolja, v katerem delujejo, glede na nekatere sociodemografske in zdravstvene dejavnike tveganja za nastanek težav v duševnem zdravju.

Izsledki raziskave so pokazali, da se v Sloveniji posamezne statistične regije zelo razlikujejo glede na razpoložljivost, dostopnost in uporabo služb na področju duševnega zdravja. Še posebej bode v oči dejstvo, da se po pregledu nekaterih zdravstvenih in sociodemografskih kazalnikov, ki jih strokovnjaki povezujejo z razvojem težav v duševnem zdravju, pokaže zelo neuravnotežena slika po posameznih statističnih regijah. Namreč, tam kjer je tovrstna ogroženost velika, je razpoložljivost služb slaba, prav tako promocijsko preventivne aktivnosti. Zato smo v sklopu tega elaborata pripravili dodatno analizo dejavnikov tveganj za razvoj težav na področju duševnega zdravja s pomočjo prilagojene OECD metodologije za ocenjevanje kvalitete življenja prebivalstva. Uporaba tovrstne metodologije je zanimiva za ocenjevanje tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju predvsem zato, ker kombinira več statističnih kazalnikov iz različnih področij posameznikovega življenja in s tem ponuja poglobljeno sliko kvalitete življenja prebivalstva v določenem obdobju.

V elaboratu smo analizirali problematiko duševnega zdravja na več ravneh:

- opravili smo pregled izsledkov najnovejše referenčne študije na področju ocenjevanja obsega, bremena in stroškov duševnih motenj v Evropi, objavljene v letu 2011²;
- pripravili smo pregled najpomembnejših izsledkov študije, opravljene v Sloveniji z uporabo Evropskega obrazca za mapiranje služb na področju duševnega zdravja (ESMS metodologija - European Service Mapping Schedule) in opravili na osnovi pridobljenih podatkov analizo tveganj za razvoj težav na področju duševnega zdravja;
- izdelali smo analizo povezanosti različnih dimenzij kvalitete življenja (s pomočjo Indeksa boljšega življenja, kot ga opredeljuje OECD) z incidenco duševnih motenj v državah EU in v Sloveniji;

¹ Dernovšek MZ, Šprah L. Assessment of mental health services in Slovenia with The European Service Mapping Schedule. *Psychiatr Danub*. 2008 Sep;20(3):439-42.

² Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011 Sep;21(9):655-79.

- opravili smo analizo kvalitete življenja prebivalstva po posameznih statističnih regijah s pomočjo prilagojene OECD metodologije Indeksa boljšega življenja, s ciljem opredeliti tveganja za razvoj težav v duševnem zdravju;
- opravili smo tudi analizo skladnosti med številom bolnikov, ki iščejo pomoč na sekundarni ravni (psihiatrične ambulante) zaradi posamezne duševne motnje, s pričakovanim številom bolnikov s to motnjo, in preverili, ali zdravstveno vzgojna gradiva in dejavnosti, ki jih je v Sloveniji vsako leto več, lahko pripomorejo k večji prepoznavnosti motenj in ustreznemu iskanju pomoči.

Ocena obsega in bremena duševnih motenj v Evropi

Pomanjkanje celovitih podatkov o razsežnosti, bremenih in stroških duševnih in nevroloških bolezni na področju Evropske unije, je pod koordinacijo Evropskega sveta za možgane v letu 2003 vodilo do študije, ki je izdelala oceno obsega in ekonomskega bremena vseh bolezni možganov. Po tej definiciji se med bolezni možganov uvrščajo tako duševne motnje (npr. depresija, shizofrenija, panična motnja, motnje zasvojenosti, nespečnost idr.) kakor tudi nevrološke bolezni (demenca, multipla skleroza, epilepsija, kapi, idr.). Obe skupini se namreč uvrščata med t.i. nevropsihiatrične bolezni, kar je predstavljalo podlago temu, da se jih sedaj skupaj uvršča med bolezni možganov.

V letu 2005 so bile predstavljene prve ocene študije, da bo samo za duševnimi motnjami vsako leto zbolelo 27% odrasle populacije (med 18 in 65 leti), kar je predstavljalo takrat 82,7 milijonov ljudi. Kot najbolj pogoste duševne motnje so bile prepoznane anksioznost, depresija, somatoformne motnje in motnje, povezane z zlorabo drog (motnje zasvojenosti). Študija je tudi opozorila na izreden obseg spremljajočih psihosocialnih težav in oviranosti bolnikov zaradi motenj, in poleg tega še na splošno nizko stopnjo prepoznavanja in ustreznega zdravljenja. Samo 26% oseb z duševnimi motnjami je stopilo v kontakt s profesionalno službo na področju duševnega zdravja ter le 10 % od teh prejelo ustrezno zdravljenje z zdravili ali psihoterapijo. Izkazalo se je tudi, da med prvim izbruhom bolezni in prvim zdravljenjem preteče dolgo obdobje, in da le manjše število pacientov prejme tudi ustrezno terapijo. Kljub različni stopnji razvitosti in dostopnosti služb na področju duševnega zdravja se to razmerje ne razlikuje bistveno med posameznimi državami EU. Vzroke za tako nizek izkoristek služb na področju duševnega zdravja in storitev so pripisali predvsem slabemu prepoznavanju motenj, neustrezni terapiji in pomanjkanju resursov. To je bila tudi ena prvih študij, ki je opozorila na to, da so duševne motnje tudi izredno drage. Predstavljajo veliko ekonomsko breme v smislu neposrednih in posrednih stroškov zdravljenja ter oskrbe. Ocena stroškov vseh bolezni možganov za leto 2005 je znašala 386 milijard evrov, pri čemer je obseg stroškov na račun duševnih motenj znašal 277 milijard evrov.

Vendar pa je raziskava imela kar nekaj metodoloških pomanjkljivosti, od tega, da ni vključevala vseh diagnostičnih in starostnih skupin, do težav pri pridobivanju primerljivih statističnih podatkov iz posameznih držav. Zato so v letu 2009 pripravili nova izhodišča za posodobitev podatkov o razsežnosti, bremenih in stroških bolezni možganov z namenom:

- pridobiti oceno prevalence za duševne in nevrološke bolezni, ki bi se nanašala na celotno populacijo iz 27 držav EU;
- vključiti čim več motenj iz vseh starostnih skupin, vključno z otroki in starejšimi od 65 let;
- izdelati oceno, koliko ljudi zbolijo za kakšno od motenj glede na posamezno diagnozo;
- izdelati DALY (Disability-Adjusted Life Years; ocena skupnega bremena bolezni, ki se izrazi v številu izgubljenih let zaradi nezmožnosti oz. prezgodnje smrti) za vse diagnostične skupine;
- proučiti indikatorje, ki so povezani z naraščajočimi oz. padajočimi ocenami posameznih motenj, oz. skupin bolezni.

Obsežna triletna raziskava, opravljena v letu 2010, je vključevala 30 držav, poleg 27 držav Evropske unije še Švico, Norveško in Islandijo, in skupno 514 milijonov ljudi. Cilj raziskave je bil preveriti obseg in breme vseh večjih t.i. nevropsihiatričnih bolezni, kamor je bilo vključenih 19 največjih skupin nevroloških in psihiatričnih bolezni. Vključene so bile skoraj vse starostne skupine: otroci in mladostniki (2-17 let), odrasli (18-65 let) in starejši nad 65 let. V začetku oktobra 2011 so v Evropskem parlamentu v Bruslju pod okriljem Evropskega sveta za možgane predstavili izsledke te nove vseevropske raziskave o stroških bolezni možganov pod naslovom, »Cost of disorders of the Brain in Europe 2010«³ Izsledki študije so razkrili, da skupni stroški nevroloških in

³ Gustavsson, A., et al., Cost of disorders of the brain in Europe 2010, Eur. Neuropsychopharmacol. (2011); 21(10).718-79.

psihiatričnih boleznih dosegajo neverjetnih 800 milijard evrov na letni ravni. Avtorji, med katerimi so nekateri najbolj ugledni evropski epidemiologi in zdravstveni ekonomisti, pri tem poudarjajo, da so upoštevali konservativne, ožje kriterije za posamezne bolezni, zaradi česar so realni stroški verjetno še višji.

Primerjava prevalece in števila obolelih za izbrano duševno motnjo med letoma 2005 in 2011

V tabeli 1 so prikazane primerjave ocen za 12 mesečno prevalenco med študijama, opravljenima leta 2005 in 2011, za tiste diagnostične skupine, kjer je bilo to tehnično izvedljivo. Med ocenami prevalece ni prišlo do pomembnih razlik, saj se ocene prevalece iz leta 2011 nahajajo znotraj 95% območja intervalov zaupanja za leto 2005. Tudi v skupni prevalenci za vse primerjane motnje ni prišlo do razlik med primerjanima letoma, za obe znaša nekaj čez 27%. Ker v letu 2005 niso bile vključene vse diagnostične in starostne skupine, so v letu 2011 opravili določene metodološke popravke, ki so pokazali večjo skupno prevalenco, in sicer je znašala za 27 diagnoz 38.2%.

Tabela 1: Prikaz primerjave ocen prevalece in skupnega števila primerov, ki so zboleli za kakšno od duševnih motenj v EU med letoma 2005 in 2011 (tabela povzeta po Wittchen in sod., 2011⁴).

	Ocena prevalece		Število obolelih oseb	
	2005	2011	2005	2011
	% (95% CI ⁵)	%	Milijoni	Milijoni
Diagnoze				
Odvisnost od alkohola	2.4 (0.2–4.8)	3.4	7.2 (5.9–8.6)	14.6
Odvisnost od opioidov	0.5 (0.1–0.6)	0.1–0.4	2.0 (1.5–2.2)	1.0
Psihotične motnje	0.8 (0.2–2.0)	1.2	3.7 (2.8–5.4)	5.0
Depresivna motnja razpoloženja	6.9 (4.8–8.0)	6.9	18.4 (17.2–19)	30.3
Bipolarna motnja razpoloženja	0.9 (0.5–0.9)	0.9	2.4 (1.7–2.4)	3.0
Panična motnja	1.8 (0.7–2.2)	1.8	5.3 (4.3–5.3)	7.9
Agorafobija	1.3 (0.7–2.0)	2.0	4.0 (3.3–4.7)	8.8
Socialna fobija	2.3 (1.1–4.8)	2.3	6.7 (5.4–9.3)	10.1
Generalizirana anksiozna motnja	1.7 (0.8–2.2)	1.7–3.4	5.9 (5.3–6.2)	8.9
Specifične fobije	6.4 (3.4–7.6)	6.4	18.5 (14.4–18.6)	22.7
Obsesivno kompulzivna motnja	0.7 (0.5–1.1)	0.7	2.7 (2.5–3.1)	2.9
Somatoformne motnje	6.3 (2.1–7.8)	4.9	18.9 (12.7–21.2)	20.4
Anoreksija (motnje hranjenja)	0.4 (0.3–0.7)	0.2–0.5	1.2 (1.0–1.7)	0.8
Bulimija (motnje hranjenja)	Glej zgoraj	0.1–0.9	Glej zgoraj	0.7
Skupaj	27.4%	27.1%	82.7	118.1

Primerjava števila oseb z boleznimi možganov, kamor so vključene najpogostejše duševne motnje (zasvojenost, anksiozne motnje, psihotične motnje, motnje razpoloženja) in nevrološke bolezni (možganski tumor, demence, epilepsija, glavobol, multipla skleroza, parkinsonova bolezen, kap, poškodbe možganov), med različnimi državami EU, je prikazana v Tabeli 2.

⁴ Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011 Sep;21(9):655-79.

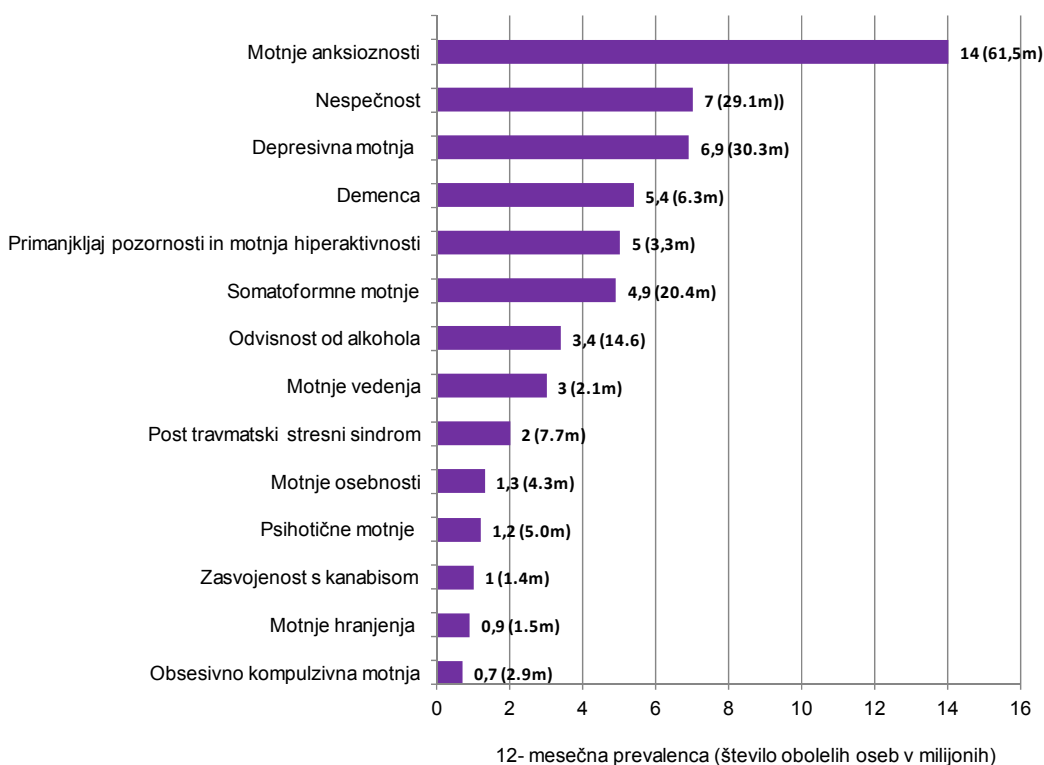
⁵ 95 % CI- 95% interval zaupanja

Tabela 2: Število oseb z boleznimi možganov v Evropi (2010), z vključenimi najpogostejšimi duševnimi in nevrološkimimi boleznimi.

Država	Zasvojenost	Ankiozne motnje	Možganski tumor	Demenca	Epilepsija	Glavobol	Motnje razpoloženja	Multipla skleroza	Parkinsonova bolezen	Psihotične motnje	Kap	Poškodbe možganov	Skupno
Avstrija	254,208	1,134,750	4355	107,248	41,039	2,461,585	547,449	8250	19,214	82,003	132,487	61,056	4,853,643
Belgija	319,436	1,434,699	4770	151,840	53,116	3,171,911	691,778	10,677	25,694	103,509	169,165	79,023	6,215,617
Bolgarija	233,378	1,040,593	4463	85,014	37,062	2,335,836	501,200	7450	17,501	75,652	123,915	55,139	4,517,203
Ciper	25,881	108,938	193	6852	3935	247,292	51,604	791	1416	7601	5276	5855	485,632
Česka republika	331,229	1,449,842	4938	105,773	51,483	3,315,501	693,194	10,349	20,930	103,918	325,606	76,595	6,489,357
Danska	161,058	725,934	2712	83,202	42,064	1,609,348	349,162	9592	11,713	51,831	90,731	40,348	3,177,694
Estonija	48,643	181,590	523	15,442	5964	403,994	87,238	1320	3061	13,118	25,353	9770	796,015
Finska	156,745	712,217	2569	109,802	27,292	1,573,363	343,060	4977	12,328	51,156	97,306	39,012	3,129,827
Francija	1,865,389	8,417,762	27,181	968,911	349,468	18,094,464	4,054,124	61,286	177,095	604,673	733,716	471,782	35,825,851
Nemčija	2,435,139	11,101,740	35,993	927,272	400,831	26,001,183	5,408,460	104,707	219,579	819,847	1,370,231	596,338	49,421,319
Grčija	343,860	1,531,323	7235	145,361	26,002	3,379,432	741,574	13,521	28,894	112,143	338,623	82,414	6,750,381
Madžarska	307,288	1,368,604	3805	111,702	49,070	3,063,944	656,494	6209	21,687	98,251	223,547	73,004	5,983,605
Islandija	9794	41,095	143	2866	1525	92,954	19,447	378	539	2843	3515	2316	177,415
Irsko	137,759	575,987	2681	36,658	38,424	1,327,950	272,233	10,303	7035	40,164	59,279	32,571	2,541,043
Italija	1,771,043	8,137,853	24,136	808,330	269,118	15,100,761	3,963,790	54,910	238,133	601,352	1,066,596	439,881	32,475,902
Latvija	83,546	309,533	1394	25,140	11,017	688,390	148,667	2215	5113	22,334	58,963	16,391	1,372,701
Litva	123,489	454,805	1698	34,653	14,315	1,197,949	217,623	1864	7155	32,316	45,135	24,269	2,155,271
Luxemburg	15,397	66,696	191	5015	2460	159,824	31,877	495	990	4738	8436	3660	299,779
Malta	13,020	56,393	145	4028	2024	127,824	26,884	70	831	3988	6893	3011	245,111
Nizozemska	489,301	2,190,872	6464	210,366	127,627	5,594,642	1,052,351	16,326	34,573	156,726	226,625	120,832	10,226,706
Norveška	144,842	635,133	2332	58,003	28,663	1,420,640	304,011	7190	9840	44,989	67,683	35,416	2,758,741
Poljska	1,200,492	5,260,634	25,190	357,873	297,705	12,024,783	2,499,229	37,595	73,912	371,233	502,998	278,240	22,929,884
Portugalska	326,027	1,434,170	5638	133,603	52,125	3,184,664	692,059	4925	25,378	104,280	424,282	77,549	6,464,701
Romunija	674,217	2,937,480	13,307	199,110	105,165	6,682,793	1,402,169	5580	43,841	209,942	198,628	156,459	12,628,691
Slovaška	173,049	750,283	2712	42,931	26,582	1,737,119	355,049	5344	9274	52,580	84,141	39,548	3,278,612
Slovenija	64,265	281,046	1003	22,797	10,030	636,656	135,176	3109	4573	20,387	49,871	14,922	1,243,836
Španija	1,437,560	6,238,499	20,695	608,711	225,346	13,909,125	3,002,725	36,193	79,789	453,650	644,025	335,260	26,991,580
Švedska	277,283	1,239,737	3643	110,044	38,764	2,700,149	597,797	15,889	21,793	89,035	137,361	68,094	5,299,588
Švica	236,253	1,054,079	3504	124,218	38,150	2,359,744	507,641	7669	17,624	76,041	71,156	56,759	4,552,838
Velika Britanija	1,878,455	8,195,617	26,043	738,415	266,635	18,208,545	3,936,897	90,532	109,806	586,840	946,805	452,039	35,436,628
Evropa	15,538,043	69,067,905	239,655	6,341,179	2,643,001	152,812,362	33,290,962	539,716	1,249,312	4,997,139	8,238,346	3,747,550	298,705,169

Število obolelih za posamezno motnjo se je v letu 2011 povečalo predvsem na račun novih članic EU in povečanja števila celokupne populacije, ki je bila vključena v študijo. Prav tako je na podatke vplivala daljša pričakovana življenjska doba, saj se delež starejših od 65 let povečal. Poleg tega pa so bile leta 2011 vključene v oceno prevalence tudi nekatere dodatne duševne motnje, ki jih ni bilo v študiji iz leta 2005. Tako se je celokupno število obolelih za kakšno od duševnih motenj povzpelo iz 82.7 milijona ljudi na 118.1, z upoštevanjem dodatnih kriterijev pa na 164 milijona obolelih. Največji porast obolelih je zabeležen pri duševnih motnjah, povezanih z zlorabo alkohola, depresiji, agorofobiji (bojazen pred odprtimi prostori) in generalizirani panični motnji.

Na grafu 1 je prikazana 12-mesečna prevalenca in število obolelih oseb za najpogostejšimi motnjami razpoloženja, kamor so vključene tudi nove najpogostejše diagnostične in starostne skupine v analizi za leto 2011. Podatki vključujejo tudi demenco, ki je četrta najpogostejša nevrološka motnja (za glavobolom, začasnim prenehanjem dihanja in kapjo).



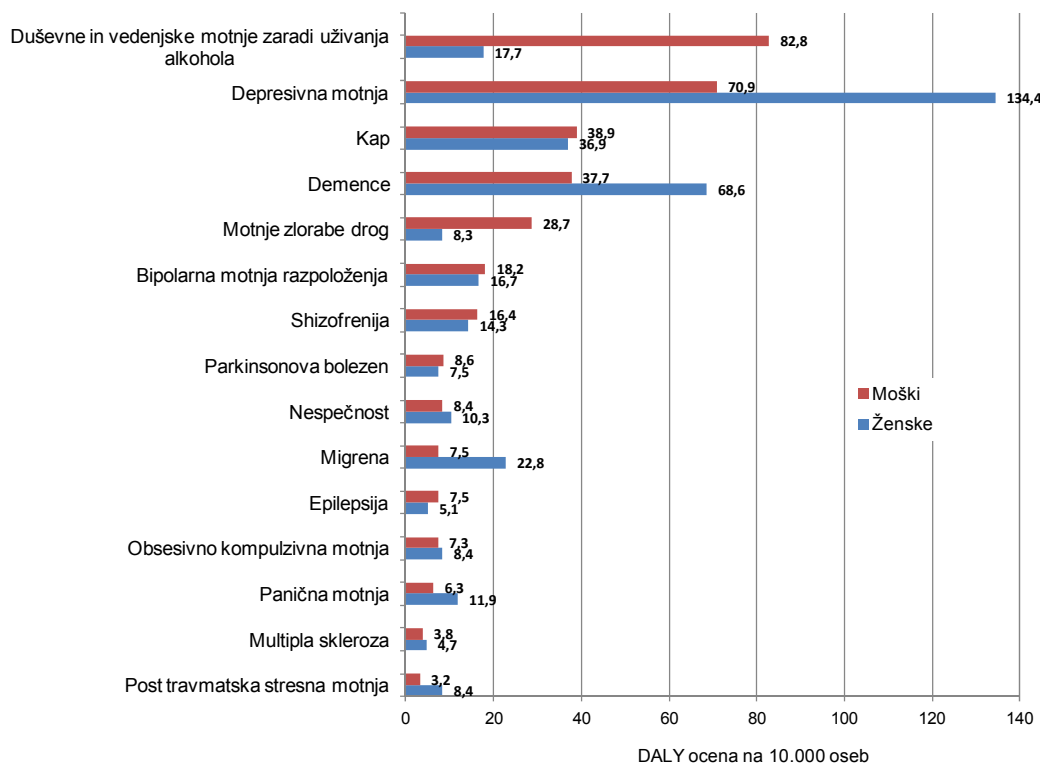
Graf 1: 12-mesečna prevalenca in število obolelih oseb (v milijonih) za najpogostejšimi motnjami razpoloženja v letu 2011 (graf povzet po Wittchen in sod., 2011⁴).

Nezmožnost in breme povezano z duševnimi motnjami v Evropski uniji (2010)

V študiji iz leta 2011 je bila izdelana tudi ocena DALY (Disability-Adjusted Life Years), ki ponazarja skupno breme bolezni, izraženo v številu izgubljenih let zaradi nezmožnosti oz. prezgodnje smrti. Ocena v bistvu opisuje nezmožnost, ki se pojavi kot posledica vpliva bolezni na vsakodnevno funkcioniranje obolelega. V EU so bolezni možganov povezane z ogromnim bremenom. Največ prispevajo k celokupnemu bremenu nevropsihiatričnih bolezni: depresija (7,2 % celokupnega bremena), Alzheimerjeva bolezen (3,7 % celokupnega bremena) in motnje, povezane z zasvojenostjo z alkoholom (3,4 %). Opazna je tudi velika razlika v oceni DALY med spoloma. Ženske so dovzetnejše za depresijo (izguba 1 leta v 10 zdravih letih življenja je izgubljeno zaradi te motnje oz. 10,3 % vseh DALY), medtem ko pri moških največ prispevajo k bremenu motnje

zloraba alkohola (5,3 % vseh DALY). Razlika med spoloma glede bremen, izraženih v ocenah DALY za posamezne nevropsihološke bolezni, je prikazana v grafu 2.

Obstajajo pa tudi pomembne regionalne razlike. Medtem ko so bile najvišje ocene DALY izračunane za vzhodni del EU (Baltske države) za motnje, povezane z zlorabo alkohola, so zahodne evropske države beležile višji DALY pri motnjah zlorabe drog.

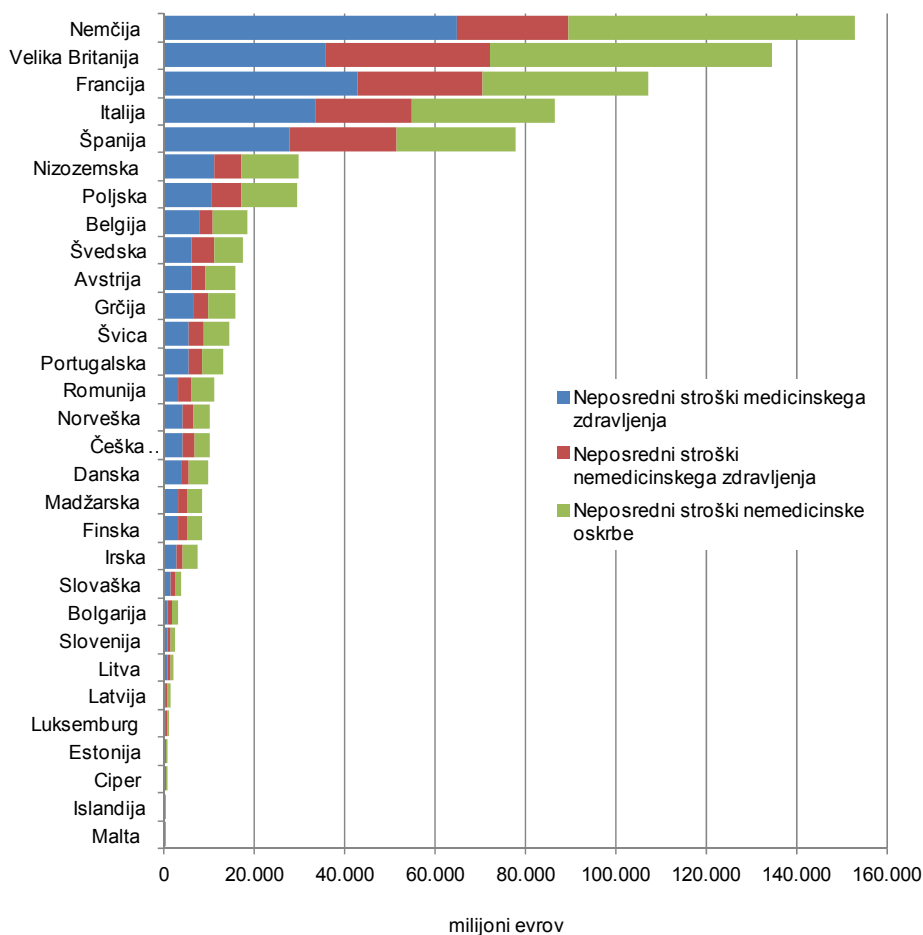


Graf 2: Razlika med spoloma glede bremena motnje, izražena v ocenah DALY za posamezne nevropsihološke bolezni (graf povzet po Wittchen in sod., 2011⁴).

Ekonomsko breme duševnih motenj v Evropski uniji (2010)

Stroške, povezane z zdravljenem in oskrbo nevropsihiatričnih bolezni, so v študiji opredelili na več ravneh: neposredni stroški medicinskega zdravljenja, neposredni stroški nemedicinske oskrbe in posredni stroški, ki jih povzročajo izguba produktivnosti in zgodnje invalidske upokojitve bolnikov. Ker je razmerje med neposrednimi in posrednimi stroški glede na druge telesne bolezni izrazito pomaknjeno v smer posrednih stroškov (40%), so avtorji raziskave zaključili, da bolezni možganov zdravimo prepozno in premalo intenzivno. Zaradi njih vsaj enkrat v življenju trpi tretjina evropske populacije, 514 milijonov ljudi, bodisi kot bolniki ali kot njihovi svojci in skrbniki. Skupni stroški bolezni možganov daleč presegajo stroške kardiovaskularnih (192 milijard evrov) in onkoloških bolezni (150 do 250 milijard evrov). Ker se evropska populacija stara, predstavljajo bolezni možganov največji zdravstveni, ekonomski in socialni izziv za evropsko družbo, tako danes kot v prihodnje.

Skupni stroški za vse bolezni možganov med posameznimi državami lahko zelo variirajo, kar je povezano s številom obolelih in ceno zdravljenja ter oskrbe. Tako npr. v Nemčiji znašajo 153 milijard evrov, na Malti pa 437 milijonov evrov. Slovenija se uvršča v spodnjo tretjino držav, kjer skupni stroški znašajo 2.425 milijonov evrov. Od tega zneska se 1.026 milijonov nanaša na neposredne stroške medicinskega zdravljenja, 534 milijonov na neposredne stroške nemedicinskega zdravljenja in 865 milijonov na neposredne stroške nemedicinske oskrbe. Natančnejši razrez stroškov po posameznih državah je predstavljen na grafu 3.

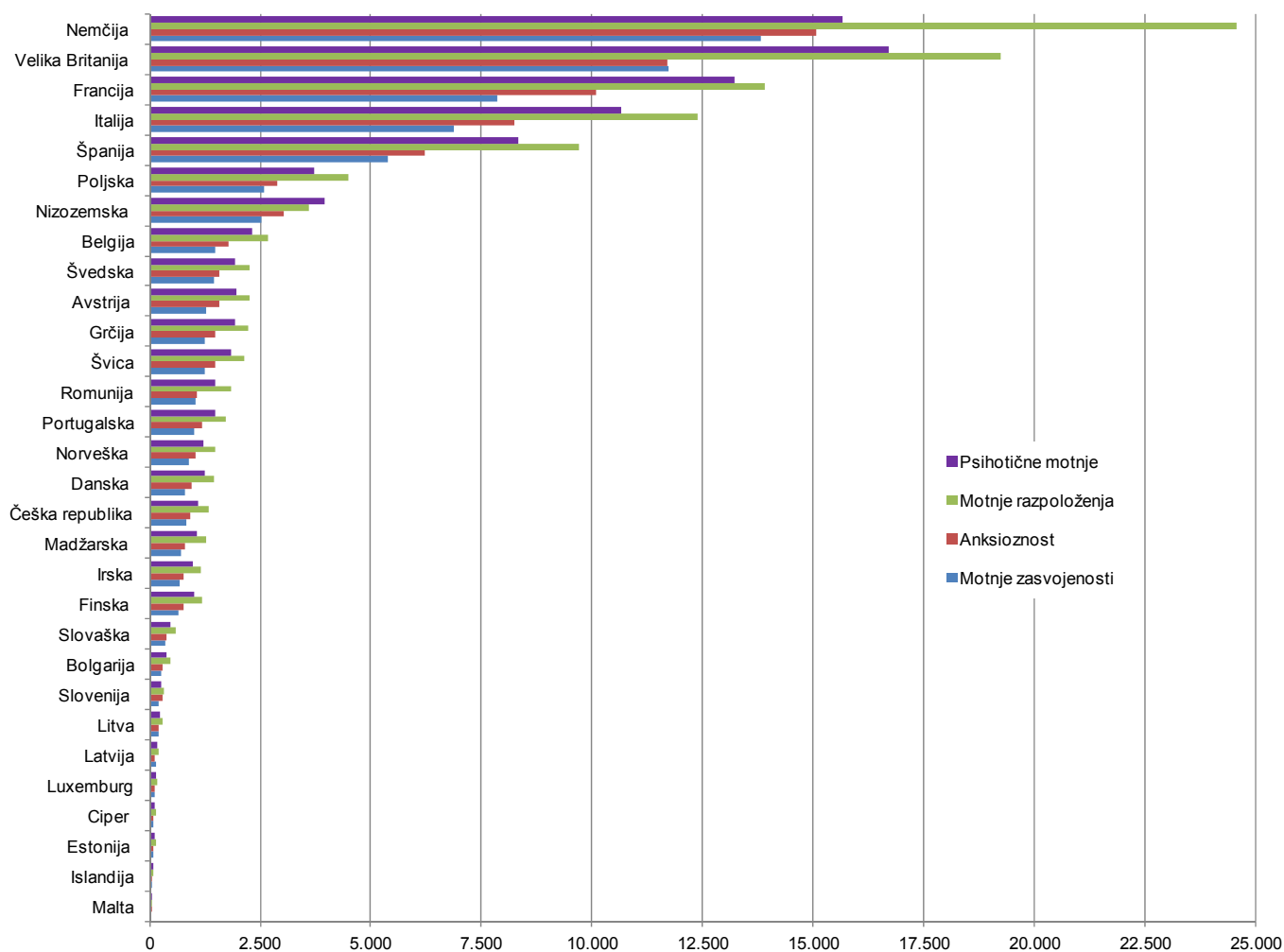


Graf 3: Skupni stroški za vse bolezni možganov (duševne in nevrološke bolezni) v posameznih evropskih državah (graf oblikovan po podatkih iz Wittchen in sod., 2011³).

Stroški posameznih bolezni lahko zelo variirajo, v povezavi z razširjenostjo posameznih bolezni pa dosegajo omenjene visoke številke. Najdražja je skupina motenj razpoloženja, ki vključuje depresivno in bipolarno motnjo in povzroča 113 milijard evrov stroškov letno. Sledijo jim demence s 105 milijardami in psihotične motnje s 93 milijardami evrov letno, za njimi pa se uvrščajo anksiozne motnje, odvisnosti in cerebrovaskularne bolezni; vsaka skupina s stroški nad 60 milijardami evrov letno. Ker uporabljeni statistični model v raziskavi omogoča tudi ocene stroškov za države z nepopolnimi podatki o razširjenosti in obravnavi bolezni možganov, lahko v kratkem pričakujemo natančnejši razrez ocen stroškov posameznih bolezni tudi za Slovenijo. Zaenkrat je znano, da bolezni možganov v skupnem merilu povzročajo 1200 evrov stroškov letno na posameznega prebivalca Slovenije, v primerjavi s 1550 evri evropskega povprečja.

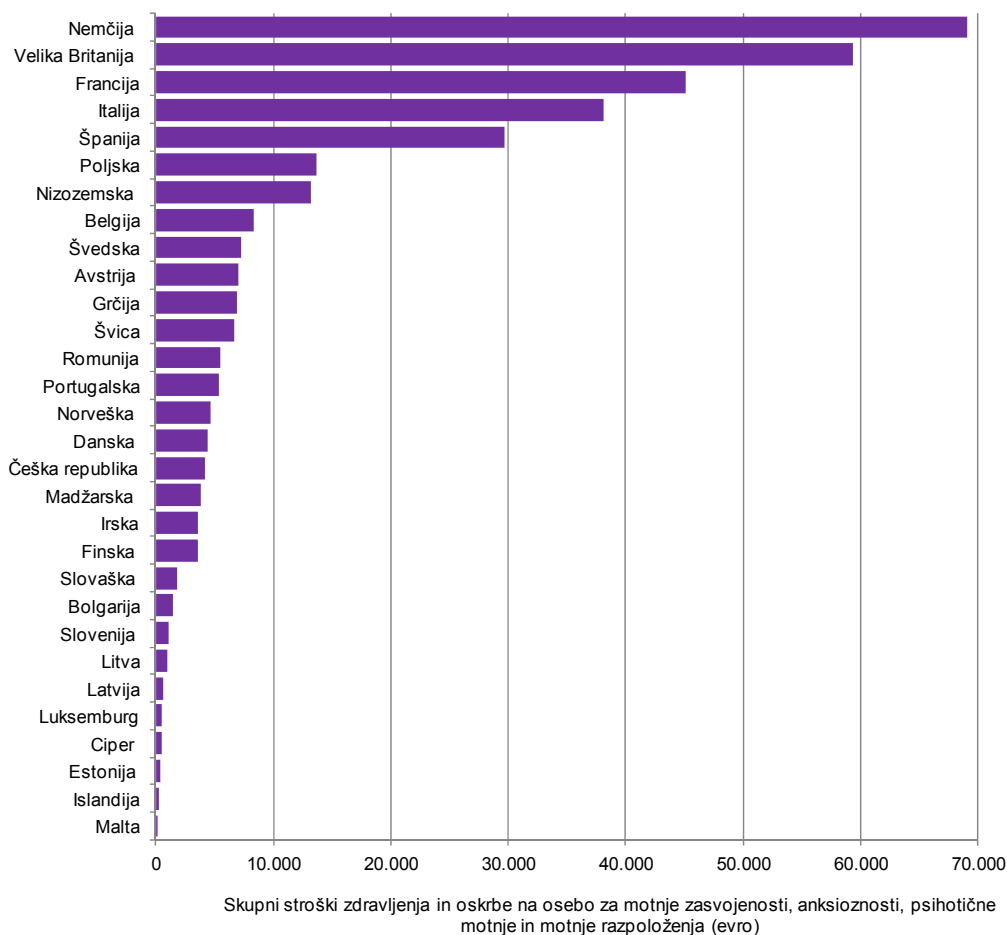
Kakšno je primerljivo ekonomsko breme določene bolezni, najbolje opisujejo podatki, preračunani na osebe, ki so zbolele za določeno nevropsihiatrično boleznijo. V grafu 4 so prikazani podatki o strošku na osebo pri zdravljenju in oskrbi posamezne psihiatrične motnje. V grafu 5 pa celokupni stroški za osebe, ki so zbolele za motnjami zasvojenosti, anksioznosti, razpoloženja in psihotičnimi motnjami. Primerjava med posameznimi državami pokaže, da so celokupni stroški na osebe, ki so zbolele za motnjami zasvojenosti, anksioznosti, razpoloženja in psihotičnimi motnjami, najvišji v Nemčiji (69.085 evrov), Veliki Britaniji (59.361 evrov) in Franciji (45.072 evrov), ter najnižji na Malti (210 evrov), Islandiji (277 evrov) in Estoniji (430 evrov). Slovenija se uvršča v spodnjo tretjino držav z 1.090 evri. Celokupni stroški na obolelega glede na posamezno duševno motnjo kažejo na to, da v se v državah pojavlja podoben trend, kljub temu, da celokupni strošek na obolelega za določeno motnjo lahko izjemno variira med posameznimi državami. Najdražje so

motnje razpoloženja, sledijo jim psihotične motnje, motnje anksioznosti in motnje zasvojenosti. Zdravljenje motenj razpoloženja v Nemčiji na obolelo osebo znaša 13.809 evrov, v Veliki Britaniji 11.719 evrov in v Franciji 7.852 evrov. Na Malti znaša cena zdravljenja 39 evrov, v Islandiji 52 evrov in v Estoniji 82 evrov. V Sloveniji znaša celokupni strošek na osebo z motnjo razpoloženja 329 evrov, z motnjo anksioznosti 289 evrov, s psihotično motnjo 277 evrov in z motnjo zasvojenosti 195 evrov.



Stroški stroški zdravljenja in oskrbe na osebo pri različnih duševnih motnjah (evro)

Graf 4: Celokupni stroški na osebo, ki je zbolele za motnjo zasvojenosti, anksioznosti, razpoloženja ali psihotično motnjo v posameznih evropskih državah (graf je oblikovan po podatkih iz Wittchen in sod., 2011³).



Graf 5: Celokupni stroški za osebe, ki so zbolele za motnjami zasvojenosti, anksioznosti, razpoloženja in psihotičnimi motnjami skupaj v posameznih evropskih državah (graf je oblikovan po podatkih iz Wittchen in sod., 2011³).

Avtorji raziskave so opozorili, da duševne motnje predstavljajo osrednji izziv 21. stoletja. Opozarjajo, da so bolezni možganov velik problem za evropsko družbo, tempirana bomba, na katero se prepočasi in slabo odzivamo. Izzive vidijo v prizadevanjih za ustreznejše financiranje raziskav bolezni možganov, pri katerih Evropa zaostaja za Združenimi državami Amerike. Vlaganje v raziskave te vrste namreč glede na velikost letnih stroškov bolezni možganov predstavlja najboljši potencialen donos na vložena sredstva. Še posebej pomembno postaja tako vlaganje v luči postopnega umikanja farmacevtske industrije iz raziskav bolezni možganov, ki se dogaja v zadnjih letih zaradi relativno visokih stroškov in predolgih in zapletenih birokratskih postopkov razvoja posameznega zdravila. Neustrezno je tudi izobraževanje na medicinskih in drugih zdravstvenih ustanovah, kjer študijski programi pogosto ne odražajo hitro spreminjajočega se znanja na področju nevroznanosti, obenem pa študenti v nevroloških in psihiatričnih klinikah preživijo le 8% časa svojega izobraževanja. Tretje pomembno področje je razvoj preventivnega dela pri preprečevanju bolezni možganov v populaciji, kjer zaenkrat še manjkajo bolj usmerjena in ustrezna priporočila po vzoru preventivnih dejavnosti na področju drugih telesnih bolezni. Skupen vsem prizadevanjem pa je poziv, da je nujno združiti interese velikega števila različnih strokovnih in bolniških organizacij s tega področja. Organizacije bi morale poenotiti svoja stališča in sporočila, ki jih posredujejo širši javnosti, da bi lažje dosegli ustrežnejšo umestitev in razumevanje celotne razsežnosti problema bolezni možganov v družbi.

Primerjava dostopnosti in dejavnosti služb na področju duševnega zdravja v različnih statističnih regijah Slovenije in ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju

V sklopu raziskave, opravljene v letu 2008⁶, smo popisali službe na področju duševnega zdravja, ki izvajajo različne aktivnosti v vseh slovenskih statističnih regijah z uporabo Evropskega obrazca za mapiranje služb (European Service Mapping Schedule; instrument ESMS). Popolne podatke smo pridobili od 301 službe iz vseh statističnih regij Slovenije. V podrobnejšo klasifikacijo popisa po metodologiji ESMS smo glede na vključitvene kriterije instrumenta uvrstili 251 služb.

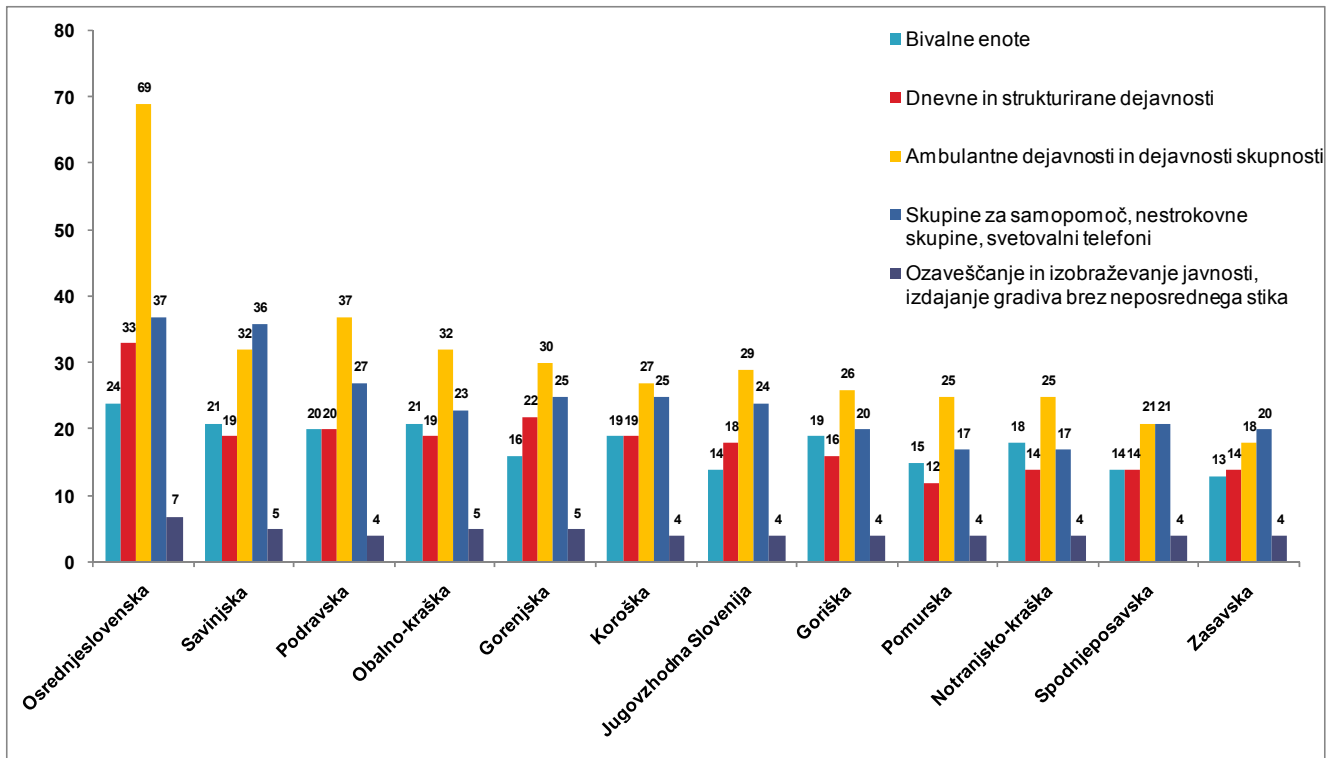
Evropski obrazec za mapiranje služb (ESMS) je instrument, ki omogoča kategorizacijo služb na področju duševnega zdravja na določenem definiranem območju (regija, občina, država). Namenjen je popisovanju služb, katerih specifični namen je določen vidik upravljanja z duševno motnjo ali z njo povezanimi kliničnimi ali socialnimi težavami pri odraslih osebah. ESMS je zasnovan kot hierarhično drevo, iz katerega izhajajo štiri temeljne veje: bivalne enote (residential services), dnevne in strukturirane dejavnosti (day and structured activity), ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti (out-patient and community services) ter skupine za samopomoč in nestrokovne skupine (self-help and non-professional services). Za potrebe naše raziskave smo dodali še dodatno vejo: ozaveščanje in izobraževanje javnosti, izdajanje gradiva brez neposrednega stika z uporabniki.

Z ESMS smo popisali 5 oblik dejavnosti, ki jih službe lahko nudijo: **bivalne enote** (uporabnik prenoči v prostorih službe), **dnevne in strukturirane dejavnosti** (dostopne več uporabnikom hkrati, uporabniki pa se lahko zadržujejo v prostorih tudi po končanem srečanju z osebjem), **ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti** (namenjene zgolj kontaktu med uporabnikom in osebjem), **skupine za samopomoč in nestrokovne skupine** (skupine za samopomoč, nestrokovne skupine in svetovalni telefoni) ter **ozaveščanje in izobraževanje javnosti**, izdajanje gradiva brez neposrednega stika z uporabniki (izdajanje strokovnih, znanstvenih publikacij, medijski nastopi, spletne strani). Posamezna služba lahko izvaja zgolj eno ali pa tudi več različnih tipov storitev.

Dostopnost in dejavnost služb

Analiza podatkov je pokazala, da je v vseh regijah dostopnih skupno 717 služb, ki izvaja 1151 različnih dejavnosti. Podatek se nanaša na to, da je lahko služba s sedežem v eni regiji dostopna tudi ostalim regijam in izvaja več vrst dejavnosti hkrati. Največje število razpoložljivih dejavnosti je bilo registriranih v osrednjeslovenski, savinjski, podravski in obalno-kraški regiji in najmanj v notranjsko-kraški, spodnjeposavski in zasavski regiji. Ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti so prevladovale domala v vseh regijah (razen v savinjski in zasavski, kjer so prevladovale skupine za samopomoč in nestrokovne skupine ter svetovalni telefon), največja dostopnost pa je bila v osrednjeslovenski regiji. Izključno ozaveščanja in izobraževanja javnosti, izdajanja strokovnih in znanstvenih gradiv brez neposrednega stika z uporabniki je bilo v vseh regijah najmanj. 95,3% služb je navedlo, da sodeluje tudi z drugimi službami, in le 4,7% deluje izključno v okviru svojih kapacitet. Na grafu 6 je prikazana dostopnost služb in njihovih dejavnosti na področju duševnega zdravja v različnih statističnih regijah Slovenije.

⁶ DERNOVŠEK, Mojca Zvezdana, ŠPRAH, Lilijana. "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, 2008. 112 f., pril., Tab., graf. prikazi. [COBISS.SI-ID [29020205](#)]



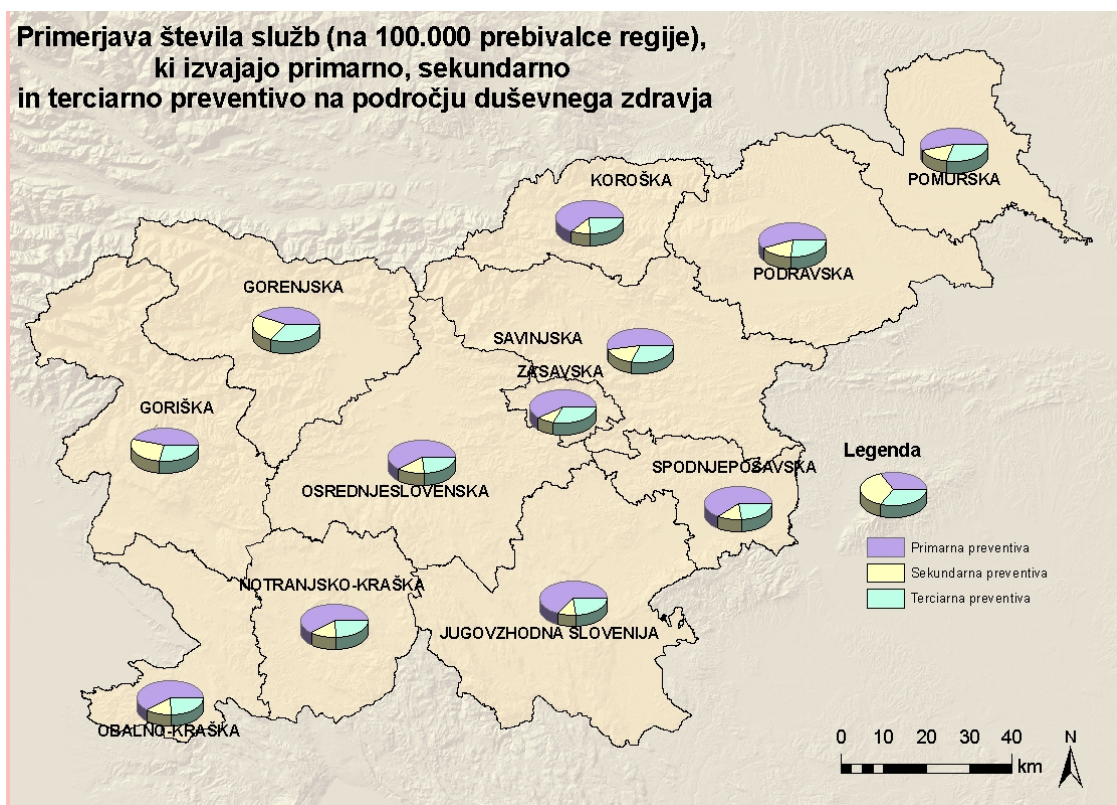
Graf 6: Število razpoložljivosti različnih tipov služb, ki opravljajo svoje dejavnosti v posameznih statističnih regijah (število posameznih služb označeno na vrhu stolpca).

Primerjava razpoložljivih dejavnosti služb s sedežem delovanja v analizirani regiji (takšne so 301 službe) na 100.000 prebivalcev te regije je pokazala, da je na 100 000 prebivalcev najmanj dejavnosti na voljo prebivalcem zasavske, jugovzhodne, spodnjeposavske in pomurske regije, sledijo podravska, notranjsko-kraška, gorenjska in savinjska regija in največ razpoložljivih dejavnosti najdemo v goriški, koroški, osrednjeslovenski in obalno-kraški regiji.

60 % preventivnih aktivnosti služb je usmerjenih k preprečevanju nastanka duševnih boleznin in motenj oz. zmanjšanju njihove pojavnosti, t.j. v primarno preventivo. Sledijo aktivnosti, usmerjene v preprečevanje posledic prebolele duševne motnje oziroma preprečevanje invalidnosti - terciarna preventiva in, najmanj, t.j. 14% aktivnosti poteka v okviru sekundarne preventive, ki zajema odkrivanje in pravočasno ter ustrezno zdravljenje duševnih motenj z namenom zmanjšanja razširjenosti motnje oz. skrajšanja trajanja boleznin. Preventivne dejavnosti smo analizirali in primerjali glede na njihovo razširjenost v posamezni statistični regiji tako, da smo število služb, ki izvajajo določeno obliko preventive, preračunali na 100.000 prebivalcev regije. Največ preventivnih dejavnosti (ne glede na obliko) na 100.000 prebivalcev regije smo odkrili v obalno-kraški, osrednjeslovenski in goriški regiji in najmanj v zasavski, notranjsko-kraški in gorenjski regiji (Slika 1). Primarna preventiva je daleč najbolj razširjena oblika dejavnosti in lahko opazimo, da je znotraj posameznih statističnih regij zastopana v različnem obsegu.

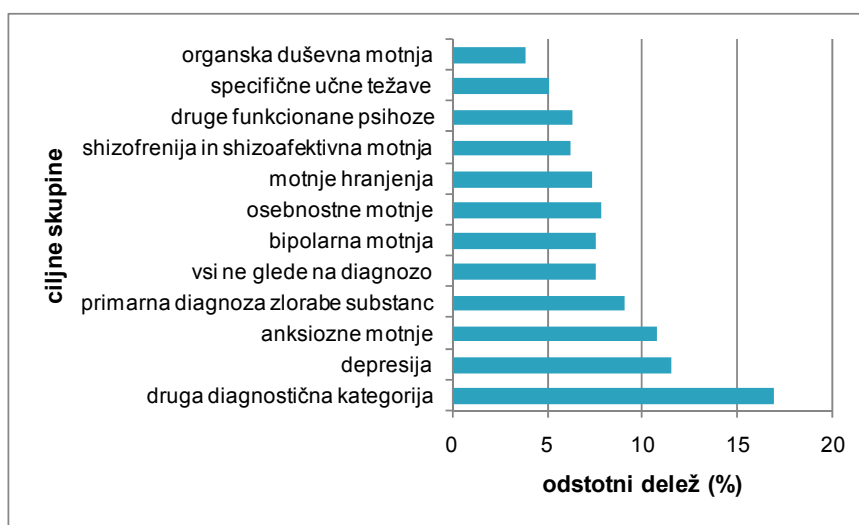
Glede na to, komu je namenjena primarna preventiva, jo delimo v univerzalno, selektivno in indicirano. V posameznih regijah prevladuje število služb, ki izvajajo selektivno primarno preventivo, namenjeno skupinam ljudi s povečanim tveganjem za nastanek duševnih motenj, sledijo službe, ki izvajajo indicirano primarno preventivo, namenjeno ljudem, ki že imajo nekatere simptome duševnih motenj. Precej manj služb se v primerjavi s selektivno primarno preventivo posveča univerzalni primarni preventivi, ki je namenjena celotni populaciji. Najmanj primarno preventivnih dejavnosti je prisotnih v gorenjski, zasavski, notranjsko-kraški in savinjski regiji,

medtem ko so koroška, osrednjeslovenska in obalno-kraška regija najbolj pokrite s primarno preventivnimi dejavnostmi.



Slika 1. Primerjava števila služb (na 100.000 prebivalce regije), ki izvajajo primarno, sekundarno in terciarno preventivo.

Glede na ciljne skupine uporabnikov služb prevladujejo dejavnosti, ki se ukvarjajo z depresijo, anksioznimi motnjami in zlorabo substanc (graf 7). V posameznih statističnih regijah prevladuje podobna razporeditev, s tem, da v osrednjeslovenski, gorenjski in notranjsko-kraški regiji velik delež ciljnih skupin pokrivajo tudi dejavnosti, namenjene uporabnikom z bipolarno motnjo in osebnostnimi motnjami ter z motnjami hranjenja.



Graf 7. Delež ciljnih skupin uporabnikov dejavnosti popisanih služb v vseh statističnih regijah skupaj.

Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju po regijah

Na duševno zdravje vpliva več dejavnikov, ki so lahko sociodemografske, ekonomske, zdravstvene in širše družbene narave. Glede na prisotnost določenih dejavnikov tveganja v nekem okolju lahko ocenimo, v kakšni meri je ogroženo duševno zdravje prebivalcev na tem področju. Za oceno tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju pri prebivalcih v določeni statistični regiji smo uporabili sledeče statistične zbirke:

- Statistični urad Slovenije (<http://www.stat.si/index.asp>)
- Inštitut za varovanje zdravja (<http://www.ivz.si/index.php?akcija=oddelek&o=7>),
- Onkološki inštitut (http://www.onko-si/sl/dejavnosti/epidemiologija_in_register_raka/registri_raka/register_raka_za_slovenijo/)
- rezultate analiz Urada RS za makroekonomski razvoj (UMAR; http://www.umar.gov.si/publikacije/?no_cache=1).

Zbrali smo statistike za nekatere dejavnike tveganja za razvoj motenj na področju duševnega zdravja, ki so povezani s sociodemografsko in zdravstveno sliko posamezne statistične regije. Podatki iz zdravstvenih in statističnih baz se nanašajo na obdobje od 2005 do 2007. Osnovno vodilo izbora podatkov pa je bilo, da smo pridobili najnovejše razpoložljive podatke, ki so bili dostopni tudi na regionalni ravni. Uporabili smo metodologijo rangiranja podatkov za določen dejavnik.

Vrednosti posameznega kazalnika smo najprej za vsako regijo rangirali med 1 in 12, kjer je **rang 1 predstavljal najvišjo in rang 12 najnižjo stopnjo prisotnosti dejavnika tveganja za določen kazalnik** (npr. vrednostim sociodemografskega kazalnika »delež moških, starih nad 75 let« smo pripisali najnižji rang t.j. rang 1 v regiji, kjer je vrednost tega kazalnika največja, in rang 12 v regiji, kjer je njegova vrednost najmanjša; rangi za ostale regije so se ustrezno razvrstili med vrednostima 1 in 12). Potem smo izračunali **povprečni rang dejavnikov tveganj** za določen kazalnik v regiji in tako pridobili oceno ogroženosti duševnega zdravja v določeni regiji v primerjavi z ostalimi.

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

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

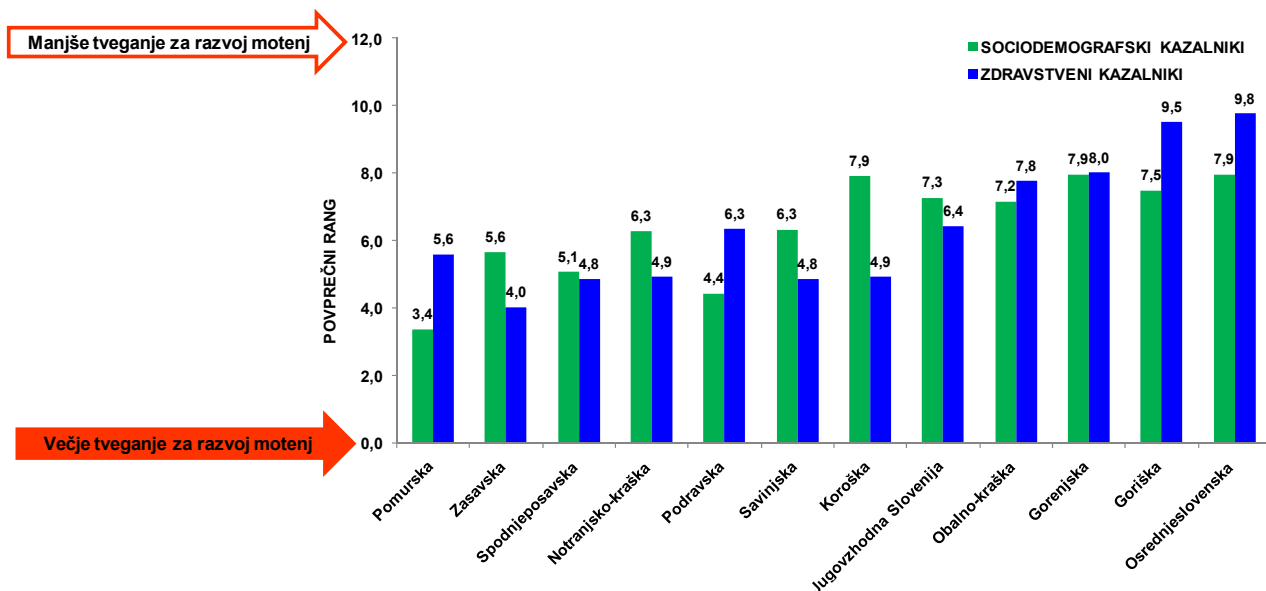
- Obsojene polnoletne osebe, ki sta jim bila izrečena vzgojni ukrep ali kazen na 1000 prebivalcev
- Poraba čistega alkohola na prebivalca v regiji.

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

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

Na grafu 7 so prikazane rangirane statistične regije (od 1- največja prisotnost dejavnikov tveganja do 12 - najmanjša prisotnost dejavnikov tveganja) za izbrane sociodemografske in zdravstvene kazalnike. Pomurska, zasavska, spodnjeposavska in notranjsko-kraška imajo v primerjavi z ostalimi statističnimi regijami prisotnih največ sociodemografskih in zdravstvenih dejavnikov tveganja, ki jih lahko povežemo z večjim tveganjem za razvoj težav v duševnem zdravju. V najmanjšem obsegu so dejavniki tveganja prisotni v gorenjski, goriški in osrednjeslovenski statistični regiji.

Notranjsko-kraška, zasavska, pomurska in koroška regija so se po ESMS kazalnikih uvrstile med regije, ki imajo relativno majhno število razpoložljivih služb na področju duševnega zdravja ter dokaj visoko število uporabnikov v primerjavi z ostalimi statističnimi regijami. Po drugi strani goriška, gorenjska, osrednjeslovenska regija izkazuje najboljšo razpoložljivost služb na področju duševnega zdravja. Savinjska regija se je po kazalnikih ESMS odrezala najbolje, čeprav se po sociodemografskih in zdravstvenih kazalnikih nahaja na ravni notranjsko-kraške regije. Vendar je pri ESMS kazalnikih treba upoštevati tudi določene rezerve pri podatkih uporabe služb, saj posredovani podatki s strani služb velikokrat niso najbolj točni in so bolj na ravni ocene. Zato je možno, da prihaja tudi do pre- oz. pod- cenjenih ESMS kazalnikov na ravni regij. Če pogledamo zgolj razpoložljivo število in raznolikost služb na 100 000 prebivalcev, se regije rangirajo nekoliko drugače. Najmanj služb na področju duševnega zdravja najdemo v pomurski, jugovzhodni, zasavski in podravske regiji in največ v goriški, savinjski, koroški in osrednjeslovenski statistični regiji.

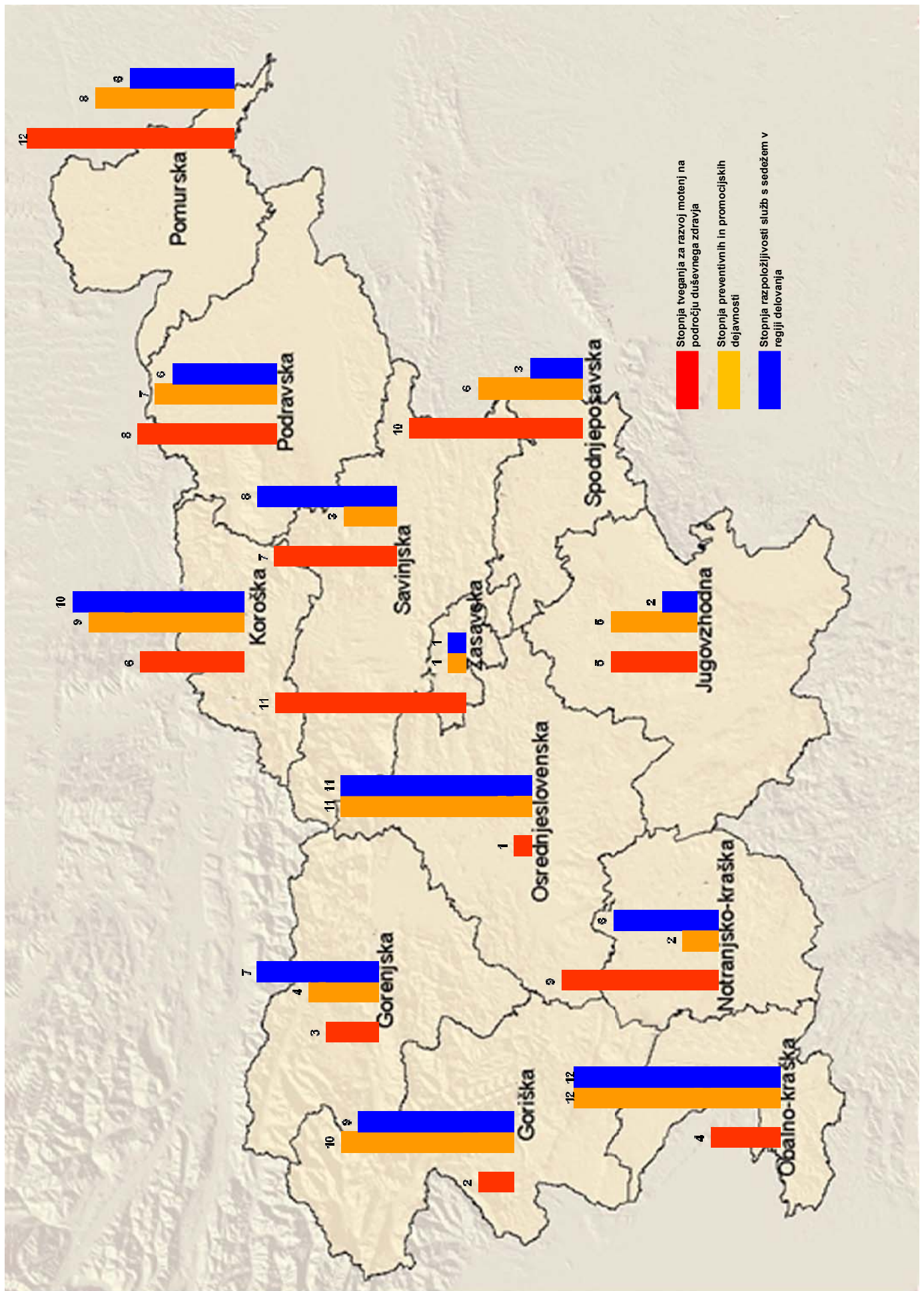


Graf 7: Primerjava sociodemografskih in zdravstvenih kazalnikov, povezanih s tveganjem za razvoj težav na področju duševnega zdravja po posameznih statističnih regijah.

V nadaljevanju oblikovanja ocene tveganj za razvoj težav na področju duševnega zdravja v posameznih regijah smo oblikovali enotno spremenljivko- **Stopnjo tveganja za razvoj motenj na področju duševnega zdravja**, v katero smo vključili sociodemografske in zdravstvene kazalnike skupaj. Hkrati smo to spremenljivko primerjali s **stopnjo preventivno promocijskih dejavnosti**, ki so dostopne v posameznih regijah, kamor so vključene oblike preventivno promocijskih dejavnosti, ki so prisotne v določeni regiji na 100.000 prebivalcev, in s **stopnjo razpoložljivosti služb na področju duševnega zdravja** v posameznih regijah, kamor smo vključili le službe s sedežem v regiji delovanja in število dejavnosti, ki jih službe izvajajo (bivalne enote, dnevne in strukturirane dejavnosti, ambulantne dejavnosti in dejavnosti skupnosti, skupine za samopomoč, svetovalni telefoni ter ozaveščanje in izobraževanje javnosti brez neposrednega stika).

Primerjava podatkov je prikazana na sliki 2. V vseh regijah so prikazane stopnje v razponu od 1 do 12, kar pomeni rang regije v primerjavi z ostalimi. **Stopnja 1** predstavlja **nizko stopnjo tveganj** za razvoj motenj oz. **najmanj preventivno promocijskih dejavnosti** oz. **najmanj razpoložljivih služb** v primerjavi z ostalimi regijami. **Stopnja 12** pa odlikava **visoko stopnjo tveganj** za razvoj motenj oz. **največ preventivno promocijskih dejavnosti** oz. **največ razpoložljivih služb** v primerjavi z ostalimi regijami. Na sliki 2 lahko vidimo, da se visoke in nižje stopnje tveganj za razvoj motenj na področju duševnega zdravja v Sloveniji koncentrirajo v geografskem smislu. Največja stopnja tveganj se pojavlja v statističnih regijah vzhodne Slovenije (pomurska, zasavska, spodnje-posavska, podravska, savinjska) in v notranjsko-kraški statistični regiji, medtem ko je v statističnih regijah zahodne Slovenije (osrednjeslovenska, goriška, gorenjska, jugovzhodna Slovenija) stopnja tveganj najmanjša. Opazimo tudi, da se obseg preventivno promocijskih dejavnosti ne pokriva dobro s stopnjami tveganj za razvoj motenj. Tako imamo največ promocijsko preventivnih aktivnosti prisotnih v regijah, kjer je stopnja tveganj relativno nizka (obalno-kraška, osrednjeslovenska, goriška) in obratno, relativno slabo zastopane preventivno promocijske aktivnosti v regijah, kjer so sociodemografski in zdravstveni dejavniki tveganja za nastanek težav v duševnem zdravju najbolj izraziti (zasavska, notranjsko-kraška, savinjska in pomurska regija). Če pogledamo razpoložljivost služb v primerjavi s stopnjo tveganj posameznih regijah, razberemo, da so v najbolj depriviligiranem položaju zasavska, pomurska, spodnje-posavska, notranjsko-kraška in jugovzhodna regija. Po drugi strani imajo regije zahodne Slovenije dokaj dobro razpoložljivost služb na področju duševnega zdravja glede na ocenjen obseg dejavnosti tveganja za nastanek težav v duševnem zdravju, ki so prisotni v teh regijah.

Slika 2. Primerjava stopenj tveganj za razvoj duševnih motenj, stopenj preventivno promocijskih dejavnosti in razpoložljivosti služb v posameznih statističnih regijah.



Indeks boljšega življenja (OECD) in težave v duševnem zdravju

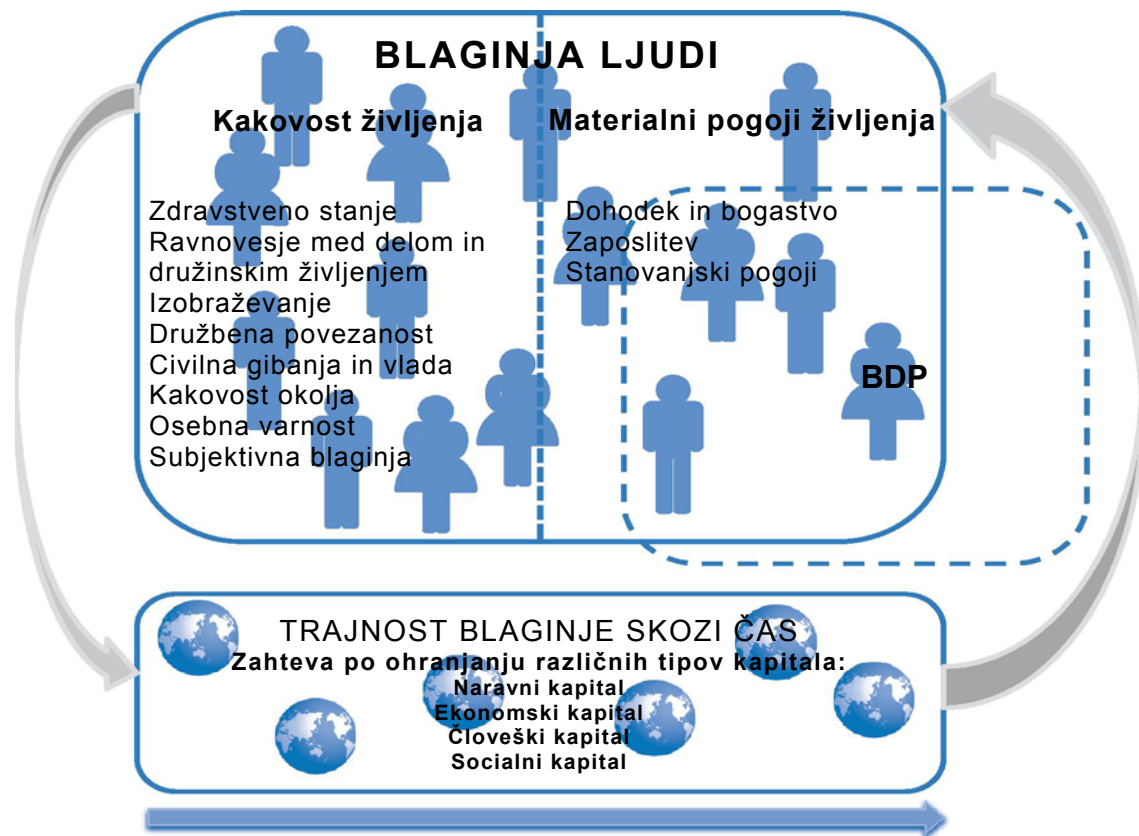
Številne klinične raziskave in epidemiološke študije kažejo, da s pojavom težav v duševnem zdravju pomembno korelirajo tudi nekateri sociodemografski, ekonomski in družbeni dejavniki, ki so prisotni v ožjem (družinskem, poklicnem) in širšem (kraj in regija bivanja) okolju. S pridobitvijo izbranih sociodemografskih, zdravstvenih in gospodarskih statistik, ki jih je možno oblikovati v sestavljene kazalnike področij zanimanja na regionalni ravni, je možno oceniti tudi aktualne trende potreb bodisi po preventivno promocijskih bodisi po kurativnih programih ohranjanja duševnega zdravja prebivalstva. Zato za tovrstne napovedi postajajo zanimive takšne metodologije, ki zajamejo čim širši spekter dejavnikov, ki vplivajo na posameznikovo blagostanje. Poleg tega vključujejo tako individualen (oseben) pogled oz. zaznavanje lastne kvalitete življenja kot tudi objektivno merljive dejavnike. Ena izmed najbolj aktualnih metodologij na tem področju je Indeks boljšega življenja, ki ga je razvila OECD, in je oblikovan na osnovi enajstih ključnih dimenzij blaginje.

Kazalniki blaginje in oblikovanje Indeksa boljšega življenja

V zadnjem času smo priča številnim razpravam o merjenju blaginje v družbah. Pri tem zastavlja osrednje vprašanje, ali je bogastvo tisto, ki definira blaginjo? Vse od ustanovitve Organizacije za ekonomsko sodelovanje in razvoj (OECD) leta 1961 je bil bruto domači proizvod (BDP) glavni dejavnik za merjenje in razumevanje ekonomskega in družbenega napredka. Vendar pa tudi številni drugi dejavniki lahko močno vplivajo na življenje ljudi, kot na primer varnost, prosti čas, porazdelitev dohodka, čisto okolje. Ob svoji petdesetletnici je OECD predstavila projekt »OECD kazalniki blaginje«⁷, s prikazom enega izmed novih načinov spremljanja širše pojmovane blaginje.

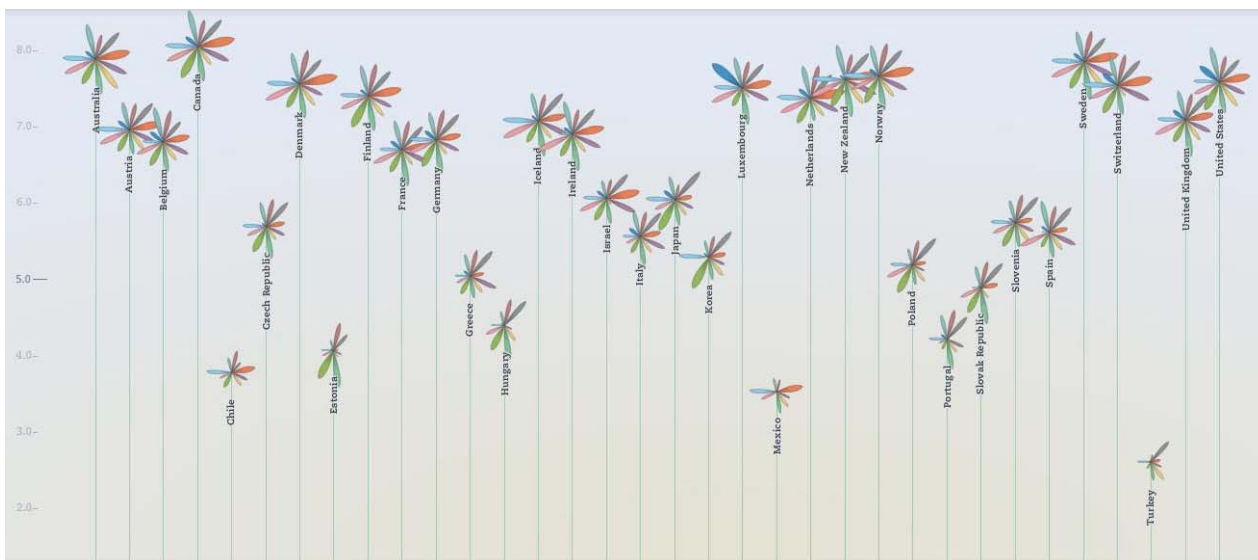
Kazalniki blaginje, ki jih predlaga OECD, so odgovor na zahteve po primerjalnih informacijah o pogojih življenja ljudi v različno razvitih državah, kjer bi bili kazalniki bolj konkretni in usmerjeni na ožja področja življenja. Zbirka kazalnikov blaginje predstavlja osnutek za nadaljnje izboljševanje tako področij, ki naj bi najbolj kompleksno zaobjela človekovo življenje, kot tudi kazalnikov, ki ta področja opisujejo. OECD kazalnike blaginje sestavljajo kazalniki materialnih pogojev življenja in kakovosti življenja (slika 3). Ti so pomembni za obstoječe stanje blaginje in tudi za dolgoročno vzdržnost socio-ekonomskega in naravnega kapitala in s tem zagotavljanja trajnosti blaginje skozi čas. Materialne pogoje življenja ali ekonomsko blaginjo določajo tri področja (dohodek in bogastvo, zaposlitev in stanovanjski pogoji), ki jih opisuje šest kazalnikov, kakovost življenja pa sestavlja osem področij (zdravstveno stanje, uravnoteženost med delom in zasebnim življenjem, izobraževanje, družbena povezanost, civilna gibanja in vlada, kakovost okolja, osebna varnost in subjektivna blaginja), ki jih opisuje 15 kazalnikov. Večina kazalnikov temelji na statističnih podatkih, nekateri pa so narejeni na podlagi javnomnenjskih anket. Trajnost socioekonomskega in naravnega sistema pa je odvisna od tega, kako sedanje aktivnosti vplivajo na različne tipe kapitala: naravni, ekonomski, človeški in socialni.

⁷ OECD (2011), *How's Life?: Measuring well-being*, OECD Publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264121164-en>



Slika 3: Teoretski okvir OECD kazalnikov blaginje.

OECD je na svojih spletnih straneh predstavil interaktivno orodje, ki ga je poimenoval Indeks boljšega življenja - <http://www.oecdbetterlifeindex.org/about/better-life-initiative/>. To ni sestavljen indeks, temveč vizualna združitev enajstih dimenzij blaginje, predstavljenih v obliki marjetice, ki predstavlja posamezno državo (slika 4).



Slika 3: Indeks boljšega življenja (izpis povzet s spletne strani <http://www.oecdbetterlifeindex.org/>).

Barva vsakega cvetnega lista ponazarja eno od dimenzij blaginje, dolžina cvetnega lista pa narašča s kakovostjo, ki velja za to dimenzijo. Tako prebivalci držav, katerih marjetice imajo cvetove z

dolgimi cvetnimi listi, dosegajo boljšo kvaliteto življenja na večini dimenzij - saj krajši cvetni listi pomenijo doseganje manjše vrednosti te dimenzije. Interaktivno orodje poleg vizualnega prikaza ponuja tudi osnovne informacije o dimenzijah in kazalnikih, ključne ugotovitve za posamezno državo in grafikon z vrednostmi kazalnika v primerjavi z drugimi državami. Spletno orodje ponuja tudi možnost izračuna osebnega indeksa boljšega življenja - <http://www.oecdbetterlifeindex.org/>. S tem OECD želi izboljšati obveščenost ljudi in jih bolj dejavno vključiti v procese oblikovanja razvojnih politik, ki soustvarjajo naša življenja.

Slovenija in Indeks boljšega življenja

Slovenija je z Indeksom boljšega življenja med 34 članicami OECD zasedla skupno 21. mesto. V kar nekaj dimenzijah Indeksa boljšega življenja se uvršča blizu povprečja OECD ali celo višje <http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/slovenia/>:

- ✚ Povprečni razpoložljivi dohodek gospodinjstev v Sloveniji je v letu 2008 znašal 19.891 USD, kar je manj od povprečja OECD (22.284 USD).
- ✚ Skoraj 66 % ljudi, starih od 15 do 64 let, je bilo v letu 2010 zaposlenih. Po podatkih iz leta 2009 so ljudje v povprečju delali 1.687 ur na leto, kar je manj od povprečja OECD. Potem ko so se otroci pričeli šolati, se je v letu 2008 zaposlilo 74 % mater, kar nakazuje na to, da matere dobro usklajujejo družino in kariero.
- ✚ V letu 2008 je 82 % odraslih oseb (starih od 25 do 64 let) doseglo visoko izobrazbo, kar je več od povprečja OECD (73 %). Kakovost izobraževalnega sistema pa se veliko bolj kot v številu let, preživetih v šoli, kaže v bralnih sposobnostih. Tako je po Programu za mednarodno ocenjevanje študentov (PISA, OECD), ki se je osredotočil na branje, leta 2009 povprečen študent v Sloveniji dosegel 483 od 600 točk ali nekoliko manj od povprečja OECD.
- ✚ V Sloveniji je leta 2008 pričakovano trajanje življenja ob rojstvu znašalo 78,8 leta, kar je zelo blizu povprečja OECD (79,2 leta). Višja pričakovana življenjska doba pa je navadno povezana z večjimi zdravstvenimi izdatki na osebo. Ti so leta 2008 predstavljali 8,3 % BDP, kar je nižje od povprečja 9,0 % v državah OECD. 59 % vprašanih je tedaj ocenilo, da je bilo njihovo splošno zdravstveno stanje dobro, kar je nižje od povprečja vseh držav OECD (69 %).
- ✚ V Sloveniji je močno prisoten občutek pripadnosti skupnosti oz. vključenosti v družbo: po zadnjih dostopnih podatkih 91 % ljudi verjame, da se lahko zanese na koga (sorodnike, prijatelje, sosede), kadar potrebuje pomoč. Volilna udeležba, eden od pokazateljev javnega zaupanja v delo vlade in sodelovanje državljanov v političnem procesu, je bila na zadnjih državnozborskih volitvah 63-odstotna (povprečje v državah OECD pa je znašalo 72 %). Eden od ključnih elementov blaginje posameznikov pa je tudi osebna varnost: leta 2010 je 4 % ljudi v Sloveniji izrazilo, da so bili žrtve napada v preteklih 12 mesecih.
- ✚ Podobno kot v ostalih državah članicah OECD pa tudi v Sloveniji v zadnjih desetih letih splošno zadovoljstvo z življenjem narašča. Leta 2010 je znašala povprečna samo-ocena zadovoljstva z življenjem (na lestvici od 0 do 10) 6,1, kar pa je pod povprečjem držav članic OECD (6,7).

Na sliki 4 so natančneje so področja in primerjave z ostalimi državami, ki jih je ocenjeval Indeks boljšega življenja.



kazalnik	vrednost 1-10	uvrstitev Slovenije med 34 ocenjenimi
stanovanja	5,9	23.
dohodek	2,0	23.
zaposlitev	6,3	19.
družabne vezi	6,3	21.
izobrazba	6,8	18.
okolje	6,3	26.
vladanje	5,9	10.
zdravje	5,2	22.
zadovoljstvo	4,2	25.
varnost	8,8	8.
ravnovesje delo-življenje	7,4	10.

Slika 4: Prikaz primerjav Slovenije z drugimi državami med posameznimi dimenzijami Indeksa boljšega življenja (povzeto po strani (<http://www.delo.si/gospodarstvo/makromonitor/indeks-boljsenga-zivljenja-bdp-je-presibak-za-ocenjevanje-zivljenja.html>))

Povezanost Indeksa boljšega življenja z duševnimi motnjami

V elaboratu smo opravili analizo povezanosti med številom obolelih za motnjami zasvojenosti, razpoloženja, anksioznosti in psihotičnimi motnjami (preračunani podatki na 10.000 prebivalcev države- podatki iz tabele 2) in posameznimi dimenzijami Indeksa boljšega življenja. Rezultati so pokazali, da nekatere dimenzije Indeksa boljšega življenja pomembno korelirajo tudi z incidenco motenj zasvojenosti, anksioznosti, psihotičnih motenj in motenj razpoloženja (tabela 3). Pričakovali smo, da bo tovrstnih korelacij več. Razlog je verjetno tudi v tem, da obe bazi podatkov, čeprav pridobljeni v podobnem časovnem okviru, nista vključevali vedno istih držav. Študija o bremenih duševnih motenj je namreč vključevala članice EU, medtem ko je Indeks boljšega življenja zajemal članice OECD, kamor se ne uvrščajo vse države EU.

Tabela 3: Povezanost dimenzij Indeksa boljšega življenja z motnjami zasvojenosti, anksioznosti in psihotičnimi motnjami.

	MOTNJE ZASVOJENOSTI	ANKSIOZNOST	PSIHOTIČNE MOTNJE	MOTNJE RAZPOLOŽENJA
STANOVANJE	- 0,41			
ZAPOSLENOST	- 0,34	- 0,27		- 0,25
UPRAVLJANJE DRŽAVE	- 0,44			
ZADOVOLJSTVO Z ŽIVLJENJEM	- 0,34			- 0,29
VARNOST	- 0,56		- 0,33	
ZDRAVJE	- 0,31			
VKLJUČENOST V DRUŽBO		- 0,51	- 0,36	- 0,28

Rezultati naše analize so pokazali, da se motnje zasvojenosti pomembno povezujejo z največ dimenzijami Indeksa. In sicer, boljše stanovanjske in zaposlitvene razmere, večji občutek osebne varnosti, večje zadovoljstvo z življenjem, večji vpliv na družbene razmere in boljše zdravstveno stanje se povezujejo z manjšo incidenco motenj zasvojenosti. Medtem ko se anksiozne motnje povezujejo z dimenzijo zaposlenosti in vključenosti v družbo, psihotične motnje z varnostjo in vključenostjo v družbo ter motnje razpoloženja z zaposlenostjo, zadovoljstvom z življenjem in vključenostjo v družbo.

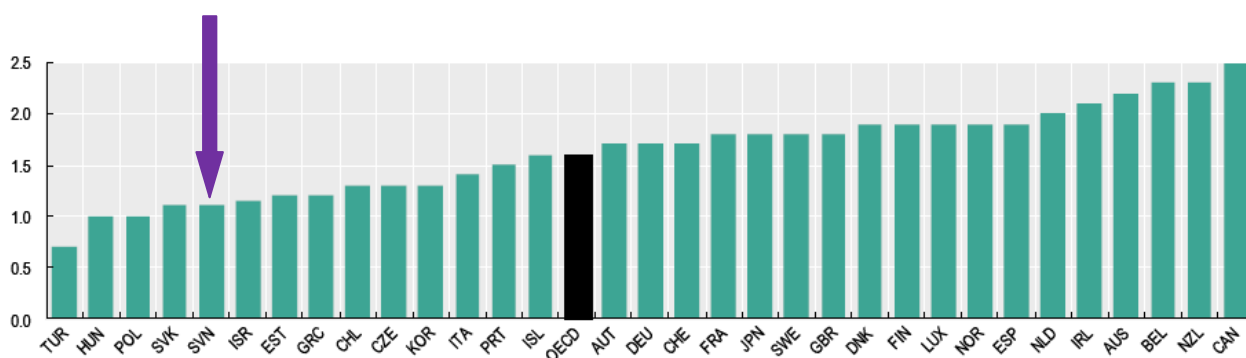
Ker so posamezne dimenzije Indeksa sestavljene iz več indikatorjev, smo analizirali, kateri indikatorji so vključeni vanje in kako so izraženi v Sloveniji v primerjavi z ostalimi državami.

Dimenzija stanovanje

Dimenzija opisuje bivalne pogoje z vidika števila oseb, ki si delijo stanovanjske prostore (število sob na osebo), opremljenosti stanovanj z osnovno infrastrukturo (vodovod in sanitarije) ter lastniške strukture stanovanja (najemniki, lastniki). V številnih državah članicah OECD je lastništvo pomembna dimenzija osebnega blagostanja, saj varuje lastnike pred prepogostimi selitvami, nepredvidljivimi najemniškimi razmerji ter omogoča stabilno in varno zavetje. Hkrati pa je to tudi eden poglobitvinih virov premoženja. V državah članicah OECD je v povprečju 67% zasedenih stanovanj v osebni lasti stanovalcev.

Podatek o številu sob na stanovalca razkriva, ali živijo osebe v prenatrpanih prostorih. Po številnih študijah je bivanje v prenatrpanih prostorih povezano z slabšim fizičnim in psihičnim počutjem, slabšimi medosebnimi odnosi in razvojem otrok ter je pogosto izvor družinskega nasilja in delne socialne izolacije, saj se stanovalci težko družijo na svojem domu s pomembnimi bližnjimi^{8,9}. V prenatrpanih prostorih imajo običajno tudi osebe zmanjšan dostop do osnovne infrastrukture. V državah članicah OECD razpolaga povprečen dom z 1,6 sobe na stanovalca in le 2,8% domov nima urejene osnovne infrastrukture - vode v stanovanju in lastne kopalnice s straniščem.

Slovenija se na dimenziji stanovanje uvršča na 23. mesto med 34 ocenjenimi državami. V povprečnem stanovanju je na razpolago stanovalcu 1,1 sobe (graf 8), kar jo uvršča pod povprečje držav članic OECD in 0,6% stanovanj ni opremljeno z osnovno infrastrukturo (graf 9), kar jo uvršča nad povprečje držav OECD, torej med države z boljšim dostopom infrastrukture.

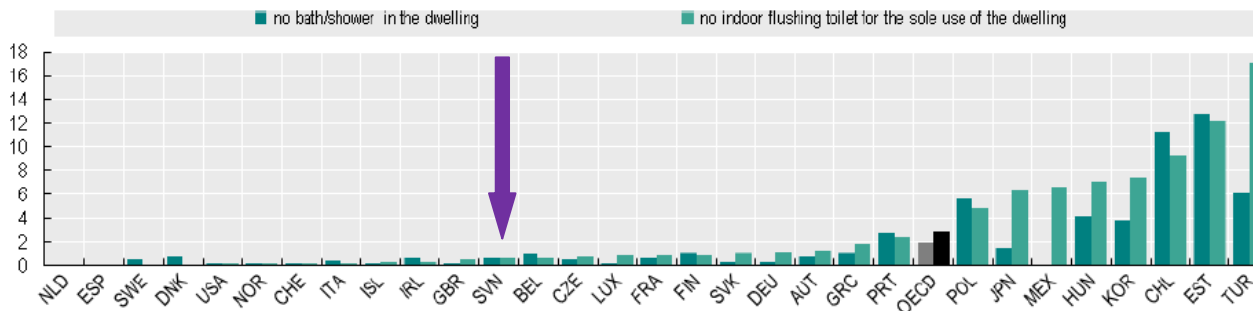


Graf 8: Povprečno število sob na osebo (graf povzet po Compendium of OECD Well-Being Indicators¹⁰)

⁸ OECD (2009), "Comparative Child Well-being across the OECD", in Doing Better for Children, OECD Publishing, Paris.

⁹ OECD (2011a), "Housing and the Economy: Policies for Renovation", in Economic Policy Reforms 2011: Going for Growth, OECD Publishing.

¹⁰ Compendium of OECD Well-Being Indicators, 2011, OECD Publishing
www.oecd.org/dataoecd/4/31/47917288.pdf



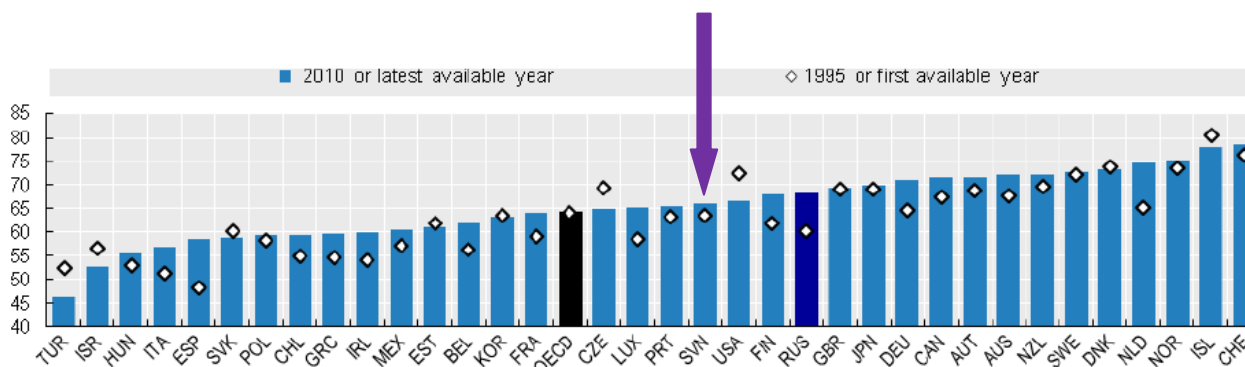
Graf 9: Procent stanovanj brez kopalnice/tuša in lastnega notranjega stranišča na splakovanje (graf povzet po Compendium of OECD Well-Being Indicators¹⁰; kratice držav glej opombe¹¹)

Dimenzija zaposlenost

Dimenzija zaposlenost opisuje stopnjo zaposlenosti in stopnjo dolgotrajne brezposelnosti. Poleg ekonomskih koristi se zaposlenost odraža tudi na nekaterih drugih področjih posameznikovega blagostanja, je pomemben del samopodobe ter hkrati omogoča osebni razvoj z vidika pridobivanja kompetenc in veščin. Družbe z visoko stopnjo zaposlenosti so bogatejše in hkrati stabilnejše, raziskave pa kažejo tudi, da so pripadniki teh družb na splošno bolj zdravi. Po drugi strani pa se dolgotrajna brezposelnost odraža slabšem počutju, nizki samopodobi in usihanju veščin in kompetenc, kar iskalcem zaposlitve z enim ali več let brezposelnosti zmanjšuje možnosti, da se ponovno zaposlijo. Nizko samospoštovanje, slabše počutje in izguba kompetenc pa so lahko prisotni tudi še dolgo časa po tem, ko se ponovno zaposlijo.

V državah OECD ima okrog 65% delovno sposobne populacije (stare med 15 in 65 let) delo in zanj prejema plačilo. Trenutno znaša v državah OECD delež oseb, ki so že leto ali več nezaposlene, 2,7%. V luči aktualne globalne krize v državah OECD beležijo 50% porast nezaposlenosti oz. 2,1% padec zaposlenosti, kar pomeni, da je 17 milijonov ljudi v tem času izgubilo zaposlitev.

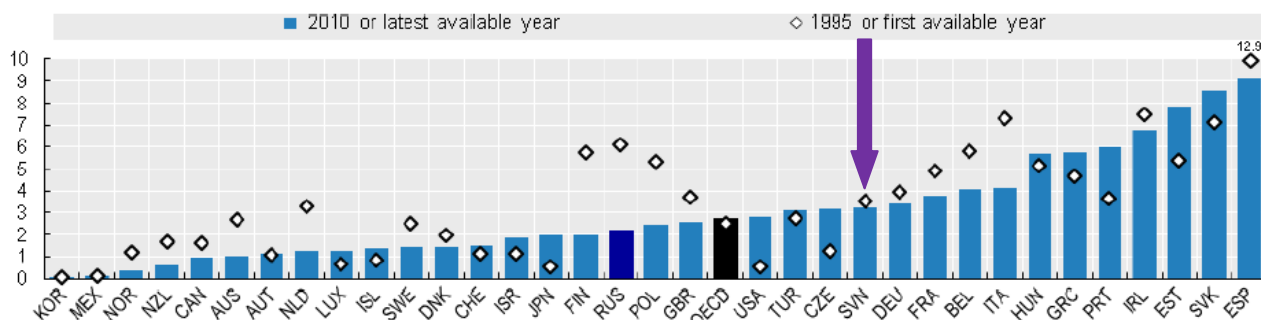
Slovenija se uvršča na 19. mesto med 34 ocenjenimi državami na dimenziji zaposlenost. 66% delovno aktivne populacije ima zaposlitev, kar se giblje blizu povprečja držav OECD (graf 10), medtem ko je stopnja dolgotrajne brezposelnosti nekoliko višja od povprečja OECD in znaša 3,21% (graf 11).



Graf 10: Procent zaposlenosti delovno aktivne populacije (stare med 15 in 65 let). Prikazana je primerjava med % zaposlenosti aktualnih statistik (modri stolpci- podatki iz leta 2010 oz. glede na

¹¹ AUS Avstralija, FRA Francija, NLD Nizozemska, AUT Avstrija, GBR Velika Britanija, NOR Norveška, BEL Belgija, GRC Grčija, NZL Nova Zelandija, BRA Brazilija, HUN madžarska, OECD OECD povprečje, CAN Kanada, IDN Indonezija, OECD EU OECD EU povprečje, CHE Švica, IND Indija, POL Poljska, CHL Čile, IRL Irska, PRT Portugalska, CHN Kitajska, ISL Islandija, RUS Ruska federacija, CZE Čehoslovaška, ISR Izrael, SVK Slovaška, DEU Nemčija, ITA Italija, SVN Slovenija, DNK Danska, JPN Japonska, SWE Švedska, ESP Španija, KOR Koreja, TUR Turčija, EST Estonija, LUX Luksemburg, USA Združene države Amerike, FIN Finska, MEX Mehika, ZAF Južnoafriška republika

dostopnost statistik iz let poprej) in starejših statističnih podatkov (kvadratne oznake v stolpcih-podatki iz leta 1995 oz. pri nekaterih državah tudi kasneje) (graf povzet po Compendium of OECD Well-Being Indicators¹¹; kratice držav glej opombe)

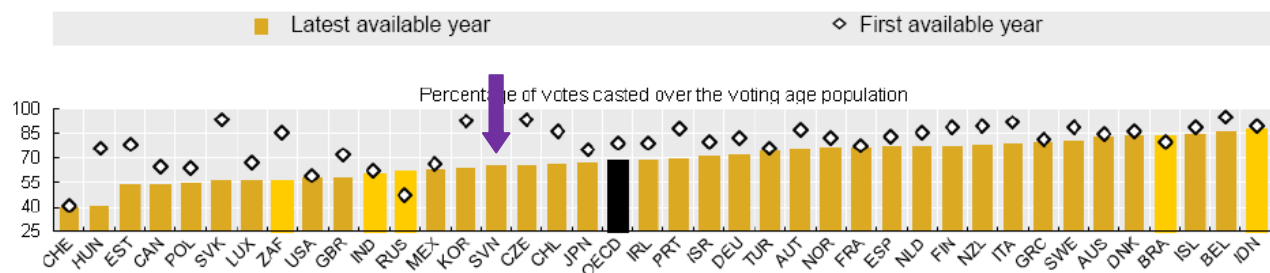


Graf 11: Procent dolgotrajne nezaposlenosti (leto in več). Prikazana je primerjava med % dolgotrajne nezaposlenosti aktualnih statistik (modri stolpci- podatki iz leta 2010 oz. glede na dostopnost statistik iz let poprej) in starejših statističnih podatkov (kvadratne oznake v stolpcih-podatki iz leta 1995 oz. pri nekaterih državah tudi kasneje) (graf povzet po Compendium of OECD Well-Being Indicators¹⁰; kratice držav glej opombe¹¹).

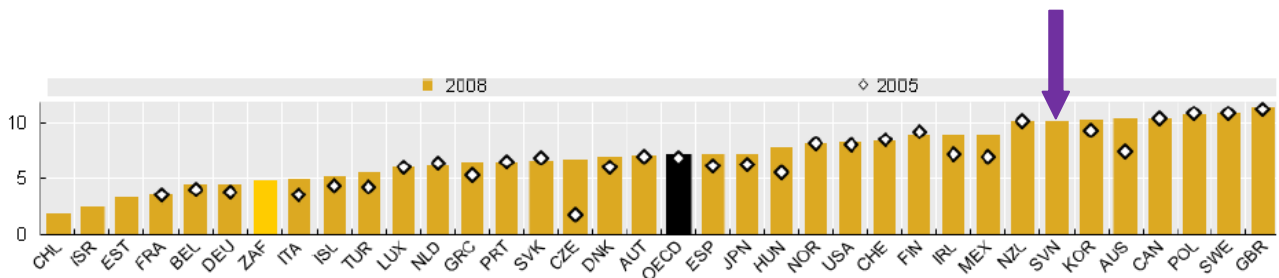
Dimenzija upravljanje države

Dimenzija vključuje 2 indikatorja, in sicer volilno udeležbo in vključenost prebivalcev v oblikovanje politik. Dimenzija opisuje stopnjo socialne kohezivnosti glede na to, v kolikšni meri državljani zaupajo političnim in državnim inštitucijam ter javni administraciji, in se posledično odraža v njihovi občutku pripadnosti in na splošno dobrem oz. slabšem počutju ter družbeni klimi. V OECD državah 65% državljanov poroča, da zaupa svojim političnim inštitucijam. V kontekstu Indeksa boljšega življenja volilna udeležba pojasnjuje, v kakšnem obsegu lahko civilna družba prispeva k blagostanju ljudi in širše družbe. V državah OECD znaša 72%, kaže pa na tendenco generalnega upadanja. Vključenost prebivalcev v oblikovanje politik odraža transparentnost družbenih pravil in v kolikšni meri so oblikovana na državljanu prijazen način.

Slovenija se na dimenziji upravljanja države uvršča na 10. mesto med 34 ocenjenimi državami. 51% državljanov Slovenije poroča, da zaupa svojim političnim inštitucijam, kar je pod povprečjem OECD držav (56%). Volilna udeležba kaže na trend upadanja in je na zadnjih volitvah znašala 63% (graf 12). Glede na indeks vključenosti v odločanje se Slovenija uvršča nad povprečje držav OECD.



Graf 12: Procent volilne udeležbe pri volivcih, ki so dovolj stari, da imajo volilno pravico. Prikazana je primerjava med % volilne udeležbe zadnjih volitev (rumeni stolpci) in predhodnih, razpoložljivih podatkov o volilni udeležbi (kvadratne oznake v stolpcih) (graf povzet po Compendium of OECD Well-Being Indicators¹⁰; kratice držav glej opombe¹¹).

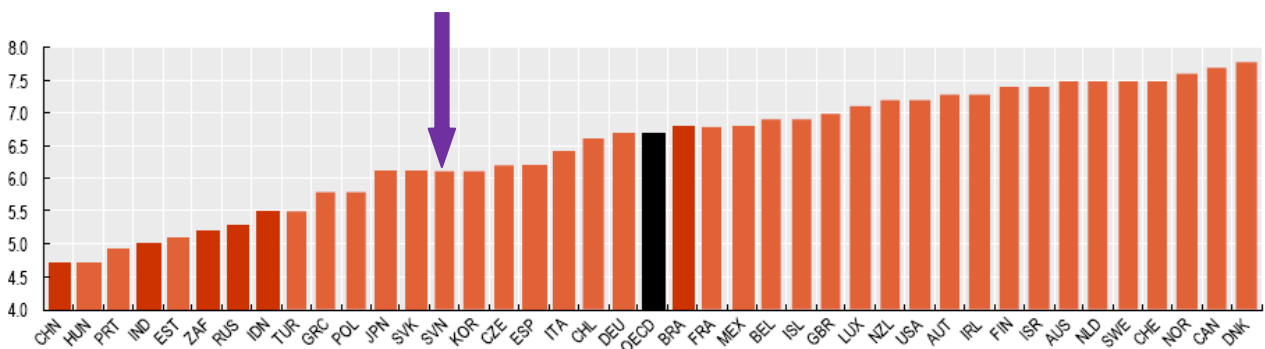


Graf 13: Indeks vključenosti prebivalcev v oblikovanje politik. Prikazana je primerjava med indeksi vključenosti izmerjenih v letu 2008 (rumeni stolpci) in v letu 2005 (kvadratne oznake v stolpcih) (graf povzet po Compendium of OECD Well-Being Indicators¹⁰; kratice držav glej opombe¹¹).

Dimenzija zadovoljstvo z življenjem

Dimenzija je bila oblikovana s pomočjo vprašalnika, kjer so udeleženci ocenjevali zadovoljstvo s svojim zdravjem, izobrazbo, zaslužkom, osebno izpolnitvijo in medosebnimi odnosi. Opisuje kvaliteto življenja, kot jo doživljajo državljani, kar ni nujno vedno povezano tudi z določenimi merljivimi kazalniki in okoliščinami. 59% ljudi v državah OECD je menilo, da je zadovoljnih s svojim trenutnim življenjem, in 68%, da bodo zadovoljni z njim tudi v naslednjih 5 letih. 72% jih je poročalo, da izkusijo v običajnem dnevu več pozitivnih občutkov (dosežki, veselje, spočitost) kakor pa z negativnih občutkov (bolečina, skrbi, žalost, dolgčas).

Slovenija se je na tej dimenziji uvrstila na 25. mesto med 34 državami. 39% Slovencev je menilo, da so zadovoljni s svoji življenjem, in 48%, da bo tako tudi v naslednjih 5 letih. 66% jih je poročalo, da izkusijo v običajnem dnevu več pozitivnih kot negativnih občutkov. Celokupna ocena zadovoljstva z življenjem uvršča Slovenijo pod povprečje držav članic OECD (graf 14).



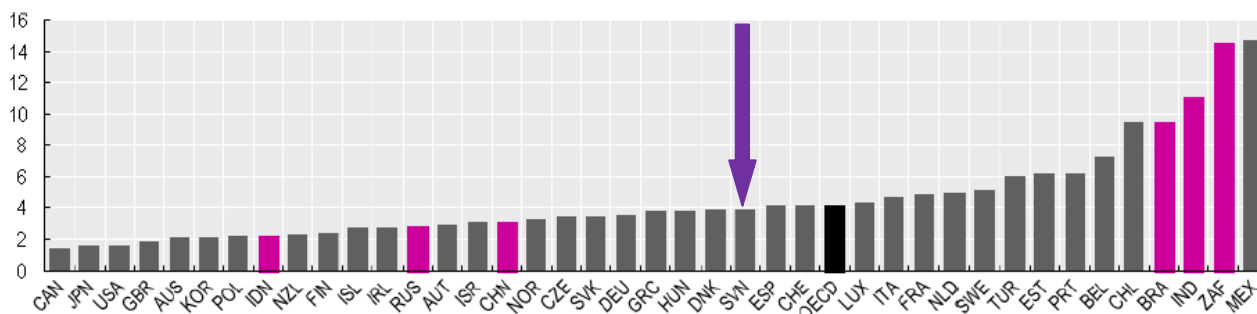
Graf 14: Ocena zadovoljstva z življenjem v letu 2010 (graf povzet po Compendium of OECD Well-Being Indicators¹⁰; kratice držav glej opombe¹¹).

Dimenzija varnost

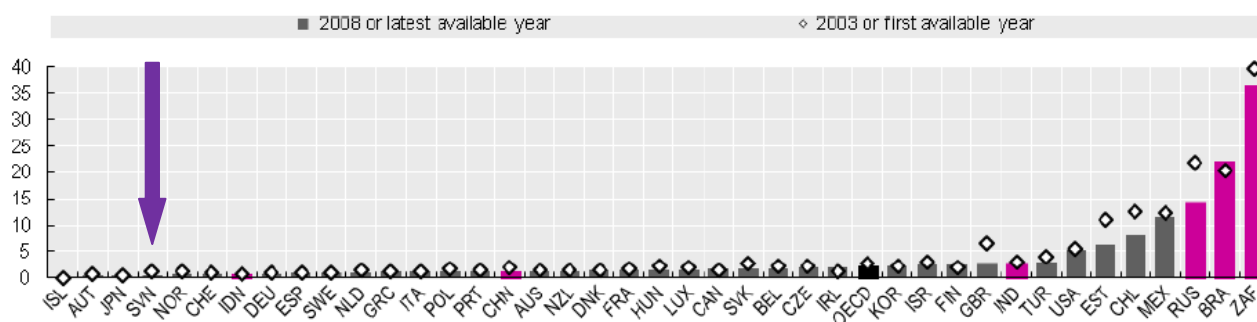
Dimenzija je sestavljena iz dveh indikatorjev: stopnje napadov in stopnje umorov. Osebna varnost je pomemben dejavnik blagostanja posameznika, saj lahko okrne življenje, zdravje, premoženje, z njo so povezane posttravmatske stresne motnje in anksioznost. V državah članicah OECD beležijo upad kriminalitete na področju običajnih kaznivih dejanj (kraje, ropi, fizični napadi). Ena od 6 oseb poroča, da je bila žrtev klasičnega kriminalnega dejanja in četrtnina jih je utrpela pri tem tudi telesno škodo. Glede na občutek varnosti se 1 oseba od 4 ne počuti varno na ulici, ko se stemni. V OECD državah znaša povprečna stopnja umorov 2,2 umora na 100.000 prebivalcev.

Slovenija je zasedla 8. mesto na dimenziji varnosti med 34 državami. Glede na ostale dimenzije se je ravno na tej uvrstila najvišje v primerjavi z drugimi državami. 4% ljudi je poročalo, da bilo žrtev

fizičnega napada v preteklih 12 mesecih (graf 15), kar je blizu povprečja OECD. Število umorov je znašalo 0,5 na 100. 000 prebivalcev in je eno najnižjih stopenj kriminalitete med ocenjenimi državami (graf 16).



Graf 15: Procent ljudi, ki je bil žrtev napada v preteklih 12 mesecih v letu 2010 (roza stolpci vsebujejo podatke za leto 2007) (graf povzet po Compendium of OECD Well-Being Indicators¹⁰; kratice držav glej opombe¹¹).

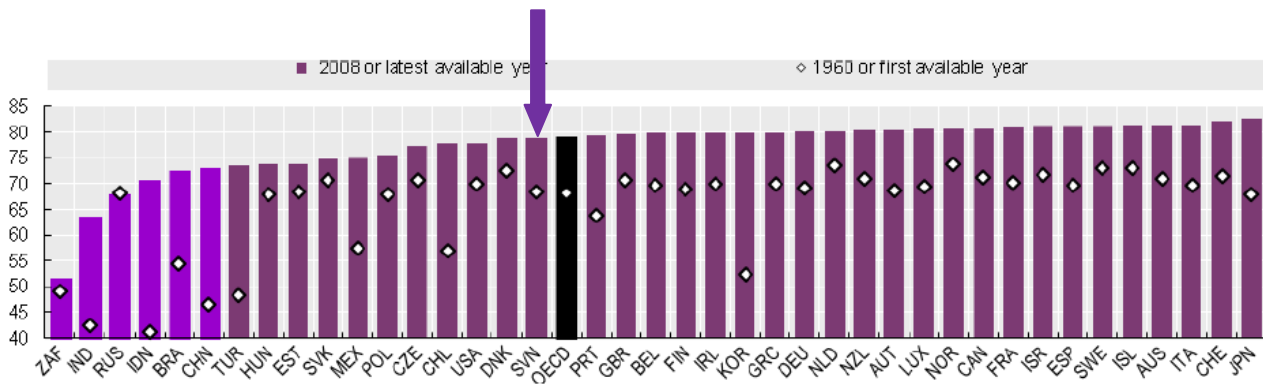


Graf 16: Število umorov na 100.000 prebivalcev (stolpci – podatki za leto 2008 ali prej; oznake v kvadratih podatki za leto 2003) (graf povzet po Compendium of OECD Well-Being Indicators¹⁰; kratice držav glej opombe¹¹).

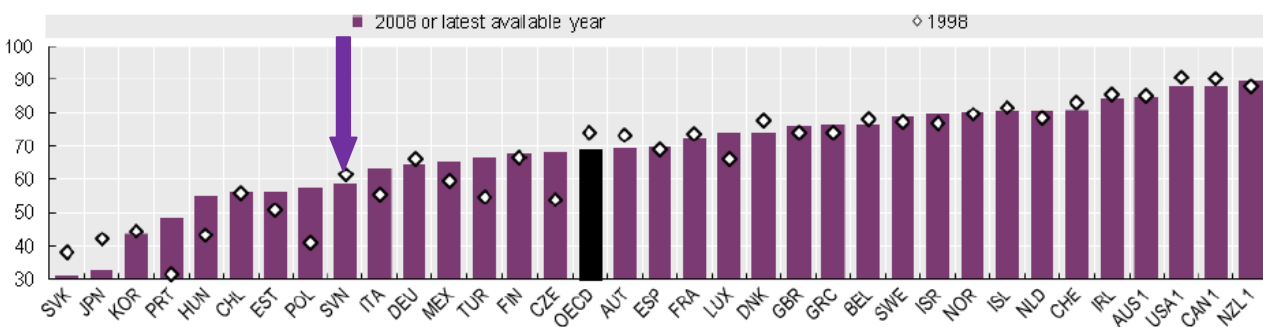
Dimenzija zdravje

Dimenzija vsebuje 2 indikatorja: pričakovano življenjsko dobo in doživljanje lastnega zdravstvenega stanja. Dobro zdravje je povezano z različnimi vidiki funkcioniranja posameznika, z boljšim dostopom do izobrazbe, trga delovne sile, večjo produktivnostjo, zmanjšanimi stroški zdravstvene oskrbe, boljšimi medosebnimi odnosi ter daljšo življenjsko dobo. Pričakovana življenjska doba je kazalnik, ki se uporablja v številnih študijah merjenja zdravja, saj se v njej posredno zrcalijo tudi različni vidiki skrbi za zdravje, življenjski slog in epidemiološka slika. V povprečju je znaša v letu 2008 v državah OECD pričakovana življenjska doba več kot 79 let, od leta 1960 pa je narasla za več kot 10 let. V letu 2008 so bile kronične bolezni vzrok treh četrtin vseh smrti v državah OECD. Zdrav življenjski slog brez kajenja, zlorabe drog, s telesno aktivnostjo, raznoliko prehrano in normalno telesno težo je povezan z daljšo življenjsko dobo in manjšim tveganjem za razvoj kroničnih obolenj. 69% odrasle populacije ocenjuje v povprečju v državah OECD svoje zdravstveno stanje kot »dobro« ali »zelo dobro«.

Slovenija se je uvrstila na 22. mesto na dimenziji zdravje od 34 ocenjenih držav. V 2008 je znašala pričakovana življenjska doba v Sloveniji 78,8 let, kar je blizu povprečja držav OECD (graf 17). 59% Slovencev je ocenilo svoje zdravje kot »dobro« ali »zelo dobro«, kar je slabše v primerjavi s povprečjem držav OECD (graf 18).



Graf 17: Primerjava pričakovane življenjske dobe (stolpci – podatki za leto 2008 ali prej; oznake v kvadratih podatki za leto 1960) (graf povzet po Compendium of OECD Well-Being Indicators¹⁰; kratice držav glej opombe¹¹).

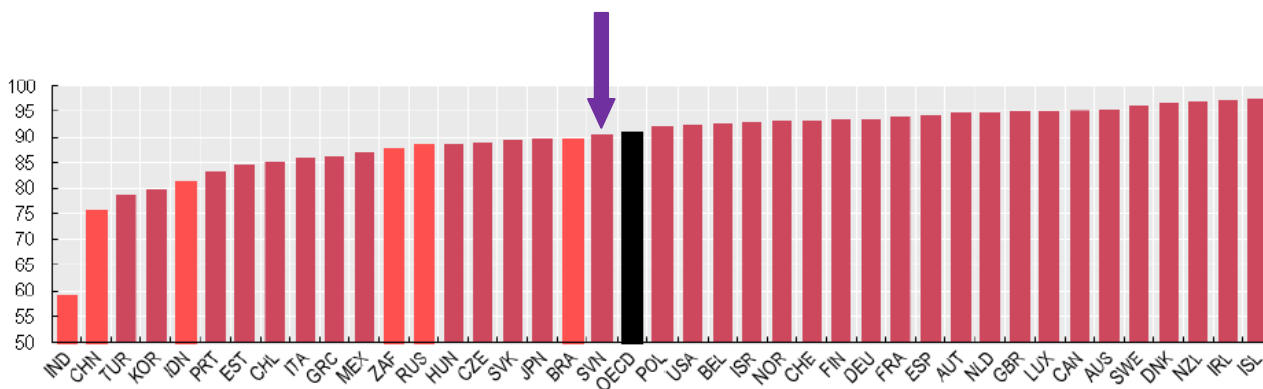


Graf 18: Primerjava deležev ljudi, ki so svoje zdravje ocenili z »dobro« ali »zelo dobro« (stolpci – podatki za leto 2008 ali prej; oznake v kvadratih podatki za leto 1998) (graf povzet po Compendium of OECD Well-Being Indicators¹⁰; kratice držav glej opombe¹¹).

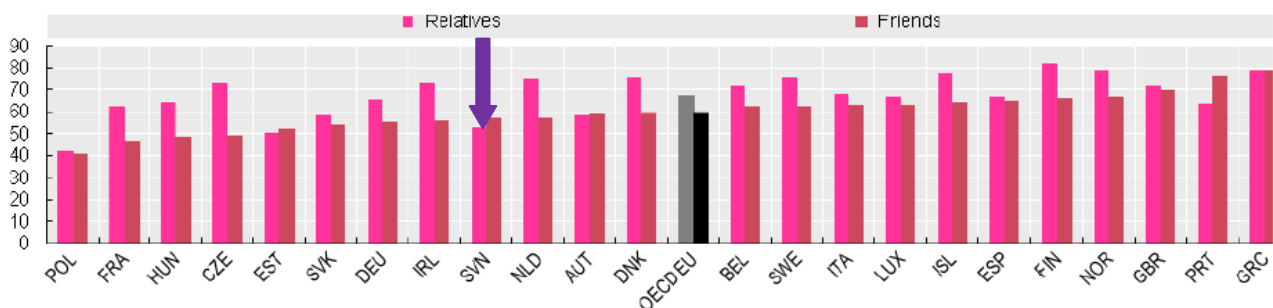
Dimenzija vključenost v družbo

Dimenzija vključuje oceno kvalitete socialnih podpornih omrežij. Število in kvaliteta osebnih stikov sta ključni determinanti človekovega počutja. Močna socialna mreža ali skupnost nudi človeku čustveno oporo tako v dobrih kot v težkih obdobjih, povečuje dostopnost do zaposlitev, storitev in nekaterih drugih priložnosti. V državah OECD 91% ljudi meni, da poznajo nekoga, na kogar se lahko zanesejo, če bi ga potrebovali. Nasprotno pa šibka socialna mreža lahko okrne posameznikove ekonomske priložnosti, ga deloma osami in vzbuja občutke izoliranosti. Lahko se pojavi po izgubi družinskih članov, zaposlitve, bolezni ali zaradi finančnih težav. Socialna izolirani posamezniki se ne soočajo samo s težavami pri ponovni reintegraciji v družbo, ampak tudi z izpolnitvijo osebnih pričakovanj v odnosu do dela, družine in prijateljev. V državah OECD je v povprečju okrog 7% ljudi poročalo, da redko ali nikoli preživlja čas s prijatelji, kolegi ali v kakšni drugi družbi. Več kot polovica evropske populacije se družijo s prijatelji vsaj enkrat na teden in okrog 20% vsakodnevno (graf 20).

Slovenija se je uvrstila na dimenziji vključenosti v družbo na 21. mesto med 34 ocenjenimi državami. Skoraj 91% Slovencev je menilo, da pozna nekoga, na kogar se lahko zanesejo, če bi ga potrebovali, kar je podobno kot povprečje OECD (graf 19). Slovenci se družijo s prijatelji oz. starši v primerjavi s povprečjem v državah EU v manjši meri (med 50 in 60%), prevladujejo pa stiki s prijatelji (graf 20).



Graf 19: Delež ljudi, ki meni, da pozna nekoga, na kogar se lahko zanesejo, če bi ga potrebovali (graf povzet po Compendium of OECD Well-Being Indicators¹⁰; kratice držav glej opombe¹¹).



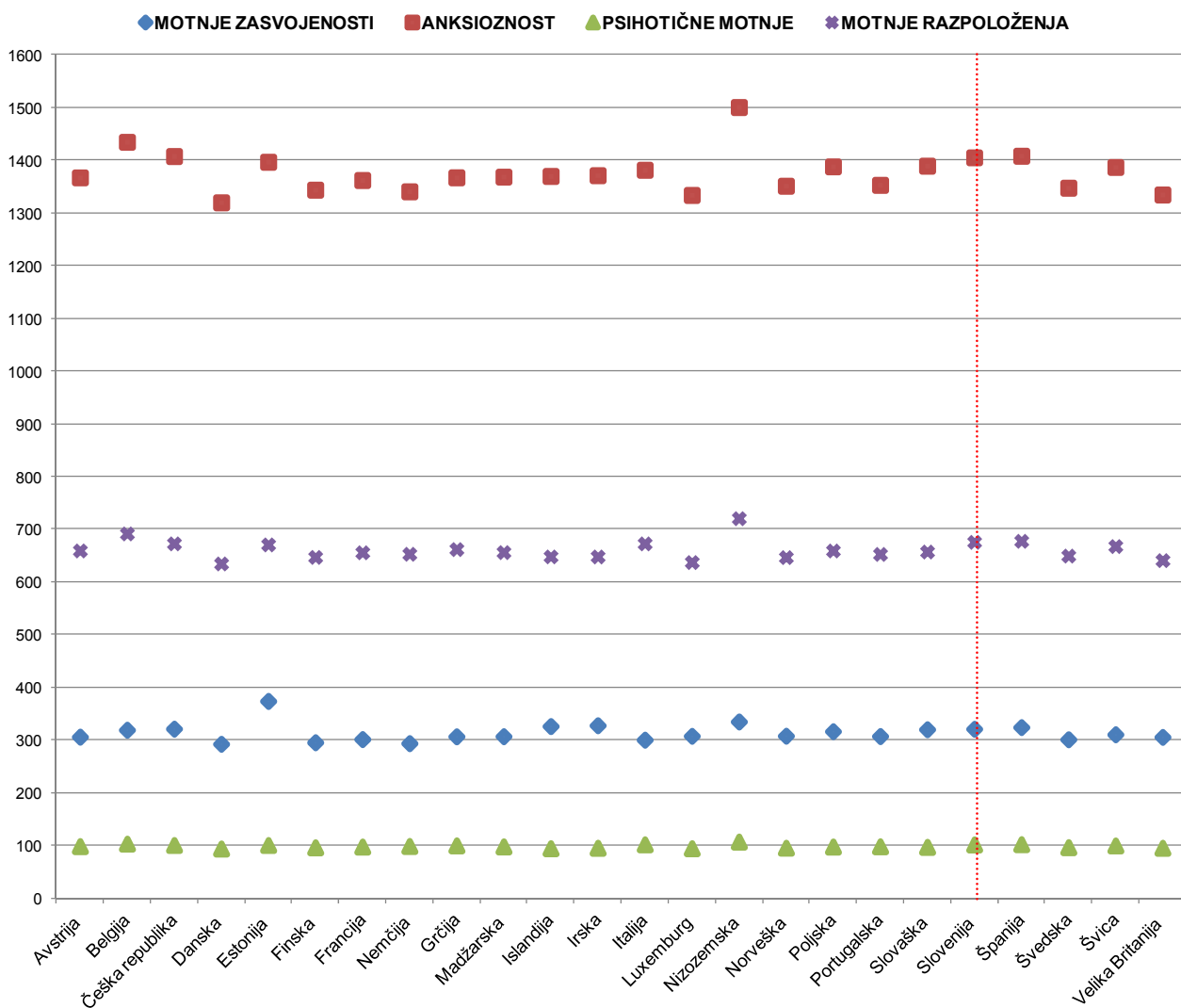
Graf 20: Delež ljudi, ki se družijo z družinskimi člani (roza stolpec) in prijatelji (rdeči stolpec) najmanj enkrat tedensko. Primerjave so izdelane za države EU, podatki iz leta 2006 (graf povzet po Compendium of OECD Well-Being Indicators¹⁰; kratice držav glej opombe¹¹).

Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju pri prebivalcih Slovenije glede na kvaliteto življenja opredeljeno z Indeksom boljšega življenja

Slovenija se je v primerjavi z drugimi državami članicami OECD na kar nekaj dimenzijah Indeksa boljšega življenja, ki so se pokazale pomembno povezane z razvojem težav na področju duševnega zdravja, uvrstila precej pod povprečje držav OECD. Kar nakazuje na možnost, da so tudi tveganja za zaplete na področju duševnega zdravja v primerjavi z ostalimi državami večja. Izsledki naše analize so pokazali, da se slabša kvaliteta življenja Slovencev v primerjavi s povprečjem držav članic OECD odraža predvsem na sledečih področjih:

- v povprečnem stanovanju je razpolago stanovalcu manj bivalnega prostora,
- svoje zdravje ocenjujejo slabše,
- na splošno so manj zadovoljni s svojim življenjem,
- vzdržujejo manj intenzivne stike s svojimi prijatelji oz. starši.

Ob upoštevanju še nekaterih drugih socio-demografskih in družbenih vidikov, značilnih za Slovenijo, ki pa jih Indeks boljšega življenja ni vključeval, lahko zaključimo, da so v Sloveniji prisotna povečana tveganja za razvoj težav na področju duševnih motenj. Do neke mere to potrjujejo tudi izsledki študije o obsegu in bremenu duševnih motenj v državah EU. Primerjava števila obolelih za motnjami zasvojenosti, anksioznosti, psihotičnimi motnjami in motnjami razpoloženja v Sloveniji z ostalimi 23 državami nakazuje, da se Slovenija po številu obolelih za nekaterimi duševnimi motnjami v primerjavi z ostalimi državami uvršča dokaj visoko, in sicer, pri motnjah zasvojenosti na 7. mesto, motnjah anksioznosti na 5. mesto, psihotičnih motnjah na 5. mesto, in motnjah razpoloženja na 4. mesto (Graf 21).



Graf 21: Primerjava števila oseb / 10.000 prebivalcev države obolenih za motnjami zasvojenosti, anksioznosti, psihotičnimi motnjami in motnjami razpoloženja med 24 državami EU. Slovenija se uvršča pri motnjah zasvojenosti na 7. mesto, anksioznosti na 5. mesto, psihotičnih motnjah na 5. mesto in motnjah razpoloženja na 4. mesto.

Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev v posameznih statističnih regijah Republike Slovenije s pomočjo prilagojene metodologije Indeksa boljšega življenja (OECD)

Izsledki naših analiz, predstavljeni v predhodnih poglavjih elaborata, so nas spodbudili k temu, da glede na izrazito socio-ekonomsko in demografsko heterogenost posameznih geografskih področij Slovenije ocenimo tveganja za razvoj težav v duševnem zdravju v različnih statističnih regijah Slovenije. Pri tem smo uporabili prilagojeno metodologijo Indeksa boljšega življenja (OECD), s pomočjo katere smo glede na dosegljivost sociodemografskih, ekonomskih in zdravstvenih statistik oblikovali primerljive dimenzije. Dodali smo še nekaj področij, ki se v strokovni in raziskovalni literaturi pojavljajo kot indikatorji tveganj za razvoj duševnih motenj in v OECD Indeks boljšega življenja niso bila zajeta. Namen uporabe prilagojene OECD metodologije ocenjevanja kvalitete življenja je predvsem opredeliti aktualno stanje na področjih, povezanih z ohranjanjem duševnega zdravja na ravni statističnih regij Slovenije, ki bi predstavljalo podlago za dodatne smernice za oblikovalce politik pri pripravi ustreznih in bolj ciljno naravnanih strategij za preprečevanje in zdravljenje težav na področju duševnega zdravja.

Metodologija izdelave slovenskega Indeksa boljšega življenja

Slovenski Indeks boljšega življenja smo oblikovali po prilagojeni metodologiji Indeksa boljšega življenja, ki ga je oblikovala OECD. Podatkovne baze za posamezne dimenzije smo pridobili na naslednjih spletnih straneh in virih: Statistični urad RS (spletna stran: www.stat.si, SI-STAT podatkovni portal, publikacije Slovenske regije v številkah, Slovenske občine v številkah, Statistični letopis), Inštitut za varovanje zdravja RS (spletna stran: www.ivz.si, podatkovne zbirke IVZ, publikaciji Zdravstveni letopis in Perinatalni informacijski sistem Republike Slovenije), Urad RS za makroekonomske analize in razvoj (spletna stran: www.umar.gov.si, publikacije Socialni razgledi, Poročilo o razvoju, Ekonomski izzivi, Ekonomsko ogledalo).

Pri izboru ustreznih kazalnikov za posamezno dimenzijo v sklopu Indeksa boljšega življenja smo upoštevali priporočila OECD, in sicer: relevantnost za posamezno dimenzijo (vsebinska veljavnost), razpoložljivost podatkov na ravni statističnih regij, kontinuiranost beleženja oz. časovna dostopnost v obdobju 2006-2010, osredotočenost na rezultate (kot pa na procese, ki vodijo k rezultatom), enoznačnost pomena, kvaliteta pridobljenih kvantitativnih podatkov, spremenljivost podatkov v času oz. občutljivost za zaznavanje sprememb, zmožnost povzemanja več značilnosti (izraženost v obliki indeksov, stopenj ali koeficientov), enostavnost in razumljivost bralcem, mednarodna primerljivost.

Dimenzije slovenskega Indeksa boljšega življenja so v veliki meri primerljive z dimenzijami OECD Indeksa: izobrazba, stanovanje, dohodek, zaposlenost, okolje, zdravje, varnost, usklajenost poklicnega z zasebnim življenjem. Zadnjih 7 dimenzij slovenskega Indeksa je dodanih na novo oz. jih OECD indeks eksplicitno ne pokriva: dostopnost zdravstvenosocialnih storitev, odsotnost tveganih vedenj, poklicno zdravje, perinatalno zdravje, stabilnost partnerskega odnosa, sociodemografski profil, razvojna ogroženost. Zaradi pomanjkljivih statističnih podatkov za kazalnike, ki bi lahko zadostili zgoraj navedenim poglavitnim kriterijem (dostopnost na ravni statističnih regijah, kontinuiranost) v slovenskem Indeksu ni dimenzij upravljanja države, zadovoljstva z življenjem in vključenosti v družbo.

Izbor kazalnikov v posamezno dimenzijo Indeksa boljšega življenja smo opravili s pomočjo multivariatne statistične metode glavnih komponent. Posamezno dimenzijo tako sestavljajo tisti kazalniki, ki so pojasnili kar največ razpršenosti (variance) podatkov v potencialnih kazalnikih in so bili obenem z dimenzijo tudi smiselno vsebinsko povezani. Izbrane kazalnike smo nato obežili z

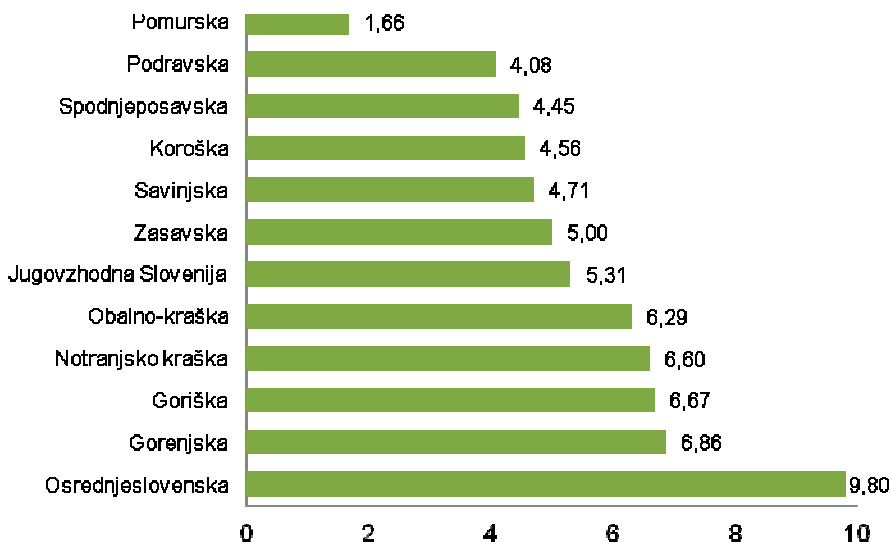
dobljenimi komponentnimi utežmi, povprečili preko razpona let (2006-2010) in z linearno »sten« transformacijo pretvorili na lestvico 1-10. Na lestvici vrednost 1 predstavlja najnižjo izraženost in vrednost 10 najvišjo izraženost določene dimenzije. Z preračunavanjem posameznih kazalnikov na primerljive enote (100, 1000 ali 10000 prebivalcev) in linearno transformacijo smo zagotovili medsebojno primerljivost različnih dimenzij glede obsega izraženosti tako okviru iste regije kakor med različnimi regijami.

Predstavitev in primerjave dimenzij slovenskega Indeksa boljšega življenja med statističnih regijami

V spodaj prikazanih grafih večja izraženost posamezne dimenzije pomeni boljše stanje na določenem področju.

Dimenzija izobrazba

Izobrazba zajema izobrazbeno strukturo prebivalcev, starih 22-64 let, brez izobrazbe oz. z nedokončano ali dokončano osnovnošolsko, srednješolsko, in višje ali visokošolsko izobrazbo; število študentov med delovno aktivnim prebivalstvom, delež odraslih oseb, starih 25-64 let, ki so vključeni v vseživljenjsko izobraževanje.

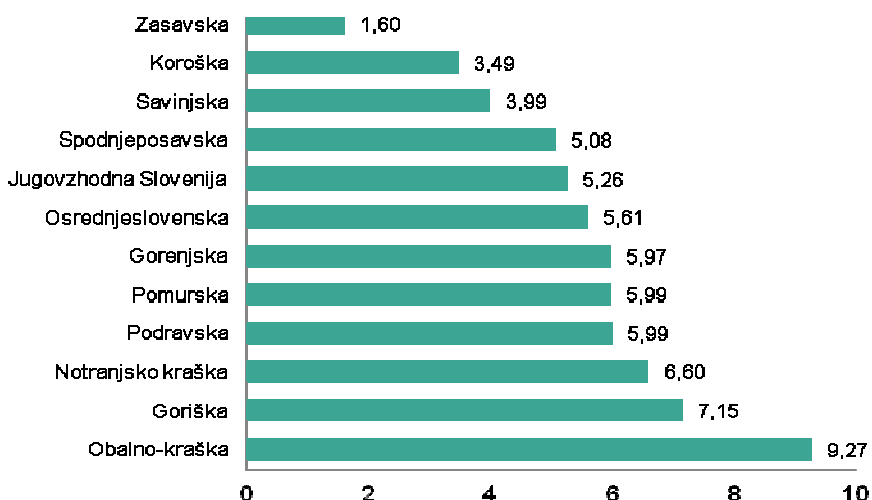


Vir podatkov: SURS

Graf 22. Izraženost dimenzije *izobrazbe* v okviru slovenskega Indeksa boljšega življenja primerjalno med posameznimi statističnimi regijami.

Dimenzija stanovanje

Dimenzija *stanovanje* vključuje povprečno površino stanovanja na osebo in število dokončanih stanovanj (novogradnje, povečave, spremembe namembnosti) glede na število prebivalcev v posamezni regiji.

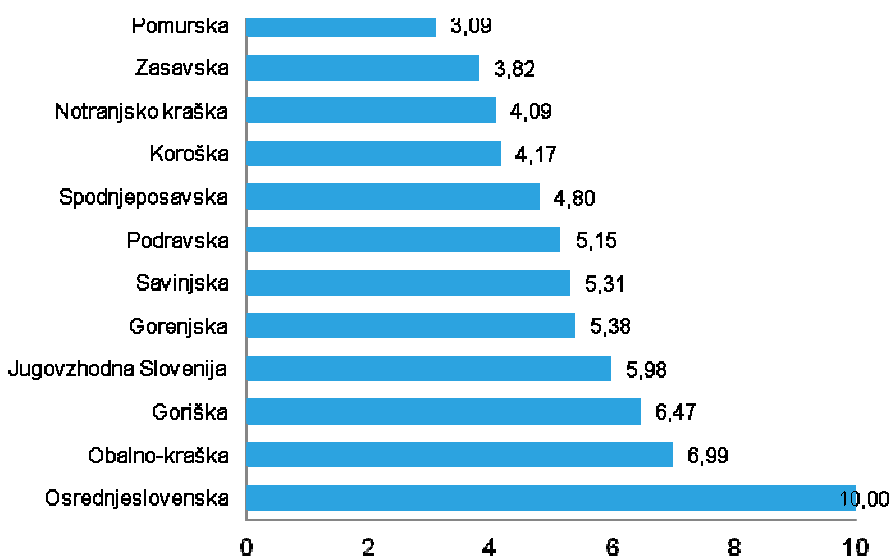


Vir podatkov: SURS

Graf 23. Izraženost dimenzije *stanovanja* v okviru slovenskega Indeksa boljšega življenja primerjalno med posameznimi statističnimi regijami.

Dimenzija dohodek

V to dimenzijo so vključeni indeks BDP (bruto domačega proizvoda) na prebivalca, BDP na prebivalca, izražen v standardih kupne moči, in povprečna mesečna neto plača na zaposleno osebo.

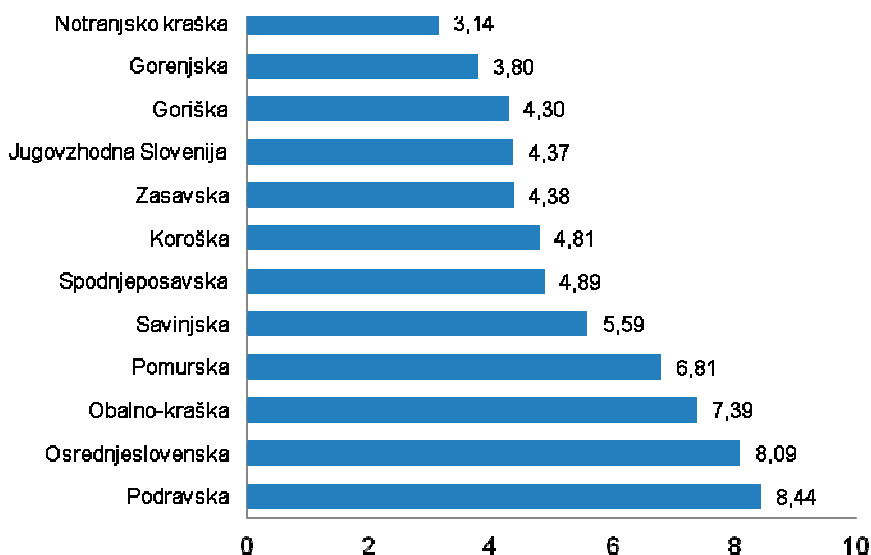


Vir podatkov: SURS in UMAR

Graf 24. Izraženost dimenzije *dohodka* v okviru slovenskega Indeksa boljšega življenja primerjalno med posameznimi statističnimi regijami.

Dimenzija zaposlenost

V to dimenzijo se uvrščajo delež delovno aktivnega prebivalstva, stopnja delovne aktivnosti, stopnja registrirane brezposelnosti, delež brezposelnih z osnovnošolsko in z višje- oz. visokošolsko izobrazbo, število prostih delovnih mest glede na delovno aktivno prebivalstvo, delež delovno aktivnega prebivalstva, starega 55-64 let, in število aktivnih podjetij glede na delovno aktivno prebivalstvo v posamezni regiji.

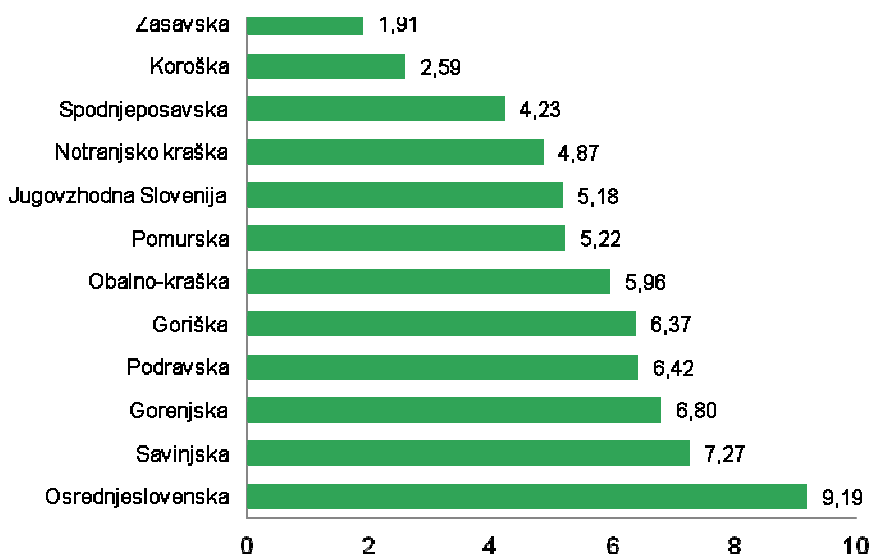


Vir podatkov: SURS

Graf 25. Izraženost dimenzije *zaposlenosti* v okviru slovenskega Indeksa boljšega življenja primerjalno med posameznimi statističnimi regijami.

Dimenzija okolje

V to dimenzijo se uvrščajo količina vode, dobavljene gospodinjstvom iz javnega vodovoda, delež neprečiščene odpadne vode, izpuščene iz kanalizacije, in ocenjena škoda zaradi elementarnih nesreč, izražena v deležu regionalnega BDP-ja.



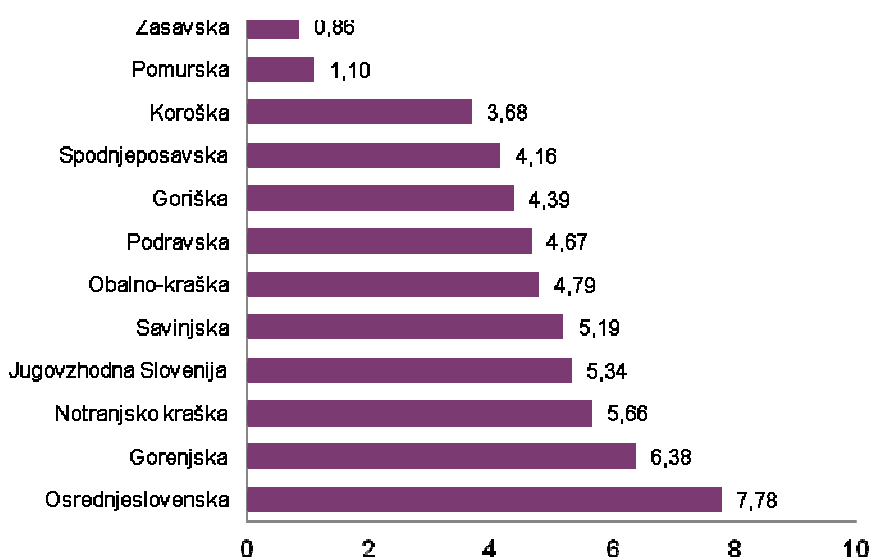
Vir podatkov: SURS

Graf 26. Izraženost dimenzije *okolja* v okviru slovenskega Indeksa boljšega življenja primerjalno med posameznimi statističnimi regijami.

Dimenzija zdravje

Dimenzija vključuje: število zdravniških receptov na prebivalca, stopnjo hospitalizacije zaradi bolezni, število primerov bolezni obtočil in prebavil kot najpogostejših vzrokov smrti, število obiskov v primarnem zdravstvu zaradi: endokrinih, prehranskih in presnovnih motenj, duševnih in

vedenjskih motenj, bolezni obtočil, bolezni prebavil in bolezni mišičnoskeletnega sistema in veziva glede na število prebivalcev posamezne regije.

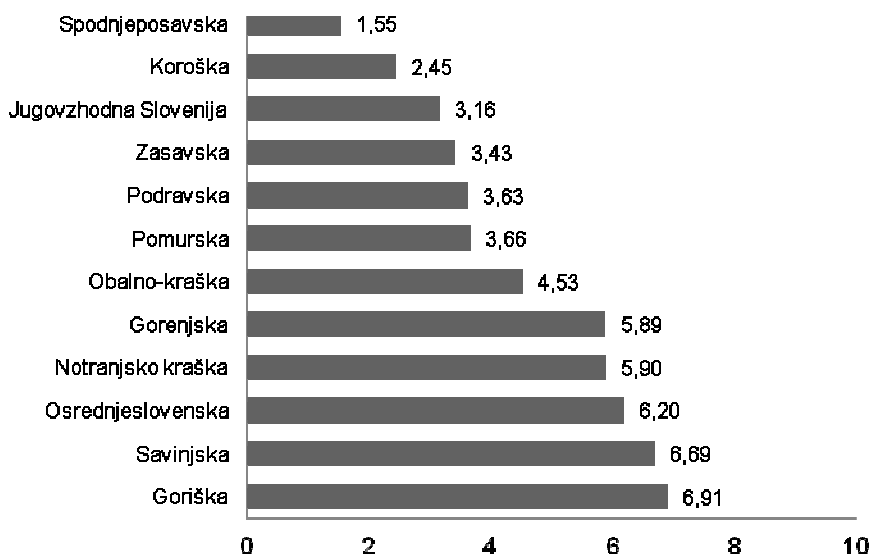


Vir podatkov: SURS in IVZ

Graf 27. Izražena dimenzija *zdravja* v okviru slovenskega Indeksa boljšega življenja primerjalno med posameznimi statističnimi regijami.

Dimenzija varnost

Dimenzijo sestavljajo: število obsojenih polnoletnih oseb ne glede na vrsto kaznivega dejanja in posebej glede na kazniva dejanja zoper zakonsko zvezo, družino in otroke, število obsojenih mladoletnih oseb ne glede na vrsto kaznivega dejanja, število primerov samopoškodbenega vedenja in napada na drugo osebo.

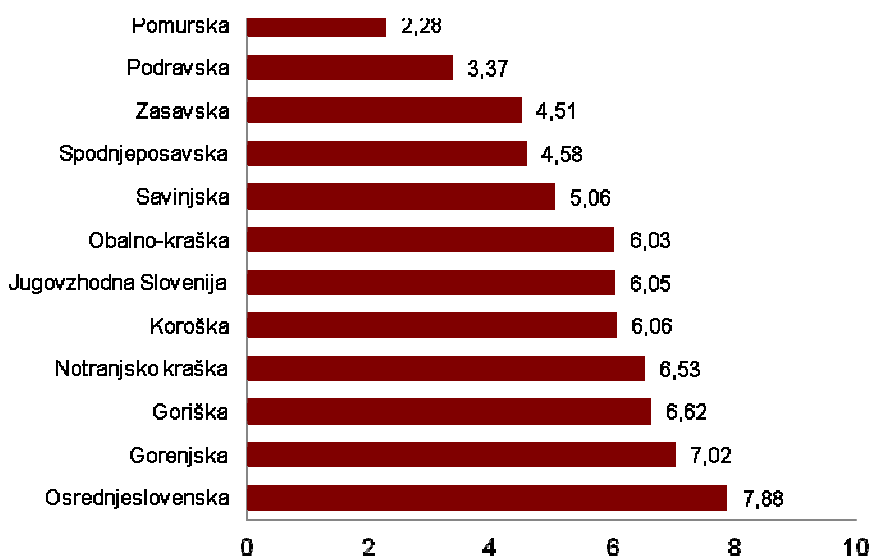


Vir podatkov: SURS in IVZ

Graf 28. Izražena dimenzija *varnosti* v okviru slovenskega Indeksa boljšega življenja primerjalno med posameznimi statističnimi regijami.

Dimenzija usklajenost poklicnega z zasebnim življenjem

Dimenzija vsebuje: 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, število sklenjenih zakonskih zvez glede na število prebivalcev posamezne regije.

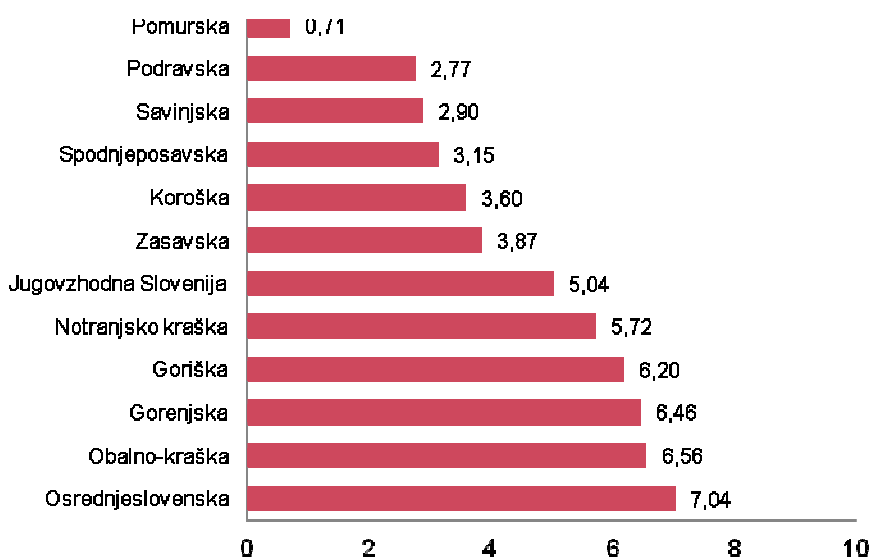


Vir podatkov: SURS

Graf 29. Izraženost dimenzije *usklajenosti poklicnega z zasebnim življenjem* v okviru slovenskega Indeksa boljšega življenja primerjalno med posameznimi statističnimi regijami.

Dimenzija socialna zaščita

Dimenzijo sestavljata dva kazalnika: število prejemnikov denarnih socialnih pomoči glede na število prebivalcev in delež študentov med dijaki in študenti v posamezni regiji.

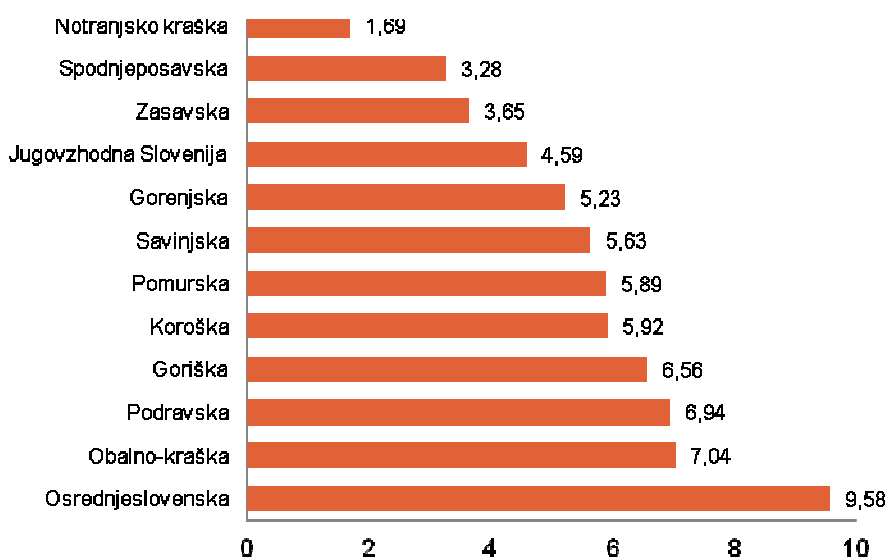


Vir podatkov: SURS

Graf 30. Izraženost dimenzije *socialne zaščite* v okviru slovenskega Indeksa boljšega življenja primerjalno med posameznimi statističnimi regijami.

Dimenzija dostopnost zdravstvenosocialnih storitev

V to dimenzijo sodijo: število zdravnikov, število medicinskih sester, število bolnišničnih postelj in število ležišč v domovih za ostarele glede na število prebivalcev v posamezni regiji.

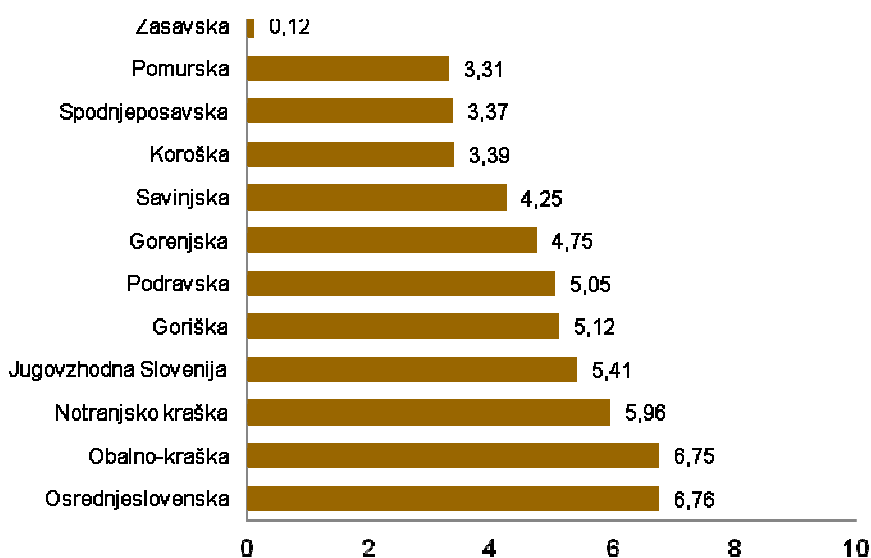


Vir podatkov: SURS

Graf 31. Izraženost dimenzije *dostopnosti zdravstvenosocialnih storitev* v okviru slovenskega Indeksa boljšega življenja primerjalno med posameznimi statističnimi regijami.

Dimenzija odsotnost tveganih vedenj

V to dimenzijo se uvrščajo: število hudo poškodovanih in umrlih v cestnoprometnih nesrečah, stopnja hospitalizacije zaradi samomora, število samomorov, število obravnjav zaradi uživanja alkohola in zaradi zlorabe drog v primarnem zdravstvu glede na število prebivalcev v posamezni regiji.

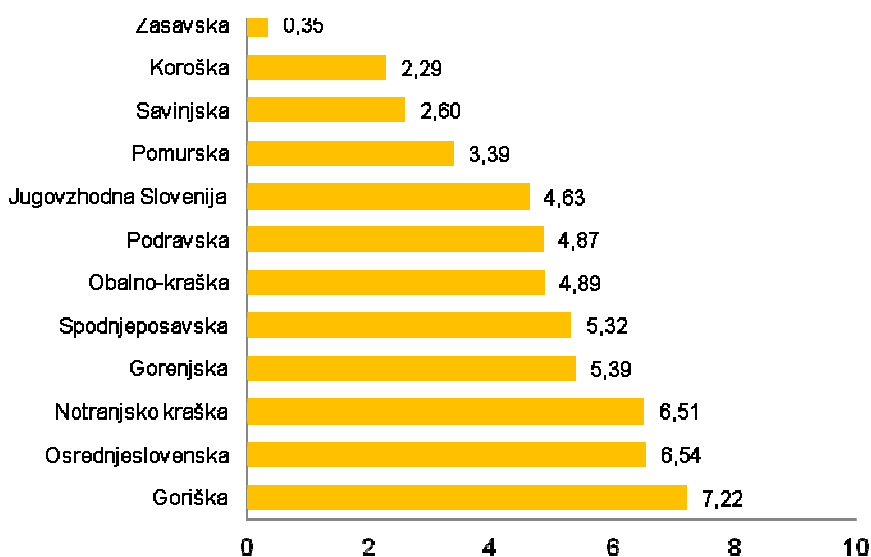


Vir podatkov: SURS

Graf 32. Izraženost dimenzije *odsotnosti tveganih vedenj* v okviru slovenskega Indeksa boljšega življenja primerjalno med posameznimi statističnimi regijami.

Dimenzija poklicno zdravje

To dimenzijo sestavljajo: število prijavljenih poškodb pri delu, delež bolniškega staleža, indeks frekvence (IF), resnost (R) bolniškega staleža, stopnja bolnišničnih obravnav zaradi bolezni, povprečno trajanje hospitalizacije zaradi bolezni v posamezni regiji.

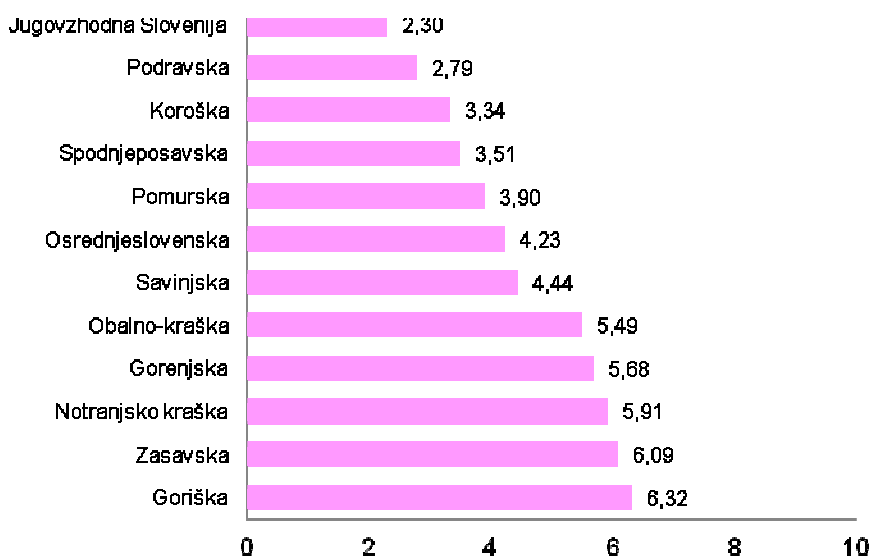


Vir podatkov: IVZ

Graf 33. Izraženost dimenzije *poklicnega zdravja* v okviru slovenskega Indeksa boljšega življenja primerjalno med posameznimi statističnimi regijami.

Dimenzija perinatalno zdravje

Dimenzija vključuje: mrtvorojenost, delež porodnic s carskim rezom v anamnezi, delež novorojenčkov z nizko porodno težo (pod 2500 g) med živorojenimi v posamezni regiji.

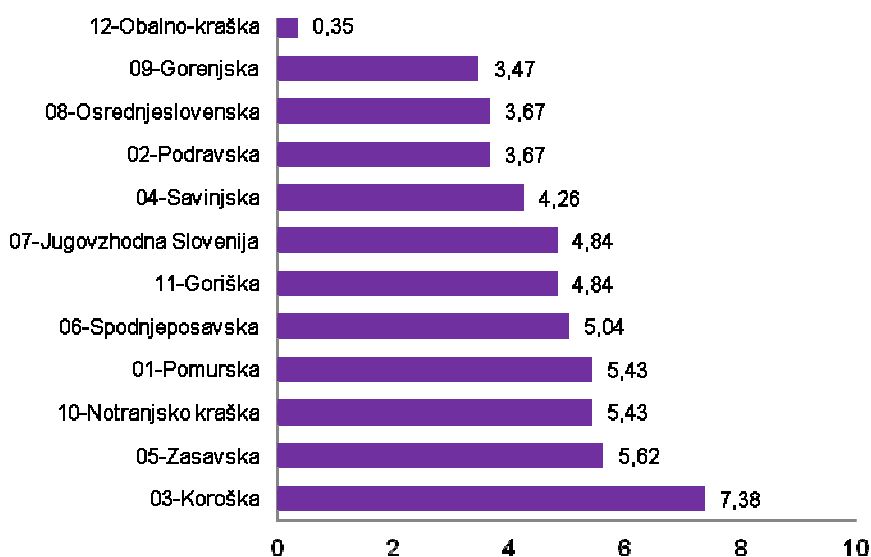


Vir podatkov: IVZ

Graf 34. Izraženost dimenzije *perinatalnega zdravja* v okviru slovenskega Indeksa boljšega življenja primerjalno med posameznimi statističnimi regijami.

Dimenzija stabilnost partnerskega odnosa

Dimenzijo predstavlja kazalnik števila razvez glede na število prebivalcev v posamezni regiji.

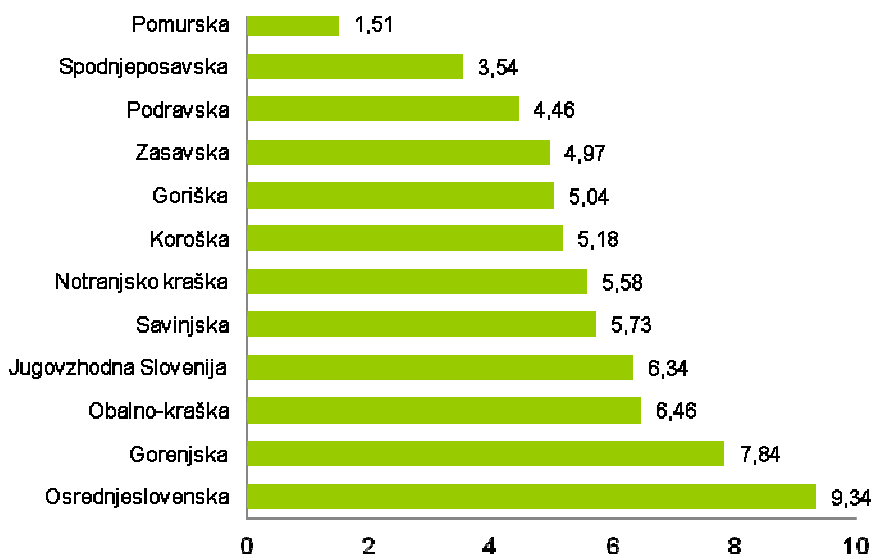


Vir podatkov: SURS

Graf 35. Izraženost dimenzije *stabilnosti partnerskega odnosa* v okviru slovenskega Indeksa boljšega življenja primerjalno med posameznimi statističnimi regijami.

Dimenzija sociodemografski profil

Sociodemografski profil posamezne regije vključuje gostoto naseljenosti, delež živorojenih, umrlih, skupni prirast, koeficient starostne odvisnosti, indeks staranja in delež kmečkega prebivalstva glede na delovno aktivno prebivalstvo v regiji.

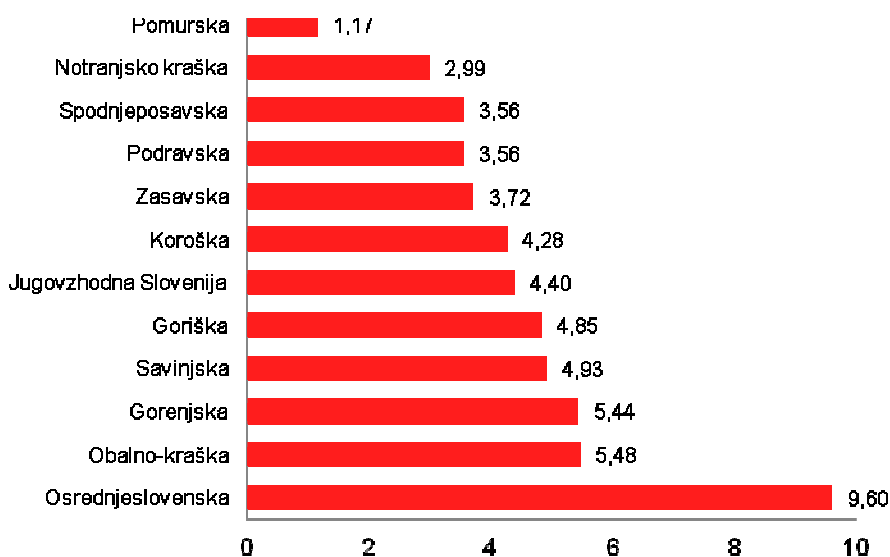


Vir podatkov: SURS

Graf 36. Izraženost *sociodemografskega profila* v okviru slovenskega Indeksa boljšega življenja primerjalno med posameznimi statističnimi regijami.

Dimenzija razvojne možnosti

Dimenzijo predstavlja sintezni kazalnik IRO¹² (indeks razvojne ogroženosti), ki povzema informacije o oceni razvojnih možnosti in deležu prebivalstva v območjih s posebnimi razvojnimi problemi za obdobje 2007-2013.



Vir podatkov: UMAR

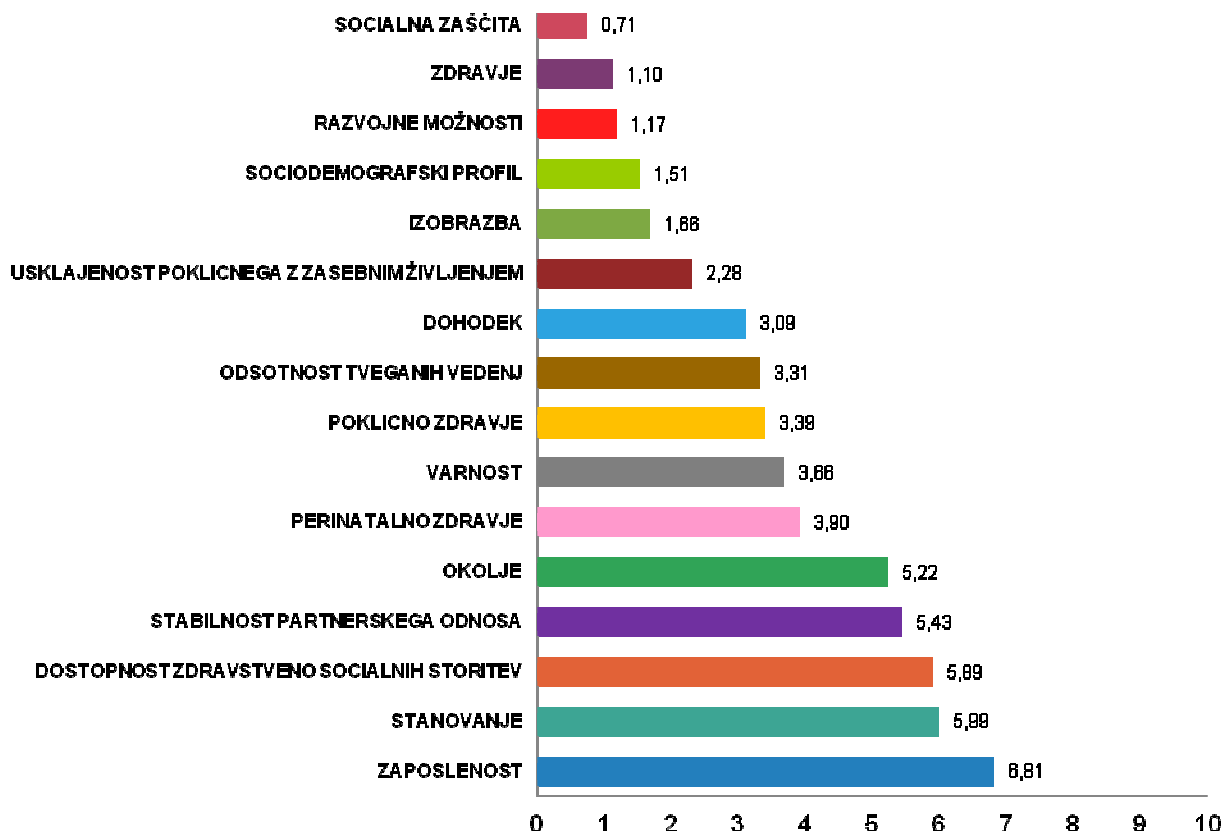
Graf 37. Izraženost *razvojnih možnosti* v okviru slovenskega Indeksa boljšega življenja primerjalno med posameznimi statističnimi regijami.

¹² Apohal Vučkovič, L., in dr. (avtorji), Čelebič, T. (ur.) (2010). Socialni razgledi 2009. Ljubljana: UMAR.

Predstavitev profilov statističnih regij glede na izraženost posameznih dimenzij slovenskega Indeksa boljšega življenja

Višja izraženost posamezne dimenzije pomeni boljše stanje na določenem področju.

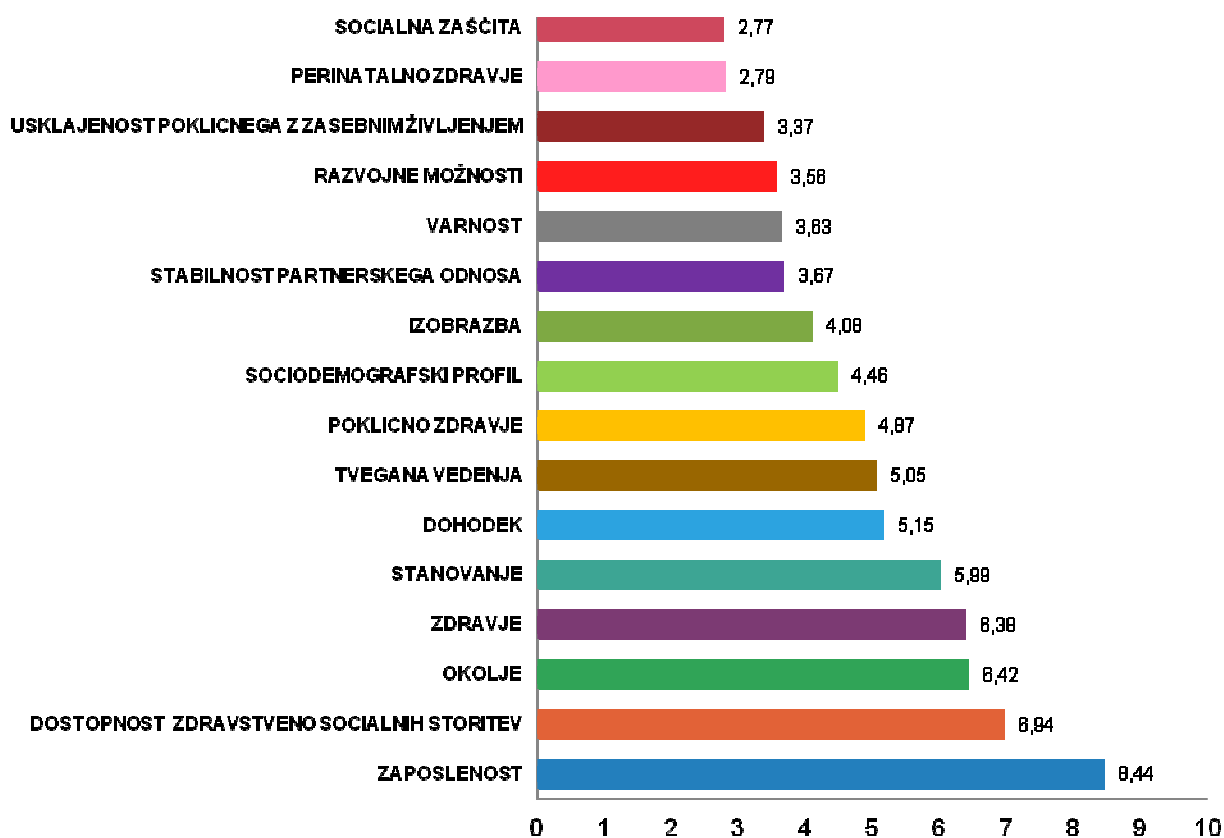
Profil pomurske statistične regije



Graf 38. Primerjave dimenzij Indeksa boljšega življenja v pomurski statistični regiji.

V regiji izstopa precejšnja raznolikost v razvitosti posameznih področij, ki jih predstavljajo dimenzije Indeksa boljšega življenja. Kaže se podpoprečna razvitost glede na ostale regije na več področjih; najbolj izstopajo izjemno nizka raven socialne zaščite, slabo zdravstveno stanje in s tem visoki obolevnost in umrljivost, malo razvojnih možnosti, neugoden sociodemografski profil (večletni negativni naravni in selitveni prirast ter visoka starostna odvisnost prebivalstva), nizka izobrazbena struktura prebivalcev in visok delež kmečkega prebivalstva, slabo usklajevanje poklicnega življenja z družinskim in nizek dohodek.

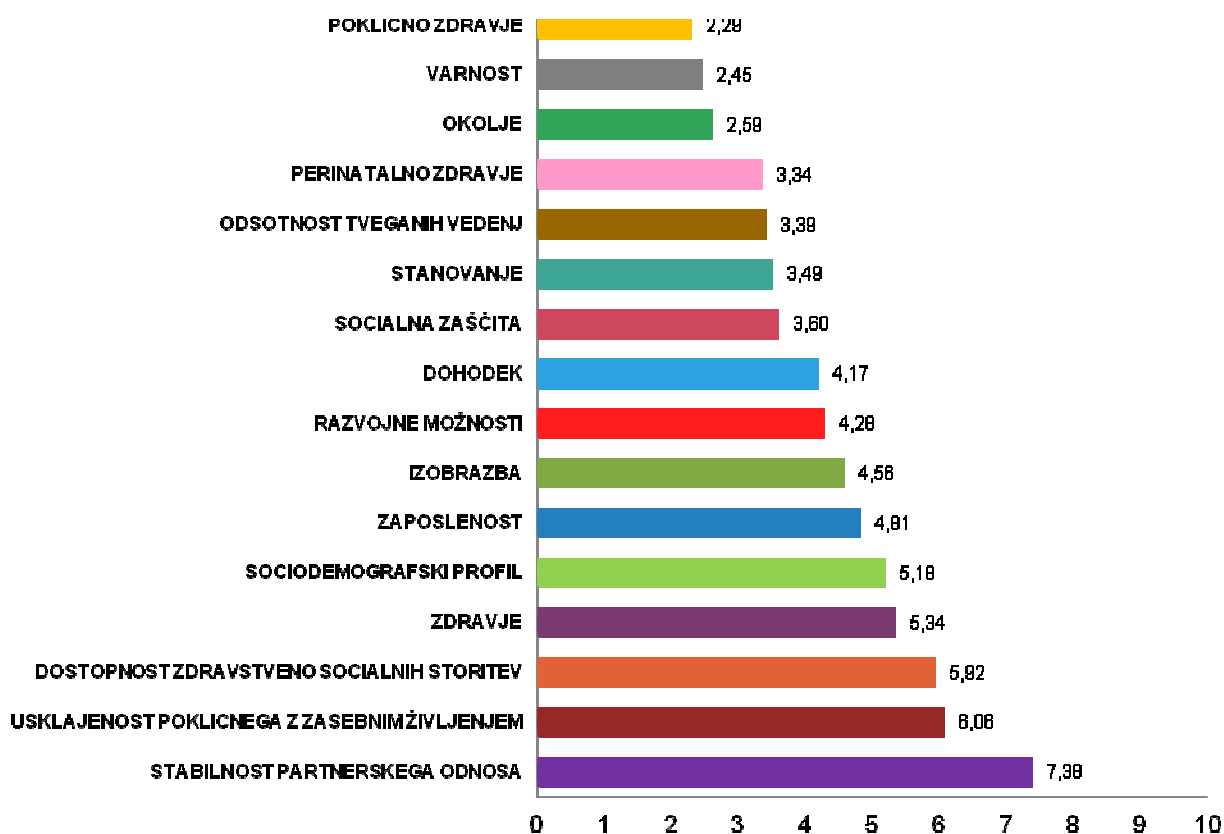
Profil podravske statistične regije



Graf 39. Primerjave dimenzij Indeksa boljšega življenja v podravske statistični regiji.

V podravske regiji je najslabše stanje na področju socialne zaščite, perinatalnega zdravja, usklajevanja poklicnega in zasebnega življenja, razvez, razvojnih možnosti in varnosti. Obenem pa regija ponuja dobre zaposlitvene možnosti in je dobro pokrita z zdravstvenosocialnimi storitvami.

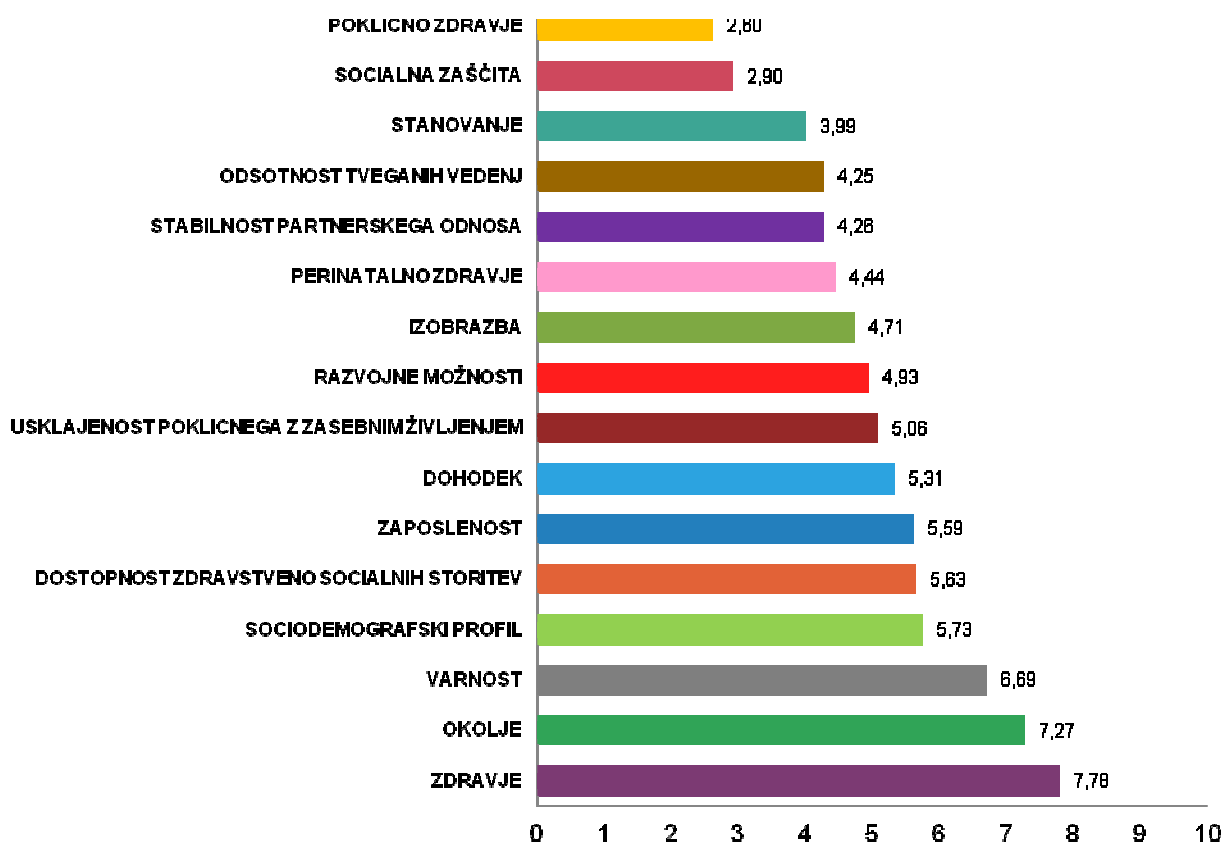
Profil koroške statistične regije



Graf 40. Primerjave dimenzij Indeksa boljšega življenja v koroški statistični regiji.

V koroški regiji so najbolj problematični vidiki zdravja (poklicnega in perinatalnega), osebne varnosti oz. kriminalitete, onesnaženega okolja, večje pogostosti tveganih vedenj (motnje odvisnosti, samomorilnost, cestnoprometne nesreče). Med slabosti regije sodita tudi stanovanjska problematika, nizka raven socialne zaščite in nizek dohodek. Med prednosti regije se uvršča nizka stopnja razvez in relativno visoka raven usklajenosti poklicnega in zasebnega življenja.

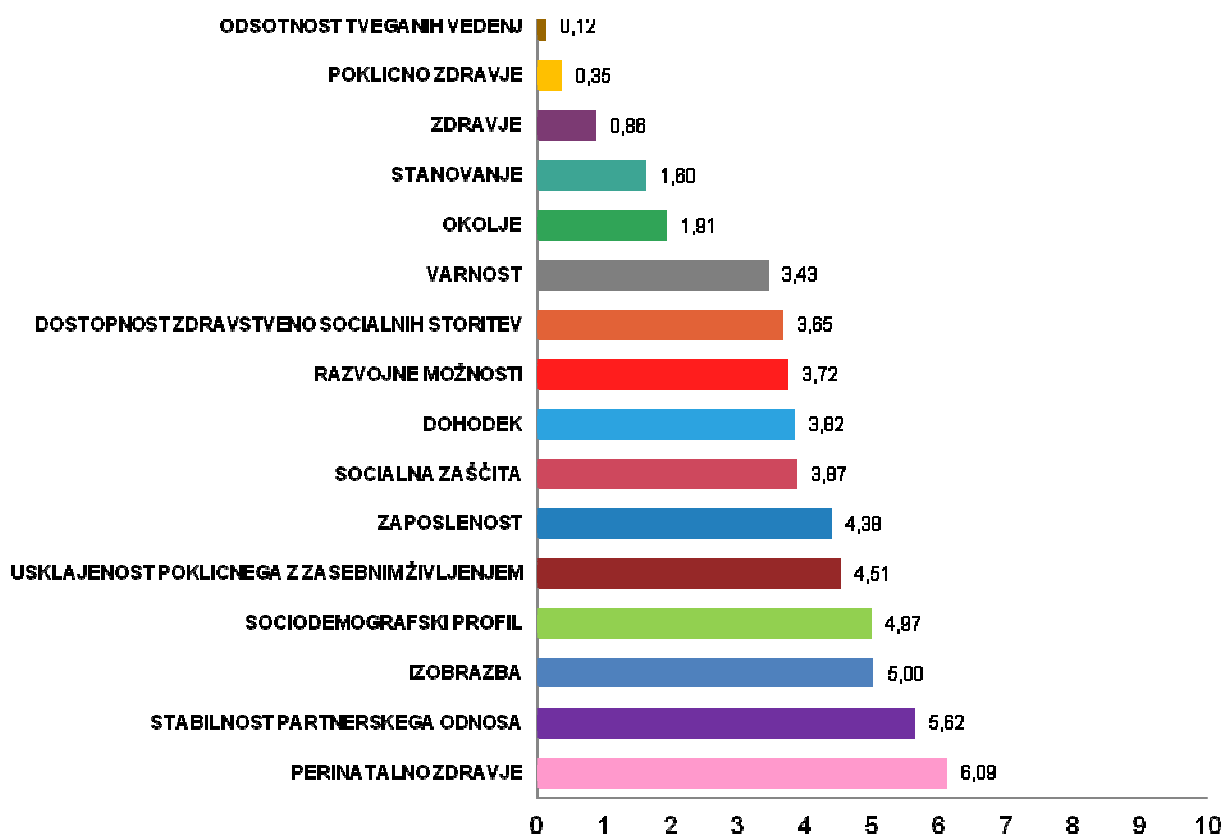
Profil savinjske statistične regije



Graf 41. Primerjave dimenzij Indeksa boljšega življenja v savinjski statistični regiji.

V regiji so najbolj pereči problemi slabo poklicno zdravje, nizka raven socialne zaščite in stanovanjske stiske. Med najbolj razvite vidike regije sodijo dobro splošno zdravstveno stanje prebivalstva, skrb za okolje in varnost oz. nizka stopnja kriminalitete.

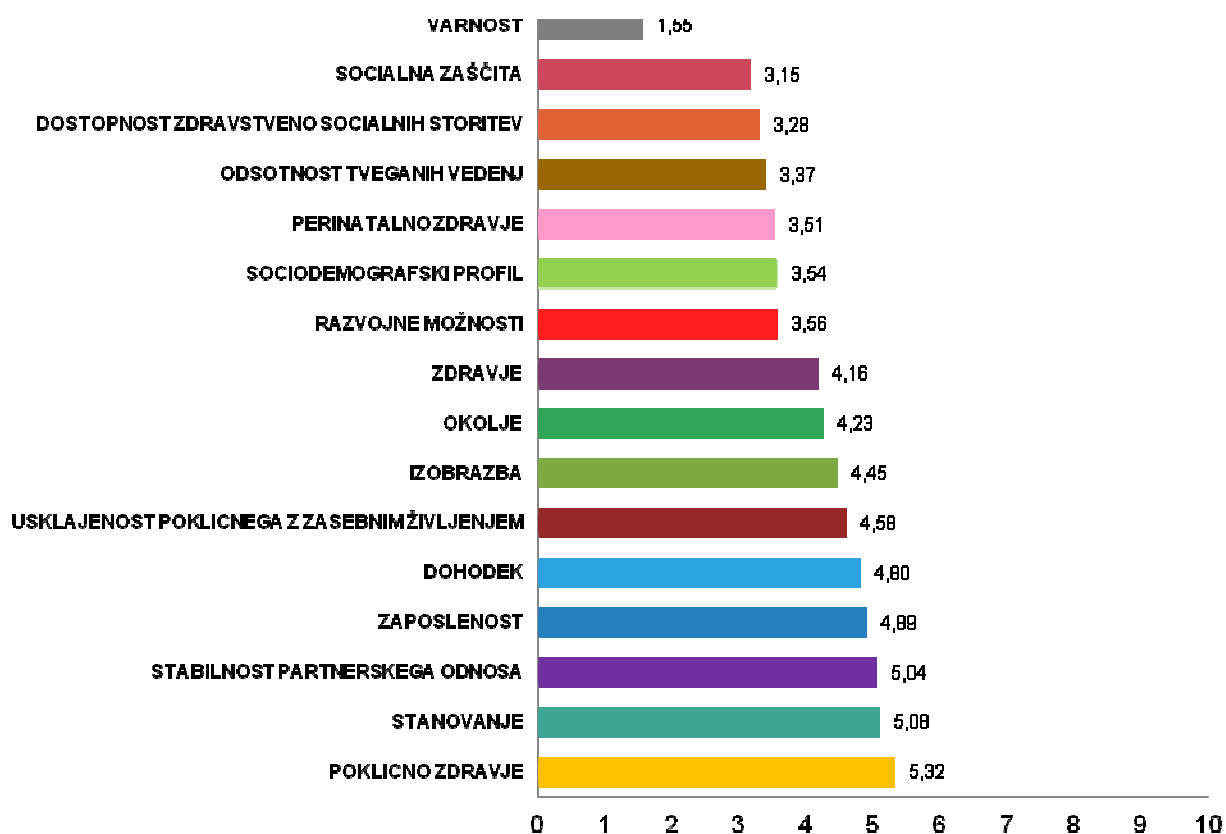
Profil zasavske statistične regije



Graf 42. Primerjave dimenzij Indeksa boljšega življenja v zasavski statistični regiji.

Zasavska regija sodi poleg pomurske in spodnjeposavske med najmanj razvite regije glede na profil v okviru Indeksa boljšega življenja. Posebno zaskrbljujoča je visoka stopnja tveganih vedenj (samomorilnost, motnje odvisnosti, cestnoprometne nesreče), slabo poklicno in splošno zdravstveno stanje, slabe stanovanjske razmere in okoljski problemi. Dobra perinatalna oskrba izstopa kot najbolj urejeno področje ne samo znotraj regije, temveč tudi širše med regijami.

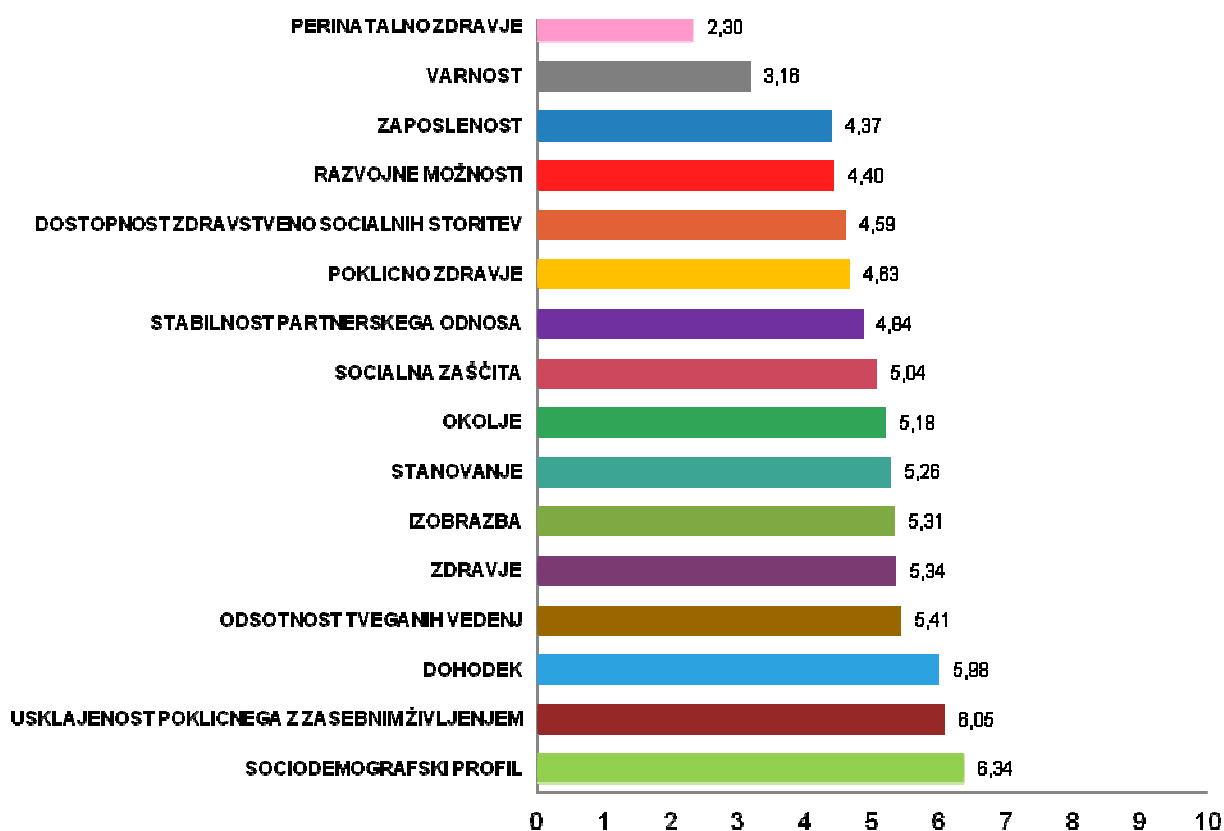
Profil spodnjeposavske statistične regije



Graf 43. Primerjave dimenzij Indeksa boljšega življenja v spodnjeposavski statistični regiji.

V spodnjeposavski regiji so precej enakomerno, vendar relativno slabo razvita vsa področja, ki jih ocenjuje Indeks boljšega življenja. Najbolj kritično je področje varnosti oz. kriminalitete, med slabše razvita sodijo tudi nizka raven socialne zaščite, omejena dostopnost zdravstvenosocialnih storitev, prisotnost tveganih oz. zdravju škodljivih vedenj, slabo perinatalno zdravje, negativen selitveni in naravni prirast in omejene razvojne možnosti.

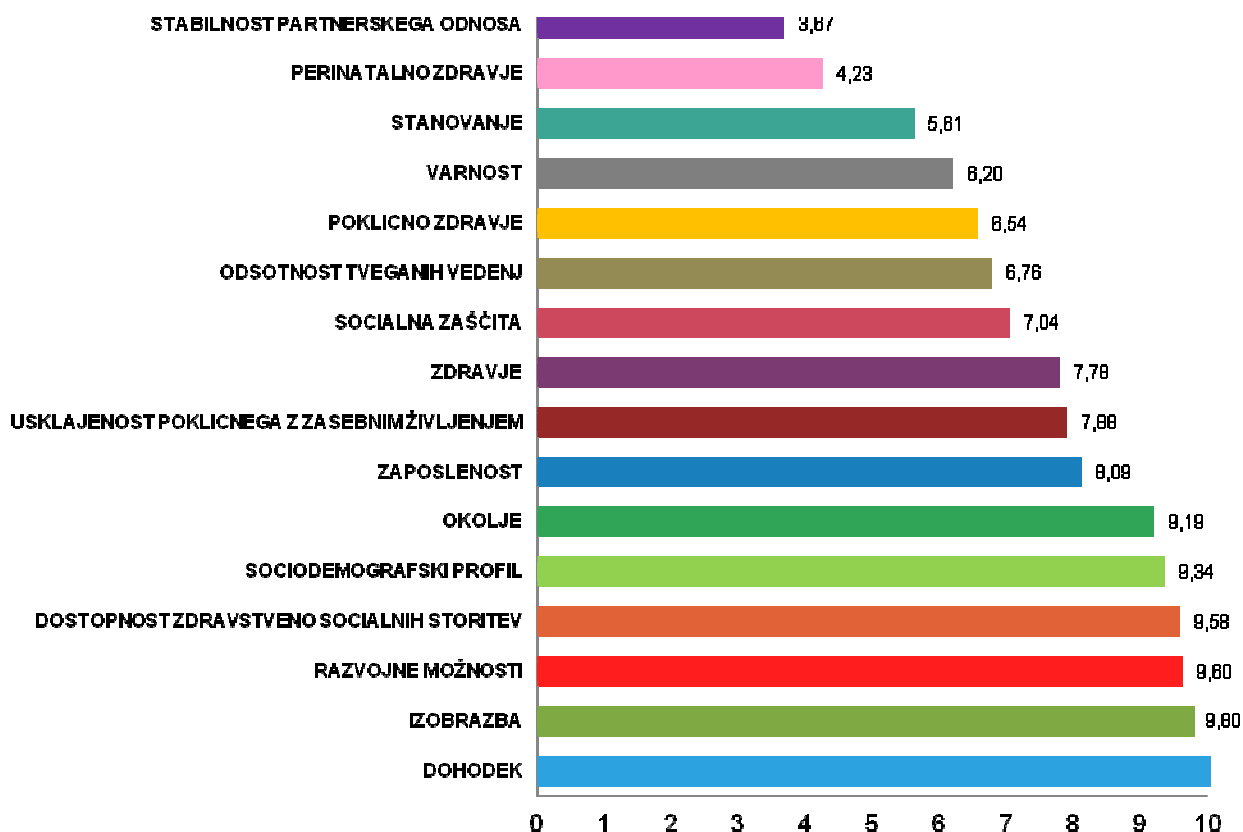
Profil statistične regije jugovzhodna Slovenija



Graf 44. Primerjave dimenzij Indeksa boljšega življenja v statistični regiji jugovzhodna Slovenija.

Perinatalno zdravje in relativno visoka stopnja kriminalitete sta pereči področji te regije, med razvitejša področja pa sodijo ugoden sociodemografski profil regije, relativno visoka stopnja usklajenosti poklicnega in zasebnega življenja in dohodek.

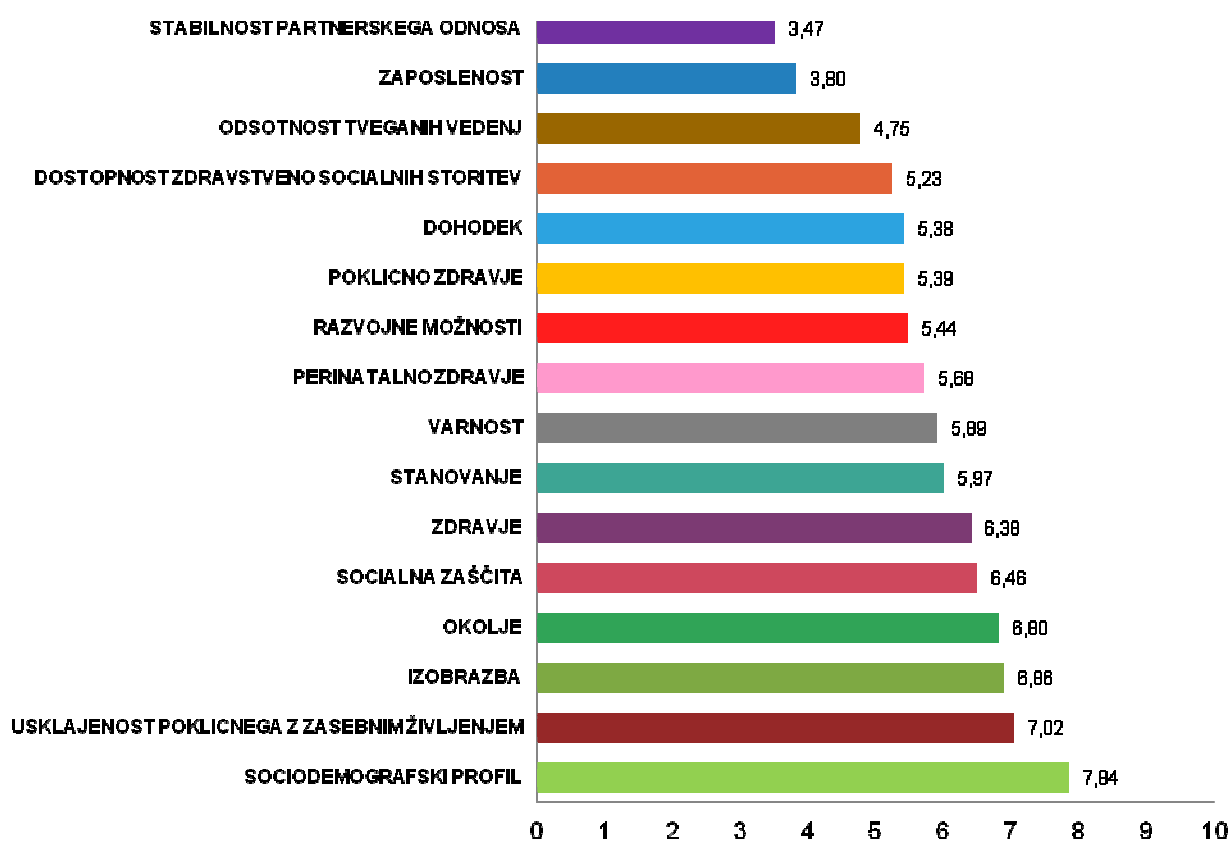
Profil osrednjeslovenske statistične regije



Graf 45. Primerjave dimenzij Indeksa boljšega življenja v osrednjeslovenski statistični regiji.

Regija je daleč najrazvitejša med vsemi statističnimi regijami po večini področij, ki jih ocenjuje Indeks boljšega življenja. Med slabše razvita področja se uvrščata stabilnost partnerskih zvez (razveze) in perinatalno zdravje. Izrazite prednosti regije v primerjavi z ostalimi pa predstavljajo visok dohodek, visoka izobrazbena struktura prebivalstva, dobre razvojne možnosti, spodbuden sociodemografski profil in okoljska osveščenost.

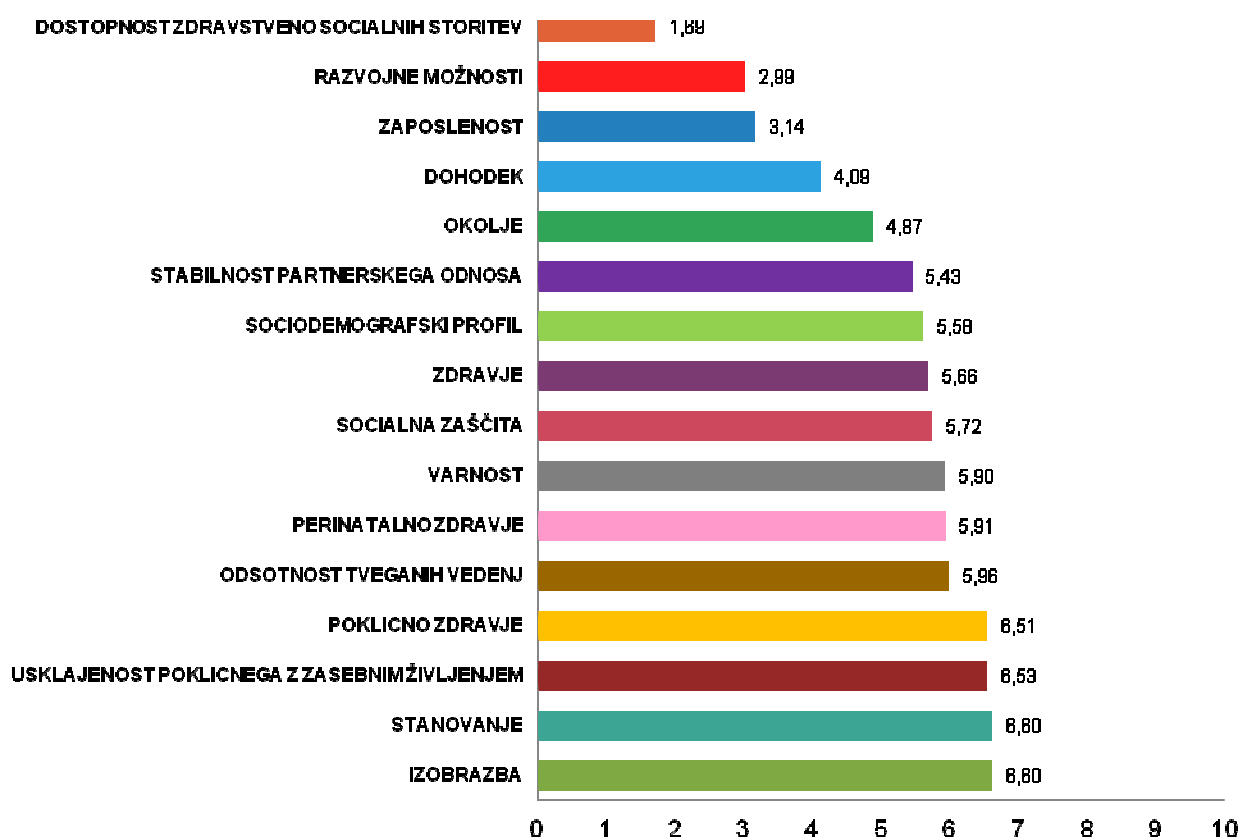
Profil gorenjske statistične regije



Graf 46. Primerjave dimenzij Indeksa boljšega življenja v gorenjski statistični regiji.

Gorenjska regija se po Indeksu boljšega življenja uvršča med razvitejše regije. Pomanjkljivo razviti področji sta stabilnost partnerskih odnosov in nizka stopnja zaposlenosti. Regijo v največji meri odlikujeta ugoden sociodemografski profil in visoka stopnja usklajenosti poklicnega in zasebnega življenja.

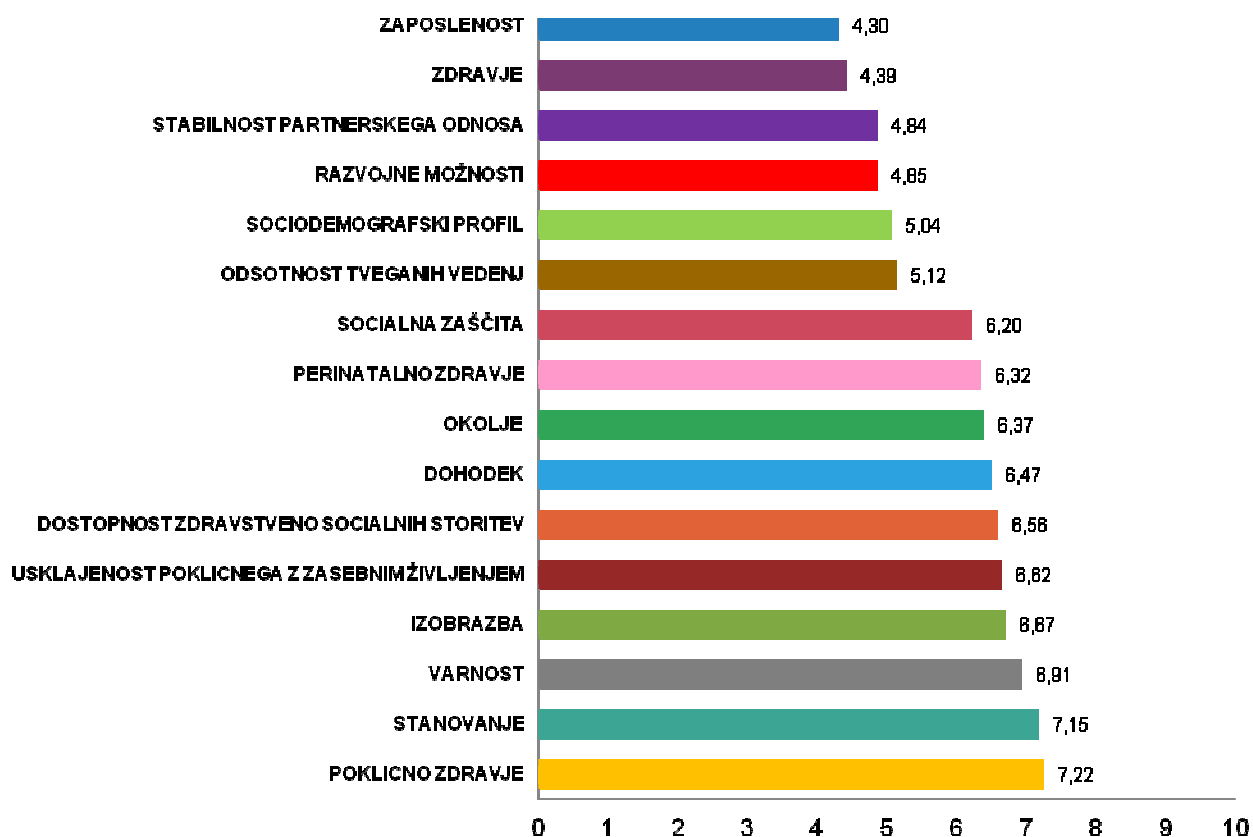
Profil notranjsko-kraške statistične regije



Graf 47. Primerjave dimenzij Indeksa boljšega življenja v notranjsko-kraški statistični regiji.

Pereči vidiki regije so omejena dostopnost zdravstvenosocialnih storitev, majhne razvojne možnosti, nizka stopnja zaposlenosti in relativno nizek dohodek. Med relativno urejena področja regije se uvrščajo visoka izobrazbena struktura prebivalcev, urejene stanovanjske razmere, usklajenost poklicnega in zasebnega življenja in poklicno zdravje.

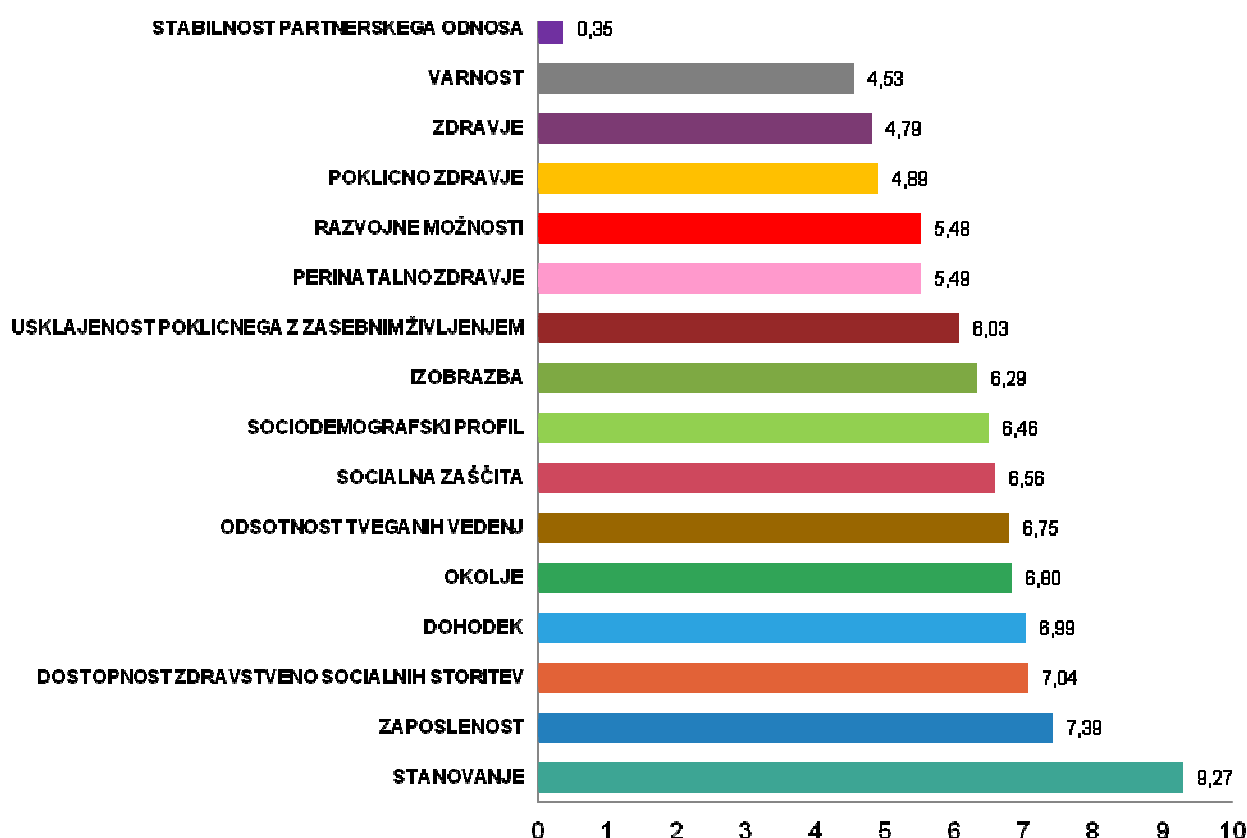
Profil goriške statistične regije



Graf 48. Primerjave dimenzij Indeksa boljšega življenja v goriški statistični regiji.

Področja, ki jih ocenjuje Indeks, so med vsemi regijami najbolj enakomerno razvita v goriški regiji. Najslabše se uvrščata zaposlenost in zdravstveno stanje prebivalstva, najboljše pa poklicno zdravje in stanovanjske razmere.

Profil obalno-kraške statistične regije



Graf 49. Primerjave dimenzij Indeksa boljšega življenja v obalno-kraški statistični regiji.

V regiji izstopa zaskrbljujoče stanje glede velikega števila razvez, med slabše razvita področja pa sodijo še kriminaliteta (varnost) in splošno ter poklicno zdravje prebivalcev. Stanovanjske razmere v regiji so zelo dobre.

Izsledki primerjave dimenzij slovenskega Indeksa boljšega življenja med posameznimi statističnih regijami

Analiza izraženosti posameznih dimenzij slovenskega Indeksa boljšega življenja je pokazala, da so v slovenskih regijah najbolj pereči vidiki osebne varnosti (kriminalitete in samopoškodbenih vedenj), perinatalnega in splošnega zdravstvenega stanja prebivalstva, ter ogroženosti gospodarskega razvoja. Poleg tega je ugotovljena tudi visoka prevalenca tveganih vedenj (samomorilnost, tvegano vedenje v cestnem prometu, motnje odvisnosti od alkohola in drog) in nizka raven socialne zaščite. Precej pereča sta tudi visoka stopnja razvez med zakonskimi zvezami in poklicno zdravje oz. boleznimi. Relativno dobro urejene so stanovanjske razmere in dostopnost zdravstvenosocialnih storitev in varovanje okolja.

Z vidika razpona izraženosti posameznih dimenzij Indeksa boljšega življenja lahko povzamemo, da se regije med sabo zelo razlikujejo v vidikih razvojnih možnosti, izobrazbeni strukturi, dostopnosti do osnovnih zdravstvenosocialnih storitev in v sociodemografskem profilu (gostota naseljenosti, naravni in selitveni prirast, starostna odvisnost, delež kmečkega prebivalstva), medtem ko so najmanjše razlike med regijami na področju perinatalnega zdravja, zaposlenosti in varnosti.

Z vidika prednostnega določanja strategij na področju preprečevanja in zdravljenja težav v duševnem zdravju so najbolj pomoči potrebne pomurska, zasavska in spodnjeposavska regija. Vse regije imajo namreč nizko izraženo večino dimenzij Indeksa boljšega življenja, pri čemer so nekatera področja celo nadvse pereča; v pomurski regiji so to izjemno nizka raven socialne zaščite, zdravstvenega stanja prebivalstva in majhne gospodarske razvojne možnosti, v zasavski regiji visoka prevalenca tveganih vedenj in slabo poklicno zdravje, v spodnjeposavski regiji pa je prisotna visoka raven kriminalitete. Spodnjeposavska regija ima v nasprotju z zasavsko in pomursko vsa področja Indeksa boljšega življenja enakomerno slabo razvita, medtem ko so v prej omenjenih regijah posamezna področja različno izražena. Osrednjeslovenska regija ima daleč najbolj razvita področja Indeksa boljšega življenja (česar tudi tu obstajajo precejšnja nihanja v izraženosti področij), po razvitosti ji sledijo goriška, obalno-kraška in gorenjska regija.

V slovenski Indeks boljšega življenja, ki je narejen po prilagojeni metodologiji OECD, smo vključili vse razpoložljive sociodemografske, zdravstvene in gospodarske statistike za obdobje 2006-2010 na ravni statističnih regij. Večina dimenzij Indeksa pokriva stanje v slovenskih regijah v letih 2007 in 2008. Veliko podatkov na ravni regij za posamezne dimenzije Indeksa v času zbiranja (september in oktober 2011) namreč še ni bilo dostopnih za leto 2010 ali celo za 2009. Za razliko od OECD Indeksa boljšega življenja slovenska različica ne vsebuje subjektivne ocene prebivalcev raznolikih in za posameznika pomembnih vidikov kvalitete življenja (vključenost v družbo, subjektivno blagostanje). V prihodnosti bi bilo dobro vpeljati sistem dolgoročnega (večletnega) in sistematičnega zbiranja samoocen prebivalcev (npr. z anketnimi vprašalniki) o posameznih kazalnikih kvalitete življenja, ki nudijo pomembno dopolnilno informacijo o tveganju za razvoj težav v duševnem zdravju med prebivalci regij.

Prevalenca, prepoznavnost in zdravljenje duševnih motenj: analiza skladnosti pričakovanih obiskov bolnikov v sekundarnem ambulantnem zdravstvenem varstvu z incidenco in prevalenco nekaterih duševnih motenj v populaciji

Pri mnogih duševnih motnjah se soočamo z nizko prepoznavnostjo težav, poznim iskanjem pomoči in posledično hujšimi zdravstvenimi (komorbidnosti, zgodnja umrljivost tudi na račun samomora) in psihosocialnimi posledicami (nedokončano šolanje, izguba zaposlitve, razpad družine, finančne težave, idr.). Med motnjami, kjer so opisani problemi najpogostejši in najbolj pereči, so:

- Bipolarna motnja razpoloženja (BMR)
- Obsesivno kompulzivna motnja (OKM)
- Generalizirana anksiozna motnja (GAM)
- Socialna fobija (SF)
- Hiperaktivnost z motnjo pozornosti (ADHD)

V elaboratu se bolj podrobno osredotočamo na BMR kot na najbolj perečo in pogosto najslabše prepoznano duševno motnjo, pri kateri smo v zadnjih nekaj letih na zdravstveno vzgojnem področju dosegli velik napredek. Pravilno jo diagnosticiramo šele po 8 do 12 letih od začetka težav, zato je vrsta posledic na šolskem, poklicnem, socialnem in zdravstvenem področju neizbežna. Visoka je tudi samomorilna ogroženost. Prav tako pri diagnosticiranih ocenjujemo, da je optimalnega zdravljenja deležnih le 40-60% bolnikov. Po podatkih IVZ je v letu 2009 pomoč v primarni službi iskalo 998 oseb, na sekundarni ravni pa 1793 oseb z BMR. Že zgolj prevalenca najbolj izražene BMR je 0,9 % populacije in iz razpoložljivih podatkov lahko razberemo, da je število prepoznanih in zdravljenih oseb z BMR nerazumno nizko. Zato smo analizirali, kakšne promocijske in zdravstveno vzgojne dejavnosti so se na področju BMR izvajale v zadnjih 10 letih v Sloveniji in proučili, in ali obstaja mogoče med dejavnostmi in povečanjem števila diagnosticiranih oziroma obravnavanih bolnikov z BMR morebitna soodvisnost. Prav tako smo analizirali, kako je na področju drugih duševnih motenj, saj je mogoče sklepati, da je tako majhen delež bolnikov tudi pri drugih duševnih motnjah, ne zgolj pri BMR.

Namen raziskave je opozoriti na pereče probleme na področju duševnega zdravja, zlasti na problem iskanja pomoči in obstanka v zdravljenju. Prav tako želimo opozoriti na pomen pravilne diagnoze in s tem ustreznega zdravljenja. Hkrati želimo opredeliti pomen in vpliv zdravstveno vzgojnih dejavnosti in gradiv.

Raziskava je imela dva cilja:

1. Ugotoviti, kakšna je skladnost med številom bolnikov, ki iščejo pomoč na sekundarni ravni (psihiatrične ambulante) zaradi posamezne duševne motnje, s pričakovanim številom bolnikov s to motnjo.
2. Podrobnejša analiza stanja pri bipolarni motnji razpoloženja z vidika povezanosti med zdravstveno vzgojnimi in promocijskimi gradivi in iskanjem pomoči pri bipolarni motnji razpoloženja v obdobju med 2003 in 2009.

Metodologija raziskave

Podatke smo pridobili iz treh virov:

- kot vir podatkov o obiskih psihiatričnih ambulant smo uporabili Podatke iz računalniško podprtega poročila (ZUBSTAT) Izbrane diagnoze (F in X) kot vzrok za obisk, ZUBSTAT, sekundarna raven, 2003-2009.
- podatke o prevalenci motenj smo poiskali v razpoložljivi aktualni teraturi.

- podatke o razpoložljivih zdravstveno vzgojnih gradivih smo poiskali na spletu, v internih gradivih in v knjižnicah.

Rezultati

Prevalenca duševnih motenj in iskanje pomoči v letu 2009

V Tabeli 4 so prikazani podatki o posameznih duševnih motnjah, iz katerih je razvidno, da se število bolnikov, ki so iskali pomoč, ne sklada s pričakovanim številom bolnikov. Prikazujemo podatke za oba spola skupaj, čeprav se prevalence pri nekaterih duševnih motnjah ločijo med spoloma (posebej označeno). Odstopanja med pričakovanim številom bolnikov in dejansko pregledanimi zaradi posamezne diagnoze so namreč tako velika, da smo se v prvi vrsti odločili prikazati zgolj skupne podatke.

Tabela 4. Prevalenca nekaterih duševnih motenj v populaciji in dejansko število bolnikov, ki so zaradi te motnje iskali psihiatrično pomoč v letu 2009. Podatke prikazujemo za oba spola skupaj.

Duševna motnja	Prevalenca v populaciji ¹³ (%)	Pričakovano število bolnikov v populaciji	Dejansko število bolnikov, ki je leta 2009 obiskalo zdravnika zaradi te motnje	Odstotek obiskov glede na pričakovano število vseh bolnikov s to motnjo
Psihotične motnje	1,2	24.000	10.420	43,42
Velika depresija	6,9	138.000	13.628	9,88
Bipolarna motnja razpoloženja	0,9	18.000	1.736	9,64
Panična motnja	1,8	36.000	1.300	3,61
Agorafobija	2,0	40.000	214	0,54
Socialna fobija	2,3	46.000	287	0,62
Generalizirana anksiozna motnja	1,7 do 3,4	40.000	871	2,18
Specifične fobije	6,4	128.000	49	0,04
Obsesivno kompulzivna motnja	0,7	14.000	434	3,10
Posttravmatska stresna motnja	1,1 do 2,9	40.000	5.785	14,46
Somatiformne motnje	4,9	98.000	1.047	1,07
Hiperkinetične motnje	0,6	12.000	1.104	9,20

VIR: IVZ RS, Podatki iz računalniško podprtega poročila (ZUBSTAT) Izbrane diagnoze (F in X) kot vzrok za obisk, ZUBSTAT, sekundarna raven, 2003-2009.

Bipolarna motnja razpoloženja – iskanje pomoči med leti 2003 in 2009 ter zdravstveno vzgojne dejavnosti

V Tabeli 5 so bolj podrobno prikazani podatki o bipolarni motnji razpoloženja. Praviloma se prva manična epizoda razvije v BMR, zato smo podatke o številu oseb z BMR, ki iščejo pomoč združili za obe diagnozi in tako dobili nekaj večje število bolnikov. Znano je, da je zgolj 40-60 % bolnikov z BMR deležnih obravnave, zato smo pričakovano število bolnikov z BMR zmanjšali za 50 % in od tega števila računali delež bolnikov, ki je dejansko prišel po pomoč.

V tabeli 6 smo analizirali trende med leti 2003 in 2009 pri vseh afektivnih motnjah. Obstaja namreč možnost, da so bolniki z BMR napačno diagnosticirani v skupini afektivnih motenj. Poleg tega nas je tudi zanimalo, ali se z leti povečuje število bolnikov s posameznimi motnjami razpoloženja in kakšen delež znotraj njih ima BMR. Ugotovili smo, da se je v opazovanem obdobju z leti najbolj povečevalo število bolnikov, ki so pomoč iskali zaradi ponavljajoče se depresivne motnje.

¹³ Wittchen HU et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol 2011; 21, 655–79.

Tabela 5. BMR – pričakovano in dejansko število bolnikov na sekundarni ravni za leto 2009. Podatke prikazujemo za oba spola skupaj.

	n, (%)
Pričakovano število bolnikov z BMR v populaciji (prevalenca znaša 0,9 % prebivalstva ¹²)	18.000 (100)
Pričakovano število obiskov - 50% bolnikov, ki išče pomoč	10.000 (50)
Dejansko število bolnikov, ki je leta 2009 obiskalo zdravnika zaradi BMR	1.736
Odstotek od pričakovanega števila vseh bolnikov z BMR	9,64
Odstotek od pričakovanega števila obiskov bolnikov zaradi BMR	19,28

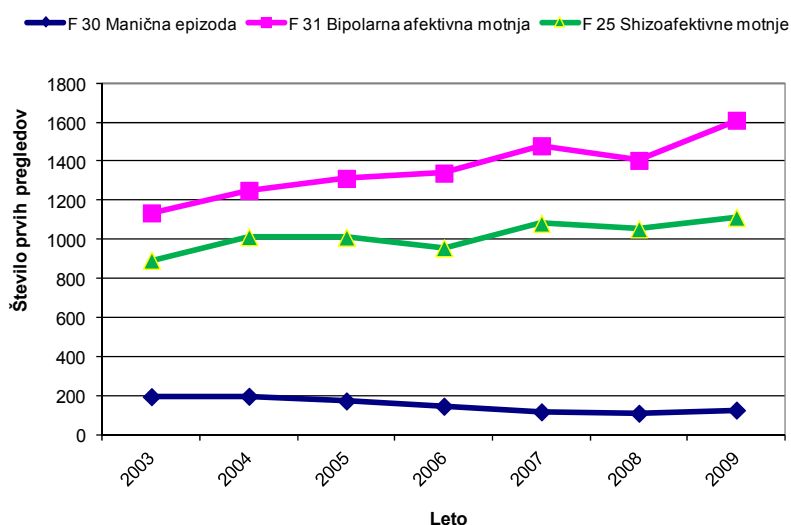
VIR: IVZ RS, Podatki iz računalniško podprtega poročila (ZUBSTAT) Izbrane diagnoze (F in X) kot vzrok za obisk, ZUBSTAT, sekundarna raven, 2003-2009.

Tabela 6. Pogostost posameznih diagnoz afektivnih motenj pri iskanju pomoči na sekundarni ravni med letoma 2003 in 2009. Podatki so prikazani za oba spola skupaj.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
F 30 Manična epizoda	194	196	172	145	116	109	125
F 31 Bipolarna afektivna motnja (n)	1136	1251	1313	1340	1480	1405	1611
F 30 in 31 skupaj (n,%)	1330 (2,07)	1447 (1,84)	1485 (2,19)	1485 (2,29)	1596 (2,50)	1514 (2,37)	1736 (2,65)
F 32 Depresivna epizoda (n)	8271	8638	8571	7905	7296	7530	7203
F 33 Ponavljajoča se depresivna motnja (n)	3586	4678	4691	4519	5116	5415	5890
F 34 Trajne afektivne motnje (n)	1135	1206	1019	882	545	646	436
F 38 Druge afektivne motnje (n)	51	54	64	38	57	50	57
F 39 Neopredeljena afektivna motnja (n)	41	43	34	35	46	40	42
F 30 do F 39 skupaj (n,%)	13084 (20,38)	14619 (18,59)	14379 (21,25)	13379 (20,59)	13060 (20,47)	13681 (21,45)	13628 (20,78)
F 25 Shizoafektivne motnje (n)	893	1013	1011	957	1082	1054	1113
F 25, F 39 do F 39 skupaj (n,%)	13977 (21,77)	15632 (19,87)	15390 (22,74)	14336 (22,06)	14142 (22,16)	14735 (23,10)	14741 (22,47)
F 00 do F 99 skupaj (n,%)	64197 (100)	78653 (100)	67665 (100)	64974 (100)	63810 (100)	63794 (100)	65597 (100)

VIR: IVZ RS, Podatki iz računalniško podprtega poročila (ZUBSTAT) Izbrane diagnoze (F in X) kot vzrok za obisk, ZUBSTAT, sekundarna raven, 2003-2009.

Graf 22 prikazuje povečevanje deleža bolnikov, ki iščejo pomoč zaradi BMR. Prikazujemo tudi podatke o shizoafektivni motnji, ki se je v opazovanem času tudi nekoliko povečala. Obstaja namreč verjetnost, da se nekaj bolnikov z BMR skriva med bolniki z shizoafektivno motnjo, ker so napačno diagnosticirani.



Graf 22. Število bolnikov z manično epizodo, BMR in shizoafektivno motnjo med leti 2003 in 2009 (VIR: IVZ RS, Podatki iz računalniško podprtega poročila (ZUBSTAT) Izbrane diagnoze (F in X) kot vzrok za obisk, ZUBSTAT, sekundarna raven, 2003-2009).

Zdravstveno vzgojne dejavnosti na področju BMR prikazujemo v Tabeli 7. Dejavnosti obsegajo različna gradiva, knjige, prevode knjig, organizacijo srečanj, internetne forume in drugo.

Tabela 7. Zdravstveno vzgojne dejavnosti na področju BMR.

Leto	Ime dejavnosti	Opis	Komu je namenjena
1997	Švab V. Od znotraj navzven: vodič k samoobvladovanju manične depresije. ŠENT, Ljubljana 1997	Brošura o obvladovanju BMR	Bolnikom, svojcem, zainteresirani javnosti
2004	Spletna stran na IVZ o BMR	Spletna stran o BMR, podatki o bolezni, načinih pomoči	Bolnikom, svojcem, zainteresirani javnosti
2005	Prva izdaja brošure o BMR avtorice MZ Dernovšek	Kratek in jedrnato opis BMR in vrste terapije	Bolnikom, svojcem, zainteresirani javnosti
2005	Začetek delavnic za prepoznavanje in premagovanje BMR	Sklop delavnic obsega 6 zaporednih 1,5 ur trajajočih srečanj. Pisno gradivo omogoča lažje spremljanje. Delavnice potekajo 2 krat letno.	Bolnikom, svojcem
2005	Klub BMR – skupina za samopomoč	Skupina se sestaja v prostorih društva OZARA v Ljubljani enkrat mesečno.	Bolnikom, svojcem
2006	Prevod in izdaja knjige: Wickmans A, DeLeener AM. Očka nikdar ni utrujen. Ozara, Maribor 2006	Zgodba za otroke, s katero jim omogočimo razumeti duševno motnjo pri družinskem članu	Otrokom, starim 4-6 let z izkušnjo BMR pri družinskem članu
2007	Ponatis brošure o BMR avtorice MZ Dernovšek	Kratek in jedrnato opis BMR in vrste terapije	Bolnikom, svojcem, zainteresirani javnosti
2007	Ažman R. Depra. Celjska Mohorjeva družba. Celje 2007.	Opis osebne izkušnje premagovanja depresivne faze BMR	Bolnikom, svojcem, zainteresirani javnosti
2008	Na forumu Društva DAM se oblikuje skupina za BMR	Forum je namenjen izmenjavi izkušenj med bolniki in svojci	Bolnikom, svojcem, zainteresirani javnosti

2008	Prevod in izdaja knjige Minne B. Pripoved o gospe veaverici in ostalih živalih v mamini glavi. Ozara, Maribor 2008	Zgodba za otroke, s katero jim omogočimo razumeti duševno motnjo pri družinskem članu	Otrokom, starim 9-12 let z izkušnjo BMR pri družinskem članu
2008	ŠVAB, Vesna (ur.). Od znotraj navzven : vodič do samoobvladovanja bipolarnе motnje razpoloženja. Prenovljena izd. Ljubljana: ŠENT – slovensko združenje za duševno zdravje, 2008.	Brošura o obvladovanju BMR	Bolnikom, svojcem, zainteresirani javnosti
2009	BMR za telebane avtorjev C. Fink in J. Kraynaka. Založba Pasadena in Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami, Ljubljana, 2009	Prevod obsežne knjige, ki na enostaven način opredeli vse pomembne vidike BMR	Bolnikom, svojcem, zainteresirani javnosti
2009	Brošura o BMR avtorjev Dernovšek MZ, Budja D in Valič M.	Brošura o obvladovanju BMR	Bolnikom, svojcem, zainteresirani javnosti
2009	Dan bipolarnе motnje razpoloženja	O izboljšanju diagnostike BMR	Srečanje je bilo namenjeno strokovnjakom iz področja zdravstva
2009	Spletna stran za BMR http://www.bipolarna.si/	Forum je namenjen izmenjavi izkušenj med bolniki in svojci	Bolnikom, svojcem, zainteresirani javnosti
2010	Poučite se o bipolarni motnji: mednarodno izobraževalno gradivo Svetovne zveze za duševno zdravje, IRI Ljubljana, 2010	Brošura o diagnosticiranju in obvladovanju BMR	Bolnikom, svojcem, zainteresirani javnosti
2010	DeHert M, Thys E, Magiels G, Wyckaert S. Vse ali nič – vodič za samopomoč, namenjeno osebam z bipolarno motnjo	Prevod stripa o manični fazi BMR	Bolnikom, svojcem, zainteresirani javnosti
2011	Dan bipolarnе motnje razpoloženja	O izboljšanju diagnostike BMR, povečevanju prepoznavanja in premagovanja motnje	Srečanje je bilo namenjeno strokovnjakom iz področja zdravstva, bolnikom in svojcev

Izsledki raziskave

V sklopu raziskave smo analizirali podatke o obiskih v psihiatričnih ambulantah za tiste duševne motnje, ki se prvenstveno zdravijo ambulantno oziroma se v ambulanti izvaja preprečevalno oziroma nadaljevalno zdravljenje po obravnavi v bolnišnici. Ugotovili smo, da je število bolnikov, ki poiščejo pomoč zelo majhno, in se ne sklada s pričakovanim številom bolnikov z zdravstvenimi težavami. Še največje je število bolnikov, ki se zdravijo zaradi psihotičnih motenj, kamor spadajo vse diagnoze od F 20 do F 29. Več kot 40% vseh pričakovanih bolnikov s psihotično motnjo je obiskalo psihiatra v letu 2009.

Če vključimo v bipolarno motnjo razpoloženja tudi vse bolnike z manično epizodo, je bil obisk pri psihiatru v letu 2009 pod 10% pričakovanih bolnikov s to diagnozo. Tudi podatki za ponavljajočo se depresivno motnjo niso zadovoljivi, saj je psihiatra v letu 2009 obiskalo manj kot 10% pričakovanih bolnikov.

Zelo nizkim deležem bolnikov s trajnimi razpoloženskimi motnjami je verjetno botrovalo dejstvo, da se navadno zabeleži zgolj vodilna diagnoza, zaradi katere bolnik išče pomoč. Sočasna prisotnost različnih drugih duševnih motenj je pogosta pri tej skupini bolnikov, zato se lahko dejanska slika zabriše. Tudi glede fobičnih anksioznih motenj ugotavljamo zelo majhne odstotke bolnikov, ki so iskali pomoč. Nekoliko boljši so rezultati pri PTSM, a so lahko tudi zavajajoči, saj smo v to kategorijo šteli tudi vse z akutno in prilagoditveno stresno motnjo. Podatki bi zahtevali nekoliko podrobnejšo analizo, ki pa presega namen te raziskave. Pri obsesivno kompulzivni motnji so odstotki bolnikov, ki so iskali pomoč, daleč nižji od pričakovanega števila. Znano je, da bolniki s to motnjo neradi in zelo pozno prihajajo po pomoč.

Podrobnejša analiza bi bila smiselna tudi za somatiformne motnje, saj je zanje znano, da pred prihodom k psihiatru obiskujejo številne specialiste zaradi različnih telesnih težav in številne

preiskave ne pojasnijo njihovih telesnih simptomov. Pri teh bolnikih zato prihaja do dodatnih stroškov na račun preiskav, pregledov in tudi zaradi neupravičenega jemanja različnih zdravil, zlasti protibolečinskih.

Hiperkinetične motnje so dolga leta veljale kot izključno otroška in mladostniška težava, sedaj pa ugotavljamo, da se z odraščanjem pri nekaterih bolnikih težave ne omilijo, ampak da potrebujejo dolgotrajno zdravljenje. Delež otrok, ki zaradi hiperkinetične motnje dejansko pride po pomoč, znaša približno 10 % pričakovanega.

Eden od ciljev raziskave je bila tudi podrobnejša analiza stanja pri bipolarni motnji razpoloženja, in ugotoviti, ali obstajajo morebitne povezave med zdravstveno vzgojnimi in promocijskimi gradivi ter iskanjem pomoči pri bipolarni motnji razpoloženja v obdobju med 2003 in 2009. Ugotovili smo, da se v opazovanem obdobju ni povečevalo število bolnikov z manično epizodo, drugimi afektivnimi motnjami in neopredeljeno afektivno motnjo. V opazovanem času se je zmanjšalo število bolnikov z trajnimi afektivnimi motnjami in depresivno epizodo. Povečalo pa se je število bolnikov, ki so pomoč iskali zaradi ponavljajoče se depresivne motnje, BMR in shizoafektivne motnje.

Ugotovili smo, da promocijske in preventivne zdravstveno vzgojne dejavnosti za področje BMR potekajo že od leta 1997. Identificirali smo 18 različnih dejavnosti. Med njimi izstopajo izdaje pisnih gradiv, kot so prevodi knjig in priročnikov. Priročniki obsegajo tekste, ki so namenjeni odraslim in otrokom. Imamo tudi avtorska dela, ki pa so manj obsežna in so v obliki brošur, ki so dostopne skoraj povsod v zdravstvenih ustanovah. Bolnikom in svojem so na voljo delavnice, ki pa so zgolj v Ljubljani 2 krat letno in enkrat letno na Primorskem. Bolniki, svojci in zainteresirana javnost ima na voljo tudi spletne forume.

V zadnjih letih se nakazuje trend povečanja števila zdravstveno vzgojnih dejavnosti in števila prepoznanih in zdravljenih bolnikov z BMR. Vzročne povezanosti naša raziskava ne more ugotoviti, je pa dobra podlaga za ugotavljanje le-te. Še vedno pa je število zdravljenih bolnikov z BMR sorazmerno nizko in bi veljalo proučiti, kje so vzroki za tako nizke številke zdravljenih bolnikov z BMR. Odgovorov na to vprašanje je lahko veliko in med njimi so najpomembnejše naslednje razlage:

- Možno, čeprav manj verjetno je, da je v Sloveniji pri nas prevalenca in incidenca nižja kot drugje po svetu.
- Bolniki ne iščejo pomoči v maniji, ampak zgolj v depresiji, kar vodi v napačno diagnozo unipolarne depresije.
- Bolniki so zaradi psihotične manije ali mešane slike napačno diagnosticirani s shizoafektivno motnjo.
- Bolniki imajo pridružene duševne motnje in se zdravijo zaradi njih. Zabeleži se le trenutno vodilna diagnoza in se zato BMR zanemari.
- Bolniki, ki so diagnosticirani, niso vključeni v redno zdravljenje, ker imajo zelo malo epizod in zato v letu 2009 niso potrebovali pomoči psihiatra.

Težave pri analizi podatkov so bile številne. Pri zunajbolnišnični statistiki se spremljajo vzroki za obisk samo ob prvem obisku, kar pomeni, da se lahko diagnoza pri bolniku tekom leta tudi spremeni. Zabeleži se le diagnoza ob prvem pregledu in zgodi se lahko, da se tekom leta pozabi spremeniti diagnoza pri nekemu, ki je na začetku depresiven in se ga zato vodi pod diagnozo unipolarne depresije, nato pa razvije manijo. Potek BMR je lahko zelo različen in zato imajo nekateri bolniki zelo veliko epizod, drugi pa manj. Iskanje pomoči se zato precej razlikuje od bolnika do bolnika.

Komorbidnost – veliko bolnikov ima več duševnih motenj hkrati in navadno se zabeleži le trenutno vodila diagnoza, ki pripelje bolnika po pomoč. Najpogosteje je anksioznim motnjam in ADHD

pridružena depresija in verjetno se v skupini depresivnih bolnikov skriva veliko število tistih bolnikov, ki imajo dve ali več diagnoz. Tudi pri BMR je pogosto, da imajo bolniki več duševnih motenj.

Namen raziskave je bil opozoriti na pereče probleme na področju duševnega zdravja, zlasti na problem iskanja pomoči in obstanka v zdravljenju, kar prikazujejo podatki o številu obiskov zaradi posamezne duševne motnje na sekundarni ravni.

Vzročno povezanost med večjo osveščenostjo in iskanjem pomoči bi lahko raziskali s pomočjo ankete, ki jo predlagamo za leto 2012. Predlagamo tudi podrobnejšo analizo odstopanj med pričakovanimi in dejanskimi obiski sekundarne ravni zdravstvenega varstva zaradi duševnih motenj.

Zaključki elaborata

- ✚ Okrog 500 milijonov ljudi na svetu ima težave zaradi duševnega zdravja in ocenjuje se, da jih bo imel vsak tretji izmed nas vsaj enkrat v življenju. Po ocenah strokovnjakov naj bi bila depresija leta 2020 eden glavnih javno zdravstvenih problemov. Na dva milijona prebivalcev gospodarsko relativno dobro razvite družbe, kamor spada tudi Slovenija, je trenutno mogoče predvideti okrog 10.000 psihotičnih obolenj in približno 100.000 depresivnih motenj ter motenj anksioznosti. Ker je incidenca duševnih motenj med vsemi boleznimi v najbolj strmem vzponu, se bo ekonomsko breme (izguba produktivnosti, stroški zdravstvenega in socialnega varstva) zaradi duševnih bolezni iz sedanjih 10% do leta 2020 dvignilo na 15%, kar bo preseglo ekonomsko breme koronarne bolezni.
- ✚ Pri zagotavljanju ustreznih strategij za soočanje s problematiko duševnega zdravja se srečujemo z omejenimi možnostmi in resursi, predvsem pri zdravljenju duševnih motenj in zmanjševanju oviranosti bolnikov v vsakdanjem življenju. Preventivna dejavnost je zato bistvenega pomena, če želimo zmanjšati breme, ki ga družbi in posamezniku povzročijo duševne motnje. V Sloveniji je bilo področje duševnega zdravja dolgo zanemarjeno in na primarnem nivoju zdravstva ni bilo pravega akterja, ki bi se posvetil duševnemu zdravju v preventivnem smislu. Preventivne dejavnosti so se kljub temu oblikovale iz potrebe in iz zavedanja posameznikov tako v javni zdravstveni mreži kot v nevladnem sektorju. Oblikovanje učinkovitih preventivnih dejavnosti je pogojeno z ustrezno analizo stanja na področju duševnega zdravja, identifikacijo dejavnikov tveganja (bioloških, psiholoških, socialnih, ekonomskih), ki vplivajo na duševno zdravje ljudi v določenem okolju, prepoznavanjem kulturnih značilnosti populacije in skupin, za katere se pripravlja program, in navsezadnje tudi z evalvacijo že obstoječih služb, ki nudijo pomoč osebam s težavami v duševnem zdravju.
- ✚ V letu 2005 so bili predstavljeni prvi izsledki analize evropske študije, ki so razkrili, da bo samo za duševnimi motnjami vsako leto zbolelo 27% odrasle populacije (med 18 in 65 leti), kar je predstavljalo takrat 82,7 milijonov ljudi. Najbolj pogoste duševne motnje so bile anksioznost, depresija, somatoformne motnje in motnje povezane z zlorabo drog (motnje zasvojenosti). Študija je tudi pokazala na izreden obseg spremljajočih psihosocialnih težav in oviranosti zaradi motenj in dodatno še na splošno nizko stopnjo iskanja pomoči in zdravljenja motenj. Samo 26% oseb z duševnimi motnjami je stopilo v kontakt s profesionalno službo na področju duševnega zdravja, od tega jih je le 10 % tudi prejelo ustrezno zdravljenje z zdravili ali psihoterapijo. Izkazalo se je tudi, da med prvim izbruhom bolezni in prvim zdravljenjem preteče dolgo obdobje, in da le manjše število pacientov prejme tudi ustrezno terapijo. Kljub različni stopnji razvitosti in dostopnosti služb na področju duševnega zdravja se to razmerje ne razlikuje bistveno med posameznimi državami EU.
- ✚ V letu 2010 je bila opravljena vseevropska tri letna raziskava na področju obsega in bremen duševnih motenj. Vključevala je 30 držav, poleg 27 držav Evropske unije še Švico, Norveško in Islandijo in skupno 514 milijonov ljudi, in je preverjala obseg in breme vseh večjih t.i. nevropsihiatričnih bolezni, kamor je bilo vključenih 19 največjih skupin nevroloških in psihiatričnih bolezni. Vključene so bile domala vse starostne skupine: otroci in mladostniki (2-17 let, odrasli (18-65 let) in starejši nad 65 let. Izsledki raziskave so pokazali, da skupni stroški nevroloških in psihiatričnih bolezni dosegajo neverjetnih 800 milijard evrov na letni ravni. Med ocenami prevalence za posamezne duševne motnje, ni prišlo do pomembnih razlik v primerjavi s podatki iz leta 2005, skupna prevalenca za vse duševne motnje znaša okrog 27%.
- ✚ Število obolelih za posamezno motnjo se je v letu 2011 povečalo predvsem na račun novih članic EU in povečanja števila celokupne populacije, ki je bila vključena v študijo. Prav tako je na podatke vplivala daljša pričakovana življenjska doba, saj se delež starejših od 65 let povečal.

Poleg tega pa so bile leta 2011 vključene v oceno prevalence tudi nekatere dodatne duševne motnje, ki jih ni bilo v študiji iz leta 2005. Tako se je celokupno število obolelih za kakšno od duševnih motenj povzpelo iz 82.7 milijona ljudi na 118.1, z upoštevanjem dodatnih kriterijev pa na 164 milijona obolelih. Največji porast obolelih je zabeležen pri duševnih motnjah, povezanih z zlorabo alkohola, depresiji, agorofobiji (bojazen pred odprtimi prostori) in generalizirani panični motnji. V študiji je bila izdelana tudi ocena DALY (Disability-Adjusted Life Years), ki predstavlja skupno breme bolezni, izraženo v številu izgubljenih let zaradi nezmožnosti oz. prezgodnje smrti. Ocena opisuje nezmožnost, ki se pojavi kot posledica vpliva bolezni na vsakodnevno funkcioniranje obolelega. Največ prispevajo k celokupnemu bremenu nevropsihiatričnih bolezni: depresija (7,2 % celokupnega bremena), Alzheimerjeva bolezen (3,7 % celokupnega bremena) in motnje, povezane z zasvojenostjo z alkoholom (3,4 %). Opazna je tudi velika razlika med spoloma. Ženske so dovzetnejše za depresijo (izguba 1 leta v 10 zdravih letih življenja je izgubljeno zaradi te motnje oz. 10,3 % vseh DALY), medtem ko pri moških največ prispeva k bremenu motnje zloraba alkohola (5,3 % vseh DALY).

Primerjava med posameznimi državami je pokazala, da so celokupni stroški na osebe, ki so zbolele za motnjami zasvojenosti, anksioznosti, razpoloženja in psihotičnimi motnjami, najvišji v Nemčiji (69.085 evrov), Veliki Britaniji (59.361 evrov) in Franciji (45.072 evrov) ter najnižji na Malti (210 evrov), Islandiji (277 evrov) in Estoniji (430 evrov). Slovenija se uvršča v spodnjo tretjino držav z 1.090 evri. Najdražje so motnje razpoloženja, sledijo jim psihotične motnje, motnje anksioznosti in motnje zasvojenosti. Zdravljenje motenj razpoloženja v Nemčiji na obolelo osebo stane 13.809 evrov, v Veliki Britaniji 11.719 evrov, v Franciji 7.852 evrov, na Malti 39 evrov, v Islandiji 52 evrov in v Estoniji 82 evrov. V Sloveniji znaša celokupni strošek na osebo z motnjo razpoloženja 329 evrov, z motnjo anksioznosti 289 evrov, s psihotično motnjo 277 evrov in z motnjo zasvojenosti 195 evrov.

V sklopu slovenske raziskave, opravljene v letu 2008, smo popisali službe na področju duševnega zdravja, ki izvajajo različne aktivnosti v vseh slovenskih statističnih regijah z uporabo Evropskega obrazca za mapiranje služb (European Service Mapping Schedule; instrument ESMS). Pridobili smo podatke od 301 službe iz vseh statističnih regij Slovenije. V podrobnejšo klasifikacijo popisa po metodologiji ESMS pa smo vključili 251 služb. Največje število razpoložljivih dejavnosti je bilo registriranih v osrednjeslovenski, savinjski, podravske in obalno-kraški regiji in najmanj v notranjsko-kraški, spodnjeposavski in zasavski regiji. Ambulantne dejavnosti in dejavnosti v skupnosti so prevladovale domala v vseh regijah (razen v savinjski in zasavski, kjer so prevladovale skupine za samopomoč in nestrokovne skupine ter svetovalni telefon), največja razpoložljivost služb pa je v osrednjeslovenski regiji. Izključno ozaveščanja in izobraževanja javnosti, izdajanja strokovnih in znanstvenih gradiv brez neposrednega stika z uporabniki je bilo v vseh regijah najmanj. Največ preventivnih dejavnosti (ne glede na obliko) na 100.000 prebivalcev regije je bilo registriranih v obalno-kraški, osrednjeslovenski in goriški regiji. In najmanj v zasavski, notranjsko-kraški in gorenjski regiji. Primarna preventiva je daleč najbolj razširjena oblika dejavnosti in lahko opazimo, da je znotraj posameznih statističnih regij zastopana v različnem obsegu.

Raziskava je pokazala, da se visoke oz. nizke stopnje tveganj za razvoj motenj na področju duševnega zdravja v Sloveniji, koncentrirajo v geografskem smislu in so povezane z nekaterimi sociodemografskimi in zdravstvenimi dejavniki. Največja stopnja tveganj se pojavlja v statističnih regijah vzhodne Slovenije (pomurska, zasavska, spodnjeposavska, podravska, savinjska) in v notranjsko-kraški statistični regiji, medtem ko je v statističnih regijah zahodne Slovenije (osrednjeslovenska, goriška, gorenjska, jugozahodna) stopnja tveganj najmanjša. Izkazalo se je tudi, da se obseg preventivno promocijskih dejavnosti ne pokriva dobro s stopnjami tveganj za razvoj motenj. Tako imamo največ promocijsko preventivnih aktivnosti prisotnih v regijah, kjer je stopnja tveganj relativno nizka (obalno-kraška, osrednjeslovenska,

goriška) in obratno, relativno slabo zastopane preventivno promocijske aktivnosti v regijah, kjer so sociodemografski in zdravstveni dejavniki tveganja za nastanek težav v duševnem zdravju najbolj izraziti (zasavska, notranjsko-kraška, savinjska in pomurska regija). Če pogledamo razpoložljivost služb v primerjavi s stopnjo tveganj posameznih regijah, razberemo, da so v najbolj depriviligiranem položaju zasavska, pomurska, spodnjeposavska, notranjsko-kraška in jugovzhodna regija, medtem ko imajo regije zahodne Slovenije dokaj dobro razpoložljivost služb na področju duševnega zdravja glede na ocenjen obseg dejavnikov tveganja za nastanek težav v duševnem zdravju, ki so prisotni v teh regijah.

- ✚ Številne klinične raziskave in epidemiološke študije kažejo, da s pojavom težav v duševnem zdravju pomembno korelirajo tudi nekateri sociodemografski, ekonomski in zdravstveni dejavniki, ki so prisotni v ožjem (družinskem, poklicnem) in širšem (kraj in regija bivanja) družbenem okolju. Možno jih je oblikovati v sestavljene kazalnike iz področij zanimanja na regionalni ravni, in tako oceniti aktualne trende potreb po preventivno promocijskih ali kurativnih programih ohranjanja duševnega zdravja prebivalstva. Zato za tovrstne napovedi postajajo zanimive takšne metodologije, ki zajamejo čim širši spekter dejavnikov, ki vplivajo na posameznikovo blagostanje. Vključujejo tako osebni pogled oz. zaznavanje lastne kvalitete življenja kot tudi določene objektivno merljive dejavnike. Ena izmed novejših metodologij na tem področju je Indeks boljšega življenja, ki ga je razvila OECD, oblikovan pa je na osnovi enajstih ključnih dimenzij blaginje. Indeks korelira tudi z incidenco motenj zasvojenosti, anksioznosti, psihotičnih motenj in motenj razpoloženja. Slovenija z Indeksom boljšega življenja med 34 članicami OECD zaseda skupno 21. mesto.
- ✚ Analiza izraženosti posameznih dimenzij slovenskega Indeksa boljšega življenja je pokazala, da so v slovenskih regijah najbolj pereči vidiki osebne varnosti (kriminalitete in samopoškodbenih vedenj), perinatalnega in splošnega zdravstvenega stanja prebivalstva, ter ogroženosti gospodarskega razvoja. Poleg tega je ugotovljena tudi visoka prevalenca tveganih vedenj (samomorilnost, tvegano vedenje v cestnem prometu, motnje odvisnosti od alkohola in drog) in nizka raven socialne zaščite. Precej pereča sta tudi visoka stopnja razvez med zakonskimi zvezami in poklicno zdravje oz. boleznimi. Relativno dobro urejene so stanovanjske razmere in dostopnost zdravstvenosocialnih storitev in varovanje okolja.
- ✚ Z vidika prednostnega določanja strategij na področju preprečevanja in zdravljenja težav v duševnem zdravju so najbolj pomoči potrebne pomurska, zasavska in spodnjeposavska regija. Vse regije imajo namreč nizko izraženo večino dimenzij Indeksa boljšega življenja, pri čemer so nekatera področja celo nadvse pereča; v pomurski regiji so to izjemno nizka raven socialne zaščite, zdravstvenega stanja prebivalstva in majhne gospodarske razvojne možnosti, v zasavski regiji visoka prevalenca tveganih vedenj in slabo poklicno zdravje, v spodnjeposavski regiji pa je prisotna visoka raven kriminalitete. Spodnjeposavska regija ima v nasprotju z zasavsko in pomursko vsa področja Indeksa boljšega življenja enakomerno slabo razvita, medtem ko so v prej omenjenih regijah variabilno izražena posamezna področja. Osrednjeslovenska regija ima daleč najbolj razvita področja Indeksa boljšega življenja (česaravno tudi tu obstajajo precejšnja nihanja v izraženosti področij), po razvitosti ji sledijo goriška, obalno-kraška in gorenjska regija.
- ✚ V elaboratu smo opravili analizo povezanosti med številom obolelih za motnjami zasvojenosti, razpoloženja, anksioznosti in psihotičnimi motnjami in posameznimi dimenzijami Indeksa boljšega življenja. Rezultati so pokazali, da nekatere dimenzije Indeksa boljšega življenja pomembno korelirajo tudi z incidenco motenj zasvojenosti, anksioznosti, psihotičnih motenj in motenj razpoloženja. Boljše stanovanjske in zaposlitvene razmere, večji občutek osebne varnosti, večje zadovoljstvo z življenjem, večji vpliv na družbene razmere in boljše zdravstveno stanje se povezujejo z manjšo incidenco motenj zasvojenosti. Medtem ko se

anksiozne motnje povezujejo z dimenzijo zaposlenosti in vključenosti v družbo, psihotične motnje z varnostjo in vključenostjo v družbo ter motnje razpoloženja z zaposlenostjo, zadovoljstvom z življenjem in vključenostjo v družbo. Slovenija se je v primerjavi z drugimi državami članicami OECD na kar nekaj dimenzijah Indeksa boljšega življenja, ki so se pokazale pomembno povezane z razvojem težav na področju duševnega zdravja, uvrstila precej pod povprečje držav OECD. Slabša kvaliteta življenja Slovencev v primerjavi s povprečjem držav članic OECD se je odražala predvsem v tem, da je v povprečnem stanovanju na razpolago stanovalcu manj bivalnega prostora, svoje zdravje ocenjujejo slabše, so na splošno manj zadovoljni s svojim življenjem in vzdržujejo manj intenzivne stike s svojimi prijatelji oz. starši. To lahko nakazuje na možnost, da so tudi tveganja za težave na področju duševnega zdravja v primerjavi z ostalimi državami pri nas večja. Do neke mere to potrjuje primerjava števila obolelih za motnjami zasvojenosti, anksioznosti, psihotičnimi motnjami in motnjami razpoloženja v Sloveniji z ostalimi 23 državami. Slovenija se po številu obolelih za nekaterimi duševnimi motnjami v primerjavi z ostalimi državami uvršča dokaj visoko. Pri motnjah zasvojenosti na 7. mesto, anksioznosti na 5. mesto, psihotičnih motnjah na 5. mesto, in motnjah razpoloženja na 4. mesto.

✚ Na področju duševnega zdravja se soočamo tudi s perečim problemom prepozna iskanja pomoči, pozne postavitve prave diagnoze in posledično z zakasnitvijo zdravljenja ter z nezadovoljivim sodelovanjem v zdravljenju. Zlasti pri motnjah, kot so bipolarna motnja razpoloženja, obsesivno kompulzivna motnja, generalizirana anksiozna motnja, socialna fobija, hiperaktivnost z motnjo pozornosti, so opisani problemi še posebej pereči, saj gre za duševne motnje, ki imajo kroničen potek oziroma se epizode rade ponavljajo in je priporočljiva preprečevalna terapija ter redno ambulantno vodenje. Zato smo opravili raziskavo, kjer smo analizirali, kakšna je skladnost med številom bolnikov, ki iščejo pomoč na sekundarni ravni (psihiatrične ambulante) zaradi posamezne duševne motnje, s pričakovanim številom bolnikov s to motnjo. Ugotovili smo, da je število bolnikov, ki poiščejo pomoč, izjemno nizko in se ne sklada s pričakovanim številom bolnikov z zdravstvenimi težavami. Še največje je število bolnikov, ki se zdravijo zaradi psihotičnih motenj, kamor spadajo vse diagnoze od F 20 do F 29. Več kot 40% vseh pričakovanih bolnikov s psihotično motnjo je obiskalo psihiatra v letu 2009. Če vključimo v bipolarno motnjo razpoloženja tudi vse bolnike z manično epizodo, je bil obisk pri psihiatru v letu 2009 pod 10% pričakovanih bolnikov s to diagnozo. Tudi podatki za ponavljajočo se depresivno motnjo niso zadovoljivi, saj je psihiatra v letu 2009 obiskalo manj kot 10% pričakovanih bolnikov.

✚ Zdravstveno vzgojna gradiva in dejavnosti, ki jih je v Sloveniji vsako leto več, lahko bistveno pripomorejo k večji prepoznavnosti in ustreznemu iskanju pomoči. Zato smo podrobneje analizirali stanje pri bipolarni motnji razpoloženja z vidika povezanosti med zdravstveno vzgojnimi in promocijskimi gradivi in iskanjem pomoči v obdobju med 2003 in 2009. Ugotovili smo, da se v opazovanem obdobju število bolnikov z manično epizodo, drugimi afektivnimi motnjami in neopredeljeno afektivno motnjo ni povečevalo. V opazovanem času se je zmanjšalo število bolnikov z trajnimi afektivnimi motnjami in depresivno epizodo. Povečalo pa se je število bolnikov, ki so pomoč iskali zaradi ponavljajoče se depresivne motnje, BMR in shizoafektivne motnje. Ugotovili smo, da promocijske in preventivne zdravstveno vzgojne dejavnosti za področje BMR potekajo že od leta 1997. Identificirali smo 18 različnih dejavnosti, med katerimi izstopajo izdaje pisnih gradiv, kot so prevodi knjig in priročnikov. Priročniki obsegajo tekste, ki so namenjeni odraslim in otrokom. Imamo tudi avtorska dela, ki pa so manj obsežna in so v obliki brošur, ki so dostopne skoraj povsod v zdravstvenih ustanovah. Bolnikom in svojcem so na voljo delavnice, ki pa so zgolj v Ljubljani dvakrat letno in enkrat letno na Primorskem. Bolniki, svojeci in zainteresirana javnost ima na voljo tudi spletne forume. Nakazujejo se trend povečanja števila zdravstveno vzgojnih dejavnosti in števila prepoznanih in zdravljenih bolnikov z BMR, saj se število slednjih v zadnjih nekaj letih

povečuje. Vzročne povezanosti naša raziskava ni ugotavljala, predstavlja pa dobro podlago za ugotavljanje le-te. Še vedno pa je število zdravljenjih bolnikov z BMR sorazmerno nizko in bi zato veljalo proučiti, kje so vzroki za takšno stanje.