



Vesna Švab, Irena Makivić

# Ocena stanja na področju storitev za duševno zdravje



Ljubljana, 2023

---

# OCENA STANJA NA PODROČJU STORITEV ZA DUŠEVNO ZDRAVJE

---



ARIS projekt V3-2240

## Ocena stanja na področju storitev za duševno zdravje

Avtorici: redna prof. dr. Vesna Švab, dr. Irena Makivić

Izdajatelj: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana

Ljubljana, 2023

Elektronska izdaja.

Spletni naslov: [www.nijz.si](http://www.nijz.si)

Jezikovni pregled: besedilo ni lektorirano

Dokument je nastal v okviru projekta Analiza učinkov krepitev storitev za duševno zdravje odraslih na primarni ravni (V3-2240), ki ga financirata ARIS, Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije in Ministrstvo za zdravje.

### *Zaščita dokumenta*

*© 2023 NIJZ Uporaba in objava podatkov, v celoti ali deloma, dovoljena le z navedbo vira.*

*Vse pravice pridržane. Reprodukcijska po delih ali v celoti na kakršenkoli način in v kateremkoli mediju ni dovoljena brez pisnega dovoljenja avtorjev. Kršitve se sankcionirajo v skladu z avtorsko-pravno in kazensko zakonodajo.*

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

COBISS.SI-ID 184593155

ISBN 978-961-7211-28-3 (PDF)

# KAZALO

OPIS SISTEMA SKRBI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE V SLOVENIJI.....	11
ZDRAVSTVENI SEKTOR.....	11
SOCIALNI SEKTOR.....	12
IZVAJALCI ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA.....	13
ZDRAVSTVENI SEKTOR.....	13
SOCIALNI SEKTOR.....	16
NEVLADNE ORGANIZACIJE S SOCIALNOVARSTVENIMI PROGRAMI.....	16
KOORDINATORJI OBRAVNAVE V SKUPNOSTI .....	18
VIRI POMOČI.....	19
FINANČNI VIDIK.....	20
ZDRAVSTVENI SEKTOR.....	20
SOCIALNI SEKTOR.....	20
STROKOVNJAKI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA.....	22
ZDRAVSTVENI SEKTOR.....	22
PSIHATRIČNE AMBULANTE IN BOLNIŠNICE.....	23
CENTRI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE ODRASLIH .....	24
SOCIALNI SEKTOR.....	24
PODATKI O UPORABI SLUŽB S PODROČJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA .....	25
ZDRAVSTVENI SEKTOR.....	25
BOLNIŠNICE, AMBULANTNA DEJAVNOST .....	25
HOSPITALIZACIJE.....	26
REHOSPITALIZACIJE.....	30
HOSPITALIZACIJE PROTI VOLJI .....	32
ČAKALNE DOBE V PSIHATRIČNIH AMBULANTAH .....	34
CENTRI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE ODRASLIH.....	35
ODZIVNI ČASI .....	36
STROKOVNJAKI.....	37
SOCIALNI SEKTOR.....	39
PROGRAMI ZASVOJENOSTI.....	39

SOCIALNOVARSTVENI PROGRAMI S PODROČJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA.....	39
Demografski podatki in podatki o pogostosti duševnih motenj ter samomora .....	41
Problem škodljivega uživanja in odvisnosti od alkohola .....	44
Absentizem.....	46
Predpisovanje zdravil .....	47
REFERENCE .....	50

# NAMEN IN CILJI DOKUMENTA

---

# NAMEN IN CILJI DOKUMENTA

---

## **NAMEN**

Namen dokumenta je pripraviti zbirko podatkov na način, ki bo omogočil prihodnje smotrno in med deležniki usklajeno načrtovanje mreže služb na področju duševnega zdravja.

## **CILJ**

Cilj tega dokumenta je prikazati trenutno stanje na področju služb za duševno zdravje za odraslo populacijo, ki temelji na analizi podatkov iz podatkovnih zbirk Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) in drugih razpoložljivih virov podatkov.

## **METODA**

Podatke smo pridobili iz različnih virov, tako sekundarnih (podatkovna baza NIJZ, spletna stran MIRA, podatki ZZS), kot tudi evalvacijskih (vezanih na evalvacijo koordinativne skupine programa MIRA, pretočnost, število obravnavanih pacientov, diagnoze, kader), preko osebne komunikacije z Ministrstvom za delo, družino in socialne zadeve (MDDSZ) in preko izkušenj s terena.

TEORETIČNO IN  
PRAKTIČNO  
OZADJE



---

# OZADJE STANJA IN POTREB

---

Po podatkih Organizacije za ekonomsko sodelovanje in razvoj (OECD) več kot 67 % prebivalcev držav članic še vedno poroča, da nimajo zadostne pomoči na področju duševnega zdravja, v Sloveniji je ta delež po njihovih podatkih še višji (88 %) [1], kar kaže na slabo dostopnost do storitev na področju duševnega zdravja. V slovenski raziskavi projekta ZaPIS [2] je o iskanju pomoči poročala slaba polovica ljudi, ki se trenutno ali so se v preteklosti soočali s težavami v duševnem zdravju.

Težave v duševnem zdravju zelo pogoste in tipično vplivajo na različna področja življenja med drugim tudi na zmožnosti za izobraževanje in delo, telesno zdravje in širše. Sistemi pomoči na področju duševnega zdravja morajo slediti oceni potreb populacije [3]. Ključna načela učinkovitega sistema skrbi za duševno zdravje so osredotočenost na posameznika, visoka dostopnost z dokazi podprtih storitev, integriran interdisciplinarni pristop k skrbi za duševno zdravje, preventiva duševnih motenj in promocija dobrobiti, dobro vodenje ter usmerjenost v prihodnost in inovativnost [4].

Leta 2018 je Državni zbor potrdil Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja [5]. Vzpostavili so nove službe v zdravstvenem sektorju: centre za duševno zdravje, ki so v času pisanja dostopni v vseh regijah, razen ljubljanske, dolenjske (Novo mesto in Bela Krajina) ter gorenjske [6]. Centri za duševno zdravje so namenjeni predvsem povezanemu delovanju različnih služb na področju duševnega zdravja za zadovoljevanje zdravstvenih potreb pacientov z duševnimi motnjami v skladu z oceno potreb in strokovnimi smernicami na tem področju. Eno izmed temeljnih načel njihovega dela je tudi spoštovanje človekovih pravic [5].

Prva faza ocenjevanja potreb na področju duševnega zdravja je analiza obstoječe mreže služb in storitev na tem področju.

OCENA  
TRENUTNEGA  
STANJA

---

# OCENA TRENUTNEGA STANJA

---

## OPIS SISTEMA SKRBI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE V SLOVENIJI

Pričujoče poročilo se osredotoča prikaz ocene stanja v socialnem in zdravstvenem sistemu skrbi za obravnavo odraslih oseb s težavami v duševnem zdravju. Programi pomoči na področju duševnega zdravja se izvajajo tudi v drugih sektorjih – npr. v šolskem sistemu na vseh ravneh izobraževanja, v skupnosti pa obstajajo tudi različna društva in neformalne oblike pomoči, ki bistveno prispevajo predvsem na področju promocije duševnega zdravja, hkrati pa izboljšujejo tudi zgodnje prepoznavanje in obravnavo duševnih motenj.

### ZDRAVSTVENI SEKTOR

Zdravstveni sistem je sestavljen iz mreže izvajalcev storitev na področju zdravstva, in sicer zajema primarno, sekundarno in terciarno raven. Na sekundarni in terciarni ravni zajema vse psihiatrične bolnišnice, psihiatrični oddelek v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor (UKC Mb), ter specialistične ambulante na primarnem in sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva, med njimi tudi ambulante s koncesijo. Poleg tega so na voljo tudi zasebne klinično psihološke, psihoterapevtske in psihiatrične storitve.

Storitve na področju duševnega zdravja na primarni ravni se izvajajo v Centrih za duševno zdravje odraslih in psihiatričnih ambulantah na primarni ravni. Številne storitve izvajajo tudi družinski zdravniki, kjer po podatkih obravnavajo več kot polovico duševnih motenj vseh vrst, predvsem pogosto pa anksiozna in depresivna stanja ter odvisnosti od alkohola [7]. V

referenčnih ambulantah se izvajajo sistematična presejanja za depresijo in v številnih okoljih tudi za demenco. Številni zdravstveni domovi organizirajo delavnice in skupine za samopomoč za ljudi z odvisnostjo od alkohola. Izvajajo pa tudi programe projekta SOPA (Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola) z namenom zgodnjega odkrivanja škodljive rabe alkohola. V referenčnih ambulantah družinske medicine, v patronažnem zdravstvenem varstvu in v centrih za krepitev zdravja izvajajo redne delavnice ozaveščanja o anksioznih in depresivnih motnjah, o stresu in ponekod tudi o medosebnih odnosih. Gre za promocijske storitve, ki olajšujejo prepoznavanje in obvladovanje različnih stisk. Podatkov o udeležbi na teh delavnicah v tej fazi raziskave žal še nismo pridobili.

Od leta 2019 se vzpostavljajo Centri za duševno zdravje po celotni Sloveniji, ki delujejo na primarni ravni zdravstvenega sistema. Eden izmed glavnih ciljev centrov za duševno zdravje je na dolgi rok odstraniti problem čakalnih dob, ki je statistično značilen kazalec nezadovoljenih potreb v slovenskem zdravstvenem sistemu [6].

## SOCIALNI SEKTOR

Socialne službe, ki zagotavljajo podporo in odgovarjajo na socialne in življenjske potrebe ljudi z duševnimi motnjami, izvajajo dejavnosti preko mreže socialnovarstvenih storitev, ki jih zagotavljajo centri za socialno delo, nevladne organizacije s socialnovarstvenimi programi, sistemi zaposlovanja, razvitih v gospodarskem sektorju preko Zavoda za zaposlovanje in drugih institucij ter sistemi invalidskega varstva.

Nevladni sektor (nevladne organizacije s socialnovarstvenimi programi – NVO) izvaja številne programe na področju duševnega zdravja. Znotraj socialnega sektorja poleg NVO na področju duševnega zdravja delujejo tudi službe znotraj centrov za socialno delo, med njimi tudi koordinatorji obravnave v skupnosti, ki bodo predstavljeni v nadaljevanju.

# IZVAJALCI ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Za razliko od nekaterih drugih držav, na primer Italije, ima Slovenija ločen zdravstveni in socialni sistem, kar se kaže kot problem predvsem pri tistih, ki so hospitalizirani in potem odpuščeni v ambulantno zdravljenje, saj dnevne centre obiskujejo na ravni socialnega sistema [8]. Podobno je tudi s stanovanjskimi skupinami, ki so namenjene osebam, ki potrebujejo neprekinjeno spremljanje, vodenje in podporo. V Italiji, kjer imajo dobro razvit sistem skupnostne skrbi za duševno zdravje, je to dvoje povezano, kar se kaže skozi delovanje dnevnih centrov na ravni zdravstvenega sistema, v obravnavo pa je primarno vključen tudi rehabilitacijskih terapevt, ki sodeluje z vsemi kliničnimi strokovnjaki.

## ZDRAVSTVENI SEKTOR

V Sloveniji kot izvajalec zdravstvene dejavnosti delujejo:

- 2 univerzitetni psihiatrični kliniki
- 4 psihiatrične bolnišnice (PB Vojnik, PB Begunje, PB Ormož, PB Idrija)
- 64 zdravstvenih domov in znotraj njih 16 Centrov za duševno zdravje odraslih

Tabela 1 prikazuje bolnišnično (rdeče) in ambulantno (modro) zdravstveno dejavnost v psihiatriji. Kot je razvidno iz tabele (ki sicer zajema le odraslo populacijo) in tudi kasneje iz Slike 4, je problem tudi neenakomerna dostopnost do služb in storitev s področja duševnega zdravja.

**Tabela 1: Psihiatrična oskrba na sekundarni in terciarni ravni**

Legenda:

rdeče - psihiatrične bolnišnice

modro - psihiatrične ambulante na sekundarni in terciarni ravni

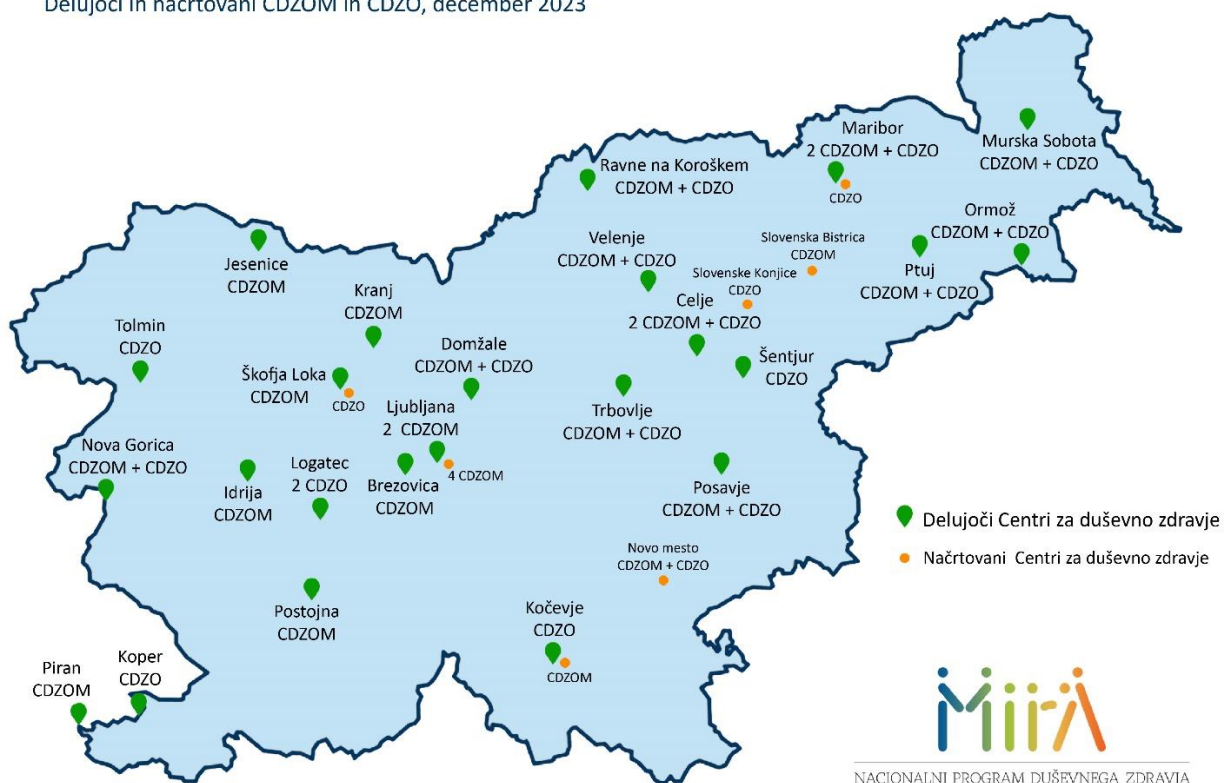
Ustanova	Organizacija
Splošna bolnišnica Novo mesto	Psihiatrična ambulanta
Psihiatrična bolnišnica Idrija	Psihiatrična bolnišnica
Psihiatrična bolnišnica Idrija	Psihiatrična ambulanta
Psihiatrična ambulanta psihiatrične bolnišnice Idrija v Izoli	Klinično-psihološka ambulanta Psihiatrična ambulanta
Psihiatrična ambulanta PB Idrija v Postojni	Psihiatrična ambulanta
Psihiatrična ambulanta PB Idrija v Žireh	Psihiatrična ambulanta
Bolnišnica Sežana	Psihiatrična ambulanta
Univerzitetni klinični center Maribor	Klinično-psihološka ambulanta Psihiatrična ambulanta
Univerzitetni klinični center Maribor	Psihiatrični oddelek znotraj kliničnega centra
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana	Psihiatrična klinika
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana	Center za izvenbolnišnično psihiatrijo s psihiatričnimi in kliničnopsihološkimi ambulantami
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	Psihiatrična ambulanta
Psihiatrična bolnišnica Begunje	Psihiatrična bolnišnica
Psihiatrična bolnišnica Begunje	Klinično-psihološka ambulanta Psihiatrične ambulante
Psihiatrična bolnišnica Vojnik	Psihiatrična bolnišnica
Psihiatrična bolnišnica Vojnik	Klinično-psihološka ambulanta Psihiatrične ambulante
Psihiatrična bolnišnica Ormož	Klinično-psihološka ambulanta Psihiatrične ambulante
Psihiatrična bolnišnica Ormož	Psihiatrična bolnišnica

Na primarni ravni zdravstvenega varstva je trenutno 16 vzpostavljenih centrov za duševno zdravje odraslih (Slika 2), znotraj katerih delujeta tim za skupnostno in tim za ambulantno obravnavo ter nekaj psihiatričnih ambulant (npr. ZD Ormož, ZD Sevnica, ZD Ljubljana, ZD Celje). Na spodnji sliki je predstavljena celotna mreža CDZ na primernem nivoju, ki predstavlja vzpostavljene centre za duševno zdravje odraslih ter otrok in mladostnikov, ter načrtovane centre.

**Slika 2: Mreža vzpostavljenih in načrtovanih centrov za duševno zdravje odraslih ter otrok in mladostnikov**

**Centri za duševno zdravje otrok in mladostnikov (CDZOM) in Centri za duševno zdravje odraslih (CDZO)**

Delujoči in načrtovani CDZOM in CDZO, december 2023



Vir slike: Program MIRA, Nacionalni inštitut za javno zdravje [9]

## SOCIALNI SEKTOR

### NEVLADNE ORGANIZACIJE S SOCIALNOVARSTVENIMI PROGRAMI

Pregled stanja na področju nevladnega sektorja sloni na **Poročilu Inštituta Republike Slovenije za socialno varstvo za leto 2021** [8]. Uporabili in povzeli smo podatke, ki se nanašajo na programe na področju preprečevanja zasvojenosti in na področje duševnega zdravja.

**Programi zasvojenosti** so namenjeni uporabnikom prepovedanih drog in osebam, ki so se znašle v stiski zaradi prekomernega pitja alkohola, zaradi težav z motnjami hranjenja in zaradi preprečevanja prekomerne rabe informacijsko komunikacijskih tehnologij. Večina programov je namenjena tudi svojcem oziroma pomembnim bližnjim.

Socialnovarstveni programi na področju **duševnega zdravja** vključujejo stanovanjske skupine, dnevne centre, informacijske pisarne, zagovorništvo in telefonsko svetovanje. Uporabniki programov so zelo raznoliki in so tako osebe s težavami v duševnem zdravju, kot tudi osebe, ki so izpostavljene večjemu tveganju za razvoj duševne motnje oziroma težav v duševnem zdravju, kot so svojci in prijatelji uporabnikov.

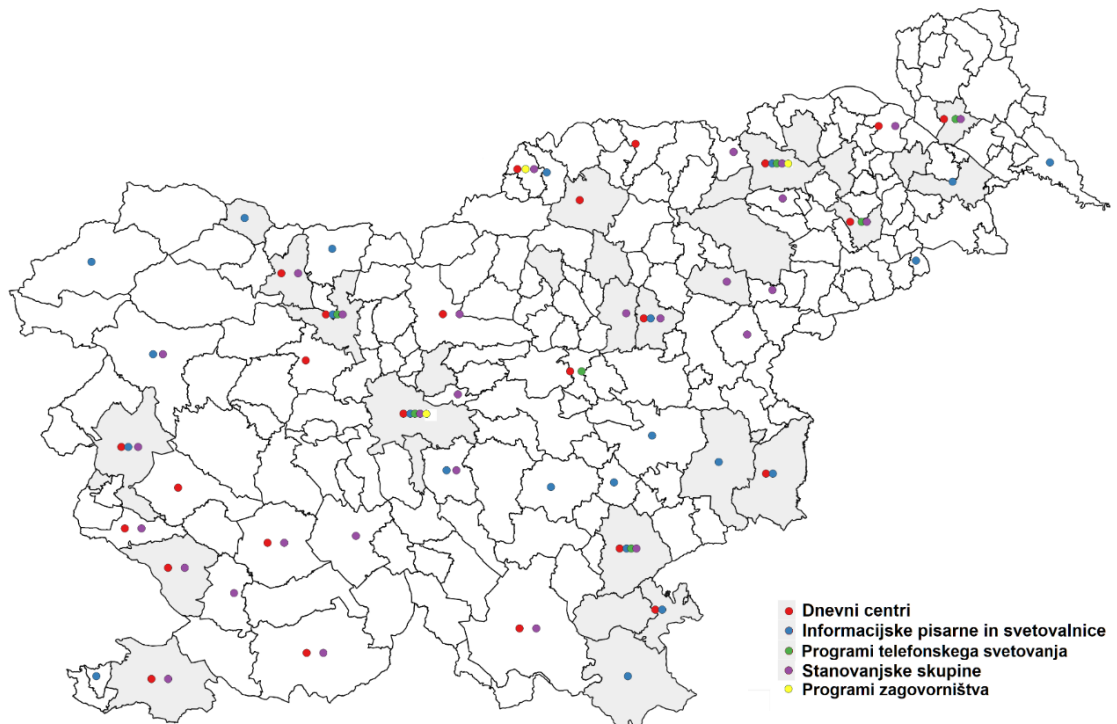
Ocena potreb, ki je bila narejena v okviru IRRSV in ocena potreb preko narejene Delfske študije [9] sta pokazali, da obstajajo potrebe po podpornem bivanju z različnimi stopnjami podpore (od nizke stopnje podpore do visokih oblik podpore z različnimi strokovnjaki in 24 urno pomočjo). V dnevnih centrih opažajo potrebo po programih predvsem s področja odvisnosti od alkohola in dvojnih diagnoz. Pregled stanja pokaže tudi potrebo po brezplačni ali finančno dostopni psihoterapiji. V obeh ocenah potreb se je pokazala tudi potreba po programih zaposlovanja in podpornega zaposlovanja ter usposabljanja za delo za osebe, ki so zaradi težav v duševnem zdravju invalidsko upokojene ali nezaposljive. Tudi v socialnovarstvenih programih je težava pomanjkanje kadra (in prav neurejen plačni sistem), kar je mogoče sklepati preko (pre)velikega odstotka prostovoljnega dela in na podlagi poročil strokovnjakov.

Poročilo izpostavlja problem slabe dostopnosti, saj nekatera okolja nimajo programov ali so zaradi oddaljenosti in šibkega javnega prevoza nedosegljiva (Slika 3).



Pomanjkanje socialnovarstvenih programov je najbolj očitno v gorenjski, notranjski, južno slovenski in spodnje posavski regiji, kjer praktično ni dostopa do stanovanjskih skupin, dnevnih centrov in informacijsko svetovalnih pisarn. O podobnem problemu poročajo tudi strokovnjaki iz centrov za duševno zdravje, ki tam delujejo.

**Slika 3: Dostopnost programov duševnega zdravja**



*Vir slike: Poročilo IRSSV [8]*

V vseh socialnovarstvenih programih je bilo v letu 2021 na voljo 1.257 ležišč, od tega približno dobra tretjina za ožje področje duševnega zdravja: 290 ležišč na področju duševnega zdravja in 187 v programih socialne rehabilitacije zasvojenih.

S področja socialne rehabilitacije zasvojenih je na voljo 13 nizko-pražnih programov s 40 posteljami; ter 11 visoko-pražnih programov s 120 posteljami. Na področju duševnega zdravja pa je vzpostavljenih 13 programov (s 64 stanovanjskimi skupinami in 271 mesti) in 29 dnevnih centrov. Mreža informacijskih in svetovalnih programov ima 28 enot.

## KOORDINATORJI OBRAVNAVE V SKUPNOSTI

Na področju duševnega zdravja v socialnem sektorju pomoč osebam, ki ne potrebujejo več zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ali nadzorovani obravnavi, vendar potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave, pomaga koordinator obravnave v skupnosti (KOS). KOS je zaposlen na centru za socialno delo (CSD) in vodi multidisciplinarni tim, ki ga sestavljajo psihiater, patronažna sestra, nevladne organizacije in najbližji drugi.

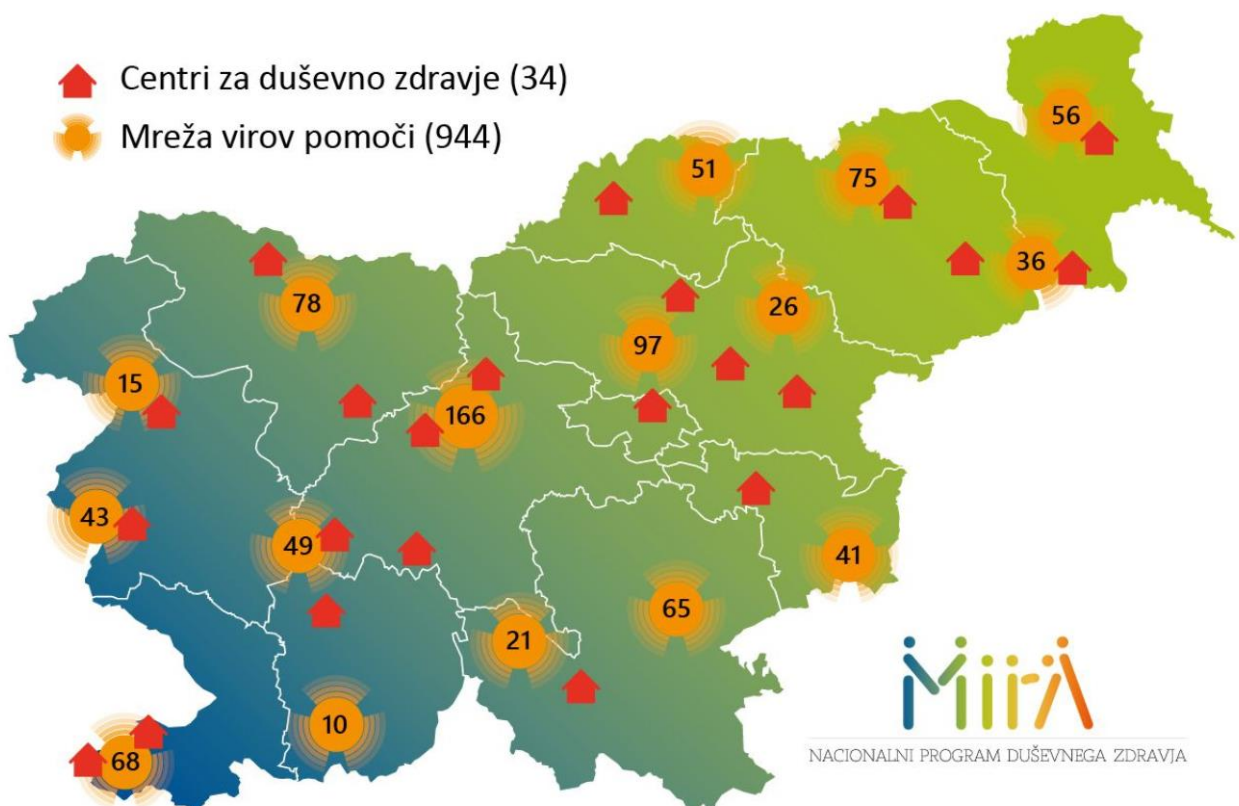
Koordinatorjev obravnave v skupnosti je v pristojnem Centru za socialno delo v Ljubljani šest; na Centru za socialno delo Severna primorska trije; na Centrih za socialno delo Gorenjska, Celje, Maribor, Pomurje po dva; na Centrih za socialno delo Dolenjska in Bela krajina, Južna primorska, Koroška, Osrednja Slovenija vzhod, Osrednja Slovenija zahod, Posavje, Primorsko-notranjska, Savinsko-Šaleška, Spodnje Podravje in Zasavje pa po ena oseba.

Koordinatorji obravnave v skupnosti na CSD so imeli skupaj blizu 1000 vključenih uporabnikov in v enem letu približno 300 zaključenih obravnav (osebna komunikacija MDDSZ).

# VIRI POMOČI

Za pomoč v duševni stiski so torej na voljo različni viri pomoči. Te po geografski lokaciji in izvajanemu programu pomoči zbira Program MIRA (Slika 4). Viri zajemajo vse oblike pomoči ali podpore pri katerih gre za uradno registrirane zdravstvene in socialne storitve s področja pomoči v duševnih in drugih stiskah ter za krepitev duševnega zdravja. Vse oblike pomoči so na voljo brez plačila [9].

**Slika 4: Viri pomoči v RS**



Vir slike: Program MIRA, NIJZ [9]

# FINANČNI VIDIK

## ZDRAVSTVENI SEKTOR

Zdravstvene službe od leta 1992 financira Zavoda za zdravstveno zavarovanje in dopolnilna zavarovanja zasebnih zavarovalnic. Plačil iz žepa je v slovenskem sistemu malo, večina pa gre za zdravila [8].

## SOCIALNI SEKTOR

Socialni sistem skrbi za duševno zdravje je v večini financiran s strani Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve (MDDSZ) ali drugih virov, ki pa niso zakonsko predpisani. Pomemben financer je Fundacija za financiranje invalidskih in humanitarnih organizacij (FIHO).

Po podatkih IRSSV [8] je v letu 2021 bilo financiranih 27 socialnovarstvenih programov na področju duševnega zdravja. V letu 2021 je bilo sofinancirano 35 programov socialne rehabilitacije (financiranje je bilo različno dolgo in sicer od enega do sedmih let). Na področju vseh programov socialne rehabilitacije je največ prostovoljcev (55,7 %), ki jim sledijo zaposleni preko različnih oblik pogodb, tudi preko javnih del (26,3 %) in drugi zunanji sodelavci (18,1 %). Četudi prostovoljci občasno za svoje delo prejmejo nagrado, gre še vedno v več kot polovici primerov (52,4 %) za opravljanje strokovnega dela na področju socialnega varstva ali drugih področij.

Finančni viri pri socialnovarstvenih programih so različni. Več kot polovico (55,4 %) sredstev programi pridobijo od MDDSZ, manj pa od občin (19,2 %), ker ni enoto vzpostavljenega sistema financiranja iz tega vira. Manj sredstev pridobijo preko ostalih virov, kot so prispevki, donacije in drugih (javni) viri.

Največ sredstev se je znotraj vseh socialnovarstvenih programov v letu 2021 namenilo 35-im programom socialne rehabilitacije zasvojenih (6.968.850,95 EUR) in malo manj 27-im

programom na področju duševnega zdravja (6.881.511,88 EUR). V spodnji tabeli so prikazana sredstva in njihovi viri.

**Tabela 1: Financiranje programov in njihov vir v letu 2021**

<b>Vir sredstev</b>	<b>Rehabilitacija zasvojenih</b>	<b>Področje duševnega zdravja</b>
MDDSZ	4.329.876,00 EUR	3.405.850,58 EUR
občine	970.484,12 EUR	1.146.772,01
Donacije	82.049,23 EUR	20.488,77

Programi niso financirani v celotnem obsegu in financiranje ni nepretrgano, temveč se sredstva pridobivajo na podlagi razpisov. Posledično je lahko delovanje programov moteno. V letu 2021 v vseh socialnovarstvenih programih ni dobilo mesta 549 oseb, od tega 117 uporabnikov na področju duševnega zdravja, pogosto zaradi zasedenosti kapacitet; ter 43 uporabnikov na področju zasvojenosti najpogosteje zato, ker niso bili ustrezna ciljna populacija programa ali so bile kapacitete polne. Na področju odvisnosti od alkohola sicer ocenjujejo, da bi vključitev v program potrebovalo še 300 uporabnikov.

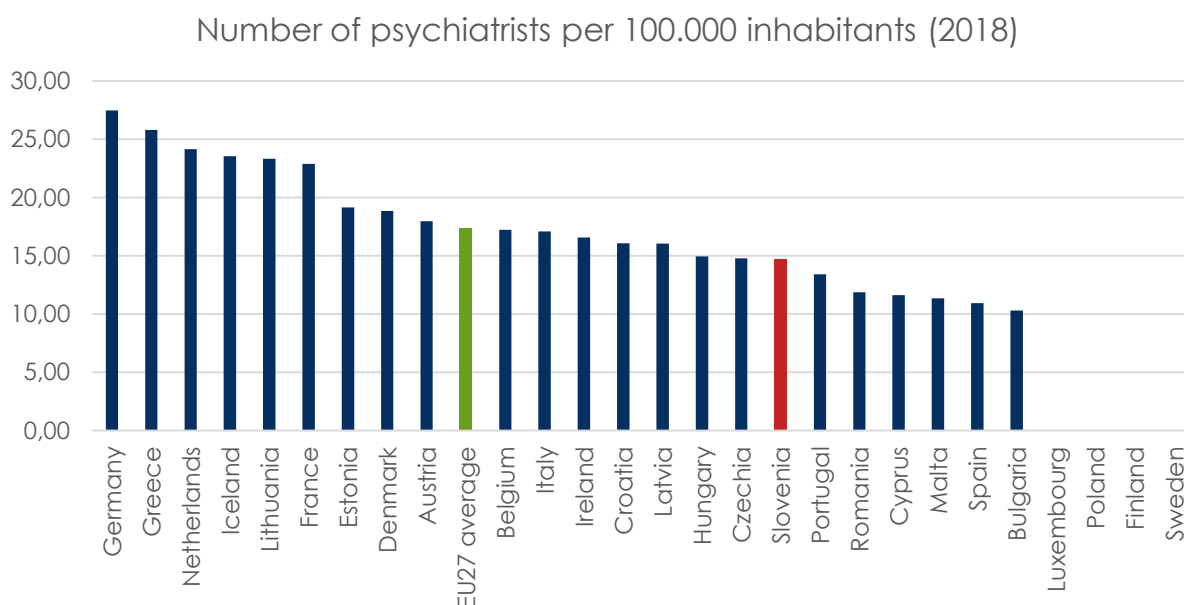
# STROKOVNJAKI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

## ZDRAVSTVENI SEKTOR

Število strokovnih delavcev na področju duševnega zdravja je opisano v poročilu, ki ga je izdala skupina strokovnjakov Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), ki je ocenila stanje na področju služb za duševno zdravje v Sloveniji v 2021 [16].

V Sloveniji je zaposlenih več kot 1500 strokovnjakov na področju duševnega zdravja, kar pomeni 75 na 100,000 ljudi [11]. Polovico teh so medicinske sestre, število psihiatrov je 12 psihiatrov in psihologov 9,3 v na 100,000 ljudi. Večina dela v institucionalnih okoljih, čeprav se povečuje število zaposlenih na primarni ravni zdravstvenega varstva. Relativno šibka kadrovska zasedba je eden izmed razlogov za čakalne dobe na področju, čeprav se število visoko specializiranih strokovnjakov povečuje.

**Slika 5: Število psihiatrov na 100.000 prebivalcev v letu 2018 v Evropskih državah**



Vir slike: Eurostat 2020 [12]

## PSIHIATRIČNE AMBULANTE IN BOLNIŠNICE

Seznam je pripravljen iz plana Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in realizacije storitev za mesec december in leto 2022 (prosto dostopni podatki na straneh ZZZS-ja) [13]. Vsaki službi je dodana ocena števila timov, ki je izračunana na podlagi letnega plana posamezne službe in normativa za 1 tim po splošnem dogovoru za leto 2022. Seznam pokaže, da je na primer na območju Celja:

- V ZD: 1,6 tima v dispanzerju za mentalno zdravje, 1 tim klinične psihologije, 0,78 tima centra za duševno zdravje otrok in mladostnikov (CDZOM) in 2 tima centra za duševno zdravje odraslih (CDZO), poleg tega pa še 1,7 specialista psihiatra in 0,7 pedopsihiatra.
- V sosednjih ZD (Laško, Slovenske Konjice, Šentjur, Šmarje in Žalec pa še po 0,48, 0,35, 0,72, 1,24 in 0,80 dispanzerskega tima ter v Šentjurju še Center za duševno zdravje odraslih CDZO, vendar z 0,22 in 0,33 kadrovske zasedbe v dveh delih.
- V Splošni bolnišnici Celje deluje 0,23 psihiatra in v ZD Radeče 0,16 tima v dispanzerju.
- V Psihiatrični bolnišnici Vojnik pa deluje 5,2 psihiatričnega ambulantnega tima in en kliničnopsihološki tim

Celotna kadrovska zasedba kaže na to, da isti strokovnjaki delajo na različnih enotah – v dispanzerjih, v centrih na različnih lokacijah z delno zaposlitvijo. V teh okoliščinah razdrobljenosti storitev lahko ocenimo, da gre za fragmentacijo obravnav in potencialno nepotrebno podvajanje obravnav v različnih lokacijah.

Sekundarni nivo predstavljajo psihiatrične bolnišnice in posamezne psihiatrične ambulante v psihiatričnih ali splošnih bolnišnicah.

Podobna, čeprav glede specialistov drugačna slika, je tudi v drugih regijah. V Ljubljani npr. deluje 13 psihiatričnih ambulant s 33 psihiatričnimi ambulantnimi timi, med njimi 22,38 na Univerzitetni psihiatrični kliniki, kar prav tako kot zgoraj kaže na to, da strokovnjaki (posebej na Psihiatrični kliniki) delujejo na več deloviščih.

Če iz seznama izločimo dispanzerje, ki nimajo specialistov in so v preventivo usmerjeni timi lahko ob pregledu stanja ugotovljamo, da je kadrovska zasedba glede ambulantne obravnave zunaj Ljubljane bistveno slabša kot v Ljubljani, tudi če vštujemo bolnišnične ambulantne obravnave.

## CENTRI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE ODRASLIH

V centrih za duševno zdravje odraslih so poleg psihiatrov (predvidoma dva) zaposleni še (klinični) psihologi (predvidoma štirje), delovni terapevt, socialni delavci (predvidoma dva) in medicinske sestre (predvidoma šest). En center za duševno zdravje – skupaj s timom za ambulantno in timom za skupnostno obravnavo, pokriva od 60.000 do 85.000 prebivalcev. Predvideva se širitev timov na podlagi ocene potreb.

## SOCIALNI SEKTOR

Po podatkih poročila IRSSV [8] so na področju programov socialne rehabilitacije zasvojenih največji delež kadra predstavljali prostovoljci (553; 55,7 %), najmanj pa zaposleni preko virov izven MDDSZ (5,8 %). V programih duševnega zdravja je bilo prav tako največ prostovoljcev (659; 68,1 %) in najmanj drugih plačanih izvajalcev (6,0 %). Med prostovoljci jih 33,8 % (223) opravlja strokovno delo na področju socialnega varstva pri programih duševnega zdravja in 36,8 % (199) pri programih zasvojenosti.

V socialnovarstvenih programih so zaposleni socialni delavci, mentorji, psihologi in socialni pedagogi. Število zaposlenih nikjer ne zagotavlja intenzivne 24-urne pomoči. V dnevnih centrih sta na primer zaposlena 2 ali 1 strokovni delavec, kar ne omogoča kontinuitete in govori o nizkopražnosti teh storitev. NVO-ji kljub temu izvajajo številne inovativne programe, tudi programe destigmatizacije, ki dosegajo nacionalno raven in ob tem vključujejo tako uporabnike, kot tudi njihove svojce.



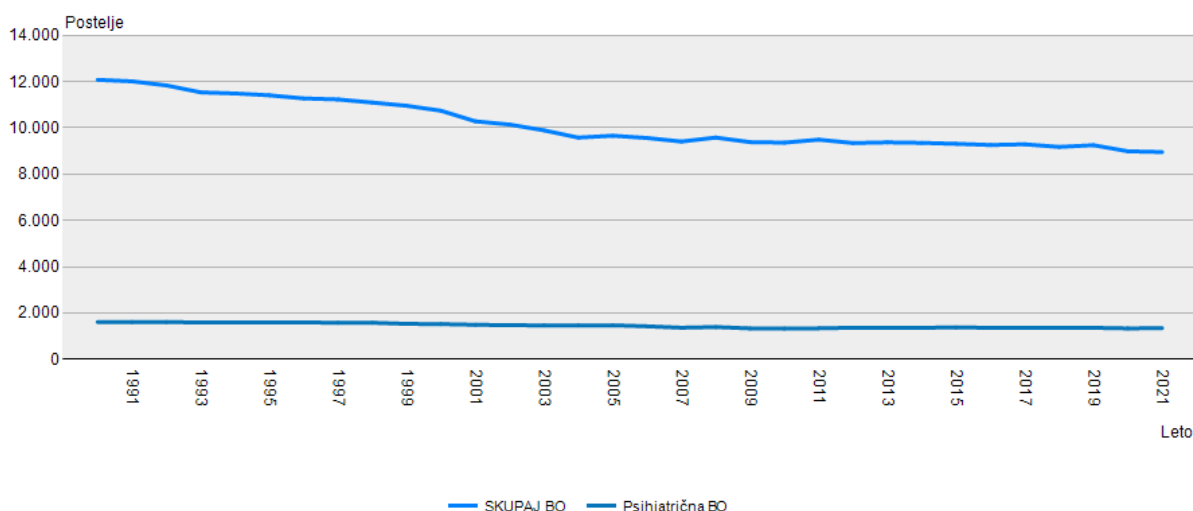
# PODATKI O UPORABI SLUŽB S PODROČJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA

## ZDRAVSTVENI SEKTOR

### BOLNIŠNICE, AMBULANTNA DEJAVNOST

Kljub nacionalno podprtemu prehodu k bolj skupnostno naravnanim oblikam zdravljenja, število bolnišničnih postelj ne pada hitro, na nekaterih področjih pa še vedno narašča (forenzična psihiatrija). Od leta 2005 do leta 2021 je bil opazen minimalen padeč števila postelj v psihiatričnih bolnišnicah (od 1.472 do 1.350). Leta 2019 pa je bilo, v primerjavi z letom 1990, 18 odstotkov manj psihiatričnih postelj. Izmed vseh bolnišničnih postelj, ki so na voljo v vseh 20 bolnišnicah, je več kot 15 odstotkov postelj namenjenih za psihiatrično obravnavo [13]. Kot je mogoče videti na spodnjem grafu, je število psihiatričnih bolniških postelj stabilno, medtem ko celotno število bolniških postelj kaže trend zelo počasnega upadanja. Število psihiatričnih postelj upada torej veliko počasneje kot drugih bolnišničnih postelj.

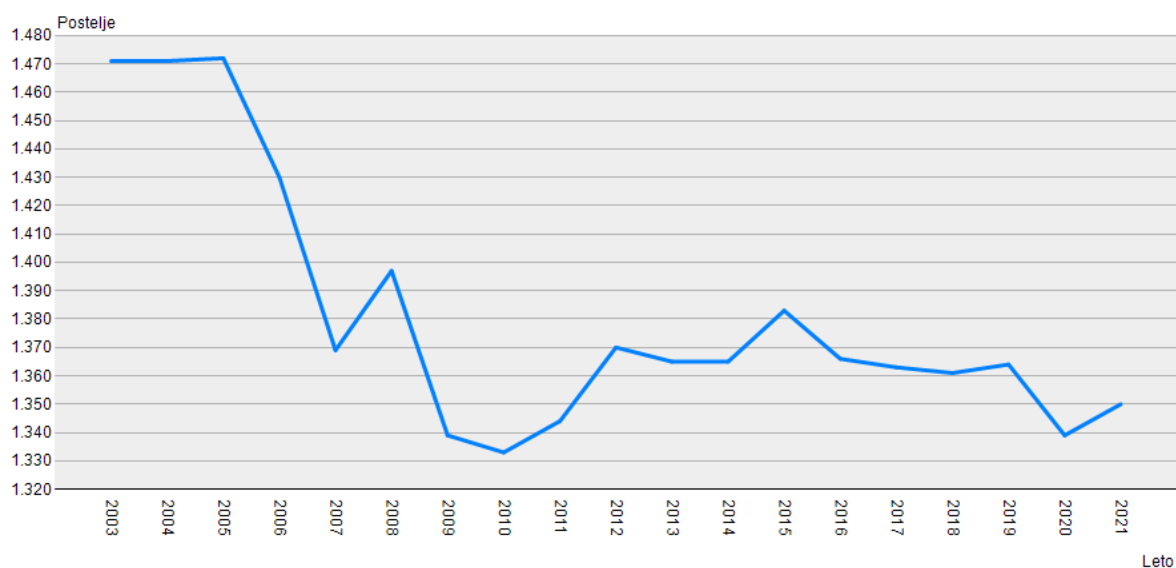
**Slika 6: Število bolniških postelj glede na tip bolnišnične obravnave v Sloveniji**



Vir slike: NIJZ Podatkovni portal [14]

Število psihiatričnih postelj se je skozi leta zmanjševalo počasneje kot število drugih bolnišničnih postelj, a vseeno tudi tu beležimo padec. Število postelj v psihiatričnih bolnišnicah v letu 2021 je bilo 1.350 (6,41 postelj na 10.000 prebivalcev).

**Slika 7: Število bolniških postelj v psihiatriji**



Vir slike: NIJZ podatkovni portal [14]

Podrobneje je razvidno, da je število postelj naglo upadlo v letu 2005, za nekoliko več kot 100 postelj in se potem nekoliko dvignilo. Razlike so relativno majhne in ne kažejo na trenda nadaljnjega upadanja. Trend v drugih evropskih državah kaže, da je število postelj naglo upadalo. Slovenija sicer nima velikega števila psihiatričnih postelj. Težava pa je predvsem v tem, da se po hospitalizacijah ljudi namešča v socialne zavode ali vrača v družinsko okolje brez ustrezne podpore [16].

## HOSPITALIZACIJE

**Število hospitalizacij v psihiatričnih bolnišnicah** je prikazano v Tabeli 2. Leta 2011 je bilo hospitaliziranih 8749 oseb, s skupno 368.176 bolnišničnimi dnevi. Povprečno trajanje hospitalizacij je bilo 42 dni.

**Tabela 2: Število hospitalizacij, število bolnišničnih dni in povprečna dolžina hospitalizacije v dnevih po letih in ustanovah.**

Leto		Psihiatrične bolnišnice skupaj	UKC Maribor, Oddelek za psihiatrijo	UKC Ljubljana, Pediatrična klinika, Služba za otroško psihiatrijo	SKUPAJ
2011	N	8749	1299	79	10127
	Št. Dni	368176	46638	4588	419402
	M(dni)	42,08	35,90	58,08	41,41
2012	N	9199	1508	77	10784
	Št. Dni	399461	51309	3699	454469
	M(dni)	43,42	34,02	48,04	42,14
2013	N	9158	1592	90	10840
	Št. Dni	366991	53090	3545	423626
	M(dni)	40,07	33,35	39,39	39,08
2014	N	9185	1505	100	10790
	Št. Dni	381193	56505	3916	441614
	M(dni)	41,50	37,54	39,16	40,93
2015	N	9160	1471	107	10738

	Št. Dni	361188	57402	3643	422233
	M(dni)	39,43	39,02	34,05	39,32
2016	N	9528	1493	104	11125
	Št. Dni	367718	62945	3553	434216
	M(dni)	38,59	42,16	34,16	39,03
2017	N	9375	1451	123	10949
	Št. Dni	352613	62777	3976	419366
	M(dni)	37,61	43,26	32,33	38,30
2018	N	9402	1547	104	11053
	Št. Dni	348115	48963	3992	401070
	M(dni)	37,03	31,65	38,38	36,29
2019	N	9731	1500	117	11348
	Št. Dni	336334	42317	4425	383076
	M(dni)	34,56	28,21	37,82	33,76
2020	N	7979	1158	102	9239
	Št. Dni	237240	30260	3640	271140
	M(dni)	29,73	26,13	35,69	29,35

V 2019, pred začetkom COVID-19 krize, je bilo teh hospitalizacij nekoliko več in sicer je bilo hospitaliziranih 9731 oseb, a krajšim trajanjem povprečne hospitalizacije in sicer skoraj 35 dni. Skupno je to pomenilo tudi zmanjšanje števila bolnišničnih dni na 336.334.

Stopnja hospitalizacij na 1.000 prebivalcev je v letu 2020 izjemno padla in se kasneje zopet začela zviševati – in od leta 2021 kaže na rast (število hospitalizacij v letu 2022 je bilo 5,2 osebi na 1.000 prebivalcev). Padec števila hospitalizacij v letu 2020 pomeni pomembno zmanjšanje bolnišnične obravnave, ki je, kot kaže, povezana s COVID epidemijo.

Oddelek za psihiatrijo v Mariboru, ki je lociran v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor, je število sprejetih pacientov povečal za enkrat od leta 2011 do leta 2018. Tu je število hospitalizacij padlo v 2020 le malenkostno (iz 645 na 637), kar je bistveno manj kot v drugih bolnišnicah, kjer se je število sprejemov zmanjšalo za približno 13 %. Seveda je smiselno spremljati dolgoročni trend, saj je bil čas epidemije COVID-19 specifično obdobje, ki ni odražalo dejanskega trenda iz vidika hospitalizacij.

Med bolnišnicami so najkrajše hospitalizacije v vseh opazovanih obdobjih od 2011 do 2020 v Psihiatrični bolnišnici Ormož, najdaljše pa v UPK Ljubljana, čeprav so se tudi v zadnji zmanjšale od več kot 46 dni v povprečju na 31 dni in na 34 že v letu 2019. Gre torej za očitni trend zmanjševanja trajanja hospitalizacij, in močan padec v 2020, ki ima lahko različne razloge. Eden izmed teh je očitno epidemija COVID-19, ki je privedla do bistvenega zmanjšanja števila sprejemov in obravnave v psihiatričnih bolnišnicah, vendar je trend skrajševanja hospitalizacij nastopil že prej in je verjetno povezan tudi z načinom financiranja po primerih, ki je stopil v veljavo že pred več kot 10 leti. Trend je za boljšo interpretacijo seveda smiselno spremljati tudi v prihodnje, saj bodo posledice COVID-19 epidemije izzvenele šele sčasoma.

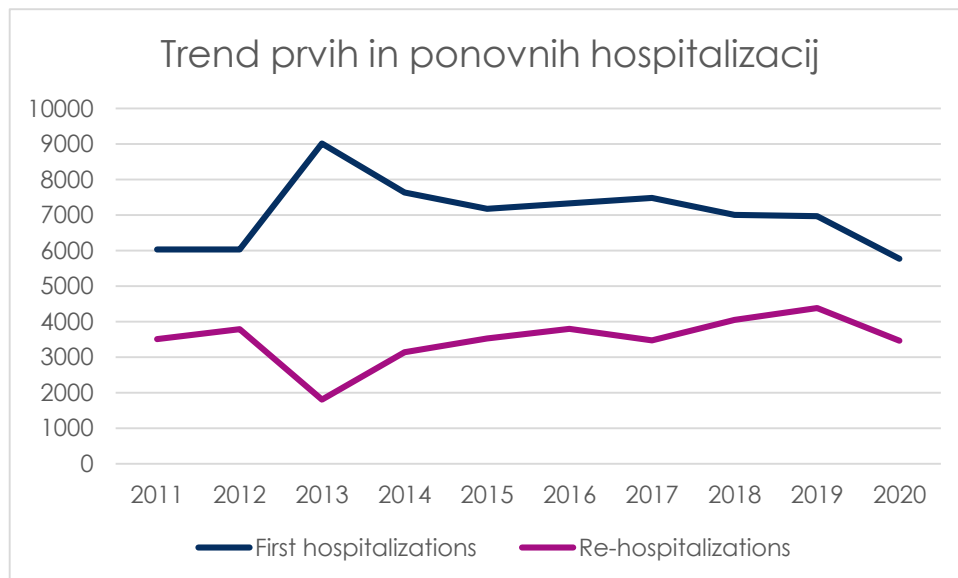
Do 2019 v Sloveniji tudi ni bilo zadostne komplementarne mreže služb, ki bi lahko odgovorila na potrebe bolnikov zunaj bolnišnic. Mreža zunajbolnišničnih služb se v Sloveniji v zadnjih letih sicer krepi s centri za duševno zdravje, katerih delovanje je opisano v nadaljevanju, vendar bodo trendi razvidni šele v nekaj letih.

## REHOSPITALIZACIJE

Podatki o ponovnih hospitalizacijah v bolnišnice govorijo, da je teh v enem letu po odpustu iz psihiatričnih bolnišnic kar veliko in da jih je največ v času od enega meseca do enega leta po hospitalizaciji. Hospitalizacij v tem časovnem okviru je bilo v letu 2022 18,5 %, kar je malo višja stopnja ponovnih hospitalizacij v tujini [17, 18]. Ponovne hospitalizacije so sicer merilo za kakovost služb za duševno zdravje in so odvisne od več dejavnikov, med drugimi tudi od dostopnosti služb za zdravljenje in obravnavo po odpustu [19].

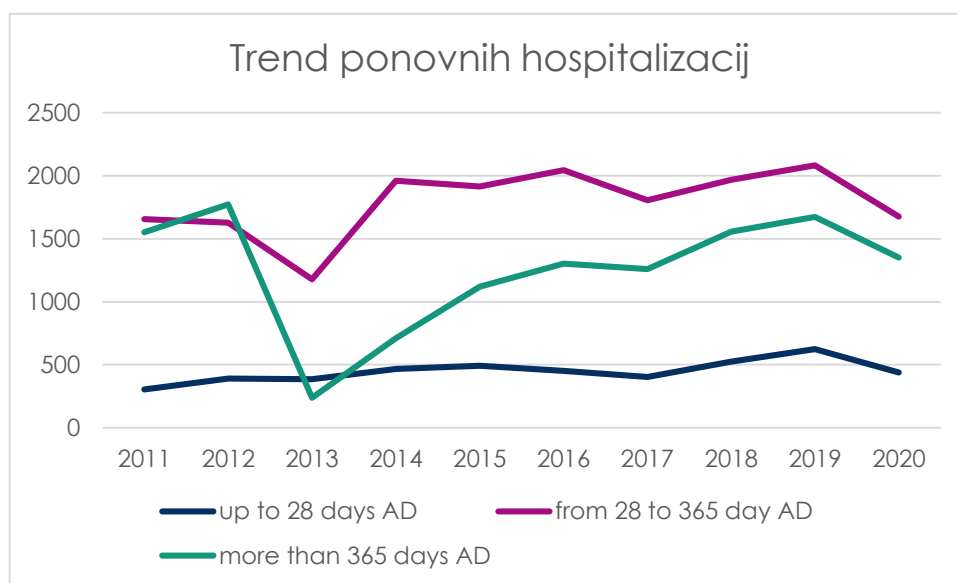
Glede na zadnje dostopne podatke [20] je bila večina psihiatričnih hospitalizacij prostovoljnih (9564 prostovoljnih in 1114 neprostovoljnih hospitalizacij v letu 2019). Ponovne hospitalizacije pa so bile najbolj pogoste v času od 28 dneva do 365 dnevno po odpustu iz bolnišnice. Podoben trend je opazila tudi mednarodna raziskava, ki je spremljala prve in ponovne hospitalizacije v različnih državah, katere izsledki so predstavljeni v slikah spodaj.

**Slika 8: trend prvih in ponovnih hospitalizacij v nekaterih evropskih državah**



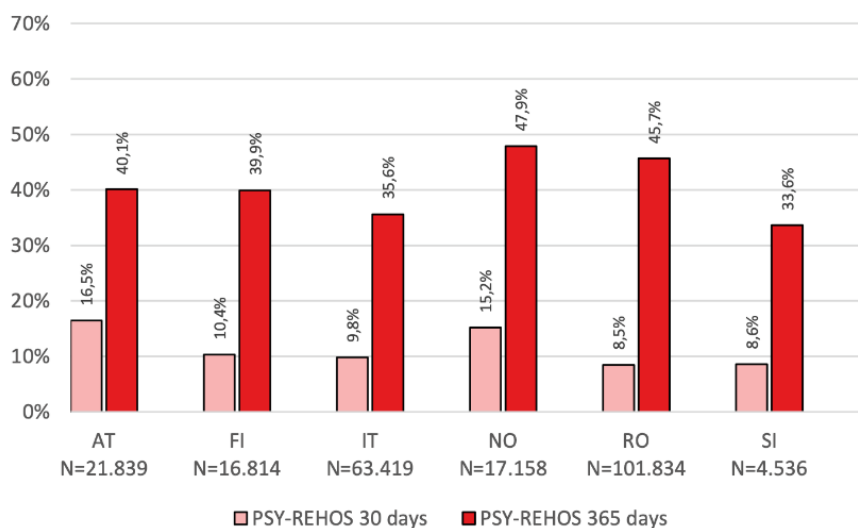
Vir slike: CEPHOS-LINK [Error! Reference source not found.]

**Slika 9: Trend gibanja ponovnih hospitalizacij v nekaterih evropskih državah**

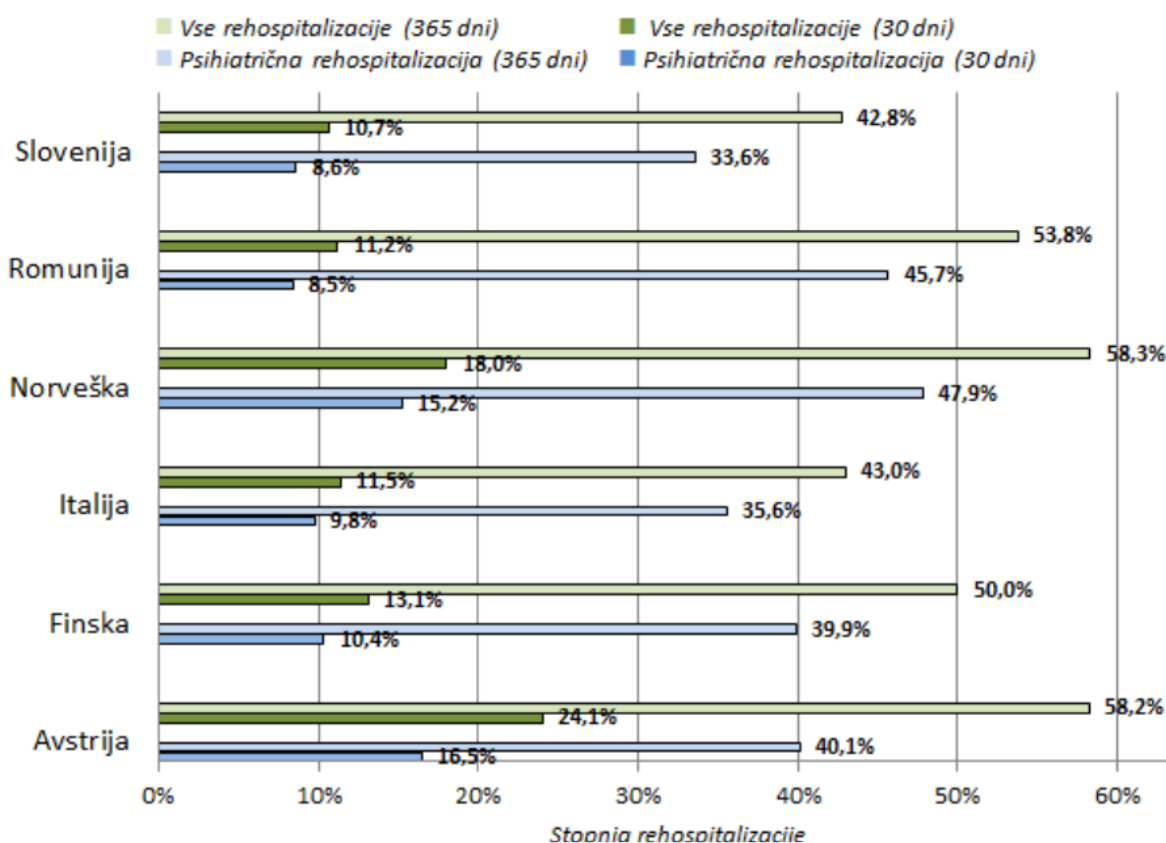


Vir slike: CEPHOS-LINK [Error! Reference source not found.]

**Slika 10: Rehospitalizacije v nekaterih Evropskih državah**



Vir slike: CEPHOS-LINK [Error! Reference source not found.]



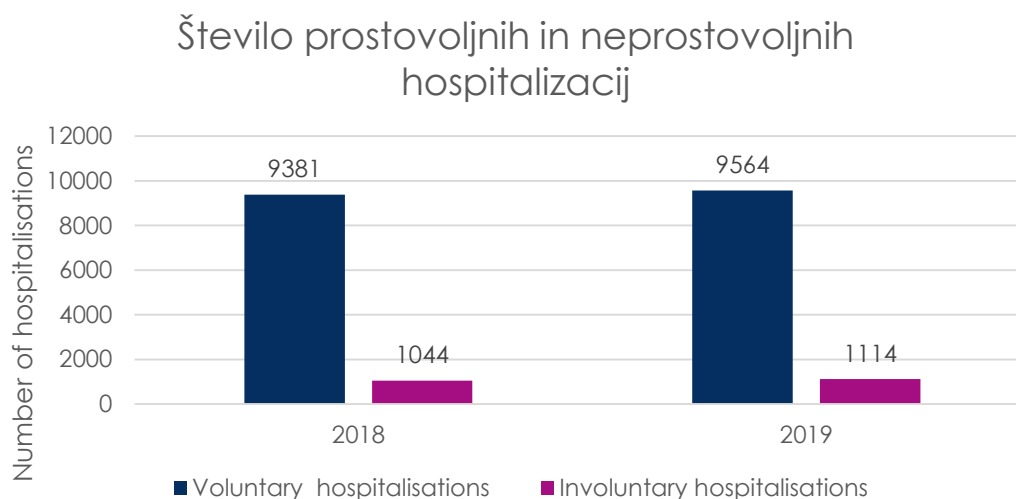
Vir slike: CEPHOS-LINK [Error! Reference source not found.]

## HOSPITALIZACIJE PROTI VOLJI

Pomemben kazalec kakovosti delovanja služb za duševno zdravje je število hospitalizacij proti volji. Te so vir ogromnega stresa, ponižanja in posledično socialnega umika za večino ljudi, ki so udeleženi v teh postopkih. Najbolj so zaradi njih travmatizirani pacienti, zelo pa so prizadeti tudi svojci in zdravniki ter drugo medicinsko osebje, ki v teh postopkih sodeluje. V skladu s Konvencijo o pravicah invalidov je hospitalizacija proti volji posameznika tudi vedno kršitev njegovih/njenih človekovih pravic ter vpliva tudi na samomorilne tendence pacientov [22]. Po podatkih vrhovnega sodišča (Slika 11) je teh več kot desetina vseh hospitalizacij na psihiatriji. Primerjava z drugimi državami je težka ali celo nemogoča, ker so razlogi za napotitve in sprejeme proti volji različni glede na zakonodajo in klinična okolja. Spremljanje trenda napotitev in sprejemov proti volji pa je eden izmed kriterijev za kakovost delovanja sistema skrbi za duševno zdravje.



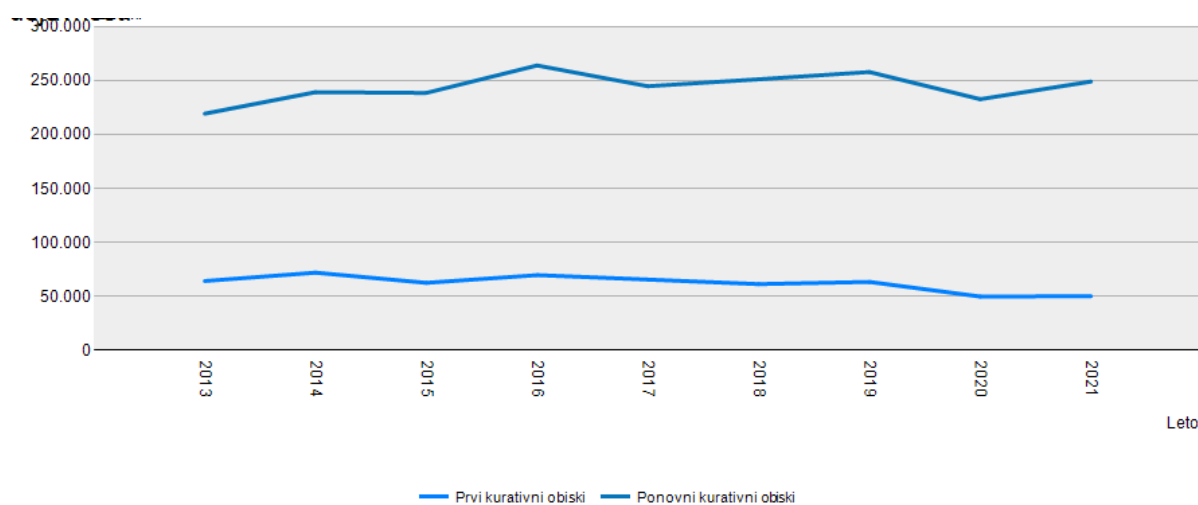
**Slika 11: Število prostovoljnih in neprostovoljnih hospitalizacij**



Vir slike: NIJZ, podatki iz Vrhovnega sodišča RS

V psihiatrični ambulantni dejavnosti (VZD 230) je bilo poročano, da so v letu 2021 opravili 299.194 vseh obiskov, od tega 16 odstotkov prvih obiskov (prvi: 50.155, ponovni kurativni: 249.039). Slika spodaj prikazuje število obiskov v specialistični psihiatrični ambulantni dejavnosti.

**Slika 12: Število obiskov v specialistični psihiatrični ambulantni dejavnosti**



Vir slike: NIJZ podatkovni portal [14]

## ČAKALNE DOBE V PSIHATRIČNIH AMBULANTAH

Problem sekundarne in terciarne ravni je v dolgih čakalnih dobah, ki naj bi jih vzpostavitev centrov za duševno zdravje odraslih rešila. Seveda bodo trendi na voljo šele čez čas, trenutno pa lahko na podlagi podatkov iz leta 2022 poročamo o dogajanju v vzpostavljenih centrih za duševno zdravje odraslih v nadaljevanju. Trend čakalnih dob bo tako smotrno spremljati tudi v prihodnje in videti, ali se čakalne dobe spreminjajo tako na primarnem, kot tudi na sekundarnem in terciarnem nivoju.

Izvajalci opozarjajo, da je poglobitni problem zaradi katerega nastajajo čakalne dobe, kadrovske narave, kar je opaziti v vseh službah na področju duševnega zdravja. Število psihiatrov v Sloveniji je bilo že leta 2018 eno izmed nižjih v Evropskih državah, četudi relativno hitro raste [16].

## CENTRI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE ODRASLIH

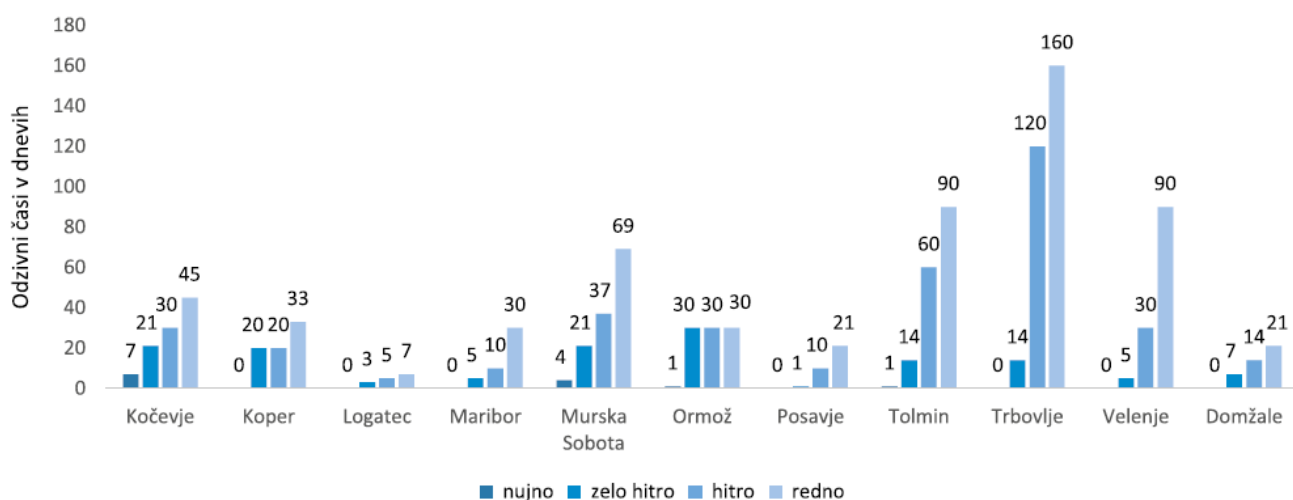
V centrih za duševno zdravje odraslih (CDZO) so do konca 2022 obravnavali 12.618 pacientov. Obravnava pacientov, ki so bili v letu 2022 odpuščeni iz CDZO ambulantne obravnave (CDZO-AMB), je v povprečju trajala 162 dni, pri pacientih iz CDZO skupnostne obravnave (CDZO-SPO) pa 167 dni. Dejansko so številke trajanja obravnave nižje in gre za stanje, ki izhaja iz vključitve že dolgotrajno obravnavanih pacientov v CDZO v nekaterih večjih centrih (npr. Koper).

Četudi se trenutno morda kaže šibka povezanost z drugimi službami za duševno zdravje na regionalnih območjih, pa je njihov cilj tudi povezanost z lokalnimi in regionalnimi službami. Pričakovati je, da se centri ob svojem vzpostavljanju sicer srečujejo s težavami na tem področju, a te ovire bodo pričakovano presegle tudi s krepitvijo drugih služb na področju duševnega zdravja v skupnosti, predvsem tistih na osnovni ravni socialnega in zdravstvenega varstva.

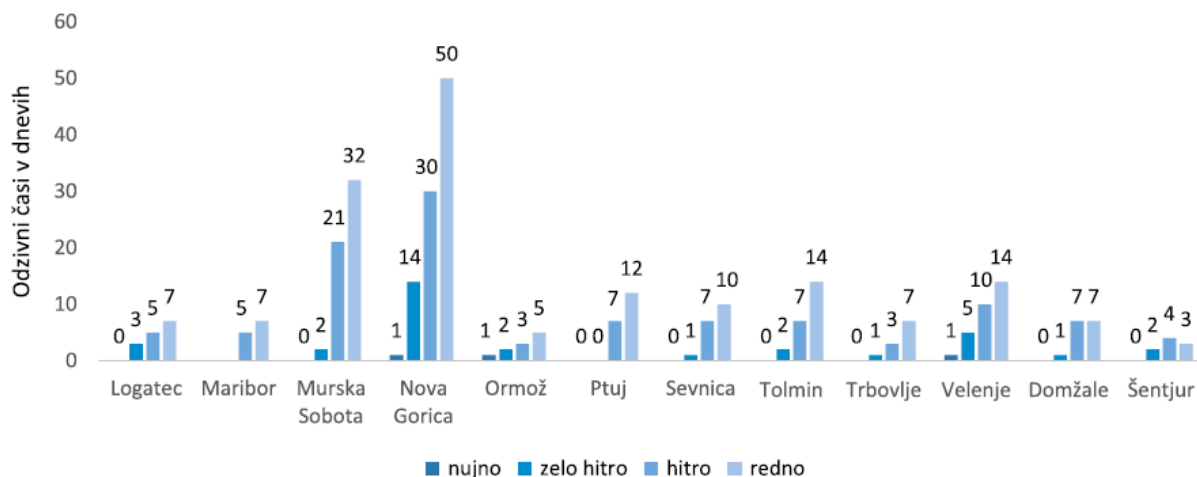
## ODZIVNI ČASI

Odzivni časi (sliki 13a in 13b) niso v skladu s smernicami in protokoli dela, čeprav se v nujnih primerih in urgentnih stanjih večina CDZO odzove takoj. Ali je težava v tem, da nekateri CDZO napačno poročajo o svojem odzivnem času ali je težava kje drugje, bomo ugotavljali na terenu.

**Slika 13a: Odzivni časi v ambulantni obravnavi glede na stopnjo nujnosti, 2022**



**Slika 13b: Odzivni časi v skupnosti obravnavi glede na stopnjo nujnosti, 2022**



## STROKOVNJAKI

Centri za duševno zdravje odraslih so kadrovske zapolnjeni v po celotni mreži v državi v 82 % deležu. V nadaljevanju predstavljamo tudi kadrovske zapolnjenost po poklicnih skupinah (Tabela 3 in Tabela 4), ki pa morda kaže tudi na obseg dela posamičnih strokovnih skupin.

**Tabela 3: Zapolnjenost ambulantnega tima CZDO**

	standardni tim mreže FTE	trenutna popolnjenost v FTE	popolnjenost (v %)	trenutno število oseb
AMB tim	103,8	75,0	72%	123
zdravnik specialist	15,0	12,5	84%	26
spec. klinične psihologije	30,0	7,7	26%	11
psiholog	15,0	17,8	119%	35
socialni delavec	15,0	13,5	90%	22
dipl. med. sestra / višja med. sestra	15,0	19,5	130%	24
admin. tehnični delavci	13,8	4,0	29%	5

**Tabela 4: Zapolnjenost tima Skupnostne psihiatrične obravnave CZDO**

	standardni tim mreže FTE	trenutna popolnjenost v FTE	popolnjenost (v %)	trenutno število oseb	odšteti dvojniki
--	--------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	-----------------------------	---------------------

SPO tim	155,55	98,76	0,63	128	127
zdravnik specialist	15,00	11,80	0,79	26	25
dipl. delovni terapevt / višji delovni terapevt	15,00	15,00	1,00	15	15
spec. klinične psihologije	15,00	2,46	0,16	5	5
socialni delavec	15,00	13,50	0,90	20	20
dipl. med. sestra / višja med. sestra	75,00	54,50	0,73	59	59
admin. tehnični delavci	20,55	1,50	0,07	3	3

V trenutno vzpostavljenih CDZO je zaposlenih 123 strokovnjakov v AMB in 127 v SPO delu, od tega 51 psihiatrov, 15 delovnih terapevtov, 10 kliničnih psihologov, 17 socialnih delavcev in 74 medicinskih sester. Največje pomanjkanje je videti na področju klinične psihologije, kjer je zasedenost le 26 % (AMB) in 16 % (SPO). Pomanjkanje izhaja predvsem iz visoko zastavljenega standarda glede psihološke diagnostike in psihoterapije, ki jo zahteva Zbornica kliničnih psihologov in siceršnjega pomanjkanja kadrov na tem področju.

Pregled dela v CDZO namreč pokaže, da je v povprečnem CDZO potrebno obravnavati med 500 do 1000 oseb v obdobju enega leta. CDZO so namreč namenjeni zgodnjemu odkrivanju in zdravljenju (sekundarna preventiva) in težijo k temu, da zajamejo čim več oseb s težavami ter jih obravnavajo v najkrajšem možnem času.

## SOCIALNI SEKTOR

### PROGRAMI ZASVOJENOSTI

Že omenjeno poročilo IRSSV je poročalo tudi o uporabi služb s socialnega sektorja [8]. V veliki večini (85,7 %) so uporabniki v programe napoteni s pomočjo svojcev, prijateljev ali znancev. V malo manjši meri informacije o programih in vključitvi pridobijo iz interneta (65,7 %), Centrov za socialno delo (62,9 %) in preko drugih socialnovarstvenih programov (60,0 %). Vseh uporabnikov je bilo 25.384 od tega so bili v največji meri v (osnovne oziroma glavne in v podporne) programe vključeni zaradi alkoholizma (10.787 oseb) ali drog (nizko in visokopražni program skupaj 8.029 oseb), ter manj zaradi motenj hranjenja (1.070 oseb) ali zaradi informacijsko-komunikacijskih tehnologij (990 oseb).

### SOCIALNOVARSTVENI PROGRAMI S PODROČJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Največji delež uporabnikov je v programe napoteni preko CSD (88,9 %). Manjši delež preko drugih socialno varstvenih programov (66,7 %) ali preko prijateljev, svojcev in znancev (63,0 %). Vse skupaj je bilo v programe vključenih 4.809 oseb, oziroma opravljenih 22.011 storitev. V programe stanovanjskih skupin je bilo vključenih 390 uporabnikov, 2.377 je bilo uporabnikov dnevnih centrov in 1.479 uporabnikov informacijskih pisarn. Malo manj je bilo uporabnikov zagovorništva, in sicer 563. Pri programih telefonskega svetovanja je ocenjeno približno število oseb, ki so storitev uporabljale (22.011), a so storitev lahko večkrat uporabile iste osebe, zato to ni možno prevesti v število oseb.

PODATKI O  
DUŠEVNEM  
ZDRAVJU V  
SLOVENIJI



---

# PODATKI O DUŠEVNEM ZDRAVJU V SLOVENIJI

---

O podatkih o duševnem zdravju poroča Eurostat [12], katerega podatke povzema to poglavje.

## Demografski podatki in podatki o pogostosti duševnih motenj ter samomora

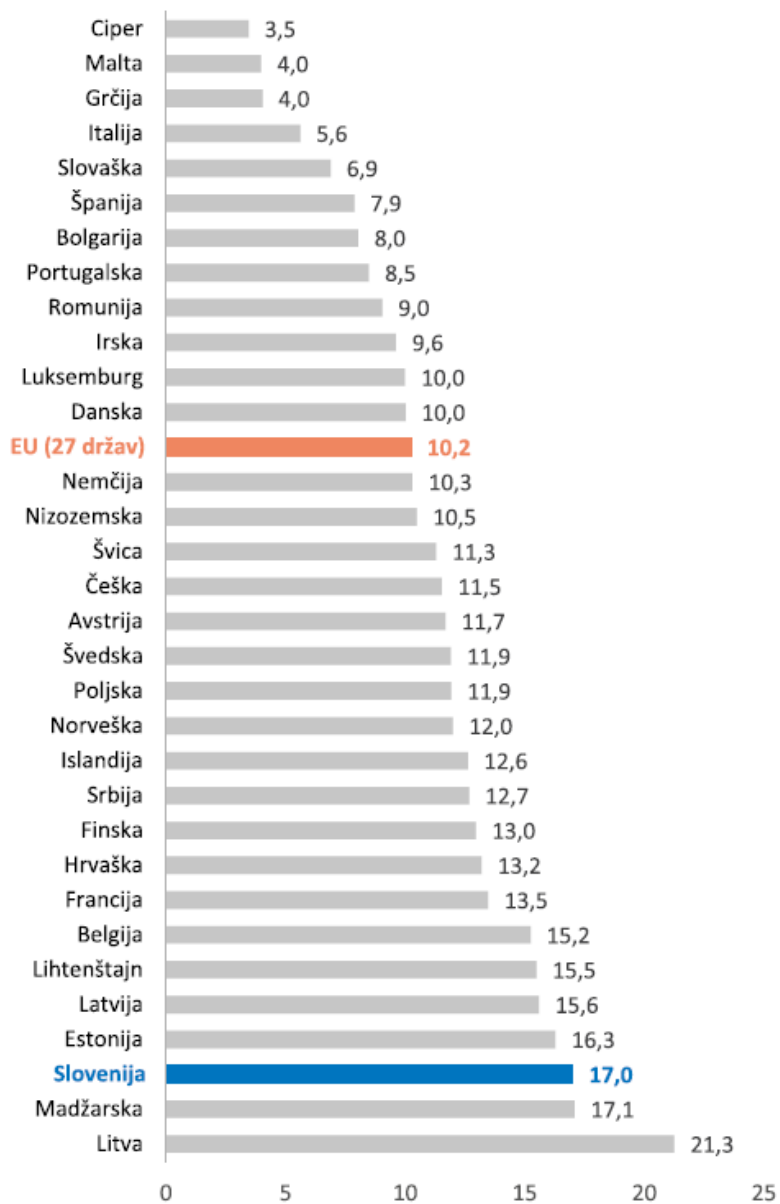
Pričakovana življenjska doba ob rojstvu je v Sloveniji 78 let za moške in 84 let za ženske, skupaj v nizko stopnjo rodnosti, pa je to znak starajoče populacije in s tem indikator prihodnje potencialne prevalece duševnih težav. Leta 2017 je bila že skoraj ena tretjina vseh prebivalcev starih več kot 60 let. Številke incidence nakazujejo, da je približno 85.000 ljudi z depresivnimi motnjami, 80.000 ljudi z anksioznimi motnjami in 20.000 ljudi s psihotičnimi motnjami.

Eurostat poroča o 7,5 % pogostosti depresivnih simptomov, kar je nekaj nad evropskim povprečjem, tudi pogostost simptomov velike depresivne motnje je v Sloveniji (3,5 %) nad povprečjem evropskih držav (2,7 %). Vendar pa je Slovenija med državami s precej visoko stopnjo doživljanja sreče, višjo od sosednjih držav Italije, Hrvaške in Madžarske. Delež oseb, ki se počutijo srečne, pada s starostjo, kar je glede na demografsko statistiko pomembna informacija, ki jo je potrebno vzeti na znanje tudi v okviru duševnega zdravja.

Umrljivost zaradi samomora znaša trenutno 17/100.000 prebivalcev in je v zadnjih letih na približno enaki ravni. Od leta 2013 do 2022 je upadla za 4 odstotne točke. S tem podatkom se Slovenija uvršča med države v Evropski uniji z velikim tveganjem za slabo duševno zdravje starejših, saj je bil leta 2020 starostno standardiziran samomorilni količnik višji zgolj na Madžarskem in v Litvi. Še vedno v Sloveniji obstajajo pomembne razlike v pogostosti samomora med regijami. Na vzhodu Slovenije je namreč smrtnost bistveno višja kot na zahodu

in to posebej pri starejših ljudeh. Stopnja samomorilnega količnika v Sloveniji je bila leta 2022 17,90 na 100.000 prebivalcev (narašča v skupini starostnikov in je pri moških trikrat večja kot pri ženskah), kar ni problem zgolj sam po sebi, ampak tudi v primerjavi z drugimi evropskimi državami, kar je prikazano na spodnjih grafih. Umrljivost zaradi samomora je zelo različna znotraj Slovenije, kjer je bil količnik v letu 2022 v Posavski, Zasavski, Podravski, Savinjski, Koroški in Gorenjski regiji višji od celotnega Slovenskega povprečja (in je bil v vseh regijah od 19 do 22). Medtem, ko je bil v Osrednjeslovenski, Primorsko-notranjski, Goriški, Pomurski, Obalno-kraški in v jugovzhodni Sloveniji precej nižji od povprečja (in se je gibal od 13 do 17).

**Slika 14: Starostno standardiziran samomorilni količnik v Sloveniji in drugih evropskih državah**



Vir slike: Eurostat (2020) [12]

## Problem škodljivega uživanja in odvisnosti od alkohola

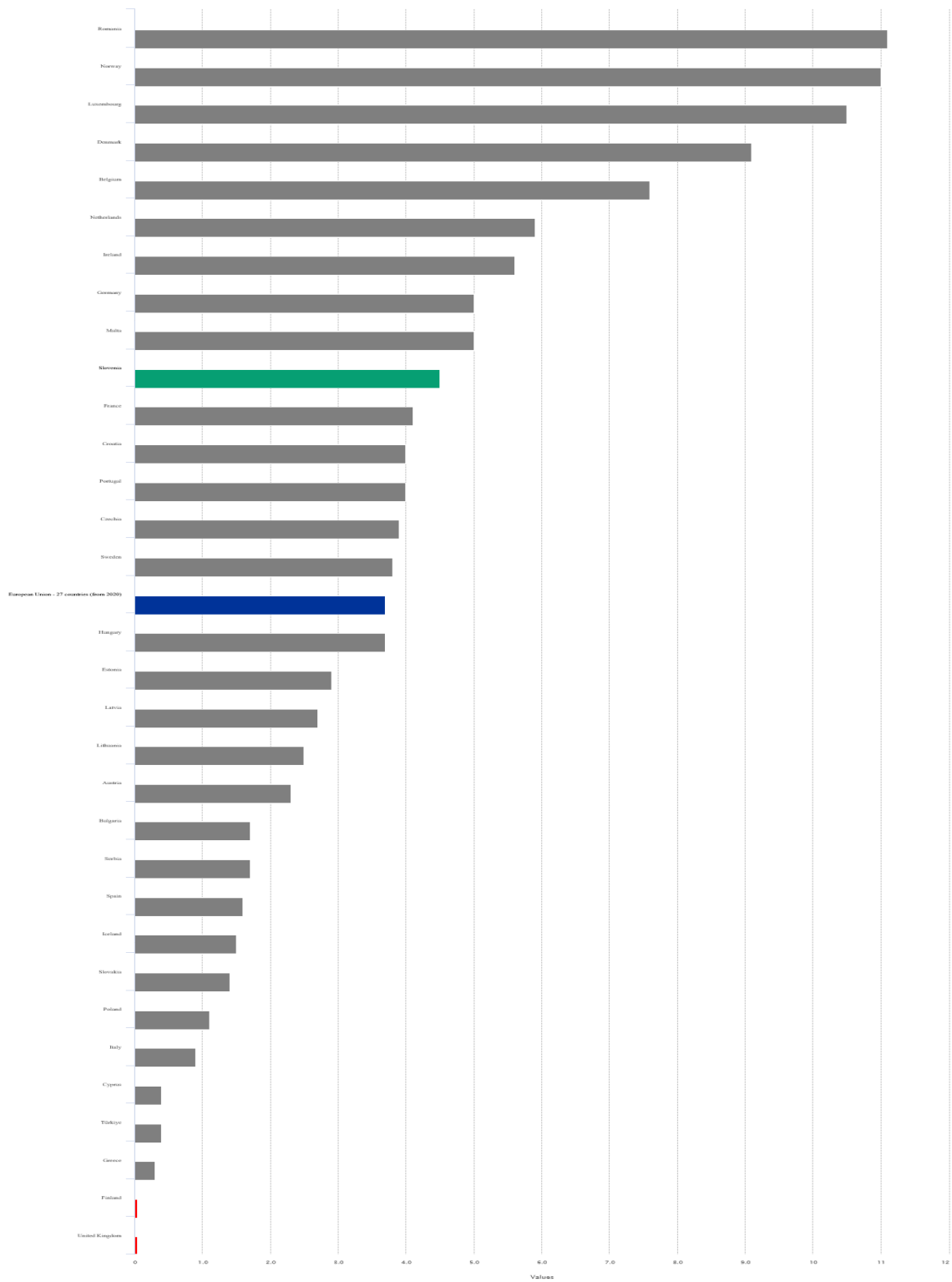
Prekomerno breme obolenosti in umrljivosti je v Sloveniji mogoče povezati tudi s problemom odvisnosti od alkohola. Po podatkih NIJZ je v letu 2019 vsak dan ali skoraj vsak dan alkohol pilo 6,6 % populacije starejše od 15 let. Glede na rezultate, ki jih kažejo tudi tuje raziskave, je pomembno naslavljati duševno zdravje različno glede na različne determinante in socialno ekonomske okoliščine. Kaže se, da imajo moški drugačne težave povezane z duševnim zdravjem kot ženske. Medtem, ko imajo moški na primer pogostejše izražene težave z alkoholom, imajo ženske pogostejše izražene simptome anksioznosti in depresije.

Skoraj polovica (42,8 %) prebivalcev Slovenije, starejših od 15 let, je v letu 2021 visoko tvegano pila (različno pogosto). Tudi pri alkoholu se kažejo razlike po regijah. V letu 2021 je visoko tvegano pil manjši odstotek (do 29 odstotkov) oseb v občinah: Ravne na Koroškem, Muta in Ilirska Bistrica. Večji odstotek (višji od 58 odstotkov) oseb pa je visoko tvegano pil v občinah: Murska Sobota in Cankova, kjer so odstotki višji tudi od slovenskega povprečja, ki je 42,8 %.

Stopnja bolnišničnih obravnav, zaradi bolezni neposredno pripisljivim alkoholu, na 1.000 prebivalcev je v letu 2022 znašala na ravni Slovenije 1,70, kar je manj kot v letu 2015 (2,00).

V primerjavi z drugimi evropskimi državami je Slovenija nad povprečjem evropskih držav, pri čemer velja omeniti, da so podatki na Sliki 15 vezani na pogostost tveganega pitja alkohola vsaj enkrat tedensko.

**Slika 15: Tvegano pitje alkohola v Evropskih državah, vsaj enkrat tedensko**



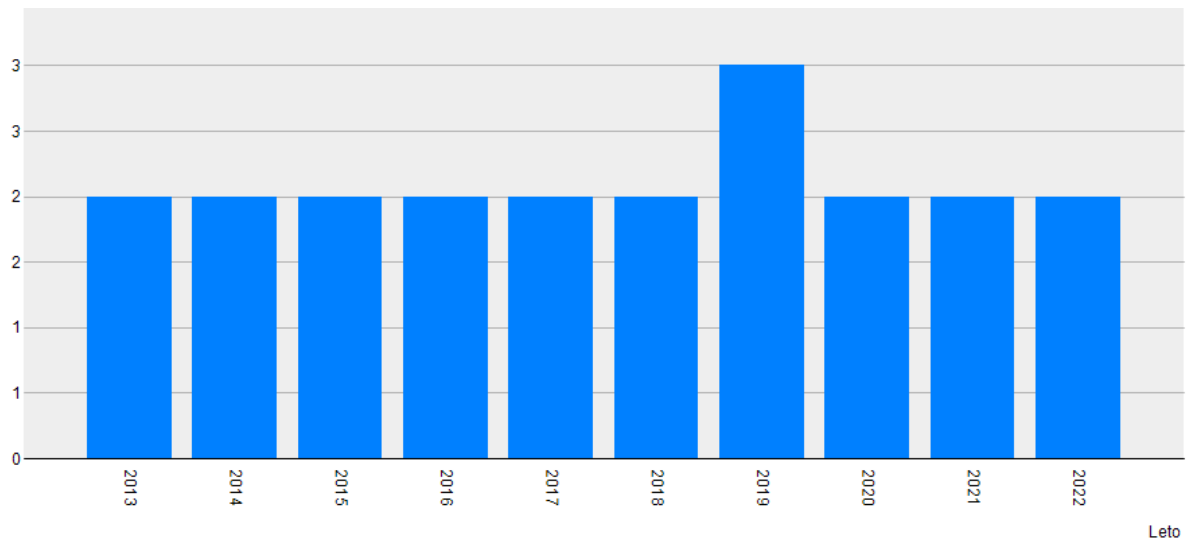
Vir slike: Eurostat (2019)

## Absentizem

Problem na področju duševnega zdravja pa je tudi v absentizmu, ki predstavlja visok strošek zdravstvene blagajne. Absentizem je bolniški stalež zaradi duševnih in vedenjskih motenj, pri čemer žal prezentizma še ni mogoče spremljati.

Trend absentizma zaradi duševnih motenj (število bolniških dni zaradi diagnoze iz poglavja V.) je sicer približno enak v zadnjih več kot 20 letih, vendar je pomembno vedeti, da število izgubljenih delovnih dni zaradi stresnih motenj še vedno strmo narašča in predstavlja največji del obolevnosti na tem področju. Navidezna enakomerna obremenjenost zdravstvenega sistema je posledica krajšanja bolniških staležev zaradi finančnih posledic. Število namreč ostaja stabilno in niha med dvema in tremi osebami na 100 zaposlenih. Pri čemer je na primer v letu 2022 kazalnik znašal 1,36 za moške in 3,34 za ženske, kar kaže na višjo obremenjenost oziroma tveganje pri ženskah.

**Slika 16: Kazalnik bolniškega staleža zaradi Duševne in vedenjske motnje (F00-F99), Število primerov na 100 zaposlenih**



*Vir slike: NIJZ podatkovni portal (2023) [14]*

Poseben problem je pogostost in naraščanje bolniškega staleža zaradi duševnih motenj, posebej stresnih motenj. Bolniški staleži zaradi duševnih motenj so v zadnjih letih naraščali in sicer vse do leta 2020 (ko je bilo povprečno trajanje ene odsotnosti več kot 61 dni). Po letu

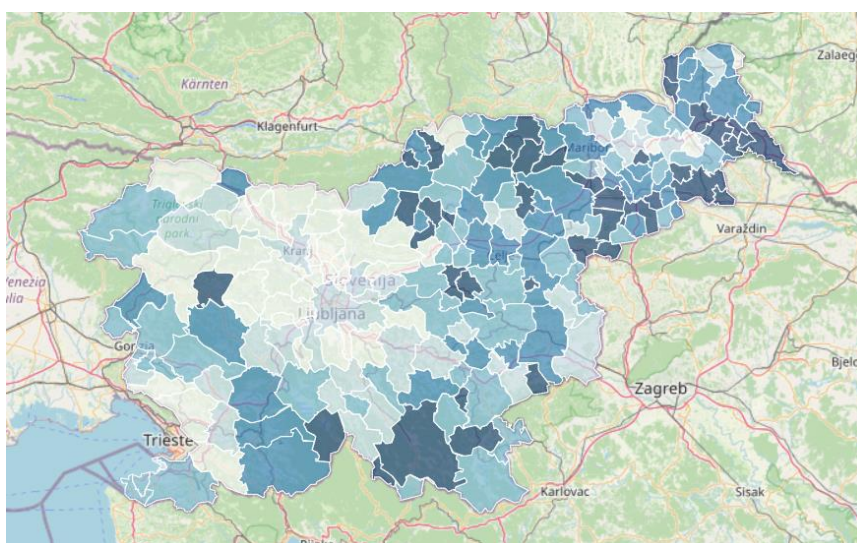
2020 se je povprečno trajanje ene odsotnosti zaradi duševne in vedenjske motnje znižalo in sicer je leta 2022 znašalo 57 dni.

## Predpisovanje zdravil

Poraba zdravil, izražena v odmerkih na 1000 prebivalcev, je bila v letu 2022 najvišja pri predpisanih antidepresivih, ki je znašala pri ženskih 94,4 in je bila tako višja kot pri moških, kjer je bila 42,5. Manjši sta bili porabi anksiolitikov in antipsihotikov. Potrebno je omeniti, da poraba anksiolitikov pada, medtem ko poraba antidepresivov precej strmo narašča, še posebno pri ženskah.

Spodnja slika prikazuje, da je bila na zahodnem delu Slovenije poraba psihiatričnih zdravil manjša kot v vzhodnem delu Slovenije. V letu 2022 je bila najmanjša poraba zdravil na Gorenjskem in najvišja v Zasavju in na Pomurskem. To si lahko razlagamo z razlikami v pogostosti duševnih motenj v različnih regijah, pa tudi z različno dostopnostjo do psihiatričnih obravnav. Pogostost številnih duševnih motenj je večja v vzhodnem delu Slovenije, kjer so slabši tudi drugi kazalniki zdravja, in kjer so ljudje bolj stresno obremenjeni zaradi pogostejše brezposelnosti, revščine in socialne izključenosti. V teh regijah pa je tudi slabša dostopnost do pomoči[13].

**Slika 17: Poraba psihiatričnih zdravil v letu 2022**



Vir slike: NIJZ

# ZAKLJUČEK



---

# ZAKLJUČEK

---

Namen Nacionalnega programa duševnega zdravja duševnega zdravja 2018-2028 je premik obravnav iz sekundarnega in terciarnega nivoja na primarno raven zdravstvenega in socialnega varstva, ter specializiranje sekundarnega in terciarnega nivoja zdravstvenega varstva. Ta premik je mogoč le z natančno analizo potreb po službah za duševno zdravje. Trenuten oris stanja je osnova za načrtovanje, ki ga bomo dopolnili z ocenjevanjem potreb v nadaljevanju. Stanje služb v trenutni situaciji kaže, da je še vedno večina kadrov in sredstev v institucionalnih oblikah obravnave. Dodatna sredstva, ki so bila usmerjena v centre za duševno zdravje, naj bi v prihodnjih letih prinesla zmanjšanje sprejemov v bolnišnice in socialne zavode, vendar verjetno le z vzporedno okrepitevijo rehabilitacijskih služb v gospodarskem in socialnem sektorju. Z vzpostavljanjem enakomerno razporejene mreže centrov po celotni državi se krepijo interdisciplinarno zdravljenje, obravnave in medsektorsko sodelovanje.

Če izhajamo iz izhodišča, da je število psihiatričnih postelj v Sloveniji še ustrezno in da njihovo krčenje še ni možno, je mogoče sklepati, da se v nadaljevanju razvoja služb na primarni ravni predvsem pričakuje, da bodo dosegle več ljudi, ki pomoč potrebujejo, da bodo zaradi lokalne narave svojega dela in poznavanja kulturno-socialnega ter osebnega okolja, v katerem živijo ljudje s težavami v duševnem zdravju, ter z dobro povezanostjo z družinsko medicino zmanjšale urgentne napolitve v bolnišnice, predvsem tiste, ki nastanejo proti volji pacientov in druge posledice institucionalizacij, ki po podatkih lahko posegajo v osnovne človekove pravice pacientov.

# REFERENCE

1. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Mental health performance framework [Spletni vir]. OECD [Citirano 11. 7. 2023] Dostopno na: <https://www.oecd.org/health/OECD-Mental-Health-Performance-Framework-2019.pdf>
2. Ropert N, Vinko M. Izkušnje in stališča do duševnega zdravja ter iskanja strokovne pomoči. Mednarodna konferenca Dvig zdravstvene pismenosti v Sloveniji; 7. 6. 2023.
3. Thornicroft G, Brewin CR, Wing JK. Measuring mental health needs. 1992.
4. Organisation for Economic Co-operation and Development. A New Benchmark for Mental Health Systems. OECD Health Policy Studies. OECD; 2021.
5. *Resolucija o nacionalnem program duševnega zdravja 2018-2028* (ReNPDZ18-28). Uradni list RS, št. 24/18.
6. Nacionalni program duševnega zdravja (MIRA). Centri za duševno zdravje [Spletni vir]. MIRA [Citirano 11. 7. 2023]. Dostopno na; <https://www.zadusevnozdravje.si/kam-po-pomoc/centri-za-dusevno-zdravje/>
7. Kessler R, Stafford D. Primary care is the de facto mental health system Collaborative medicine case studies: Springer; 2008. p. 9–21.; Sorel E, Everett A. Psychiatry and primary care integration: Challenges and opportunities. *International Review of Psychiatry*. 2011;23(1):28–30.
8. Petrič M, Smolej Jež S, Kobal Tomc B. Spremljanje izvajanja socialnovarstvenih programov v letu 2020, končno poročilo. IRSSV. 2021.
9. Nacionalni program duševnega zdravja (MIRA). Mreža virov pomoči [Spletni vir]. MIRA [Citirano 11. 7. 2023]. Dostopno na: <https://www.zadusevnozdravje.si/kam-po-pomoc/mreza-virov-pomoci/>
10. Makivić I, Švab V, Selak Š. Mental Health Needs Assessment During the COVID-19 Pandemic: Consensus Based on Delphi Study. *Frontiers in Public Health*. 2021;9:732539.
11. World Health Organization. Mental Health ATLAS 2017. WHO; 1. 1. 2018.
12. Eurostat. Mental health and related issues statistics [Spletni vir]. Eurostat; 2022 [Citirano: 10. 7. 2023]. Dostopno na: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental\\_health\\_and\\_related\\_issues\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics)

13. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Plan in realizacija po izvajalcih za 1-12/2022 in 12/2022 [Spletni vir]. ZZSZ; 4. 2. 2023 [Citirano 11. 7. 2023]. Dostopno na: [https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene\\_storitve/plan\\_in\\_realizacija/podatki\\_o\\_planu\\_in\\_realizaciji\\_zdrav\\_storitve/seznam\\_datotek#Z7\\_KOL01O011PO860Q\\_NVUM8V00IU0](https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene_storitve/plan_in_realizacija/podatki_o_planu_in_realizaciji_zdrav_storitve/seznam_datotek#Z7_KOL01O011PO860Q_NVUM8V00IU0)
14. Albreht T, Polin K, Pribakovic Brinovec R, Kuhar M, Poldrugovac M, Ogrin Rehberger P, Prevolnik Rupel V, Vracko P. Slovenia: health system review 2021. Health Systems in Transition. 2021;23(1).
15. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Podatkovni portal [Spletni vir]. NIJZ [Citirano 10. 7. 2023]. Dostopno na: <https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/>
16. World Health Association Regional Office for Europe. Looking back, looking forward: Rapid assessment of the mental health system in Slovenia. WHO Regional Office for Europe; 9. 2020.
17. Lassemo E, Myklebust LH, Salazzari D, Kalseth J. Psychiatric readmission rates in a multi-level mental health care system – a descriptive population cohort study. BMC Health Services Research. 2021 Apr 23;21(1).
18. Agency for Healthcare Research and Quality. Management Strategies to Reduce Psychiatric Readmissions [Spletni vir]. Agency for Healthcare Research and Quality; 4. 9. 2014 [Citirano 11. 7. 2023]. Dostopno na: <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products/psychiatric-readmissions/research-protocol>
19. Sfetcu R, Musat S, Haaramo P, Ciutan M, Scintee G, Vladescu C, et al. Overview of post-discharge predictors for psychiatric re-hospitalisations: a systematic review of the literature. BMC Psychiatry. 2017 Jun 24;17(1).
20. World Health Organization. Mental Health ATLAS 2020. WHO; 8. 10. 2021.
21. Šprah L, Dernovšek MZ. Primerjalna raziskava učinkovitosti psihiatričnih bolnišničnih sprejemov s pomočjo metode povezovanja podatkov med velikimi administrativnimi podatkovnimi zbirkami. CEPHOS-LINK; 3. 3017.
22. Iudici A, Girolimetto R, Bacioccola E, Faccio E, Turchi G. Implications of Involuntary Psychiatric Admission: Health, Social, and Clinical Effects on Patients. The Journal of Nervous and Mental Disease. 2022 Apr 1;210(4):290–311.