

Perspektive:

Duševno zdravje

Dostopnost učinkovite obravnave pri težavah v duševnem zdravju, razvojnih in duševnih motnjah – izzivi, dobre prakse in sistemske priložnosti

UREDNICI: Andreja Mikuž¹, Agata Zupančič²

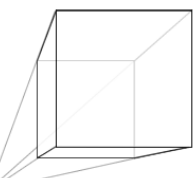
¹ Zdravstveni dom Ljubljana, ² Ministrstvo za zdravje

Uvod.....	2
Kolo sreče	4
Resolucija o duševnem zdravju in svetovalni centri v Sloveniji	5
Center za psihološko svetovanje Posvet	6
Učinkovitost služb za duševno zdravje – ali je res vse narobe?	10
Duševno zdravje študentske populacije – kam naprej?	11
Vlaganje v dobro delujočo mrežo pomeni najprej vlaganje v ljudi	12
Načrtovanje mreže služb za duševno zdravje – kako naj bomo bolj učinkoviti?	13
Duševno zdravje v psihiatrični ambulanti – subjektivni pogled psihiatrinje in psihoterapevke	14
Ali smo v naslednjih 30 letih pri razvoju področja skrbi za duševno zdravje lahko učinkovitejši kot v prejšnjih?	15

Navajajte kot: Mikuž A, Zupančič A Perspektive: Duševno zdravje

Dostopnost učinkovite obravnave pri težavah v duševnem zdravju, razvojnih in duševnih motnjah – izzivi, dobre prakse in sistemske priložnosti. Javno zdravje 2020; 04: 1-18

Prispelo: 21. 1. 2020 Sprejeto: 21. 1. 2020 Korespondenca: andreja.mikuz@triera.net



UVOD

Duševno zdravje je v zadnjem desetletju postalo ena vse pogosteje obravnavanih javnozdravstvenih tem. Lastne izkušnje, predvsem z različnimi razpoloženskimi in anksioznimi motnjami, posamezniki, neredko tudi javne osebnosti, vse večkrat izpostavijo v medijih. Vse prodornejša so tudi združenja bolnikov in njihovih svojcev ter druge nevladne organizacije. Ob ozaveščanju javnosti o potrebni dostopnosti različnih oblik psiholoških pomoči in lobiranju za vpeljevanje svojih storitev v javno financiranje pa so živahne tudi različne interesne skupine. Razkorak med dostopnostjo do psiholoških oblik pomoči v javnem zdravstvu in tistimi, ki bi to pomoč želeli in potrebovali, je ogromen. Ta vrzel odpira priložnosti za podjetništvo in trg je tako preplavljen s številnimi ponudniki različnih oblik pomoči, pogosto tudi zelo dvomljive kakovosti, in izobraževanj zanje.

Posamezniki s težavami v duševnem zdravju so ena najranljivejših populacij. Med pomembnimi dejavniki tveganja za težave v duševnem zdravju je socialna deprivacija. Posebno ranljivi skupini sta otroci in starejši, zlasti ob sočasni revščini. Če upoštevamo transgeneracijsko prenašanje tako ranljivosti za duševne motnje kot socialne deprivacije, dobimo na eni strani skupino posameznikov z izrazitimi tveganji, na drugi pa šibko in nekoordinirano odzivnost sistemov javnega zdravstva, sociale in šolstva. Pomembna ciljna skupina služb za duševno zdravje, ključna za funkcioniranje in zdravje družbe, so delovno aktivni prebivalci. Ocenjena prevalenca duševnih motenj je v evropski regiji 12 %, če vključimo še bolezni odvisnosti pa 15 %; duševne motnje so ob boleznih srca in ožilja in onkoloških boleznih eden najpomembnejših javnozdravstvenih problemov v regiji. Če prištejemo še Evropejce, ki trpijo zaradi nevroloških motenj, kot so demenca, epilepsija in različne vrste glavobola, je prevalenca 50 % (WHO, 2019). Pravočasne in učinkovite oblike pomoči so ključne za potek razvoja motnje in uspešnost zdravljenja. Na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov so učinkoviti sistemi in programi, ki zagotavljajo zgodnje prepoznavanje in obravnavo razvojnih in duševnih motenj ter celostno podporo družinam.

Slovenija je z Resolucijo o Nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18–28, Uradni list RS, št. 24/18) dobila prvi strateški dokument na področju duševnega zdravja, ki celostno in dolgoročno oriše varovanje in krepitev duševnega zdravja v državi ter obravnavo in zdravljenje duševnih motenj. Pravni okvir za ta ključni dokument je Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr, Uradni list RS, št. 77/08). Dolgoletna priprava resolucije se je začela v začetku leta 2009, državni zbor jo je potrdil skoraj desetletje pozneje. Slovenija do tedaj ni imela nobenega tovrstnega programa, pa tudi v drugih nacionalnih programih in strategijah področju duševnega zdravja ni bilo namenjene veliko pozornosti.

Načela in pristopi, ki jih opredeljuje, so bili dolgo pričakovani. Resolucija skrbi za duševno zdravje razume kot eno temeljnih nalog družbe na vseh ravneh in v vseh sistemih ter zajema spekter duševnega zdravja in bolezni. V tokratni številki Perspektiv se usmerjamo predvsem na zdravstveni sistem ter ožje na primarno raven in medsektorsko povezovanje, kar je za področje zdravstvenega sistema tudi temeljno načelo ReNPDZ. Ob implementaciji pa ostaja ključno vprašanje, kako ohraniti in še naprej razvijati prednosti obstoječega sistema, hkrati pa vanj stalno umeščati sodobne, znanstveno in klinično preverjene koncepte in pristope, jih razširiti med različne sektorje ter vključiti različne discipline.

Namen pričujočih Perspektiv je bil predstaviti nekaj razmislekov o učinkovitosti pristopov k zagotavljanju storitev s področja skrbi za duševno zdravje v zdravstvenem sistemu. K predstavitvi različnih pogledov sva povabili strokovnjake več strok, zavezane skrbi za duševno zdravje bodisi v vsakdanjem kliničnem, raziskovalnem ali pedagoškem delu bodisi pri vključevanju v procese razvoja področja in pri vpeljevanju sistemskih sprememb. Poprosili sva jih, naj izhajajo iz vprašanja učinkovitosti, kakorkoli bi jo želeli nasloviti – osebno, sistemsko, klinično. Skušali sva preveriti pomen in vlogo različnih, na prvi pogled morda neprimerljivih členov v skrbi za duševno zdravje v Sloveniji. Vsi predstavljeni sicer niso nujno sestavni del mreže zdravstvenih služb za duševno zdravje, jih pa pomembno dopolnjujejo in v nekaterih vidikih tudi nadgrajujejo. Izpostaviti sva želeli potencialne za razvoj povezane mreže različnih služb in storitev, s katerimi si prizadevamo odgovoriti na potrebe posameznika s težavami v duševnem zdravju.

Začnemo s posebej dragocenim prispevkom **Tomata Koširja**, uveljavljenega in večkrat nagrajenega slovenskega grafičnega oblikovalca, ki je po večdesetletni borbi obeh staršev s socialno prikrajšanostjo, duševnimi stiskami in duševno boleznijo po samomoru izgubil najprej očeta, desetletje pozneje pa še mamo. Zgodbo enega od njiju, ki je uvod v tokratne Perspektive, je orisal na sebi lasten, intelektualno oster in zgovorno jedek način. Za drugo ter za podrobnejšo predstavitev izkušnje iskanja pomoči v preredko razprostrti mreži zdravstvenih storitev mu je ob tokratni priložnosti zmanjkalo tako predpisanega števila besed – kot pravzaprav tudi besed samih.

Svetovalni center za otroke, starše in mladostnike Ljubljana (SCOMS Ljubljana), ki ga je predstavil **Zoran Pavlovič**, ima več kot polstoletno tradicijo varovanja duševnega zdravja otrok in mladostnikov in uveljavljanja timskega

pristopa. Ta, kot je zapisal, presega delitve na »pedagoški«, »socialni« in »zdravstveni« pristop k otrokom v stiski. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana že desetletja neguje in razvija skupnostni pristop k razumevanju in obravnavanju otrok in njihovih družin.

Center za psihološko svetovanje Posvet, kjer delujejo **Onja Tekavčič Grad**, **Anamarija Zavasnik** in **Mojca Vatovec**, je relativno nova organizacija z nekaj več kot desetletje dolgim delovanjem, ki dopolnjuje storitve zdravstvenih služb. Zapolnjuje veliko vrzel in potrebe do dostopnega, strokovnega, brezplačnega svetovanja ljudem v duševni stiski v skoraj vseh regijah Slovenije.

Danila Cotič je bila desetletje potem, ko se je v devetdesetih letih vzpostavila specializacija iz klinične logopedije, le malo pred formalno upokojitvijo ena prvih, na primarni ravni pa prva logopedinja, ki je pridobila naziv specialistke klinične logopedije. Njen prispevek po več kot 40 letih dela v ZD Ljubljana prinaša zgodovinsko perspektivo, prepoznavanje gonilnikov in zaviralcev razvoja področja skozi desetletja.

Katja Belšak in **Maša Naraločnik** sta nosilki kliničnopsihološke dejavnosti v dveh precej različnih zdravstvenih domovih, prva v ZD za študente Univerze v Ljubljani in druga v ZD Velenje. V vsakodnevni klinični praksi se srečujeta z dvema precej različnima populacijama. Študenti v osrednji Sloveniji so bodisi iz Ljubljane ali okolice bodisi začasno priseljeni iz vseh regij v državi in se srečujejo z različnimi bivanjskimi in osebnimi izzivi. Populacijo velenjskega zdravstvenega doma pomembno opredeljujejo tako zgodovinsko prisotna večkulturnost kot aktualna stagnacija gospodarstva, zanj je značilna povezanost lokalne skupnosti z zdravstvenim domom. Prebivalci sosednje koroške regije so na področju duševnega zdravja, odvisnosti in socialnih stisk med najbolj ogroženimi v Sloveniji. Ob zelo različnih izhodiščih in tudi po različnih poteh sta izpostavili isto – pomen dostopnosti ustrezno usposobljenih strokovnjakov kot kazalnika učinkovitega odzivanja zdravstvenega sistema na potrebe populacije.

Sana Čoderl Dobnik iz Psihiatrične bolnišnice Begunje in Katedre za klinično psihologijo in psihoterapijo Oddelka za psihologijo Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani ter predsednica Zbornice kliničnih psihologov Slovenije izhaja tako iz klinične prakse v psihiatrični bolnišnici kot iz perspektive raziskovalke in predsednice strokovnega združenja, ki 15 let dejavno skuša vplivati na procese snovanja zdravstvene politike na področju duševnega zdravja. Izpostavlja tako zahtevnost učinkovitega dela s pacienti s kompleksnimi kliničnimi slikami kot perečo potrebo po vzpostavitvi pregledne, dostopne in odzivne mreže z dokazi podprtih zdravstvenih storitev.

Prispevke zaokroži psihiatrinja in psihoterapevtka **Breda Jelen Sobočan** z lucidnim, sistemskim in okvire klasične psihiatrije daleč presegajočim videnjem vzrokov, sprožilcev in vzdrževalnih dejavnikov težav, motenj in trpljenja ljudi, ki prihajajo po pomoč. Dela v psihiatrični ambulanti s koncesijo, dejavna je v strokovnih krogih in kot literarna ustvarjalka. Posebej tehten je njen razmislek tudi o aktualnem in prihodnjem družbenem kontekstu, ki ga moramo upoštevati tako ob razmišljanju o delu s pacienti kot o vzpostavljanju sistema in nenazadnje o nas samih kot strokovnjakih.

Kolo sreče

Tomato Košir

Oče je bil kolesarski eskapist. V hiši samorastnikov ni bilo denarja za redno menjavo čevljev, a podedovana rja v formi koles jih je prepričala, da bodo posledično krivi nožni prsti najbrž dali še dober aerodinamični izplen. Najmlajšega med njimi je med vožnjami opazil Zanoškar¹, ga vabil v klub, a se je oče po 6. razredu odločil za poklicno šolo.

Stari ata je preživel Dachau, a si je, bržda zaradi postravmatskega sindroma, sam odmeril življenje, ko je bilo očetu sedem let.

Mama mu je za rakom umrla pri trinajstih, skupaj s starejšim bratom ju je vzgajala sestra. Kadar je bilo težko, je oče na sprehod peljal kolo. Poklicni šoli sta sledili službi v Peku in Iskri. Prva plača mu je dala prvo dirkalno kolo. Tudi sicer se je bolj zanašal na kaloričnost kolesarskega zraka kot na svojo zmožnost skuhati hrano.

Oče je bil industrijski oblikovalec, pa mu tega ni nihče povedal. Povedali so mu, da je zabavljaj. Ker je v Iskri običajno oddelal normo v šestih urah, so mu v preostalih dveh dopustili, da je iz ostankov plastike rezkal igrače za sina. Vsak petek, ko sem ga obiskal, sem prejel eno. Dvesto enainštirideset, povečini avtomobilov, nekaj motorjev, helikopterjev in letal, vse unikatne, edina skupna točka so bila kolesa. Da bi vzradostil sodelavce, pa je porezkal še prgišče nožev ter pištol na en naboj, ljubkovalno imenovanih 'nalivnik'. Stoječe delo ga ni motilo, ker je popoldne sedel na kolo.

Ko mi je bilo šest let, ga je v Lescah na kolesu izsilil pijan voznik katrce. Oče ji je z brado parafiral streho v radiusu, ki se ga ne bi sramovale manjše izraelske havbice. A ker je popularno štrapacno vozilo vseeno ohranil v voznem stanju, ga je voznik pustil v blagostanju nezavesti in pretežnega udobja vaškega jarka. Pred spremembo agregatnega stanja se je očetu posvetil šofer avtobusa, a le za toliko, da mu je glavo obrnil vstran, da ga ni zadušila lastna kri. Na Jesenicah so ga z operacijo rešili, a ker si je kirurg tresavico preveč vdano zdravil z alkoholom, mu je med posegom prerezal glasilki. Jesenice so mu dale počen glas, ki pa je meni postal domač in bi mi še zdaj verjetno izvabil magdalenico na srečne čase in manj srečne čaše. Po bližnjem srečanju se je oče odločil, da nadaljuje izročilo, zato mi je prve dni po vrnitvi skrivoma začel sestavljati prvo dirkalno kolo. Železnino so prispevali kosovci, dobil pa je nove črne gume, dodatno obložen sedež, nekaj nalepk, ki bi

zmedle nepoznavalce, in improvizirane podaljške zavornih ročic, da bi jih dosegli otroški prsti. Za repete mu je še porezkal značko CicloTomato. Da bi bil sin dobro viden tudi voznikom renaultov, ga je z dlakopuščajočim čopičem prebarval na rumeno. Še preden so mu sneli vse povoje, je bil na kolesu. Še preden je bil cel, je bil zdrav.

Kadar sem bil pri njem, sva kolesi parkirala v dnevni sobi ter ju loščila s posteljnino, ki je bila pripravljena na pranje. Jaz sem sedel na divanu, on na lesenem Rexu.

V devetdesetih je Iskri pričel ugašati ogenj. Leta je bil na čakanju z 31.000 tolarji, od katerih je odštel še preživnino. Nato stečaj.

Tople vode ni imel, a je še vedno vstajal ob petih, pred tuširanjem oddelal svoje vaje, med njimi pa načrt za iskanje službe.

Nekaj je bilo priložnostnih, a večinoma se je preživljal s preprodajo poceni koles.

Telovadna rutina je ostala, načrt pa je sčasoma zamenjal z željo po invalidski upokojitvi. Pri petdesetih je kolesom Vršič še vedno prevozil v petdesetih minutah, ob tem pa začel medicinske komisije za oceno psihe in telesa prepričevati, da je dela nezmožen. Po nekaj letih je prepričal predvsem samega sebe.

Najini vlogi sta bili že dolgo zamenjani. Kot petletnik sem bil mirovnik in motivator obeh staršev, ki sta me nagrajevala z oceno, da bi se brez mene že davno vdala. Pri očetu sem bil uspešen dvajset, pri mami štiriintrideset let.

Oče mi je motivacijo vračal s poročili o napredovanju svojega načrta ter o kolesih.

Po sedmih letih mu je komisija priznala upokojitev, čemur je sledilo leto ugodnega življenja s toplo vodo, kuhane hrane tako ni bil vajen.

Mene je razbremenilo, zaradi česar sem se lahko bolj posvečal mamini 'bipolarnosti'. Narekovaje uporabljam, ker tudi po štiridesetih letih ni imela končnega imena diagnoze.

Oče zaradi mojega kolobarjenja ni ostal le brez moje terapije, ostal je brez dnevnega načrta ter kmalu brez občutka obče koristnosti. Večinoma je sedel na Rexovem stolu, na kolesu le še redko. Ko je kupil kako kolo, ga je skušal vrniti, ko so mu katerega prodali pred nosom, si je očital nespametnost. Ker je ostal pešec, sem mu posodil svoje, rumeno.

¹ Zvone Zanoškar (1930–2013)

Sčasoma sem ga prepričal, naj pridobi napotnico za psihologa. Dali so mu napotnico za psihiatra. Ker sem njegove simptome poznal na izstrel, tudi ko bi me zbudili ob pol štirih ponoči, sem želel biti poleg. Psihiater je hotel najprej njega samega. Po petnajstih minutah se je oče vrnil oborožen z recepti za sedem zdravil, mene pa je zdravnik kljub vztrajanju hitro odslovil.

Stanje je pripisal očetovem padcu s senika pri sedmih letih. Oče, ki v življenju ni vzel niti aspirina, je jemanje zdravil opustil po nekaj tednih, zato sva proces

ponovila, tokrat še bolj precizna, da za diagnozo in podporo potrebuje kliničnega psihologa. Bila sva neuspešna, menda psiholog leta 2003 ni bil del sistema.

Zadnjič je na kolo sedel, da me je istega junija obiskal za rojstni dan. Štiri dni zatem je s svinčnikom napisal poslovlilo, ga zamenjal za 'nalivnik' in še zadnjič sedel na Rexa.

Resolucija o duševnem zdravju in svetovalni centri v Sloveniji

Zoran Pavlovič, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana

Resolucija o Nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18–28) predvideva vzpostavitev delovne skupine MIZŠ in MZ (s sodelovanjem SCOMS Ljubljana in Maribor, strokovnimi združenji svetovalnih delavcev vrtcev, OŠ in SŠ, CDZOM in CSD). Skupina naj bi določila standard programa in kadrov za svetovalne centre in pripravila pravno formalne podlage. Vzpostavljena naj bi bila že v letu 2018, realizacija že leto dni zamuja (ReNPDZ, 2018).

Ta specifični cilj sledi potrebi po vzpostavitvi mreže svetovalnih centrov v Sloveniji (ob širjenju in krepitvi obstoječih), ki je na več mestih utemeljena v besedilu Resolucije, in sledi priporočilom Svetovne zdravstvene organizacije. Te povzema Resolucija v uvodnem delu in med drugim navaja, da so »storitve skrbi za osebe z duševnimi motnjami v skupnosti slabo razvite in finančno podhranjene, čeprav prve ugotovitve dokazujejo njihovo učinkovitost. /.../ Na področju dela z otroki in mladostniki v okviru šolskih svetovalnih služb sta poudarjeni velika obremenjenost teh služb in prednost organizacije pomoči za otroke s specifičnimi učnimi težavami v sklopu svetovalnih centrov za otroke, mladostnike in njihove starše, ki pa niso enakomerno regijsko zastopani« (ReNPDZ, 2018).

Zakaj je pomembno, da se delovna skupina v najkrajšem času formira in loti dela?

Na tem mestu ni prostora niti ni treba poudarjati kompleksnosti in širine pojma duševnega zdravja, katerega zaščita terja vrsto različnih pristopov na različnih segmentih populacij in problematike, v resnem in konstruktivnem sodelovanju ministrstva in služb za zdravje z resorji, odgovornimi za vzgojo, izobraževanje in socialne zadeve. Za otroke temeljno zaščito predstavlja dobro informirano in okrepljeno starševstvo, v šoli pa klima vključevanja in skrbi, v

kateri šteje in dobi pozornost vsak otrok, pravočasno in z razumevanjem. Specialistično pomoč izven šole lahko prejme le manjši delež otrok, psihiatrična pa se tako in tako nanaša le na resnejše motnje in obolenja, medtem ko pod pojmom duševno zdravje razumemo zdrav razvoj v širokem razponu kognitivnega in čustvenega. Kot je pri odraslem delovna produktivnost eden temeljnih kriterijev zdravja, je za otroka šola tisti prostor, kjer doživi izzive, spozna svoje močne in šibke plati in se sooči tudi z nalogami, ki jim sam ni kos. Šola lahko kompenzira krivične neenakosti med otroki, ki jih prinesejo od doma, a lahko tudi proizvaja poražence. Ni mogoče dovolj poudariti pomena, ki ga imajo pedagoški delavci in šolski svetovalni delavci v podpori otrokom in mladostnikom pri razvoju in reševanju problemov na področju učenja in socialnega vključevanja.

Svetovalni centri pokrivajo množičen in pogosto podcenjen segment problematike. Značilna stranka centra je otrok, pri katerem v predšolskem obdobju niso bile opažene resnejše razvojne motnje ali odstopanja in je integriran v redno osnovno šolo, kjer pa so se pokazale in artikulirale težave. Nekaj je sicer predšolskih otrok, težave se pri drugih pojavijo v srednješolski dobi, nekaj je tudi študentov, a največja skupina otrok je v drugi polovici osnovne šole.

Svetovalni centri se v Resoluciji omenjajo skoraj izključno v povezavi z učnimi težavami. To je poenostavitev, ki je podcenjujoča tako za svetovalne centre kot tudi za učne težave, na kar smo v javni razpravi pred sprejetjem Resolucije tudi pisno opozorili. Otroke res najpogosteje pripeljejo do centra učne težave, a ukvarjamo se z učnimi težavami, specifičnimi učnimi primanjkljaji, motnjami pozornosti/hiperaktivnostjo, čustveno-vedenjskimi motnjami, blažjimi oblikami avtističnega spektra in čustveno travmo; vedno pogosteje se srečujemo s

posledicami konfliktnih ločitev staršev. Vse našete težave se običajno pojavljajo v različnih kombinacijah komorbidnosti, o čemer smo ravnokar izdali tudi strokovno monografijo (Janjušević, 2019). Šole svetujejo staršem, naj otroka naročijo pri nas, ko jim v okviru šole zmanjka resursov za pomoč. Primeri, s katerimi se ukvarjamo, so kompleksni in terjajo timsko obravnavo. V timu imamo otroške/mladostniške psihiatre, psihologe, klinične psihologe, specialne pedagoge, pedagoginjo in logopedinjo, socialne delavke. Celotni opisani tim, vključno z zdravstvenimi dejavnostmi in profili, imamo samo na ljubljanskem svetovalnem centru; drugi pri obravnavah kompleksnih primerov sodelujejo z zdravstvenimi ustanovami, a obravnavajo podobno problematiko.

Po svoji sestavi, pričakovani metodi dela in v veliki meri tudi s problematiko, s katero se srečuje, je Svetovalni center povsem kvalificiran za nosilca Centra za duševno zdravje otrok in mladostnikov. V času, ko vso državo pesti zatečena kadrovska stiska, ki se je dolgo in aktivno vzgajala, ima SCOMS Ljubljana ustrezno strukturo za dva kompletna CDZOM desetletja izkušenj z uspešnim in produktivnim timskim delom, ki presega delitve na 'pedagoški', 'socialni' in 'zdravstveni' pristop k otrokom v stiski. In

vendar k oblikovanju protokolov in metode dela CDZOM in k posredovanju izkušenj SCOMS Ljubljana ni bil niti povabljen.

Svetovalni centri so občinski zavodi. S svojimi lokalnimi okolji se identificirajo, vanje so integrirani in so jim pripadni. Samo štiri slovenska mesta svojim otrokom in družinam zagotavljajo ta nadstandard storitev, za katerega lahko mirno rečemo, da bi moral biti zagotovljen kot pravica na vsem slovenskem ozemlju. V ta namen je dejansko treba razviti mrežo po regionalnem načelu, določiti standarde in sredstva. S tem ne bodo postali državni, še vedno bodo pripadali svojim lokalnim okoljem, s katerimi so tesno povezani, imeli pa bodo poenoteno poslanstvo, kadrovske in druge standarde ter sredstva.

Zato se mora uvodoma omenjena delovna skupina oblikovati in čim prej začeti delati. Okrog Centrov za duševno zdravje OM se dogaja veliko, tudi prah se dviga, a svetovalne centre bo treba osmisлити ravno v razmerju do njih. Pa ne bo šlo tako, da bodo svetovalni centri delali na 'učnih težavah', CDZOM pa 'pravo kliniko'. Tako v praksi ne gre ne sedaj, ko Svetovalni centri bivajo v konstruktivnem sožitju z mentalno-higienskimi dispanzerji zdravstvenih domov (ki so tudi lokalne ustanove), niti ne bo šlo v prihodnje, ker tega kompleksna narava problema ne dopušča.

Center za psihološko svetovanje Posvet

Onja Tekavčič Grad, Anamarija Zavasnik, Mojca Vatovec

Center za psihološko svetovanje Posvet je začel delovati v Ljubljani s podporo Mestne občine Ljubljana leta 2006. Od tedaj kontinuirano vse do danes uporabnikom omogočamo dostopno in brezplačno psihološko svetovanje (brez napotnic ali zdravstvenih kartic, s čakalno dobo do 3 tednov). Posvet je nastal kot enota Slovenskega združenja za preprečevanje samomora (društvo v javnem interesu na področju zdravstva, humanitarna organizacija) zaradi potrebe mnogih v različnih duševnih stiskah, ki še niso bile tako globoke ali bolezenske, da bi morali po pomoč v zdravstveni sistem – torej k psihiatru, bile pa so tako hude, da jim sami niso bili kos in so jih ovirale v vsakdanjem življenju in pri delu. V Sloveniji do tedaj ni bilo, razen v zdravstvu, veliko možnosti za pomoč v duševnih stiskah, ki jih povzročijo različne okoliščine: zakonski in družinski problemi, nasilje in alkohol v družini, problemi z otroki in mladostniki, izgube zaradi ločitve ali smrti, težave na delovnem mestu ali pri študiju, težke ekonomske stiske, osamljenost, težave v starostnem obdobju in druge, ki lahko onesposobijo

posameznika. Mnogi posamezniki v duševni stiski so se zato morali obrniti na že sicer preobremenjene družinske zdravnike ali zasebne psihoterapevte raznih šol, ki nudijo storitve različne kakovosti. Mnogi pa so trpeli v svojih stiskah in niso odšli po pomoč, dokler se stanje ni toliko poslabšalo, da so morali v bolnico, ali so celo poskušali narediti samomor.

Manjkal je torej center, kamor bi lahko ljudje odšli po visoko kvalificirano pomoč, ki bi si jo tudi finančno lahko privoščili in ki bi bila na razpolago čim prej. Veliko posameznikom v stiski je težko vstopiti v zdravstveni sistem, kjer je potrebna registracija in kjer pacient obstane v sistemu z nekim problemom iz spektra duševnega zdravja oz. bolezni. Tega se mnogi bojijo, saj še vedno ostaja stigmatizirana oblika pomoči. Zato je Center za psihološko svetovanje Posvet ostal (in mora ostati še naprej) izven vsakršnega sistematičnega registriranja uporabnikov.

Preden je Center za psihološko svetovanje Posvet začel delovati, je bilo treba najti usposobljene svetovalce z znanjem, izkušnjami in motivacijo, da bi

zaorali ledino tam, kjer je bilo največ potreb – pri stiskah ali celo krizah, ki so hude in naporne za trpečega in jih ne zmore razrešiti sam ali s pomočjo svojcev ali prijateljev. Ko se kriza stopnjuje, pogosto posameznikovi običajni vzorci reševanja niso zadostni, človek v stiski tone vse globlje v svoja občutja neresljivosti in obupuje. Svetovalcev, ki obvladajo tovrstno pomoč v kriznih stanjih, je malo, zato je bilo treba strokovnjake izobraževati. Da ohranjamo visoko raven svetovalnega dela za kliente, moramo izobraževanje ponavljati vsaki dve leti.

Izkazalo se je, da je potreba po tovrstni pomoči še večja, kot smo sprva domnevali. Klientov na Posvetu je bilo vse več, število uporabnikov je raslo eksponentno. Prihajali so iz vse Slovenije, zato smo leta 2015 začeli ustanavljati svetovalnice po vsej Sloveniji. Trenutno je Center za psihološko svetovanje Posvet na razpolago v 13 svetovalnicah po Sloveniji, zastopane so že skoraj vse regije.



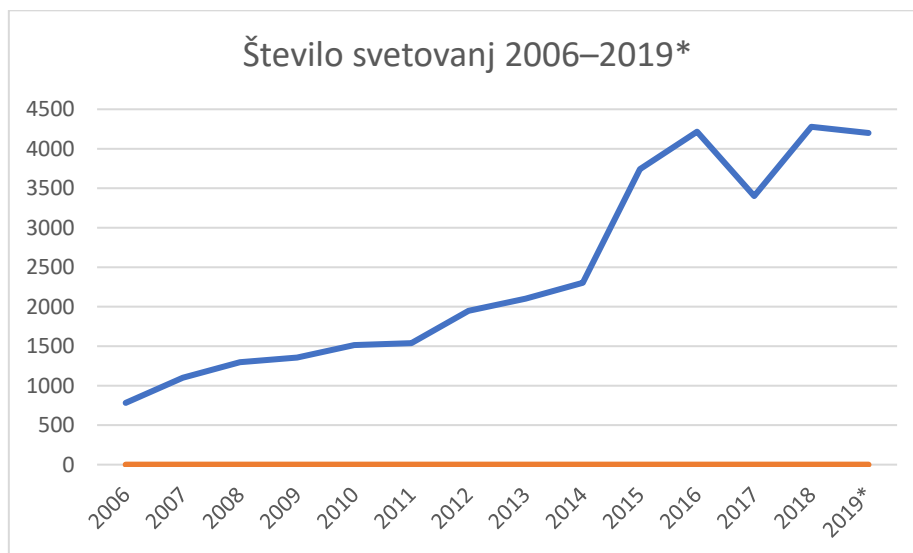
Slika 1: Psihološke svetovalnice Posvet po državi

Program Psihološko svetovanje posameznikom, parom in družinam v duševni stiski sedaj financirajo Ministrstvo za zdravje, Fundacija Fiho, Mestna občina Ljubljana in v manjši meri še 80 slovenskih občin. Zaradi visokega zadovoljstva klientov in pozitivne povratne informacije, ki jo dobijo družinski zdravniki in psihiatri (ti pogosto pošiljajo svoje paciente na Posvet – približno šestina naši klientov je napotena iz zdravstva), nastaja problem podaljševanja čakalnih vrst.

Podvrženi smo financiranju preko razpisov, kar pomeni neredno financiranje, pogost izpad finančnih

sredstev in prepoved lastne udeležbe klientov, ki so sicer povsem pripravljeni dodati minimalni prispevek za materialne stroške. Tak prispevek je v preteklosti delno pripomogel k financiranju mreže svetovalnic, predvsem pa je strokovno upravičen, saj na klienta učinkuje motivacijsko.

Tudi nagrajevanje svetovalcev je nizko in občasno za več mesecev izpade, zato je seveda težko obdržati svetovalce, ki bi za isto delo v zasebnem sektorju dobili tudi do štirikrat večji zaslužek.



*Št. svetovanj za l. 2019 je predvideno na osnovi prvih 9 mesecev.

Slika 2: Število svetovanj 2006–2019

V obdobjih, ko je financiranje pokrilo stroške programa in nam ni bilo treba omejevati storitev, je število svetovanj naraščalo tudi za 25 % letno.

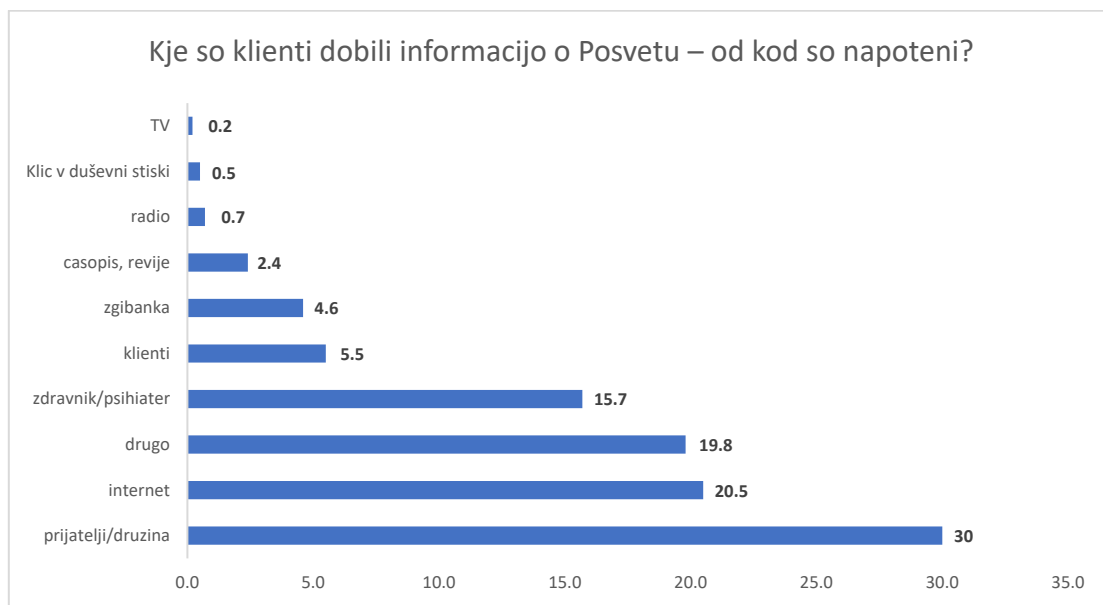
Tabela 1: Število svetovanj in svetovalnic po letih delovanja

Leto	Št. svetovanj	Št. svetovalnic
2006	782	LJ
2007	1100	LJ
2008	1297	LJ
2009	1357	LJ
2010	1514	LJ
2011	1538	LJ
2012	1947	LJ IN KR
2013	2101	LJ IN KR
2014	2303	LJ IN KR
2015	3741	LJ IN 8 SVETOVALNIC
2016	4215	LJ IN 9 SVETOVALNIC
2017	3401	LJ IN 9 SVETOVALNIC
2018	4278	LJ IN 13 SVETOVALNIC
2019*	4200	LJ IN 13 SVETOVALNIC
SKUPAJ	33.774	

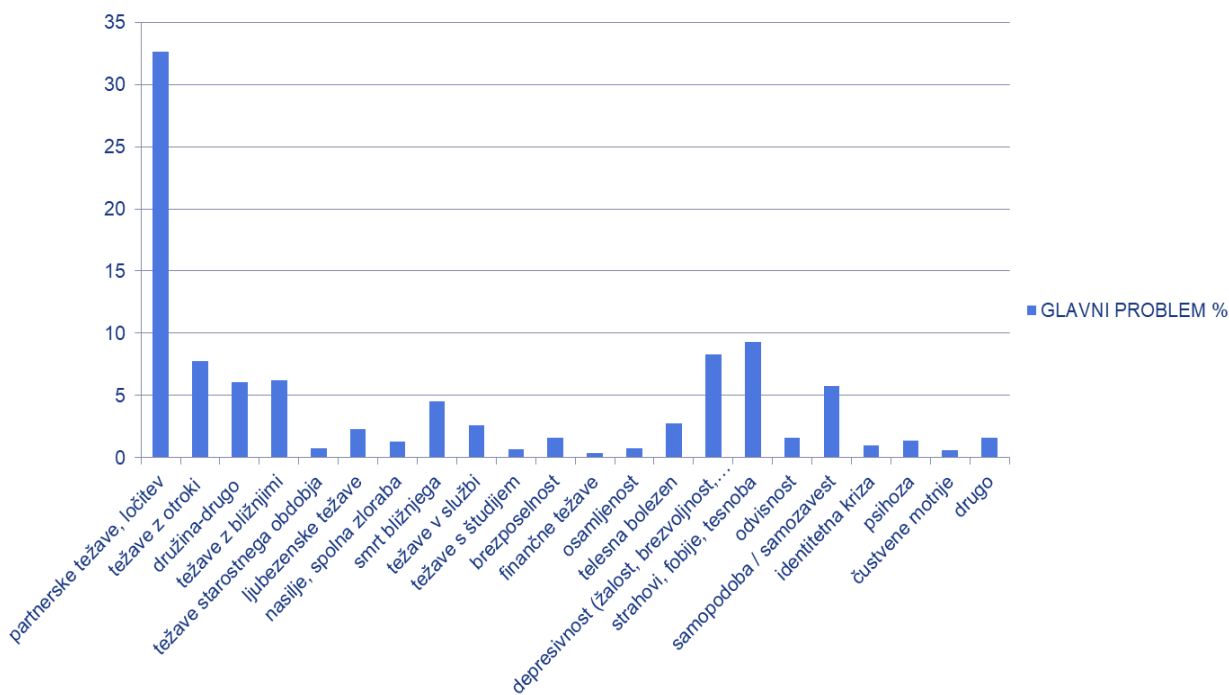
*Št. svetovanj za l. 2019 je predvideno na osnovi prvih 9 mesecev.

Število svetovanj v manjših krajih le počasi, pa vendar konstantno narašča. Mnogo truda je vložena v destigmatizacijo iskanja pravočasne psihološke

pomoči. Skoraj polovici klientov smo prva oblika pomoči – vrata v sistem. Šestino klientov k nam napotijo iz zdravstva, delež teh narašča.



Slika 3: Napotitve v svetovalnice Posveta



Slika 4: Delež obravnav glede na vodilni problem

Dejavnost Centra za psihološko svetovanje Posvet je nujno potrebna prebivalcem potrebna Slovenije. Če bo zaradi težav in zapletov s financiranjem prišlo do zoževanja storitev in ukinjanja nekaterih svetovalnic ali celo do zaprtja Posveta, bo vsako leto 1.800 klientov zasedlo že tako preobremenjene čakalnice splošnih zdravnikov in psihiatrov, povečalo se bo število in podaljšalo trajanje bolniških staležev, pričakovati je tudi več samodestruktivnega vedenja

posameznikov, ki ne bodo dobili pravočasne pomoči, tudi število hospitalizacij bo povečano.

Ohranjanje visokega delovnega duha svetovalcev na Posvetu in njihova pomoč posameznikom v stiski ni povezana le z dobrim internim izobraževanjem, stalno supervizijsko pomočjo in motiviranjem za to zelo naporno delo, pač pa tudi s stabilnimi okoliščinami za delo, kar vključuje redno, zadostno in stabilno financiranje.

Učinkovitost služb za duševno zdravje – ali je res vse narobe?

Danila Cotič, upokojenka ZD Ljubljana

Vabilo k razmisleku, kaj po 47 letih dela z družinami z otroki s težavami v razvoju in funkcioniranju vidim kot bistvene prvine učinkovitosti našega dela na področju duševnega zdravja, je spodbudilo precej razmišljanja. Rekla bi, da k učinkovitosti vodita dva ključa – dobro organiziran in sodelujoč tim ter strokovna usposobljenost in avtonomija vsakega strokovnjaka, ki v deluje v njem. Šele to je podlaga, na kateri lahko zraste medsebojno zaupanje tudi med strokovnjaki in starši, brez katerega ni možno vzpostaviti dobrega delovnega odnosa.

Kot smo pred desetimi leti povzeli ob 50-letnici mentalnohigienskih dispanzerjev v Zdravstvenem domu Ljubljana (Strokovno srečanje ob 50-letnici delovanja mentalnohigienskih oddelkov v ZD Ljubljana, 2009) je bil, ko je postalo očitno, da mora biti obravnava nekaterih bolezni in motenj pri otrocih celostna, leta 1959 v Centralnem otroškem dispanzerju ustanovljen Psihološki oddelek. Njegov namen je bil zaščititi duševno zdravje otrok, mladostnikov in družin in skrbeti zanj. To je bil sestavni del celostne obravnave pacientov v osnovnem zdravstvu. Timsko delo se je začelo s sodelovanjem specialistke klinične psihologije, socialne delavke in medicinske sestre, postopoma se je širilo in leta 1969 so bile na oddelku redno zaposlene specialistka klinične psihologije, socialna delavka, specialna pedagoginja, logopedinja in medicinska sestra, honorarno pa še psihiatrinja in korektivna gimnastičarka. V okviru dispanzerja je teklo sodelovanje s pediatri, razvojno pediatrijo, nevrofizioterapevto, genetikom in otorinolaringologom.

V sedemdesetih letih prejšnjega stoletja so se posamezne ambulante organizirale v mentalnohigienski oddelek, znotraj katerega sta delovala dva tima, eden v otroškem in eden v šolskem dispanzerju; leta 2008 so se timi preimenovali v centre za duševno zdravje. Žal se dejavnost ni enakomerna razvijala naprej in tako po enotah ZD Ljubljana timi še danes niso popolni. Pomemben korak nazaj je pomenilo podeljevanje koncesij posameznim specialistom, naslednja pomembna napaka pa je bila strokovno sporna in povsem neosnovana ukinitvev socialnega delavca kot člana tima, ki jo je leta 2012 izpeljal Zavod za zdravstveno zavarovanje. Kljub večletnim pobudam za sistemsko načrtovanje števila timov in številčnega razmerja strokovnjakov v njih se zdi, da se pri sprejemanju tovrstnih odločitev večdesetletne izkušnje popolnoma spregleda. Pri svojih letih že lahko rečem, da se

zgodovina večkrat ponavlja v tem, da se spet in spet začanja pisati na novo.

Kdaj torej lahko učinkovito delamo? Od mojih začetkov pred skoraj 50 leti do danes je na področju razvojnih in duševnih motenj toliko več védenja, da si najbrž današnji študentje logopedije, psihologije, specialne pedagogike in drugi kar težko predstavljajo naše učenje iz zapiskov v razmerah, ko so bile že knjige redka dragocenost, konference v tujini pa, razen znotraj Jugoslavije, pa povsem nedostopne. Kljub temu pa so posamezniki v tedanjem prostoru prinašali nova, moderna znanja in pristope, ki smo jih povzemali in uporabljali tudi v klinični praksi. Danes je znanje dostopno na vsakem koraku, vendar pa je toliko težje ločiti zrnje od plev. To velja za strokovnjake, še toliko bolj pa za starše, ki iščejo pomoč za svojega otroka, kjer jo je le mogoče dobiti. Po posameznih strokah bi bilo treba izoblikovati smernice dela ter potrebnih znanj in kompetenc.

Še tako usposobljen strokovnjak pa na našem področju ne more dobro delati brez sodelovanja v timu. Dobro timsko delo je izjemno zahtevno. Bistveno je, da člani tima zmorejo skupno postavljati cilje in določati metode obravnave, jasno deliti delo ter se medsebojno strokovno in človeško spoštovati ter upoštevati. Enako je treba vzpostaviti delovni odnos z otrokom in njegovo družino ter strokovnjaki v drugih okoljih, vrtčevskem, šolskem in na področju socialnega dela. Le tako bo trud, ki ga starši vložijo v obiskovanje različnih ustanov, obrodil sadove. Pomemben prispevek k učinkovitosti prispeva tudi vodja tima, ki naj bi poleg strokovne širine razumel, da so pomembni ljudje – tako sodelavci kot pacienti. Združeval naj bi ljudi okoli ciljev ali celo sanj, ki ženejo naprej, ki nam pomagajo, da premagujemo nepremagljivo, da s sodelovanjem in tkanjem najmočnejših vezi dosežemo najboljše.

Kot najbolj pereče ovire pri zagotavljanju učinkovite obravnave vidim dolge čakalne dobe, premalo timskega odločanja o vrsti in ciljih obravnave, veliko število različnih med seboj nepovezanih terapevtov, premalo upoštevane posebnosti posamezne družine. Ena pomembnih vrzeli je odsotnost ustrezno organizirane službe za duševno zdravje odraslih, s katerimi bi lahko timi, ki delajo z otroki in mladostniki, vzpostavili sodelovanje, se od njih učili, kako delati z določenimi skupinami staršev, in se nanje obrnili po pomoč, kadar bi zaznali, da tudi starši potrebujejo zdravljenje.

In nenazadnje – vedno je dobrodošlo, da se starši organizirajo in zahtevajo več pravic za svoje otroke, saj s tem premikajo meje sistema in meje v glavah strokovnjakov. Hudo pa je gledati proces, ki se zgodi vsakih nekaj let, ko se skuša tako v strokovnih kot laičnih krogih ustvariti vtis, da do sedaj ni bilo nič narejeno, da je vse narobe. Tako je spregledana enkrat ena, drugič druga stroka, enkrat je moderna ena, drugič druga diagnoza, enkrat ena, drugič druga

metoda zdravljenja. Zaradi tega moramo, žal, vsakih nekaj let znova upravičevati obstoj posamezne stroke ali službe, namesto da bi nadaljevali tam, kjer so že dobri temelji, in gradili sistem v smeri vsaj približevanja razmeram za učinkovito, pravočasno in sodobno delo z otroki, mladostniki in njihovimi družinami, kadar razvoj ne teče tako, kot bi si za otroka vsi želeli.

Duševno zdravje študentske populacije – kam naprej?

Katja Belšak, Zdravstveni dom za študente Univerze v Ljubljani

Zdravstveni dom za študente Univerze v Ljubljani kot javni zdravstveni zavod od leta 1992 študentom nudi specializirano zdravstveno oskrbo. Za področje duševnega zdravja je ob ambulantah splošnih zdravnikov dolga leta skrbela še psihiatrična, od leta 2011 pa tudi kliničnopsihološka ambulanta. Dobri dve leti delava s študenti dve klinični psihologinji, kljub temu pa je psihološke pomoči še vedno bistveno premalo.

Študenti se soočajo z razvojnimi nalogami odločitve za poklic, študijskim delom, ki zahteva več odgovornosti, hkrati pa se je v tem času treba ločiti od zavetja družine in stopiti v smer avtonomije. Našteto lahko predstavlja dejavnike tveganja za razvoj psihičnih stisk, ob tem ko so dvajseta leta tudi sicer čas začetka večine duševnih motenj. Pri delu v ambulanti se pogosto pokažejo problemi, vezani na določene značilnosti osebnosti (ki že ali pa še ne dosegajo kriterijev za osebnostne motnje), najpogosteje so to odvisnostne značilnosti (nesamostojnost) ali pa katere od mejnih osebnostnih struktur. Številni študenti se spoprijemajo z anksioznostjo in depresivnostjo. Veliko jih je tudi travmatiziranih zaradi nasilja in čustvenih zlorab, ki so jih doživljali v času odrasčanja, posledice česar se povezujejo z različnimi vzorci osebnostnega funkcioniranja, ki so se zaradi tega zgradili.

Leta 2018 je Svetovna zdravstvena organizacija objavila mednarodno študijo o prevalenci in porazdelitvi duševnih motenj pri študentih prvih letnikov (Auerbach idr., 2018), ki je zajela skoraj 14.000 študentov iz osmih držav. Ugotovili so, da ima 35 % študentov težave z duševnim zdravjem. Najpogostejši sta bili huda depresivna (21,2 %) in generalizirana anksiozna motnja (18,6 %).

Navajali so tudi, da je psihološke pomoči glede na potrebe v univerzitetnih naseljih bistveno premalo. Enako je tudi pri nas. Trenutno na psihološko pomoč v našem zdravstvenem domu čaka več kot sto študentov. Pri naročanju jih preusmerjamo tudi v druge ambulante in k virom pomoči, saj takega obsega

dela preprosto ne zmoremo. Mnogi se po pomoč seveda sploh ne obrnejo. Če se naslonimo na tuje podatke o prevalencah, je glede na število vpisov na Univerzi v Ljubljani (Univerza v številkah, 2019) predvidoma v prvih letnikih okoli 1.500 depresivnih in nekaj manj anksioznih študentov.

Kako izboljšati situacijo? Vedno ko v Sloveniji govorimo o duševnem zdravju, pridemo do skupnega imenovalca – premalo nas je. Ni problem v tem, da se ne bi dalo pomagati, da ne vemo, kaj pomaga, ali da ne bi imeli znanj o z dokazi podprtih psihoterapevtskih pristopih. Ampak nas je premalo. Večkrat se »laično« za krajšanje čakalnih dob predlaga tudi krajšanje obravnav, da bi na ta način pomagali več ljudem. Psihoterapevtske edukacije nas pa vendar učijo, da je za spremembe v človeku potreben čas; od nekaj pa včasih tudi do več sto ur. Pa še potem je tako, da nekaterim lahko pomagamo na način, da zaživijo dobro življenje, drugim pa do minimalne zavesti o tem, da imajo pravico do tega, da so lahko živi (McWilliams, 1994). Izkušnje iz ambulante kažejo, da najbolj pomaga, če imajo študenti na voljo dovolj psihoterapevtskih ur, da se lahko lotijo predelave bolečega notranjega doživljanja in življenjskih problemov, ki sprožajo različno simptomatiko (anksiozno, depresivno, obsesivno kompulzivno itd.), njihovo urejanje pa jo zmanjšuje. Peter Fonagy je junija 2019 na konferenci v Londonu navajal najnovejše raziskave o učinkovitosti psihoterapevtske pomoči, ki kažejo ravno to, da se je namesto posameznih simptomov pri človeku, ki trpi, treba lotiti celotnega razpona njegovih težav.

Študenti so populacija, ki potrebuje zadostne vire psihološke pomoči, ne samo zaradi lajšanja psihičnega trpljenja, ampak tudi zaradi ohranjanja izobrazbenega statusa in prehoda v delovna razmerja, s katerimi bodo lahko prispevali k dobrobiti družbe. Nujna je vzpostavitev kakovostne in dostopne mreže storitev. To pomeni tako večjo dostopnost kurativne kliničnopsihološke obravnave kot tudi uvajanje preventivnih dejavnosti na področju duševnega

zdravja študentov. Pomagalo pa bi tudi, če bi zmanjšali administrativne ovire pri dostopu do pomoči in tako omogočili stopenjsko obravnavo psihičnih stisk.

V dobro naših študentov si želim, da bi država in tudi univerza vedno bolj prepoznavali te potrebe kot stanje za nujno ukrepanje, tako kot se to dogaja drugod. Pri Ameriški psihološki zvezi (DeAngeis, 2019) so nedavno objavili prispevek, v katerem ugotavljajo, da

si univerze v ZDA zadnje desetletje vse bolj prizadevajo, da bi naslovile problem duševnega zdravja svojih študentov, saj ugotavljajo porast duševnih motenj med njimi. Kot bistvene ukrepe navajajo usmerjanje pozornosti v duševno zdravje, zagotavljanje povečevanja sredstev in večje zaposlovanje strokovnjakov za pomoč v psihičnih stiskah.

Vlaganje v dobro delujočo mrežo pomeni najprej vlaganje v ljudi

Maša Naraločnik Sinur, ZD Velenje

V preteklih letih sem se imela kot izvajalka strokovnih nadzorov s svetovanjem in kot vodja Sekcije za otroško in mladostniško klinično psihologijo priložnost srečati in izmenjevati izkušnje s kolegi iz vse države. Kot glavna in področna mentorica specializantom klinične psihologije se srečujem tudi z mladimi kolegi, ki polni entuziazma, negotovosti in spoštovanja v svet klinične psihologije šele vstopajo. Seznanila sem se s težavami in ovirami v vsakodnevni klinični praksi v različnih zavodih in srečala primere bolj in manj dobrih praks.

Psihologova poklicna pot v zdravstvu se z opravljenim pripravništvom in strokovnim izpitom šele začne. Začetek je lažji v okoljih, kjer je dejavnost že vzpostavljena in kadar ima možnosti konzultacij s katerim od starejših kolegov. Bistveno težje je, kadar se kliničnopsihološka in/ali psihološka dejavnost vzpostavlja na novo in okolje prepozna potrebe po storitvah s področja duševnega zdravja, hkrati pa ne ločuje med kompetencami posameznih profilov, ki to področje pokrivamo. Za osebne zdravnike je gotovo olajšanje, da imajo v hiši službe, kamor lahko napotijo paciente, ki prihajajo zaradi duševnih stisk. Olajšanje ob navidezno razpoložljivi skorajšnji pomoči verjetno občutijo tudi pacienti. Psihologi brez specialistične izobrazbe, tudi tisti, zaposleni v preventivnih programih, pa breme pričakovanj neredko sprejmejo. Pogosto je tak psiholog daleč naokoli morda edini strokovnjak s področja duševnega zdravja, ki lahko termin ponudi v doglednem času. Pa vendar: kaj lahko ponudi?

Psiholog ima široka znanja o delovanju posameznikov in skupin, značilnostih normativnega razvoja in delovanja posameznikov v različnih razvojnih obdobjih, statističnih in psihometričnih postopkih, se pravi metodologiji raziskovanja in merjenja medosebnih razlik. Manj pa je opremljen z znanji, ki bi mu omogočala raziskati npr. razloge za samopoškodbeno vedenje in odklanjanje hrane pri mladostnici, oceno, ali gre pri starostniku za pozabljanje v okviru značilnega staranja ali začetek

bolezenskega procesa, kdaj, kako in s katerimi službami/ustanovami/sistemi se povezati pri delu z družino pacienta s sindromom odvisnosti od alkohola. Potrebna znanja in kompetence za razumevanje in obravnavo kompleksnih primerov lahko psiholog pridobi le s specializacijo iz klinične psihologije – kontinuiranim štiriletnim procesom izobraževanja v klinični praksi pod mentorstvom izkušenih kolegov ob sočasnem poglobljanju znanj psihopatologije, nevropsihologije, kliničnopsihološkega ocenjevanja in psihoterapije. Šele integracija vseh teh znanj omogoča oblikovanje kakovostne formulacije primera in načrta obravnave na način, ki bo usklajen s potrebami in zmožnostmi pacienta ter bo sledil principom z dokazi podprte klinične prakse. Specializacija iz klinične psihologije tako ni kaprica nekaj posameznikov ali celo statusni simbol, kot lahko pogosto slišimo, ampak nujni pogoj za kakovostno in varno delo.

Poleg stalnega strokovnega izpopolnjevanja, ki je skupno vsem zdravstvenim delavcem, zahteva kliničnopsihološka praksa tudi stalno supervizijo. To je oblika vseživljenjskega učenja, ki omogoča kliničnim psihologom in drugim strokovnjakom na področju duševnega zdravja strokovno, varno in etično opravljanje dela v celotni poklicni karieri.

Slovenija je po številu specialistov klinične psihologije na število prebivalcev na samem repu držav EU. Majhno število strokovnjakov posledično pomeni močno omejeno dostopnost do kliničnopsiholoških storitev in dolžina čakalnih dob je nedopustna. Problem pomanjkanja specialistov klinične psihologije je v zadnjih letih končno dobil nekaj pozornosti snovalcev zdravstvene politike in upajmo, da bodo s pozornostjo prišle tudi rešitve. Strokovni nadzor s svetovanjem se na področju klinične psihologije izvajajo od leta 2016. Sama sem v tem času izvajala nadzor v osmih zavodih. Situacije, ko psiholog brez specialističnih znanj nosi breme obravnave zelo kompleksnih primerov, niso bile redke. Najpogostejši argument vodstev, zakaj je tako, je bil problem neurejenosti financiranja specializacij, ki stroške v

celoti nalaga zavodu. Neredko se je izkazalo tudi, da vodstva o potrebnosti specialističnih znanj pri obravnavi oseb s težavami v duševnem zdravju ali duševnimi in razvojnimi motnjami niso bila dovolj informirana. Kar nekaj je bilo primerov, ko so vodstva sledila predlaganim ukrepom in po nadzoru mlade

kolege napotila na specializacijo. Imela pa sem tudi priložnost srečati zavode, ki svoje kadre na področju duševnega zdravja skrbno načrtujejo in kjer je tudi potreba po tem, da se psihologom omogoči specializacija iz klinične psihologije, dobro prepoznana. Ti naj služijo kot model.

Načrtovanje mreže služb za duševno zdravje – kako naj bomo bolj učinkoviti?

Sana Čoderl Dobnik, Psihiatrična bolnišnica Begunje, Katedra za klinično psihologijo in psihoterapijo Oddelka za psihologijo Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani, Zbornica kliničnih psihologov Slovenije

Slovenija ima bogato tradicijo ambulantne dejavnosti na področju duševnega zdravja, ki se je začela oblikovati že konec 50. let prejšnjega stoletja z ustanovitvijo prvih mentalnohigienskih oddelkov oz. dispanzerjev. Na tem področju so slovenski specialisti klinične psihologije orali ledino na ravni ambulantne skrbi za duševno zdravje, ljudem pa je bil omogočen neposreden dostop do diagnostične, svetovalne in psihoterapevtske obravnave pri kliničnih psihologih (Podkrajšek, 2010, Belšak 2011). 70 let pozneje se po epidemioloških podatkih tako v Sloveniji kot tudi preostalem razvitem svetu soočamo s porastom težav v duševnem zdravju. V porastu so predvsem različne oblike depresivno-anksioznih motenj, ki so pogojene z neugodnimi družbenimi spremembami v razvitem svetu (Wittchen idr., 2011). Te v kombinaciji z večjo diagnostično občutljivostjo, manjšo stigmatizacijo zdravljenja in obenem tudi spretno zakritim oglaševanjem zasebne psihoterapevtske ponudbe v medijih soprispevajo k povečanemu koriščenju zdravstvenih storitev na področju psiholoških oblik zdravljenja. In koliko resne psihološke pomoči je ljudem na voljo v zdravstvenem sistemu? Bore malo. Glede na število specialistov klinične psihologije na 100.000 prebivalcev smo v Sloveniji s 6 kliničnimi psihologi na nezavidljivem evropskem dnu (World Health Organization, 2013).

Duševne motnje so z biološkega, psihološkega in socialnega vidika tako heterogene, da zahtevajo individualiziran in ne manualiziran pristop k zdravljenju (Roth in Fonagy, 2005). Ta obravnava bi se morala začeti na ambulantnem nivoju, vendar je nedopustno, da pacient po opravljeni diagnostiki pri kliničnem psihologu čaka na indicirano terapevtsko obravnavo še leto ali dve. Raziskave o čakalnih listah na področju psiholoških obravnav jasno kažejo, da hiter dostop do terapije pospešuje pacientovo vključenost v terapevtski proces (Reitzel idr., 2006). Obenem pa vemo tudi, da lahko s psihološkimi oblikami zdravljenja najbolj pomagamo prav

pacientom, ki bi morali dobiti obravnavo na primarni ravni, in sicer so to pacienti, ki niso zelo obremenjeni s simptomi, funkcionalno oškodovanostjo in kompleksnostjo težav in ki jim lahko s primerno psihološko obravnavo pomagamo preprečiti pojav poznejših resnejših duševnih motenj s hujšimi zapleti (Levy in Clarkin, 2003).

Sama kot najbolj pereč problem v aktualnem okviru vidim način ureditve širitve mreže strokovnjakov in predvsem financiranje specializacij iz klinične psihologije, kar ostaja že dolga desetletja nerešeno vprašanje. Z ustrezno mrežo strokovnjakov po Sloveniji in dovolj hitro diagnostiko, ki bi ji sledile z dokazi podprte in stopnjevane terapevtske intervencije, bi se lahko izognili marsikateri hospitalizaciji, dolgotrajni bolniški odsotnosti, povečali delazmožnost, preprečili zaplete osnovnih težav in kronifikacijo posameznih duševnih motenj.

Da bi ponovno zgradili učinkovit zdravstveni sistem pomoči, bi bilo treba v Resoluciji o Nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 upoštevati bogato tradicijo mentalnohigienskih dispanzerjev. Po dveh letih spremljanja implementacije resolucije si upam tudi trditi, da bi bilo potrebno in koristno preprečiti težnje k vodenju in distribuiranju nalog s strani posameznikov namesto predstavnikov posameznih strok. Učinkovit sistem skrbi za duševno zdravje populacije je lahko namreč zgolj in samo v medsebojnem sodelovanju različnih zdravstvenih strok v tistih primerih, ki zaradi narave problematike zahtevajo dopolnjevanje raznolikih znanj z namenom največje možne pomoči našim pacientom. Učinkovito načrtovanje skrbi za duševno zdravje bi moralo skupaj z obstoječimi zdravstvenimi zavodi, ki imajo na področju skrbi za duševno zdravje populacije dolgoletno in bogato tradicijo. Spoštovanje znanja in izkušenj v slovenskem prostoru ter upoštevanje raznolikih strokovnih prispevkov v timski obravnavi je pravzaprav edina mogoča Perspektiva.

Duševno zdravje v psihiatrični ambulanti – subjektivni pogled psihiatrinje in psihoterapevtke

Breda Jelen Sobočan, zasebna psihiatrična ambulanta

Več kot 30 let dela v splošni psihiatrični ambulanti spremeni in ukrivi pogled na duševno zdravje. Zavedam se, da je spodnji vtis subjektiven. Pojavljanje klasične duševne bolezni je stabilno. Se pa v klinični praksi sčasoma močno pokaže vpliv družbenega konteksta. Družbena ureditev, ureditev plačanega dela in delo v neplačanem, domačem okolju, socialna skrb in občutljivost družbenih struktur za ranljive skupine, delitve vlog v družini, pomen spola, uporaba in zloraba moči še kako vplivajo na naša neposredna, osebna življenja. Nekaj, kar je odraz družbenih diskurzov, vzamemo osebno in mislimo, da je naš osebni problem.

Simptomi, razlogi in razlage problemov posameznika in družin se spreminjajo. Raziskati, kaj dela ljudi anksiozne, depresivne, nesrečne, jezave, je pomembna naloga ambulant. Pokaže se, da so razlogi za duševno trpljenje najpogosteje povezani z najbližjimi vezmi: ustvarjanje, rahljanje, trganje, zaključevanje bližnjih odnosov nas pogosto zelo boli. Pa ne samo oddaljenost, pogosto je neznosna tudi bližina ... Ampak vse to, osebno, je postavljeno v družbeni kontekst. Vrednote, zahteve kapitala, revščina, družbene norme in povezanost ali fragmentacija skupnosti so humus naših odnosov.

Pred desetletji so prihajali ljudje, ki so v otroštvu pretrpeli vojno ali dve, rasli v revščini in običajno v velikih družinah. Mnogi so bili zanemarjeni, omalovaževani, maltretirani. Alkohol je bil in ostaja zelo ljubljen nadomestek za praznino notranjega sveta. Patriarhalna ureditev in alkoholizem sta mnogim dajala jasno dovoljenje za odkrito nasilje, najpogosteje nad ženskami in otroki. Tako prikrajšani posamezniki so v odraslosti razvili duševne težave, ki so zaradi osebne zgodovine močno vplivale na njihovo zmožnost delati in ljubiti.

Sedaj so popolnoma drugačni časi. Še nikoli nismo imeli toliko materialnega blagostanja in udobnega življenja. In vprašanje je, če so bili ljudje že kdaj tako egocentrični. V ambulanto že prihajajo 'produkti' tega časa. Okolje vpliva na vse generacije, vse nas spreminja. Težko je za mnoge stare ljudi. Težko je v skupnostih šolarjev, trki vrednot so včasih neznosni.

Družbena neenakost že jemlje svoj davek. Najbrž pa imajo najdaljnosežnejše posledice lastnosti okolja, v katerem se odvija najzgodnejši razvoj novih generacij. Oba starša sta običajno vpeta v izjemno negotove, slabo plačane, kratkotrajne in izkoriščevalske oblike dela. Kljub zaposlenosti obeh mlade družine pogosto živijo v skriti revščini. Neoliberalni družbeni red rad služi na čustvenih pritiskih na najranljivejše člene družbe.

Grenko-sladka izkušnja zgodnjega otroštva pušča močne sledi v vsakem posamezniku v celotni generaciji. Vedno je bilo in vedno bo boleče biti majhen, nebogljn, odvisen. Od kod perverzno poimenovanje porodniški 'dopust' za čas, ki ga – običajno – mlada mama preživlja v tem skrajno zahtevnem in za vedno pomembnem obdobju, kjer bo odnos družbe in družbenih praks, prepričan in vrednot postal del nevronske zvez, ki se bodo masovno ustvarjale pri njenem dojenčku (in njej) v tem času? Še vedno, kljub zakonsko idealnemu omogočanju bližine paru mama-otrok, ne moremo priti do realno kakovostno postavljenih odnosov med večino negovalcev in razvijajočim se dojenčkom, potem malčkom, otrokom, najstnikom ... Dovolj dobro (po Winnicottu) bi bilo, da tolažimo, ko je potrebna tolažba, in omejujemo, ko je potrebno discipliniranje. Pogosto pa delamo ravno obratno ...

Na videz prijazno okolje, polno sodobne instrumentalne povezanosti, poveča ne-znajdenost mladih staršev v zahtevni starševski vlogi. Izolacija jedrne družine pogosto onemogoča dovolj dobro povezanost odraslih v podpori mladega para, ki mora podpreti razvoj otroka. Očetovstvo je ena najbolj spreminjajočih se vlog v družini, zelo pogosto na bolje, ne pa vedno.

Še vedno Slovenci cenimo zadetost, alkoholu se pridružuje cela vrsta substanc. Nasilje je postalo skrito, pa nič manj prisotno. Politična korektnost zahteva, da se ne napada odkrito. Omalovaževanja in zanemarjanja ne opažamo manj, samo bolj zapleteno je. Rane so podobne, klinične slike pa drugačne. Oblika globokih prikrajšanosti samo spreminja masko.

Ali smo v naslednjih 30 letih pri razvoju področja skrbi za duševno zdravje lahko učinkovitejši kot v prejšnjih?

Andreja Mikuž, Zdravstveni dom Ljubljana, Agata Zupančič, Ministrstvo za zdravje

Po triletnem pospešenem dogajanju ob sprejemanju in začetkih implementacije ReNPDZ18–28 je očitno, da oblikovanje učinkovitih strategij razvoja zdravstvenih storitev na področju duševnega zdravja terja širok interdisciplinarni in tudi medresorski dialog. Nujen je vsaj zadosten konsenz o prioritetah in poteh do njihovega uresničevanja. ReNPDZ18–28 je resda naslovlila desetletno obdobje, ampak do sistemskih sprememb prihaja počasi in doseženo bo podlaga za delovanje mreže za duševno zdravje vsaj 20 let in dlje.

Dveletne izkušnje po začetnem zagonu in optimizmu, ki ga je prinesel končno sprejeti strateški dokument, pričajo o zahtevnosti koordinacije tako velikega projekta. Gre za izjemno odgovorno nalogo, ki bo imela daljnosežne posledice. Uresničevanje zavez resolucije je preizkusni kamen profesionalizma vpletenih služb in posameznikov ter odgovornosti do uporabnikov storitev s področja duševnega zdravja, njihovih bližnjih in njihovih vrtčevskih, šolskih in delovnih okolij. Izjemno pomembna je tudi odgovornost do javnega denarja, s katerim se financira delovanje zdravstvenih in drugih služb.

Neizogibno je vprašanje, ki si ga je za ožje področje zdravljenja odvisnosti v Perspektivah, posvečenih alkoholu, zastavila Maja Rus Makovec (2018) – če ga nekoliko razširiva: kako to, da predstavniki različnih strok, NIJZ, Ministrstva za zdravje, Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve ter Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport, Združenja zdravstvenih zavodov, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in drugi deležniki z veseljem, zaupanjem, tovariško in z veliko lahkoto ne sodelujejo med seboj in drug z drugim?

Zdi se, da se kopja lomijo tako med posameznimi strokami in znotraj njih kot med ravnmi zdravstvenega sistema. Tako se vzdržujejo in krepijo napetosti in tekmovalnost v kontekstu financiranja in moči odločanja. To vsekakor ni samo značilnost akterjev na področju duševnega zdravja niti lastno samo področju zdravstva, nedvomno pa terja krepko mero samorefleksije. Samorefleksije o tem, kaj nas ovira, da bi postavili za uporabnika in za strokovnjake pregleden sistem programov in ponudnikov storitev z jasnimi indikacijami, kliničnimi potmi in stopnjevanimi intervencijami, s katerim bi sledili principom tako dostopnosti kot z dokazi podprte klinične prakse.

Z dokazi podprta klinična praksa nikakor ne pomeni izključno izvajanja manualiziranih ter v obsegu in vsebini jasno predpisanih programov in storitev.

Zahteva dobro usposobljenega, izkušenega strokovnjaka, ki v procesu sprejemanja kliničnih odločitev zna in zmore integrirati raziskovalne dokaze, klinične izkušnje ter značilnosti in preference pacienta. Je transdisciplinarni, idiografski pristop, ki 'per se' vsebuje predpostavko vseživljenjskega učenja. Strokovnjaki potrebujejo dodatne veščine, da lahko dejavno sintetizirajo in integrirajo raziskovalne podatke v svojo klinično prakso in proces sprejemanja odločitev skupaj s pacientom. Razvijanje in krepitev teh veščin sta bistveni del usposabljanja za klinično delo (Spring, 2007). Ideja o reduciranju storitev na izvajanje manualiziranih programov je resna grožnja učinkovitemu pacientu ali skupini pacientov prilagojenemu kliničnemu delu. Kot področje razdela Breda Jelen Sobočan in v svojem prispevku izpostavi Sana Čoderl Dobnik – duševne motnje so z biološkega, psihološkega in socialnega vidika tako heterogene, da zahtevajo individualiziran in ne manualiziran pristop k zdravljenju (Roth in Fonagy, 2005).

V Sloveniji specialistično obravnavo pacientov z duševnimi motnjami na primarni ravni izvajajo klinični psihologi, psihiatri in pedopsihiatri v sodelovanju s timi dispanzerjev za duševno zdravje, kar je eden od modelov dobre prakse, kot jih v svojem prispevku navaja Maša Naraločnik Sinur. Zgleden primer organiziranosti služb za duševno zdravje je SCOMS Ljubljana, naša vodilna ustanova s področja duševnega zdravja otrok in mladostnikov, ki izvaja tako zdravstvene kot pedagoške programe, v nevladnem sektorju pa opisana mreža svetovalnic Posvet.

Posvetu in SCOMS Ljubljana je skupno, da sta zrasla iz pobud civilne družbe. Prvi leta 1966 s pomočjo Društva prijateljev mladine in drugi 40 let pozneje kot enota Slovenskega združenja za preprečevanje samomora. Izhajata iz pozitivnega koncepta duševnega zdravja in multidisciplinarnega pristopa, skrb za razvoj stroke in stalno izobraževanje kadrov pa sta prednostnega pomena. Hkrati se v vsem času svojega delovanja soočata z vprašanjem urejanja lastnega statusa in s tem povezanega financiranja, v primeru Posveta pa tudi z zagotavljanjem ustreznega vrednotenja dela strokovnih delavcev. Oba sta do določene mere brez trajne umestitve v sistem oz. formalne dorečenosti svojega financiranja in vsaj deloma tudi svojega poslanstva. V mnogih kriterijih po ravni storitev in skrbi za razvoj strokovnjakov in

programov ter v povezovanju s širšim okoljem presegata raven delovanja povsem zdravstvenih služb.

V številnih zdravstvenih zavodih strokovnjaki nimajo dostopa do potrebnih specializacij, izobraževanj in z dokazi podprtih diagnostičnih in terapevtskih pristopov ter supervizije. Učinkovitost služb pomembno ovirajo nedopustne čakalne dobe, ta je lahko samo za prvi pregled pri kliničnem psihologu, pedopsihiatru ali logopedu tudi daljša od enega leta.

V zgodbi Tomata Koširja sta poleg opisane življenjske zgodbe njegovega očeta še vsaj dve, tokrat nezapisani perspektivi neke družine in njenih članov. Zgodbi o trpljenju, bližini in oddaljenosti, skrbi, o premagovanju ovir in o zamujenih priložnostih. Podobnih zgodb imamo ob prevalencah duševnih motenj in bolezni odvisnosti med starši, ki po svojih močeh skrbijo ali pa ne uspejo skrbeti za svoje otroke, veliko. Vodilni vzrok daleč največjega deleža obiskov Posvetovih posvetovalnic so partnerske težave in ločitev, Breda Jelen Sobočan pravi, da so razlogi za duševno trpljenje najpogosteje povezani z najbližjimi vezmi. Tudi v zdravstvenem sistemu v zadnjih letih pogosto teče beseda o pravočasnem prepoznavanju rizičnih okoliščin, v katerih se rojevajo in odraščajo otroci. Ob prenovah preventivnih programov vse več pozornosti namenjamo senzibilizaciji različnih skupin zdravstvenih delavcev za prepoznavanje dejavnikov tveganja duševnih in razvojnih motenj ter uvajamo različna sistematična presejanja. Pomemben je prispevek projekta Skupaj za zdravje Nacionalnega inštituta za javno zdravje v okviru programa Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014 (program Zdaj), ki je prinesel predloge za obogatitev vsebin preventivnih programov za otroke in mladostnike ter njihove družine. Žal pa ob tem trčimo ob zmeraj isto oviro: zaradi podhranjenosti služb na področju duševnega zdravja ne zadostimo enemu osnovnih pogojev za uvajanje presejanja – da so na voljo ustrezni programi sekundarne in terciarne preventive in zdravljenja (Andermann idr., 2008).

Za premagovanje vrzeli med potrebami in storitvami, ki so na voljo, je Ministrstvo za zdravje v zadnjih dveh desetletjih z rednim sofinanciranjem t. i. programov varovanja in krepitve zdravja, ki jih izvajajo neprofitne nevladne organizacije in javni zavodi, spodbudilo razvoj številnih preventivnih programov. Namen javnih razpisov je bil predvsem spodbujati izvajanje programov, ki obravnavajo posamezne pomembne javno-zdravstvene probleme ter uresničevanje ciljev različnih nacionalnih strateških dokumentov.

Sprva sredstva s teh javnih razpisov niso bila namenjena duševnemu zdravju, šele z javnim razpisom v letih 2009/10 je bila izrecno razpisana tema za programe duševnega zdravja. Pomemben vir

za to področje je bil v letih 2015 in 2016 tudi program Norveškega finančnega mehanizma in postopoma smo uspeli s sistematičnim vlaganjem podpreti in omogočiti razvoj številnim, najprej inovativnim oziroma pilotnim projektom, ki so sčasoma prerasli ta format, postali prepoznavni in iskani s strani uporabnikov ter so danes tudi del Akcijskega načrta ReNPDZ18–28. Ti programi pomembno dopolnjujejo obstoječe storitve v javnozdravstvenem sistemu, sistemu vzgoje in izobraževanja ter v skupnosti. Zagotavljajo pomoč ljudem v stiski in so dopolnilna dejavnost obravnavam psihiatrov, družinskih zdravnikov, centrov za socialno delo ter zavodov za zaposlovanje. Preko razpisov so tako sofinancirani programi *Psihološko svetovanje posameznikom, parom in družinam v duševni stiski*, treningi starševstva *Neverjetna leta*, ki bodo vključeni tudi v dejavnost centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov na primarni ravni ter v zadnjem obdobju program, ki prispeva k opismenjevanju o duševnih motnjah ter virih učinkovite pomoči *Omra – Opismenjevanje o motnjah razpoloženja in osebnostih motnjah*.

Zagotavljanje finančnih virov je nujen, ne pa tudi zadosten pogoj za implementacijo novih programov in sistemskih rešitev. Prav učinkovito črpanje finančnih sredstev se kaže pri projektih v okviru *Operativnega programa za izvajanje evropske kohezijske politike* kot poseben izziv. Kako bi vendarle lahko v večji meri črpali ta sredstva, še zlasti sredstva, ki so posebej namenjena izobraževanju, usposabljanju in superviziji? Sistematična skrb za vlaganje v že tako maloštevilne strokovnjake in zagotavljanje kakovosti obravnav namreč še zdaleč ni samoumevna, temveč vse prevečkrat zaznana kot nepotreben strošek. Investicija se še zmeraj razume predvsem kot vlaganje v gradnjo novih prostorov in ne tudi povečanje kompetenc strokovnih delavcev ter zagotavljanje pogojev za učinkovito delo s pacienti. Ovire prepoznamo na različnih ravneh in podpornih službah, vsekakor pa so ključne vrednote in prioritete vodstev zdravstvenih zavodov. Obenem je nujno potrebno vzpostaviti sistem vsebinske presoje različnih programov in storitev ter sistem opismenjevanja zdravstvenih delavcev in uporabnikov pri izbiri ustreznih oblik pomoči.

Implementacijo zarisanih sprememb določajo kultura in vrednote posameznih organizacij, motivacija strokovnjakov v klinični praksi in v podpornih službah za zaznavo vrzeli med sedanjo prakso in želenim stanjem ter motivacija za medsebojno sodelovanje.

Zdi se, da je za učinkovito načrtovanje razvoja področja mogoča le ena razvojna perspektiva – vzpostavitev konstruktivnega strokovnega dialoga. Ob spoštovanju sedemdesetletne tradicije programov s

področja duševnega zdravja na primarni ravni, prepoznavanju potreb strokovnjakov v klinični praksi in potreb pacientov ter spoštovanju vlog in nalog vseh deležnikov v zdravstvu – služb Ministrstva za zdravje skupaj z razširjenimi strokovnimi kolegi, Nacionalnega inštituta za javno zdravje, Združenja zdravstvenih zavodov, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, zdravstvenih zavodov na vseh treh ravneh zdravstvenega sistema ter strokovnih združenj in združenj bolnikov. Ali bo zdravje in ožje

duševno zdravje prioriteta državne in lokalne politike in mu bomo namenjali zadostne finančne in človeške vire, pa je seveda širše družbeno vprašanje in zahteva politično podporo. Z vsakim dnem, ko z neučinkovitim delovanjem izgubljam čas in denar, ki bi ju morali vložiti v učinkovite programe pomoči, smo soodgovorni za posledice in breme duševnih motenj za posameznike, njihove družine in celotno družbo. Tudi za prezgodnje smrti.

LITERATURA:

1. Andermann A. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008;86(4):317-319.
2. Auerbach R, Mortier P, Bruffaerts R, Alonso J, Benjet C, Cuijpers P et al. WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. 2018;127(7):623-638.
3. Belšak K, Dougan K. Temnemu srednjemu veku vedno sledi renesansa. Intervju s prof. Katjo Dougan. *Klip*. 2011;4(8):29-38.
4. DeAngelis T. College students' mental health is a higher priority [Internet]. <https://www.apa.org>. 2019 [cited 11 April 2020]. Pridobljeno s: <https://www.apa.org/monitor/2019/12/numbers-college.html>
5. Fonagy P. Empathy and Compassion in the Process of Healing. Presentation presented at; 2019; Attachment and Trauma Conference.
6. Janjušević P. Komorbidnost psihosocialnih motenj pri otrocih in mladostnikih. Ljubljana: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše; 2019.
7. Levy K, Clarkin J. The influence of client variables on psychotherapy. In: Lambert M, ed. by. Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 5th ed. New York: Wiley; 2003. p. 194-226.
8. McWilliams N. Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process. New York: Guilford Publications; 1994.
9. Mental health: Fact sheet [Internet]. WHO Europe. 2019 [12 December 2019]. Pridobljeno s: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/404851/MNH_FactSheet_ENG.pdf?ua=110.
10. Podkrajšek R. Najprej moramo razumeti življenje, potem bomo razumeli koncepte in jih prenesli v svoje delo. Intervju s prof. Petrom Praperjem. *Klip*. 2010;3(7):70-75. 11.
11. Reitzel L, Stellrecht N, Gordon K, Lima E, Wingate L, Brown J et al. Does time between application and case assignment predict therapy attendance or premature termination in outpatients?. *Psychological Services*. 2006;3(1):51-60.
12. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18–28, Uradni list RS, št. 24/18).
13. Roth A, Fonagy P. What works for whom?. New York: Guilford Press; 2006. Rus Makovec, M. idr. *Perspektive: Alkohol*. *Javno zdravje* 2018; 2(1): 49–59.
14. B. Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*. 2007;63(7):611-631. Strokovno srečanje ob 50-letnici delovanja mentalno-higijskih oddelkov v ZD Ljubljana. Pridobljeno s <https://www.zd->

[lj.si/zdli/index.php?option=com_k2&view=item&id=633:strokovno-srecanje-ob-50-letnici-delovanja-mentalno-higienskih-oddelkov-v-zd-ljubljana&Itemid=1001](https://www.uni-lj.si/zdli/index.php?option=com_k2&view=item&id=633:strokovno-srecanje-ob-50-letnici-delovanja-mentalno-higienskih-oddelkov-v-zd-ljubljana&Itemid=1001)

15. Univerza v številkah [Internet]. Pridobljeno 22. 12. 2019 s https://www.uni-lj.si/o_univerzi_v_ljubljani/univerza_v_stevilkah/
16. Wittchen H, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*. 2011;21(9):655-679.
17. World Health Organization. *Mental Health Atlas 2013*. Geneva: World Health Organization; 2013.
18. World health organization (2019). *Mental health: Fact sheet*. Pridobljeno 12. 1. 2020 s http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/404851/MNH_FactSheet_ENG.pdf?ua=1
19. Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr, Uradni list RS, št. 77/08).
20. Zdaj [Internet]. Preventivni program za novorojenčke, dojenčke, predšolske, šolske otroke in dijake. Pridobljeno 22. 12. 2019 s <https://www.nijz.si/sl/www.zdaj.net>