



»Znanje strokovnjakom, pomoč ljudem – MOČ«

Ključni rezultati in ugotovitve projekta ter predlog smernic za oblikovanje
ukrepov na področju javnega duševnega zdravja

**Saška Roškar¹, Urška Kolar¹, Nuša Konec Juričič¹, Ksenija Lekić¹, Alenka Tančič Grum¹,
Mirna Macur¹, Helena Jeriček Klanjšček¹, Tatjana Škornik Tovornik¹, Mihaela Törnar¹, Vita
Poštuvan², Bogdan Dobnik³, Mojca Vatovec⁴, Anka Zavasnik⁴, Onja Tekavčič Grad⁴**

¹ Nacionalni inštitut za javno zdravje

² Univerza na Primorskem, Inštitut Andrej Marušič

³ Nacionalno združenje za kakovost življenja - OZARA

⁴ Slovensko združenje za preprečevanje samomora - POSVET

Ljubljana, junij 2016



KAZALO

PREDGOVOR	1
IZHODIŠČA	2
Predstavitev projekta	2
Namen publikacije.....	4
Povzetek ključnih ugotovitev projekta MOČ.....	5
PRVI DEL	10
KLJUČNE UGOTOVITVE PROJEKTA MOČ.....	11
Delovni sklop: Informiranje in obveščanje	11
Delovni sklop: Izobraževalni program iz vsebin duševnega zdravja in preprečevanja samomora za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni in druge.....	13
Delovni sklop: Dopolnitev obstoječih svetovalnic z novimi storitvami in postavitve novih svetovalnic za odrasle v prehodni duševni stiski.....	19
Delovni sklop: Ozaveščanje	24
DRUGI DEL	27
SMERNICE ZA IZVAJANJE UKREPOV NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA	28
Pregled ugotovitev drugih študij	28
Smernice za izvajanje ukrepov na področju duševnega zdravja v Sloveniji	31
Smernice za izvajanje ukrepov na ravni splošne javnosti	33
Smernice za izvajanje ukrepov na ravni lokalne skupnosti	34
Namen in doprinos mreže svetovalnic	36
Trajnostno delovanje mreže svetovalnic in izzivi	37
Smernice za izvajanje ukrepov na ravni različnih sektorjev	39
POVEZOVANJE SMERNIC ZA IZVAJANJE UKREPOV NA RAZLIČNIH RAVNEH	42
LITERATURA.....	43

PREDGOVOR

Duševno zdravje sodi med najpomembnejše javnozdravstvene vsebine. Duševne motnje pa po drugi strani niso breme le za posameznike in njihove bližnje, temveč pomenijo izgubo in obremenitev tudi za gospodarske, socialne in izobraževalne sisteme. Po nekaterih podatkih je leta 2011 imelo v EU (skupaj z Islandijo, Norveško in Švico) duševne motnje 38,2 % prebivalstva, kar pomeni okrog 164,8 milijonov ljudi. Najpogostejše so bile anksiozne motnje (14 %), nespečnost (7 %), velika depresija (6,9 %) (Witchen in dr., 2011). Zaradi velike prevalece težav duševnega zdravja to področje postaja vse bolj aktualno tako v evropskem kot v svetovnem merilu. Učinkoviti ukrepi in pristopi na področju krepitve in varovanja duševnega zdravja so namreč ključni za napredek družbe in gospodarsko rast, saj lahko le duševno zdrav posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju ter učinkovito in plodno dela ter prispeva v svojo skupnost. Dobro duševno zdravje je tako neizogibno povezano s socialno in ekonomsko blaginjo, slabo duševno zdravje pa z vrsto posrednih in neposrednih ekonomskih stroškov (manjša produktivnost, invalidnost, prezentizem, absentizem). Prince in sodelavci (2007) ocenjujejo, da duševne oziroma nevropsihiatrične bolezni v največjem odstotku prispevajo k bremenu bolezni, ki je izraženo v številu izgubljenih let zaradi nezmožnosti oz. prezgodnje smrti (DALY – Disability Adjusted Life Years). Ocena DALY opisuje nezmožnost, ki se pojavi kot posledica vpliva določene bolezni na vsakodnevno funkcioniranje obolelega. Zaradi velikega pomena duševnega zdravja za posameznika in družbo so na voljo tudi številni strateški dokumenti (na nacionalni in mednarodni ravni), ki urejajo ukrepe na področju duševnega zdravja, zadnji tak dokument je Akcijski načrt na področju duševnega zdravja 2013 – 2020 (WHO).

V Sloveniji obstajajo velike razlike v dostopnosti do storitev na področju duševnega zdravja (Bajt in dr., 2008), poleg tega pa so za Slovenijo značilne precejšnje socioekonomske in demografske razlike znotraj posameznih geografskih področij (Šprah in dr., 2011). Med posameznimi regijami glede na prisotne socioekonomske dejavnike obstajajo različno velika tveganja za razvoj težav v duševnem zdravju (Šprah in dr., 2011), poleg prehodnih duševnih stisk, ki pestijo odraslo populacijo, pa sta v Sloveniji posebej izstopajoča javnozdravstvena problema tudi depresija in samomor (Roškar in dr., 2015).

Vsebinam duševnega zdravja smo se sistematično posvečali tudi raziskovalci in sodelavci na projektu MOČ – Znanje strokovnjakom, pomoč ljudem, s končnim ciljem izboljšati storitve na področju duševnega zdravja v Sloveniji.

V pričujoči publikaciji »Ključni rezultati in ugotovitve projekta MOČ« smo avtorji poskušali prikazati glavne ugotovitve omenjenega raziskovalnega dela. Iz rezultatov je razvidno, kje je model, ki smo ga preizkušali v projektu, dober in bi ga veljalo prenesti v prakso na nacionalni ravni, kje po drugi strani potrebuje še izboljšave. Na podlagi glavnih ugotovitev projekta v publikaciji navajamo tudi nekaj ukrepov za preventivo duševnih motenj oziroma promocijo duševnega zdravja, ki bi lahko pozitivno učinkovali na javno duševno zdravje v Sloveniji. Navedeni ukrepi oziroma predlogi ponujajo kratkoročne rešitve, lahko pa služijo kot izhodišča in smer za oblikovanje dolgoročnejših rešitev in politik na področju duševnega zdravja. Prepoznana ključna področja v publikaciji so koristen usmerjevalnik za odločevalce na različnih ravneh odločanja.

IZHODIŠČA

Predstavitev projekta

Projekt »Pomoč ljudem, znanje strokovnjakom«, krajše MOČ, je potekal v obdobju med 11. 2. 2015 in 30. 6. 2016. Projekt je bil financiran iz virov Programa Norveškega finančnega mehanizma 2009 – 2014 in se je nanašal na razpisno področje »Pobude za javno zdravje«, podpodročje »Izboljševanje storitev na področju duševnega zdravja«. Nosilec projekta je bil Nacionalni Inštitut za javno zdravje (NIJZ), projektni partnerji pa Univerza na Primorskem – Inštitut Andrej Marušič (IAM), Slovensko združenje za preprečevanje samomora – Posvet in Ozara – Nacionalno združenje za kakovost življenja.

Projekt smo zasnovali kot pilotni pristop v izbranih slovenskih regijah z namenom, da bi vzpostavili temelje za sistemsko ureditev nekaterih področij in vsebin duševnega zdravja v Sloveniji. Splošni cilj projekta - izboljšati storitve na področju duševnega zdravja v Sloveniji (z namenom zmanjševanja neenakosti na področju duševnega zdravja) - smo zasledovali preko dveh specifičnih ciljev:

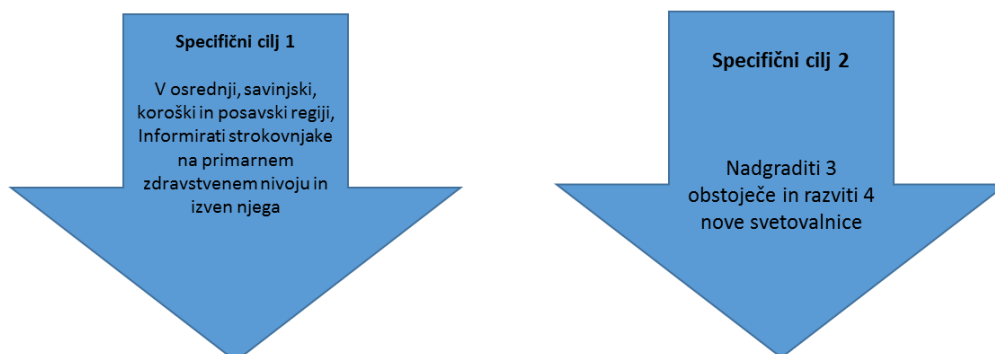
- povečati število strokovnjakov na primarnem zdravstvenem nivoju in izven njega, ki bodo usposobljeni za prepoznavo duševnih stisk in samomorilnega vedenja ter
- z novimi programi nadgraditi že obstoječe svetovalnice in postaviti nove svetovalnice za osebe v duševni stiski.

Ciljni skupini v projektu sta bili glede na zastavljene cilje dve, in sicer (i) strokovnjaki na primarni zdravstveni ravni (zdravniki, medicinske sestre) in drugi strokovnjaki, ki prihajajo v stik z ogroženo populacijo (policisti, socialni delavci ...) ter (ii) odrasle osebe v duševni stiski. Dejavnosti v projektu so nastale kot odgovor na potrebe ciljnih skupin, ki so jim namenjene, kot posledica delno že preizkušenih praks (izobraževanja, svetovalnice, delavnice za krepitev lastnega duševnega zdravja), in so tudi skladne s Predlogom Resolucije o Nacionalnem programu duševnega zdravja. Del aktivnosti v projektu smo usmerili tudi na splošno populacijo. Čeprav ima projekt, kot je razvidno iz doseženih kazalnikov posameznih delovnih sklopov, veliko rezultatov, sta bila kot ključna in obvezujoča rezultata opredeljena dva:

- vključenost vsaj 100 strokovnjakov v izobraževalni program ter
- postavitev 4 novih svetovalnic v regijah, kjer jih prej ni bilo, in nadgraditev treh že obstoječih svetovalnic z novimi programi (Slika 1).

Splošni cilj projekta (Učinek programa)

- Izboljšati storitve na področju duševnega zdravja



Ciljne skupine

- (i) Strokovnjaki na primarni zdravstveni ravni (zdravniki, medicinske sestre...) in drugi (policisti, socialni delavci...)
- (ii) Odrasle osebe v duševni stiski

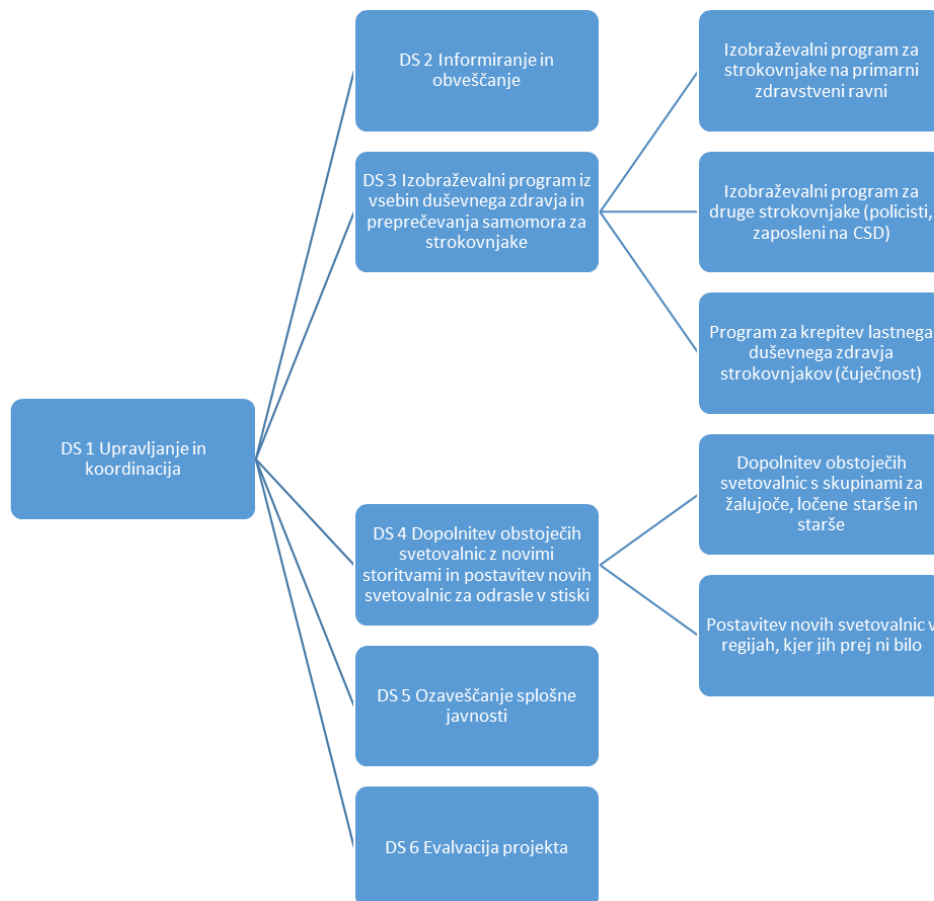
Ključni rezultati

- (i) Vključenost vsaj 100 strokovnjakov v izobraževalni program
- (ii) 4 nove, 3 nadgrajene svetovalnice

Slika 1. Splošni in specifični cilji projekta z izbranimi ciljnimi skupinami in ključnimi rezultati.

Projekt je sestavljalo šest delovnih sklopov (DS): Upravljanje in koordinacija (DS 1), Informiranje in obveščanje (DS2), Izobraževalni program iz vsebin duševnega zdravja in preprečevanja samomora za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni in druge (DS3), Dopolnitev obstoječih svetovalnic z novimi storitvami in postavitve novih svetovalnic za odrasle v duševni stiski (DS4), Ozaveščanje širše javnosti (DS5), Evalvacija projektnih aktivnosti in učinkov (DS6). Posamezni delovni sklopi so se delili še na manjše podsklope, kar je razvidno iz Slike 2. Aktivnosti po posameznih delovnih sklopih in ključni rezultati so predstavljeni v poglavju o ključnih ugotovitvah projekta.

Vse aktivnosti, ki smo jih izvajali v projektu, so bile za uporabnike brezplačne. Vsi izdelki, ki so izšli iz projekta, so dostopni na spletnem naslovu na www.nijz.si/moc.



Slika 2. Delovni sklopi projekta MOČ.

Namen publikacije

Namen pričujoče publikacije je prikazati glavne rezultate, ki so izšli iz posameznih aktivnosti projekta MOČ. Na podlagi rezultatov želimo podati ključna sporočila projektnih aktivnosti, prikazati nekatere izzive na področju duševnega zdravja v Sloveniji ter oblikovati smernice za izvajanje ukrepov na področju javnega duševnega zdravja.

Publikacija ima zato dva dela. V prvem delu so na kratko opisani posamezni delovni sklopi in ključne ugotovitve posameznega delovnega sklopa. V drugem delu so prikazani iz rezultatov tujih študij in rezultatov projekta MOČ izhajajoči predlogi smernic za izvajanje ukrepov na različnih nivojih in njihovo sovplivanje, kar bi lahko doprineslo k ohranjanju ali izboljšanju javnega duševnega zdravja v Sloveniji.

Publikacija je namenjena vsem, ki se ukvarjajo s področjem duševnega zdravja, vsem, ki sodelujejo pri oblikovanju ukrepov in programov ter politik na področju duševnega zdravja.

Povzetek ključnih ugotovitev projekta MOČ

Na podlagi ugotovitve medijske analize (DS2) sklepamo, da v medijih obstaja zanimanje za poročanje o vsebinah duševnega zdravja. Prispevki, ki so bili objavljeni iz vsebin projekta, so bili večinoma naklonjeni vsebini duševnega zdravja, večino prispevkov je bila objavljenih v tiskanih medijih. Vseeno pa poročanje o teh vsebinah ni bilo vedno optimalno - večkrat bi bil lahko izpostavljen preventivni vidik, prav tako je v več kot polovici primerov bil uporabljen neprimeren slikovni material. Ugotovitve evalvacije medijskih objav kažejo, da je bila naklonjenost vsebini duševnega zdravja predvsem posledica proaktivnega sodelovanja z mediji. V prihodnje bi bilo zato smiselno poglobiti sodelovanje med novinarskimi strokovnjaki in strokovnjaki na področju javnega zdravja v smeri odgovornega poročanja o vsebinah duševnega zdravja (različne duševne motnje in stiske, psihoaktivne snovi...).

Rezultati analize izobraževalnega programa o vsebinah duševnega zdravja in samomorilnosti (DS3) kažejo, da so strokovnjaki na primarni zdravstveni ravni, kot tudi drugi strokovnjaki, ki prihajajo v stik z ogroženimi populacijami (policisti, zaposleni na centrih za socialno delo), postopke dela z depresivnimi posamezniki in osebami s samomorilnimi nagnjenji ocenili kot zahtevne, hkrati pa svoje kompetence za delo na tem področju ocenjujejo kot srednje dobre. Zelo so naklonjeni edukaciji iz omenjenih in tudi drugih vsebin s področja duševnega zdravja. Predvsem izstopata potreba in želja po dodanih edukacijskih programih, ki bi zajeli vsebine iz kategorij »nevrotske, stresne in somatoformne motnje«, »motnje razpoloženja«, »shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje« ter »namerno samopoškodovanje«. Strokovnjaki (na primarni zdravstveni ravni manj kot drugi) so izrazili tudi potrebo in željo po programih, ki bi jim omogočali krepitev lastnega duševnega zdravja. To sovпада z ugotovitvami našega projekta, saj je bilo zanimanje in sodelovanje v programu krepitev lastnega duševnega zdravja za strokovnjake, ki je temeljil na principih čuječnosti, zelo veliko. V prihodnje bi bilo zaradi velikega zanimanja tovrstne edukacijske programe smiselno ponavljati vsakih nekaj let, jih ciljano razviti za posamezne ciljne strokovne skupine (glede na različne potrebe), predvsem pa poleg edukacijskih programov omogočiti tudi izvajanja programov za krepitev lastnega duševnega zdravja strokovnjakov, ki delajo z ljudmi v (duševni) stiski.

S storitvami, ki so bile v okviru projekta vzpostavljene v delovnem sklopu svetovalnice za osebe v prehodni duševni stiski (DS4), smo dosegli pričakovane rezultate. Izkazalo se je, da je potreba po svetovalnih storitvah velika, vendar prihaja do razlik v povpraševanju med posameznimi statističnimi regijami. Povpraševanje po svetovanjih je bilo veliko predvsem v osrednjeslovenski, gorenjski, savinjski ter v goriški regiji, kjer je bila svetovalnica na novo razvita. Manjše zanimanje za svetovalne storitve je bilo bolj opazno v koroški, pomurski, spodnje posavski in notranje kraški regiji, kjer so bile svetovalnice na novo razvite, hkrati pa gre (z izjemo notranje kraške) za regije, ki imajo slabše kazalnike duševnega zdravja in kjer je verjetno prisotna tudi večja stigma. Dodatne storitve (skupine za ločene, žalujoče in za starše), ki so bile ponujene v svetovalnicah Ljubljana in Celje, so bile dobro sprejete. V prihodnje bi bilo zaradi prednosti, ki ji nudijo tovrstne svetovalnice (lažja dostopnost, storitev brez napotnice, brez kartice zdravstvenega zavarovanja itd.) smiselno podpreti, razvijati in obdržati razvito mrežo psiholoških svetovalnic, jasno določiti njen način delovanja (ciljne skupine, financiranje itd.), predvsem pa jih razporediti tako, da se v skladu z javnozdravstveno doktrino zmanjšujejo neenakosti v dostopnosti. Hkrati s tem bi bilo smiselno raziskati razloge za manjši obisk v ogroženih regijah in napore usmeriti v povečano destigmatizacijo psihološke pomoči ter ciljano in strateško v večjo medijsko podporo svetovalnicam v teh regijah. Mrežo svetovalnic, ki ponuja svetovalne storitve za osebe v prehodni stiski, bi bilo smiselno navezovati tudi na že obstoječe programe duševnega zdravja v sklopu mreže javnega zdravstva, vendar na način, da mreža svetovalnic ohrani že prej omenjene prednosti.

Na podlagi rezultatov, ki jih smo jih pridobili z evalvacijo aktivnosti ozaveščanja (DS5), ugotavljamo, da so ljudje zelo naklonjeni medijskim aktivnostim in akcijam ozaveščanja, ki so usmerjene v vsebine duševnega zdravja. Akcija ozaveščanja in njeni materiali (TV spot, plakati na javnih površinah, zloženske) so bili bolj opaženi na severovzhodu Slovenije, kjer so tudi kazalniki duševnega zdravja slabši. Sicer so posamezne elemente akcije ozaveščanja različno opazile različne ciljne skupine (zloženske bolj ženske, brezposelni, starejši; plakat bolj mlajši, moški; televizijski oglas bolj moški, starejši in brezposelni), kar kaže na to, da je v bodoče pri komuniciranju vsebin duševnega zdravja za različne ciljne skupine potrebno uporabiti različne pristope. Ugotovitve evalvacije kažejo, da je več kot polovica vprašanih kdaj že bila v duševni stiski, vendar jih je kljub temu samo petina iskala pomoč. Med temi, ki so iskali pomoč, prevladujejo brezposelni in ženske. V prihodnje bi razloge za vrzel v iskanju pomoči bilo smiselno bolj temeljito raziskati (v ozadju je lahko stigma, nedostopnost pomoči, nepoznavanje virov pomoči), ugotovitve pa uporabiti pri načrtovanju in razvoju ukrepov na področju javnega duševnega zdravja v Sloveniji. Predavanja, ki smo jih izvedli za splošno javnost kot del kampanje o ozaveščanju, so bila dobro sprejeta.

Na podlagi ključnih rezultatov v Tabeli 1 prikazujemo **izbor predlaganih smernic**, ki lahko služijo kot podlaga za oblikovanje ukrepov na različnih nivojih in za delo z različnimi ciljnimi skupinami.

Tabela 1. Izbor predlaganih smernic

<p>Smernice za delo z mediji (informiranje in obveščanje javnosti o vsebinah duševnega zdravja)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Oblikovanje priporočil (smernic) za kritično in odgovorno novinarsko poročanje o vsebinah duševnega zdravja (preventivni vidik, destigmatizacija ...) in kontinuirana evalvacija uspešnosti uporabe smernic ter analiza vzrokov za njihovo uporabo/neuporabo. - Oblikovanje priporočil (smernic) za strokovnjake na področju javnega zdravja in komunikatorje ter strokovnjake na področju odnosov z javnostmi o načrtovanju, izvajanju in evalvaciji projektov duševnega zdravja - Senzibilizacija medijskih strokovnjakov za vsebine duševnega zdravja in njihovo usmerjanje v upoštevanje načel etičnega poročanja o vsebinah duševnega zdravja. - Vključitev vsebin, ki se nanašajo na medijsko poročanje o vsebinah duševnega zdravja, v študijske kurikule (npr. študij novinarstva, komunikologije).
<p>Smernice za izvajanje edukacijskih programov iz vsebin duševnega zdravja in samomorilnosti za strokovnjake različnih profilov</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vključevanje vsebin duševnega zdravja v kurikule do in podiplomskih programov različnih fakultet (pedagoške, socialne, zdravstvene, družboslovne, varnostne smeri) - Kontinuirano izvajanje edukacijskih programov iz vsebin duševnega zdravja (vključno s samomorilnim vedenjem) za strokovnjake različnih profilov, ki prihajajo v stik z ogroženo populacijo.

	<ul style="list-style-type: none"> - Spodbujanje mreženja strokovnjakov različnih profilov, ki so se udeležili edukacijskih programov s podobno vsebino, z namenom izmenjave izkušenj. - Redna evalvacija učinkovitosti programov, vpliv na krepitev kompetenc pri delu in nadgrajevanje edukacijskih programov. - Analiza potreb po dodatnih edukacijskih programih (z drugih področij duševnega zdravja) med strokovnjaki različnih profilov.
Smernice za uvajanje in izvajanje programov za krepitev duševnega zdravja strokovnjakov	<ul style="list-style-type: none"> - Zagotavljanje kontinuiranega izvajanja programov, usmerjenih v krepitev lastnega duševnega zdravja strokovnjakov, ki prihajajo v stik z ogroženo populacijo. - Posebna skrb za duševno zdravje tistih strokovnjakov, ki so šele na začetku strokovne poti (mentorska podpora, redne ali dodatne supervizije, itd). - Senzibilizacija strokovnjakov različnih profilov glede problematike duševnega zdravja in samomorilnosti znotraj lastnih strokovnih krogov. - Prizadevanje za vzpostavitev supervizij/intervizij v institucijah, kjer take oblike podpore še ni (ali celo medinstitucionalne supervizije – med strokovnjaki istih profilov/s podobnimi nalogami v različnih institucijah).
Smernice za delovanje svetovalnic za odrasle osebe v prehodni duševni stiski	<ul style="list-style-type: none"> - Zmanjševanje neenakosti glede dostopnosti do svetovalnih storitev med posameznimi regijami – enakomerna razporeditev svetovalnic. - Zagotavljanje enakih možnosti za dostop do svetovalnih storitev za različne ciljne skupine. - Promocija svetovalnih storitev v vseh regijah, predvsem pa v regijah s slabšimi kazalniki duševnega zdravja in ciljana destigmatizacija psihološke pomoči. - Ciljno promoviranje svetovalnih storitev med bolj ranljivimi in marginalnimi skupinami (revni, manj izobraženi ...). - Zagotavljanje trajnostnega delovanja mreže svetovalnic. - Dopolnitev obstoječih svetovalnic s svetovalnimi storitvami za otroke in mladostnike. - Povezovanje in dopolnjevanje mreže svetovalnic in svetovalnih storitev (ki jih ponuja nevladni sektor) s svetovalnimi storitvami oziroma programi duševnega zdravja v okviru javnega zdravstva.
Smernice za ozaveščanje splošne javnosti o vsebinah duševnega zdravja	<ul style="list-style-type: none"> - Načrtno, ciljno in sistematično ozaveščanje splošne javnosti (temelječ na teoretičnih izhodiščih) o vsebinah duševnega zdravja – destigmatizacija duševnih motenj,

	<p>preventiva duševnih motenj in promocija duševnega zdravja.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktivnosti ozaveščanja je potrebno prilagoditi ciljni skupini, tako glede metode, načina, vsebine kot tudi glede komunikacijskega kanala (tv, radio, zloženke...). - Večji poudarek na aktivnostih ozaveščanja je v regijah s slabšimi kazalniki duševnega zdravja. - Premik od informiranja/ozaveščanja »o« vsebinah duševnega zdravja k »dejavnikom«, ki vplivajo na odnos do duševnega zdravja in iskanja pomoči in k praktičnemu učenju veščin za krepitev duševnega zdravja ter soočanje s težavami. - Kontinuirano izvajanje evalviranja aktivnosti ozaveščanja.
--	---

Smernice in usmeritve, ki so navedene v Tabeli 1, bi bilo treba uresničevati kot celoto, saj hkratio izvajanje več preventivnih in promocijskih ukrepov na področju duševnega zdravja vodi do sinergističnih učinkov, kar z večjo verjetnostjo pripelje do zelenega rezultata (izboljšanje duševnega zdravja populacije, upad samomorilnega količnika, zmanjšanje stigme v populaciji ipd.) kot izvajanje posamičnih aktivnosti (Mann in dr., 2005; Hegerl in dr., 2008; van der Feltz in dr., 2011).

Vsebina, ki jo je naslavljal projekt MOČ, in iz tega izhajajoče smernice, je skladna s Predlogom Resolucije o Nacionalnem programu duševnega zdravja 2014 – 2018 in z nekaterimi mednarodnimi dokumenti s področja duševnega zdravja.

Skladno s **Predlogom Resolucije o Nacionalnemu programu duševnega zdravja 2014 – 2018** smo v vsebinski zasnovi projekta in ustrezajočih smernicah upoštevali nekatera osnovna načela in temelje resolucije, kot so:

- stalno izobraževanje strokovnih delavcev (skladno s smernicami glede edukacijskih programov strokovnjakov),
- posodabljanje oblik promocije in varovanje duševnega zdravja (skladno s smernicami glede ozaveščanja splošne javnosti),
- decentralizacija in dostopnost služb, ki delujejo na področju duševnega zdravja (skladno s smernicami glede svetovalnic za osebe v prehodni duševni stiski),
- destigmatizacija in vključevanje oseb s težavami v duševnem zdravju (skladno s smernicami glede ozaveščanja splošne javnosti),
- preventiva duševnih motenj, preprečevanje samomora in boj proti stigmati (skladno s smernicami glede ozaveščanja splošne javnosti),
- izboljšanjem dostopnosti do služb za duševno zdravje in zmanjševanjem razlik med regijami (skladno s smernicami glede svetovalnic za osebe v prehodni duševni stiski),
- izboljšanje sodelovanja z nevladnimi organizacijami (skladno s smernicami svetovalnic za osebe v prehodni duševni stiski),
- usklajenost potreb in virov, stroškovne učinkovitosti ter na dokazih utemeljenih ukrepov,
- interdisciplinarno in medsektorsko sodelovanje na ravni politik, zakonodaje in služb.

Skladno z **Evropskim paktom za duševno zdravje in dobro počutje** iz leta 2008 (in predhodnimi dokumenti – Zelena knjiga za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva; Deklaracija in akcijski načrt za izboljšanje duševnega zdravja v Evropi, 2005) smo v vsebini projekta in ustrežajočih smernicah upoštevali glavne usmeritve pakta:

- preprečevanje samomora in depresije s posebnim poudarkom na izboljšanju znanja na področju duševnega zdravja pri zdravstvenih strokovnjakih in drugih ključnih akterjih znotraj socialnega sektorja (skladno s smernicami glede edukacijskih programov strokovnjakov);
- duševno zdravje v delovnem okolju; vpeljati programe duševnega zdravja in dobrega počutja, preventivne programe za preprečevanje stresa, nasilnega vedenja, uporabe psihoaktivnih snovi, zgodnje intervencije (delno skladno s smernicami glede edukacijskih programov strokovnjakov).

Nenazadnje pa so vsebina projekta in predlagane smernice v skladu z nekaterimi glavnimi cilji **Akcijskega načrta za področje duševnega zdravja 2013 – 2020:**

- zagotoviti in nuditi ustrezno, integrirano oskrbo na področju duševnega zdravja in socialnih služb v lokalnih skupnostih (delno skladno s smernicami glede svetovalnic za osebe v prehodni duševni stiski);
- implementirati strategije promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj (delno skladno s smernicami glede ozaveščanja splošne javnosti);
- okrepiti informacijske sisteme na področju duševnega zdravja (zbiranje podatkov), raziskovanje in na dokazih temelječe podatke (delno skladno s smernicami glede dela z mediji; usklajenost s smernicami glede edukacijskih programov strokovnjakov);
- uvrstiti področje duševnega zdravja na politično agendo v vseh državah in ga okrepiti.

PRVI DEL

KLJUČNE UGOTOVITVE PROJEKTA MOČ

V tem delu publikacije so predstavljene ključne ugotovitve projekta MOČ. Vsebina besedila je zasnovana tako, da je najprej na kratko predstavljena posamezna aktivnost, ki ji sledi opis ključnih rezultatov aktivnosti. Z namenom, da bi zagotovili večjo preglednost, so aktivnosti in rezultati, predstavljeni ločeno po posameznih delovnih sklopih projekta. Izjema sta delovna sklopa »Upravljanje in koordinacija« ter »Evalvacija«. Slednjih dveh delovnih sklopov nismo opisovali, saj se je prvi (upravljanje in koordinacija) nanašal na administrativno vodenje projekta, drugi (evalvacija) pa se je nanašal na evalvacijo rezultatov, ki so prikazani v drugih delovnih sklopih.

Delovni sklop: Informiranje in obveščanje

➤ Aktivnosti Informiranja in obveščanja

Aktivnosti v tem delovnem sklopu so se nanašale predvsem na obveščanje javnosti o obstoju, ciljih ter rezultatih projekta in projektnih dejavnostih. Komuniciranje z mediji smo izvajali kot kontinuirano podporno dejavnost v procesu uresničevanja načrtovanih projektnih rezultatov in promocije vseh partnerskih organizacij na področju varovanja duševnega zdravja. Sodelovanje z mediji je bilo z organizacijo novinarskih konferenc in objavo sporočil za javnost zastavljeno proaktivno. S pripravo različnih tiskanih objav, radijskih ali televizijskih oddaj so pri obveščanju javnosti sodelovali lokalni, regionalni in nacionalni mediji. Dodatno informiranje in obveščanje je potekalo preko spletišča projekta, ki je bilo povezano z drugimi spletišči, ki so s projektom vsebinsko povezani (spletišča partnerjev kot tudi druga spletišča). Aktivnosti informiranja in obveščanja smo tudi evalvirali. Skladno z vsebinskimi potrebami projekta smo izvedli štiri novinarske konference in pripravili 14 sporočil za medije.

➤ Rezultati Informiranja in obveščanja

Medijska analiza je predstavljena kot celostni pregled poročanja o projektu MOČ v obdobju med 11. februarjem 2015 ter 30. aprilom 2016. Zbrane so bile vse objave v tem obdobju, ki so vsebovale ključne besede, ki so se nanašale na projekt. V analizo niso vključene objave v zadnjih dveh mesecih trajanja projekta (med 30. 4. 2016 in 30. 6. 2016; zaključna tiskovna konferenca, dve spletni novici). Objave je zbiralo in analiziralo podjetje Kliping d.o.o..

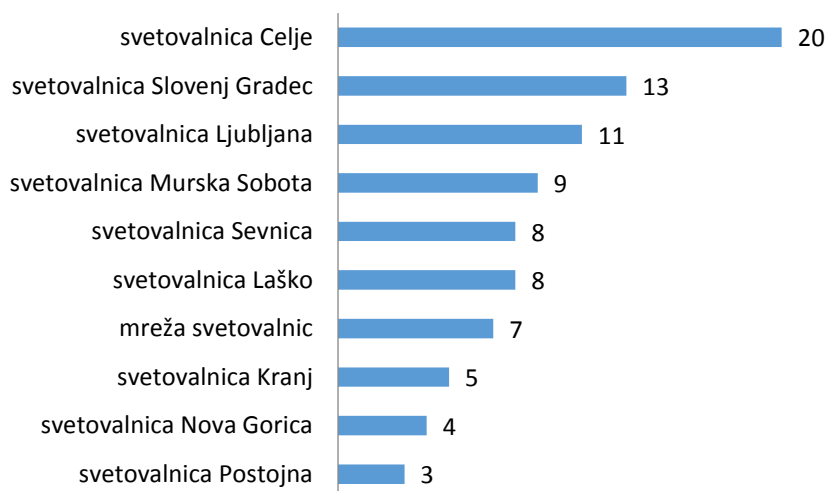
V analiziranem obdobju je bilo zabeleženih 141 medijskih objav o projektnih dejavnostih. Največ (79) objav so prispevali tiskani mediji, zabeleženih pa je bilo tudi 31 spletnih objav in 31 objav na televiziji ali radiu. O projektu so v 58 % poročali nacionalni mediji, v 42 % pa regionalni mediji. Med spletnimi mediji, prav tako pa med vsemi mediji, je o projektu največ poročala spletna stran STA.si (10 objav), med tiskanimi mediji Večer (8 objav), med radii in televizijami pa Koroški radio (8 objav).

Zanimala nas je vrednost oglasnega prostora, ki so jo zasedle objave povezane s projektom MOČ. Glede na siceršnjo ceno oglasnega prostora v medijih, kjer so bile zabeležene objave, znaša skupna bruto vrednost vseh analiziranih objav 109.479 €. Največ k tej vrednosti so doprinesli tiskani mediji, v katerih je bilo tudi največ objav.

Financer projekta (program Norveškega finančnega mehanizma) je bil omenjen v 38 % medijskih objav. Vire financiranja smo na vseh gradivih projekta in v sporočilih za javnost navajali vsakič in dosledno. Število objav je sledilo projektnim PR aktivnostim v obliki novinarskih konferenc in sporočil za javnost.

Največji odziv v medijih (37 objav) je bilo opaziti ob novinarski konferenci v septembru 2015, na kateri so bile predstavljene projektne aktivnosti ob svetovnem dnevu preprečevanja samomora. Ob tem času (okrog svetovnega dneva preprečevanja samomora) se objave o vsebinah duševnega zdravja tudi sicer zelo zgostijo. Vse tiskovne konference niso bile enako uspešne z vidika objave prispevkov oziroma udeležbe novinarjev. Prispevkov, ki so predstavljali teme novinarske konference v decembru 2015, posvečene izidu priročnika o čuječnosti, ni bilo veliko, večinoma pa so bili objavljeni šele v januarju 2016. Mediji so o projektu poročali zelo naklonjeno. 73 % objav je bilo v analizi poročanja ocenjenih kot naklonjenih in 27 % kot nevtralnih. Spodbuden je podatek, da nenaklonjenih objav v povezavi s projektom MOČ v analiziranem obdobju ni bilo.

Projektu naklonjena publiciteta se je nanašala predvsem na delo devetih psiholoških svetovalnic. Najbolj medijsko izpostavljena je bila svetovalnica v Celju, sledili sta svetovalnici v Ljubljani in Kranju, šele nato pa vse svetovalnice, ki so bile v projektu na novo vzpostavljene (Slika 3). To se ne sklada z zastavljeno komunikacijsko strategijo, saj je bila ena od njenih glavnih nalog promocija novo nastalih svetovalnic. S tem namenom smo namreč pripravili več lokalnih sporočil za medije, ki so ciljale na lokalna okolja novih svetovalnic. Glede na ta podatek bi bilo smiselno kontinuirano sodelovanje z novinarji v lokalnih okoljih svetovalnic.



Slika 3: Število omenbe kontaktov posameznih svetovalnic v medijskih objavah. Vir: Kliping,d.d.

Fotografije so bile prisotne v 31 % medijskih objav. Skupno je bilo v analiziranem obdobju zaznanih 63 fotografij v povezavi s projektom MOČ. Več kot polovica fotografij je predstavljala anonimne posameznike, ki v večini primerov izražajo žalost in stisko, manjšina med fotografijami pa predstavlja nasmejane posameznike, ki so polni življenja. Uporabljene so bile tudi ilustrativne fotografije, polovica med njimi je temačnih. Med fotografijami so tudi takšne, ki so v izrazitem nasprotju s smernicami za novinarje za poročanje o samomoru, saj so na njih upodobljena sredstva za izvedbo samomora.

Na podlagi medijske analize lahko zaključimo, da je bil projekt MOČ v medijih primerno prisoten. V prihodnje bi se bilo smiselno usmeriti v sodelovanje z medijskimi strokovnjaki na lokalni ravni, kot tudi v senzibilizacijo medijev za poročanje o vsebinah duševnega zdravja. Ob tem je smiselno ohraniti delo na področju odgovornega poročanja o samomoru in vsebinah duševnega zdravja nasploh.

Delovni sklop: Izobraževalni program iz vsebin duševnega zdravja in preprečevanja samomora za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni in druge

- Aktivnosti Izobraževalnega programa iz vsebin duševnega zdravja in preprečevanja samomora za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni in druge

Aktivnosti v tem delovnem sklopu so vključevale razvoj edukacijskega programa iz vsebin duševnega zdravja in preprečevanja samomora, v katerem so bile naslovljene naslednje vsebine: pravočasna prepoznavna duševnih stisk in duševnih motenj (s poudarkom na depresiji), krepitev veščin za delo s posamezniki v duševni stiski, prepoznavna samomorilno ogroženih posameznikov, krepitev veščin za delo s samomorilno ogroženimi posamezniki in delo s svojci oseb iz ranljivih skupin. Z namenom spodbujanja medsektorskega sodelovanja in širjenja informacij o virih pomoči smo predstavili tudi novo nastale svetovalnice za osebe v duševni stiski ter delovanje psihoedukativnih delavnic za depresijo v okviru zdravstvenih domov. Na podlagi teh vsebin smo pripravili tudi priročnik *Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulantni družinskega zdravnika*.

Ker je bil program zastavljen pilotno, smo edukacijski program ponudili strokovnjakom na primarni ravni zdravstvenega varstva in drugim strokovnjakom (zaposleni na centrih za socialno delo; policisti), ki prihajajo v stik z ogroženimi osebami v koroški, savinjski, osrednjeslovenski in posavski regiji. Pred izvedbo edukacijskega programa so sodelujoči izpolnili vprašalnik o stališčih do depresije in obravnave samomorilno ogroženega posameznika, ocenili pa so tudi svoje kompetence za delo na tem področju. Po zaključku edukacijskega programa smo naredili tudi evalvacijo (z vprašalnikom) všečnosti in uporabnosti programa ter udeležene vprašali, kakšnih izobraževanj si želijo v bodoče. Strokovnjakom, ki so bili vključeni v edukacijski trening in ki prihajajo v stik z ogroženimi, smo ponudili še možnost, da se vključijo v program za krepitev lastnega duševnega zdravja, ki je temeljil na principih čuječnosti (povabilo smo objavili tudi preko spleta). Program smo poimenovali Program NARA – moč strokovnjakom skozi čuječnost (www.zivziv.si/nara-moc/). Temelji na prepoznavanju lastnih ustaljenih, a neustreznih vzorcev mišljenja in vedenja. Udeležence usmerja k bolj celostnemu zavedanju sebe, svojih misli, hkrati pa spodbuja gojenje bolj prijaznega, neobsojajočega odnosa do sebe, drugih in sveta. Na ta način smo spodbujali trajnostne spremembe odnosa do težav in stresnih situacij in boljše in kvalitetnejše delo z ljudmi v stiski.

Program krepitev lastnega duševnega zdravja smo zasnovali v okviru 6-tedenskega programa (s sedmimi srečanji). V tem času so se udeleženci srečali sedemkrat, in sicer v dvournih srečanjih enkrat na teden in na enem celodnevem srečanju. Strokovnjake smo k udeležbi povabili s spletno predstavitvijo programa. Na podlagi programa čuječnosti je bil pripravljen priročnik *Nara – Moč strokovnjakom skozi čuječnost*.

- Rezultati Izobraževalnega programa iz vsebin duševnega in preprečevanja samomora za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni in druge

V edukacijski program iz vsebin duševnega zdravja in preprečevanja samomora je bilo skupno vključenih 642 strokovnjakov. Od tega je bilo 355 strokovnih delavcev iz primarne zdravstvene ravni, 166 strokovnih delavcev iz centrov za socialno delo (CSD) in 103 policisti.

- Rezultati analize odgovorov na vprašalnikih stališč do obravnave depresije in samomorilnega vedenja

Analiza odgovorov je pokazala, da strokovnjaki na primarni zdravstveni ravni (zdravniki; medicinske sestre – srednje, diplomirane, višje; tehniki zdravstvene nege, itd.) različne postopke obravnave bolnika z depresijo (postavitev diagnoze, razlaga bolezni bolniku in svojcem, zagotavljanje sodelovanja pri zdravljenju, soočanje z recidivi bolezni) zaznavajo kot srednje do precej zahtevne. Kot najbolj zahtevno so ocenili zagotavljanje sodelovanja pri zdravljenju. Postopke obravnave samomorilno ogroženega posameznika (vprašanje o samomorilnih mislih, ocena samomorilne ogroženosti, odločanje o vrstah ukrepov, zagotavljanje sodelovanja bolnika, obravnava ponavljanja samomorilnih namenov) so ocenili kot precej zahtevne. Kot najbolj zahtevno so ocenili obravnavo ponavljanj samomorilnih namenov. Medicinske sestre so v primerjavi z zdravniki posamezne postopke (postavitev diagnoze pri depresivnem bolniku, razlaga depresije bolniku in svojcem, postavitev vprašanja o samomorilnih mislih) zaznavale kot bolj zahtevne. Zdravnikom se je v primerjavi s medicinskimi sestrami zdel bolj zahteven postopek obravnave samomorilnih namenov. Svoje kompetence za obvladovanje in ocenjevanje ogroženosti so udeleženci ocenjevali kot povprečne. Zdravniki so v primerjavi z medicinskimi sestrami višje ocenjevali svoje kompetence za uporabo presejalnih inštrumentov za oceno ogroženosti. Samoocena kompetenc se je povezovala s tem, kako zahtevni se udeležencem zdijo posamezni postopki - zdravniki, ki so se čutili manj kompetentne za obvladovanje in ocenjevanje ogroženosti, so poročali o višji zahtevnosti postopkov obravnave depresivnega in samomorilno ogroženega bolnika. Starejši udeleženci so obravnavo samomorilno ogroženega bolnika ocenili kot bolj zahtevno.

Zaposleni na centrih za socialno delo so se za delo s osebami z depresijo in samomorilno ogroženimi posamezniki (aktivnosti preprečevanja depresije, informiranje o bolezni, prepoznavanje znakov bolezni, vprašati po samomorilnih mislih, pomagati poiskati strokovno pomoč, pomagati pri spoprijemanju z boleznijo, pomagati svojcem prizadete osebe) zaznavali kot nekoliko do srednje usposobljene. Najvišje so svoje kompetence zaznavali pri tem, ko je potrebno poiskati dodatno strokovno pomoč za osebo z depresijo ali samomorilnimi nagnjenji, najmanj kompetentne pa so se ocenili v primeru, ko je potrebno razlikovati med posamezniki z visoko in nizko ogroženostjo. Posamezne postopke pri obravnavi klientov z depresijo (ocena, ali gre res za depresijo, posredovati informacije o dodatni strokovni pomoči, zagotavljanje sodelovanja pri obravnava, zagotavljanje informacij o virih dodatne pomoči) so ocenili kot srednje do precej zahtevne. Kot najmanj zahtevno so ocenili zagotavljanje dodatnih informacij, kot najbolj zahtevno pa oceno, ali gre res za depresijo. Posamezne postopke in elemente obravnave samomorilno ogrožene osebe (vprašanje o samomorilnih mislih, ocena samomorilne ogroženosti, odločanje o vrstah ukrepov, občutki odgovornosti za klienta) so ocenili kot precej zahtevne. Kot najbolj zahtevno so ocenili soočanje z občutki odgovornosti za ogroženo osebo, kot najmanj zahtevno pa vprašanje o samomorilnih mislih. Podobno kot pri zdravstvenih delavcih se je tudi v primeru zaposlenih na CSD pokazalo, da manj kompetentni strokovnjaki posamezne postopke obravnave depresivne in samomorilno ogrožene osebe ocenjujejo kot bolj zahtevne. Obravnava osebe z depresijo se je zdela bolj zahtevna tistim zaposlenim na CSD, ki so imeli stališče, da je depresija odraz posameznikove šibkosti. Zaposleni na CSD, ki so imeli stališče, da je pri obravnavi depresije smiselno ukrepati tudi na psihološki ravni (npr. psihoterapija) in so hkrati svoje kompetence za prepoznavanje in ukrepanje ob depresiji ocenjevali kot slabše, so postopke za obravnavo samomorilno ogroženega posameznika ocenjevali kot zahtevnejše.

Analiza odgovorov policistov je pokazala, da so skoraj vsi udeleženci že imeli poklicno ali osebno izkušnjo s samomorilnim vedenjem (bodisi poskus samomora, bodisi samomor). Kot najbolj vznemirjujoče pri delu na področju samomora (sporočiti novico o smrti svojcu, sporočiti novico o samomoru svojcem, odpraviti se na kraj samomora, govoriti z osebo kmalu po poskusu samomora, govoriti z nekom, ki grozi, da bo naredil samomor, s kolegi se pogovarjati o samomoru) so ocenili sporočanje novice o smrti/samomoru svojcem, manj pa pogovor z ogroženo osebo. Svoje kompetence

za delo na tem področju so ocenili kot srednje do dobre. Tisti, ki so imeli stališče, da je samomor nepredvidljivo dejanje (torej se zgodi v trenutku, impulzivno) so svoje kompetence za delo na tem področju ocenjevali kot slabše (to je bilo prisotno predvsem pri starejših udeležencih). Moški so v primerjavi z ženskami imeli bolj izraženo stališče, da se je bolje izogibati pogovoru o samomorilnem vedenju in vzpostavljanju stika s samomorilno ogroženo osebo.

Primerjava odgovorov vseh treh skupin (zdravstveni delavci, zaposleni na CSD, policisti) je pokazala, da so postopke v zvezi z delom s samomorilno ogroženimi posamezniki kot najbolj zahtevne ocenili zaposleni na CSD, policisti pa kot najmanj zahtevne. Prav tako so bili zaposleni na CSD tisti, ki so prevzemanje odgovornosti za ogrožene posameznike ocenili kot najbolj zahtevno. Glede obravnave depresije so se skupine med seboj razlikovale glede stališč do obravnave depresije. Zdravniki in zaposleni na CSD so se manj kot medicinske sestre strinjali s trditvijo, da je depresijo mogoče pozdraviti brez zdravil. Hkrati so zdravniki in medicinske sestre v večji meri kot zaposleni na CSD izražali stališče, da je depresija način soočanja posameznika z življenjskimi težavami. Medicinske sestre so v primerjavi z zdravniki in zaposlenimi na CSD v manjši meri izražale stališče, da je psihoterapija pri bolnikih z depresijo lahko uspešna.

Ker so bili podatki zbrani na pilotnem vzorcu (udeleženci so bili le iz nekaterih regij), ki ni reprezentativen, bi bilo smiselno vprašalnike aplicirati tudi na reprezentativnem, nacionalnem vzorcu udeležencev.

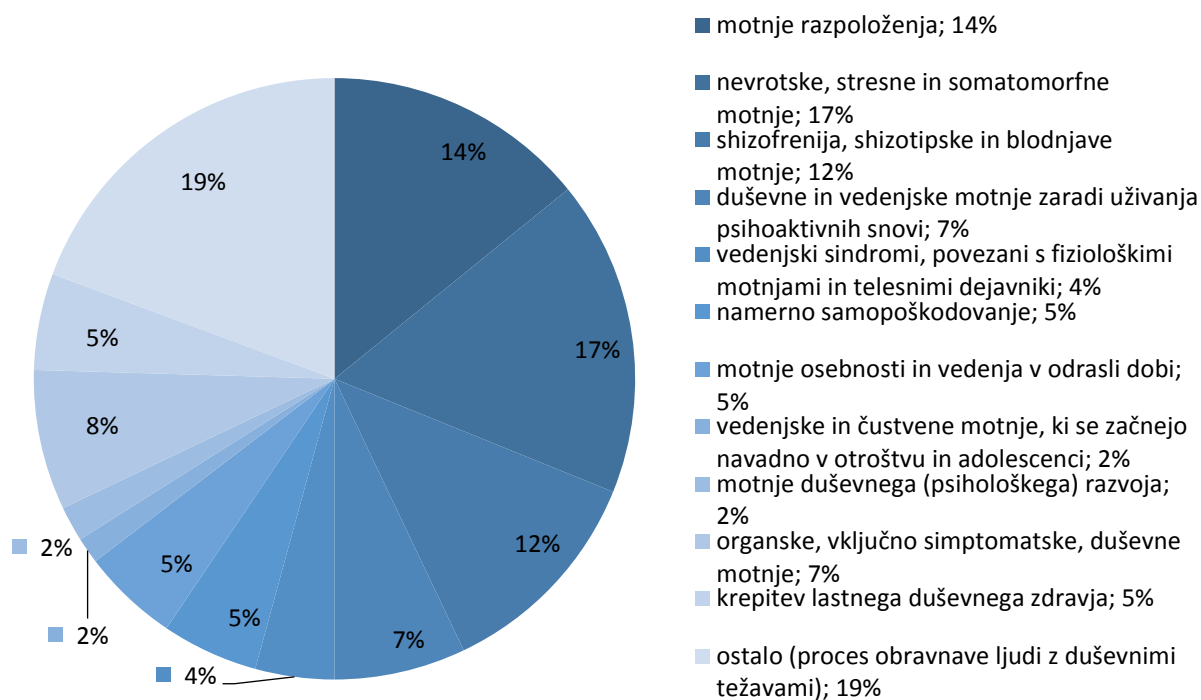
➤ Rezultati evalvacije edukacijskega programa iz vsebin duševnega zdravja in samomorilnosti

Udeleženci edukacijskega programa (ne glede na to, ali je šlo za zdravstvene delavce, zaposlene na CSD ali policiste) so v povprečju ocenjevali, da je bilo v programu zanje veliko novih informacij in da bodo veliko pridobljenih informacij lahko uporabljali pri svojem delu (število udeležencev, ki so izpolnili evalvacijski vprašalnik, je znašalo 484). Program je izpolnil pričakovanja 97,1 % udeležencev. V povprečju so bili zelo zadovoljni s strokovnostjo predavatelja. 96,9 % udeležencev je odgovorilo, da jim je ustrezala lokacija izvedbe programa (program smo izvajali v delovnem okolju udeležencev – zdravstveni domovi, CSD, policijske uprave). Večinoma (92,8 %) so bili tudi zadovoljni s trajanjem programa.

Udeleženci so v veliki meri izražali željo po dodatnih izobraževanjih in usposabljanju s tega področja. Njihove odgovore smo razvrstili in združili v vsebinske kategorije glede na MKB 10 klasifikacijo. Pokazalo se je, da si udeleženci želijo več izobraževanj iz sledečih področij: motnje razpoloženja (depresija, bipolarna motnja), nevrotske, stresne in somatomorfne motnje (anksiozne motnje, reakcije na stres - stresne motnje, sindrom izgorelosti, panična motnja, postravmatski stresni sindrom, obsesivno kompulzivne motnje), shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (shizofrenija - vodenje v ambulantni splošni zdravnikovi, vrste psihotičnih motenj), duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi (motnje zaradi uživanja alkohola, motnje zaradi uživanja drog), vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki (motnje prehranjevanja), namerno samopoškodovanje (samomorilno vedenje, samomorilno vedenje pri mladostnikih, prepoznavanje ogroženosti in konkretni ukrepi ob ogroženosti, namerno samopoškodovanje, postvencija - delo s svojci, različne preventive pred samomorom), motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi (vse vrste osebnostnih motenj in vedenja, mejna osebnost), vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (hiperkinetična motnja in motnja pozornosti), motnje duševnega (psihološkega) razvoja (avtizem), organske, vključno simptomatske, duševne motnje (demenca). V veliki meri so navajali potrebo po programih za krepitev lastnega duševnega zdravja (kako reči ne brez občutka krivde, kako začutiti sebe, meditacija, ogroženost strokovnih delavcev pri delu z uporabniki, ki imajo težave z duševnim zdravjem, obvladovanje stresa, stres na delovnem mestu). Posamezni

odgovori, ki smo jih razvrstili v kategorijo drugo, so zajemali željo po izobraževanju o vsebinah dela z mladostniki, mobingu, obvladovanju jeze, prisilni hospitalizaciji, komorbidnosti, samem procesu obravnave ljudi z duševnimi motnjami itd.

Na Sliki 4 je prikazan odstotek odgovorov glede na posamezno vsebinsko kategorijo. Razvidno je, da so udeleženci v največji meri izražali potrebo po dodatnih izobraževanjih s področja motenj razpoloženja, nevrotskih in stresnih motenj ter shizofrenije.



Slika 4. Odstotek odgovorov glede na vsebinsko kategorijo področja, za katera strokovnjaki navajajo potrebo po dodatnem izobraževanju

Podrobnejša analiza je pokazala, da imajo različne strokovne skupine različne potrebe glede vsebine dodatnih izobraževanj. Zdravstveni delavci so v največji meri izražali potrebo po izobraževanjih s področja nevrotskih in stresnih motenj, motenj razpoloženja, shizofrenije in motenj osebnosti. Potreba po programih, ki bi bili usmerjeni v krepitev lastnega duševnega zdravja, ni bila pretirano izražena. Zaposleni na CSD so v največji meri izražali potrebe po izobraževanjih glede motenj razpoloženja, shizofrenije, motenj osebnosti. Za razliko od zdravstvenih delavcev je bila pri njih precej izražena potreba po programih, usmerjenih v krepitev lastnega duševnega zdravja. V podobni meri so potrebo po programih, ki bi bili usmerjeni v krepitev lastnega duševnega zdravja, izražali tudi policisti. Poleg tega so policisti v največji meri navajali, da si želijo dodatnih izobraževanj s področja motenj razpoloženja, nevrotskih in stresnih motenj ter motenj zaradi uživanja psihoaktivnih snovi. Pri vseh treh strokovnih skupinah je bila izražena potreba po dodatnih edukacijah s področja samomorilnega vedenja.

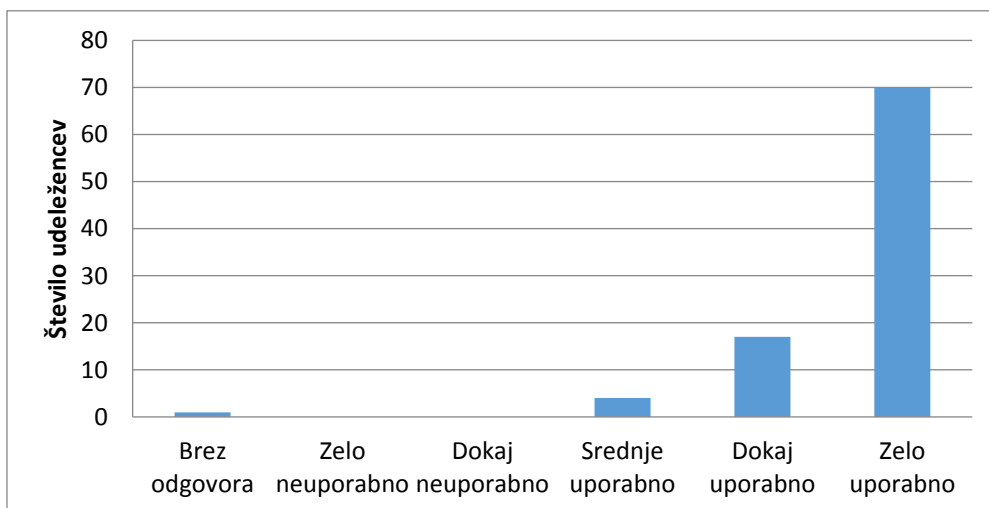
➤ Rezultati evalvacije programa za krepitev lastnega duševnega zdravja (čuječnost)

Program za krepitev lastnega duševnega zdravja strokovnjakov smo razvili in ponudili strokovnjakom pomladi 2015. Za program je bil izkazan velik interes, tako da so bile prijave zaprte že po dveh mescih. Celokupno je v času zbiranja prijav, za program izrazilo interes 239 ljudi.

Programa se je udeležilo 127 strokovnjakov v trinajstih skupinah, ki so potekale v Ljubljani, Mariboru, Celju, Mozirju, Radljah ob Dravi, Slovenj Gradcu in Sevnici – torej predvsem v regijah s slabšimi indikatorji duševnega zdravja in v regijah, kjer smo tudi sicer izvajali aktivnosti projekta MOČ. Med udeleženci so bili zdravniki, medicinske sestre in drugo zdravstveno osebje, psihologi, svetovalci, socialni delavci (npr. na centrih za socialno delo), pa tudi policisti in drugi poklicni profili. Izmed 127 udeležencev, ki so rešili začetni vprašalnik in se vključili v program, je imelo 14 posameznikov srednješolsko, 27 višje ali visokošolsko ter 86 univerzitetno ali višjo izobrazbo.

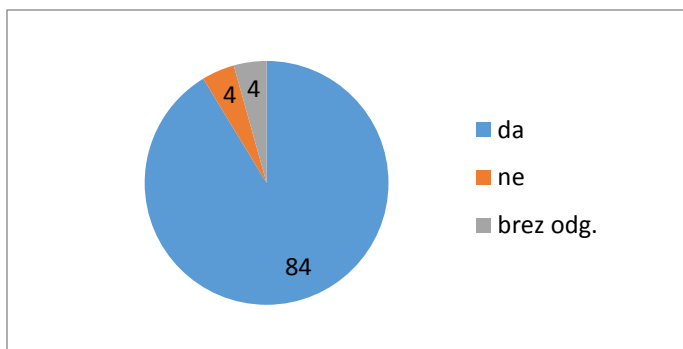
Evalvacija oziroma primerjava rezultatov pred in po programu na vprašalnikih, ki merijo različne vidike duševnega zdravja, je pokazala, da so se izboljšali različni vidiki duševnega zdravja udeležencev. Pri udeležencih se je statistično značilno izboljšal občutek psihološkega blagostanja – to pomeni, da so se po vključitvi udeleženci počutili veliko boljše, bili so bolj sproščeni, polni energije in imeli občutek, da je njihov vsakdan zapolnjen s stvarmi, ki jih zanimajo. Prav tako evalvacijski podatki kažejo, da je program (statistično pomembno) vplival na znižanje simptomov anksioznosti ter zvišal doživljanje elementov čuječnosti (npr. vsakdanjih drobnih kvalitet življenja). Program je še posebej pozitivno vplival na tiste strokovnjake, ki so imeli v začetku nižji dosežek na vprašalniku blagostanja (torej slabše duševno zdravje). Primerjava rezultatov pred in po programu pri teh udeležencih je namreč pokazala statistično značilne razlike in manj simptomov depresije, anksioznosti in stresa, pri čemer so bile velikosti učinka velike.

Poleg ugotavljanja kazalnikov duševnega zdravja smo udeležence ob zaključku programa prosili za subjektivno oceno uporabnosti programa. Strokovnjaki so bili s programom in njegovo učinkovitostjo zelo zadovoljni (povprečna ocena na petstopenjski lestvici, kjer je bila 5 najboljša ocena, je bila 4,73 na; razpon ocen je bil nizek: SD=0,54). Udeleženci so ocenjevali vsebino programa kot zelo uporabno, bili so mnjenja, da bodo pridobljena znanja in veščine lahko uporabili tako na področju lastnega duševnega zdravja kot tudi pri svojem delu z ranljivimi skupinami (slika 5).

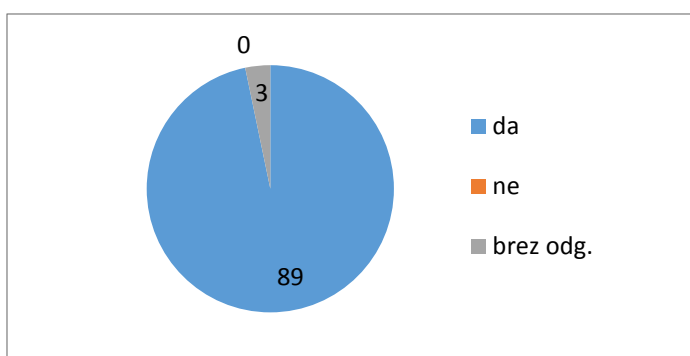


Slika 5. Odgovori udeležencev (N) na vprašanje »Kako uporabna se vam je zdela vsebina srečanj?«

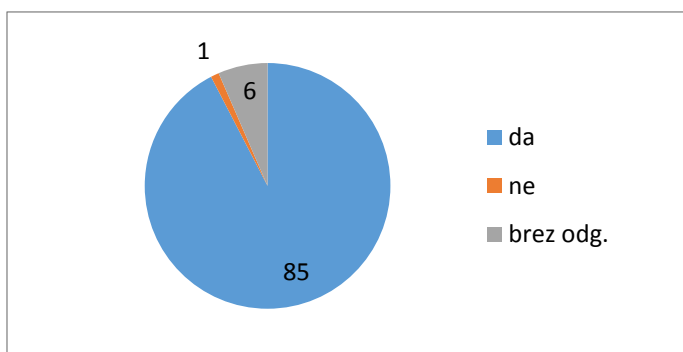
Udeležence smo vprašali tudi, ali menijo, da jim bodo pridobljena znanja in veščine koristila pri njihovem delu ob pomoči ljudem v stiski, pri soočanju z obremenitvami pri njihovem delu ter pri soočanju z lastnimi duševnimi ali telesnimi težavami. Kot je razvidno na slikah 6, 7 in 8, je večina udeležencev na vprašanje odgovorila pritrdilno.



Slika 6. Odgovori udeležencev (N) na vprašanje »Ali mislite, da vam bodo pridobljena znanja, veščine koristila pri vašem delu ob pomoči ljudem v stiski?«



Slika 7. Odgovori udeležencev (N) na vprašanje »Ali mislite, da vam bodo pridobljena znanja, veščine koristila pri soočanju z obremenitvami pri vašem delu?«



Slika 8. Odgovori udeležencev (N) na vprašanje »Ali mislite, da vam bodo pridobljena znanja, veščine koristila pri soočanju s psihičnimi/telesnimi težavami?«

Rezultati evalvacije kažejo na uspešnost izvedenega programa, ki se izraža v izboljšanju blagostanja in čuječnosti udeležencev; v podskupini udeležencev s predhodno povišanim doživljanjem simptomov depresije, anksioznosti in stresa pa se kaže izboljšanje tudi na tem področju. Udeleženci so v veliki meri tudi sami ocenjevali vsebino programa kot zelo uporabno, bili pa so tudi mnenja, da jim bodo pridobljena znanja in veščine koristila tako na področju lastnega duševnega zdravja kot tudi pri svojem delu.

Delovni sklop: Dopolnitev obstoječih svetovalnic z novimi storitvami in postavitve novih svetovalnic za odrasle v prehodni duševni stiski

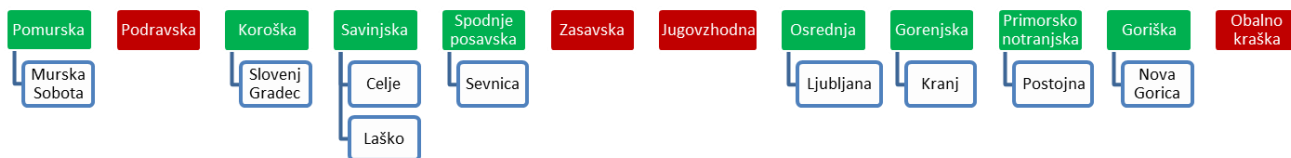
- Aktivnosti dopolnitve obstoječih svetovalnic z novimi storitvami in postavitve novih svetovalnic za odrasle v prehodni duševni stiski

Aktivnosti v tem delovnem sklopu so bile usmerjene na postavitve novih svetovalnic za odrasle v prehodni duševni stiski v regijah, kjer jih predhodno ni bilo, ter v nadgradnjo že obstoječih svetovalnic z novimi programi. V novo postavljene svetovalnice (v notranjsko-kraški, gorenjski, koroški in posavski regiji) in tudi v že prej obstoječih (osrednje-slovenska, gorenjska, savinjska) smo izvajali individualno svetovanje odraslim posameznikom, parom in družinam. Nadgradnja že obstoječih svetovalnic (v Celju, Ljubljani in Kranju) je zajemala edukativno izkustvene skupine za (i) žalujoče osebe, (ii) ločene starše ter (iii) starše, ki imajo težave z otroki ali želijo izboljšati starševske veščine.

- Rezultati dopolnitve obstoječih svetovalnic z novimi storitvami in postavitve novih svetovalnic za odrasle v prehodni duševni stiski

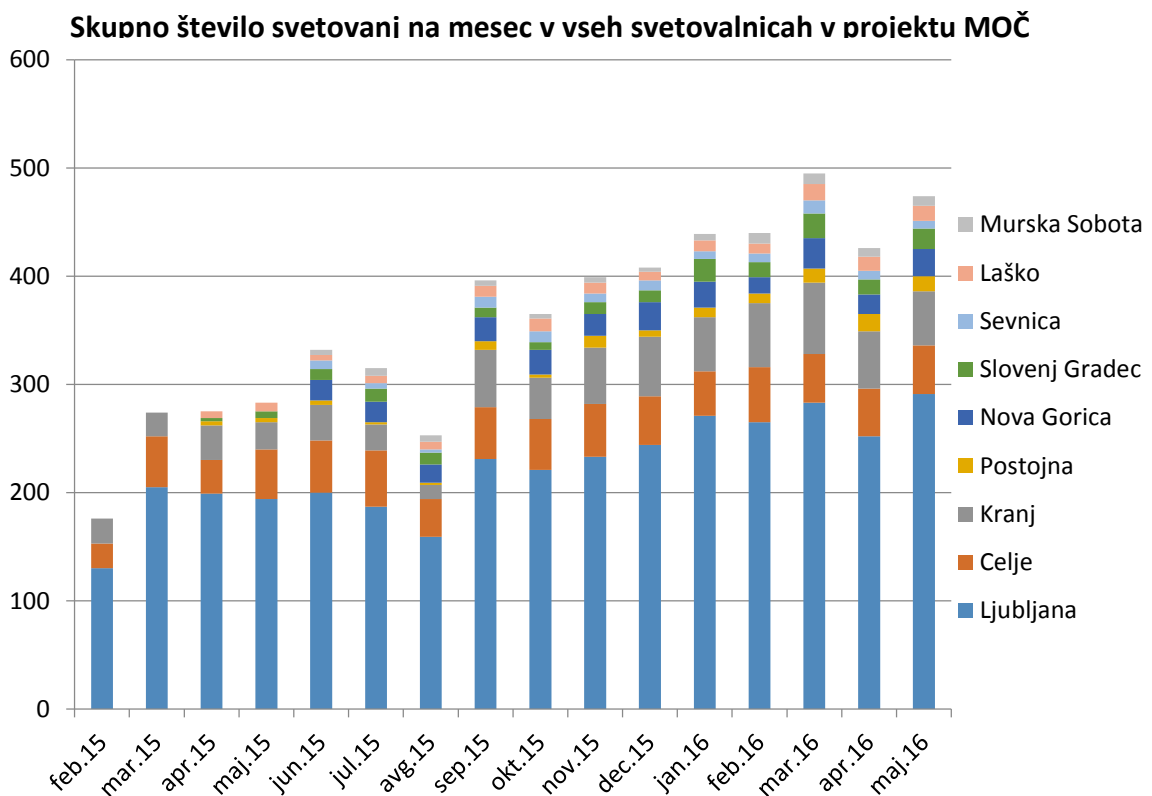
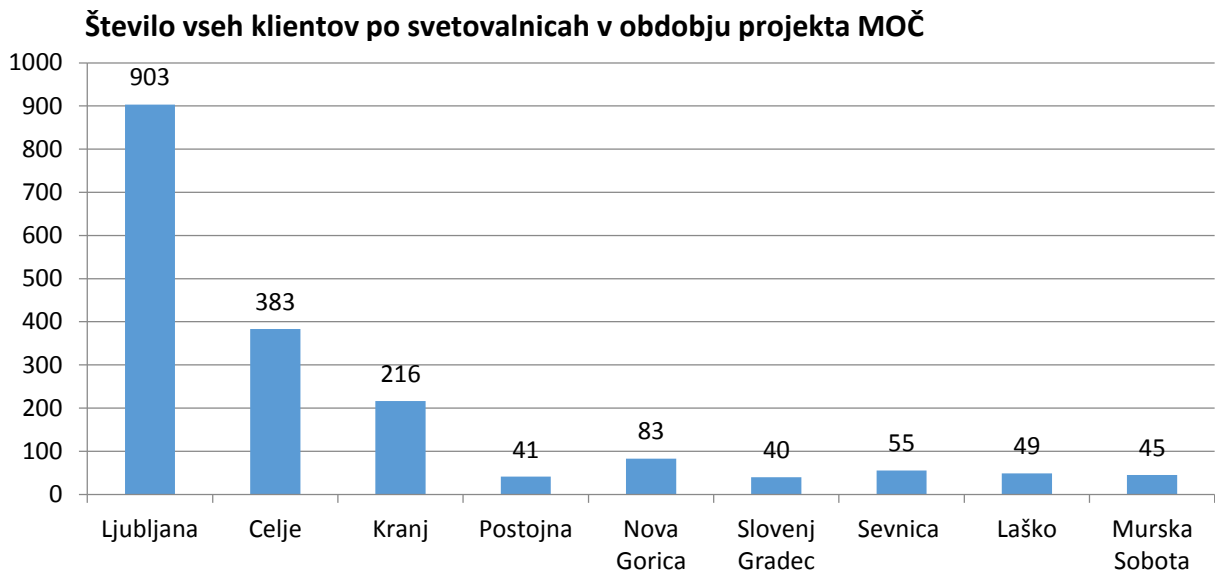
V času trajanja projekta MOČ se je za svetovanje usposobilo 13 novih svetovalcev, ki so uspešno zaključili 68 - urno teoretično in praktično usposabljanje, ki ga je vodilo Slovensko združenje za preprečevanje samomora. Skupno je v mreži svetovalnic MOČ svetovalne storitve izvajalo 34 svetovalcev. Svetovalci so bili različnih profilov – psihologi, klinični psihologi, psihiatri, psihoterapevti različnih usmeritev. Enotno vsem svetovalcem v obstoječi mreži svetovalnic je bilo uspešno opravljeno usposabljanje, ki je pokrivalo sledeče vsebine: osnove svetovanja, vzpostavitev odnosa ter komunikacija s klientom, ukrepanje ob samomorilno ogroženih klientih, žalovanje, tesnoba in različne fobije, prepoznavanje in ukrepanje ob depresiji, zloraba in odvisnost od prepovedanih substanc, ukrepanje ob klientih s psihozo, krizna stanja pri otrocih in mladostnikih, krizna stanja v družini ter pomoč žrtvam zlorab in nasilja. Vsi svetovalci so poleg tega bili deležni rednih skupinskih supervizij v sklopu projektne delo, individualnih supervizij s supervizorjema, vsi na novo usposobljeni svetovalci pa še mentorstva, ko so potrebovali takojšen pogovor glede dela s klientom.

Kot je razvidno iz slike 3, so v projektu MOČ delovale svetovalnice v osmih od dvanajstih statističnih regij. Skupno je v projektu delovalo 9 svetovalnic, od tega jih je bilo na primeru dobre prakse svetovalnic iz Ljubljane, Kranja in Celja, na novo vzpostavljenih 6 (regije, v katerih so svetovalnice delovale, so obarvane zeleno), torej dve več kot je bil izhodiščni cilj projekta. Svetovalnice so bile združene v mrežo psiholoških svetovalnic MOČ. Vzpostavitev mreže svetovalnic je tudi eden izmed ključnih rezultatov projekta. Uvedeno je bilo enotno naročanje za 7 svetovalnic (Murska Sobota, Slovenj Gradec, Sevnica, Ljubljana, Kranj, Postojna in Nova Gorica), ki so ga izvajali v sprejemni pisarni ljubljanske svetovalnice, za dve svetovalnici v savinjski regiji (Celje, Laško) pa je naročanje potekalo v sprejemni pisarni svetovalnice v Celju. V obeh sprejemnih pisarnah so ob naročanju nudili tudi razbremenilne pogovore. Ker je bil projekt zastavljen pilotno, mreža svetovalnic ni bila vzpostavljena v vseh statističnih regijah, kar je razvidno iz Slike 9 (regije, kjer svetovalnic ni, so obarvane rdeče).



Slika 9. Razporeditev mreže svetovalnic MOČ glede na 12 statističnih regij.

Od začetka projekta MOČ (11. 2. 2015) do zaključka izvajanja svetovalnih storitev v sklopu projekta (31. 5. 2015; en mesec pred uradnim zaključkom projekta) se je na individualno svetovanje naročilo 1669 posameznikov, nekateri so prihajali sami, nekateri v paru, nekateri v družini. V individualno svetovanje je bilo vključenih 2225 oseb. Izvedli smo 5720 svetovanj. Povprečno število svetovanj na posameznega klienta je bilo 3,17. Število klientov po posameznih svetovalnicah in število opravljenih svetovalnih ur po posameznih svetovalnicah je prikazano na Sliki 10.

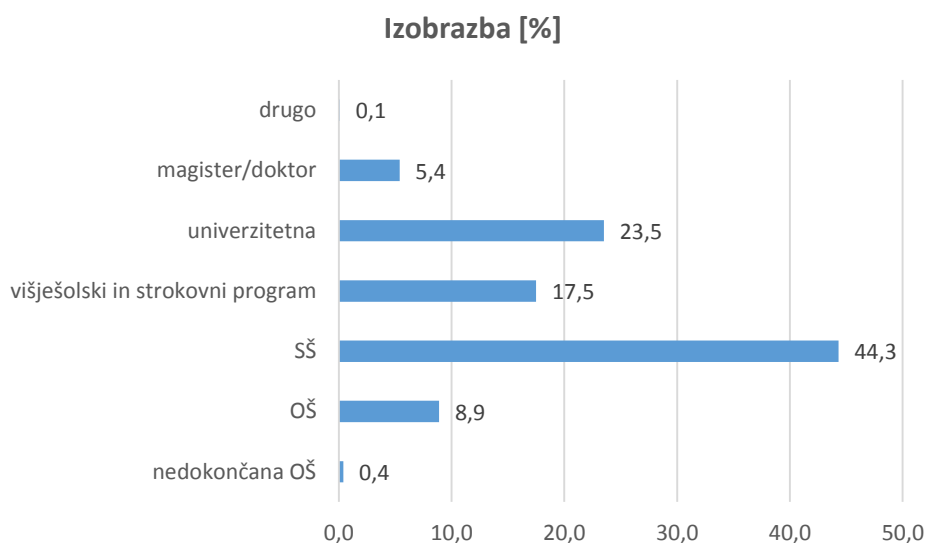


Slika 10. Število opravljenih svetovalnih ur po posameznih svetovalnicah.

Iz Slike 10 je razvidno, da je bil obisk največji v svetovalnicah, ki so delovale že pred projektom (Ljubljana, Kranj, Celje), medtem ko je bil obisk v novonastalih svetovalnicah precej manjši. Ob tem je treba izpostaviti, da je v novonastalih svetovalnicah bilo na voljo precej manj razpoložljivih svetovalnih ur kot v že obstoječih svetovalnicah, vendar kljub temu vse ure v novih svetovalnicah niso bile vedno zapolnjene. V že obstoječih svetovalnicah je bil opažen obraten pojav – število klientov se je po začetku projekta povečalo.

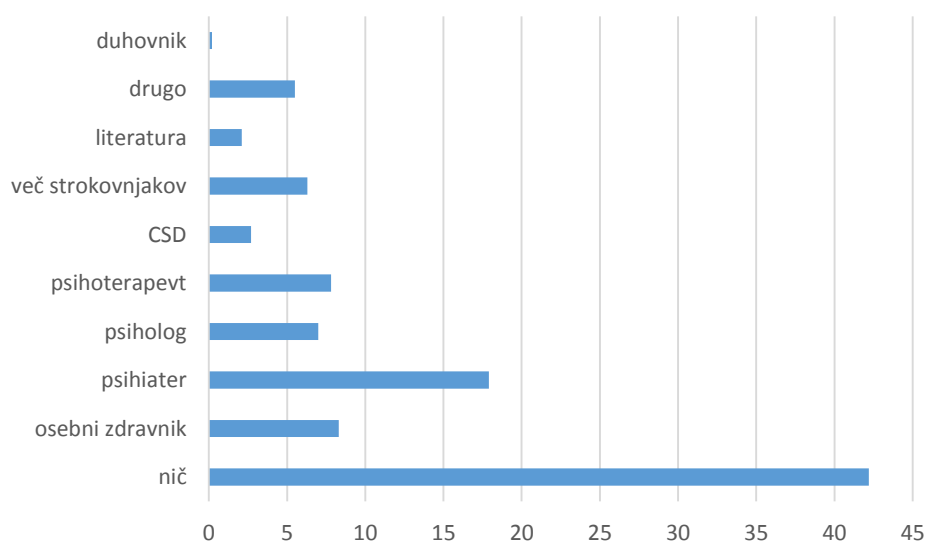
Skoraj tri četrtine (74 %) klientov je bilo ženskega spola. Povprečna starost oseb, ki so iskale pomoč v svetovalnicah, je bila 41,8 let, najmlajši klient je bil star 18 let, najstarejši pa 87 let. Večina klientov (33 %) je bila samskih, poročenih (30 %) ali v izven zakonski skupnosti (22,5 %). Odstotek klientov, ki so bili ločeni ali ovdoveli, je bil precej manjši.

Izobrazbena struktura klientov je prikazana na Sliki 11, iz katere je razvidno, da je skoraj polovica klientov imela srednješolsko izobrazbo, sledili so klienti z univerzitetno izobrazbo in višjo šolo. Ostali izobrazbeni profili so bili zastopani v bistveno manjših odstotkih. Kar zadeva zaposlitveni status, je skoraj polovica klientov bila zaposlena za polni delovni čas, sledili so klienti brez zaposlitve (18,3 %) in upokojeni (11,8 %) ter študenti (11,8 %).



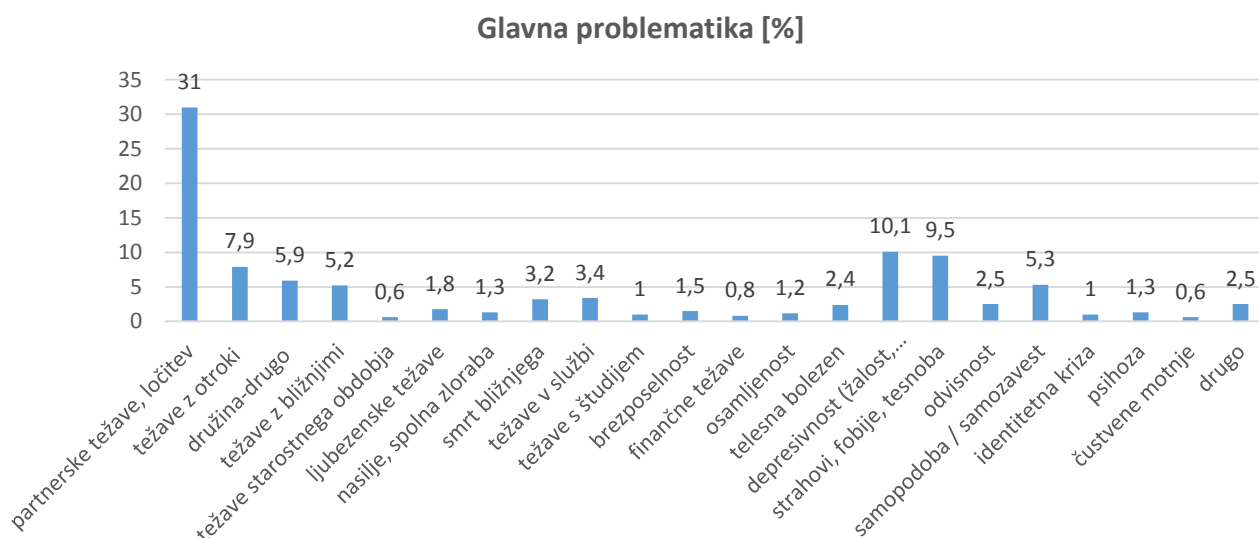
Slika 11. Izobrazbena struktura klientov, ki so poiskali pomoč v mreži svetovalnic

Kot je razvidno iz Slike 12, skoraj polovica (43 %) klientov pred obiskom v svetovalnicah drugje ni poiskala pomoč za svoje težave. Med viri pomoči pri klientih, ki so pomoč predhodno že iskali, so bili najpogosteje omenjeni psihiatri (17,9 %), osebni zdravniki (8,3 %), psihoterapevti (7,8 %), psihologi (7 %).



Slika 12. Viri pomoči, kjer so klienti iskali pomoč za svoje težave pred prihodom v svetovalnico

Težave, zaradi katerih so klienti poiskali pomoč v svetovalnicah, so se največkrat navezovale na težave v partnerskem odnosu, depresivnost s samomorilno ogroženostjo, anksioznost in različne strahove, težave z otroki, z družino, z bližnjimi. Sledile so težave s samopodobo, druge težave, zaradi katerih so klienti poiskali pomoč (smrt bližnjega, težave na delovnem mestu ali študiju, odvisnosti, osamljenost itd.) so bile zastopane v bistveno manjših odstotkih. Pomembna ugotovitev je, da je polovica klientov poiskala pomoč zaradi težav z odnosi v družini (slika 13).



Slika 13. Težave, zaradi katerih so klienti poiskali pomoč v svetovalnicah

Odziv ljudi na ponujene svetovalne storitve je bil zelo dober, čeprav je v številu obiskov med svetovalnicami prihajalo do razlik (manjši obisk predvsem tam, kjer bi pričakovali večje zanimanje). Glede na rezultate dela svetovalnic bi bilo smiselno napore usmeriti v trajnostno delovanje mreže svetovalnic in njihovo enakomerno porazdelitev po celotni Sloveniji oziroma po vseh regijah.

➤ Rezultati evalvacije izkustvenih skupin

Od septembra 2015 do januarja 2016 so v okviru Mreže psiholoških svetovalnic MOČ v Celju in Ljubljani potekale **izkustvene skupine, namenjene staršem, ki se srečujejo z najrazličnejšimi dilemami vzgoje in starševstva**. V tem obdobju je delovalo pet izkustvenih skupin, in sicer dve za vezane starše in tri za ločene starše. Vanje je bilo vključenih **47 staršev** (35 žensk in 12 moških). Skupine so delovale pod vodstvom izkušenih strokovnjakov na področju svetovanja in psihoterapije. Starši so se sestajali redno tri mesece, vsak teden enkrat po uro in pol (dvanajst srečanj vsake skupine oziroma 18 ur). Evalvacija učinkovitosti izkustvenih skupin je pokazala ugodne rezultate. V statistično analizo je bilo zajetih 26 staršev. Učinkovitost smo merili z začetnim in zaključnim vprašalnikom, posebej zasnovanim za skupine za vezane starše in posebej za skupine z ločenimi starši.

Pri 10-odstotni stopnji statistične značilnosti smo ugotovili, da je sodelovanje v izkustveni skupini za uspešno starševstvo imelo statistično pomemben učinek na **doživljanje naklonjenosti** otroka do staršev, lažje **postavljanje omejitev** otrokom, pozitiven vpliv na **povezanost staršev in njihovih otrok**, **povečanje zadovoljstva** s pogoji družinskega življenja in **povečanje** zadovoljstva staršev. Vezani starši so dobili nekoliko manj koristi od pričakovanih glede: pomoči in napredka pri vzgoji, ustreznih navodil, kako ravnati z otrokom, razlage vzgojnih prijemov ter vzpostavljanja prijetnejšega stika z otrokom. Tudi ločeni starši so imeli nekoliko večja pričakovanja, in sicer glede naslednjih koristi: pri spoznavanju

vzgojnih prijemov, več pomoči pri razumevanju otrokovih potreb in problemov ter več sodelovanja pri vzgoji otrok z nekdanjim partnerjem. Ob zaključku izkustvene skupine pa so ločeni starši v povprečju pridobili več koristi od pričakovanih **na področju razumevanja svojih osebnih problemov** ter več koristi na področju **stika z otrokom** - opisovali so boljši odnos med njimi in otroki ter boljše vzdušje v družini. Ugotovili smo tudi, da je večino ločenih staršev ob zaključku izkustvene skupine v nekoliko večji **meri veselilo življenje** in **v so v nekoliko večji meri uresničevali svoje cilje**. Izkustvena skupina je tudi pozitivno vplivala na sporazumevanje večine staršev z nekdanjim partnerjem. Tako vezani kot ločeni starši so bili v celoti gledano z izkustveno skupino **zelo zadovoljni**, njihova pričakovanja so bila **izpolnjena v visoki meri** in obstaja zelo velika verjetnost, da bi vključitev v skupino za starše priporočili tudi drugim staršem. Izkušnja vključenosti v izkustveno skupino je močno vplivala na njihovo doživljanje starševstva. Zadovoljstvo večine staršev z izkustveno skupino potrjuje tudi analiza beležnic moderatorjev skupin, na podlagi katerih smo ugotovili, da so bili starši v skupinah večinoma med seboj povezani, se pripravljani odpreti, zaupati drug drugemu osebne težave in se o njih pogovoriti. Starši so v skupinah razvili medsebojno podporno komunikacijo. Izrazili so željo po pogostejšem organiziranju tovrstnih starševskih skupin.

Delovni sklop: Ozaveščanje

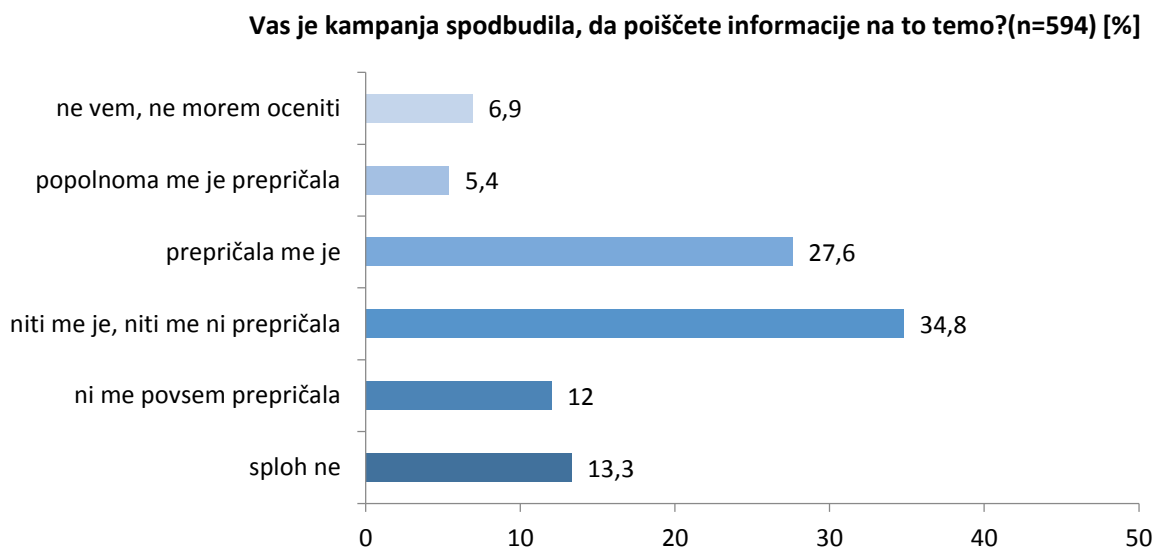
➤ Aktivnosti ozaveščanja

Aktivnosti v tem delovnem sklopu so bile usmerjene na ozaveščanje splošne javnosti o pomenu duševnega zdravja, vzrokov in znakov duševnih težav, vključno s samomorilnim vedenjem ter o različnih virih pomoči in podpore. Poudarek je bil na destigmatizaciji duševnih težav in stisk ter na krepitvi zavedanja, da je v primeru težav pomembno pravočasno poiskati strokovno pomoč. Dejavnosti ozaveščanja so zajemale različne aktivnosti: predavanja o problematiki za splošno javnost; informativne zloženke z osnovnimi informacijami o znakih in vzrokih duševnih stisk, vključno s samomorilnim vedenjem; predvajanje oglasa o duševnem zdravju na TV in radiu; nameščanje plakatov z vsebino o duševnem zdravju in organizacijo javnega dogodka s ciljem ozaveščanja o vsebinah duševnega zdravja. Pripravili smo tudi javna predavanja za splošno javnost, ki so obravnavala prepoznavanje depresije in samomorilne ogroženosti. K organizaciji predavanj smo pristopili s premislekom o potrebah različnih ciljnih skupinah. Ker imajo ljudje s sladkorno boleznijo večje tveganje za pojav depresije kot splošna populacija, smo se povezali z Zvezo društev diabetikov Slovenije ter s sodelovanjem njihovih lokalnih društev izvedli devet predavanj, ki so bila odprta tudi za nečlane teh društev (torej za splošno javnost). Pet predavanj smo izvedli tudi v izobraževalnih ustanovah, v katerih izrazili zanimanje za obravnavane teme.

➤ Rezultati aktivnosti ozaveščanja

Rezultati se nanašajo na evalvacijo dejavnosti ozaveščanja (TV spot, zloženke, plakati z vsebino o duševnem zdravju itd.). Pri teh dejavnostih smo izhajali iz smernic za odgovorno poročanje in komuniciranje o samomoru. Evalvacijo je izvedla Ninamedia s pomočjo spletne ankete na reprezentativnem vzorcu 594 oseb. Poleg všečnosti, razumevanja in opaženosti kampanje smo merili tudi stališča do iskanja pomoči v primeru duševne stiske.

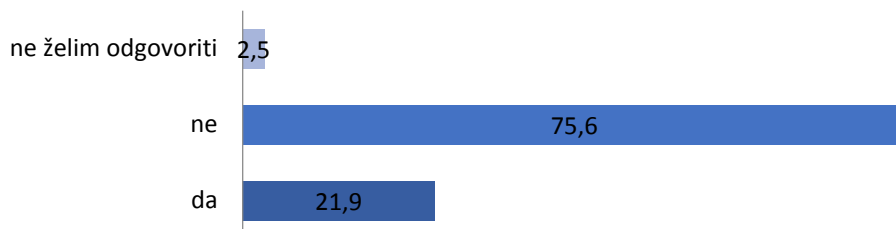
Analiza je pokazala, da so bile aktivnosti ozaveščanja dobro prepoznane glede na sorazmerni finančni vložek. Najbolj opažene so bile aktivnosti ozaveščanja preko zloženek o svetovalnicah, depresiji in samomorilnem vedenju, ki so bile na razpolago v zdravstvenih ustanovah, centrih za socialno delo (CSD), zavodih za zaposlovanje (ZRSZ), knjižnicah in drugih javnih ustanovah. Več kot polovici vprašanih so se izdelki kampanje ozaveščanja (TV spot, zloženke, plakati) zdeli všečni. Med tistimi, ki so izdelke ocenili kot manj všečne, so prevladovali starejši od 60 let in mlajši od 30. Čeprav smo pri izdelkih (predvsem pri slikah in tekstu) izhajali iz smernic za odgovorno poročanje o samomoru (ki poudarjajo etični in odgovorni vidik izdelka tudi na račun njegove všečnosti, opaznosti, sprejetosti s strani javnosti), so bili posamezni elementi, kot so slogan in tekst, zelo pozitivno ocenjeni. Med anketiranci je prevladovalo mnenje, da je kampanja ozaveščanja v sklopu projekta MOČ drugačna od ostalih in da jim bo ostala v spominu. V veliki meri so se strinjali s trditvijo, da so tovrstne kampanje smiselne in koristne. Rezultati glede opaženosti posameznih izdelkov so pokazali, da so TV spot najbolj opazili moški, medtem ko so zloženke bolj opazile ženske. Mlajša populacija (študenti) je prevladovala med tistimi, ki so opazili plakatne površine. V vseh treh primerih izdelkov (TV spot, zloženke, plakati) so rezultati pokazali, da so jih najbolj opazili v SV predelih Slovenije (kjer so slabši kazalniki duševnega zdravja) in prebivalci z nižjo izobrazbeno strukturo, brezposelni in upokojenci. Približno tretjino anketirancev so aktivnosti ozaveščanja in iz tega izhajajoči izdelki spodbudili, da so se podrobneje seznanili s problematiko duševnega zdravja in samomorilnosti (Slika 14).



Slika 14: Delež anketirancev, ki jih je medijska kampanja spodbudila k iskanju dodatnih informacij o duševnem zdravju (vir: Ninamedia)

Med temi, ki jih je kampanja spodbudila k iskanju dodatnih informacij, so bile predvsem ženske, starejši in upokojenci. Rezultati so poleg tega pokazali, da obstaja velika vrzel iskanja pomoči (razmerje med tistimi, ki jo potrebujejo, in tistimi, ki jo dobijo oziroma poiščejo). Z duševno stisko se je namreč doslej že srečala slaba polovica vseh vprašanih, pri čemer so v duševni stiski bili sami ali pa kdo izmed njihovih ožjih družinskih članov. Pomoč pri pristojnih inštitucijah ali svetovalcih, ki so oz. bi jim pomagali v času duševne stiske, pa je poiskala le petina vseh vprašanih (Slika 15).

Ali ste že kdaj poiskali nasvete in pomoč pri pristojnih inštitucijah in svetovalcih, ki bi vam / so vam, pomagali v času vaše duševne stiske? (n=594)
[%]



Slika 15: Pogostost iskanja pomoči v času duševne stiske (vir: Ninamedia)

Med temi, ki so iskali pomoč, prevladujejo ženske, posamezniki v starosti med 31 in 45 let, osebe z dokončano dve ali tri letno strokovno/poklicno izobrazbo, nezaposleni ter ločeni in ovdoveli. Med anketiranci, ki so se opredelili za odgovor, da so še vedno v duševni stiski, so prevladovale ženske, posamezniki mlajši od 30 let, nezaposleni, ločeni ter prebivalci iz pomurske, podravske, spodnjeposavske ter obalno-kraške regije. Analiza stališč do iskanja pomoči v primeru duševne stiske je pokazala, da v splošnem prevladujejo pozitivna stališča do iskanja pomoči tako v primeru duševne stiske nekoga od bližnjih kot tudi v primeru lastne duševne stiske. Najmanj naklonjeni iskanju pomoči so bili v SV predelih Slovenije.

DRUGI DEL

SMERNICE ZA IZVAJANJE UKREPOV NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

V projektu smo se sistematično usmerjali na deficitarna področja duševnega zdravja v Sloveniji, s končnim ciljem izboljšati storitve na področju duševnega zdravja v Sloveniji. Z naslavljanjem (i) problema vrzeli prepoznavanja in obravnave ogroženih posameznikov na primarni ravni zdravstvenega varstva in drugje (Centri za socialno delo, policija (ii) neenakosti med posameznimi regijami glede dostopnosti v storitvah za duševno zdravje, (iii) z naslavljanjem duševnih stisk, ki so povezane s stresom na delovnem mestu, in (iv) odpiranjem tovrstnih vsebin v splošni javnosti smo v predlaganem projektu poskusili odpreti vrata novim rešitvam, ki dopolnjujejo obstoječo prakso na področju duševnega zdravja in preprečevanja samomora v Sloveniji. Pri tem smo izhajali iz ugotovitev drugih študij, ki so se usmerjale v pregled ali izboljšanje storitev na področju duševnega zdravja.

Pregled ugotovitev drugih študij

V številnih študijah so ugotavljali, da mediji igrajo pomembno, morda celo odločilno vlogo pri razumevanju vsebin duševnega zdravja, predvsem pa pri razumevanju duševnih težav. Način, kako mediji poročajo o posameznikih z duševnimi težavami, lahko deluje preventivno in poveča zavedanje o teh vsebinah, kar posledično vpliva na zmanjšanje stigme (APA, 2016; Pirkis in dr., 2008). Zmanjšanje stigme pa je lahko povezano s povečanim iskanjem pomoči tistih, ki jo potrebujejo (Boerema in dr., 2016). Hkrati v literaturi obstajajo tudi konsistentne navedbe o povezavi med medijskim poročanjem in samomorilnim vedenjem, bodisi v smislu preventivnega (Niederkothenthaler in dr., 2010) ali negativnega učinka (Niederkothenthaler in dr., 2009; Pirkis in dr., 2001). Za optimalni učinek je izredno pomembno sodelovanje na nacionalni ravni (Niederkothenthaler in Sonneck, 2007). Zaradi tega je delo z medijskimi strokovnjaki na področju duševnega zdravja in ožje gledano na področju preprečevanja samomora zelo pomembno.

V študijah so ugotavljali, da na primarni ravni zdravstvenega varstva kar polovica oseb z depresijo ni pravočasno prepoznana in zato ni ustrezno zdravljena (Kozel in dr., 2012; Ani in dr., 2008). Nепrepoznana depresija se lahko odraža s pogostejšimi obiski pri zdravniku (Simon in dr., 2002) in poveča možnost njenih zapletov, pojava drugih bolezni in umrljivosti (Cummings in dr., 2003), predvsem zaradi samomorilnega vedenja, saj je pri 15 % oseb z depresijo samomor glavni vzrok prezgodnje smrti (Matheews in dr., 1994). V zvezi s tem so v študijah ugotavljali, da so samomorilno ogrožene osebe nekaj mesecev ali celo tednov pred samomorom pogosteje obiskovale svojega splošnega zdravnika, vendar samomorilni nameni niso bili prepoznani (Rodi in dr., 2010). Prepoznavanje samomorilne ogroženosti je še toliko bolj pomembno pri pacientih, ki ne izpolnjujejo kriterijev za depresivno motnjo. Kot navajajo Kustner in dr. (2016), je namreč zlasti pri pacientih z znaki brezvoljnosti in žalosti povečano tveganje za samomor, ki ga je potrebno pravočasno prepoznati. O težavah prepoznavanja prehodnih duševnih stisk, duševnih težav in samomorilnosti ter veččin dela z ranljivimi posamezniki poročajo tako strokovnjaki na primarni zdravstveni ravni kot tudi strokovnjaki iz drugih sektorjev. Zato je potrebno dosledno in kontinuirano sodelovanje z vsemi vratarji sistema (splošni zdravniki, medicinske sestre, policisti, socialni delavci), ki prihajajo v stik z ranljivimi posamezniki (Mann in dr., 2005). Edukacija strokovnjakov iz vsebinah duševnega zdravja in samomorilnosti namreč lahko doprinese k pravočasni prepoznavi stiske in posledično do upada težav v populaciji, kar so ugotavljali v različnih študijah (Rutz in dr., 1992; Roškar in dr., 2010; Hegerl in dr., 2009). Kot navajajo van der Feltz in sodelavci (2011) v preglednem članku, je za optimalen učinek edukacijskih programov zdravstvenega osebja pomembno, da edukacijo izvajamo kontinuirano, da omogočamo obnovitvena srečanja, da izobraževanja izvajamo v delovnem okolju zdravstvenega osebja

ter da omogočimo konzultacijo (telefonsko) s psihiatrom v primerih krizne situacije. Prav tako so v različnih študijah ugotavljali, da so pri 27 % splošnih zdravnikov prisotne duševne težave, povezane s stresom na delovnem mestu, med katerimi so najpogostejše depresija, bipolarna motnja, zloraba alkohola in drugih psihoaktivnih snovi (Center in dr., 2003; Andrew in dr., 2010). Avtorji so tudi ugotavljali, da je med zdravstvenimi strokovnjaki (npr. zdravniki) povečano tveganje za samomorilno vedenje (Hawton in dr., 2001). Posebej ogroženi so strokovnjaki, ki so na začetku strokovne poti (Jovanović, 2009). Zaradi tega je pomembno, da strokovnjakom omogočimo različne oblike podpore in pomoči, tudi učenje veščin, ki jim pomagajo ohranjati in krepiti lastno duševno zdravje (Ramirez in dr., 1996).

Ker so duševne motnje povezane z nezmožnostjo vsakodnevnega funkcioniranja, stroški povezani z duševnimi motnjami predstavljajo veliko ekonomsko breme za družbo (Wittchen in dr., 2010). Stroške, ki so povezani z obravnavo duševnih motenj, so avtorji razdelili na dve skupini, in sicer na neposredne stroške (stroški zdravljenja in medicinske oskrbe) ter posredne stroške (izguba produktivnosti, zgodnje upokojevanje, absentizem, prezgodnja umrljivost itd.). Wittchen in sodelavci (2010) navajajo, da je v primerjavi s telesnimi boleznimi na področju duševnih bolezni razmerje med neposrednimi in posrednimi ekonomskimi stroški izrazito premaknjeno v smer posrednih ekonomskih stroškov. Na podlagi tega zaključujejo, da duševne bolezni (oziroma širše gledano bolezni možganov, kamor spadajo tudi epilepsija, demenca, kap itd.) zdravimo prepozno. Zaradi tega so še kako pomembni preventivni programi, ki preprečijo zdrs posameznika iz prehodne duševne stiske v duševno motnjo, saj ti programi delujejo na mikro ravni (so koristni za posameznika in njegovo ožje okolje) kot tudi na makro ravni (pomenijo ekonomsko prednost za družbo).

Kot ugotavljajo Šprahova in sodelavci (2011), med statističnimi regijami v Sloveniji obstajajo velike razlike glede tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju. Kot navajajo, je stopnja tveganja najmanjša v zahodnih statističnih regijah Slovenije (osrednjeslovenska, goriška, gorenjska, jugozahodna), medtem ko je stopnja tveganja največja v pomurski, zasavski, spodnjeposavski, podravske in v notranjsko-kraški statistični regiji. Prav tako se regije razlikujejo glede dostopnosti služb na področju storitev duševnega zdravja v primerjavi s stopnjo tveganj. Najslabša je dostopnost v zasavski, pomurski, spodnjeposavski, notranjsko-kraški in jugovzhodni regiji, medtem ko je dostopnost do služb na področju duševnega zdravja v zahodnih regijah Slovenije dokaj dobra (glede na ocenjen obseg dejavnikov tveganja za nastanek težav v duševnem zdravju). Neenakosti glede števila izvajalcev storitev duševnega zdravja po regijah in upravnih enotah so navajali tudi drugi avtorji (Bajt in dr., 2008). Zagotavljanje storitev s področja duševnega zdravja se povezuje tudi z dolgimi čakalnimi dobami.

V različnih študijah ugotavljajo, da kljub učinkovitim metodam, ki so na voljo, osebe z duševnimi težavami ne dobijo zadostne pomoči ali je same ne poiščejo. Vrzel zdravljenja (angl. treatment gap) je največja prav za duševne motnje, še posebej za depresijo, in znaša med 40 in 60 odstotki (Bristow in dr., 2002). Tudi na slovenskem vzorcu Šprahova in sodelavci ugotavljajo (2011), da je število bolnikov, ki poiščejo pomoč (na sekundarnem, torej specialističnem nivoju), nižje od števila bolnikov z zdravstvenimi težavami. Hkrati tudi navajajo, da obstaja povezava med preventivnimi in promocijskimi aktivnostmi ter številom oseb, ki poiščejo pomoč. Na iskanje pomoči negativno vpliva predvsem stigma, nepoznavanje in nerazumevanje duševne bolezni (Boerma in dr., 2015; Coppens in dr., 2013). Kot ugotavljajo drugi avtorji, lahko na iskanje pomoči poleg tega vplivajo določene demografske značilnosti, osebnost, zaupanje v zdravje, stališča posameznika, prepričanja, pomembni drugi itd. (Andrade in dr., 2013; Bijl in dr., 2000). V skladu z različnimi socialno psihološkimi in zdravstveno psihološkimi teorijami (npr. Ajzen in Fishbein, 1978) je zato pri načrtovanju aktivnosti ozaveščanja smiselno upoštevati načelo, da samo znanje za spremembo oziroma dosego zelenega vedenja ni dovolj, ampak da se je potrebno usmeriti tudi v dejavnike, ki vodijo do zelenega vedenja. Koncept, ki povezuje

omenjene vidike, avtorji imenujejo *pismenost na področju duševnega zdravja* – PODZ - (anlg. Mental health literacy; Jorm, 2012). Ta se nanaša na znanje, prepričanja in stališča o duševnih motnjah, znanje, ki pomaga pri njihovem prepoznavanju, obravnavi in preventivi. Glede na rezultate drugih študij se morajo aktivnosti ozaveščanja splošne javnosti usmerjati v povečevanje kredibilnosti storitev na področju duševnega zdravja in se usmerjati v ranljive skupine (moške, starejše, osebe z nižjo izobrazbo in osebe, ki živijo same). Poleg tega je za večji učinek priporočljivo, da vsako kampanjo prilagodimo kulturnim normam, ciljni skupini in okolju, v katerem jo izvajamo (Coppens in dr., 2013). Kar zadeva Slovenijo, Šprahova in sodelavci ugotavljajo (2011), da se statistične regije med seboj razlikujejo glede obsega preventivno promocijskih dejavnosti, ki se ne pokrivajo dobro s stopnjami tveganj za razvoj motenj. V regijah, kjer je stopnja tveganj relativno nizka (obalno-kraška, osrednjeslovenska, goriška), je namreč največ promocijsko preventivnih aktivnosti 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). Majcen (2016) je v svoji študiji, v kateri je primerjal savinjsko in pomursko regijo, ugotovil, da med regijama obstajajo razlike glede pismenosti o duševnem zdravju. V savinjski regiji, kjer so se bolj temeljito usmerjali v ozaveščanje o duševnih motnjah (depresija, anksioznost), je bila raven znanja o teh motnjah višja kot v Pomurski regiji, kjer je bilo v to usmerjenih manj aktivnosti.

Raziskava Inštituta RS za socialno varstvo o revščini in socialni izključenosti družin z otroki (2015) obravnava tudi povezave med revščino in duševnim zdravjem v družinah, ki prejemajo socialno pomoč. Ugotovitve raziskave v fokusnih skupinah s strokovnjaki na centrih za socialno delo kažejo, da strokovnjaki opažajo porast težav z duševnim zdravjem pri prejemnikih pomoči. Raziskovalci so med strokovnjaki na centrih za socialno delo, ko so ti govorili o revščini na splošno, zaznali diskurz, ki krivdo za revščino individualizira in jo pripiše osebnostnim lastnostim posameznika. Ob izpostavljanju posameznih ranljivih skupin v pogovoru so strokovnjaki poiskali sistemske vzroke za revščino. Raziskovalci opozarjajo, da občasno zatekanje strokovnjakov k individualiziranemu pripisovanju vzrokov za revščino povečuje stigmatizacijo revščine in hkrati osebne stiske prosilcev pomoči. Na duševne težave so v intervjujih opozorili tudi sami prejemniki pomoči, ki so pojav težav z duševnim zdravjem pripisali stresu, povzročenim z neobvladovanjem svojega materialnega položaja. Anketni vprašalnik je pokazal drugačno sliko, saj je o duševnih težavah v njem poročalo razmeroma malo anketirancev. Raziskovalci so ta razkorak interpretirali s prisotnostjo stigme duševnih težav, ki so jih anketiranci bili pripravljeni izraziti v osebni pogovoru, ne pa tudi na vprašalniku. Raziskava posebej opozarja na težavno razločevanje med vzroki in posledicami revščine. Stigma revščine in stigma duševnih težav, ki so lahko tako vzrok kot tudi posledica pristanka v revščini, se medsebojno krepi, kar dodatno obremenilno vpliva tudi na duševno zdravje.

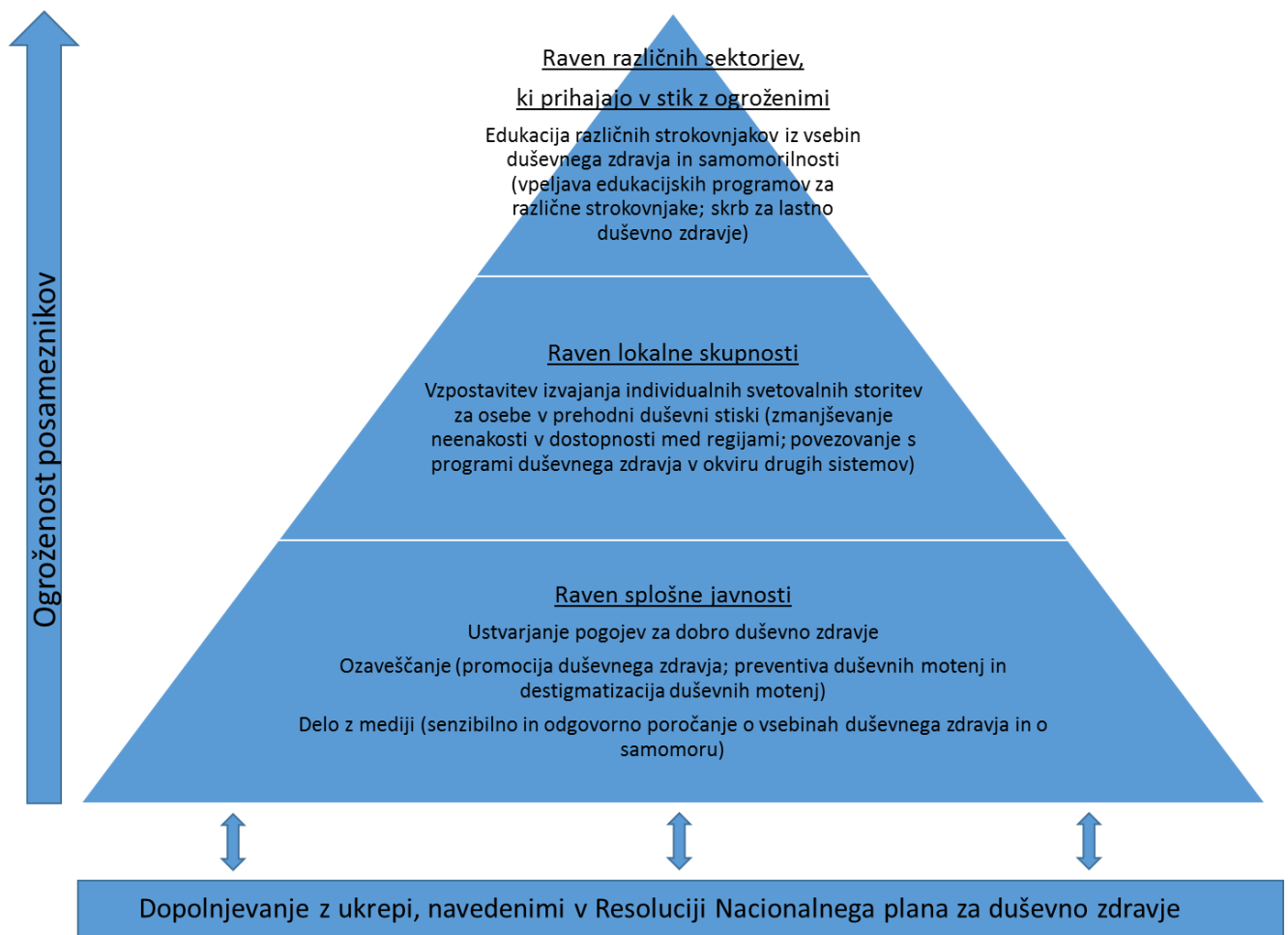
Smernice za izvajanje ukrepov na področju duševnega zdravja v Sloveniji

Po navedbah Mednarodne zaveze za preprečevanje samomora in na osnovi rezultatov številnih študij (Mann in dr., 2005; van der Feltz in dr., 2011), so **bolj kot posamezni programi in aktivnosti uspešni raznoteri programi za zmanjševanje duševnih motenj in preprečevanje samomora (vključujejo več preventivnih elementov hkrati)**. Med glavnimi elementi navajajo:

- izobraževanje ključnih strokovnjakov (zdravstveni delavci, policisti, socialni delavci ...), ki prihajajo v stik z ogroženimi,
- sodelovanje z mediji in aktivnosti ozaveščanja,
- delovanje v lokalni skupnosti in
- omejevanje dostopnosti do sredstev za samomor.

Hkratno izvajanje več preventivnih in promocijskih ukrepov na področju duševnega zdravja namreč vodi do sinergističnih učinkov, kar z večjo verjetnostjo pripelje do želenega rezultata – izboljšanje duševnega zdravja populacije, upad samomorilnega količnika, zmanjšanje stigme v populaciji ipd. – kot izvajanje posamičnih aktivnosti (Mann in dr., 2005; Hegerl in dr., 2008; van der Feltz in dr., 2011).

Na osnovi ugotovitev o večji uspešnosti bolj raznoterih programov na področju duševnega zdravja smo tudi smernice in usmeritve, ki izhajajo iz projekta MOČ, **zapisali celostno**. Skladno z zasledovanjem osnovnega cilja projekta (izboljšati storitve na področju duševnega zdravja) zato predlagamo, da se za dosego optimalnega učinka predlagane usmeritve in ukrepi izvajajo na več ravneh hkrati, saj se med seboj smiselno dopolnjujejo. Ravni ukrepov, na katere se smernice nanašajo, so raven splošne javnosti, raven lokalne skupnosti in raven različnih sektorjev, ki so pomembni za področje duševnega zdravja in preprečevanja samomora (zdravstvo, sociala itd.). Predlagana shema smernic, za izvajanje ukrepov na več ravneh hkrati, je prikazana na Sliki 16.



Slika 16. Shema smernic za hkratno izvajanje ukrepov na več ravneh, s končnim ciljem izboljšati storitve na področju duševnega zdravja

Predlogi smernic za izvajanje ukrepov se nanašajo na različne ravni (Slika 16), različne ciljne skupine: splošno javnost, osebe s prehodnimi duševnimi stiskami, medijske strokovnjake in strokovnjake, ki prihajajo v stik z ogroženo populacijo. Različne ravni, na katerih izvajamo ukrepe iz predlaganih smernic, so v medsebojni povezanosti. Z vsako ravnjo se zmanjšuje število ciljne populacije, hkrati pa narašča ogroženost posameznikov za razvoj duševnih težav. Če ponazorimo s primerom: akcije ozaveščanja nagovarjajo najširšo skupino ljudi (raven splošne javnosti), ki je malo ogrožena, medtem ko strokovnjaki v različnih sektorjih (zdravstveni, socialni, policija...) prihajajo v stik z manjšim delom populacije, ki je bolj ogrožena za razvoj duševnih stisk ali težav ter posledično samomorilnega vedenja. Različno ogrožene ciljne skupine je potrebno nagovarjati z različno intenzivnimi intervencijami – bodisi s tistimi za nizko ogrožene populacije (ang. population approach) bodisi s tistimi za bolj ogrožene populacije (ang. high risk approach). Kot navaja Rose (1985), se pristopa medsebojno ne izključujeta, temveč se dopolnjujeta. Če namreč uporabimo samo pristope za bolj ogroženo populacijo, potem bo velik del populacije, ki ni ogrožen, ostal brez intervencij. Po drugi strani pa, če uporabimo samo pristope za celotno populacijo, ne bomo dovolj specifično nagovarjali bolj ogroženih (čeprav jim bodo določene intervencije koristile). Posameznik se tekom življenja lahko nahaja v različno dobri kondiciji duševnega zdravja, kar pomeni, da lahko prehaja med različnimi stopnjami ogroženosti. Zato, da bi dosegli celotno populacijo (torej veliko število ljudi, ki so malo ogroženi, in hkrati tudi manjše število ljudi, ki so bolj

ogroženi), in optimalni učinek, je smiselno kombinirati oba pristopa oziroma hkrati slediti vsem smernicam za izvajanje ukrepov.

Smernice za izvajanje ukrepov, ki jih navajamo in predlagamo v nadaljevanju, se skladajo in dopolnjujejo s **Predlogom Resolucije o Nacionalnemu programu duševnega zdravja 2014 – 2018**.

Smernice za izvajanje ukrepov na ravni splošne javnosti

➤ Smernice za izvajanje aktivnosti ozaveščanja

Skladno z rezultati projekta MOČ ter ugotovitvami drugih študij predlagamo sledeče ključne smernice za ozaveščanje splošne javnosti o vsebinah duševnega zdravja, vključno s samomorilnim vedenjem:

- Načrtno, ciljno in sistematično ozaveščanje splošne javnosti o vsebinah duševnega zdravja.
 - o promocija duševnega zdravja, destigmatizacija in preventiva duševnih motenj.
- Večji poudarek na aktivnostih ozaveščanja v regijah s slabšimi kazalniki duševnega zdravja.
- Aktivnosti ozaveščanja prilagoditi ciljni skupini, tako glede metode, načina, vsebine kot tudi glede kanala komuniciranja (tv, radio, zloženke...).
- Aktivno in sistematično raziskovanje dejavnikov, ki vplivajo na vrzeli v iskanju pomoči na eni strani ter in zagotavljanju obravnave, zdravljenja in pomoči na drugi strani.
- Premik od informiranja/ozaveščanja »o« vsebinah duševnega zdravja k »dejavnikom«, ki vplivajo na odnos do duševnega zdravja in iskanja pomoči in k praktičnemu učenju veščin za krepitev duševnega zdravja ter soočanje s težavami.
 - o Priprava aktivnosti ozaveščanja in posameznih aktivnosti glede na dejavnike (stališča, mnenja pomembnih drugih itd.), ki so povezani s ciljnim vedenjem (temelječ na teoretični predpostavki »znanje ni enako vedenju«).
 - o Priprava aktivnosti in programov za pridobivanje veščin za krepitev duševnega zdravja ter soočanje s težavami.
- Kontinuirano izvajanje evalvacije aktivnosti ozaveščanja.
- Povečevanje pismenosti o duševnem zdravju na nacionalnem nivoju in v različnih ciljnih skupinah.
 - o Uvedba vsebin duševnega zdravja v vrtčevske, šolske in študijske kurikule.
 - o Usmeritev na različne ciljne skupine (otroci, mladi, delovno aktivno, starejši).

➤ Smernice za delo z mediji (informiranje in obveščanje javnosti o vsebinah duševnega zdravja)

Skladno z rezultati projekta MOČ ter ugotovitvami drugih študij predlagamo sledeče ključne smernice za delo z mediji za informiranje in obveščanje javnosti o vsebinah duševnega zdravja:

- Oblikovanje smernic za kritično in odgovorno poročanje o vsebinah duševnega zdravja in njihova diseminacija na nacionalni ravni.
 - o Vključevanje preventivnega in promocijskega vidika v poročanje, vključevanje destigmatizacijskih vidikov ipd.
 - o Vključevanje medijskih strokovnjakov že v fazi nastajanja smernic

- Kontinuirana evalvacija uspešnosti uporabe smernic ter analiza vzrokov za njihovo uporabo/neuporabo.
- Diseminacija smernic.
- Senzibilizacija medijskih strokovnjakov za vsebine duševnega zdravja in spodbujanje k upoštevanju načel etičnega poročanja o vsebinah duševnega zdravja.
- Vključitev vsebin, ki se nanašajo na poročanje o vsebinah duševnega zdravja, v študijske kurikule (npr. študij novinarstva).

Smernice za izvajanje ukrepov na ravni splošne javnosti se nanašajo na akcije *ozaveščanja* in *sodelovanja z mediji*. Predlagane smernice na tej ravni se dopolnjujejo in vplivajo na smernice za izvajanje ukrepov na vseh ostalih ravneh. Sistematično ozaveščanje splošne javnosti o vsebinah duševnega zdravja, kamor spada destigmatizacija duševnih motenj, preventivne aktivnosti na področju duševnih motenj in promocija duševnega zdravja, lahko vpliva na boljše razumevanje duševnega zdravja in večjo pripravljenost na iskanje pomoči v primeru duševnih stisk. Smiselno se je zato usmeriti v povečevanje pismenosti na področju duševnega zdravja pri odrasli populaciji in tudi že prej, npr. v vrtcih, osnovnih šolah in kasneje v študijskih programih. Aktivnosti je potrebno prilagoditi ciljni populaciji, ki jo nagovarjamo. Poleg informiranja splošne javnosti in ukrepov destigmatizacije je smiselno oblikovanje aktivnosti ozaveščanja in posameznih aktivnosti glede na dejavnike (stališča, mnenja pomembnih drugih itd.), ki so povezani s ciljnim vedenjem (temelječ na teoretični predpostavki »znanje ni enako vedenju«; za podrobnosti glej poglavje »Pregled ugotovitev drugih študij«). Aktivnosti morajo biti še posebej intenzivne in načrtno izvajane v regijah, kjer so slabši kazalniki duševnega zdravja. Na smernice za izvajanje ukrepov ozaveščanja se smiselno navezujejo smernice in ukrepi na področju *dela z mediji (informiranje in obveščanje)*.

Mediji imajo namreč pomembno, morda celo odločilno vlogo pri razumevanju vsebin duševnega zdravja, predvsem pa pri razumevanju duševnih težav. Način, kako mediji poročajo o duševnem zdravju, o posameznikih z duševnimi težavami, predvsem pa o samomorilnem vedenju, lahko deluje informativno, preventivno ali negativno. Zato je smiselno sodelovanje z medijskimi strokovnjaki na nacionalnem nivoju v smeri spodbujanja upoštevanja načel etičnega poročanja o vsebinah duševnega zdravja in senzibilizacije medijskih strokovnjakov o teh vsebinah. Pomembno je, da se o načelih etičnega poročanja seznanijo že bodoči medijski strokovnjaki tekom študija. Senzibilno in odgovorno poročanje medijev poveča zavedanje o pomenu duševnega zdravja, vpliva na zmanjšanje stigme in v primeru poročanja o samomoru tudi zmanjša možnost posnemovalnega vedenja. Zmanjšanje stigme pa lahko vodi do povečanja iskanja pomoči pri tistih, ki pomoč potrebujejo. V tem pogledu se smernice za izvajanje ukrepov na področju sodelovanja z mediji in ozaveščanja (raven populacije) smiselno dopolnjujejo in navezujejo na smernice za izvajanje ukrepov v lokalni skupnosti.

Smernice za izvajanje ukrepov na ravni lokalne skupnosti

- Smernice za razvoj svetovalnic za osebe v prehodni duševni stiski

Skladno z rezultati projekta MOČ ter ugotovitvami drugih študij predlagamo sledeče ključne smernice za razvoj svetovalnic za osebe v prehodni duševni stiski :

- Zmanjševanje neenakosti glede dostopnosti do svetovalnih storitev med posameznimi regijami – enakomerna razporeditev svetovalnic v celotni Sloveniji.

- Zagotavljanje ustreznih in enakih tehničnih pogojev za delovanje celotne mreže svetovalnic (ustrezni prostori za vse svetovalnice; sprejemna oseba v vseh svetovalnicah ipd.)
- Zagotavljanje enakih kadrovskih pogojev (enotno izobraževanje za bodoče svetovalce, skupinske supervizije...)
- Zagotavljanje enakih možnosti za dostop do svetovalnih storitev za vse ciljne skupine.
- Promocija svetovalnih storitev v vseh regijah, predvsem pa v regijah s slabšimi kazalniki duševnega zdravja in ciljana destigmatizacija psihološke pomoči.
 - Okrepljena promocija mreže svetovalnic v regijah s slabšimi kazalniki.
 - Ciljno promoviranje dejavnosti mreže svetovalnic med strokovnjaki različnih profilov.
 - Ciljno promoviranje dejavnosti mreže svetovalnic, med splošno javnostjo.
- Ciljno promoviranje svetovalnih storitev med bolj ranljivimi in marginalnimi skupinami (revni, manj izobraženi ...) in med moško populacijo.
- Svetovalne storitve v svetovalnicah nadgrajevati z drugimi storitvami, kot so npr. izkustvene skupine (za starše, ločene posameznike, partnerje, žalujoče, kronično bolne, mladostnike,...).
 - Zagotavljati enake možnosti nadgraditve z novimi programi v vseh svetovalnicah, ki so v mreži.
- Povezovanje in dopolnjevanje storitev mreže svetovalnic (ki jih ponuja nevladni sektor) s storitvami oziroma programi duševnega zdravja v okviru javnega zdravstva.
 - Promocija mreže svetovalnic s strani strokovnjakov iz javnega zdravstva.
 - Promocija programov duševnega zdravja, ki jih ponuja javno zdravstvo, s strani strokovnega osebja svetovalnic.
- Zagotoviti kontinuiran in sistemski vir financiranja za delovanje mreže svetovalnic.

Na iskanje pomoči lahko vplivajo aktivnosti ozaveščanja splošne javnosti, ki so usmerjene v destigmatizacijo, preventivo duševnih motenj in promocijo duševnega zdravja, ter sporočila o vsebinah duševnega zdravja, ki jih posredujejo mediji. Pravočasno iskanje pomoči v primeru duševne stiske, ki še ne sodi v okvir psihopatologije, pa lahko prepreči zdrs posameznika v resno duševno motnjo. Ob upoštevanju dejstva, da je skoraj za polovico oseb, ki so iskale pomoč v mreži svetovalnic MOČ, to prva oblika pomoči, lahko zaključimo, da je tovrstna oblika pomoči izrednega pomena. Glede na to, da med regijami v Sloveniji obstajajo velike razlike glede tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju (tveganja so povezana s socioekonomskimi determinantami), hkrati pa se regije razlikujejo glede dostopnosti služb na področju storitev duševnega zdravja (večja dostopnost v regijah z manjšimi tveganji in obratno), je v prvi vrsti pomembno zmanjševanje neenakosti glede dostopnosti do svetovalnih storitev med posameznimi regijami. Smiselna je promocija svetovalnih storitev v vseh regijah, predvsem pa v regijah s slabšimi kazalniki duševnega zdravja, ker je tam obisk svetovalnih storitev načeloma slabši. Pri ciljnem promoviranju svetovalnih storitev se je smiselno opreti na akcije ozaveščanja (s poudarkom na destigmatizaciji psihološke pomoči) in na ciljne objave v medijih (o duševnih težavah, o iskanju pomoči itd.), ki naj bodo senzibilne in v skladu z etičnimi načeli poročanja o vsebinah duševnega zdravja. Ciljno promoviranje svetovalnih storitev (preko medijev ali akcij ozaveščanja) je še posebej smiselno med bolj ranljivimi skupinami (revni, manj izobraženi ...). Glede na storitve, ki jih izvajajo v svetovalnicah za osebe v prehodni stiski, je ciljna skupina, ki jo nagovarjamo, manjša in bolj ogrožena za razvoj duševnih težav, kot ciljna skupina, ki jo nagovarjamo z akcijami ozaveščanja (večje število oseb, ki so manj ogrožene) in preko medijskih sporočil. V tem smislu se smernice za izvajanje ukrepov v lokalni skupnosti (svetovalne storitve za osebe v prehodni stiski) smiselno navezujejo na smernice za izvajanje ukrepov na ravni različnih sektorjev, kjer se srečujejo z ogroženimi posamezniki.

Namen in doprinos mreže svetovalnic

Kot je razvidno iz rezultatov projekta, je bilo svetovanje v mreži svetovalnic MOČ za slabo polovico klientov prva oblika pomoči.

Program mreže svetovalnic je zasnovan kot preventivni program, katerega osnovni namen je s pravočasno strokovno pomočjo preprečevati, da bi se duševne stiske poglobile in razvile v težje duševne motnje, ki bi zahtevale trajnejšo zdravstveno obravnavo ali se celo razvile do stopnje samomorilnega vedenja. Ker se duševne stiske pravočasno obravnavajo, ne pride do njihovih zapletov, zaradi česar niso potrebne trajnejše zdravstvene obravnave. Program je v prvi vrsti torej namenjen posameznikom v duševni stiski, ki ne sodi v skupino psihopatologij. Učinkovito prispeva k preventivi na področju duševnega zdravja in izboljšuje kvaliteto življenja prebivalstva. Tak način obravnave smiselno dopolnjuje obstoječe programe duševnega zdravja v javnozdravstveni mreži in zaradi pravočasne obravnave duševnih stisk lahko prispeva k prispeva:

- razbremenitvi izvajalcev zdravstvenega sektorja (zdravnike splošne medicine, pediatre, šolske zdravnike in njihovo timi) in drugih sektorjev.
- manjšim stroškom zdravljenja – ekonomska razbremenitev.
- zmanjšanju neugodnih zapletov duševnih stisk, ki se lahko končajo tudi s samomorom.
- zmanjšanju dolgotrajne bolniške odsotnosti, prezentizma, zgodnjega upokojevanja itd.

Širše gledano program torej prispeva tudi k bolj učinkoviti in zadovoljni družbi bolj zdravih, zadovoljnih in učinkovitih posameznikov.

Zbir prednosti in pomanjkljivosti trenutno obstoječe mreže svetovalnic je prikazan v Tabeli 2.

Tabela 2. Povzetek prednosti in pomanjkljivosti/omejitev trenutno obstoječe mreže svetovalnic

Prednosti	Pomanjkljivosti/Omejitev
<ul style="list-style-type: none"> - Svetovalne storitve potekajo v lokalnem okolju, ki je uporabnikom blizu. - Svetovalne storitve so dostopne hitro in brez napotnice. - Participacija za svetovalne storitve je minimalna in dostopna tudi ogroženim skupinam.* - Klientom je omogočena anonimnost. - Svetovanje v vseh svetovalnicah poteka po enotnem programu: <ul style="list-style-type: none"> o enoten tečaj usposabljanja za vse svetovalce, o enotne in obvezne supervizije za vse svetovalce v mreži. 	<ul style="list-style-type: none"> - Neenakomerna zastopanost po posameznih statističnih regijah: <ul style="list-style-type: none"> o odsotnost svetovalnic v podravski, zasavski, jugovzhodni in obalno kraški regiji. - Neenaki tehnični pogoji za delovanje vseh svetovalnic v mreži: <ul style="list-style-type: none"> o neustrezni prostorski pogoji v nekaterih svetovalnicah, o odsotnost strokovne osebe v sprejemni pisarni v regionalnih svetovalnicah. - nezadostna promocija dejavnosti svetovalnic med laično in strokovno javnostjo, ki lahko ima za posledico: <ul style="list-style-type: none"> o Slabši obisk v regijah s slabšimi kazalniki duševnega zdravja.

<ul style="list-style-type: none"> - Svetovalne storitve so namenjene posameznikom v prehodnih duševnih stiskah, ki ne sodijo v skupino psihopatologij: <ul style="list-style-type: none"> o kot tak je program naravnan preventivno; o obravnava stiske v zgodnejši fazi pomeni preventivo pred zapletom duševne stiske in napredovanjem v resno duševno motnjo; o to pomeni manj potencialne obravnave na različnih ravneh zdravstvenega varstva (primarna, sekundarna) in drugih sektorjev (npr. socialni) in s tem razbremenitev za zdravstveno in druge blagajne; o pravočasna obravnava stiske pomeni tudi preventivo pred samomorilnim vedenjem; o pravočasna obravnava duševne stiske pomeni bolj zadovoljnega in učinkovitega posameznika kar posledično vpliva na njegove medosebne odnose (družina, medosebni odnosi ...). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vse skupaj je pomembno za socialno blaginjo družbe. - Svetovalne storitve pomenijo podporo za kliente, ki pomoč iščejo v javnozdravstvenem sektorju. - Svetovalne storitve so dobrodošla dopolnitev storitvam s področja duševnega zdravja, ki se izvajajo v okviru javnega zdravstva. 	<ul style="list-style-type: none"> o Slabši obisk bolj ogroženih ciljnih skupin (nižja izobrazba, starejši itd.). - Izvajanje svetovalnih storitev tudi za posameznike z duševnimi stiskami, ki sodijo v skupino psihopatologij. - Pomanjkljivi viri financiranja - Nezagotovljeno trajnostno delovanje
--	---

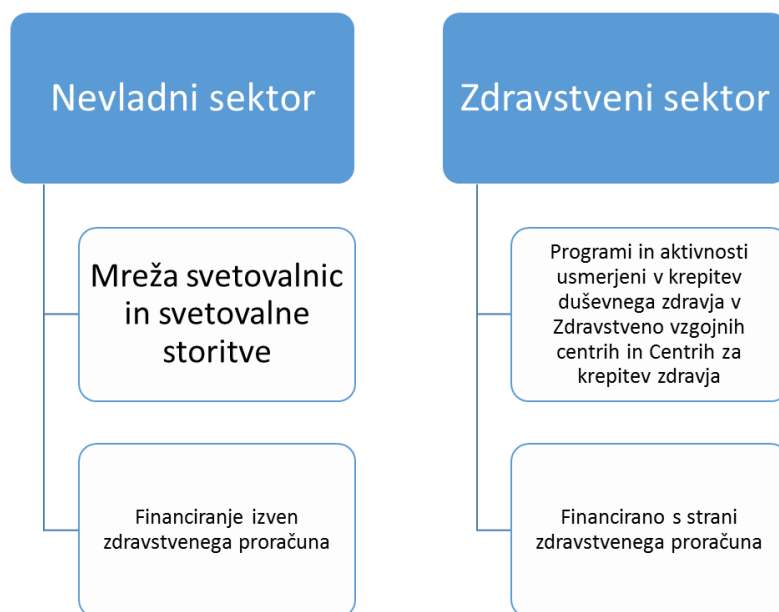
*Opomba – svetovalne storitve so, tako kot vse druge storitve v okviru projekta MOČ, bile za uporabnike brezplačne. Po preteku projekta se za svetovalne storitve predvideva prispevek klienta za materialne stroške 8 eurov na svetovanje, ki je v skladu s strokovno doktrino in smernicami priporočljiv za doseg optimalnega svetovalnega učinka (klienti so bolj motivirani, imajo večji občutek sodelovanja itd.).

Trajnostno delovanje mreže svetovalnic in izzivi

Trajnostno delovanje mreže svetovalnic je povezano s finančnimi in posledično tudi z vsebinskimi oziroma organizacijskimi izzivi.

Po zaključku projekta MOČ kontinuirano financiranje celotne mreže svetovalnic ni zagotovljeno. Posamezne svetovalnice znotraj mreže (Ljubljana, Kranj, Laško) imajo nekaj zagotovljenih virov s strani mestnih občin (razpis, proračun), ostale svetovalnice pa so v tem trenutku odvisne od ne - trajnostnih virov financiranja posameznih občin v regijah, v kateri se nahajajo svetovalnice. Ob predpostavki takšnega, nekontinuiranega načina financiranja, je trajnostni obstoj mreže svetovalnic vprašljiv. Potrebno je razmišljati v smeri trajnostnega, systemskega financiranja svetovalnic. Viri financiranja bi lahko bili iz vrst lokalnih skupnosti, pristojnih ministrstev ali zdravstvene zavarovalnice.

Organizacijska struktura mreže svetovalnic ima vsaj dve rešitvi. Prva možnost je, da mreža svetovalnic deluje izven zdravstvenega sistema, v lokalni skupnosti, in s svojo vsebino dela dopolnjuje storitve s področja duševnega zdravja, ki jih ponuja zdravstveni sektor (npr. programe, ki se na primarni zdravstveni ravni izvajajo v zdravstvenovzgojnih centrih/centrih za krepitev zdravja - psihoedukativne delavnice za osebe z depresijo, psihoedukativne delavnice za osebe z anksioznimi motnjami in psihoedukativne delavnice za osebe v stresu, delavnice za tehnike sproščanja itd; storitve, ki se izvajajo na sekundarni in specialistični ravni). Glede na strukturo težav, s katerimi klienti prihajajo v svetovalnice (med drugim depresija, tesnoba), in dejstvo, da klienti v določenem odstotku v svetovalnice prihajajo po tem, ko so pomoč že iskali znotraj zdravstvenega sektorja (psihater, družinski zdravnik itd) je možnost takšnih dopolnjevanj mnogoteri. Takšna organizacijska struktura svetovalnic ima nekaj prednosti kot tudi pomanjkljivosti (za podrobnosti glej Tabela 2). Glavni izziv takega načina delovanja je zagotavljanje trajnostnega vira financiranja, glavna prednost pa razbremenitev (kadrovska in finančna) zdravstvenega sektorja. Vzporedna shema delovanja je prikazana na Sliki 17.



Slika 17. Vzporedna shema delovanja mreže svetovalnic za osebe v duševni stiski v okviru nevladnega sektorja in preventivnih programov za duševno zdravje, ki se izvajajo v zdravstvenem sistemu (primarna raven)

Druga možnost je, da bi svetovalnice pridružili zdravstveno vzgojnim centrom/centrom za krepitev zdravja na primarni zdravstveni ravni in znotraj že obstoječe strukture le teh ponudili vsebine njihovega dela. Integrirana shema delovanja je prikazana na Sliki 18. V tem primeru je vir oziroma način financiranja manjši izziv, saj bi bilo financiranje verjetno podobno kot za ostale programe, ki se že izvajajo (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije). Glavna prednost takega načina dela je torej zagotovljen vir financiranja, glavni izziv pa je oblikovanje organizacijske strukture svetovalnic znotraj že obstoječih zdravstvenih struktur. Med tovrstne izzive spada npr. prenos in zaposlitev kadra, ki je do zdaj delo opravljal v nevladni organizaciji, v zdravstveni sistem. Poleg tega bi takšna rešitev verjetno težje omogočala prednosti za kliente (ki jih omogoča delovanje svetovalnic izven zdravstvenega

sistema), kot so kratke čakalne dobe (do treh tednov), diskretnost in zaupnost klientu ter čas obravnave, ki je zdaj rezerviran za posameznega klienta (45 - 60 minut).



Slika 18. Integrirana shema delovanja mreže svetovalnic znotraj zdravstvenega sistema in programov, ki se izvajajo v zdravstvenem sistemu (primarna raven)

Smernice za izvajanje ukrepov na ravni različnih sektorjev

- Smernice za izvajanje edukacijskih programov iz vsebin duševnega zdravja in samomorilnosti za strokovnjake različnih profilov in smernice za izvajanje programov za krepitev lastnega duševnega zdravja strokovnjakov

Skladno z rezultati projekta MOČ ter ugotovitvami drugih študij predlagamo sledeče so ključne smernice za izvajanje edukacijskih programov iz vsebin duševnega zdravja in samomorilnosti za strokovnjake različnih profilov in smernice za izvajanje programov za krepitev lastnega duševnega zdravja strokovnjakov:

- Kontinuirano, redno izvajanje edukacijskih programov iz vsebin duševnega zdravja (vključno s samomorilnim vedenjem) za strokovnjake različnih profilov, ki prihajajo v stik z ogroženo populacijo.
 - Zagotoviti obnovitvene edukacije za tiste, ki so se predhodnih edukacij že udeležili.
 - Zagotoviti dostopnost do edukacijskih programov vsem strokovnjakom, ki to želijo.
- Vključitev vsebin duševnega zdravja (vključno s samomorilnim vedenjem) v študijske kurikule vseh relevantnih programov.
- Spodbujanje mreženja strokovnjakov različnih profilov, ki so se udeležili edukacijskih programov s podobno vsebino z namenom izmenjave izkušenj.
 - Zagotoviti možnost konzultacije s strokovnjakom (npr. psihiater, psiholog...) za bolj specifične primere.

- Vzpostavljena kontinuirana komunikacija med strokovnjaki na vertikalni in horizontalni ravni.
- Redna evalvacija učinkovitosti programov in nadgrajevanje edukacijskih programov.
- Analiza potreb po dodatnih programih (iz drugih področij duševnega zdravja) med strokovnjaki različnih profilov.
- Zagotavljanje izvajanja programov, ki se usmerjajo v krepitev lastnega duševnega zdravja strokovnjakov, ki prihajajo v stik z ogroženo populacijo.
 - Razvoj in vpeljava tovrstnih programov v sistem.
 - Spremljanje učinkovitosti in posodabljanje programov glede na aktualne potrebe.
- Posebna skrb za duševno zdravje tistih strokovnjakov, ki so šele na začetku strokovne poti.
- Senzibilizacija strokovnjakov različnih profilov za probleme duševnega zdravja in samomorilnost pri sodelavcih in znotraj lastnih strokovnih krogov.
 - Vzpostavitev posebnih supervizijskih skupin za strokovnjake, še zlasti tiste na začetku poklicne poti.
 - Vzpostavitev sistema »strokovnih zaupnikov« v primeru duševne stiske.

Smernice, ki jih za izvajanje ukrepov predlagamo za to raven, se smiselno povezujejo in dopolnjujejo s smernicami za izvajanje ukrepov na področju svetovalnih storitev (ki jih je v primeru projekta MOČ ponujal nevladni sektor). Dopolnjevanje med storitvami namreč omogoči optimalno obravnavo posamezniku in hkrati razbremeni zdravstveni sektor. V tem pogledu je zato potrebno promoviranje svetovalnih storitev med strokovnjaki v okviru javnega zdravstva in obratno, promoviranje programov duševnega zdravja, ki jih ponuja javno zdravstvo, med osebami, ki poiščejo svetovalne storitve v sklopu mreže svetovalnic. Prav tako je smiselno spodbujanje mreženja strokovnjakov različnih profilov, ki so se udeležili edukacijskih programov s podobno vsebino z namenom izmenjave izkušenj. Glede na vlogo »vratarja« (angl. Gatekeeping role), ki jo imajo strokovnjaki na primarnem zdravstvenem nivoju in drugi strokovnjaki (policisti, zaposleni na CSD), ki prihajajo v stik z ogroženimi, je poleg tega smiselno kontinuirano izvajanje edukacijskih programov za prepoznavo duševnih stisk in samomorilnega vedenja. Programe edukacije, ki so namenjeni boljši prepoznavi duševnih stisk pri pacientih in klientih, je smiselno dopolnjevati tudi s programi, ki so usmerjeni v skrb za duševno zdravje strokovnjakov. Zaradi stresnega dela, ki ga predstavlja delo z ljudmi v (duševni) stiski, so namreč tudi strokovnjaki sami ogroženi za razvoj duševnih stisk in težav. Zato je potrebno senzibilizirati strokovnjake različnih profilov glede težav duševnega zdravja in samomorilnosti med sodelavci oziroma znotraj lastnih strokovnih krogov in jih spodbuditi, da v primeru stiske poiščejo pomoč.

POVEZOVANJE SMERNIC ZA IZVAJANJE UKREPOV NA RAZLIČNIH RAVNEH

Predlog smernic za ukrepe na področju duševnega zdravja, ki so nastale kot rezultat projekta MOČ, smo razdelili na več ravni z namenom zajeti čim večje število ljudi z različnimi stopnjami ogroženosti. Ločnice med učinki aktivnosti na posameznih ravneh niso jasno določene, zabrisane so med drugim zaradi prehajanja posameznikov med različnimi stopnjami ogroženosti. Kljub razdelitvi na posamezne ravni je smernice potrebno obravnavati celostno tudi zaradi njihove vsebinske povezanosti, ki se kaže v načrtovanih učinkih vseh smernic na lokalne skupnosti.

Tudi najmanj številčni in hkrati najbolj ogroženi posamezniki so pripadniki svoje lokalne skupnosti, torej vpeti v mrežo svojcev, prijateljev, sosedov, sodelavcev, znancev ipd., ki so sami različno ogroženi. Hkrati so del lokalne skupnosti tudi strokovnjaki v različnih sektorjih, ki nudijo pomoč najbolj ogroženim. Smernice predvidevajo njihovo senzibilizacijo in povečane možnosti za skrb za lastno duševno zdravje. Z intervencijami na ravni splošne javnosti se lahko ozaveščenost posameznikov o duševnem zdravju, ki obkrožajo najbolj ogrožene, pomembno dvigne in s tem vpliva na izboljšanje življenjskega okolja za najbolj ogrožene posameznike. Mnenja pomembnih drugih so tudi spodbudni dejavnik pri nagovarjanju razkoraka med zavedanjem o duševnih težavah in aktivnim iskanjem pomoči. Vsi člani lokalnih skupnosti se nenehno pomikajo po kontinuumu duševnega zdravja, zato jim je smiselno ponuditi svetovanja za prehodne duševne stiske in tako preprečiti njihov zdrs med bolj ogrožene posameznike. Uvajanje in delovanje teh storitev mora biti prilagojeno lokalni situaciji ter upoštevati različno intenzivnost stigme v posameznih regijah ter posledično izbrati različne intervencije za splošno javnost, segmentirano v posamezne ciljne skupine. Pomembno se je posebej osredotočiti na regije z nižjimi kazalniki duševnega zdravja in izbrati kulturno primerne intervencije ter sodelovati z lokalnimi mediji. Prav tako je potrebno razvijati in v sistem uvajati nove univerzalne pristope krepitve duševnega zdravja, ki so bili osnovani za specifične skupine (npr. mladi, starejše osebe) in je bila njihova učinkovitost preverjena z znanstvenimi metodami.

Kljub velikemu pomenu lokalnih skupnosti za izboljšanje storitev na področju duševnega zdravja je potrebno ohraniti tudi sistemsko perspektivo na nacionalni ravni. Zmanjševanje neenakosti glede dostopnosti storitev za prehodne duševne stiske zahteva usklajevanje mreže na nacionalni ravni, kar lahko olajša povezovanje z edukacijskimi programi v različnih sektorjih za strokovnjake v stiku z najbolj ogroženimi posamezniki, ki bi morali biti prav tako sistemsko koordinirani in enakomerno razporejeni. Stalna sprotne evalvacija intervencij in storitev na področju duševnega zdravja lahko nudi pregled nad področjem, kar je potrebno za usklajevanje interesov in potreb posameznih lokalnih okolij.

LITERATURA

- Akcijski načrt za področje duševnega zdravja 2013 – 2020 (Mental health action plan, 2013 – 2020, WHO).
- Andrade, L.H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J.E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., et al. (2013). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med.*;44:1303–17.
- Andrew, L.B. (2010). Physician suicide. Dostopno na <http://emedicine.medscape.com/article/806779-overview>, 15.5.2010.
- Ani, C., Bazargan, M., Hindman, D., Bell, D., Farooq, M.A., Akhanjee, L. et al.(2008). Depression symptomatology and diagnosis: discordance between patients and physicians in primary care settings. *BMC Family Practice* ; 9: 1.
- Bajt, M. (2008). Področje duševnega zdravja v mednarodni perspektivi. V Analiza varstva duševnega zdravja v Sloveniji. Izhodišča za nacionalni plan duševnega zdravja (ur. Jeriček in dr.). IVZ
- Bijl, R.V., Ravelli, M. (2000). Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Public Health.*;90: 602–7.
- Boerema, A.M., Kleiboer, A., Beekman, A.T.F., van Zoonen, K., Dijkshoorn, H., and Cuijpers, P. (2016). Determinants of help-seeking behavior indepression: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 16:78, 2-9.
- Bristow, K., Patten, S. (2002). Treatment-seeking rates and associated mediating factors among individuals with depression. *Canadian Journal of Psychiatry.* ;47:660–5.
- Center, C., Davis, M., Detre, T., Ford, E. D., Hansbrough, W., Hendind, H., Laszlo, J., Litts, D.A., Mann, J., Mansky, A.P., Michels, R., Miles, S., Proujansky, R., Reynolds, C., Silverman, M. (2003). Confronting Depression and Suicide in Pshysicians: A Consensus Statement. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 289, 23, 3161 – 3166.
- Coppens, E., van Audenhove, C., Scheerder, G., Arensmanb, Coffey, C., Costa, S., Koburger, N., Gottlebe, K., Gusmão, R., O'Connor, R., Poštuvan, V., Sarchiapone, M., Sisask, M., Székely, A., van der Feltz-Cornelis C., Hegerl, U. (2013). Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. *Journal of Affective Disorders*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.013i>
- Cummings, S.M., Neff, J.A., Husaini, B.A. (2003) Functional impairment as a predictor of depressive symptomatology: the role of race, religiosity, and social support. *Health & Social Work*; 28(1): 23–32.
- Čeplak, M. (2016). Analiza medijskega poročanja o projektu MOČ. Kliping d.o.o., Ljubljana.
- (2008). Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje. EU konferenca. Dostopno na: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_sl.pdf.
- Hawton, K., Clements, A., Sakarovitch, C., Simkin, S., Deeks, J.J. (2001). Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55:296-300.

- Hegerl, U., Mergl, R., Havers, I., Schmidtke, A., Lehfeld, H., Niklewski, G. et al. (2009). Sustainable effects on suicidality were found for the Nuremberg alliance against depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*; 260(5): 401–406.
- Hegerl, U., Wittman, M., Arensman, E., van Audenhove, C., Bouleau, J. H., van der Feltz-Cornelis, C. M., Pfeiffer-Gerschel, T. (2008). The European Alliance Against Depression (EAAD): A multifaceted, community-based action program against depression and suicidality. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 9(1), 51–59.
- American Psychiatric Association. (2016). Words Matter: Reporting on Mental Health Conditions <https://www.psychiatry.org/newsroom/reporting-on-mental-health-conditions>, sneto, 29.3.2016
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. <http://doi.org/10.1037/a0025957>
- Jovanović, N. (2009). Burn-out syndrome and suicide in young psychiatrists: specific risks and effects on service provision. *Prezentacija na kongresu Svetovne psihiatrične organizacije v Firencah, Italija*.
- Majcen, K. (2016). *Pismenost o duševnem zdravju v povezavi z nekaterimi vidiki javnega duševnega zdravja v dveh slovenskih regijah*. Magistrsko delo. Univerza v Mariboru.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marušič, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P. in Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 294, 2064–2074.
- Matthews, K., Milne, S., Ashcroft, G.W. (1994). Role of doctors in the prevention of suicide: The final consultation. *British Journal of General Practice*; 44(385): 345–348.
- Moreno-Küstner, B., Jones, R., Švab, I., Maaroos, H., Xavier, M., Geerlings, M., Torres-González, F., Nazareth, I., Motrico-Martínez, E., Montón-Franco, C., José Gil-de-Gómez, M., Sánchez-Celaya, M., Díaz-Barreiros, M.A., Vicens-Caldentey C. and King M. (2016). Suicidality in primary care patients who present with sadness and anhedonia: a prospective European study. *BMC Psychiatry*; 16:94. 4-10.
- Niederkröthaler T., Till B., Kapusta N.D., Voracek M., Dervic K., Sonneck G. (2009). Copycat effects after media reports on suicide: A population-based ecologic study. *Social Science & Medicine*.; 69: 1085–1090.
- Niederkröthaler T., Voracek M., Herberth A., Till B., Strauss M., Etzersdorfer E., Eisenwort B., Sonneck G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *British Journal of Psychiatry*.; 197:234–243. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074633.
- Niederkröthaler, T., Sonneck, G. (2007). Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria: interrupted time series analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 41: 419–28.
- Ninamedia d.o.o. (2016). Opaženost oglasne kampanje Moč. Spletna raziskava, Ljubljana.

- Pirkis, J., Blood, R. W., Dare, A., & Holland, K. (2008). The Media Monitoring Project: Changes in media reporting of suicide and mental health and illness in Australia: 2000/01–2006/07. Canberra, ACT: Commonwealth Department of Health and Aged Care.
- Pirkis, J., Blood, R.W. (2001) Suicide and the media: Reportage in non-fictional media. *Crisis*; 22,146–154.
- Predlog Resolucije o Nacionalnem programu duševnega zdravja 2014 – 2018. Dostopno na: http://www.sent.si/fck_files/file/NOVICE/NPDZ_3_J.pdf
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M.R., Rahman, A. (2007). Global Mental Health 1. No health without mental health. *Lancet*; 370: 859–77.
- Ramirez, A.J., Graham, J., Richards, M.A., Cull, A., Gregory, W.M. (1996) Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 16: 724-8.
- (2015). *Revščina in socialna izključenost družin z otroki: materialni in nematerialni obraz revščine*. Raziskava Inštituta RS za socialno varstvo. Dostopno na: http://irsv.si/upload2/Revscina%20in%20socialna%20izkljucenost%20med%20druzunami%20oz%20otroki_2015.pdf
- Rose, G.. (1985). Sick Individuals and Sick Populations. *International Journal of Epidemiology*, 2001, 30; 427 -432.
- Roškar, S., Podlesek, A., Zorko, M., Tavčar, R., Dernovšek, M.Z., Groleger, U. et al. (2010). Effects of training program on recognition and management of depression and suicide risk evaluation for Slovenian primary-care physicians: follow-up study. *Croatian Medical Journal*; 51(3): 237–442.
- Roškar, S., Zorko, M., Podlesek, A. (2015). Suicide in Slovenia between 1997 and 2010. *Crisis*; 36 (2): 126–134.
- Rutz, W., Carlsson, P., von Knorring, L., Wålinder, J. (1992) Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 85(6): 457–464.
- Simon, G.E., Chisholm, D., Treglia, M., Bushnell, D. (2002). LIDO Group. Course of depression, health services costs, and work productivity in an international primary care study. *General Hospital Psychiatry*; 2002; 24(5): 328–335.
- Šprah, L., Novak, T., Dernovšek, M.Z. (2011). *Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije*. Elaborat. Družbenomedicinski inštitut Znanstvenoraziskovalnega centra Slovenske akademije znanosti in umetnosti.
- van der Feltz-Cornelis, C.M., Sarchiapone, M., Poštuvan, V., Volker, D., Roskar, S., Tančič Grum, A., Carli, V., McDaid, D., O'Connor, R., Maxwell, M., Ibelshäuser, A., van Audenhove, C., Scheerder, G., Sisask, M., Gusmão, R. and Hegerl, U. (2011). Best Practice Elements of Multilevel Suicide Prevention Strategies A Review of Systematic Reviews. *Crisis*; 32(6): 319–333.
- Wittchen, H.U., 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, H.C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*; 21(9): 655-79.

