

Kazalniki za spremljanje reforme na področju duševnega zdravja v skladu z nacionalnim programom duševnega zdravja

Avtorice: redna prof. dr. Vesna Švab, Anja Kragelj, dr. Irena Makivić



ARIS projekt V3-2240

Kazalniki za spremljanje reforme na področju duševnega zdravja v skladu z nacionalnim programom duševnega zdravja

Avtorice: redna prof. dr. Vesna Švab, Anja Kragelj, dr. Irena Makivić

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

Ljubljana, 2024

Elektronska izdaja - spletni naslov: 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 Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije (ARIS) in Ministrstvo za zdravje.

Zaščita dokumenta

© 2024 NIJZ

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 skladno z avtorskoppravno in kazensko zakonodajo.

Kazalo

1.	Rezultati ocene stanja in potreb na področju duševnega zdravja	1
1.1	Stanje služb na področju duševnega zdravja	1
1.2	Ocena potreb	3
2.	Predlagani kazalniki	5
	Priloga: Prednostna področja spremljanja delovanja centrov za duševno zdravje odraslih	7
	Literatura	10

1. Rezultati ocene stanja in potreb na področju duševnega zdravja

Nacionalni program duševnega zdravja stremi k vzpostavitvi čim bolj prilagojene, dostopne in kakovostne obravnave, ki naj bo v največji možni meri skupnostna (1). Skupnostna obravnava na področju duševnega zdravja pomeni, da se oblikuje na podlagi analize potreb populacije in posameznikov v obravnavi, da pri tem upošteva socialno-ekonomski okvir, da je usmerjena v takojšen dostop do pomoči, deluje na interdisciplinarni način, brez prekinitev in se zavezuje k visokemu standardu upoštevanja človekovih pravic, usmerjenosti v okrevanje in vzpostavitvi mrež pomoči v lokalnih skupnostih (2). Slovenija se je zavezala k dostopni, kakovostni, nepretrgani in vključujoči obravnavi ljudi s težavami v duševnem zdravju z Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018 – 2028 (ReNPDZ), katere implementacija je v teku.

Osnova za evalvacijo učinkov reforme služb je pripravljena v sledečem dokumentu.

1.1 Stanje služb na področju duševnega zdravja

V trenutni situaciji kaže, da je še vedno večina kadrov in sredstev v Sloveniji namenjenih institucionalnim oblikam obravnave. Število hospitalizacij v letu 2020 v primerjavi z letom 2011 je sicer pomembno upadlo (kar je posledica zmanjšanja obravnav zaradi epidemije COVID-19) (3), stopnja hospitalizacij na 1.000 prebivalcev od leta 2021 pa zopet kaže na rast (4). Podatki o ponovnih hospitalizacijah v bolnišnice kažejo, da jih je največ v času od enega meseca do enega leta po hospitalizaciji (3, 4).

Od leta 2018 smo vzpostavili 16 centrov za duševno zdravje odraslih s približno 300 zaposlenimi strokovnjaki, ki naj bi odgovorili na zdravstvene potrebe populacije na področju duševnega zdravja na lokalni ravni.

Dodatna sredstva, ki so bila usmerjena v centre za duševno zdravje, naj bi v prihodnjih letih prinesla zmanjšanje sprejemov v bolnišnice in socialne zavode ter skrajšala hospitalizacije, vendar verjetno le z vzporedno okrepitvijo rehabilitacijskih služb v gospodarskem in socialnem sektorju. Z vzpostavljanjem enakomerno razporejene mreže centrov in ob morebitni prihodnji krepitvi rehabilitacijskih služb ter boljši povezanosti po celotni državi, naj bi se krepilo interdisciplinarno obrnavo ter medsektorsko sodelovanje, s čimer naj bi dosegli cilje Nacionalnega programa duševnega zdravja, zmanjšali hospitalizacije,

institucionalizacije in izboljšali dostop do zdravljenja ter rehabilitacije, vse s ciljem, da bi zaščitili pravice do dostopne, kakovostne in vsestranske obravnave (1).

Iz neformalnih osebnih pogovorov s predstavniki socialnovarstvenih programov, svojci in uporabniki, ocenjujemo, da so rehabilitacijske službe na področju duševnega zdravja slabo financirane glede izvajanja programov. Iz vseh programov poročajo o pomanjkljivem dostopu do brezplačne psihoterapevtske obravnave. Programi zaposlitvene rehabilitacije predvsem za težko zaposljive osebe so nezadostni. V socialnovarstvenih programih je težava pomanjkanje kadra (in tudi neurejen plačni sistem), kar se vidi že skozi (pre)velik odstotek prostovoljnega dela.

Izpostavlja se problem razlik v dostopnosti, saj nekatera okolja nimajo programov ali so zaradi oddaljenosti in pomanjkljivega javnega prevoza nedosegljivi.



Slika 1. Dostopnost programov duševnega zdravja po Sloveniji¹: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo (IRSSV)² (5).

¹ Pri programih telefonskega svetovanja so navedene fizične lokacije izvajanja programa (5).

² S strani Inštituta Republike Slovenije za socialno varstvo pridobljeno dovoljenje za objavo zemljevida (Slika 1. Dostopnost programov duševnega zdravja po Sloveniji).

Pomanjkanje socialnovarstvenih programov je na primer prisotno v Gorenjski, Notranjsko-kraški, Jugovzhodni in Spodnjeposavski regiji, kjer je otežen dostop do stanovanjskih skupin, dnevni centrov in informacijsko svetovalnih pisarn. Enako poročajo tudi strokovnjaki iz centrov za duševno zdravje, ki tam delujejo.

Ocena stanja posebej opozarja na visok količnik samomora pri starostnikih, na absentizem zaradi težav v duševnem zdravju, posebej zaradi stresnih motenj (6), in na visoko umrljivost zaradi alkohola pripisljivih vzrokov, ki je v Sloveniji nad povprečjem držav Evropske unije (4).

1.2 Ocena potreb

Rezultati širokega posveta, ki smo ga opravili v obliki Delfske raziskave (7) s predstavniki strokovnjakov, odločevalcev in uporabnikov, so pokazali, da se te skupine večinoma strinjajo glede potreb na različnih področjih v povezavi s povečevanjem obsega storitev na primarni ravni zdravstvenega in socialnega varstva ob implementaciji ReNPDZ.

Izpostavljamo nekaj področij, pri katerih so sodelujoči v raziskavi predlagali spremembe in jih je potrebno vključiti v evalvacijo dela:

1. Izboljšati je treba kompetence kadrov na področju skrbi in zdravljenja ljudi z duševnimi težavami.
2. Potrebno je okrepiti in povečati dostopnost služb – tudi rehabilitacijskih služb na področju duševnega zdravja, posebej zaposlitvene rehabilitacije in zlasti pri nekaterih ranljivih skupinah.
3. Zagotoviti je treba sodelovanje med strokovnjaki, medsektorsko povezanost in zagotoviti večjo interdisciplinarnost dela.
4. Poenotenje dela med strokovnjaki glede na smernice, protokole in poti uporabnika.
5. Obravnava, ki je osredotočena na pacienta in usmeritev tudi k svojcem.
6. Potrebno je okrepiti programe zastopništva in zagovorništva ter okrepiti vpliv uporabnikov v vseh službah za duševno zdravje.
7. Zagotoviti dokazano učinkovite prakse in strokovno izmenjavo med centri odličnosti v tujini.
8. Potrebno je okrepiti izobraževalne procese v smeri destigmatizacije, profesionalizacije in demedikalizacije na področju duševnega zdravja.

9. Zagotoviti je treba nepretrgano evalvacijo vseh služb na področju duševnega zdravja, njihove kakovosti in dostopnosti.

10. Načrtovanje razvoja storitev in širitev mreže skladno s potrebami.

Pripombe je mogoče strniti kot vztrajanje slabe dostopnosti do strokovnjakov, težav v medsektorski in multidisciplinarni povezanosti, administrativnih ovirah zaradi pomanjkanja digitalnih rešitev, pomanjkljivi evalvaciji in v pomanjkanju razvoja in nadgradnje rehabilitacijskih ter programov nastanitve v skupnosti, ter vrstniške pomoči. Udeleženci opozarjajo na redukcionistične pristope in pomanjkanje interdisciplinarnosti. Opozorjeno je bilo na pomanjkanje služb za obravnavo avtizma in za starejše. Rešitve so udeleženci videli v izobraževanju, transparentni in s primerljivimi programi v tujini povezani evalvaciji ter okrepitvi vpliva uporabnikov v vseh službah na področju duševnega zdravja. Omenjena je bila tudi potreba po destigmatizaciji in ozaveščanju splošne javnosti o vsebinah s področja duševnega zdravja, tudi okrepitev preventivnih dejavnosti.

2. Predlagani kazalniki

V skladu z oceno stanja in potreb predlagamo naslednje kazalnike uspešnosti reforme služb na področju duševnega zdravja, ki so predstavljene v Tabeli 1.

Tabela 1. Kazalniki za spremljanje reforme na področju duševnega zdravja v skladu z nacionalnim programom duševnega zdravja.

KAZALNIK 1	Ocenjevanje stigme in posebej diskriminacije kot ene od njenih komponent (uporaba the Discrimination and Stigma Scale (DISC) (8)) v zdravstvenih in socialnih službah ob implementaciji obveznega izobraževanja o pravicah ljudi z invalidnostjo.
KAZALNIK 2	Spremljanje števila in vsebine izobraževanj za strokovne delavce v službah za duševno zdravje, posebej tudi vključenosti uporabnikov v izobraževalne procese.
KAZALNIK 3	Spremljanje števila vključenih v programe ocene delazmožnosti in zaposlitvene rehabilitacije v invalidskih in socialnih podjetjih ter spremljanje števila vključenih invalidov s težavami v duševnem zdravju v zaposlitev.
KAZALNIK 4	Spremljanje števila interdisciplinarnih timov z načrti obravnave, ki so sprejeti s participacijo uporabnikov v centrih za socialno delo, centrih za duševno zdravje in v socialnovarstvenih programih.
KAZALNIK 5	Spremljanje števila programov zastopništva, samozastopništva, zagovorništva, samozagovorništva in samopomoči (skupine za samopomoč).

KAZALNIK 6	Spremljanje števila vključenosti uporabnikov v organih odločanja v zdravstvenih in socialnih službah ter v izobraževalnih in drugih programih, ki jih organizirajo na področju duševnega zdravja nacionalne agencije.
KAZALNIK 7	Poročila o izmenjavi dobrih praks iz tujine.
KAZALNIK 8	<p>Delovanje vseh služb na področju duševnega zdravja glede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hospitalizacij, ponovnih hospitalizacij in hospitalizacij proti volji pacientov; - izkušenj pacientov z obravnavo (z uporabo Patient-reported experience measures (PREMs) in INSPIRE (podpora osebja pri okrevanju (9))); - upoštevanje potreb uporabnikov v obravnavi (the Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS) (10)).
KAZALNIK 9	Čakalne dobe v službah za duševno zdravje: v centrih za duševno zdravje odraslih, psihiatričnih in klinično-psiholoških ter psiholoških ambulantah, programih ocene delazmožnosti, pri koordinatorjih obravnave na centrih za socialno delo ter v dnevnih centrih, stanovanjskih skupinah in glede sprejemov v socialne zavode.

Priloga: Prednostna področja spremljanja delovanja centrov za duševno zdravje odraslih (CDZO)

Kategorije in področja evalvacije

V prvi kategoriji so področja, ki so vezana na **strukturne in procesne cilje** (model delovanja CDZO), ter **sistemske cilje** vzpostavljanja CDZO. Z njimi želimo oceniti dejansko delovanje centrov v skladu s postavljenim modelom in hkrati prepoznati področja, kjer so možne izboljšave, prilagoditve in morebitna nadgradnja modela. V drugi so področja vezana na zelene **rezultate**, ki jih želimo doseči z vzpostavitvijo CDZO (gre za učinke na kakovost in dostopnost storitev s področja duševnega zdravja, torej na ravni pacientov). V zadnji kategoriji so kazalniki duševnega zdravja na **populacijski ravni**. Znotraj teh se odraža tudi kakovost delovanja na novo vzpostavljenih struktur. Naš dolgoročni cilj je izboljšanje duševnega zdravja na populacijski ravni, vendar ta kategorija ni zajeta v evalvacijo delovanja CDZO.

Kazalniki kakovosti delovanja CDZO

Predvideni kazalniki kakovosti, ki so prikazani v Tabeli 1, so razvrščeni glede na Donabedianovo triado oziroma treh pristopov k evalvaciji kakovosti oskrbe: proučevanje izidov, procesov oskrbe in okolja, v katerem se oskrba dogaja – to pomeni strukturnih dejavnikov (11). Vsebinsko kazalniki zajemajo temeljne razsežnosti kakovosti oskrbe, in sicer uspešnost, varnost in osredotočenost na pacienta (12).

Tabela 1: Kazalniki kakovosti v okviru spremljanja CDZO, razvrščeni glede na Donabedianovo triado: struktura, proces in izid.

STRUKTURA

KAZALNIK 1	Spremljanje kadrovske zasedbe oziroma nastajajočih timov in njihovo popolnjevanje (trenutna kadrovska zasedba v primerjavi s polnim timom).
KAZALNIK 2	Izobraževanje kadra in evidentiranje udeležbe strokovnih delavcev.
KAZALNIK 3	Enoten model delovanja CDZO oziroma poenotene metode dela v skladu z navodili.
KAZALNIK 4	Obseg dela in spremljanje pretočnosti - spremljanje števila triaž in prvih obravnav, število vseh obravnavanih pacientov.
KAZALNIK 5	Spremljanje števila obravnav po poklicnih skupinah.

PROCES

KAZALNIK 6	Spremljanje odzivnega časa oziroma časa med postopkom usmerjanja in prvo obravnavo pacienta v CDZO s strani strokovnjaka.
KAZALNIK 7	Spremljanje starostne strukture obravnavanih zaradi prilagoditve metod dela – delež pod 29 let in nad 65 let.
KAZALNIK 8	Interdisciplinarno delo tima oziroma spremljanje sodelovanja z zunanjimi izvajalci.
KAZALNIK 9	Spremljanje števila timskih posvetov z zaključenim načrtom obravnave.
KAZALNIK 10	Spremljanje vključenosti uporabnikov v organizacijo procesov dela in načrtovanje obravnave.

KAZALNIK 11 Spremljanje izkušenj pacientov in s tem osredotočenosti na pacienta oziroma kakovosti obravnave z uporabo Patient-reported experience measures (PREMs) in INSPIRE (podpora osebja pri okrevanju (9)).

KAZALNIK 12 Poročanje o številu in obravnavi incidentov.

IZID

KAZALNIK 13 Spremljanje kliničnega dela in preverjanje izboljševanja kakovosti z uporabo PROMS (Patient-reported outcome measures).

KAZALNIK 14 Spremljanje prepoznanih potreb pacientov (the Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS) (10)) in s tem spremljanje kakovosti dela centrov.

KAZALNIK 15 Merjenje parametrov metabolnega sindroma.

Klinični izidi – klinična ocena anksioznosti (Beck Anxiety Inventory (BAI) (13)), depresivnosti (Beck Depression Inventory (BAI) (14)) in število uporabnikov (odvisnih od psihoaktivnih substanc), ki abstininirajo.

KAZALNIK 16 Spremljanje hospitalizacij, rehospitalizacij in absentizma.

Literatura

1. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018 – 2028. Uradni list RS, št. 24/2018. Pridobljeno 20. 12. 2021 na spletnem naslovu: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2018-01-1046?sop=2018-01-1046>
2. Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*. 2016;15(3):276-286. doi: 10.1002/wps.20349.
3. Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). Zbirka bolnišničnih obravnav (hospitalizacij) zaradi bolezni. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2022.
4. Mikolič P, Vinko M, Magajna T, Makivić I, Furman L. Duševno zdravje: od vzrokov do posledic. Okvir spremljanja javnega duševnega zdravja. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023. Pridobljeno 26. 3. 2024 na spletnem naslovu: https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/12/publikacija_kazalniki_dusevnega_zdravja_splet.pdf
5. Kovač N, Smolej Jež S. Spremljanje izvajanja Socialnovarstvenih programov v letu 2022, končno poročilo. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo, 2023. Pridobljeno 29. 2. 2024 na spletnem naslovu: https://irssv.si/wp-content/uploads/2023/12/SVP_koncno_porocilo_31.5.2023_V2.pdf
6. Švab V, Makivić I. Ocena stanja na področju storitev za duševno zdravje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023. Pridobljeno 1. 3. 2024 na spletnem naslovu: <https://nijz.si/wp-content/uploads/2024/02/Ocena-stanja-na-podrocju-storitev-za-dusevno-zdravje.pdf>
7. Makivić I, Kragelj A, Švab V. Poročilo o izvedbi delfske raziskave: Prednosti, pomanjkljivosti in možnosti za premagovanje ovir pri spreminjanju obsega in vrst storitev s področja duševnega zdravja na ravni zdravstvenega in socialnega varstva. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2024. Pridobljeno 25. 3. 2024 na spletnem naslovu: <https://nijz.si/publikacije/porocilo-o-izvedbi-delfske-raziskave/>
8. Brohan E, Clement S, Rose D, Sartorius N, Slade M, Thornicroft G. Development and psychometric evaluation of the Discrimination and Stigma Scale (DISC). *Psychiatry Res*. 2013;208(1):33-40. doi: 10.1016/j.psychres.2013.03.007.

9. Williams J, Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Norton S, Pesola F, Slade M. Development and evaluation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50(5):777-86. doi: 10.1007/s00127-014-0983-0.
10. Slade M, Thornicroft G. *Camberwell Assessment of Need*, 2nd edition. Cambridge: Cambridge University Press, 2020.
11. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q.* 2005;83(4):691-729. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.
12. Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W, editors. *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2019. Pridobljeno 19. 3. 2024 na spletnem naslovu: https://www.researchgate.net/publication/336073737_Improving_healthcare_quality_in_Europe_Characteristics_effectiveness_and_implementation_of_different_strategies
13. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(6):893-7. doi: 10.1037//0022-006x.56.6.893.
14. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review.* 1988; 8(1):77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)