

POROČILO O IZVEDBI DELSKE RAZISKAVE

Prednosti, pomanjkljivosti in možnosti za premagovanje ovir pri spreminjanju
obsega in vrst storitev s področja duševnega zdravja na ravni zdravstvenega in
socialnega varstva

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



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE



ARIS projekt V3-2240

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

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

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 zdrave odraslih na primarni ravni (V3-2240), ki ga financirata ARIS – Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije in Ministrstvo za zdravje.

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

COBISS.SI-ID 189771267

ISBN 978-961-7211-30-6 (PDF)

Zaščita dokumenta

© 2024 NIJZ

Vse pravice pridržane. Reprodukija po delih ali v celoti na kakršenkoli način in v kateremkoli mediju ni dovoljena brez pisnega dovoljenja avtorjev. Kršitve se sankcionirajo skladno z avtorskopravno in kazensko zakonodajo.

KAZALO

1. UVOD	1
2. METODOLOGIJA	1
3. REZULTATI	3
3.1 Prvi krog	3
3.2 Drugi krog	4
3.3 Tretji krog	6
4. RAZPRAVA	7
5. ZAKLJUČEK	9
VIRI	10
PRILOGA	11

1. UVOD

Kot del izvajanja projekta Analiza učinkov krepitev storitev za duševno zdravje odraslih na primarni ravni (V3-2240) je bila v okviru drugega delovnega svežnja (»Možnosti umestitve storitev na primarno raven«) izvedena Delfska raziskava, katere **namen** je bil poiskati konsenz glede prednosti in pomanjkljivosti spreminjanja obsega in vrst storitev s področja duševnega zdravja na ravni zdravstvenega in socialnega varstva ter prepoznati tudi možne ovire oziroma podporne dejavnike pri njihovi implementaciji.

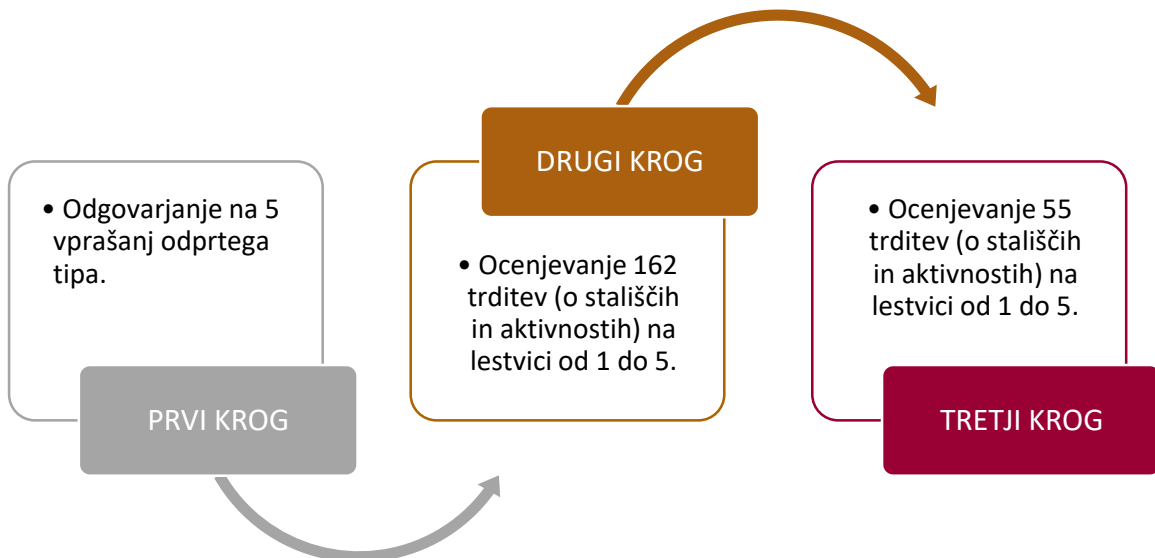
Za doseganje tega namena sta bila **cilja** raziskovanja sledeča:

- Relevantni deležniki oziroma sodelujoči v raziskavi na podlagi svojih izkušenj glede delovanja sistema služb za duševno zdravje izrazijo svoja stališča o temi, ki se jo proučuje.
- Doseganje konsenza o izraženih stališčih preko ocenjene stopnje strinjanja glede posameznih trditev.

V raziskovanje so bili vključeni vsi predstavniki relevantnih deležnikov: odločevalcev, strokovnjakov ter uporabnikov storitev in njihovih svojcev, torej tistih, ki službe uporabljajo.

2. METODOLOGIJA

Raziskava je potekala v treh fazah oziroma so bili izvedeni trije krogi zbiranja in obdelave podatkov. Faze so predstavljene na Sliki 1.



Slika 1. Prikaz treh faz raziskave (prvi krog, drugi krog in tretji krog) z metodami zbiranja podatkov.

V prvem krogu smo deležnikom posredovali vprašalnik in jih prosili, naj odgovorijo na pet vprašanj odprtega tipa. Vprašanja, ki smo jih zastavili, so se nanašala na prepoznane prednosti, pomanjkljivosti, ovire in možnosti za njihovo premagovanje ob spremembi v delovanju služb na področju duševnega zdravja ob implementaciji Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja (2018 – 2028) (1), ki jih različni deležniki zaznavajo na področju duševnega zdravja:

1. Katere so po vašem mnenju **prednosti** dejanskega in nameravanega povečevanja obsega storitev na primarni ravni zdravstvenega in socialnega varstva, ki jih opažate v zadnjih letih zaradi implementacije Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja (centri za duševno zdravje, dodatni programi izobraževanja, rehabilitacijske storitve, ipd.)?
2. Katere so po vašem mnenju **pomanjkljivosti** povečevanja obsega storitev na primarni ravni zdravstvenega in socialnega varstva, ki jih opažate v zadnjih letih zaradi implementacije Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja?
3. Kaj menite, **katere storitve** s področja duševnega zdravja **bi še potrebovali** bodisi znotraj zdravstvenega bodisi socialnega varstva?
4. Katere so po vašem mnenju **glavne ovire**, ki bi preprečevale nadaljnjo širjenje storitev s področja duševnega zdravja na primarni ravni zdravstvenega in socialnega varstva?
5. Katere bi bile po vašem mnenju **možnosti za premagovanje ovir**, ki bi preprečevale nadaljnjo širjenje storitev s področja duševnega zdravja na primarno raven zdravstvenega in socialnega varstva?

Vse odgovore sta pregledala dva strokovnjaka neodvisno. Prejeti odgovori so bili kodirani. Po kategorizaciji v stališča (oziroma aktivnosti), pa je celoto pregledal še tretji raziskovalec. Skupaj so se vsi raziskovalci sestali z namenom, da pripravijo prečiščeno verzijo stališč, podanih v obliki trditev. Stališča so bila združena v tematske sklope.

Namen drugega kroga je bil doseči konsenz glede pomembnosti posameznih stališč. Sodelujoči so prejeli vprašalnik in vsako posamezno trditev ocenili skladno s sledečo lestvico:

- 1 - se popolnoma ne strinjam,
- 2 - se ne strinjam,
- 3 - niti se strinjam niti se ne strinjam,
- 4 - se strinjam,
- 5 - se zelo strinjam.

Glede stopnje konsenza obstajajo različne teorije, bistveno pa je, da dosega stopnjo od 50 – 97 odstotkov (2). V tej raziskavi smo za mejno vrednost, pri kateri je raven konsenza o tem, da je stališče pomembno ali

zelo pomembno, dosežena, določili vrednost 65 odstotkov, in sicer zaradi zelo različnih sodelujočih v raziskavi, ki so sistem opazovali iz različnih zornih kotov (uporabniki, strokovnjaki, odločevalci).

V tretjem krogu so bila v ponovno ocenjevanje poslana stališča, ki v predhodnem krogu še niso dosegla konsenza o stopnji pomembnosti. Sodelujoči so prejeli svojo oceno posamezne trditve iz drugega kroga, najpogostejšo oceno celotne sodelujoče skupine (modus) in imel možnost, da stališče ponovno ocenijo – bodisi z enako, bodisi z drugačno oceno.

Ocene trditve iz drugega in tretjega kroga so bile kvantitativno analizirane z oceno najpogostejše vrednosti trditve (modus) in odstotkom stališč ocenjenih z oceno 4 in/ali 5, kjer 4 pomeni, da se s stališčem sodelujoči strinjajo in 5, da se s stališčem zelo strinjajo.

3. REZULTATI

3.1 PRVI KROG

Na poslana vprašanja so se v prvem krogu Delfske raziskave s svojimi odgovori odzvali:

- predstavnik uporabnikov (1 odgovor),
- predstavnik svojcev (1 odgovor),
- predstavniki Zveze organizacij pacientov Slovenije (6 odgovorov: 4 nevladne organizacije in 2 strokovnjaka),
- predstavnik Skupnosti centrov za socialno delo Slovenije (1 odgovor),
- predstavnik psihiatrične bolnišnice (1 odgovor),
- predstavniki vseh strokovnih profilov zaposlenih v centrih za duševno zdravje odraslih (CDZO) (6 odgovorov),
- predstavnik specialistov družinske medicine (1 odgovor),
- zastopnik pacientovih pravic (1 odgovor),
- predstavniki Socialne zbornice Slovenije (4 odgovori),
- predstavnik Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije (1 odgovor),
- predstavnik Ministrstva za zdravje (1 odgovor),
- predstavnik Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (1 odgovor),
- predstavnik Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (1 odgovor),
- predstavnika Nacionalnega inštituta za javno zdravje (2 odgovora).

Skupno smo torej prejeli 28 odgovorov, pokrili pa smo celostno tako področje zdravstvenega kot tudi socialnega varstva.

Z odgovori na vprašanja so v prvem krogu sodelovale vse vabljenе organizacije (stopnja odziva 100%) ali predstavniki posameznih strok oziroma skupin deležnikov. V prvi krog Delfske raziskave smo k sodelovanju povabili skupno 20 oseb ali organizacij s prošnjo po določitvi njihovih predstavnikov. 4 osebe se na prošnjo k sodelovanju niso odzvale ali pa so zavrnilе sodelovanje zaradi pomanjkanja izkušenj. Te osebe smo nadomestili z naknadno vabljenimi predstavniki iste stroke oziroma organizacije, saj smo želeli zagotoviti zastopnost in vključenost vseh pomembnih deležnikov. V imenu nekaterih organizacij je sodelovalo več predstavnikov, nekateri odgovori pa so bili s strani predstavnikov organizacij pripravljeni tako, da je pri enotnem odgovoru sodelovalo več oseb.

S kvalitativno analizo odgovorov je bilo prepoznanih 162 stališč znotraj treh sklopov: prednosti (29 stališč), pomanjkljivosti in ovire (54 stališč) ter potrebe in koraki za premagovanje pomanjkljivosti in ovir (79 stališč).

3.2 DRUGI KROG

V drugem krogu je bila stopnja odziva 57,1 odstotna, odzvalo se je 16 predstavnikov različnih deležnikov, ki so ocenili 162 trditev glede na njihovo pomembnost:

- predstavnik uporabnikov (1 odgovor),
- predstavnik svojcev (1 odgovor),
- predstavnik Skupnosti centrov za socialno delo Slovenije (1 odgovor),
- predstavnik psihiatrične bolnišnice (1 odgovor),
- predstavniki strokovnih profilov zaposlenih v centrih za duševno zdravje odraslih (CDZO) (3 odgovori),
- predstavnik specialistov družinske medicine (1 odgovor),
- zastopnik pacientovih pravic (1 odgovor),
- predstavnika Socialne zbornice Slovenije (2 odgovora),
- predstavnik Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije (1 odgovor),
- predstavnik Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (1 odgovor),
- predstavnik Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (1 odgovor),
- predstavnika Nacionalnega inštituta za javno zdravje (2 odgovora).

Rezultati drugega kroga so predstavljeni glede na raven doseženega konsenza o tem, da je stališče pomembno ali zelo pomembno – v vseh primerih, kjer je bila stopnja konsenza enaka ali višja od 65 odstotkov, je bila najpogostejša vrednost (modus) 4 ali 5.

V drugem krogu 55 stališč ni doseglo meje 65 odstotne stopnje konsenza. Največ trditev je doseglo konsenz med sodelujočimi na področju »potrebe in koraki za premagovanje pomanjkljivosti in ovir« (92 %), najmanj na področju »pomanjkljivosti in ovire« (26 %).

Trditve (znotraj dveh področij), ki jih navajamo v nadaljevanju, so dosegle popolno (100 odstotno) strinjanje o visoki (ocena 5) pomembnosti.

Na področje **prednosti**:

- Obravnava na domu, ki je za osebe s težavami v duševnem zdravju primernejša.

Področje **potreb** in korakov za premagovanje pomanjkljivosti in ovir:

- Okrepiti dostopnost do pomoči za vse.
- Izboljšanje multidisciplinarnih pristopov.
- Prenos kompetenc na različen kader, ki dela na področju duševnega zdravja.
- Potrebno bi bilo poenotiti delo med različnimi strokovnjaki (protokoli za vodenje najpogostejših duševnih motenj).
- Še boljše povezovanje zdravstvenega sistema z drugimi sistemi za bolj celostne pristope (sociala, šolstvo, pravosodje).
- Pripraviti programe, ki spodbujajo krepitev moči in vpliva (opolnomočenje) oseb s težavami v duševnemu zdravju.
- Jasno opredeljeni kriteriji kredibilne pomoči (določiti smernice in poti pacienta).
- Obravnava mora biti osredotočena na pacienta.
- Premišljeno načrtovanje razvoja storitev in širitev mreže pomoči.
- Redna in kontinuirana destigmatizacija duševnega zdravja preko različnih kanalov.
- Pomembno je zastopanje pravic uporabnikov do kakovostne, kontinuirane, varne, učinkovite ter dostopne pomoči.
- Okrepiti programe za rehabilitacijo in na področju zaposlovanja.
- Pripraviti mrežo služb glede na potrebe in jo ustrezno financirati.
- Prestrukturiranje iz manj učinkovitih v dokazano učinkovite programe.
- Redna evalvacija stanja, odprava pomanjkljivosti in širitev dobrih praks na vseh nivojih.

Na področju **pomanjkljivosti in ovir** kar 74 % trditev ni doseglo konsenza. Kljub temu so konsenz višji od 80 % dosegla stališča:

- Potrebno je poenotiti delo v vseh CDZO.
- Pomanjkanje nekaterih kadrov na zdravstvenem in socialnem nivoju.
- Ni celostne ocene potreb po mreži in posledično so določene regije podhranjene iz vidika programov in storitev.

- Pomanjkanje ustrezne evalvacije delovanja.

Vsa stališča, ki so dosegla vsaj 65 odstotni konsenz (na vseh treh omenjenih področjih), so prikazana v prilogi.

3. 3 TRETJI KROG

V okviru tretjega kroga smo 55 stališč, ki še niso dosegla konsenza o stopnji pomembnosti v predhodnem krogu (torej stališča ocenjena z oceno 4 in/ali 5, kjer 4 pomeni, da se s stališčem sodelujoči strinjajo in 5, da se s stališčem zelo strinjajo), poslali v ponovno ocenjevanje.

V tretjem krogu je bila stopnja odziva 87,5 odstotna, odzvalo se je 14 predstavnikov različnih deležnikov (od 16 vabljenih, ki so sodelovali tudi v obeh predhodnih krogih):

- predstavnik uporabnikov (1 odgovor),
- predstavnik svojcev (1 odgovor),
- predstavnik Skupnosti centrov za socialno delo Slovenije (1 odgovor),
- predstavnik psihiatrične bolnišnice (1 odgovor),
- predstavniki strokovnih profilov zaposlenih v centrih za duševno zdravje odraslih (CDZO) (3 odgovori),
- predstavnik specialistov družinske medicine (1 odgovor),
- predstavnika Socialne zbornice Slovenije (2 odgovora),
- predstavnik Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije (1 odgovor),
- predstavnik Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (1 odgovor),
- predstavnika Nacionalnega inštituta za javno zdravje (2 odgovora).

65 % konsenz je bil dosežen še pri 9 stališčih od 55 poslanih v ocenjevanje (16,3 %). Najpogostejša vrednost (modus) je bila v teh primerih 4 ali 5.

Področje **prednosti**:

- Krepitev lokalne povezanosti in s tem možnosti zaznavanja in odzivanja služb na potrebe populacije.
- Več interdisciplinarnega sodelovanja med različnimi službami v zdravstvenem sektorju za primer komorbidnosti (CDZO in zdravnik družinske medicine).
- Postopno prestrukturiranje psihiatričnih bolnišnic.
- Hkrati s prisotnostjo CDZO v lokalnem okolju krepimo zavedanje pomena duševnega zdravja tudi med drugim zdravstvenim in ostalim osebjem v javnih službah.

Področje **potreb** in korakov za premagovanje pomanjkljivosti in ovir:

- Ustanoviti službe za zagovorništvo in zastopništvo v vsaki regiji.
- Povečati obseg storitev v CDZO (z delovno terapijo v ambulantni obravnavi).

Področje **pomanjkljivosti in ovir**:

- Neustrezno naslovljene administrativne obremenitve zaposlenih.
- Pomanjkanje celovitih programov za zdravljenje odvisnosti (naslavljanje odvisnosti celovito in celostno).
- Še vedno prisotna stigma, pozno iskanje pomoči in neaktivno vključevanje v zdravljenje na strani uporabnikov.

Od naštetih so vsa stališča dosegla vsaj 70% konsenz. 46 trditev, ki tudi v tem krogu niso dosegle 65 % konsenza, smo izločili.

4. RAZPRAVA

S širokim Delfskim posvetom smo ob pomanjkanju drugega raziskovanja na tem področju skušali opredeliti katere so poglobitve prednosti, pomanjkljivosti in ovire pri doseganju ciljev Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja v obdobju od 2018 do 2024. Nekatere izmed njih povzemamo v nadaljevanju, vse trditve, ki so med sodelujočimi dosegle konsenz s stopnjo doseženega konsenza, pa so dostopne v prilogi.

Prva izmed opredeljenih prednosti je obravnava na domu, ki se je okrepila z ustanavljanjem CDZO. Trditve glede boljših možnosti obravnave na domu, ki je za osebe s težavami v duševnem zdravju primernejša, je dosegla že v drugem krogu izvajanja raziskave 100 % konsenz. Izpostavljena je bila tudi boljše in hitrejše dostopnost do storitev zdravstvenih služb, kar je glede na to, da se je do danes ustanovilo 16 CDZO z bogato kadrovske zasedbo, pričakovan rezultat. Videti je, da so CDZO prispevali tudi k vtisu boljše lokalne povezanosti in večje osveščenosti na področju duševnega zdravja.

Kljub prepoznanim prednostim deležniki opažajo nekatere pomanjkljivosti in ovire, ki bi lahko vplivale na nadaljnjo širjenje storitev s področja duševnega zdravja na primarni ravni zdravstvenega in socialnega varstva. Očitno je, da novoustanovljeni CDZO ne delujejo na enak način ter da v mnogih primerih in na več načinov prilagajajo svoje delo prej osebju poznanim oblikam obravnave, kot so ambulantne ali bolnišnične službe. Potreba po zavzetemu sledenju smernicam obravnave v skupnostnih službah je pomembna. Zato predlagamo, da se v evalvacijo CDZO, pa tudi drugih služb, ki služijo zdravljenju in okrevanju po duševnih motnjah, vključi tudi kriterij zvestobe sledenja protokolom dela (3). Deležniki so med pomanjkljivosti uvrstili namreč tudi počasen proces implementacije sprememb na področju služb in storitev ter

pomanjkanje evalvacije njihovega delovanja. Sodelujoči prepoznajo nejasno določene pristojnosti prav tako med različnimi službami na različnih nivojih in v različnih sektorjih. Razlike med delovanjem služb se ne kažejo le na posamičnih področjih delovanja, pač pa se pojavljajo tudi regionalne razlike v dostopu do pomoči, ki je po mnenju avtorjev tega poročila eno izmed poglavitnih meril za evalvacijo reforme.

Večji primanjkljaji se kažejo tudi na področjih zdravljenja odvisnosti (posebej od alkohola) in na področju avtizma, kar je potrebno nasloviti s specifičnimi izobraževalnimi programi, ki so dostopni vsem strokovnjakom, ki delujejo v sistemu in vključujejo tudi uporabnike sistema (4, 5).

V celotnem sistemu je potrebno dopolniti kadrovske primanjkljaje tako v zdravstvenem kot v socialnem sektorju.

Glede področja potreb po večji učinkovitosti in uspešnosti novih služb pa raziskovanje kaže, da večina izpraševancev iz različnih sektorjev in služb meni, da je potrebno še okrepiti sodelovanje med strokovnjaki. Okrepljeno sodelovanje pa je povezano s krepitvijo in vsaj delnim prenosom kompetenc na nespécializirano osebje (npr. zdravnik – diplomirana medicinska sestra), kar zahteva dodatno usposabljanje in opogumljanje nespécializiranega kadra k prevzemanju odgovornosti za paciente/uporabnike. Izkazalo se je, da je v strokovno delo skupnostnih timov potrebno bolj vključiti tudi delovne terapevte, ki so nosilci pomoči in rehabilitacije ostarelih uporabnikov naših služb in telesno bolnih. Pomembno je (kot razberemo iz smernic skupnostnega dela »Flexible Assertive Community Treatment« (6)) tudi povezovanje s službami v lokalni skupnosti. Medsektorsko povezovanje (pravosodje, socialne in šolske službe) je ključnega pomena, če želimo vzpostaviti mrežo služb za duševno zdravje, ki bo odgovorila na potrebe ljudi, ki so, kot kažejo mednarodni dokumenti, v večini primerov povezane tudi s socialnim položajem uporabnikov služb (7, 8).

Tako kot sodelovanje med strokovnjaki in različnimi službami, predvsem pa v skladu z mednarodnimi smernicami (4), je pomembno nepretrgano in oprijemljivo sodelovanje s svojci in uporabniki storitev. Programi, ki krepijo moč svojcev in uporabnikov storitev ter njihovo neposredno vključenost v njihovo načrtovanje in izvajanje storitev, so temeljni kamni upoštevanja človekovih pravic, kar so sodelavci v raziskavi večkrat poudarili.

Ob tem pa je poudarjeno, da je potrebno zagotoviti v službah zadostno visoko strokovnost in profesionalnost v odnosih in strokovnem delu ter v skladu s smernicami Svetovne zdravstvene organizacije (8) tudi nepretrganost, dostopnost in kakovost pomoči na vseh ravneh sistema. Slednje je neposredno povezano z izobraževanjem strokovnega kadra, ki se po najnovejših priporočilih izobražuje nepretrgano, v multidisciplinarnih skupinah in v skladu s temeljno predanostjo varovanja človekovih pravic (5).

Izpraševanci so v veliki večini poudarjali, da potrebujejo ljudje s težavami v duševnem zdravju poleg zdravljenja tudi možnosti za celostno okrevanje in rehabilitacijo ter dostop do služb zagovorništva in zastopništva, ki so v našem prostoru pomanjkljive (7).

Kljub temu, da je bilo zmanjševanje stigme izpostavljeno kot prednost spreminjanja delovanja storitev na področju duševnega zdravja, so prisotnost stigme deležniki izpostavili tudi kot pomanjkljivost. Z duševnim zdravjem povezana stigma zmanjšuje dostop do pomoči (9), ki jo je treba izboljšati in doseči, da je obravnava osredotočena na pacienta.

Prednost pričujočega Delfskega posveta je v raznolikosti deležnikov, ki so bili v raziskovanje vključeni, pomanjkljivost morda manjše število izprašanih. Ker takšno raziskovanje služi v namen evalvacije in kaže smer delovanja v prihodnosti, bi bilo podobne posvete smiselno izvajati kontinuirano z namenom sprotnega prepoznavanja kako spremembe in delovanje storitev ter služb na področju duševnega zdravja zaznavajo odločevalci, izvajalci in osebe, ki te storitve uporabljajo.

5. ZAKLJUČEK

Delfska raziskava je vključevala vse pomembne deležnike v skrbi za duševno zdravje - tako politične odločevalce kot tudi izvajalce storitev in njihove uporabnike. Zajela je področje zdravstvenega kot tudi socialnega varstva. Na podlagi dragocenih izkušenj sodelujočih, ki so jih pridobivali v različnih vlogah, smo lahko prepoznali stališča, ki so med njimi dosegla konsenz glede pomembnosti in jih lahko razvrstimo v tri področja: prednosti, pomanjkljivosti in ovire ter potrebe in nadaljnji koraki za premagovanje prepoznanih pomanjkljivosti in ovir. Stališča, ki smo jih s pomočjo sodelujočih spoznali, služijo kot vodnik za nadaljnje delo na področjih implementacije reforme v skladu z Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja. Rezultati delfske raziskave, ki smo jo opravili, so skladni z mednarodnimi smernicami na tem področju.

VIRI

1. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018 - 2028. Uradni list RS, št. 24/2018. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2018-01-1046?sop=2018-01-1046>
2. Nasa P, Jain R, Juneja D. Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness. World J Methodol. 2021;11(4):116-129. doi: 10.5662/wjm.v11.i4.116.
3. Mowbray CT, Holter MC, Teague GB, Bybee D. Fidelity Criteria: Development, Measurement, and Validation. Am. J. Eval. 2003;24(3):315-340. <https://doi.org/10.1177/109821400302400303>
4. Zakon o ratifikaciji Konvencije o pravicah invalidov in Izbirnega protokola h Konvenciji o pravicah invalidov (MKPI). Uradni list RS, št. 37/2008. Pridobljeno 26. 2. 2024 s spletne strani: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/86045>
5. World Health Organization (WHO). WHO QualityRights Core training - for all services and all people. Course guide. Geneva: World Health Organization, 2019. Pridobljeno 26. 2. 2024 s spletne strani: <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>
6. van Veldhuizen JR, Bähler, M. Manual: Flexible Assertive Community Treatment: Vision, model, practice and organization. Groningen: CCAF, 2013. Pridobljeno 16. 2. 2023 s spletne strani: <https://fact-facts.nl/wp-content/uploads/2018/07/FACT-Manual-ENGLISH-2013.pdf>
7. World Health Organization (WHO). Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization, 2021. Pridobljeno 16. 2. 2023 s spletne strani: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341648/9789240025707-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. World Health Organization (WHO). Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization, 2021. Pridobljeno 28. 2. 2024 s spletne strani: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf?sequence=1>
9. Thornicroft G. Shunned: Discrimination against people with mental illness. Oxford: Oxford University Press, 2006. <https://doi.org/10.1093/med/9780198570981.001.0001>

PRILOGA

Tabela 1. Stališča glede katerih je bil dosežen konsenz (ocena 4 in/ali 5) med sodelujočimi v raziskavi in izražena stopnja konsenza v odstotkih, z zeleno označenimi trditvami, pri katerih je bil dosežen konsenz v tretjem krogu.

Legenda: CDZO = center za duševno zdravje odraslih

Področje: PREDNOSTI	
Stališča in izražena stopnja konsenza v %	
Boljša dostopnost do storitev zdravstvenega in socialnega sektorja.	75
Hitrejša obravnava, ki lahko pomeni bolj učinkovito in krajše zdravljenje.	68,8
Zmanjševanje hospitalizacij.	75
Možnost spremljanja pacientov v domačem okolju.	81,3
Obravnava na domu, ki je za osebe s težavami v duševnem zdravju primernejša.	100
Hitrejše urejanje tudi socialnih zadev zaradi različnih strokovnjakov zaposlenih v CDZO in povezovanja s strokovnimi službami.	75
Krepitev lokalne povezanosti in s tem možnosti zaznavanja in odzivanja služb na potrebe populacije.	78,5
Enake možnosti obravnave in psihosocialne rehabilitacije za vse ljudi.	68,8
Izboljšan odnos do človeka s težavami v duševnem zdravju.	75
Več sodelovanja med strokovnjaki zaposlenimi v CDZO.	68,8
Več interdisciplinarnega sodelovanja med različnimi službami v zdravstvenem sektorju za primer komorbidnosti (CDZO in zdravnik specialist družinske medicine).	85,7
Več možnosti povezovanja znotraj lokalnih skupnosti (področje sociale, izobraževanja, nevladnih organizacij in CDZO).	68,8
Več izobraženega kadra za delo na področju duševnega zdravja na primarni ravni.	68,8
Nove specializacije iz klinične psihologije.	75
Boljše preventivne aktivnosti na primarni ravni.	62,5
Prepoznavanje potreb tako pacienta kot njegovih svojcev.	68,8
Možnost, da kronični duševni bolniki ostanejo v domačem okolju.	81,3
Postopno prestrukturiranje psihiatričnih bolnišnic.	71,5
Vzpostavitev subspecialističnega tima v bolnišnici (nekemične zasvojenosti).	75

Učvrstitev duševne oskrbe kot pomembnega dela javnega zdravja.	81,3
Večja pripravljenost sistema za bodoče krize in izzive.	75
Zmanjševanje stigme zaradi boljše dostopnosti in ozaveščenosti o duševnem zdravju.	75
Normalizira se iskanje pomoči na področju duševnega zdravja.	68,8
Hrkati s prisotnostjo CDZO v lokalnem okolju krepimo zavedanje pomena duševnega zdravja tudi med drugim zdravstvenim in ostalim osebjem v javnih službah.	85,7

Področje: POMANKLJIVOSTI IN OVIRE

Stališča in izražena stopnja konsenza v %

Ni celostne ocene potreb po mreži in posledično so določene regije podhranjene iz vidika programov in storitev.	81,3
Nejasno določene pristojnosti med različnimi službami na različnih nivojih in v različnih sektorjih.	75
Kompetence se morajo prilagoditi in prenesti na različne strokovnjake, ki delajo v timu.	75
Potrebno je poenotiti seznam storitev posameznih strokovnjakov, ki delajo v CDZO.	75
Neusklajeno delovanje pristojnih ministrstev.	68,8
Potrebno je poenotiti delo v vseh CDZO.	87,5
Neustrezno naslovljene administrativne obremenitve zaposlenih.	71,4
Še nepopolno delovanje CDZO v praksi.	68,8
Pomembno je ohraniti službe, ki delujejo izven CDZO-jev.	68,8
Pomanjkanje celovitih programov za zdravljenje odvisnosti (naslavljanje odvisnosti celovito in celostno).	78,6
Pomanjkanje možnosti psihoterapije za strokovnjake, ki delajo na področju duševnega zdravja.	68,8
Še vedno prisotna stigma, pozno iskanje pomoči in neaktivno vključevanje v zdravljenje s strani uporabnikov.	71,4
Pomanjkanje nekaterih kadrov na zdravstvenem in socialnem nivoju.	87,5
Pomanjkanje financiranja onemogoča kvaliteten razvoj kadra (zaposlovanje in izobraževanje ter zmanjševanje fluktuacije) predvsem na socialnem, a tudi v zdravstvenem sektorju.	68,8
Počasnost implementacije (nepopolna mreža, storitve niso v celoti razvite in financiranje, deinstitutionalizacija poteka prepočasi).	68,8
Počasen proces implementacije sprememb na področju služb in storitev.	68,8

Pomanjkanje ustrezne evalvacije delovanja. 81,3

Področje: POTREBE

Stališča in izražena stopnja konsenza v %

Urediti področje psihoterapije.	93,8
Okrepiti dostopnost do pomoči za vse.	100
Pripraviti protokole za specifične zahteve (stiske ob poplavih, strah zaradi vojne, ipd.).	87,5
Presejanje za težave v duševnem zdravju pri določenih težavah v fizičnem okolju.	81,3
Izboljšanje multidisciplinarnih pristopov.	100
Prenos kompetenc na različen kader, ki dela na področju duševnega zdravja.	100
Potrebno bi bilo poenotiti delo med različnimi strokovnjaki (protokoli za vodenje najpogostejših duševnih motenj).	100
Še boljše povezovanje zdravstvenega sistema z drugimi sistemi za bolj celostne pristope (sociala, šolstvo, pravosodje).	100
Uvedba enotnih protokolov dela znotraj CDZO in izmenjava dobrih praks.	87,5
Priprava protokolov in razjasnitev nalog posameznih služb, ki obravnavajo osebe s težavami v duševnem zdravju.	87,5
Povečanje oskrbe na domu skozi dopolnitev storitev in povezovanje služb.	93,8
Okrepiti specializirane storitve na sekundarni ravni zdravstvenega varstva in krepiti delovanje primarnega nivoja skozi delo CDZO.	75
Priprava akcijskih načrtov v sodelovanju z vsemi ravni zdravstvenega in socialnega varstva.	87,5
Potrebno je opredeliti področje zdravstvene in socialne pomoči za najranljivejše skupine oseb s težavami v duševnem zdravju.	87,5
Priprava učinkovitih smernic za obravnavo oseb s težavami v duševnem zdravju.	93,8
Določitev kompetenc za še boljše povezovanje in sodelovanje (med nevladnimi organizacijami in zdravstvenim sektorjem, med sekundarno in primarno ravno ipd.).	93,8
Usklajeno delovanje vseh odločevalcev.	87,5
Močnejša mreža vseh deležnikov v državi, ki prispevajo h krepitvi duševnega zdravja.	93,8
Omogočena večja fleksibilnost prehajanja med različnimi nivoji zdravstvenega in socialnega varstva.	93,8
Vzpostavitev še bolj rednega sodelovanja med številnimi CDZO.	81,3
Uvedba specialnih znanj in dodatnih izobraževanj za socialni sektor, ki dela na področju duševnega zdravja.	87,5

Uvedba specialnih znanj in dodatnih izobraževanj tudi za vse kadre, ki delajo v CDZO.	68,8
Kader potrebuje veščine, ki bi pomagale pri hitrejši in učinkovitejši obravnavi.	81,3
Razvijanje specialnih znanj za različne težave (nasilje v družini, alkoholizem, odvisnost od drog, nove oblike zasvojenosti, avtizem, delo s starejšimi).	68,8
Izboljšanje splošne ozaveščenosti o duševnem zdravju na različnih nivojih in za različne osebe.	87,5
Izboljšati zavedanje o pomembnosti duševnega zdravja.	81,3
Implementirati informacije o duševnem zdravju v sistem izobraževanja in zaposlovanja.	93,8
Pripraviti programe, ki spodbujajo opolnomočenje oseb s težavami v duševnem zdravju.	100
Praktično in kontinuirano izobraževanje strokovnjakov mora slediti novim dognanjem glede preprečevanja duševnih motenj ter njihovega zdravljenja in na novo prepoznanim patologijam.	87,5
Okrepiti znanje zaposlenih in podporo pri uporabi informacijsko-komunikacijske tehnologije.	75
Kroženje zaposlenih tudi znotraj enakih oblik obravnave (CDZO) za pridobivanje izkušenj.	68,8
Osebe z izkušnjo, vrstniške strokovne delavce in vrstniške zagovornike vključiti v izobraževalne procese.	87,5
Postopno spreminjanje in s tem prilagajanje strokovnjakov in uporabnikov na novosti.	75
Jasno opredeljeni kriteriji kredibilne pomoči (določiti smernice in poti pacienta).	100
Obravnava mora biti osredotočena na pacienta.	100
Možnosti mobilnega psihiatra v CDZO za pomoč pri hospitalizaciji proti volji.	68,8
Izboljšanje delovanja in dostopnosti do supervizije.	68,8
Lastna izkušnja v psihoterapiji in delo na sebi zaposlenih.	81,3
Službe morajo biti odzivne na spreminjajoče se potrebe določene populacije.	93,8
Dopolniti storitve s psihoterapevtsko dejavnostjo.	75
Potreba po spremljevalcih, družabnikih, gospodinjah, šoferjih za osebe s težavami v duševnem zdravju.	68,8
Premišljeno načrtovanje razvoja storitev in širitev mreže pomoči.	100
Mreža služb je prilagojena potrebam populacije določene regije.	81,3
Različni pristopi motiviranja zaposlenih.	75
Zmanjšanje administrativnih obremenitev ter poenotenje in poenostavitev birokratskih zahtev.	93,8

Več možnosti različnih oblik nastanitev (individualne nastanitve, socialna stanovanja) z različno stopnjo podpore.	87,5
Urediti sistemizacijo delovnih mest strokovnjakov, ki delajo na področju duševnega zdravja.	87,5
Redna in kontinuirana destigmatizacija duševnega zdravja preko različnih kanalov.	100
Izboljšati informiranje oseb s težavami v duševnem zdravju o pravicah in razpoložljivih virih pomoči ter storitvah.	87,5
Pomembno je zastopanje pravic uporabnikov do kakovostne, kontinuirane, varne, učinkovite ter dostopne pomoči.	100
Razviti in okrepiti skupine za samopomoč svojcem.	93,8
Okrepiti dostopnost in vključevanje vrstniške podpore (peer-to-peer), ki jo nudijo osebe z izkušnjo, in sicer na različnih ravneh zdravstvenega in socialnega sektorja.	81,3
Krepiti delo s svojci skozi različne programe za edukacijo in opolnomočenje.	93,8
Ustanoviti službe za zagovorništvo in zastopništvo v vsaki regiji.	78,6
Vključiti uporabnike in svojce v vse ravni dela v skupnosti.	75
Aktivnejše vključevanje pacientov v pripravo in razvoj storitev.	75
Krepiti mrežo dnevniš centrov in drugih (skupinskih) dejavnosti, ki pomagajo posameznikom vključevanje v skupnost v njihovem lokalnem okolju.	87,5
Aktivnejše delo na zmanjševanju institucionalizacije.	81,3
Potrebni so programi, storitve in smernice za delo s forenzičnimi pacienti.	87,5
Okrepiti programe za rehabilitacijo in na področju zaposlovanja.	100
Izboljšati sistem in zakonodajo glede ocene dela zmožnosti in upokojevanja.	93,8
Dopolniti storitve z novimi, ki se jih izvaja s pomočjo novih informacijskih tehnologij.	75
Urediti financiranje specializacij (logopedija, psihologija).	87,5
Pripraviti mrežo služb glede na potrebe in jo ustrezno financirati.	100
Izboljšati vrednotenje storitev in povečati obseg storitev tistih profilov in tam, kjer je potrebno glede na prepoznane potrebe.	75
Povečati obseg storitev v CDZO (z delovno terapijo v ambulantni obravnavi).	78,6
Ustrezno financiranje programov in posameznikov, ki programe izvajajo.	81,3
Povečanje preventivnih dejavnosti za podporo duševnemu zdravju v regijah in na splošno.	81,3
Povečanje promocije duševnega zdravja v regijah in na splošno.	87,5
Pripraviti načrt kadrov za področje zdravstvenega in socialnega varstva.	93,8

Posnemanje dobrih primerov iz tujine in povezovanje z mednarodnimi organizacijami, ki že imajo izkušnje na področjih, ki jih implementiramo.	75
Spodbujanje raziskav na področju duševnega zdravja in upoštevanje rezultatov.	93,8
Prestrukturiranje iz manj učinkovitih v dokazano učinkovite programe.	100
Redna evalvacija stanja, odprava pomanjkljivosti in širitev dobrih praks na vseh nivojih.	100
Nepretrgano spremljanje pacienta ne glede na njegovo pot znotraj sistema zdravstvenega varstva.	87,5