

The logo for the National Institute for Public Health (NIJZ) consists of the letters 'NIJZ' in a bold, sans-serif font. The 'N' and 'I' are grey, while the 'J' and 'Z' are blue. The 'J' has a unique shape with a downward-pointing tail.

Nacionalni inštitut
za javno zdravje

DUŠEVNO ZDRAVJE
OTROK IN
MLADOSTNIKOV
V SLOVENIJI

Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji

Avtorji: Helena Jeriček Klanšček, Saška Roškar, Matej Vinko, Nuša Konec Juričič, Ada Hočevar Grom, Maja Bajt, Anja Čuš, Lucija Furman, Gaja Zager Kocjan, Alenka Hafner, Tina Medved, Mark Floyd Bračič, Mircha Poldrugovac

Uredniki: Helena Jeriček Klanšček, Saška Roškar, Matej Vinko, Ada Hočevar Grom

Recenzenti: Hojka Kumperščak, Peter Janjuševič, Mojca Zvezdana Demovšek

Predgovor: Jožica Maučec Zakotnik, Ivan Eržen

Strokovni pregled: Metka Zaletel, Tit Albreht, Mircha Poldrugovac

Oblikovanje: Andreja Frič

Lektura: Nuša Mastnak

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

Elektronski vir: <http://www.nijz.si>

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2018

Zaščita dokumenta

© 2018 NIJZ

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

Publikacija je nastajala od leta 2016 do začetka leta 2018, torej v času, ko Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 še ni bila sprejeta, zato je potrebno nekatere navedbe brati s tega vidka.

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

COBISS.SI-ID=294736640

ISBN 978-961-7002-57-7 (pdf)



DUŠEVNO ZDRAVJE OTROK IN MLADOSTNIKOV V SLOVENIJI

Uredniki

Helena Jeriček Klanšček

Saška Roškar

Matej Vinko

Ada Hočevar Grom

ZAHVALE

Publikacija, ki je pred vami, je nastajala precej časa in pot od ideje do izvedbe je bila zavita in strma ter polna različnih izzivov. Zato bi se zdaj, ko smo na koncu te poti, radi zahvalili vsem, ki ste nam kakorkoli pomagali, nas podprli in prispevali svoj delček v tem zahtevnem mozaiku.

Zahvaljujemo se sodelavcem iz Zdravstveno podatkovnega centra na Nacionalnem Inštitutu za javno zdravje: predstojnici Metki Zaletel, Poldki Butinar, Ani Zgaga, Milošu Kravanji, Nevenki Kelšin, Alešu Korošču in Viliju Prodanu, ki so pomagali pri pripravi podatkov iz obstoječih baz in Tini Zupanič, ki je pripravila prikaze v obliki kartogramov.

Iskrena hvala Marjeti Trček in Anki Bolka iz Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki sta posredovali podatke in informacije v poglavju o mreži služb in Radetu Pribakoviču iz Nacionalnega inštituta za javno zdravje, ki je pripravil izhodišče za to poglavje.

Hvala Kristianu Majenu, Karmen Hribar ter študentki Tanjii Repič za pomoč pri urejanju publikacije.

Posebna zahvala gre Andreji Frič, ki je ponovno dokazala svojo inovativnost in potrpežljivost pri oblikovanju publikacije s številnimi grafi in tabelami, tudi takrat, ko smo se mi že želeli obrniti stran.

Ne nazadnje hvala tudi vodstvu NIJZ in odgovornim na Ministrstvu za zdravje, ki so izrazili potrebo in podprli nastanek te publikacije.

Hvala tudi vsem vam, ki boste publikacijo prebiral in podatke uporabili za izboljšanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov v Sloveniji. Vsak konec je začetek nečesa novega. Naj bo tudi ta publikacija osnova za začetek novih, še bolj poglobljenih raziskav in analiz podatkov s področja duševnega zdravja kot tudi evalvacije obstoječih programov in ukrepov. Programov in ukrepov, ki bodo usmerjeni v zagotavljanje boljšega danes in jutri, naših otrok in mladostnikov in vseh nas.

Vsebina

1. Uvod.....	18
1.1 Opredelitev duševnega zdravja	19
1.2 Varovalni dejavniki in dejavniki tveganja	21
1.3 Literatura.....	23
2. Opredelitev problema in namen publikacije	25
3. Metoda	27
3.1 Starostna skupina	27
3.2 Viri podatkov	27
3.3 Zbirke podatkov NIJZ.....	30
3.4 Literatura	33
4. Pozitivno duševno zdravje otrok in mladostnikov	36
4.1 Glavne ugotovitve.....	36
4.2 Uvod	36
4.3 Namen	38
4.4 Viri podatkov.....	38
4.5 Zadovoljstvo z življenjem kot kazalnik pozitivnega duševnega zdravja	39
4.6 Drugi podatki o pozitivnem duševnem zdravju.....	41
4.7 Razprava.....	44
4.8 Zaključek.....	46
4.9 Predlogi ukrepov	46
4.10 Literatura.....	48
5. Obravnave otrok in mladostnikov v zdravstvenem sistemu in poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj pri otrocih in mladostnikih	51
5.1 Glavne ugotovitve.....	51
5.2 Uvod.....	53
5.3 Namen.....	55
5.4 Viri podatkov	55
5.5 Zunajbolnišnične obravnave otrok in mladostnikov zaradi duševnih in vedenjskih motenj	56
5.5.1 Število in stopnja zunajbolnišničnih obravnav na primarni ravni	56
5.5.2 Zunajbolnišnične obravnave na primarni ravni po statističnih regijah	59
5.5.3 Vzroki zunajbolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov na primarni ravni	60
5.5.4 Zunajbolnišnične obravnave na primarni ravni otrok in mladostnikov po starosti in spolu	61
5.5.5 Število in stopnja zunajbolnišničnih obravnav na sekundarni ravni	71
5.5.6 Zunajbolnišnične obravnave na sekundarni ravni po statističnih regijah	73
5.5.7 Vzroki zunajbolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov na sekundarni ravni	74
5.5.8 Zunajbolnišnične obravnave otrok in mladostnikov na sekundarni ravni po starosti in spolu.....	75
5.5.9 Razprava.....	85
5.6 Bolnišnične obravnave otrok in mladostnikov zaradi duševnih in vedenjskih motenj.....	89
5.6.1 Število in stopnja bolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov.....	89
5.6.2 Bolnišnične obravnave otrok in mladostnikov po statističnih regijah.....	91
5.6.3 Vzroki bolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov	92

5.6.4 Vzroki bolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov po starosti in spolu	92
5.6.5 Bolnišnične obravnave otrok in mladostnikov po zdravstvenih zavodih/slужbah	99
5.6.6 Trajanje bolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov zaradi duševnih in vedenjskih motenj	100
5.7 Razprava	102
5.8 Zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj pri otrocih in mladostnikih	105
5.8.1 Število izdanih receptov in poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj	105
5.8.2 Poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj po statističnih regijah	107
5.8.3 Število izdanih receptov in poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj po farmakoloških skupinah	108
5.8.4 Poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj po spolu in starosti	109
5.9 Razprava	111
5.10 Zaključek	113
5.11 Predlogi ukrepov	113
5.12 Literatura	116
6. Javna zdravstvena mreža služb za obravnavo težav in motenj v duševnem zdravju otrok in mladostnikov	119
6.1 Glavne ugotovitve	119
6.2 Uvod	119
6.3 Namen	120
6.4 Viri podatkov	120
6.5 Dejavnosti javne zdravstvene mreže za obravnavo otrok in mladostnikov	122
6.5.1 Zunajbolnišnična raven	122
6.5.2 Bolnišnična raven	123
6.6 Stanje in razporejenost služb/izvajalcev na področju duševnega zdravja za obravnavo težav in motenj otrok in mladostnikov	126
6.6.1 Razvojne ambulante	126
6.6.2 Dispanzerji za duševno zdravje	129
6.6.3 Dejavnost na področju otroške in mladostniške psihiatrije v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti	131
6.7 Razprava	136
6.8 Zaključek	141
6.9 Predlogi ukrepov	141
6.10 Literatura	142
7. Doživljanje stresa, psihosomatskih simptomov ter čustvene in vedenjske težave pri otrocih in mladostnikih	144
7.1 Glavne ugotovitve	145
7.2 Uvod	146
7.3 Namen	146
7.4 Viri podatkov	147
7.5 Doživljanje stresa	148
7.6 Psihosomatski simptomi	153
7.7 Vedenjske in čustvene težave	154
7.8 Razprava	157
7.9 Zaključek	160
7.10 Literatura	161

8. Depresija in anksioznost	165
8.1 Glavne ugotovitve	165
8.2 Uvod	165
8.3 Namen	167
8.4 Viri podatkov	168
8.5 Depresija in depresivnost	169
8.5.1 Zunajbolnišnične obravnave zaradi depresije	169
8.5.2 Bolnišnične obravnave zaradi depresije	172
8.5.3 Zdravila za zdravljenje depresije (antidepresivi)	174
8.5.4 Podatki presečnih raziskav	176
8.6 Anksiozne motnje	177
8.6.1 Zunajbolnišnične obravnave zaradi anksiozne motnje	177
8.6.2 Bolnišnične obravnave zaradi anksiozne motnje	181
8.6.3 Zdravila za zdravljenje anksiozne motnje (anksiolitiki)	182
8.6.4 Podatki presečnih raziskav	184
8.7 Razprava	184
8.8 Zaključek	188
8.9 Literatura	188
9. Hiperkinetična motnja	192
9.1 Glavne ugotovitve	192
9.2 Uvod	192
9.3 Namen	193
9.4 Viri podatkov	193
9.5 Hiperkinetična motnja	194
9.5.1 Zunajbolnišnične obravnave zaradi hiperkinetične motnje	194
9.5.2 Bolnišnične obravnave zaradi hiperkinetične motnje	196
9.5.3 Zdravila za zdravljenje hiperkinetične motnje	196
9.5.4 Podatki presečnih raziskav	197
9.6 Razprava	199
9.7 Zaključek	200
9.8 Literatura	201
10. Motnje hranjenja	203
10.1 Glavne ugotovitve	203
10.2 Uvod	203
10.3 Namen	204
10.4 Viri podatkov	204
10.5 Zunajbolnišnične obravnave zaradi motenj hranjenja	206
10.6 Bolnišnične obravnave zaradi motenj hranjenja	211
10.6.1 Umrljivost	213
10.6.2 Podatki presečnih raziskav	213
10.7 Razprava	215
10.8 Zaključek	218
10.9 Literatura	218

11. Različne oblike samomorilnosti	221
11.1 Glavne ugotovitve	221
11.2 Uvod	221
11.3 Namen	222
11.4 Viri podatkov	223
11.5 Samomorilne misli	225
11.6 Namerno samopoškodbno vedenje z namenom smrti in brez tega namena	227
11.7 Samomor	230
11.8 Razprava	234
11.9 Zaključek	237
11.10 Predlogi ukrepov	238
11.11 Literatura	239
12. Predlogi ukrepov na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov	241
12.1 Ukrepi, povezani s promocijo duševnega zdravja otrok in mladostnikov	241
12.1.1 Predlogi ukrepov, ki ustvarjajo okolja in pogoje za ohranjanje, krepitev in varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov ter izhajajo iz predhodnih ugotovitev in resolucije	241
12.2 Ukrepi, povezani z zbiranjem podatkov o duševnem zdravju otrok in mladostnikov	242
12.2.1 Predlogi ukrepov, ki izboljšujejo kakovost, veljavnost in zanesljivost podatkov o duševnem zdravju otrok in mladostnikov	243
12.3 Ukrepi, povezani z mrežo izvajalcev zdravstvenih storitev	243
12.3.1 Predlogi ukrepov, povezanih z mrežo izvajalcev zdravstvenih storitev	244
12.4 Ukrepi za preprečevanje, spremljanje in obvladovanje duševnih težav in motenj pri otrocih in mladostnikih	245
12.4.1 Predlogi ukrepov, ki ustvarjajo okolja in pogoje za preprečevanje, spremljanje in obvladovanje duševnih težav in motenj	245
12.4.2 Ukrepi za starostno skupino 0–5 let	245
12.4.3 Ukrepi za starostno skupino 6–14 let	246
12.4.4 Ukrepi za starostno skupino 15–19 let	246
12.5 Ukrepi za destigmatizacijo duševnih težav in iskanja pomoči pri otrocih in mladostnikih	246
12.5.1 Predlogi ukrepov za destigmatizacijo duševnih težav in iskanja pomoči pri otrocih in mladostnikih	246
12.6 Literatura	248
13. Zaključek	247
Priloga	250
Razporeditev duševnih in vedenjskih motenj po sklopih (MKB-10)	250
Seznam slik	251
Seznam tabel	257
Stvarno kazalo	260

Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji

RECENZIJE

Maribor, 11. 12. 2017

Doc. dr. Hojka Gregorič Kumperščak, dr. med., spec. otr. in mladostniške psihiatrije

Publikacija Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji je prišla ob pravem času, saj je zapolnila statistično praznino, s katero smo se v Sloveniji že nekaj časa soočali. Ob različnih priložnostih smo vedno naleteli na dejstvo, da o psihopatologiji otrok in mladostnikov v Sloveniji enostavno nimamo aktualnih ali pa sploh nobenih statističnih podatkov. Ob vsaki študiji smo naleteli na to dejstvo, tudi ob snovanju mreže pomoči otrokom in mladostnikom z duševnimi motnjami ter ob pisanju Resolucije o duševnem zdravju.

Publikacija je napisana zelo jasno, pregledno, s točno določenimi viri in strokovnimi definicijami.

V prvem delu se usmerja na varovalne dejavnike duševnega zdravja in ugotavlja, da je večina otrok in mladostnikov v Sloveniji sicer duševno zdravih, vendar to še ne pomeni, da imajo visoko stopnjo pozitivnega duševnega zdravja. Pozitivno duševno zdravje je opredeljeno kot stanje optimalnega psihološkega delovanja in kakovosti življenja. Žal avtorji ugotavljajo, da o pozitivnem duševnem zdravju slovenskih otrok in mladostnikov ni na voljo zadosti podatkov; za mlajše od 11 let pa ni na voljo sploh nobenih podatkov.

Osrednji del publikacije je namenjen obravnavi otrok in mladostnikov v zdravstvenem sistemu in predpisovanju zdravil. Šokanten, a ne nepričakovan je podatek, da se je v obdobju od leta 2008 do leta 2015 število obravnav otrok in mladostnikov s končno diagnozo duševne in vedenjske motnje povečalo za 71 %. V osrednjem delu publikacije se seznanimo tudi s podatki o številu zunajbolnišničnih in bolnišničnih obravnav, s podatki po posameznih diagnozah, razdeljenih po spolu in starostnih skupinah.

Drugi šokanten, a ponovno ne nepričakovan je podatek, da se je v obdobju od leta 2008 do leta 2015 število receptov, izdanih za zdravila za zdravljenje duševnih motenj otrok in mladostnikov, povečalo za slabih 50 %.

Sledi opis obstoječe javnozdravstvene mreže služb za obravnavo težav in motenj v duševnem zdravju otrok in mladostnikov, ki jasno prikazuje zaskrbljujoče stanje v Sloveniji, saj nekatere regije – koroška, posavska, pa

tudi pomurska – nimajo tovrstne pomoči. Presenetijo podatki, da je največji porast psihopatologije v podravski regiji, kjer naj bi bilo tudi največ služb za pomoč pri duševnih motnjah.

Sledijo podaki po posameznih duševnih motnjah, stresu, depresiji, anksioznosti, hiperkinetični motnji, motnjah hranjenja in samomorilnosti. Vsako poglavje se zaključí s predlogi ukrepov, temu pa je namenjen tudi zadnji del publikacije. Jasno so zapisani ukrepi, povezani s promocijo, zbiranjem podatkov, mrežo izvajalcev ter preprečevanjem, spremljanjem, obvladovanjem in destigmatizacijo duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih.

Ta publikacija bo dobra osnova za raziskave ter nujno izhodišče pri snovanju politike na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Avtorji si zaslužijo vse priznanje in zahvalo, da so se lotili zbiranja podatkov o duševnem zdravju in motnjah najranljivejše populacije, za katero do sedaj ni bilo dovolj dobro poskrbljeno. Nekoč dobro delujoči multidisciplinarni timi so razpadli, razpršili so se izvajalci pomoči in se skoncentrirali le v nekaterih regijah, otroških in mladostniških psihiatrov je bilo v preteklih letih manj kot 20 za celotno Slovenijo ter tako za ambulantno kot za bolnišnično obravnavo. Varovanega oddelka za otroke in mladostnike Slovenija nikoli ni imela, kakor tudi ne subspecialističnih ambulant in rehabilitacijskih programov, ki se šele sedaj sporadično pojavljajo. Na vse te anomalije publikacija opozarja in tudi predlaga zelo jasne in realne ukrepe za izboljšanje stanja.

Ljubljana 21. 12. 2017

Prof. dr. Mojca Z. Dernovšek, dr. med., spec. psihiatrije

Znanstveno utemeljene in poglobljene monografije o duševnem zdravju otrok in mladostnikov so pomembne vedno in povesod. Podatki, ki so jih avtorji zbrali, skrbno analizirali in jih podrobno predstavili, so na voljo vsem zainteresiranim javnostim, da jih uporabljajo pri svojem delu, pri zastopanju skupnih interesov in pri vseh dejavnostih za izboljšanje blaginje. Prav zdaj pa je še posebej pomembno imeti pri roki takšne analize, saj je ravnokar v javni razpravi ponoven predlog Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja, ki še posebej opozarja na alarmantno stanje na nekaterih področjih glede nudenja pomoči otrokom, mladostnikom in staršem.

Če bo predlog Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja sprejet in implementiran, je takšna monografija vzorčen primer spremljanja stanja in evalvacije sprememb.

Če usoda predlogu Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja ne bo naklonjena, pa monografija še dodatno opredeljuje resno problematiko in olajšuje spremembe v prihodnosti.

Vesela sem, da se zavedanje o pomenu duševnega zdravja v Republiki Sloveniji krepi in da se aktivnostim pridružuje tudi znanstvena sfera.

21. 1. 2018

Dr. Peter Janjušević, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

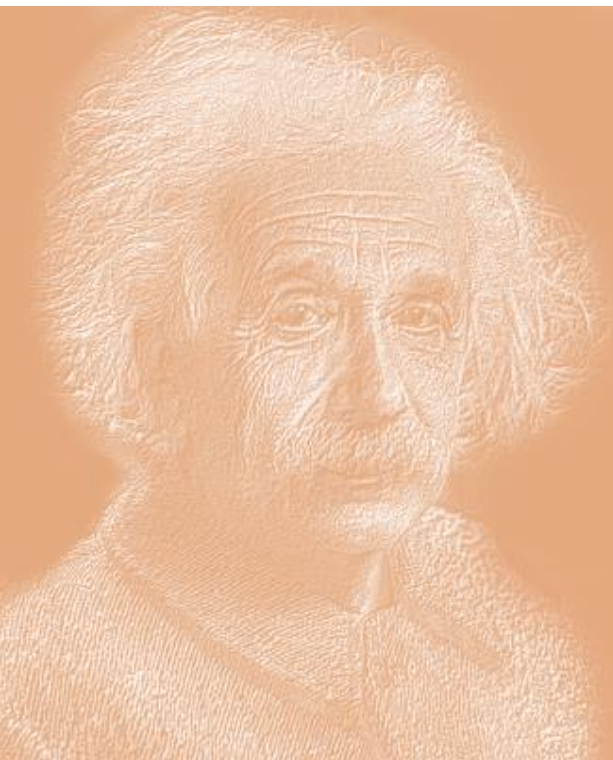
Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji je delo skupine avtoric in avtorjev, po večini strokovnjakov oz. raziskovalcev, zaposlenih na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje Republike Slovenije. Gre za publikacijo, ki je nad vse aktualna in bi bila aktualna v kateremkoli času, saj bi morala biti skrb za duševno zdravje (tako pozitivno oz. visoko izraženo kot negativno oz. nizko izraženo) ena pomembnih prioritiet zdravstvene, socialne, izobraževalne in širše politike ter prakse države in njenih ustanov. Avtorji in avtorice publikacije na več kot 250 straneh obravnavajo dostopne podatke s področja duševnega zdravja otrok in mladostnikov različnih starostnih skupin v Sloveniji za različna obdobja, tako z vidika stopnje duševnega zdravja kot z vidika motenj na področju duševnega zdravja in sistema skrbi na tem področju.

V publikaciji avtorji in avtorice obravnavajo koncepte (pozitivnega in negativnega) duševnega zdravja, doživljanje stresa in psihosomatskih simptomov pri otrocih in mladostnikih ter nekatere najpogostejše motnje v tem razvojnem obdobju, kot so depresija, anksioznost, hiperkinetična motnja, samomorilnost, motnje hranjenja ipd. Vsako poglavje obravnava stanje na posameznem področju in se pri tem naslanja na rezultate dlje časa trajajočih domačih in mednarodnih študij, v katere je več let vključena tudi Slovenija, ter na podatke iz različnih statistik, ki se zbirajo v sistemu zdravstvenega varstva. Predusem podatki mednarodnih študij, ki temeljijo na velikih, tudi reprezentativnih vzorcih, omogočajo primerjavo epidemioloških trendov na področju duševnega zdravja v tujini. Avtorji in avtorice na več mestih sami poudarijo nekatere pomembne težave pri reprezentativnosti podatkov, predusem tistih, ki jih črpajo iz uradnih statistik, in s tem omejitve izpeljanih zaključkov. Ena pomembnih omejitev je na primer omejena zanesljivost podatkov o diagnozah zaradi pomanjkljivega sistema poročanja diagnoz na primarni in sekundarni ravni obravnave otrok in mladostnikov z duševnimi motnjami.

Ob tem avtorji in avtorice ob vsakem obravnavanem problemskem področju predlagajo tudi ukrepe na področju preventive in odkrivanja motenj pri otrocih in mladostnikih, katerih vsakdanje funkcioniranje je oteženo zaradi doživljanja stresa, posameznih simptomov ali pa motenj, ter pomoči tem otrokom in mladostnikom. Glede na metodološke omejitve pri zbiranju podatkov je tehtno vprašanje, ali lahko na njihovi podlagi z zadostno mero gotovosti sklepamo o stanju in oblikujemo priporočila za delovanje (specialističnega) sistema pomoči otrokom in mladostnikom s hujšimi, v klinični praksi običajno kompleksnimi, predusem pa sopojavljajočimi se motnjami s področja duševnega zdravja. Soobolevnost je namreč, kot je že dolgo znano, v razvojnem obdobju otroštva in mladostništva prej pravilo kot izjema.

Zaradi neurejenega sistema poročanja diagnoz so bili avtorji in avtorice pri prikazovanju stanja (virov pomoči in vrst obravnav) primorani izpustiti pomemben del strokovnjakov v javnem sistemu skrbi za duševno zdravje – specialiste klinične psihologije, ki delajo v zdravstvenih domovih, koncesijskih ordinacijah in v Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše Ljubljana. Le upamo lahko, da bo ta publikacija dodaten argument ali spodbuda odločevalcem za ureditev enotnejšega, celostnega sistema zajema statistik na tem področju.

Publikacija, ki je tematsko izjemno relevantna, je nedvomno izkaz obsežnega analitičnega dela avtoric in avtorjev. Pogrešam pa bolj poglobljen, morda tudi samoreflektiven razmislek o razlogih za pomanjkljivosti pri zbiranju podatkov s področja duševnega zdravja ter predloge za vzpostavitev učinkovitejšega sistema, ki je po mojem mnenju ključen pogoj za učinkovito načrtovanje mreže strokovnjakov in programov pomoči – tudi glede na to, da gre po večini za delo strokovnjakov Nacionalnega inštituta za varovanje zdravja, ene osrednjih ustanov, ki bi morala imeti pomemben vpliv na razvoj zdravstvenega sistema in s tem na zdravje otrok in mladostnikov. Vsekakor pa je vsakršen prispevek k razumevanju področja, ki ga obravnava to delo, potencialno korak k izboljšanju skrbi za eno najranljivejših skupin prebivalstva, otroke in mladostnike s težavami oz. motnjami na področju duševnega zdravja. Ta publikacija kljub omejitvam, ki jih prepoznavajo tudi avtorice in avtorji, pomembno dopolnjuje in povezuje obstoječi mozaik informacij. Predlagani ukrepi in rešitve morda nekoliko preveč ostajajo bolj ali manj na ravni splošnih, resolucijskih principov, vendar so nedvomno lahko pomembno izhodišče za akcijske, operativno naravnane dokumente in smernice za zagotavljanje dostopnih, pravočasnih, z dokazi podprtih oblik pomoči, ki jih na tem področju nujno potrebujemo.



*Ne šteje vse,
kar se da prešteti,
in ne da se prešteti vsega,
kar šteje.*

Publikaciji na pot

Jožica Maučec Zakotnik, dr. med.,
državna sekretarka



Leta 1854 je v londonskem predelu Soho izbruhnila epidemija kolere. Ker z dotedanjimi prepričanji in ustaljenimi praksami izbruha ni bilo mogoče zajezi, se je John Snow problema lotil drugače. Z natančnim opazovanjem in spremljanjem značilnosti pojava – število obolelih, območje, kjer so se pojavili novi primeri, življenjske okoliščine in navade obolelih itd. – je ugotovil izvor in vzrok epidemije, kar je omogočilo načrtovanje ukrepov, ki so epidemijo zajezi. Epidemiologija je s tem postala temeljni kamen javnega zdravja, na podlagi katerega se med drugim sooblikujejo politične odločitve in na podatkih temelječe učinkovite prakse.

Publikacija Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji je v tem, epidemiološkem oziru pomemben mejnik. Raznovidni podatki o duševnem zdravju otrok in mladostnikov, zbrani na enem mestu – podatki mednarodnih in nacionalnih študij, podatki iz zdravstvene statistike itd. –, bodo zapolnili pomembno vrzel, ki je bila do sedaj prisotna v slovenskem prostoru. Čeprav sta zanesljivost in veljavnost podatkov na nekaterih mestih bolj šibki, kot transparentno opozarjajo tudi sami avtorji, so na ta način zbrani podatki o duševnem zdravju otrok in mladostnikov najbolj trden posnetek trenutnega stanja.

Podatki, razgrnjeni v publikaciji, bralcu s prefinjeno mero opreznosti, a hkrati znanstvene utemeljenosti, približajo potrebne politične odločitve in usmeritve na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov (nekaj teh je predstavljenih v aktualni Resoluciji nacionalnega plana za duševno zdravje 2018–2020), predloge za na podatkih temelječe ukrepe in prakse (bržkone je med temi najpomembnejša enakomerna razporeditev služb na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov) in ne nazadnje predloge za izboljšanje beleženja in spremljanja podatkov.

Vsebina, predstavljena v publikaciji, je jasen opomnik na to, da je v Sloveniji število otrok in mladostnikov, ki se soočajo z duševnimi težavami, zaskrbljujoče, saj se je v zadnjih desetih letih povečalo za dve tretjini. Ob zavedanju, da se skoraj polovica duševnih težav, ki so prisotne v odraslosti, prvič pojavi do štirinajstega leta starosti, se upravičeno lahko vprašamo, kdaj, kaj in kako bomo ukrepali, da bodo ti otroci imeli možnost odrasti v duševno zdrave odrasle ljudi. In na drugi strani, da bodo tisti, ki so zdravi, zdravi tudi ostali.

Vsak navidezno neoseben podatek v publikaciji, kot tudi vsi skupaj, nam pripovedujejo še kako osebno zgodbo. Želim si, da bi jo razumeli in slišali, saj bi to pomenilo, da je publikacija dosegla svoj namen in postala pomemben usmerjevalnik na poti k boljšemu duševnemu zdravju slovenskih otrok in mladostnikov.



Prim. prof. dr. Ivan Eržen

Dobro duševno zdravje je temelj zdravja, posledično pa tudi socialne in gospodarske stabilnosti, družbene blaginje in kakovosti življenja ljudi. Čeprav v zadnjih letih duševne motnje tako v Sloveniji kot v svetu naraščajo in čeprav je slabo duševno zdravje pomemben del družbenega bremena, pa je področje duševnega zdravja in iskanja pomoči zaradi duševnih motenj še vedno stigmatizirano in zapostavljeno. To velja za vsa starostna obdobja, še posebej pa za obdobje otroštva in mladostništva. Čeprav večina otrok in mladostnikov nima znakov in simptomov duševnih motenj, pa to ne pomeni, da imajo visoko stopnjo pozitivnega duševnega zdravja.

Duševno zdravje v otroštvu in mladostništvu je pomemben napovednik duševnega zdravja odraslih, saj se polovica vseh duševnih motenj začne do 14. leta starosti, tri četrtine pa do 24. leta. Zato bi skrb vsake družbe za duševno zdravje morala temeljiti na dobrem duševnem zdravju otrok in mladih, na varovanju, ohranjanju in krepitvi duševnega zdravja ter na preprečevanju nastanka duševnih težav in motenj. Osnova za ukrepanje in delovanje na kateremkoli področju, tudi na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov, je analiza stanja. Avtorjem publikacije je kljub številnim težavam in omejitvam pri dostopnosti in posledično analizi podatkov, na katere so naleteli, uspelo zaključiti pomembno delo. Gre za prvo tovrstno publikacijo pri nas, ki prinaša prvi celovit prikaz dostopnih podatkov iz nacionalnih raziskav in podatkovnih baz NIJZ o pozitivnem in negativnem duševnem zdravju, obravnavah, mreži zdravstvene dejavnosti na področju skrbi za obravnavo težav in motenj v duševnem zdravju otrok in mladostnikov in o najpogostejših motnjah ter predlaga ukrepe v okviru javnega zdravja, s katerimi lahko stanje izboljšamo.

Podatki so zaskrbljujoči, saj se je v obdobju od leta 2008 do leta 2015 število prvih obiskov otrok in mladostnikov zaradi duševnih in vedenjskih motenj izrazito povečalo, na primarni ravni za 26 %, na sekundarni pa za 70 %. Zaskrbljujoč pa je tudi porast porabe zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj pri osebah, mlajših od 20 let, saj se je ta v obdobju od leta 2008 do leta 2015 povečala za 48 %, med mladostniki od 15. do 19. leta starosti je bila leta 2015 za 73 % večja kot leta 2008. Največ obravnav je bilo v starostni skupini med 15. in 19. letom; vzroki zanje so podobni kot pri

odraslih – reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje, druge anksiozne motnje, depresivne epizode in motnje hranjenja. Pomembna ugotovitev je povezana tudi z neenakostjo v dostopnosti do pomoči v različnih slovenskih regijah. Tako na primer koroški, posavski in primorsko-notranjski regiji ZZZS sploh ne zagotavlja finančnih sredstev za izvajanje tega programa v okviru dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije.

Publikacija je pomembno izhodišče za pripravo programa za izboljšanje stanja na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov, pa tudi za izboljšanje kakovosti sistema zbiranja, proučevanja in vrednotenja podatkov. Takšen pristop je ključnega pomena za ustrezno spremljanje, načrtovanje in vrednotenje uvedenih ukrepov. Želim si, da bi publikacija spodbudila širšo razpravo med različnimi strokovnjaki, političnimi odločevalci in vsemi, ki jim ni vseeno za duševno zdravje otrok in mladostnikov ter celotne populacije.

“ Moj problem je v tem, da ne vem kdo sem in kaj si sploh zelim početi. Ne govorim le v poklicni smeri, temveč nasploh v življenju. ”

#to
sem
jaz

citata s spletne strani www.tosemjaz.net

“ stara sem 12 let in sem v depresiji. že od poletnih počitnic. preden smo šli na morje. sem bla cel čas sama pa sem samo brala in si dan pa noč obrnila in ja postala zelo osamljena. ful sem jokala pa začela sem se rezat. pol smo šli na morje pa sem mela prehrambene motnje. sam se je zadnji teden pa pol vse srečna. ”

1. Uvod

Svetovna zdravstvena organizacija zdravje opredeljuje kot »... stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja/ugodja in ne zgolj kot stanje odsotnosti bolezni ali betežnosti/nemoči«. Izhajajoč iz te definicije, lahko torej zaključimo, da je zdravje *samo eno* in da je ločevanje med telesnimi, duševnimi in socialnimi vidiki zdravja mogoče zgolj na teoretični ravni. Brez duševnega zdravja ni zdravja, brez zdravja ni kakovostnega življenja in brez kakovostnega življenja ni prave učinkovitosti v družbi (Marušič in Temnik, 2009). Duševno zdravje je temeljni del dobrega počutja in učinkovitega delovanja za posameznika in skupnost (Kovess-Masfety, Murray in Gureje, 2005). Dobro duševno zdravje omogoča posamezniku, da udejanja svoje umske in čustvene zmožnosti ter je uspešen v poklicnem, družbenem in zasebnem življenju. Kljub temu se je dolgo časa več pozornosti namenjala telesnim vidikom zdravja. Hkrati s tem je bila pozornost pri telesnih vidikih zdravja večino časa usmerjena v bolezni in negativne izide. V zadnjih desetletjih je prišlo do sprememb, in vse večja pozornost se namenja duševnim in v zadnjem desetletju tudi socialnim vidikom zdravja (Mental Health Action Plan, 2013–2020). Podobno kot pri telesnih vidikih zdravja, se je tudi pri duševnih razpravljalo pretežno o negativnih izidih, npr. duševnih motnjah, simptomih duševnih težav in motenj. V preteklosti je pristop k vsebinam duševnega zdravja temeljil predvsem na patogenetskem modelu in posledično na preventivi duševnih motenj in težav. Pozornost je bila usmerjena predvsem v dejavnike tveganja za nastanek duševnih težav in motenj. Šele v zadnjem desetletju se vse večji pomen daje tudi pozitivnemu duševnemu zdravju oziroma pozitivnim vidikom zdravja nasploh. Napredek pri razumevanju duševnega zdravja in usmeritev v pozitivno duševno zdravje (kot tudi v pozitivne vidike drugih komponent zdravja) sta med drugim povezana z razvojem novih konceptov in področij delovanja v javnem zdravju. Med slednje zagotovo sodi razvoj promocije zdravja, ki izhaja iz salutogeneze in se usmerja k preučevanju determinant zdravja, neenakosti v zdravju, varovalnih dejavnikov in pozitivnih vidikov zdravja (Antonovsky, 1996). Promocija duševnega zdravja je za razliko od preventive duševnih motenj in težav usmerjena v povečevanje stopnje zdravja celotne populacije, tako zdravih, bolnih kot tudi ranljivih ali ogroženih skupin. Dolgoletno razumevanje in obravnavanje duševnega zdravja z negativnih vidikov se odraža tudi v spremljanju kazalnikov, ki so bili v preteklosti večinoma povezani z duševnimi težavami, motnjami in v manjši meri s pozitivnimi vidiki duševnega zdravja, zadovoljstvom, občutkom sreče, dobrega počutja, pozitivno samopodobo itd.

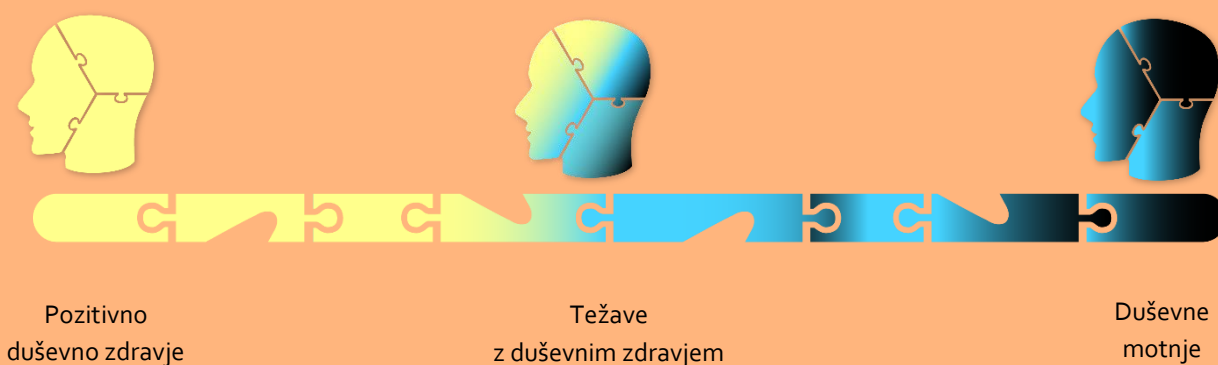
Dobro duševno zdravje, njegovo varovanje in krepitev ter preprečevanje nastanka duševnih težav so pomembni v vseh starostnih obdobjih, vse od rojstva naprej, še posebej pa v obdobju otroštva in mladostništva. Duševno zdravje v otroštvu in adolescenci je po mnenju raziskovalcev (Ravens-Sieberer idr., 2008) namreč pomemben napovedni dejavnik duševnega zdravja v odrasli dobi, po drugi strani pa je povezano z doseganjem razvojnih nalog in s šolsko uspešnostjo, z odnosi s starši in vrstniki itd. Za obdobje otroštva in mladostništva je značilno, da velika večina (80 %) nima duševnih motenj, so pa v tem obdobju, glede na dolgoročni vpliv na duševno zdravje, zato toliko pomembnejši pozitivni vidiki duševnega zdravja – sposobnosti zaznavanja, razumevanja in interpretacije okolja ter prilagajanja okolju, sposobnosti medosebnega komuniciranja, dobre samopodobe, optimizma ipd. (Keyes, 2006).

V tej publikaciji želimo – kolikor je to mogoče – prispevati k aktualnim spoznanjem na področju duševnega zdravja ter predstaviti glavne značilnosti omenjenega področja (pozitivnih in negativnih vidikov) pri otrocih in mladostnikih. Predstavili bomo glavne potrebe in prioritete na področju duševnega zdravja pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji ter podali nekaj predlogov za ukrepanje na tem področju.

Publikacija je namenjena vsem, ki se ukvarjajo s področjem duševnega zdravja – strokovnjakom, političnim odločevalcem in tudi splošni/laični javnosti.

1.1 Opredelitev duševnega zdravja

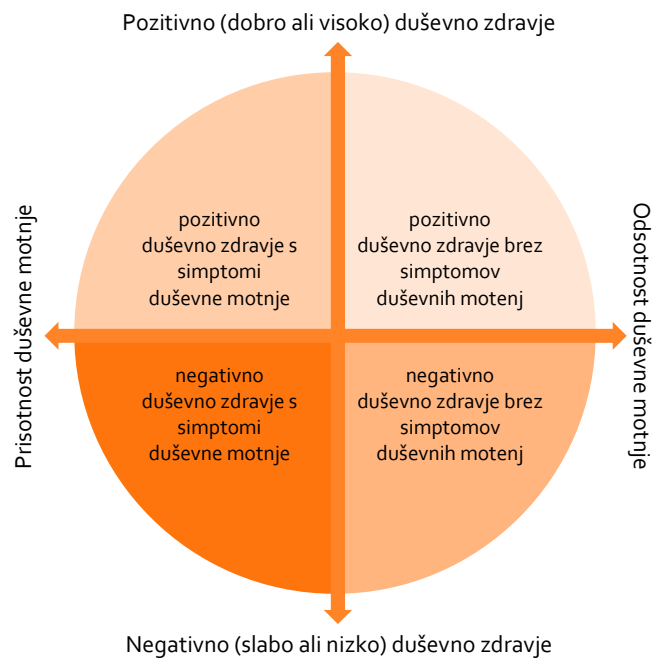
Duševno zdravje je opredeljeno kot pozitiven odnos do sebe in drugih, uspešno soočanje z izzivi, pozitivna samopodoba, visoko samospoštovanje, občutek moči, optimizem in sposobnost soočanja s težavami. Vendar pa se opredelitve duševnega zdravja med seboj razlikujejo glede na to, ali duševno zdravje razumemo kot stanje ali kot kontinuum. Tradicionalne opredelitve duševno zdravje pojmujejo kot stanje, ki je ločeno od duševnih motenj (WHO, 2014). Kritiki opozarjajo, da je tako definirano duševno zdravje nedosegljivo in preveč statično. Zato se novejše opredelitve naslanjajo na koncept kontinuum, po katerem se duševno zdravje razume kot nekaj spremenljivega na kontinuumu od pozitivnega k negativnemu oz. obratno. Na eni strani kontinuum je pozitivno duševno zdravje, sledijo težave z duševnim zdravjem, na drugem koncu kontinuum pa so duševne motnje (The University of Michigan, 2009; »Understanding U«, 2015, slika 1). Posameznik se po kontinuumu premika v smeri boljšega ali slabšega duševnega zdravja, odvisno od zunanjih vplivov, psihofizične kondicije itd.



Slika 1. Kontinuum duševnega zdravja (prirejeno po The University of Michigan, 2009)

Koncept kontinuuma duševnega zdravja torej zajema tako pozitivno kot negativno komponento duševnega zdravja (Lehtinen, Sohlman in Kovess-Masfety, 2005). Negativna komponenta se nanaša na duševne motnje, simptome in težave, pozitivna komponenta pa na pozitivno duševno zdravje, npr. dobro samopodobo, harmonične odnose, učinkovito reševanje problemov, soočanje s težavami, problemi in stresom (Marušič in Temnik, 2009). Čeprav je takšna opredelitev bolj fleksibilna od opredelitve duševnega zdravja kot stanja, nekateri avtorji (Greenspoon in Saklofske, 2001) opozarjajo na njene slabosti. Pomanjkljivost naj bi bila predvsem ali ravno to, da so kategorije pozitivnega in negativnega duševnega zdravja nanizane v istem kontinuumu, kar v danem trenutku omogoča zavzemanje samo ene kategorije: posameznik z duševno motnjo lahko v danem trenutku zavzema mesto samo na skrajnem desnem koncu kontinuuma (kjer so duševne motnje), kar povsem izključuje možnost za opredelitev kakršnegakoli pozitivnega duševnega stanja; po drugi strani lahko posameznik brez duševnih težav zaseda mesto samo na skrajnem levem koncu kontinuuma, kar povsem izključuje možnost opredelitve kakršnegakoli negativnega duševnega stanja, kot je npr. stres. Zato avtorji navajajo, da ni dovolj en kontinuum, ampak bi morali govoriti o dveh ločenih, a povezanih kontinuumih: o kontinuumu duševnega zdravja in kontinuumu duševnih motenj.

Kontinuum duševnega zdravja, ki je na sliki 2 prikazan na navpični osi, zajema različne stopnje duševnega zdravja – dobro oziroma visoko izraženo duševno zdravje (lahko mu rečemo tudi pozitivno duševno zdravje) na eni strani kontinuuma ter slabo oziroma nizko izraženo duševno zdravje (lahko mu rečemo tudi negativno duševno zdravje) na drugi strani. Kontinuum duševnih motenj (vodoravna os) pa zajema različne stopnje duševnih motenj – prisotne in izražene duševne motnje na eni strani kontinuuma ter neprisotne in neizražene duševne motnje na drugi strani. Rezultat sovplivanja obeh kontinuumov so štiri kvadranti, ki predstavljajo različne kombinacije stanj: optimalno/dobro duševno zdravje (pozitivno duševno zdravje) brez simptomov duševnih motenj, slabo duševno zdravje (negativno duševno zdravje) brez simptomov duševnih motenj, slabo oziroma negativno duševno zdravje s simptomi duševne motnje in optimalno/visoko duševno zdravje (pozitivno duševno zdravje) s simptomi duševne motnje. Prednost takšnega razumevanja duševnega zdravja in duševnih motenj je, da je možno prehajanje med posameznimi kategorijami oziroma stanji. Odsotnost duševnih motenj ali težav namreč še ne pomeni nujno dobrega duševnega zdravja in obratno. Dobro duševno zdravje in duševne motnje ali težave se lahko pojavljajo sočasno in se ne izključujejo. Tako imajo lahko osebe brez duševnih motenj hkrati tudi nizko zadovoljstvo z življenjem oziroma nizko stopnjo duševnega zdravja (npr. v obdobju povečanega stresa itd.) in obratno, posamezniki z duševnimi motnjami imajo lahko visoko izraženo zadovoljstvo z življenjem oziroma visoko stopnjo duševnega zdravja. Omenjeni dvofaktorski model se je na vzorcu otrok potrdil v raziskavi Greenspooona in Saklofskega (2001). Po pričakovanjih se je kot najbolj neugodna izkazala kombinacija nizkega duševnega blagostanja s prisotnostjo duševne motnje. Tudi ugotovitve drugih avtorjev (Keyes, 2002, 2006) potrjujejo, da je za posameznika najbolj obremenjujoča kombinacija nizkega duševnega zdravja s prisotnostjo duševne motnje.



Slika 2. Dvofaktorski model duševnega zdravja (prirejeno po Greenspoon in Saklofske, 2001)

1.2 Varovalni dejavniki in dejavniki tveganja

Posameznikovo duševno zdravje je rezultat sovplivanja različnih dejavnikov. Pomembni so tako dejavniki na individualni ravni kot tudi tisti na socialno-ekonomski, okoljski in družbeni ravni. Odvisno od tega, ali ima dejavnik pozitiven ali negativen vpliv na zdravje, govorimo o varovalnih dejavnikih oziroma o dejavnikih tveganja. Varovalni dejavniki zmanjšajo verjetnost pojava težav in ugodno vplivajo na (duševno) zdravje ter hkrati zmanjšajo posameznikov odziv na dejavnike tveganja (Berntsson, Köhler in Gustafsson, 2001). Po drugi strani pa dejavniki tveganja povečajo verjetnost neugodnih zdravstvenih izidov in pojavnosti simptomov duševnih težav in motenj (Poikolainen, Kanerva in Lönnqvist, 1995).

Dejavniki in njihovi učinki so v medsebojnem sovplivanju. To lahko ponazorimo na primeru neuspeha v šoli. Vpliv slabe šolske uspešnosti na duševno zdravje je tako lahko neposreden (s povečanjem števila psihosomatskih simptomov) kot tudi posreden (z večanjem števila konfliktov v družini) (Hurrelmann, Engel, Holler in Nordlohne, 1988).

N. Wille, S. Bettge in Ravens-Sieberer (2008) so v svoji študiji ugotavljali, da je prisotnost več varovalnih dejavnikov hkrati (npr. pozitivno družinsko okolje, visoka socialna podpora in nekatere osebnostne lastnosti) povezana z manjšo pojavnostjo težav z duševnim zdravjem. Tako npr. v primeru, da je prisotnih več varovalnih dejavnikov in en dejavnik tveganja, znake težav v duševnem zdravju izraža 7 % mladostnikov, medtem ko se v primeru odsotnosti varovalnih dejavnikov in prisotnosti enega dejavnika tveganja ta delež poveča na 26 %. Ista skupina avtorjev navaja, da se dejavniki tveganja redko pojavljajo izolirano (en sam) in da medsebojno sovplivajo. Kadar se skupaj pojavlja več dejavnikov tveganja hkrati, je tudi verjetnost težav z duševnim zdravjem večja. Ob sočasnem pojavljanju 6 dejavnikov tveganja ali več, o težavah v duševnem zdravju poroča kar 67 % mladostnikov (Wille idr., 2008).

V tabeli 1 prikazujemo nekaj najpomembnejših varovalnih dejavnikov in dejavnikov tveganja za področje duševnega zdravja.

Tabela 1. Dejavniki tveganja in varovalni dejavniki na področju duševnega zdravja

Vrsta dejavnika	Dejavniki tveganja	Varovalni dejavniki
Individualni	<p>Prenatalna poškodba možganov Prezgodnje rojstvo Poškodbe ob rojstvu Nizka porodna teža, zapleti ob rojstvu Kronična bolezen Slabo zdravje v otroštvu Negotova navezanost v otroštvu Določene oblike temperameta (npr. neprilagodljivost) Fizične in/ali intelektualne manjzmožnosti Slabe socialne spretnosti Nizka samopodoba Impulzivnost Čustvena nedozorelost Slabše veščine komuniciranja Osamljenost, žalovanje</p>	<p>Določene značilnosti temperameta (npr. prilagodljivost) Uravnotežena prehrana Nadpovprečne intelektualne sposobnosti Dobro razvite veščine reševanja problemov Notranja kontrola Dobro razvite socialne veščine Dobri načini spoprijemanja s problemi Optimistična naravnost Moralna prepričanja Vrednote Skrb zase Dobro fizično zdravje, dobra telesna pripravljenost Dobra samopodoba Dobre komunikacijske sposobnosti</p>
Dejavniki, povezani z družino	<p>Odsotnost enega ali obeh staršev Socialno neprilagojeni starši Nerazumevanje med staršema, ločitev Dolgotrajna brezposelnost v družini Izpostavljenost kriminalu, nasilju, zlorabi Zloraba substanc s strani staršev Duševna motnja pri starših Slab nadzor in slabo spremljanje s strani staršev Socialna izolacija družine Pomanjkanje topline in naklonjenosti, zapostavljenost Smrt družinskega člana Nizki dohodki, revščina družine</p>	<p>Povezanost družine Dobra komunikacija družinskih članov Podporni, skrbni starši Družinska harmonija Varo družinsko okolje Majhna družina Visoka raven odgovornosti v družini Trdne družinske norme in morala Ekonomska varnost</p>
Dejavniki, povezani s šolo	<p>Slab odnos do šole Sodelovanje pri trpinčenju Biti žrtev trpinčenja Zavračanje s strani vrstnikov Nezadostno obvladovanje neugodnih vedenjskih vzorcev Pripadnost težavnim vrstniškimi skupinam Šolski neuspeh, težave v šoli Pogosto menjavanje šole</p>	<p>Dobri dosežki v šoli Občutek pripadnosti šoli Pozitivno ozračje v šoli Prosocialne vrstniške skupine Visoka pričakovanja in ambicije Ustrezna odgovornost do drugih in podpora drugim Priložnosti za uspeh in prepoznavanje uspeha</p>
Družbeni in okoljski dejavniki, povezani s skupnostjo, kulturni dejavniki	<p>Slabši socialno-ekonomski položaj Socialna/kulturna diskriminacija Nasilje in kriminal v soseski Prenaseljenost Pomanjkanje možnosti za rekreacijo Pomanjkanje podpornih služb Omejen dostop do osnovnih dobrin in storitev Socialna nepravilnost in diskriminacija Socialna neenakost, neenakost spola Vojne, katastrofe</p>	<p>Občutek povezanosti in pripadnosti v skupnosti Dobro socialno omrežje v skupnosti Močna kulturna identiteta Dostop do podpornih storitev Skupnostne norme proti nasilju Skrbnost v soseski Dostop do osnovnih dobrin in storitev Socialna pravičnost in toleranca Socialna enakost, enakost spolov Fizična varnost</p>

(Vir: WHO, 2012; Anuradha idr., 2012.)

1.3 Literatura

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11–18.
- Anuradha, S., Yagnik, L. R., in Sharma, V. (2012). Improving positive mental wellbeing among adolescents: Current need. *Delhi Psychiatry Journal*, 15, 22–27.
- Berntsson, L. T., Köhler, L., in Gustafsson, J. E. (2001). Psychosomatic complaints in schoolchildren: A Nordic comparison. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29, 44–54.
- Greenspoon, P. J., in Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research*, 54(1), 81–108.
- Hurrelmann, K., Engel, U., Holler, B., in Nordlohne, E. (1988). Failure in school, family conflicts, and psychosomatic disorders in adolescence. *Journal of Adolescence*, 11, 237–249.
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207–222.
- Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: Is America's Youth Flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry* 76(3) 395–402.
- Kovess-Masfety, M., Murray, M., in Gureje, O. (2005). Evolution of our understanding of positive mental health. V: H. Herrman, S. Saxena in R. Moodie. (ur.), *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne* (str. 35–45). Geneva: World Health Organization.
- Lehtinen, V., Sohlman, B., in Kovess-Masfety, V. (2005). Level of positive mental health in the EU. Results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(1), 9–16.
- Marušič, A., in Temnik, S. (2009). *Javno duševno zdravje*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
- Poikolainen, K., Kanerva, R., in Lönnqvist, J. (1995). Life events and other risk factors for somatic symptoms in adolescence. *Pediatrics*, 96(1), 59–63.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Erhart, M., Bettge, S., Wittchen, H. U., Rothenberger, A. ... Döpfner, M. (2008). Prevalence of mental health problems among children in Germany: Results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(1), 22–33.
- The University of Michigan. (2015). *Understanding U: Managing the ups and downs of life*. Pridobljeno s <https://hr.umich.edu/benefits-wellness/health/mhealthy/mental-emotional-well-being/understanding-mental-emotional-health>.
- Wille, N., Bettge, S., in Ravens-Sieberer, U. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescent's mental health: Results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(1), 133–147.
- World Health Organization. (2014). *Mental Health Action Plan: 2013-2020*. Geneva: World Health Organization. Pridobljeno s http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf.
- World Health Organization. (2012). *Risks to Mental Health: An Overview of Vulnerabilities and Risk Factors. Background Paper by WHO Secretariat for Development of a Comprehensive Mental Health Action Plan*. Geneva: World Health Organization. Pridobljeno s http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_o8_12.pdf.

#to sem jaz

citat s spletne strani www.tosemjaz.net

“ K temu pripomore moja zaprtost zglada, ki je že od nekdanj zakoreninjena v meni.. ne znam se vklopit v pogovor, ne znam komunicirat.. ”

2. Opredelitev problema in namen publikacije

Kot smo že omenili v prejšnjem poglavju, je duševno zdravje kompleksen, večplasten (procesni in dinamičen) pojav, ki ga težko natančno in enoznačno merimo in razmejimo. To velja za vse populacijske skupine, tudi za otroke in mlade. Če izhajamo iz navedb različnih avtorjev (Ravens-Sieberer idr., 2008), da je duševno zdravje v otroštvu in adolescenci pomemben napovedni dejavnik duševnega zdravja v odrasli dobi, sta raziskovanje in merjenje duševnega zdravja kljub nekaterim metodološkimi izzivom osnova za ukrepanje na področju javnega duševnega zdravja.

Po pregledu dosedanjih študij in predvsem razpoložljivih podatkov na slovenskih vzorcih ugotavljamo, da kazalniki pozitivnih in negativnih vidikov duševnega zdravja otrok in mladostnikov niso enakomerno zastopani. Dostopni kazalniki so večinoma povezani z duševnimi težavami in motnjami ter v manjši meri s pozitivnimi vidiki duševnega zdravja, zadovoljstvom, občutkom sreče, dobrega počutja, pozitivno samopodobo itd. Prav tako ugotavljamo, da v slovenskem prostoru manjka publikacija, v kateri bi bili na enem mestu zbrani podatki o duševnem zdravju otrok in mladostnikov iz različnih virov (obdobne oziroma presečne raziskave, različne podatkovne zbirke itd.), kar bi omogočalo bolj celostni pregled področja in optimizacijo predlogov ukrepov.

V skladu s tem želimo s to publikacijo doseči dvoje. V prvi vrsti želimo narediti pregled obstoječih in dostopnih podatkov na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Posebno pozornost bomo namenili pregledu kazalnikov pozitivnega duševnega zdravja. Obetamo si, da nam bo s takšnim pregledom uspelo (i) identificirati področja duševnega zdravja, ki niso dovolj dobro zajeta v smislu zbiranja in spremljanja podatkov, ter (ii) razširiti in dopolniti obstoječa spoznanja na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov v Sloveniji. V drugi vrsti pa želimo na podlagi pregleda podatkov in izsledkov predlagati nekaj usmeritev za izvajanje ukrepov na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov v Sloveniji. Predlogi ukrepov, ki jih bomo navedli, bodo vsebinsko usklajeni s predlogi, ki so zapisani v Resoluciji Nacionalnega plana za duševno zdravje.

“ Zanima me če lahko stres, živčnost in če hodim bos vplivajo na plodnost. Prosim za čim prejšnji odgovor. Hvala! ”

#to
sem
jaz

citati s spletne strani www.tosemjaz.net

3. Metoda

3.1 Starostna skupina

V analize smo vključili podatke otrok in mladostnikov v starostni skupini od 0 do 19 let. Posamezna poglavja imajo zaradi specifičnosti proučevanega problema prilagojene starostne razrede, kar je posebej razloženo in opredeljeno v vsakem poglavju posebej (npr. v analizo so vključeni podatki za starostno skupino od 6 do 19 let, ker bi bilo zaradi odsotnosti težav v nižjih starostnih razredih nesmiselno prikazovati vse starostne skupine). Izjema je poglavje o pozitivnem duševnem zdravju, kjer smo zaradi pomanjkanja podatkov ponekod razširili starostno skupino obravnavane populacije. Za izračun stopenj zunajbolnišničnih in bolnišničnih obravnav (na 1000 oziroma 100.000 oseb) smo upoštevali število oseb v referenčni starostni skupini.

3.2 Viri podatkov

V publikaciji smo želeli uporabiti čim več razpoložljivih podatkov o duševnem zdravju in duševnih motnjah pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji. V nadaljevanju so opisane glavne podatkovne zbirke in raziskave, iz katerih smo črpali podatke.

Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC)

HBSC ali slovensko Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju je periodična mednarodna kvantitativna raziskava, ki se izvaja v štiriletnih intervalih in zajema številne vidike mladostnikovega zdravja in življenja: samooceno (duševnega) zdravja, zadovoljstva, poškodbe, ustno zdravje, z zdravjem povezana vedenja (npr. tvegana vedenja, prehrana, gibanje) in tudi socialni kontekst (družina, šola, vrstniki). Raziskava se že dlje časa izvaja v 42¹ državah in zajema 220.000 mladostnikov v starosti 11, 13 in 15 let (podatek za leti 2013 in 2014) v Evropi in Severni Ameriki, zato nam podatki omogočajo mednarodno primerjavo. Izvaja se med 11-, 13- in 15-letniki, saj so to leta, ki so zaznamovana s povečanjem avtonomije posameznika, kar pa vpliva tudi na vedenje, povezano z zdravjem. Otroci in mladostniki v šolskem obdobju so namreč z vidika zdravja ranljiva skupina, čeprav so navadno bolj zdravi kot odrasli. Njihove zdravstvene težave so v glavnem povezane z značilnostmi rasti in razvoja, načinom življenja in s širšimi družbenimi dogajanjem. Anketiranje se izvaja v času pouka v šolah, tako da so v raziskavo vključeni samo šolajoči se otroci in mladostniki. Enota vzorčenja je razred oziroma oddelek, vzorčenje pa je dvostopenjsko stratificirano. Slovenija se je raziskavi HBSC pridružila leta 2002. V letu 2014 je bilo za razliko od let 2002, 2006 in 2010, ko so se ankete izpolnjevale samo pisno (v fizični obliki, s svinčnikom in papirjem), izvedeno tudi spletno anketiranje oziroma izpolnjevanje anket na šolskih računalnikih, v računalniških učilnicah ali v knjižnicah izbranih šol. Poleg tega so bila v letu 2014 dodana tudi nova vprašanja in novi vsebinski sklopi, npr. uporaba e-tehnologije. HBSC se izvaja s poenoteno metodologijo v 45 državah Evrope in širšega sveta, zato nam podatki omogočajo tudi mednarodne primerjave. Samoocenjevalni vprašalnik HBSC ima obvezen del (ki ga morajo vključiti vse države) ter opcijski oziroma izbirni del, ki ga države vključujejo po potrebi oziroma po

¹ Armenija, Republika Moldavija, Albanija, Nizozemska, Švica, Danska, Finska, Slovenija, Islandija, Avstrija, Romunija, Norveška, Litva, Belgija, Španija, Izrael, Estonija, Hrvaška, Bolgarija, Ukrajina, Latvija, Grčija, Grenlandija, Malta, Škotska, Italija, Belgija (flamski, francoski del), Kanada, Nemčija, Irska, Madžarska, Slovaška, Švedska, Ruska federacija, Portugalska, Češka republika, Luksemburg, Wales, Anglija, Poljska, Nekdanja jugoslovanska republika Makedonija.

lastni presoji za posamezno starostno skupino. Končni cilj raziskave je izboljšati zdravje in dobro počutje med mladostniki. Podatki, ki so uporabljeni v publikaciji, so bili zbrani v raziskavah v letih 2002, 2006, 2010 in 2014. V končni vzorec je bilo v letu 2014 zajetih 2449 fantov in 2548 deklet, leta 2010 2765 fantov in 2671 deklet, leta 2006 2558 fantov in 2572 deklet ter leta 2002 1996 fantov in 1960 deklet.

Baza o zdravju otrok in mladostnikov v Evropi (WHO CAHD)

Baza o zdravju otrok in mladostnikov v Evropi ali Europe child and adolescent Health Data base (WHO CAHD) je mednarodna podatkovna zbirka Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), ki je vir podatkov o duševnem zdravju otrok in mladostnikov v različnih državah. Podatkovna zbirka predstavlja nabor podatkov iz mednarodnih raziskav (npr. HBSC) in zbirk, ki temeljijo na indikatorjih, povezanih z zdravjem in počutjem otrok in mladostnikov. O negativnem duševnem zdravju je na voljo vrsta indikatorjev, medtem ko so o pozitivnem duševnem zdravju iz mednarodne podatkovne zbirke na voljo le podatki o zadovoljstvu z življenjem, ki služijo primerjavi zadovoljstva z življenjem otrok in mladostnikov v različnih državah (WHO, 2016).

Raziskava o življenjskih pogojih (SILC)

Raziskava o življenjskih pogojih (SILC) je mednarodna raziskava, ki se izvaja na območju EU in jo koordinira Statistični urad Evropske skupnosti (Eurostat). V Sloveniji raziskavo izvaja Statistični urad Republike Slovenije (SURS). Izvaja se v enoletnem intervalu z namenom ugotavljanja kakovosti življenja, življenjskih razmer oseb v gospodinjstvih, vključevanja posameznikov v družbo in dejavnikov, ki vplivajo na večjo ali manjšo socialno vključenost. Osrednji namen raziskave je ugotoviti, kako se ljudje vključujejo v družbo. Socialna vključenost je odvisna predvsem od dohodkov, ki jih prejema gospodinjstvo. Poleg dohodkov odločajo o socialni vključenosti tudi drugi dejavniki, npr. stanovanjski pogoji, dostopnost do zdravstvenih storitev ipd. Podatki iz raziskave SILC so osnova za izračunavanje stopnje tveganja revščine in drugih socialnih kazalnikov, ki jih objavljata SURS in Eurostat. Gre za t. i. relativni koncept merjenja revščine, po katerem so revni vsi, ki živijo v gospodinjstvih, katerih ekvivalentni razpoložljivi dohodek ne dosega praga tveganja revščine. Osnova za vzorčni okvir v Sloveniji je Centralni register prebivalstva (CRP), poleg tega pa se v postopku določitve okvira uporabijo kot vir še podatki iz registra nepremičnin, registra gospodinjstev ter anketni podatki iz preteklih let. Del raziskovalnih vprašanj se nanaša na gospodinjstvo kot celoto, del pa na osebe, ki živijo v gospodinjstvu, poseben sklop vprašanj pa samo na izbrano osebo. Kazalniki se izračunavajo v vseh državah članicah EU po enotni metodologiji, zato so med seboj primerljivi. V vzorčni okvir so vključene osebe, stare vsaj 16 let, ki so v času izbora vzorca prebivalci Slovenije in ne živijo v institucijah (socialnovarstveni zavodi, domovi za ostarele, zapori, študentski domovi, vojašnice ipd.). Za namene te publikacije so bile izbrane osebe v starostnem intervalu od 16 do 25 let (SURS, 2017).

Raziskava Mladina

Gre za presečno raziskavo, ki vključuje različne vidike življenja in zdravja mladine. V publikaciji so uporabljeni podatki iz dveh presečnih raziskav mladih, in sicer Mladina 2010 in Mladina 2013. Raziskava *Mladina 2010* je nastala pod pokroviteljstvom Urada za mladino. Temeljna področja, ki jih raziskava zajema, so demografske spremembe in medgeneracijsko sodelovanje, izobraževanje in usposabljanje, ustvarjalnost, kultura, prosti čas, virtualizacija vsakodnevnega življenja, zaposlovanje in podjetništvo, trajnostni način družbenega delovanja, bivanjske in stanovanjske razmere, zdravje in dobro počutje, participacija in socialna vključenost, prostovoljne

dejavnosti, mobilnost mladih in globalizacija. V raziskavo so bili vključeni mladi od 15 do 29 let. Od predvidene velikosti vzorca 2000 oseb je anketo v celoti rešilo 1257 mladih. Osebe/vzorčne enote so bile v vzorec izbrane s pomočjo dvostopenjskega vzorčenja. Zbiranje podatkov je potekalo v obliki osebnega anketiranja na terenu. Vse osebe, vključene v vzorec, so bile pred začetkom terenskega dela o anketiranju pisno obveščene in povabljene k sodelovanju (Lavrič idr., 2010).

Raziskava *Mladina 2013* vključuje mlade od 16 do 27 let. Posebni poudarek raziskave je na življenjskih pogojih in socialno-ekonomskem položaju mladih, zaposlovanju in mobilnosti, izobraževanju, prostem času in življenjskih slogih, uporabi medijev, zdravju in za zdravje tveganem vedenju, družini, strahovih in pričakovanjih, zaupanju in pripadnosti, politiki in demokraciji ter upravljanju in razvoju. Tako kot pri raziskavi iz leta 2010 je tudi v izvedbi leta 2013 zbiranje podatkov potekalo v obliki osebnega anketiranja na terenu, predvsem v gospodinjstvih. Vprašalnik je bil sestavljen iz dveh delov – ustnega in pisnega. V okviru ustnega dela je spraševalec izpolnjeval vprašalnik na podlagi odgovorov, prejetih od respondenta, kasneje pa je respondenta prosil, naj sam izpolni odgovore pisnega dela vprašalnika. K sodelovanju v raziskavi je bilo povabljenih 1163 potencialnih respondentov, od tega je bilo skupaj opravljenih 907 veljavnih intervjujev (Flere idr., 2013).

Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS)

Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu se v Sloveniji izvaja pod koordinatrstvom NIJZ. Glavni namen raziskave je ugotoviti, kakšno je zdravstveno stanje prebivalcev, kako pogosto se uporabljajo različne zdravstvene storitve in kakšen je življenjski slog prebivalcev, povezan z zdravjem. V Sloveniji je bila anketa v letu 2007 izvedena prvič, leta 2014 drugič, predvidoma pa naj bi se izvajala vsakih 5 let. Osnova za vzorčni okvir raziskave je okvir popisnih okolišev in Centralni register prebivalstva. Enota opazovanja v raziskavi so bili prebivalci Slovenije, stari 15 let ali več (za potrebe publikacije je bil izbran starostni interval od 15 do 19 let), ki živijo v zasebnih gospodinjstvih (niso institucionalizirani). Vzorec je stratificiran dvostopenjski. Eksplicitno je bilo stratificirano po velikosti in tipu naselja, implicitno pa po statističnih regijah. Podatki so se zbirali z osebnim anketiranjem na naslovih izbranih oseb z vprašalnikom na papirju (PAPI). V izvedbi raziskave EHIS leta 2014 so se podatki zbirali tudi s pomočjo spletnega vprašalnika. Večina anket je trajala od pol do ene ure. Anketo o zdravju in zdravstvenem varstvu je v letih 2007–2010 izvedla večina držav Evropske unije, zato so njeni izsledki mednarodno primerljivi. V metodologiji (načinu vzorčenja, vsebini vprašalnikov) slovenske ankete o zdravju in zdravstvenem varstvu so bila upoštevana priporočila Eurostata. Končni vzorec v letu 2007 je zajemal 3387 oseb. Leta 2014 je v anketi EHIS sodelovalo okrog 6300 oseb (celoten začetni, predvideni vzorec), dobra polovica z osebnim anketiranjem, slaba polovica pa preko spletnega vprašalnika (Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu, 2015).

Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino (ESPAD)

V raziskavi ESPAD sodeluje več kot 40 evropskih držav. Slovenija je v raziskavo vključena že od samega začetka, od leta 1995. Podobno kot HBSC tudi raziskava ESPAD poteka v štiriletnih intervalih. Vzorčna populacija so dijaki prvih letnikov srednjih šol, kar pomeni, da gre za mladostnike, stare 15 in 16 let. Zbiranje podatkov poteka s pomočjo samoocenjevalnih vprašalnikov. Podatki se zbirajo v stratificiranih slučajnih vzorcih, reprezentativnih za dijake, ki v letu zbiranja dopolnijo 16 let. Enota vzorčenja je razred. Razredi se naključno izberejo s seznamov vseh oddelkov prvega letnika slovenskih srednjih šol za štiri vrste programov srednjega izobraževanja. Glavni namen raziskave je zbiranje podatkov o uživanju psihoaktivnih substanc

med mladimi. Zbrani podatki so primerljivi med državami pa tudi v različnih časovnih obdobjih, kar pomeni, da omogočajo primerjavo in spremljanje trenda glede uporabe alkohola in ostalih drog znotraj držav pa tudi med različnimi državami. Za to publikacijo so bili uporabljeni podatki raziskave iz leta 2007 (N = 4586) in podatki raziskave iz leta 2011 (N = 3883) (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, 2016).

Raziskava Reševanje in opolnomočenje mladih življenj v Evropi (SEYLE)

SEYLE je program promocije zdravja na osnovi preprečevanja tveganega in samouničevalnega vedenja, namenjen mladostnikom. Implementiran je v nekaterih evropskih šolah. Njegov osnovni namen je zbirati podatke o počutju in zdravju mladostnikov v Evropi, o življenjskem slogu in duševnem zdravju, identificirati dejavnike tveganja za duševne motnje pri mladih ter povečati ozaveščenost o duševnem zdravju med dijaki in posamezniki, ki so z njimi vsakodnevnem stiku (starši, učitelji, strokovni delavci na šoli). Del programa so tudi raziskave in evalvacije implementiranih programov. Podobno kot v podatkovnih zbirkah se tudi v okviru kontinuiranih raziskav beležijo oziroma zbirajo podatki o različnih oblikah samomorilnosti (samomorilne misli, samopoškodbeno vedenje) (Carli idr., 2013).

3.3 Zbirke podatkov NIJZ

Evidenca osnovnega zdravstvenega varstva in evidenca o boleznih in stanjih, ugotovljenih v specialistični ambulantni dejavnosti (ZubStat)

ZubStat je podatkovna zbirka, ki jo vodi Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) skladno z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. V njej se zbirajo podatki o obiskih in napotitvah, boleznih in stanjih ter kadrih in urah, ki jih beležijo izvajalci zdravstvenih dejavnosti na primarni in sekundarni zdravstveni ravni. V zbirko so vključeni dejavnost splošne/družinske medicine, zdravstveno varstvo predšolskih otrok, zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine, reproduktivno zdravstveno varstvo žensk, dejavnost medicine dela, prometa in športa ter specialistična ambulantna dejavnost. Podatki so ločeni po vrsti obiska (preventivni, kurativni ...), po spolu, starostnih skupinah in po diagnozah oz. kodah Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, deseta revizija (MKB-10). Podatki so delno agregirani (izvajalci poročajo podatke za posamezno vrsto obiska in za posamezno diagnozo bolezni po MKB-10, združene po starostnih razredih in po spolu). ZubStat vključuje prvo diagnozo – razlog za obisk oz. diagnozo ob prvem obisku na primarni ravni, specialistične ambulante na sekundarni ravni pa poročajo samo končne diagnoze. Če te ne obstajajo, se prepiše in posreduje diagnoza, postavljena ob prvem obisku. S primarne ravni zdravstvene dejavnosti pa se na državno raven posreduje samo diagnoza ob končnem obisku. Nabor podatkov in postopki zbiranja so natančneje opisani v metodoloških navodilih (NIJZ – Zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost, 2016).

Evidenca bolezni, poškodb in zastрупitev, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici (Bolob)

Podatki o bolnišničnih obravnavah bolezni, poškodb in zastрупitev so pomemben vir informacij za spremljanje, načrtovanje, vodenje in razvijanje zdravstvene dejavnosti ter za ocenjevanje zdravstvenega stanja prebivalstva. Bolnišnične obravnave so opredeljene kot neprekinjena, več kot 24 ur (ali vsaj čez noč) trajajoča obravnava bolnika v posteljni enoti bolnišnice, ki se začne s sprejemom in zaključí z odpustom. Podatki o bolnišničnih obravnavah, ki so vključeni v prikazane analize, so bili izbrani na podlagi glavne diagnoze, to je glavno stanje oz. bolezen, diagnosticirana

ob koncu bolnišnične obravnave kot glavni vzrok, zaradi katerega je oseba potrebovala zdravljenje v bolnišnici. V prikaz podatkov so vključeni prvi in ponovni primeri bolnišničnih obravnav glede na glavno diagnozo (število bolnišničnih obravnav ni enako številu oseb, saj je lahko ista oseba v enem letu hospitalizirana večkrat bodisi zaradi iste ali drugih diagnoz). Nabor podatkov je usklajen z zahtevami SZO in Evropske unije, hkrati pa smo poenotili skupne podatke pri posameznih področjih (diagnostičnih skupinah) bolnišničnih obravnav. Medsebojno usklajevanje posameznih zbirk podatkov je v skladu z zahtevami Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva glede zagotavljanja elementov enotnosti zdravstvenega informacijskega sistema v Republiki Sloveniji in v skladu z zahtevo Ministrstva za zdravje po poenotenju spremljanja bolnišničnih obravnav (NIJZ – Spremljanje bolnišničnih obravnav, 2016).

Evidenca porabe zdravil, izdanih na recept

Podatke, zajete z zelenih in belih receptov, skladno z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva lekarne poročajo Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), ta pa jih zbrane in obdelane posreduje NIJZ. Poraba zdravil je predstavljena z absolutnim številom izdanih receptov in definiranim dnevni odmerkom (DDD – Defined Daily Dose) na 1000 oseb na dan. DDD je opisna spremenljivka in pomeni povprečni dnevni vzdrževalni odmerek zdravila, ki ga odrasla oseba prejme za zdravljenje stanja, ki je glavna indikacija zdravila. Pri predstavitvi podatkov s pomočjo DDD torej opazujemo, koliko DDD posameznega zdravila je v določenem časovnem obdobju prejela oseba ali skupina oseb (primer interpretacije: 20 DDD na 1000 oseb na dan pomeni, da je bilo v letu dni izdanega toliko zdravila, da bi vzdrževalno dozo zdravila vsak dan v letu prejela 2 % opazovane populacije). Poraba zdravil je prikazana po metodologiji ATC/DDD, ki jo za preučevanje in predstavitev porabe zdravil priporoča SZO. Ob tem velja opozoriti, da je tako predstavljena poraba zdravil zgolj ocena in ni nujno enaka dejanski porabi v populaciji, ki je na podlagi dostopnih podatkov ni mogoče izračunati. Prav tako so vrednosti DDD izračunane za odrasle osebe, pri katerih se lahko vzdrževalni odmerki zdravil razlikujejo od odmerkov, ki se predpisujejo otrokom in mladostnikom. Kljub temu omogoča predstavitev podatkov v obliki DDD na 1000 oseb na dan še najustreznejšo primerjavo porabe zdravil v obravnavani populaciji (NIJZ – Evidenca porabe zdravil, izdanih na recept, 2015).

Podatkovna zbirka vzrokov smrti na podlagi zdravniških poročil o umrli osebi

Podatkovna zbirka vzrokov smrti vključuje podatke o vseh umrlih, ki so imeli stalno prebivališče v Republiki Sloveniji. Podatki so predstavljeni za obdobje preteklega koledarskega leta. Smrt na kraju samem potrdi zdravnik oziroma mrliški oglednik (vzrok smrti lahko naknadno ugotovi tudi obducent). Mrliški oglednik izda potrdilo o smrti in poročilo o vzrokih smrti; o tem se obvesti matični urad. Slednji vse podatke posreduje NIJZ, kjer se podatki kodirajo po osnovnih vzrokih smrti (kot jih je mogoče razbrati iz podatkov, ki jih je posredoval matični urad). Vzroki smrti so kodirani po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10). Zbirka podatkov o umrlih poleg osnovnega vzroka smrti vsebuje tudi demografske podatke umrle osebe (osebne podatke, prebivališče, zakonski stan, državljanstvo). Iz sekundarnih virov se zberejo podatki o izobrazbi, poklicu in drugih dejavnostih osebe. Baza vsebuje tudi podatke o kraju smrti ter o drugih okoliščinah smrti, o opravljeni obdukciji ter o poročevalcu (NIJZ – Metodološka pojasnila – Umrli, 2017).

Baza podatkov izvajalcev zdravstvene dejavnosti (BPI)

BPI je temeljna nacionalna zbirka podatkov o organizacijskih enotah, zdravstvenem osebju in drugih zaposlenih v zdravstvu. Namenjena je načrtovanju in spremljanju mreže javne zdravstvene službe in gibanja zdravstvenega osebja, spremljanju in izvajanju sistema zdravstvene dejavnosti ter izvajanju sistema zdravstvenega zavarovanja.

Podatkovna baza je tehnološko vzpostavljena kot relacijska baza na ZZS. Upravljanje in ažuriranje baze je bilo po Zakonu o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 65/00) v pristojnosti Inštituta za varovanje zdravja RS (IVZ), po 1. 1. 2014 pa je v pristojnosti NIJZ. Ažuriranje poteka po spletu po komunikacijskih povezavah, vzpostavljenih med ZZS in NIJZ. Osnova za vključevanje izvajalcev v BPI je ustanovitveni akt pravne osebe oz. odločba Zdravniške zbornice Slovenije ali Ministrstva za zdravje, ki zasebnemu zdravstvenemu delavcu ali družbi dovoljuje izvajanje zdravstvene dejavnosti. Podatki, ki se nanašajo na ime, priimek oz. naslov osebe in njeno smrt, se ažurirajo sprotno na osnovi uradno prijavljenih sprememb v Centralnem registru prebivalstva. Ob registraciji izvajalca je treba prijaviti tudi vse podrejene izvajalce in njihove lokacije, vse vrste zdravstvene dejavnosti, ki jih izvajalec opravlja, ter osebe, ki so zaposlene v teh dejavnostih in podatke o njihovi zaposlitvi.

Organiziranost zdravstva BPI spremljamo preko izvajalcev zdravstvenega varstva in vrst zdravstvenih dejavnosti, ki jih ti opravljajo. Med izvajalce uvrščamo:

- a) javne in zasebne pravne in fizične osebe ali njihove podružnice, ki opravljajo vsaj eno izmed zdravstvenih dejavnosti (zavode, inštitute, družbe, zdravilišča, socialne zavode, zasebne zdravstvene delavce, zasebne lekarnarje ...);
- b) javne in zasebne pravne in fizične osebe, ki ne opravljajo zdravstvene dejavnosti, zaposlujejo pa zdravstvene delavce na delovnih mestih, ki ustrezajo njihovi izobrazbi (nekateri službe državne uprave, šolstvo, farmacevtska industrija ...).

Med drugim služi BPI tudi kot register posameznih skupin zdravstvenega osebja, posebej zdravnikov, zobozdravnikov, farmacevtov in zasebnih zdravstvenih delavcev ter drugega kadra, zaposlenega v zdravstvu, zdravstvenih sodelavcev (primer: logopedi, psihologi, biologi itd.) in nezdravstvenih delavcev (primer: ekonomisti, pravniki, informatiki).

Vrsta zdravstvene dejavnosti (v nadaljevanju VZD) je področje zdravstvene dejavnosti, ki jo izvajajo organizacijske enote zavodov, družb in zasebnih zdravstvenih delavcev ter je zanimiva za spremljanje na državni ravni. Po Zakonu o zdravstveni dejavnosti (2005) obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci pri varovanju zdravja in preprečevanju bolezni ter pri odkrivanju, zdravljenju in rehabilitaciji bolnikov in poškodovancev. Vrste zdravstvene dejavnosti so določene s šifrantom in enotno označujejo istovrstne dejavnosti v okviru različnih izvajalcev. To nam omogoča primerljivost med posameznimi ustanovami na vseh ravneh spremljanja organiziranosti zdravstva.

V tabeli 2 so prikazani viri, ki so bili osnova za pripravo posameznih poglavij.

Tabela 2. Pregled podatkovnih zbirk in raziskav, ki so bile uporabljene v posameznih poglavjih publikacije

	HBSC	Mladina	EHIS	SEYLE	WHO MDB	SILC SURS	ESPAD	ZubStat	Bolob	EAPZ	Baza umrlih	WHO CAHD	BPI
Pozitivno DZ	x	x	x			x						x	
Obravnave OM								x	x	x			
JZ-mreža								x					x
Doživljanje stresa, ...	x	x						x	x				
Depresija in anksioznost	x	x						x	x	x			
Hiperkinetična motnja	x							x	x	x			
Motnje hranjenja	x							x	x		x		
Različne oblike samomorilnosti	x			x	x		x		x		x		

Opombe: Z x so označena polja, ki ponazarjajo, katere raziskave in podatkovne zbirke so bile uporabljene v katerih poglavjih; DZ – duševno zdravje, JZ – javnozdravstvena, OM – otroci in mladostniki

3.4 Literatura

Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu. (2015). Pridobljeno s

<http://www.nijz.si/sl/podatki/anketa-o-zdravju-in-zdravstvenem-varstvu>.

Carli, V., Wasserman, C., Wasserman, D., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J. ... Guillemin, F. (2013). The saving and empowering young lives in Europe (SEYLE) randomized controlled trial (RCT): methodological issues and participant characteristics. *BMC public health*, 13(1), 479–492.

Eurostat (2016). *Deaths and life expectancy data – database*. Pridobljeno s

http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/deaths-life-expectancy-data/database?p_p_id=NavTreportletprod_WAR_NavTreportletprod_INSTANCE_OAgLk1BN22Jg&p_p_lifecycle=o&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=1.

Flere, S., Klajnšek, R., Lavrič, M., Kirbiš, A., Tavčar Kranjc, M., Divjak, M. ... Naterer, A. (2013). *Slovenska mladina 2013: Življenje v času deziluzij, tveganja in prekarnosti*. Maribor: Filozofska fakulteta.

Health Behaviour in School-Aged Children. (2017). Pridobljeno s <http://www.hbsc.org/>.

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. (1995). *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Deseta revizija*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Lavrič, M., Flere, S., Tavčar Kranjc, M., Klanjšek, R., Musil, B., Naterer, A. ... Lešek, P. (2010). *Mladina 2010. Končno poročilo o rezultatih raziskave*. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport.

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2015). *Evidenca porabe zdravil, izdanih na recept*. Pridobljeno s <http://www.nijz.si/sl/podatki/evidenca-porabe-zdravil-izdanih-na-recept>.

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2016). *Spremljanje bolnišničnih obravnav*. Pridobljeno s

<http://www.nijz.si/sl/podatki/spremljanje-bolnisnicnih-obravnav>.

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2016). *Zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost*. Pridobljeno s

<http://www.nijz.si/sl/podatki/zunajbolnisnica-zdravstvena-dejavnost-o>.

- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2017). *Metodološka pojasnila – Umrli*. Pridobljeno s https://podatki.nijz.si/docs/3a_Umrli_Metodolo%C5%A1ka_pojasnila_NIJZ.pdf.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2017). *Podatkovni portal*. Pridobljeno s <http://podatki.nijz.si/pxweb/si/NIJZ%20podatkovni%20portal/>.
- Statistični urad Republike Slovenije. (2017). *Metodološko pojasnilo – življenjski pogoji*. Pridobljeno s <http://www.stat.si/StatWeb/File/DocSysFile/8291>.
- The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. (2016). Pridobljeno s <http://www.espad.org/>.
- World Health Organization. (2016). *Data and statistics*. Pridobljeno s <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/data-and-statistics>.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti /ZZDej/ (2005). Uradni list RS, št. 23/05. Pridobljeno s <https://zakonodaja.com/zakon/zzdej>.

“ Zivijo imam eno vprasanje: star sem 16 let in me zanima kako na pravilen nacin pristopiti do punce ko hoces z njo "zasrati" saj me je strah da bi se me ustrasila ali kaj podobnega + ali pri tem obstaja kaksna posebna tehnika poljubljana? Vesel bi bil cimhitrejsega odgovora. Lp beatles ”

“ Bivša najboljša prijateljica je tudi vse moje prijatelje obrnila proti meni in zdaj ne vem kaj naj naredim..”

#to
sem
jaz

4. Pozitivno duševno zdravje otrok in mladostnikov

4.1 Glavne ugotovitve

- Večina otrok in mladostnikov je duševno zdravih, torej nimajo znakov in simptomov duševnih motenj, kar pa ne pomeni, da imajo visoko stopnjo pozitivnega duševnega zdravja.
- Večina slovenskih mladostnikov je zadovoljnih s svojim življenjem, po podatkih iz raziskave HBSC so bolj zadovoljni z življenjem kakor njihovi vrstniki iz drugih držav.
- Po raziskavi Mladina 2013 ocenjuje svoje duševno zdravje kot zelo dobro ali odlično 59 % mladostnikov v starosti 16–19 let.
- V raziskavi EHIS poroča o visoki ravni vitalne energije 79 % mladostnikov v starosti 15–19 let, kar pomeni, da se pogosto čutijo polni življenja, polni energije in redko zdelani, utrujeni ali izžeti.
- Na podlagi podatkov iz raziskave HBSC ugotavljamo, da ima 60 % mladostnikov povprečno ali visoko z zdravjem povezano kvaliteto življenja, ki podobno kot zadovoljstvo z življenjem upada s starostjo in nižjim socialno-ekonomskim statusom.
- Zaskrbljujoč je vpliv neenakosti – o višjem zadovoljstvu z življenjem poročajo mladostniki, ki zaznavajo, da gre njihovi družini finančno dobro, in ki imajo dobro podporo staršev, vrstnikov in učiteljev.
- O pozitivnem duševnem zdravju slovenskih otrok in mladostnikov ni na voljo zadosti podatkov; za mlajše od 11 let ni na voljo nobenih podatkov. Potrebne so raziskave o pozitivnem duševnem zdravju slovenskih otrok in mladostnikov, ki bodo izvedene skladno z mednarodno primerljivo metodologijo za merjenje pozitivnega duševnega zdravja.

4.2 Uvod

Večina otrok in mladostnikov je duševno zdravih, pa vendar odsotnost duševnih težav in motenj še ne pomeni, da se dobro počutijo oziroma da dosegajo visoko stopnjo pozitivnega duševnega zdravja. Če izhajamo iz koncepta dveh ločenih kontinuumov, duševnega zdravja in duševnih motenj, kar smo opisali v uvodnih poglavjih publikacije, potem pomeni, da zmanjšanje simptomov in nadzor nad duševno motnjo še ne pomeni duševnega zdravja, in obratno. Prisotnost duševne motnje še ne pomeni nujno odsotnosti dobrega duševnega počutja oziroma pozitivnega duševnega zdravja.

Pozitivno duševno zdravje je stanje dobrega (angl. flourishing) duševnega zdravja, za katero so značilni prevladujoče doživljanje pozitivnih občutkov (sreče, zadovoljstva, navdušenja), pozitiven odnos do sebe, drugih in različnih dogodkov (optimizem, samoučinkovitost, empatija, odprtost za izkušnje) in pozitivno delovanje v življenju (Barry in Friedli, 2008; Cooper, Boyko in Codinhoto, 2008; Huppert, 2009; Keyes, 2002). Pozitivno duševno zdravje tako enačimo z visoko stopnjo duševnega zdravja, kar pomeni optimalno psihološko delovanje in ključni vidik kakovosti življenja. Skladno s tem pogledom zgolj odsotnost duševnih težav in motenj ni dovolj za dobro počutje, saj ima izgradnja pozitivnega duševnega zdravja lahko pozitivne posledice, ki presegajo odsotnost negativnih stanj (Musek, 2007). Pozitivna čustvena stanja so namreč povezana z večjo radovednostjo, fleksibilnim mišljenjem, odprtostjo za učenje, razvojem izvršilnih funkcij

(spretnosti samoregulacije, organiziranja znanja, samoobvladovanja in nadzora nad vedenjem). Dobre izvršilne funkcije so nadalje povezane z akademskim uspehom, osebnostnim razvojem, dobrimi medosebnimi odnosi (Barry in Friedli, 2008). Vse to je še posebej pomembno v otroštvu in mladostništvu. Poleg tega je pozitivno duševno zdravje povezano tudi s pozitivnim delovanjem, ki vključuje kreativno mišljenje, dobre medosebne odnose in duševno odpornost v času stiske, ter z občutenjem pripadnosti družbi, dobrim fizičnim zdravjem in dolžino življenja (Barry in Friedli, 2008; Cooper idr., 2008; Huppert, 2009). Imeti povprečno duševno zdravje pomeni ne imeti niti pozitivno oziroma dobro niti slabo duševno zdravje. Pomanjkanje pozitivnega duševnega zdravja ima lahko na posameznika ravno tako škodljiv vpliv kot prisotnost slabega duševnega zdravja. Keyes (2002, 2006) je v svojih raziskavah ugotovil, da čeprav lahko 80 % mladostnikov zaradi odsotnosti psihiatrične diagnoze opredelimo kot duševno zdrave, ima samo polovica 12- do 14-letnikov cvetoče duševno zdravje. Delež s starostjo upada, med 15. in 18. letom jih ima pozitivno duševno zdravje 38 %. V isti starostni skupini ima največ – to je več kot polovica mladostnikov – povprečno duševno zdravje (odsotnost duševne motnje in hkrati odsotnost pozitivnega duševnega zdravja), le nekaj odstotkov pa ima duševne motnje in hkrati odsotnost pozitivnega duševnega zdravja (Keyes, 2006). V odrasli dobi (25–74 let) je delež posameznikov s pozitivnim duševnim zdravjem še nižji, in sicer manj kot 25 %, približno polovica oseb v odrasli dobi pa ima povprečno duševno zdravje (Keyes, 2002). Mladostniki s pozitivnim duševnim zdravjem imajo od vseh navedenih skupin najmanj depresivnih simptomov in vedenjskih motenj, najboljšo samopodobo, so najbolj odločni, imajo najtesnejše odnose z drugimi in so integrirani v šolsko okolje. Po drugi strani pa so vedenjski problemi najpogostejši pri mladostnikih, ki imajo slabo oziroma nizko duševno zdravje (Keyes, 2006).

K pozitivnemu duševnemu zdravju stremi promocija duševnega zdravja, ki se osredotoča na izboljševanje kakovosti življenja, na poudarjanje pozitivnih lastnosti in sposobnosti posameznika in ne zgolj na zmanjševanje simptomov in primanjkljajev. Cilj promocije duševnega zdravja je poleg zmanjševanja prevalence duševnih motenj tudi premakniti ljudi proti stanju visokega oziroma pozitivnega duševnega zdravja. Zato se moramo osredotočiti na krepitev posameznikovih notranjih psiholoških virov in zagotavljanje ustreznih življenjskih okoliščin (Barry in Friedli, 2008).

Ker se duševno zdravje nanaša na način, kako posameznik izkuša, občuti svoje življenje, je samoocena najprimernejša oblika spremljanja/merjenja. Za merjenje pozitivnega duševnega zdravja v večjih populacijskih raziskavah običajno uporabljajo vprašanje o splošnem zadovoljstvu z življenjem ali o doživljanju sreče, vendar predstavljajo podatki o tem le površinsko mero o pozitivnem duševnem zdravju. Uporabljajo se tudi različne lestvice za merjenje zadovoljstva z življenjem, npr. lestvica zadovoljstva z življenjem (Diener, 1994), ki zajamejo več vidikov posameznikovega življenja. Opozoriti moramo, da zadovoljstva z življenjem ne smemo povsem enačiti s pozitivnim duševnim zdravjem, saj odgovarjanje na vprašanja o zadovoljstvu z življenjem zahteva presojo posameznika o ujemanju med lastnimi pričakovanji o življenju in dejanskimi izkušnjami.

Drugi način spremljanja/merjenja pozitivnega duševnega zdravja je z uporabo vprašalnikov, ki merijo psihološko neugodje. Nizki rezultati pri tovrstnih vprašalnikih pomenijo višje stopnje duševnega zdravja, odsotnost simptomov, ne pa nujno dobrega oziroma pozitivnega duševnega zdravja.

Tretji, najustreznejši način je spremljanje/merjenje pozitivnega duševnega zdravja z merjenjem prisotnosti pozitivnih občutkov in pozitivnega delovanja. Za merjenje pozitivnega duševnega zdravja kot enovitega pojava so bili razviti različni vprašalniki, ki razločujejo dobro duševno zdravje od slabega, npr. Warwick Edinburgh Mental Well Being Scale (WEMWBS) in Mental Health Continuum (MHC-SF). Obe lestvici sta primerni za starejše otroke/mladostnike (Clarke idr., 2011; Foresight Mental Capital and Wellbeing Project, 2008; Keyes, 2006).

V Sloveniji imamo na področju pozitivnega duševnega zdravja v glavnem na voljo podatke o zadovoljstvu z življenjem, merjenim z enim vprašanjem.

4.3 Namen

Pozitivno duševno zdravje je vir in temelj posameznikovega dobrega počutja ter učinkovitega delovanja za posameznika in skupnost, in ni zgolj odsotnost duševnih motenj (Lehtinen idr., 2005). V preteklem obdobju so se epidemiološke raziskave v glavnem osredotočale na duševne motnje (in še vedno), vendar pa optimalno človeško doživljanje, ki je temelj pozitivnega duševnega zdravja, pomeni uspešnejše delovanje posameznika in navsezadnje tudi družbe. V tipičnem letu vsaj 80 % otrok in mladostnikov nima duševnih motenj, zato izpostavljam duševno zdravje kot pozitiven koncept oz. vir blaginje (Keyes, 2007). V nadaljevanju predstavljamo podatke o pozitivnih vidikih duševnega zdravja v populaciji otrok in mladostnikov (do 19 let) v Sloveniji za obdobje zadnjih 10 let.

4.4 Viri podatkov

V Sloveniji je o pozitivnem duševnem zdravju otrok in mladostnikov na voljo razmeroma malo podatkov. Podobno kot drugod v tujini se pri spremljanju duševnega zdravja še vedno večinoma usmerjamo na spremljanje negativnih vidikov duševnega zdravja – spremljanje težav v duševnem zdravju in motenj. Podatki, ki so na voljo za obdobje 2006–2016, so bili pridobljeni v okviru posameznih presečnih populacijskih raziskav (HBSC – Z zdravjem povezana vedenja otrok in mladostnikov, Mladina, SILC SURS – Raziskava o življenjskih pogojih, EHIS – Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu). Pozitivno duševno zdravje spremljamo le z izbranimi vprašanji, v glavnem o zadovoljstvu z življenjem, in nekaterimi drugimi. Za mlajše od 11 let o pozitivnih vidikih duševnega zdravja nimamo na voljo nobenih podatkov (tabela 3).

Tabela 3. Indikatorji pozitivnega duševnega zdravja iz raziskav, izvedenih v Sloveniji v obdobju 2006–2016

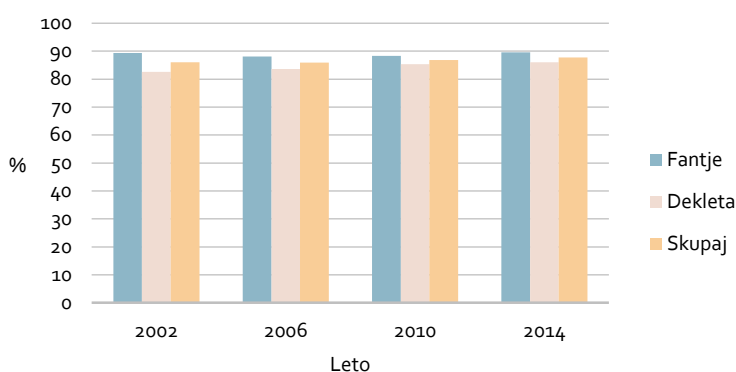
Indikator	Starostna skupina	Vir – raziskava
Zadovoljstvo z življenjem – zadovoljni z življenjem	11, 13, 15 let 15–19 let 16–25 let 16–27 let	HBSC 2002, 2006, 2010, 2014 EHIS 2014 SILC SURS 2012, 2013, 2014 MLADINA 2010, 2013
Z zdravjem povezana kvaliteta življenja (Kidscreen)	11, 13, 15 let	HBSC 2006, 2010, 2014
Samocena duševnega zdravja (odlično, zelo dobro)	16–27 let	MLADINA 2013
Visoka raven vitalne energije (EVI)	15–19 let	EHIS 2007

Vir podatkov o duševnem zdravju otrok in mladostnikov v drugih državah je mednarodna podatkovna zbirka WHO Europe Child and Adolescent Health Data Base (CAHD). O pozitivnem duševnem zdravju so iz mednarodne podatkovne zbirke na voljo podatki o zadovoljstvu z življenjem, ki služijo primerjavi zadovoljstva z življenjem otrok in mladostnikov v drugih državah.

4.5 Zadovoljstvo z življenjem kot kazalnik pozitivnega duševnega zdravja

Merjenje zadovoljstva z življenjem je pravzaprav edini kazalnik pozitivnega duševnega zdravja, ki se pojavlja v več raziskavah, izvedenih v Sloveniji v preteklih 10 letih. Pri spremljanju zadovoljstva z življenjem pri slovenskih mladostnikih v različnih raziskavah je velika pomanjkljivost uporaba različnih merskih lestvic, kar otežuje ali celo onemogoča primerljivost rezultatov (npr. v raziskavah HBSC in SILC SURS je uporabljena lestvica 0–10, medtem ko je bila v raziskavah Mladina in EHIS 2014 uporabljena lestvica 1–10). Poleg tega je treba opozoriti na to, da različne raziskave zajemajo različne starostne skupine.

Po podatkih HBSC je bilo v letu 2014 z življenjem zadovoljnih (ocena 6 ali več, lestvica 0–10) 87,7 slovenskih mladostnikov (starost 11, 13, 15 let). Od leta 2002 zaznavamo trend naraščanja zadovoljstva z življenjem. Zadovoljstvo z življenjem se je v obdobju 2002–2014 pomembno izboljšalo pri vseh mladostnikih skupaj, predvsem na račun 15-letnikov in na račun deklet (skupno, posebej pa v starostni skupini 13 in 15 let). Glede na podatke lahko rečemo, da so dekleta in starejši mladostniki manj zadovoljni s svojim življenjem (slika 3).

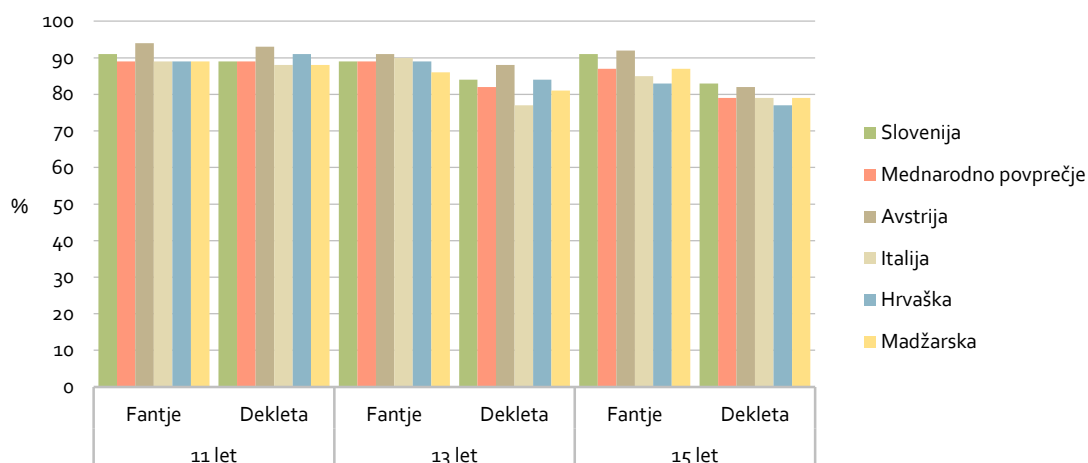


(Vir: HBSC, 2002, 2006, 2010, 2014.)

Slika 3. Skupni delež mladostnikov, starih 11, 13 in 15 let, ki glede na rezultat na lestvici zadovoljstva izkazujejo zadovoljstvo z življenjem, glede na spol in leto raziskave

Tudi izsledki raziskav iz drugih držav so skladni z našimi in kažejo, da zadovoljstvo z življenjem upada s starostjo otrok in mladostnikov, da so fantje v primerjavi z dekleti bolj zadovoljni z življenjem, da so bolj zadovoljni mladostniki, ki izhajajo iz družin z višjim materialnim blagostanjem.

Slovenski mladostniki so v primerjavi z mladostniki iz tujine vsaj enako oz. bolj zadovoljni z življenjem, kot znaša povprečje v posamezni starostni skupini za vse države, ki sodelujejo v raziskavi HBSC, saj so pri razvrstitvi glede na delež zadovoljnih v življenju v vseh starostnih skupinah v zgornji polovici držav (Inchley idr., 2016).



(Vir: HBSC, 2014.)

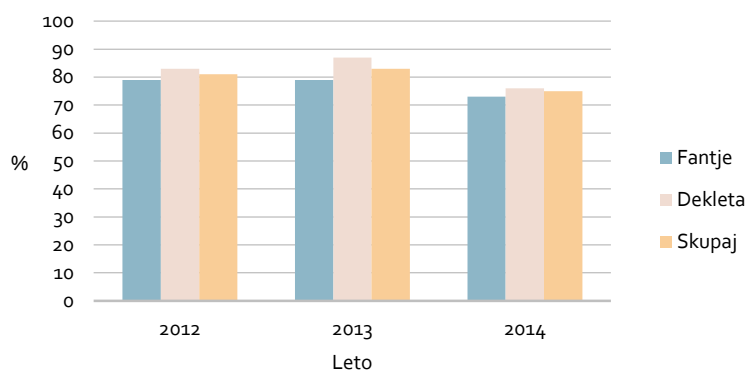
Slika 4. Delež mladostnikov, ki glede na rezultat na lestvici zadovoljstva izkazujejo zadovoljstvo z življenjem, glede na spol, starostno skupino in državo

Na sliki 4 prikazujemo primerjavo s sosednjimi državami. Slovenski mladostniki v vseh starostnih skupinah so bolj zadovoljni z življenjem kot njihovi vrstniki na Hrvaškem, v Italiji ali na Madžarskem in manj zadovoljni kot njihovi vrstniki v Avstriji. Med najbolj zadovoljnimi so sicer mladostniki v Albaniji in na Nizozemskem, med najmanj zadovoljnimi pa v Makedoniji in Češki republiki. Več podatkov je na voljo v mednarodnem poročilu HBSC 2014: Growing Up Unequal (Inchley idr., 2016).

Merjenje zadovoljstva z življenjem je vključeno tudi v nekatere druge raziskave, ki pa zajemajo različne starostne skupine starejših od 15 let in različne merske lestvice. Rezultati zato med seboj niso primerljivi in služijo zgolj ponazoritvi stanja zadovoljstva z življenjem. V splošnem lahko rečemo, da je večina starejših slovenskih mladostnikov in mladih odraslih zadovoljna z življenjem (tabela 4).

Tabela 4. Delež mladostnikov, ki so zadovoljni z življenjem, glede na starostno skupino in leto izvedbe posamezne raziskave

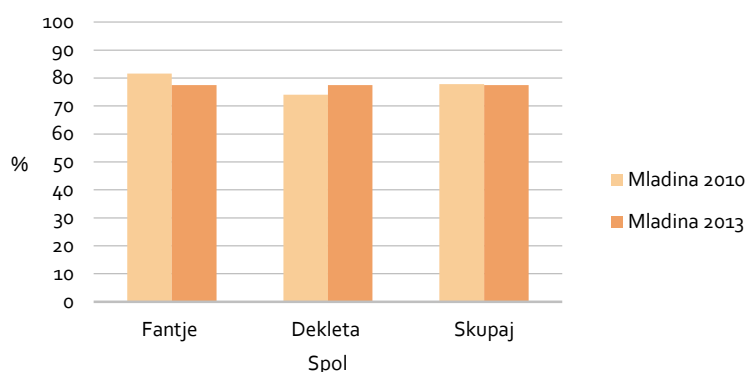
Raziskava	Leto	Starostna skupina	Indikator	%
SILC SURS	2012	16–25 let	splošno zadovoljstvo z življenjem (ocena 7 in več, lestvica 0–10)	81,0
SILC SURS	2013	16–25 let	splošno zadovoljstvo z življenjem (ocena 7 in več, lestvica 0–10)	83,0
SILC SURS	2014	16–25 let	splošno zadovoljstvo z življenjem (ocena 7 in več, lestvica 0–10)	75,0
MLADINA	2010	15–29 let	zadovoljstvo z življenjem (ocena 7 in več, lestvica 1–10)	77,8
MLADINA	2013	16–27 let	zadovoljstvo z življenjem (ocena 7 in več, lestvica 1–10)	77,5
EHIS	2014	15–19 let	zadovoljstvo z življenjem (ocena 7 in več, lestvica 1–10)	88,4



(Vir: SURS, 2012, 2013 in 2014.)

Slika 5. Delež mladostnikov, ki so zadovoljni z življenjem, glede na spol in leto izvedbe raziskave

S slike 5 je razvidno, da se je delež oseb, zadovoljnih z življenjem, v raziskavi SILC SURS v letu 2014 v primerjavi z letoma 2012 in 2013 zmanjšal za 8 %. Leta 2014 se je kot zadovoljnih z življenjem opredelilo 75 % oseb, leto poprej pa 83 % anketiranih. V vseh letih so dekleta izražala višjo stopnjo zadovoljstva z življenjem kot fantje.



(Vir: Mladina, 2010, 2013.)

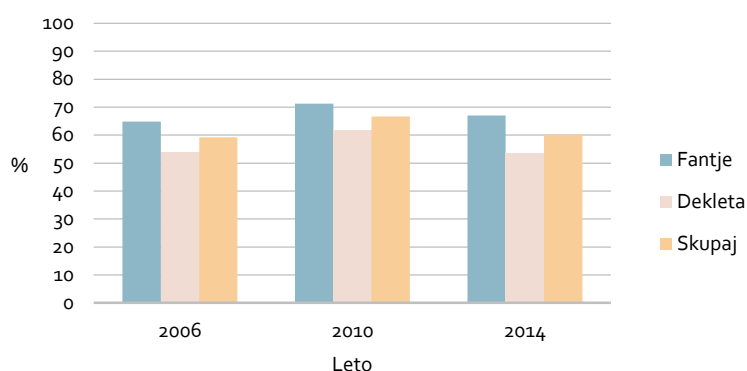
Slika 6. Skupni delež mladostnikov, ki so zadovoljni z življenjem, glede na spol in leto izvedbe raziskave

Kot lahko razberemo s slike 6, je glede na rezultate raziskav Mladina 2010 in Mladina 2013 zadovoljnih z življenjem dobrih 77 % mladostnikov, pri čemer se delež med letoma ni bistveno spremenil. V letu 2010 so dekleta v primerjavi s fanti zadovoljstvo z življenjem izražala v manjšem odstotku, v letu 2013 pa je bil delež zadovoljnih pri obeh spolih enak.

4.6 Drugi podatki o pozitivnem duševnem zdravju

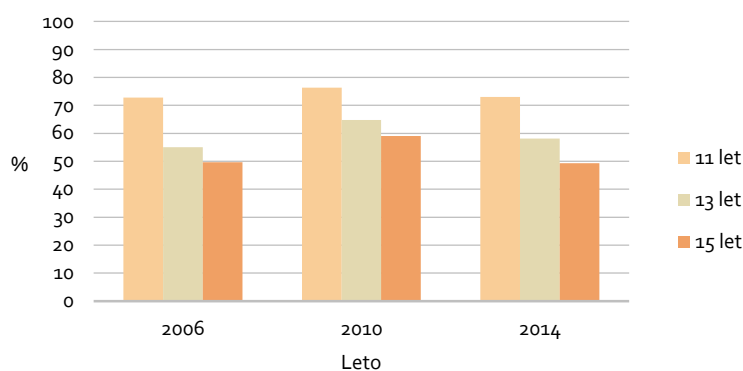
V vseh razpoložljivih slovenskih raziskavah, ki so bile opravljene pri otrocih in mladostnikih, najdemo še nekaj drugih kazalnikov pozitivnega duševnega zdravja: z zdravjem povezano kvaliteto življenja (lestvica Kidscreen, HBSC 2006–2014), samooceno duševnega zdravja (Mladina 2013) ter indeks energije in vitalnosti (lestvica EVI, EHIS 2007).

Lestvica Kidscreen (Matos, Gaspar in Simões, 2012) (HBSC 2006–2014), s katero se meri posameznikovo dožemanje lastnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja, se priporoča za uporabo v večjih epidemioloških študijah. V ožjem smislu je lestvica Kidscreen mera duševnega statusa in psihološkega blagostanja posameznika. Visok rezultat pomeni visoko z zdravjem povezano kvaliteto življenja (občutki sreče, dobra kondicija, zadovoljstvo z družino, z odnosi z vrstniki in s šolo). Na sliki 7 prikazujemo mladostnike z vsaj povprečno z zdravjem povezano kvaliteto življenja (povprečen ali visok rezultat). Lestvica je bila uporabljena pri 11-, 13- in 15-letnikih. Mladostnikov, ki na lestvici Kidscreen dosegajo povprečen ali visok rezultat, je bilo v obdobju 2006–2014 okrog 60 %, med leti ni statistično značilnih razlik. V vseh letih je delež tistih s povprečnim ali visokim rezultatom višji med fanti (Jeriček Klanšček idr., 2012).



(Vir: HBSC, 2006, 2010, 2014.)

Slika 7. Skupni delež 11, 13 in 15 let starih mladostnikov, ki glede na rezultat na lestvici Kidscreen izkazujejo povprečno in visoko z zdravjem povezano kvaliteto življenja, glede na spol in leto izvedbe raziskave

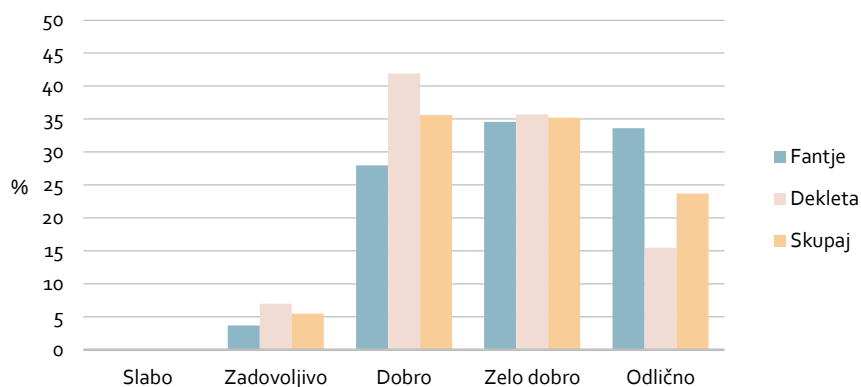


(Vir: HBSC, 2006, 2010, 2014.)

Slika 8. Delež 11, 13 in 15 let starih mladostnikov, ki glede na rezultat na lestvici Kidscreen izkazujejo povprečno in visoko z zdravjem povezano kvaliteto življenja, glede na leto izvedbe raziskave

Kot je razvidno s slike 8, nekajletni trend raziskave HBSC nakazuje na to, da delež posameznikov s povprečno in visoko z zdravjem povezano kvaliteto življenja upada s starostjo mladostnika. Poleg mlajših mladostnikov in fantov imajo boljše obete za višjo z zdravjem povezano kvaliteto življenja mladostniki iz družin z višjim socialno-ekonomskim stanjem in z večjim številom prijateljev (Roškar, 2011).

Mladina 2013 je edina od raziskav v slovenskem prostoru, ki je v zadnjih 10 letih zajela samoporočanje o duševnem stanju, saj anketirane sprašuje o samooceni duševnega zdravja.



(Vir: Mladina, 2013.)

Slika 9. Delež 16 in 19 let starih mladostnikov in mladostnic, ki svoje duševno zdravje ocenjujejo kot slabo, zadovoljivo, dobro, zelo dobro in odlično

Slaba četrtnina 16- do 19-letnikov svoje duševno zdravje ocenjuje kot odlično, dobrih 35 % pa kot zelo dobro. Več kot dvakrat več fantov kot deklet svoje duševno zdravje ocenjuje kot odlično, medtem ko je delež deklet višji pri oceni dobro (slika 9).

V Raziskavi o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS) je bila v letu 2007 uporabljena lestvica indeksa energije in vitalnosti (EVI – Energy Vitality Index²), ki je namenjena merjenju posameznikovega občutka vitalne energije v zadnjem mesecu in služi kot indikator pozitivnega duševnega zdravja (meri afektivni vidik duševnega zdravja). Razpon rezultatov je od 0 do 100, meja za dobro duševno zdravje oz. visoko raven vitalne energije pa je nad vrednostjo 62. Posamezniki nad to mejo imajo visoko raven vitalne energije, kar pomeni, da se pogosto čutijo polni življenja, polni energije in redko zdelani, utrujeni ali izžeti. Povprečen rezultat, ki ga na lestvici EVI dosegajo slovenski mladostniki, stari med 15 in 19 let, je 69,1. Visoko raven vitalne energije ima 78,8 % sodelujočih slovenskih mladostnikov, razlike med spoloma niso statistično pomembne.

² Energy Vitality Index je lestvica, ki izhaja iz obsežnejšega vprašalnika o duševnem zdravju SF-36 in služi kot mera pozitivnega duševnega zdravja. Leta 2002 je bila uporabljena v Eurobarometru (Lehtinen idr., 2005), s katerim so anketirali 10.878 ljudi v enajstih evropskih državah, ki so bili starejši od 15 let. Višje vrednosti so dosegali moški, vrednosti pa so upadale s starostjo, nižjim socialno-ekonomskim statusom družine, življenjem v večjih mestih. Anketirani z najnižjimi dohodki so imeli najslabše duševno zdravje (Barry in Friedli, 2008).

4.7 Razprava

V poglavju smo osvetlili področje pozitivnega duševnega zdravja. V teoretičnem delu smo definirali pozitivno duševno zdravje kot stanje, ki pomeni več kot odsotnost duševnih težav ali motenj. Večina epidemioloških raziskav še vedno meri prisotnost psihopatološke simptomatike ter nas usmerja k razmišljanju o patologiji, četudi raziskave kažejo, da je odsotnost pozitivnega duševnega zdravja lahko za posameznikovo dobro počutje prav tako škodljiva kot prisotnost duševne motnje.

Pri otrocih in mladostnikih bi nasploh morali govoriti predvsem o zdravju, po ameriških podatkih je navsezadnje 80 % otrok in mladostnikov duševno zdravih, vsaj v smislu odsotnosti patologije, od tega jih ima visok delež visoko izraženo pozitivno duševno zdravje (Keyes, 2007).

Ko se ozremo po slovenskih podatkih o duševnem zdravju otrok in mladostnikov za preteklo desetletje, je naša prva ugotovitev, da je teh podatkov malo. Za otroke, mlajše od 11 let, pa sploh ni na voljo praktično nobenih podatkov. Druga pomanjkljivost je, da se nobena od presečnih populacijskih raziskav pri mladostnikih ne loteva pozitivnega duševnega zdravja s standardiziranim vprašalnikom za merjenje prisotnosti pozitivnega duševnega zdravja (kot je npr. Keyesov (2002) vprašalnik MHC-SF). Namesto tega imamo večinoma na voljo le podatke o zadovoljstvu z življenjem, ki je eden od kazalnikov pozitivnega duševnega zdravja, ni pa edini. Na voljo je še nekaj drugih podatkov, iz katerih morda lahko sklepamo o pozitivnem duševnem zdravju slovenskih mladostnikov. Drugih virov podatkov razen iz presečnih raziskav nimamo.

Podatki, ki jih imamo na voljo, so zelo raznoliki, zaradi česar si težko ustvarimo natančno predstavo o tem, kakšno je pravzaprav pozitivno duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji. Lahko rečemo, da 60 % mladostnikov v starosti 16–19 let (Mladina 2013) svoje duševno zdravje ocenjuje kot zelo dobro ali odlično ter da ima 78,8 % mladostnikov v starosti 15–19 let (EHIS 2007) visoko raven vitalne energije, kar pomeni, da se pogosto čutijo polni življenja, polni energije in redko zdelani, utrujeni ali izžeti. Ob tem ne vemo, kakšno je v resnici njihovo duševno zdravje in ali imajo morda ob tem tudi kakšne duševne motnje.

Še največ o pozitivnem duševnem zdravju izvemo iz podatkov o zadovoljstvu z življenjem. Najboljše podatke nam daje raziskava HBSC, ki jo v Sloveniji vsaka štiri leta izvajamo že od leta 2002 na populaciji mladostnikov v starosti 11, 13 in 15 let, saj nam omogoča primerjavo med leti, poleg tega pa nam omogoča tudi podrobnejše analize. Podatki ostalih raziskav nam lahko služijo samo kot dodaten vir informacij.

Glede na vse podatke o zadovoljstvu z življenjem iz raziskav HBSC, SILC SURS, Mladina, EHIS lahko rečemo, da je večina slovenskih mladostnikov z življenjem zadovoljnih. Glede na podatke raziskave HBSC, ki nam omogoča podrobnejše analize, lahko poleg večinskega zadovoljstva navedemo, da v obdobju 2002–2014 zaznavamo trend naraščanja zadovoljstva z življenjem (Jeriček Klanšček idr., 2015) in da so slovenski mladostniki vsaj toliko zadovoljni z življenjem kot njihovi vrstniki v tujini oz. bolj od njih (Inchley idr., 2016). Dekleta so manj zadovoljna z življenjem kot fantje, zadovoljstvo pa s starostjo upada. Razlike med spoloma pripisujemo razlikam v samopodobi (dekleta so bolj obremenjena z izgradnjo samopodobe, predvsem na telesnem področju), pa tudi razlikam, ki se kažejo pri odraslih in jih raziskovalci razlagajo z genetskimi razlikami, razlikami v percepciji, strukturnimi (različne življenjske priložnosti za fante in dekleta, razporeditev dela in politične moči) in socializacijskimi dejavniki (Goldbeck, Schmitz, Besier, Herschbach in Henrich, 2007; Moksnes, Løhre in Espnes, 2013). Zanimivost se pokaže pri podatkih

o zadovoljstvu z življenjem iz Raziskave o kakovosti življenja (SILC SURS), v kateri se je izkazalo, da so ženske v starostni skupini 16–25 let bolj zadovoljne z življenjem kot moški. Morda lahko razliko pripišemo odraslosti, saj raziskave pri odraslih (nad 20 let) kažejo, da se razlike med spoloma v odrasli dobi izgubijo, posameznikovo zadovoljstvo pa je odvisno od tega, kaj je tisto, kar jim zadovoljstvo daje (Diener, Suh, Lucas in Smith, 1999).

Razlike med starostnimi skupinami lahko pripišemo intenzivnemu razvoju v obdobju mladostništva, intenzivnejšemu doživljanju (počutja, čustev, spreminjanja telesa), spreminjajočim vlogam v približevanju odraslosti, srečevanju z novimi izzivi in tudi stiskam – sploh v obdobju, ko se svet intenzivno spreminja in se globalno srečujemo s krizami, novimi izzivi in tveganji (Moksnes in Espnes, 2013). Na podlagi izsledkov drugih raziskav ugotavljamo, da se glede razlik med spoloma in upada zadovoljstva z življenjem slovenski mladostniki ne razlikujejo od mladostnikov v drugih državah (Keyes, 2007; Raboteg-Šarić, Brajša-Žganec in Šakić, 2009). Bolj zaskrbljujoče se ugotovitve OECD (2015), da je samoocena zadovoljstva slovenskih mladostnikov sicer precej visoka, medtem ko se glede na druge kazalnike uvrščamo slabše, ter da se z vstopom v odraslost zgodi pomemben preskok – zadovoljstvo z življenjem pri odraslih osebah v Sloveniji je primerjalno z drugimi državami slabše od povprečja.³ Prav tako je zaskrbljujoč vpliv neenakosti na pozitivno duševno zdravje.

Neenakosti se namreč kažejo tudi pri doživljanju zadovoljstva z življenjem. Rezultati logistične regresije na slovenskih podatkih HBSC kažejo, da so statistično pomembni napovedniki zadovoljstva z življenjem poleg spola in nekaterih drugih spremenljivk tudi denarno blagostanje družine in občutenje podpore pri starših, vrstnikih in učiteljih. O višjem zadovoljstvu z življenjem tako poročajo mladostniki, ki zaznavajo, da gre njihovi družini finančno dobro, in ki imajo dobro podporo staršev, vrstnikov in učiteljev. Tudi mednarodni podatki raziskave HBSC kažejo, da so bolj zadovoljni mladostniki, ki prihajajo iz družin z večjim materialnim blagostanjem, četudi raven zadovoljstva z življenjem ni povezana s stopnjo revščine v državi, Ginijevim koeficientom⁴ ali BDP na prebivalca. V poročilu Unicefa ugotavljajo, da sta duševno zdravje in počutje mladostnikov najslabša v državah, kjer mladostniki doživljajo velike neenakosti. Slovenija primerjalno z drugimi državami spada v povprečje doživljanja neenakosti pri zadovoljstvu z življenjem (Chzhen idr., 2016). Povsem razumljivo je, da je zadovoljstvo mladostnikov, ki prihajajo iz bogatejših družin, lahko večje zaradi večje razpoložljivosti materialnih dobrih in različnih storitev (plačljive prostočasne dejavnosti). V številnih raziskavah pa konsistentno prihajajo do ugotovitev, da se nižji socialno-ekonomski položaj in slabše blagostanje družine ne povezujeta zgolj s stanjem manjšega zadovoljstva z življenjem, temveč tudi z večjo pojavnostjo duševnih težav in nižjo kvaliteto življenja (Ravens–Sieberer idr., 2008; Hölling, Kurth, Rothenberger, Becker in Schlack, 2008). Kot vemo, tudi težave v duševnem zdravju že same po sebi pomembno znižujejo posameznikovo kvaliteto življenja, in sicer tako v mladostništvu kot v odrasli dobi, zato je smotrno vlagati tako v preventivo pred duševnimi težavami in v zdravljenje težav kot tudi v spodbujanje pozitivnega duševnega zdravja z različnimi promocijskimi intervencijami.

³ Za merjenje zadovoljstva je bila uporabljena enaka lestvica, kot jo uporablja raziskava HBSC (Cantrillova lestvica). Odrasli Slovenci dosegajo povprečno oceno zadovoljstva z življenjem 5,7; povprečje OECD znaša 6,5. Zasedamo 32. mesto od skupno 38.

⁴ Ginijev koeficient je merilo za statistično disperzijo, največkrat uporabljeno kot merilo neenakomerne porazdelitve dohodka in premoženja.

Za pomemben dejavnik, ki vpliva na zadovoljstvo z življenjem, so se izkazali tudi medosebni odnosi vseh vrst (s starši, vrstniki, učitelji). Prijetni medosebni odnosi, občutek povezanosti in opore so pomemben vir pozitivnega duševnega zdravja v vseh starostnih skupinah, posebej pa pri otrocih in mladostnikih. Socialna opora vsaj enega skrbnega odraslega deluje varovalno za širok nabor stisk, s katerimi se lahko sooča otrok/mladostnik (Wolkow in Ferguson, 2001).

Zelo podobno sliko kot podatki o zadovoljstvu nam o pozitivnem duševnem zdravju slovenskih mladostnikov (11, 13 in 15 let) nakazujejo tudi drugi podatki (KIDSCREEN, Samoocena duševnega zdravja, Indeks energije in vitalnosti). Ugotavljamo, da ima 60 % mladostnikov povprečno ali visoko z zdravjem povezano kvaliteto življenja, ki podobno kot zadovoljstvo z življenjem upada s starostjo, spolom in socialno-ekonomskim statusom ter številom prijateljev.

4.8 Zaključek

Pozitivno duševno zdravje je napovednik fizičnega zdravja in duševnega stanja posameznikov in različnih populacijskih skupin v prihodnosti, boljše fizično in duševno zdravje pa pomeni manjšo porabo sredstev v zdravstvu, večjo družbeno participacijo in produktivnost (Keyes in Grywacz, 2005). Ustrezna skrb za duševno zdravje je ena izmed najpomembnejših nalog vsakega posameznika. Zato moramo več prostora in časa posvetiti posameznikovi rasti in razvoju na področju duševnega zdravja ter izboljševanju njegovega blagostanja. Poleg tega moramo krepiti duševno zdravje in spodbujati njegove varovalne dejavnike z ustreznimi ukrepi, programi, intervencijami. Z varovanjem in krepitvijo zdravja in zdravega življenjskega sloga ne le preprečujemo nastanek duševnih motenj, temveč tudi izboljšamo počutje in kakovost življenja, spodbujamo mladostnikove sposobnosti, kontrolo nad lastnim življenjem, sposobnosti soočanja z vsakodnevnimi izzivi in težavami. Vse to zagotavlja pogoje za doseganje vsesplošnega blagostanja.

4.9 Predlogi ukrepov

Sodobne raziskave kažejo, da odsotnost duševnih težav in motenj ne pomeni nujno tudi prisotnosti pozitivnega duševnega zdravja in da zgolj zdravljenje in ukrepi za preprečevanje ter zmanjševanje duševnih motenj ne zagotavljajo duševno zdrave populacije (Keyes, 2007). Zato je pomembno, da z raziskavami na nacionalni ravni dolgoročno spremljamo tudi kazalnike pozitivnega duševnega zdravja ter sprejmemo ukrepe za krepitev, ohranjanje in varovanje pozitivnega duševnega zdravja v vseh starostnih skupinah, posebej pa še pri otrocih in mladostnikih. Majhna sprememba v splošni ravni duševnega zdravja v populaciji lahko pomembno prispeva k zmanjšanju odstotka posameznikov s slabim duševnim zdravjem in duševnimi motnjami (Foresight Mental Capital and Wellbeing project, 2008).

Predlogi ukrepov:

- Prizadevanja, da bi politiki in različni sektorji prepoznali pomen pozitivnega duševnega zdravja in se sistematično lotili njegove krepitve.
- Zagotovitev kvalitetnih življenjskih razmer in zadovoljitev osnovnih človekovih potreb: ustrezne zdravstvene oskrbe, ustrezne prehrane in kvalitetnega bivališča, kvalitetnega in vsem dostopnega šolanja, možnosti za aktivno preživljanje prostega časa, varnega delovnega okolja in zaposlitve staršev, varnosti in stabilnosti, strukturnih pogojev, enakopravnosti in enakih možnosti, socialne in ekonomske stabilnosti, storitev za ranljive skupine.

- Zmanjševanje neenakosti, revščine, diskriminacije, saj višje stopnje izobrazbe, izboljšani pogoji za življenje, manj neugodnih življenjskih dogodkov in dobro fizično zdravje izboljšujejo duševno zdravje (Barry in Friedli, 2008).
- Spodbujanje socialne vključenosti, sodelovanja, izboljševanje varnosti, ustanavljanje in krepitev mrež za samopomoč, razvijanje dostopnih zdravstvenih in socialnih storitev za krepitev duševnega zdravja, krepitev enakosti in socialne pravičnosti. Promoviranje vloge posameznika v skupnosti, skrbi za druge, prostovoljstva.
- Zagotavljanje podpornega socialnega okolja, omogočanje in spodbujanje kvalitetnih odnosov in kvalitetnega preživljanja časa staršev z otroki.
- Zagotavljanje zdravega in podpornega fizičnega okolja (dovolj zelenih površin za druženje, igranje, zmanjševanje gneče, prenaseljenosti, hrupa, svetlobne onesnaženosti), ki vplivajo na dobro duševno zdravje.
- Omogočanje in spodbujanje celostnega pristopa promocije duševnega zdravja, kvalitetnih odnosov in duhovnega ozračja, ki spodbuja pozitivno duševno zdravje otrok in mladostnikov v vrtcih in šolah, ter skrb za ustrezne povezave med učenci/dijaki, družino, šolo, skupnostjo in družbo ter spodbujanje takih povezav.
- Dopolnjevanje preventive na področju duševnega zdravja in zdravljenja s pristopi promocije pozitivnega duševnega zdravja, ki morajo postati dodatni, komplementarni cilj diagnosticiranja duševnih težav in motenj ter pomoči pri njih.
- Vključevanje vsebin s področja osebnostnega, čustvenega in socialnega razvoja v učne načrte in šolsko okolje.
- Vnašanje več vsebin krepitev duševnega zdravja v že obstoječe zdravstvene programe in seznanjanje bodočih staršev, otrok in mladostnikov z njimi, predvsem v okviru šol za starše, programa vzgoje za zdravje v primarnem zdravstvenem varstvu in v šolah ter v okviru patronažnega zdravstvenega varstva.
- Razvoj, implementacija in evalvacija učinkovitih promocijskih programov za krepitev pozitivnih osebnostnih lastnosti, pozitivnih duševnih stanj in spretnosti, npr. pozitivne samopodobe, avtonomije, samozavedanja, pozitivnega delovanja, samoobvladovanja, ustvarjanja kvalitetnih medosebnih odnosov z drugimi, postavljanja osebnih ciljev, asertivnosti, izboljševanja sebe, spodbujanja iskrenosti, hvaležnosti, smisla v življenju, altruizma, empatije, odpuščanja, veščin za reševanje težav, izražanje čustev, učenje asertivnosti, splošne življenjske veščine, samoučinkovitost, odpornost proti stresu, notranjo motivacijo, spodbujanje empatije in prosocialnega vedenja ter širših zdravstvenopromocijskih praks, ki spodbujajo zdrav življenjski slog (fizično aktivnost, zdravo prehranjevanje, ohranjanje socialnih vezi, izogibanje tveganim vedenjem).
- Razvijanje in implementiranje učinkovitega izobraževanja za bodoče starše, starše, pedagoške, socialne in zdravstvene delavce o krepitevi duševnega zdravja.
- Krepitev duševnega zdravja staršev, pedagoških in zdravstvenih delavcev, kar posredno vpliva tudi na dobro duševno zdravje otrok in mladostnikov.
- Vzpostavitev sistematičnega in kontinuiranega raziskovanja, zbiranja in spremljanja kazalnikov pozitivnega duševnega zdravja.

4.10 Literatura

- Barry, M. M., in Friedli, L. (2008). *The influence of social, demographic and physical factors on positive mental health in children, adults and older people*. Pridobljeno s <https://aran.library.nuigalway.ie/handle/10379/2684>.
- Chzhen, Y., Bruckauf, Z., Ng, K., Pavlova, D., Torsheim, T., in Matos, M. G. D. (2016). *Inequalities in Adolescent Health and Life Satisfaction: Evidence from the Health Behaviour in School-aged Children study*. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre. Pridobljeno s <https://www.unicef-irc.org/publications/835/>.
- Clarke, A., Friede, T., Putz, R., Ashdown, J., Martin, S., Blake, A. ... Stewart-Brown, S. (2011). Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): validated for teenage school students in England and Scotland. A mixed methods assessment. *BMC Public Health*, 11(1), 487–496.
- Cooper, R., Boyko, C., in Codinhoto, R. (2008). *State-of-Science Review: SR-DR2. The Effect of the Physical Environment on Mental Wellbeing*. London: The Government Office for Science.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social indicators research*, 31(2), 103–157.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., in Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276–302.
- Foresight Mental Capital and Wellbeing Project (2008). *Final Project report*. London: The Government Office for Science.
- Goldbeck, L., Schmitz, T. G., Besier, T., Herschbach, P., in Henrich, G. (2007). Life satisfaction decreases during adolescence. *Quality of Life Research*, 16(6), 969–979.
- Hölling, H., Kurth, B. M., Rothenberger, A., Becker, A., in Schlack, R. (2008). Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *European child and adolescent psychiatry*, 17(1), 34–41.
- Huppert, F. A. (2009). Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(2), 137–164.
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L. ... Barnekow, V. (ur.). (2016). *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey*. Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Jeriček Klanšček, H., Koprivnikar, H., Drev, A., Pucelj, V., Zupanič, T., Britovšek, K. ... Eržen, I. (2015). *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji, izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s <http://www.nijz.si/publikacije/z-zdravjem-povezano-vedenje-v-solskem-obdobju-med-mladostniki-v-sloveniji-hbsc-2014>.
- Jeriček Klanšček, H., Koprivnikar, H., Zupanič, T., Pucelj, V., Bajt, M., Artnik, B. ... Žiberna, J. (2012). *Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002–2010*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja. Pridobljeno s http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=109&pi=3&_3_id=2058&_3_PageIndex=0&_3_groupId=228&_3_newsCategory=&_3_action>ShowNewsFull&pl=109-3.0.
- Keyes, C. L., in Grzywacz, J. G. (2005). Health as a complete state: The added value in work performance and healthcare costs. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(5), 523–532.

- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222.
- Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: is America's youth flourishing?. *American journal of orthopsychiatry*, 76(3), 395–402.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *The American psychologist*, 62(2), 95–108.
- Kovess-Masfety, V., Murray, M., in Gureje, O. (2005). Positive Mental Health. V: H. Herrman, S. Saxena in R. Moodie (ur.). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. A report of the WHO* (19–21). Ženeva: World Health Organization.
- Lehtinen, V., Sohlman, B., in Kovess-Masfety, V. (2005). Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(1), 9–16.
- Matos, M. G. de, Gaspar, T., in Simões, C. (2012). Health-related quality of life in Portuguese children and adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 230–237.
- Moksnes, U. K., in Espnes, G. A. (2013). Self-esteem and life satisfaction in adolescents — gender and age as potential moderators. *Quality of Life Research*, 22(10), 2921–2928.
- Moksnes, U. K., Løhre, A., in Espnes, G. A. (2013). The association between sense of coherence and life satisfaction in adolescents. *Quality of Life Research*, 22(6), 1331–1338.
- Musek, J. (2007). *Pozitivna psihologija*. Ljubljana: Anthropos.
- Raboteg-Šarić, Z., Brajša-Žganec, A., in Šakić, M. (2009). Life satisfaction in adolescents: The effects of perceived family economic status, self-esteem and quality of family and peer relationships. *Društvena istraživanja*, 18(3), 547–564.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Erhart, M., Bettge, S., Wittchen, H. U., Rothenberger, A. ... Döpfner, M. (2008). Prevalence of mental health problems among children in Germany: Results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(1), 22–33.
- The Organisation for Economic Co-operation and Development. (2015). *How's Life? 2015: Measuring Well-being*. (2015). Pridobljeno s https://doi.org/10.1787/how_life-2015-en.
- Wolkow, K. E., in Ferguson, H. B. (2001). Community Factors in the Development of Resiliency: Considerations and Future Directions. *Community Mental Health Journal*, 37(6), 489–498.

“ Nočem več biti žalostna in met občutke konstantne krivde, ničvrednosti in obupa. Samo pa vidim da brez tablet ne bo šlo. Moji prijatelji so mi še to poletje govorili, da bomo šli skupaj čez to, brez tablet. Pred 2 tedni pa so rekli, da jih zelo skrbi zame in nočejo, da se ubijem in bi rajši vidli, da si pomagam s tabletami. ”

**#to
sem
jaz**

5. Obravnave otrok in mladostnikov v zdravstvenem sistemu in poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj pri otrocih in mladostnikih

5.1 Glavne ugotovitve

Primarna zdravstvena raven

- V obdobju od leta 2008 do leta 2015 se je število zunajbolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov zaradi duševnih in vedenjskih motenj povečalo za 25,7 %.
- Stopnja obravnav na 1000 otrok je bila najvišja v starostni skupini od 15 do 19 let. V starostni skupini od 6 do 14 let je bila višja pri fantih, v skupini od 15 do 19 let pa med dekleti.
- Najvišja stopnja obravnav je bila zabeležena v primorsko-notranjski regiji, najnižja pa v goriški in savinjski regiji.
- Otroci, stari do 5 let, so bili najpogosteje obravnavani zaradi specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju ter zaradi vedenjskih in čustvenih motenj, ki se običajno začnejo v otroštvu in adolescenci. Zaradi vseh naštetih motenj so bili pogosteje obravnavani fantje.
- Otroci, stari od 6 do 14 let, so bili najpogosteje obravnavani zaradi vedenjskih in čustvenih motenj, ki se običajno začnejo v otroštvu in adolescenci, specifičnih razvojnih motenj pri govorjenju in jezikovnem izražanju, hiperkinetične motnje, specifičnih motenj pri šolskih veščinah in tikov.
- Mladostniki, stari od 15 do 19 let, pa so bili najpogosteje obravnavani zaradi reakcije na hud stres in zaradi prilagoditvenih motenj, drugih anksioznih motenj ter depresivnih epizod.

Sekundarna zdravstvena raven

- V obdobju od leta 2008 do leta 2015 se je število obravnav otrok in mladostnikov zaradi duševnih in vedenjskih motenj povečalo za 71 %.
- Stopnja obravnav na 1000 otrok je bila najvišja v starostni skupini od 15 do 19 let, najnižja pa pri otrocih, mlajših od 5 let. Glede na spol je bila v starostni skupini od 6 do 14 let višja pri fantih, v skupini od 15 do 19 let pa pri dekletih.
- Stopnja obravnav je bila najvišja v osrednjeslovenski, jugovzhodni in podravski regiji, najnižja pa v koroški, posavski in pomurski regiji.⁵
- Otroci do 5. leta so bili najpogosteje obravnavani zaradi specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju, sledile so pervazivne razvojne motnje, druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci, ter hiperkinetične motnje. Zaradi vseh naštetih motenj so bili pogosteje obravnavani fantje.

⁵ Obravnave zaradi duševnih in vedenjskih motenj so bile v koroški, posavski in pomurski regiji opravljene izven dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije (opravljene so bile v recimo dejavnostih psihiatrije, nevrologije, pediatrije idr.). V naštetih regijah ni izvajalcev v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije.

- Otroci, stari od 6 do 14 let, so bili na sekundarni ravni najpogosteje obravnavani zaradi hiperkinetične motnje, sledile so pervazivne motnje ter druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci. Naštete motnje so bile pri fantih pogostejše kot pri dekletih, pri čemer je bila razlika med fanti in dekleti največja pri hiperkinetičnih in pervazivnih razvojnih motnjah, ki so bile pogostejše pri fantih. Pri motnjah hranjenja pa so bila dekleta obravnavana bistveno pogosteje kot fantje.
- Mladostniki, stari od 15 do 19 let, so bili najpogosteje obravnavani na sekundarni ravni zaradi motenj prehranjevanja, drugih anksioznih motenj in mešane motnje vedenja in čustvovanja. Te diagnoze so bile pogostejše pri dekletih, pri čemer je bila najvišja razlika med spoloma pri motnjah hranjenja. Ravno obratna slika se je pokazala pri hiperkinetičnih motnjah, ki so bile bistveno pogostejše pri mladostnikih.

Bolnišnične obravnave

- Število bolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov do 19. leta starosti zaradi duševnih in vedenjskih motenj se je med letoma 2008 in 2015 znižalo, predvsem zaradi zmanjšanja bolnišničnih obravnav otrok, starih do 5 let.
- Pri otrocih, starih od 6 do 14 let, so fantje najpogosteje obravnavani v bolnišnici zaradi hiperkinetičnih motenj, dekleta pa zaradi motenj hranjenja.
- Pri mladostnikih od 15. do 19. leta starosti so bile razlike med spoloma najbolj izražene pri bolnišničnih obravnavah zaradi motenj hranjenja, mešanih motenj vedenja in čustvovanja ter reakcij na hud stres in prilagoditvenih motenj. Pri vseh naštetih motnjah so prevladovale bolnišnične obravnave deklet.
- Število bolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov (od 6 do 19 let) je v opazovanem obdobju poraslo, predvsem zaradi pogostejših obravnav fantov v starostni skupini od 6 do 14 let ter deklet v starostni skupini od 15 do 19 let.
- Otroci in mladostniki iz vzhodnega dela Slovenije so bili bolnišnično obravnavani pogosteje kot otroci in mladostniki iz zahodnega dela, razlika v številu obravnav med obema regijama pa se je v opazovanem obdobju zmanjšala.
- Od vseh otrok in mladostnikov, hospitaliziranih zaradi duševnih in vedenjskih motenj, sta bili kar dve tretjini obravnavani v ustanovah, kjer ne izvajajo zdravstvene dejavnosti psihiatrije ali otroške in mladostniške psihiatrije v bolnišnični dejavnosti.

Poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj

- Poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj pri osebah, mlajših od 20 let, se je v obdobju od leta 2008 do leta 2015 povečala za 48 %. Najbolj se je povečala med mladostniki med 15. in 19. letom starosti, saj je bila leta 2015 za 73 % večja kot leta 2008.
- Povečanje porabe zdravil je bilo predvsem zaradi velikega porasta porabe antidepresivov (43-odstotni porast porabe) in psihostimulansov (88-odstotni porast porabe) v starostni skupini od 15. do 19. let.
- Otroci in mladostniki v jugovzhodni Sloveniji, statistični regiji z največjo porabo zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj, so imeli v opazovanem obdobju v povprečju dvakrat večjo porabo kot otroci in mladostniki v savinjski regiji, ki je bila regija z najmanjšo porabo zdravil.

- Pri otrocih med 6. in 14. letom starosti je bilo izdanih največ zdravil iz farmakološke skupine psihostimulansov.
- Med mladostniki med 15. in 19. letom starosti je bila največja poraba antidepressivov. Ti so pri dekletih predstavljali kar 85 % porabe vseh zdravil, namenjenih zdravljenju duševnih in vedenjskih motenj.

5.2 Uvod

Številni podatki in raziskave ter praksa kažejo na naraščanje števila otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju ter na povečevanje in krepitev virov strokovne pomoči na tem področju, ki pa dostikrat ni enakomerno porazdeljena v populaciji in je niso deležni vsi, ki bi jo potrebovali (Graham, 2005). Poleg tega so pri otrocih in mladostnikih težave v duševnem zdravju zaradi različnih razlogov lahko spregledane, podcenjene ali tudi precenjene. Pravočasno odkrivanje in pravilna obravnava duševnih težav in motenj sta ključna za zagotovitev ustreznega delovanja in celovitega razvoja otrok in mladostnikov ter tudi za njihovo uspešno delovanje v odrasli dobi. Raziskovalci namreč ugotavljajo, da se številne duševne motnje, diagnosticirane pri odraslih, dejansko začnejo v adolescenci. Polovica vseh duševnih motenj, ki se pojavijo v življenju, se začne pojavljati v 14. letu starosti, do 24. leta pa naj bi se začele že tri četrtine duševnih motenj (Knopf, Park in Mulye, 2008). Pri mladih z duševnimi motnjami, na primer depresijo, je večja verjetnost za razvoj zdravju škodljivih vedenj. Kliniki poročajo, da so duševne motnje in z njimi povezane težave pomemben in zahteven del njihove klinične prakse, pediatri pa poročajo, da ima skoraj petina njihovih pacientov čustvene in vedenjske težave ali specifične težave pri šolskih veščinah. Podatki kažejo, da eden od petih adolescentov doživlja simptome čustvene stiske, eden od desetih pa ima resne čustvene motnje. Najpogostejše duševne motnje pri adolescentih so depresija, anksiozne motnje, motnje pozornosti in hiperaktivne motnje ter motnje zaradi uživanja drog (Knopf idr., 2008).

Zaradi težav v duševnem zdravju se otroci in mladostniki ter njihovi starši navadno najprej obrnejo na pediatra, šolskega ali družinskega zdravnika, v nujnih primerih pa na dežurno službo ali nujno medicinsko pomoč na primarni zdravstveni ravni. Številne primere zdravniki in njihovi timi obravnavajo in vodijo izključno na tej ravni. V primeru nejasnosti, zaradi potrebe po nadaljnji diagnostiki, zdravljenju in spremljanju pa lahko zdravniki napotijo otroka ali mladostnika v specialistične ambulante na sekundarni ravni. Bolnišnično zdravljenje za večino oseb z duševnimi in vedenjskimi motnjami ni potrebno. V primerih težjih motenj, akutnega poslabšanja stanja, natančnejšega opazovanja ter diagnostike ali prilagajanja terapije pa se zdravljenje otroka ali mladostnika izvaja tudi v bolnišnici.

V letu 2006 je bilo v Sloveniji na primarni ravni zdravstvenega varstva pri prvih obiskih otrok in mladostnikov med vsemi diagnozami s področja duševnih in vedenjskih motenj zabeleženih največ motenj duševnega (psihološkega) razvoja, drugih vedenjskih in čustvenih motenj, ki se začnejo navadno v otroštvu, hiperkinetičnih motenj, motenj vedenja, reakcij na hud stres in prilagoditvenih motenj, motenj zaradi uživanja alkohola, depresije, anksioznih motenj ter motenj hranjenja (Jeriček, idr., 2009). Hiperkinetične motnje so ene najpogostejših motenj v otroštvu, prizadenejo vsaj 5 % šolske populacije otrok in so trikrat pogostejše pri fantih kot pri dekletih, podatki posameznih pedopsiholoških centrov poročajo celo o razmerju šest proti ena (Potočnik, 2006). Depresija se pojavlja pri okoli 2 % otrok ter pri 9 % mladostnikov (Gregorič Kumperščak, 2012). Na sekundarni ravni so bile med najpogostejše zabeleženimi enake motnje kot na primarni

ravni, pri fantih v starosti med 15. in 19. letom pa so se najpogostejšim motnjam pridružile še obravnave zaradi shizofrenije ter shizotipskih in blodnjavih motenj (Bajt, 2009). Shizofrenija, ki prizadene 1 % prebivalstva, je pred 12. letom starosti izredno redka, med 13. in 17. letom starosti pa zelo poraste. Fantje pred 15. letom obolevajo pogosteje kot dekleta, kmalu po 15. letu pa se to razmerje izenači (Gregorič Kumperščak, 2006). Med vzroki za bolnišnične obravnave so bile pri otrocih, starih od 0 do 6 let, med najpogostejšimi motnje duševnega (psihološkega) razvoja, druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci, ter duševna manjrazvitost. Pri otrocih med 7. in 14. letom so bile med najpogostejšimi bolnišničnimi obravnavami težave zaradi uživanja alkohola ter druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci, pri fantih tudi mešane motnje vedenja in čustvovanja, motnje duševnega razvoja ter hiperkinetične motnje, pri dekletih tudi motnje hranjenja, somatoformne motnje ter namerno samopoškodovanje (Jeriček, idr., 2009). Pri fantih med 15. in 19. letom so bile vodilni vzrok bolnišnične obravnave shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje, pri dekletih motnje prehranjevanja, pri obeh spolih pa so sledile motnje zaradi uživanja alkohola ter namerno samopoškodovanje (Bajt, 2009). Prevalenca somatoformnih motenj v otroštvu in mladostništvu naj bi variirala med 2 in 10 %, vendar je raziskav o tem malo (Schmidt in Vidmar, 2006). Motnje hranjenja, še posebno anoreksija in bulimija, so pogoste duševne motnje mladostniškega obdobja. Anoreksija se najpogosteje pojavlja med 14. in 18. letom starosti, bulimija kasneje, med 18. in 25. letom starosti. V mladostniškem obdobju se motnje hranjenja pojavljajo pri 1 do 3 % mladostnikov, med obolelimi prevladujejo dekleta (Hafner, 2011).

Pri zdravljenju duševnih in vedenjskih motenj se pogosteje kot v preteklosti uporabljajo psihoaktivna zdravila. Razlogi so v boljšem razumevanju delovanja možganov v tej starostni skupini, v dejstvu, da imajo mnogi otroci s simptomi psihičnih motenj te tudi v odrasli dobi, zgodnja in boljša prepoznavna pomena duševnega zdravja otrok in mladostnikov ter uporaba psihofarmakov, ki imajo manj neželenih učinkov. Najbolj proučevana farmakoterapija pri otrocih je zdravljenje motenj pozornosti in hiperkinetične motnje s psihostimulansi. Iz leta v leto se več otrok in mladostnikov zdravi z antidepresivi, zlasti tistimi iz skupine selektivnih inhibitorjev ponovnega privzema serotonina – SSRI (Kores Plesničar, 2006).

Poročila in raziskave iz tujine, ki obravnavajo zdravstveno oskrbo otrok in mladostnikov z duševnimi in vedenjskimi motnjami, prikazujejo stanje, ki je v veliki meri podobno slovenskemu. Tako recimo raziskovalci iz Nizozemske na vzorcu otrok in mladostnikov, starih do 18 let, opisujejo porast zunajbolnišničnih obravnav zaradi duševnih in vedenjskih motenj med letoma 2004 in 2008 na primarni in sekundarni ravni. Pri fantih prevladujejo hiperkinetične motnje, medtem ko sta pri dekletih pogostejši anksioznost in depresija. Prav tako navajajo povečanje števila otrok, mlajših od 12 let, ki se zdravijo s psihostimulansi (Zwaanswijk, van Dijk in Verheij, 2011). Podobno povečanje zunajbolnišnične obravnave otrok in mladostnikov z duševnimi in vedenjskimi motnjami ter porast deleža otrok in mladostnikov, ki se zdravijo s psihostimulansi, opisujejo raziskovalci iz ZDA, ki so spremljali razlike med obdobjema od leta 2003 do leta 2005 ter od leta 2010 do leta 2012 v populaciji oseb, starih od 6 do 17 let (Olfson, Blanco, Wang, Laje in Correll, 2015). Tudi v Kanadi se je med letoma 2006 in 2011 povečalo število zunajbolnišničnih obravnav med otroki in mladostniki, stari med 10 in 24 let. Povečalo se je tudi število bolnišničnih obravnav, katerih najpogostejši vzrok so bile razpoloženske motnje (Gandhi idr., 2016). Primerjave z mednarodnim okoljem so zaradi razlik v zdravstvenih sistemih ter v načinu predstavitve podatkov primerne zgolj v omejenem obsegu.

5.3 Namen

V poglavju prikazujemo podatke o duševnih in vedenjskih motnjah, pridobljene iz rutinskih zdravstvenostatističnih zbirk, ki so jih izvajalci skladno z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva dolžni sporočati NIJZ. Predstavljamo podatke od leta 2008 do leta 2015, ki prikazujejo spremembe v številu in stopnji obiskov na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva, bolnišničnih obravnjav in ležalnih dob ter izdanih receptov za zdravila osebam, mlajšim od 20 let. S predstavitvijo želimo ustvariti čim bolj celostno sliko o ambulantnih in bolnišničnih obravnjavah otrok in mladostnikov zaradi duševnih in vedenjskih motenj v opazovanem obdobju, prikazati spremembe v pogostosti motenj ter opozoriti na razlike in morebitne pomanjkljivosti v zagotavljanju zdravstvene oskrbe obravnavane populacije.

5.4 Viri podatkov

Duševne in vedenjske motnje, ki jih zdravniki ugotovijo ob obiskih in bolnišničnih obravnjavah, se beležijo s šiframi iz V. poglavja (Duševne in vedenjske motnje) po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, deseta revizija (MKB-10). V to poglavje je uvrščenih 11 sklopov bolezni od Foo do F99 (prikaz sklopov je v prilogi).

Zunajbolnišnične obravnave

Vir podatkov sta bili Evidenca osnovnega zdravstvenega varstva in Evidenca o boleznih in stanjih, ugotovljenih v specialistični ambulantni dejavnosti. V prikaz so vključeni podatki iz obravnjav, ki so jih opravili zdravniki v ambulantah pediatrije, splošne in družinske medicine, v razvojnih ambulantah, ambulantah splošne dežurne službe in nujne medicinske pomoči (primarna raven) ter obravnave na sekundarni ravni, in sicer v specialističnih ambulantah. S primarne ravni so bili v analizo vključeni podatki o razlogu (vzroku) obiska oziroma diagnoza ob prvem obisku otroka ali mladostnika. Kot prvi obisk štejemo prvi obisk osebe zaradi določenega razloga oziroma težave v tekočem letu (vsi nadaljnji obiski, povezani s to težavo v tekočem letu, se definirajo kot ponovni obiski in niso vključeni v prikaze). Iz specialističnih ambulant na sekundarni ravni so bili vključeni podatki iz datoteke končne diagnoze. Končna diagnoza je lahko zabeležena že pri prvem obisku ali pri enem od nadaljnjih obiskov, v omenjeno datoteko pa se zabeleži le enkrat, vezana je na en sam obisk, ne glede na to, kateri po vrsti je. Zato v prikazu za sekundarno raven uporabljamo termin obiski (in ne prvi obiski). Podatke o obiskih in zabeleženih diagnozah prikazujemo z absolutnimi številkami in stopnjami, to je številom prvih obiskov oz. diagnoz na 1000 otrok in mladostnikov. Zunajbolnišnične obravnave prikazujemo po statističnih regijah, in sicer po tistih, v katerih so bile opravljene obravnave, in ne tistih, iz katerih izhajajo otroci in mladostniki, ki so bili obravnavani.

Bolnišnične obravnave

Vir podatkov je bila Evidenca bolezni, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici. Bolnišnične obravnave, ki jih prikazujemo v publikaciji, so opredeljene kot neprekinjena, več kot 24 ur (ali vsaj čez noč) trajajoča obravnava bolnika v posteljni enoti bolnišnice, ki se začne s sprejemom in zaključi z odpustom. Bolniki, vključeni v analizo, so bili izbrani na podlagi glavne diagnoze, ki predstavlja glavno stanje oz. bolezen, diagnosticirano ob koncu bolnišnične obravnave kot glavni vzrok, zaradi katerega je bolnik potreboval zdravljenje v bolnišnici.

Zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj

Podatki, predstavljeni v poglavju Zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj otrok in mladostnikov, izhajajo iz Evidence porabe zdravil, izdanih na recept. Poraba zdravil je prikazana po metodologiji ATC/DDD, ki jo za preučevanje in predstavitev porabe zdravil priporoča Svetovna zdravstvena organizacija (WHO Collaborating Centre, 2015; Resolucija o NP duševnega zdravila 2011–2016). V analizi nista zajeti poraba zdravil v bolnišnicah in poraba zdravil, izdanih brez recepta.

Zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj so predstavljena po farmakoloških podskupinah oz. na 3. stopnji ATC-klasifikacije. V analizo porabe zdravil so vključene farmakološke skupine No5A – antipsihotiki, No5B – anksiolitiki, No5C – hipnotiki in sedativi, No6A – antidepresivi ter No6B – psihostimulansi, učinkovine za zdravljenje hiperkinezije in učinkovine za obnavljanje celic centralnega živčnega sistema (v nadaljevanju psihostimulansi). Poraba zdravil je predstavljena z definiranim dnevnim odmerkom (DDD – Defined Daily Dose) na 1000 oseb na dan. DDD je opisna spremenljivka, ki predstavlja povprečni vzdrževalni odmerek zdravila, ki ga odrasla oseba prejme za zdravljenje glavne indikacije zdravila v enem dnevu. Pri predstavitvi podatkov s pomočjo DDD torej gledamo, koliko povprečnih vzdrževalnih odmerkov posameznega zdravila je v določenem časovnem obdobju prejela oseba ali skupina oseb (primer interpretacije: 20 DDD na 1000 na dan pomeni, da je bilo v letu dni izdanega toliko zdravila, da bi vzdrževalno dozo zdravila vsak dan v letu prejela 2 % preučevane populacije). Ob tem velja opozoriti, da je tako predstavljena poraba zdravil zgolj ocena in ni nujno enaka dejanski porabi v populaciji, ki je na podlagi dostopnih podatkov ni mogoče izračunati. Prav tako so vrednosti DDD izračunane za odrasle osebe, pri katerih so lahko vzdrževalni odmerki zdravil drugačni od odmerkov, ki so predpisani otrokom in mladostnikom. Kljub temu omogoča predstavitev podatkov v obliki DDD na 1000 oseb na dan še najustreznejšo primerjavo porabe različnih zdravil v obravnavani populaciji (WHO Collaborating Centre, 2015).

5.5 Zunajbolnišnične obravnave otrok in mladostnikov zaradi duševnih in vedenjskih motenj

5.5.1 Število in stopnja zunajbolnišničnih obravnav na primarni ravni

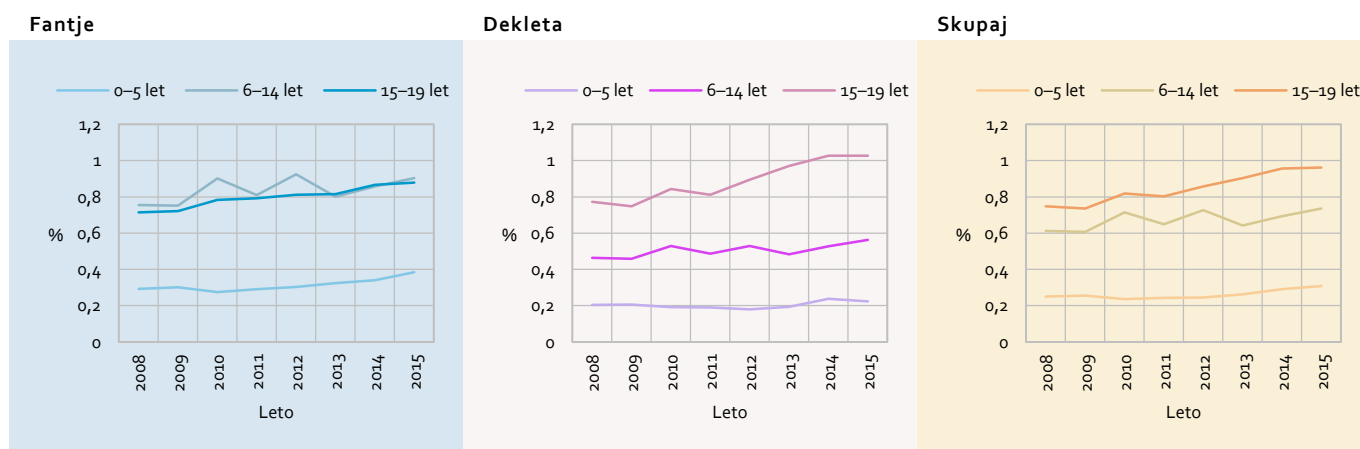
V obdobju od leta 2008 do leta 2015 so zdravniki na primarni ravni poročali o skupno 52.690 prvih obiskih otrok in mladostnikov, pri katerih so zabeležili diagnoze iz poglavja duševne in vedenjske motnje. Število prvih obiskov zaradi omenjenih motenj se je v navedenem obdobju povečalo za skoraj 26 %. Med vsemi prvimi obiski jih je bilo 57 % zabeleženih pri fantih, 43 % pa pri dekletih (tabela 5).

Tabela 5. Število prvih obiskov zaradi duševnih in vedenjskih motenj po starostnih skupinah in spolu med letoma 2008 in 2015

	Fantje			Dekleta			Skupaj
	o do 5 let	6 do 14 let	15 do 19 let	o do 5 let	6 do 14 let	15 do 19 let	o do 19 let
2008	1049	1461	808	656	872	1125	5971
2009	1148	1570	793	712	915	1070	6208
2010	1052	1778	778	660	1052	1102	6422
2011	1174	1691	799	688	1013	1042	6407
2012	1187	1785	754	631	1024	1084	6465
2013	1307	1647	767	705	997	1175	6598
2014	1361	1790	805	856	1085	1217	7114
2015	1530	1961	814	796	1188	1216	7505

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Število prvih obiskov je bilo pri fantih največje v starostni skupini od 6 do 14 let, pri dekletih pa v skupini od 15 do 19 let. Porast števila obiskov med letoma 2008 in 2015 je bil pri fantih najvišji v starosti od 0 do 5 let, in je znašal 45 %, v starosti od 6 do 14 let pa 34 %. Pri dekletih je bil porast števila obiskov najvišji v skupini od 6 do 14 let, in sicer 36 %, pri najmlajših pa je znašal 21 %. Pri mladostnikih, starih med 15 in 19 let, je bil porast najnižji, pri dekletih 8 %, pri fantih pa nižji od enega odstotka (tabela 5).



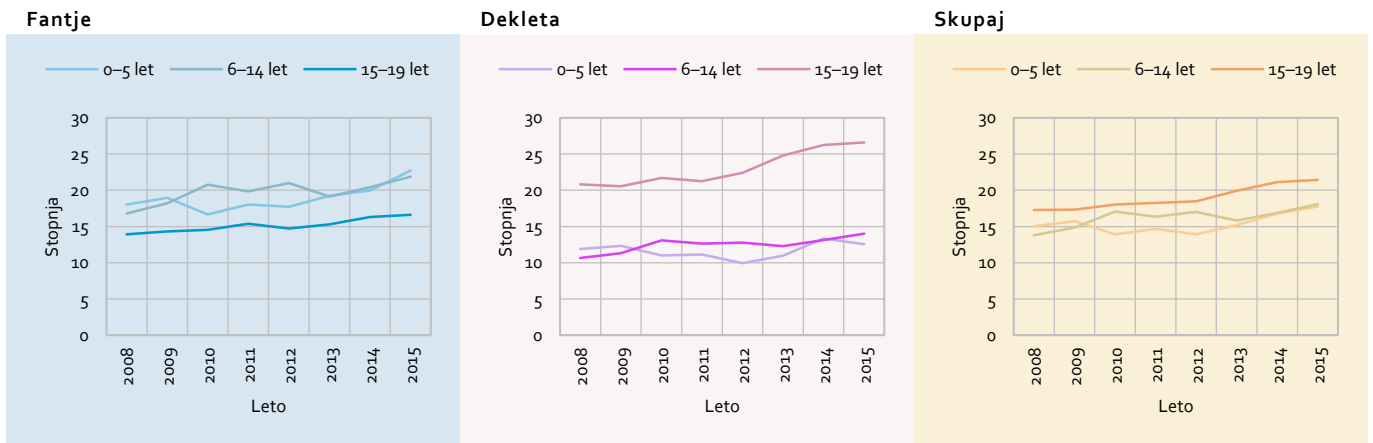
(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 10. Delež prvih obiskov zaradi duševnih in vedenjskih motenj med vsemi prvimi obiski (razen poškodb in zastrupitev) glede na starostno skupino in spol med letoma 2008 in 2015

Delež obiskov, pri katerih so bile zabeležene duševne in vedenjske motnje, je v primerjavi z vsemi obiski otrok in mladostnikov na primarni ravni znašal 0,6 %. V starostni skupini od 0 do 5 let je znašal 0,3 %, v skupini od 6 do 14 let 0,7 %, v skupini od 15 do 19 let pa 0,8 % vseh prvih obiskov. Porast tega deleža je bil med letoma 2008 in 2015 največji v skupini od 15 do 19 let in je znašal 29 % (slika 10).

Delež obiskov zaradi duševnih in vedenjskih motenj je bil pri fantih najvišji v skupinah od 6 do 14 let ter od 15 do 19 let in je v povprečju znašal 0,8 %, v skupini od 0 do 5 let pa 0,3 %. Med letoma 2008 in 2015 se je ta delež najbolj povečal v skupini od 0 do 5 let, in sicer za 31 % (slika 10).

Delež obiskov zaradi duševnih in vedenjskih motenj je bil pri dekletih najvišji v starostni skupini od 15 do 19 let in je znašal v povprečju 0,9 %, v skupini od 6 do 14 let je znašal 0,5 %, med otroki do 5 let pa 0,3 %. Med letoma 2008 in 2015 se je najbolj povečal v skupini od 15 do 19 let, in sicer za 29 % (slika 10).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

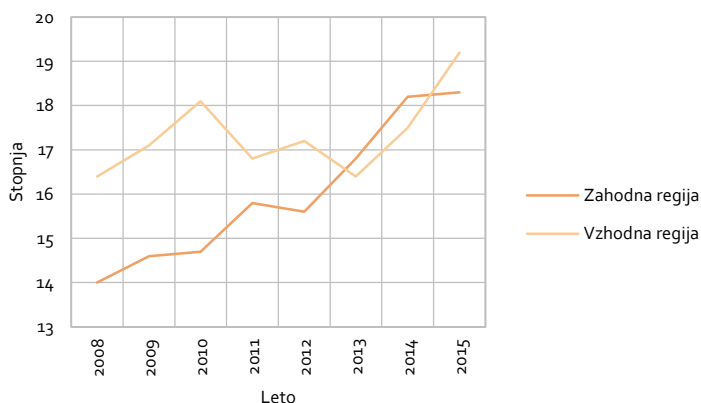
Slika 11. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb zaradi duševnih in vedenjskih motenj glede na starostno skupino in spol, med letoma 2008 in 2015

Stopnja prvih obiskov duševnih in vedenjskih motenj je bila najvišja v starostni skupini od 15 do 19 let in je znašala v povprečju 18,9/1000, v skupini od 6 do 14 let 16,2/1000, v skupini od 0 do 5 let pa 15,4/1000. Stopnja obiskov se je med letoma 2008 in 2015 najbolj povišala v skupini od 6 do 14 let, in sicer za 31 %, v skupini od 15 do 19 let za 24 %, v skupini od 0 do 5 let pa za 18 % (slika 11).

Stopnja prvih obiskov je bila pri fantih najvišja v starostni skupini od 6 do 14 let in je znašala v povprečju 19,8/1000, v skupini od 0 do 5 let 18,9/1000, v skupini od 15 do 19 pa je bila najnižja, in sicer 15,2/1000. Stopnja obiskov se je med letoma 2008 in 2015 najbolj povišala v skupini od 6 do 14 let, in sicer za 30 %, v skupini od 0 do 5 let za 26 %, v skupini od 15 do 19 let pa za 19 % (slika 11).

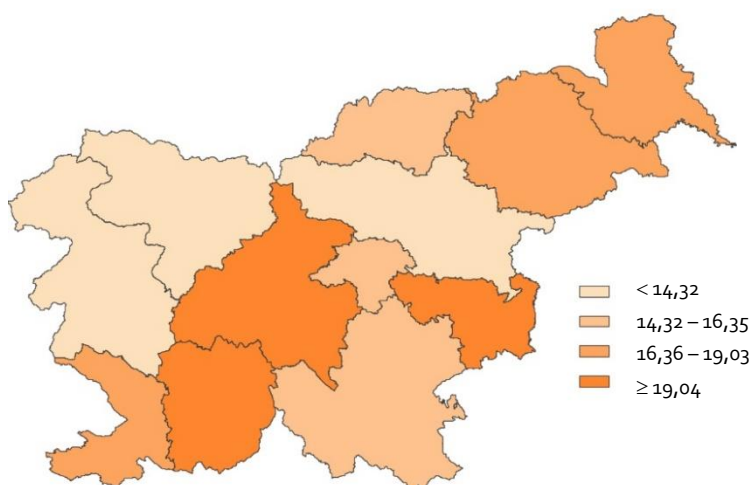
Stopnja prvih obiskov je bila pri dekletih najvišja v starostni skupini od 15 do 19 let in je znašala v povprečju 23,1/1000, v skupini od 6 do 14 let 12,5/1000, v skupini od 0 do 5 pa 11,7/1000. Stopnja obiskov se je med letoma 2008 in 2015 najbolj povišala v skupini od 6 do 14 let, in sicer za 32 %, v skupini od 15 do 19 let za 28 %, v skupini od 0 do 5 let pa za 5 % (slika 11).

5.5.2 Zunajbolnišnične obravnave na primarni ravni po statističnih regijah



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 12. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb zaradi duševnih in vedenjskih motenj v starostni skupini 0–19 let, v vzhodni in zahodni kohezijski regiji, med letoma 2008 in 2015



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Podatki se nanašajo na statistično regijo lokacije izvajalcev in ne na stalno bivališče otrok in mladostnikov.

Slika 13. Povprečna stopnja prvih obiskov na 1000 oseb zaradi duševnih in vedenjskih motenj v starostni skupini 0–19 let, po statističnih regijah, v obdobju med letoma 2008 in 2015

Povprečna stopnja prvih obiskov je bila v obdobju med letoma 2008 in 2015 najvišja v primorsko-notranjski regiji in je znašala 28,3/1000. Sledile so posavska (20/1000), osrednjeslovenska (19,1/1000) in obalno-kraška regija (19/1000). Najnižja stopnja obiskov je bila zabeležena v savinjski regiji, in sicer 11,8/1000 (slika 13).

Pojasnilo:

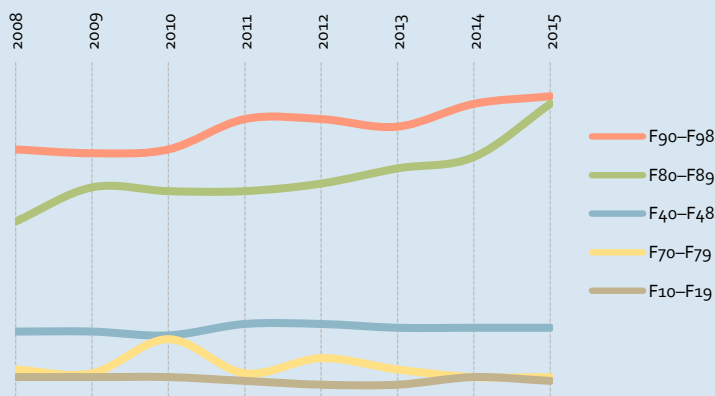
Ob nekaterih tabelah v tem poglavju se na desni strani nahaja še stiliziran grafični prikaz prvih petih sklopov diagnoz ali posameznih diagnoz v opazovanem obdobju (2008–2015). **Presečno mesto barvne vodoravne črte (sklop diagnoz/posamezna diagnoza) z navpično črto (obdobje opazovanega leta), določa vrstni red (rang), ki ga glede na pogostost obravnav v primerjavi z ostalimi štirimi sklopi diagnoz/diagnozami, v danem letu zaseda opazovani sklop diagnoz oziroma diagnoza.** Za odčitavanje numeričnih vrednosti stopnje obravnav (za posamezno leto in posameznen sklop diagnoz oziroma diagnoze) naj bralec uporabi tabelo.

5.5.3 Vzroki zunajbolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov na primarni ravni

Sklopi diagnoz iz poglavja Duševne in vedenjske motnje

Tabela 6. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj med fanti v starostni skupini 0–19 let med letoma 2008 in 2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F90–F98	6,7	6,6	6,7	7,5	7,5	7,3	7,9	8,1
F80–F89	4,8	5,7	5,6	5,6	5,8	6,2	6,5	7,9
F40–F48	1,9	1,9	1,8	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0
F70–F79	0,9	0,8	1,7	0,8	1,2	0,9	0,7	0,7
F10–F19	0,7	0,7	0,7	0,6	0,5	0,5	0,7	0,6
F30–F39	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6
F50–F59	0,3	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4
F20–F29	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1
F60–F69	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
F00–F09	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
F99	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0



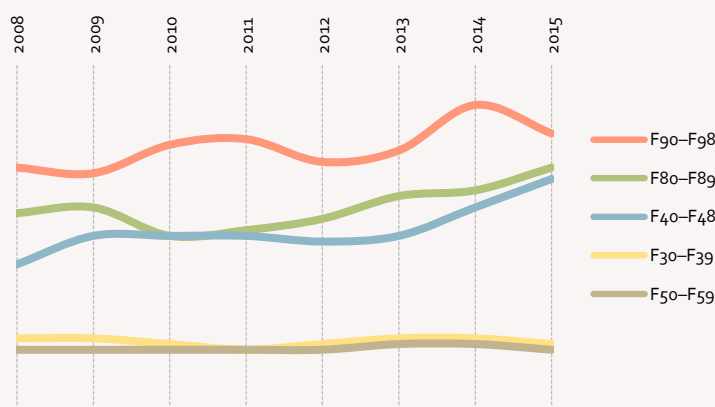
Opombe: F90–F98: Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F80–F89: Motnje duševnega razvoja; F40–F48: Nevrotske, stresne in somatiformne motnje; F70–F79: Duševna manjrazvitost; F10–F19: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi; F30–F39: Razpoloženske (afektivne) motnje; F50–F59: Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki; F20–F29: Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje; F60–F69: Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi; F00–F09: Organske, vključno simptomatske, duševne motnje; F99: Neopredeljena duševna motnja.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

V vseh prikazanih letih so bile pri fantih najvišje stopnje prvih obiskov za diagnoze iz sklopov vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F90–F98), motnje duševnega razvoja (F80–F89), nevrotske, stresne in somatiformne motnje (F40–F48), duševna manjrazvitost (F70–F79), duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi (F10–F19), razpoloženske (afektivne) motnje (F30–F39) ter vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki (F50–F59) (tabela 6).

Tabela 7. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj med dekletmi v starostni skupini 0–19 let med letoma 2008 in 2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F90–F98	4,2	4,1	4,6	4,7	4,3	4,5	5,3	4,8
F80–F89	3,4	3,5	3,0	3,1	3,3	3,7	3,8	4,2
F40–F48	2,5	3,0	3,0	3,0	2,9	3,0	3,5	4,0
F30–F39	1,2	1,2	1,1	1,00	1,1	1,2	1,2	1,1
F50–F59	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,0
F70–F79	0,7	0,5	1,2	0,7	0,9	0,8	0,7	0,6
F10–F19	0,6	0,4	0,5	0,5	0,3	0,3	0,4	0,4
F20–F29	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
F60–F69	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
F00–F09	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
F99	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0



Opombe: F90–F98: Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F80–F89: Motnje duševnega razvoja; F40–F48: Nevrotske, stresne in somatiformne motnje; F30–F39: Razpoloženske (afektivne) motnje; F50–F59: Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki; F70–F79: Duševna manjrazvitost; F10–F19: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi; F20–F29: Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje; F60–F69: Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi; F00–F09: Organske, vključno simptomatske, duševne motnje; F99: Neopredeljena duševna motnja.

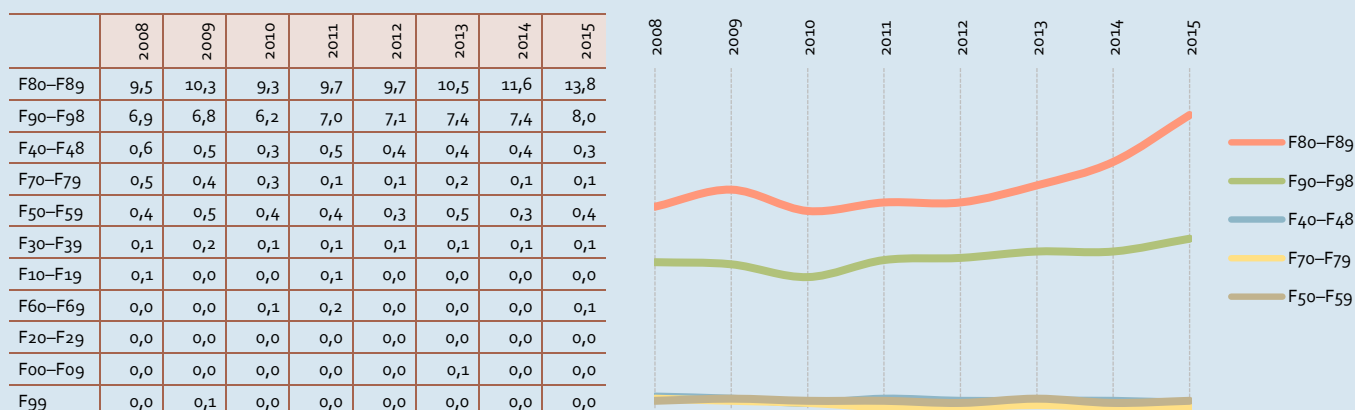
(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Pri dekletih je bil razpored prvih treh sklopov diagnoz v prikazanem obdobju enak kot pri fantih. Na četrtem do šestem mestu so si v vseh letih, razen v letu 2010, sledili nevrotske, stresne in somatoformne motnje (F40–F48), vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki (F50–F59), ter duševna manjrazvitost (F70–F79), na sedmem mestu so bile v vseh letih duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi (F10–F19). Pri obeh spolih v prikazanem obdobju ni bilo zabeleženih diagnoz iz sklopa neopredeljena duševna motnja (F99–F99) (tabela 7).

5.5.4 Zunajbolnišnične obravnave na primarni ravni otrok in mladostnikov po starosti in spolu

Zunajbolnišnične obravnave otrok v starosti do 5 let na primarni ravni

Tabela 8. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj med fanti v starostni skupini 0–5 let med letoma 2008 in 2015



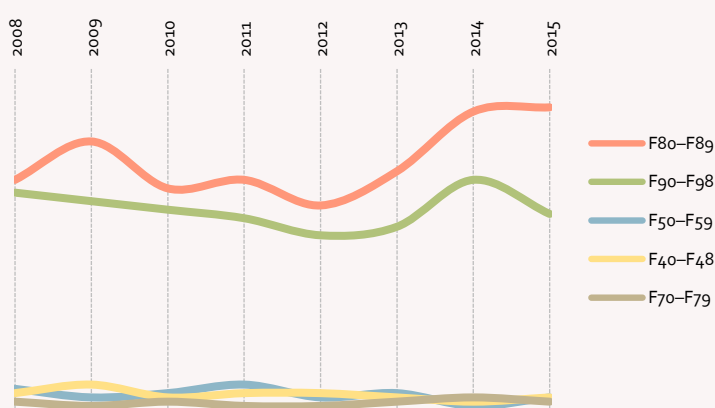
Opombe: F80–F89: Motnje duševnega razvoja; F90–F98: Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F40–F48: Nevrotske, stresne in somatoformne motnje; F70–F79: Duševna manjrazvitost; F50–F59: Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki; F30–F39: Razpoloženske (afektivne) motnje, F10–F19: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi; F60–F69: Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi; F20–F29: Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje; F00–F09: Organske, vključno simptomatske, duševne motnje; F99: Neopredeljena duševna motnja.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

V najmlajši starostni skupini fantov je bila stopnja prvih obiskov najvišja za diagnoze iz sklopov motnje duševnega razvoja (F80–F89) ter vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F90–F98). Za vse ostale sklope je bila stopnja prvih obiskov nižja od 1/1000, medtem ko iz sklopov organske, vključno simptomatske duševne motnje (F00–F09), shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29) ter neopredeljena duševna motnja (F99–F99) pričakovano ni bilo zabeleženih diagnoz (tabela 8).

Tabela 9. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj med dekletimi v starostni skupini 0–5 let med letoma 2008 in 2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F80–F89	5,4	6,3	5,2	5,4	4,8	5,6	7,0	7,1
F90–F98	5,1	4,9	4,7	4,5	4,1	4,3	5,4	4,6
F50–F59	0,5	0,3	0,4	0,6	0,3	0,4	0,1	0,3
F40–F48	0,4	0,6	0,3	0,4	0,4	0,3	0,2	0,3
F70–F79	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2
F30–F39	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
F20–F29	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F60–F69	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
F00–F09	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
F10–F19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F99	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0



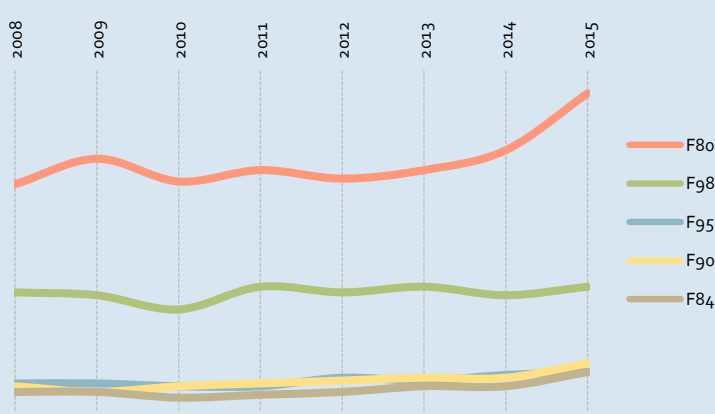
Opombe: F80–F89: Motnje duševnega razvoja; F90–F98: Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F50–F59: Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki; F40–F48: Nevrotske, stresne in somatoformne motnje; F70–F79: Duševna manjrazvitost; F30–F39: Razpoloženske (afektivne) motnje; F20–F29: Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje; F60–F69: Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi; F00–F09: Organske, vključno simptomatske, duševne motnje; F10–F19: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi; F99: Neopredeljena duševna motnja.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Tudi pri dekletih v tej starostni skupini so bile najpogostejše diagnoze iz sklopov motnje duševnega razvoja (F80–F89) ter vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F90–F98). Iz sklopov organske, vključno simptomatske, duševne motnje (F00–F09), duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi (F10–F19) ter neopredeljena duševna motnja (F99–F99) ni bilo zabeleženih diagnoz (tabela 9).

Tabela 10. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj med fanti v starostni skupini 0–5 let med letoma 2008 in 2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F80	8,0	8,9	8,1	8,5	8,2	8,5	9,2	11,2
F98	4,2	4,1	3,6	4,4	4,2	4,4	4,1	4,4
F95	1,0	1,0	0,9	0,9	1,2	1,1	1,3	1,4
F90	0,9	0,7	0,9	1,0	1,1	1,2	1,2	1,7
F84	0,7	0,7	0,5	0,6	0,7	0,9	0,9	1,4
F91	0,5	0,6	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4	0,2
F83	0,3	0,2	0,1	0,3	0,4	0,6	0,8	0,6
F82	0,2	0,1	0,4	0,2	0,3	0,2	0,5	0,4
F93	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1
F89	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1



Opombe: F80: Specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju; F98: Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F95: Tiki; F90: Hiperkinetične motnje, F84: Pervazivne razvojne motnje; F91: Motnje vedenja; F83: Mešane specifične razvojne motnje; F82: Specifična razvojna motnja motoričnih funkcij; F93: Čustvene motnje, ki se začnejo v otroštvu; F89: Neopredeljena motnja duševnega (psihološkega) razvoja.

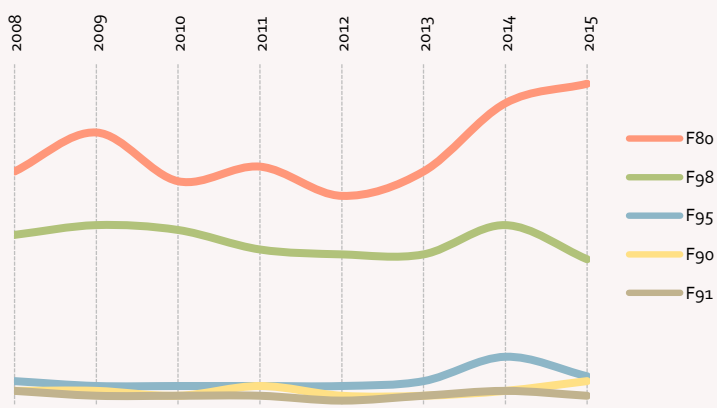
(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Med desetimi diagnozami, ki so bile pri fantih v vseh letih napogostejši vzrok za prvi obisk, so bile na prvem mestu specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju (F80), na drugem mestu so bile druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu (F98).

Na tretjem do petem mestu so se izmenjavali tiki (F95), hiperkinetična motnja (F90) in pervazivne motnje (F84). Med letoma 2008 in 2015 se je za okoli dvakrat povečala stopnja prvih obiskov za hiperkinetične motnje (F90), pervazivne motnje (F84), mešane specifične razvojne motnje (F83) in specifične razvojne motnje motoričnih funkcij (F82). Za tike (F95) je porast znašal 43 %, za specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju (F80) pa 39 %. Upad stopnje prvih obiskov je bil opazen pri čustvenih motnjah, za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu (F93), ter pri motnjah vedenja (F91) (tabela 10).

Tabela 11. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj med dekleti v starostni skupini 0–5 let med letoma 2008 in 2015

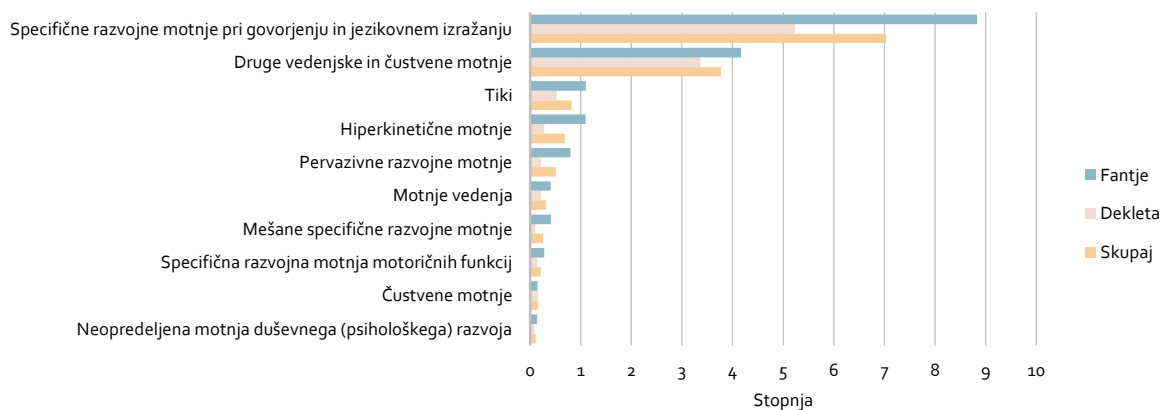
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F80	4,8	5,6	4,6	4,9	4,3	4,8	6,2	6,6
F98	3,5	3,7	3,6	3,2	3,1	3,1	3,7	3,0
F95	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	1,0	0,6
F90	0,3	0,3	0,2	0,4	0,2	0,2	0,3	0,5
F91	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2
F84	0,3	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2
F51	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,1	0,2
F43	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
F93	0,3	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1
F82	0,2	0,2	0,1	0,2	0,0	0,2	0,1	0,1



Opombe: F80: Specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju; F98: Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F95: Tiki; F90: Hiperkinetične motnje, F84: Pervazivne razvojne motnje; F91: Motnje vedenja; F83: Mešane specifične razvojne motnje; F82: Specifična razvojna motnja motoričnih funkcij; F93: Čustvene motnje, ki se začnejo v otroštvu; F89: Neopredeljena motnja duševnega (psihološkega) razvoja.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Tudi pri dekletih sta bili v vseh letih na prvih dveh mestih isti motnji kot pri fantih (F80 in F98). Med letoma 2008 in 2015 se je stopnja obiskov povečala zaradi hiperkinetičnih motenj (F90), in sicer za 58 %, zaradi specifičnih razvojnih motenj pri govorjenju in jezikovnem izražanju (F80) za 38 % in za tike (F95) za 34 %. Pri ostalih najpogostejših motnjah je prišlo do upada stopnje (tabela 11).



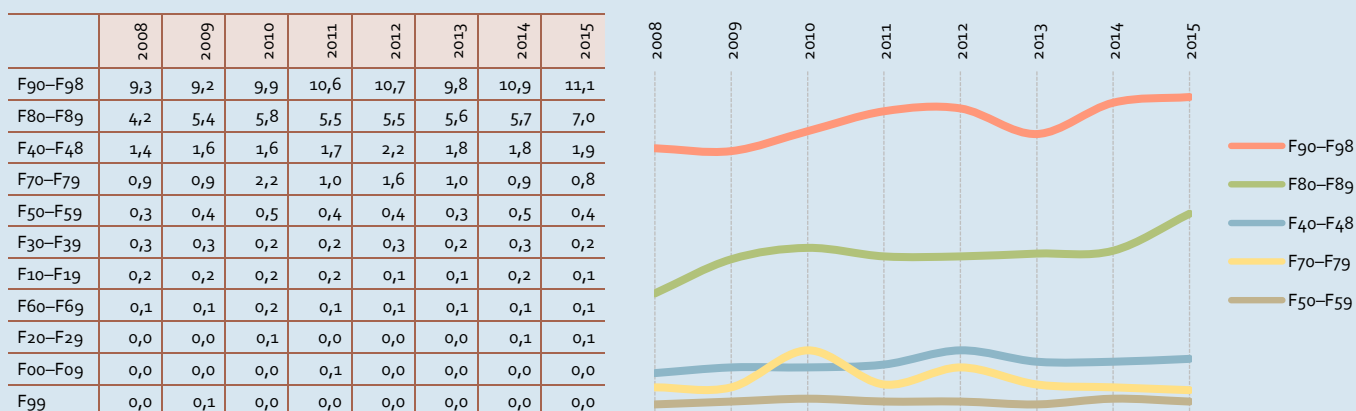
(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 14. Povprečna stopnja prvih obiskov na 1000 oseb zaradi 10 najpogostejših diagnoz med duševnimi in vedenjskimi motnjami glede na spol v starostni skupini 0–5 let, v obdobju med letoma 2008 in 2015

V starostni skupini od 0 do 5 let so bile med diagnozami, zaradi katerih je bilo največ prvih obiskov, specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju (F80, 7,0/1000) ter druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F98, 3,8/1000). Sledili so tiki (F95, 0,82/1000), hiperkinetična motnja (F90, 0,7/1000) in pervazivne razvojne motnje (F84, 0,5/1000). Stopnja obiskov za vse prikazane najpogostejše motnje, razen za čustvene motnje, za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu (F93), je bila pri fantih višja kot pri dekletih. Razlika v stopnji je bila najvišja pri hiperkinetični motnji (fantje 1,1/1000, dekleta 0,28/1000) in pri pervazivni razvojni motnji (0,80/1000, dekleta 0,22/1000) (slika 14).

Zunajbolnišnične obravnave otrok v starosti od 6 do 14 let na primarni ravni

Tabela 12. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj med fanti v starostni skupini 6–14 let med letoma 2008 in 2015



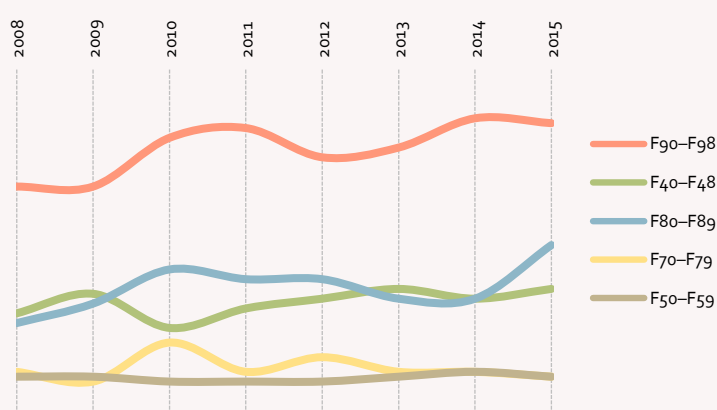
Opombe: F90–F98: Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F80–F89: Motnje duševnega razvoja; F40–F48: Nevrotske, stresne in somatoformne motnje; F70–F79: Duševna manjrazvitost; F50–F59: Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki; F30–F39: Razpoloženske (afektivne) motnje; F10–F19: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi; F60–F69: Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi; F20–F29: Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje; F00–F09: Organske, vključno simptomatske, duševne motnje; F99: Neopredeljena duševna motnja.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

V skupini od 6 do 14 let je bila pri fantih te starostne skupine stopnja prvih obiskov v vseh letih najvišja zaradi diagnoz iz sklopov vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F90–F98), ter motnje duševnega (čustvenega) razvoja (F80–F89), sledile so diagnoze iz sklopa nevrotske, stresne in somatoformne motnje (F40–F48) ter motnje duševnega razvoja (F70–F79). Iz sklopov organske, vključno simptomatske, duševne motnje (F00–F09) ter neopredeljena duševna motnja (F99–F99) pri fantih ni bilo zabeleženih diagnoz v prikazanem obdobju (tabela 12).

Tabela 13. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj med dekletimi v starostni skupini 6–14 let med letoma 2008 in 2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F90–F98	4,6	4,6	5,6	5,8	5,2	5,4	6,0	5,9
F40–F48	2,0	2,4	1,7	2,1	2,3	2,5	2,3	2,5
F80–F89	1,8	2,2	2,9	2,7	2,7	2,3	2,3	3,4
F70–F79	0,8	0,6	1,4	0,8	1,1	0,8	0,8	0,7
F50–F59	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,8	0,7
F30–F39	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,4	0,5	0,4
F10–F19	0,2	0,2	0,3	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
F60–F69	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1
F00–F09	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
F20–F29	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F99	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0



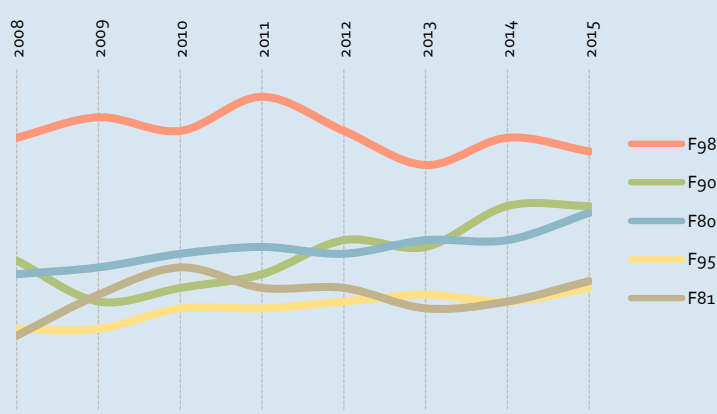
Opombe: F90–F98: Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F40–F48: Nevrotske, stresne in somatoformne motnje; F80–F89: Motnje duševnega razvoja; F70–F79: Duševna manjrazvitost; F50–F59: Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki; F30–F39: Razpoloženske (afektivne) motnje; F10–F19: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi; F60–F69: Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi; F00–F09: Organske, vključno simptomatske, duševne motnje; F20–F29: Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje; F99: Neopredeljena duševna motnja.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Tudi pri dekletih so bile na prvem mestu diagnoze iz sklopov vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F90–F98). Na drugem mestu so se izmenjevale diagnoze iz sklopov nevrotske, stresne in somatoformne motnje (F40–F48) ter motnje duševnega razvoja (F80–F89), sledile so diagnoze iz sklopov motnje duševnega razvoja (F70–F79) in vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki (F50–F59). Iz sklopov shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29) ter neopredeljena duševna motnja (F99–F99) pri dekletih ni bilo zabeleženih diagnoz (tabela 13).

Tabela 14. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj med fanti v starostni skupini 6–14 let med letoma 2008 in 2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F98	4,0	4,3	4,1	4,6	4,1	3,6	4,0	3,8
F90	2,2	1,6	1,8	2,0	2,5	2,4	3,0	3,0
F80	2,0	2,1	2,3	2,4	2,3	2,5	2,5	2,9
F95	1,2	1,2	1,5	1,5	1,6	1,7	1,6	1,8
F81	1,1	1,7	2,1	1,8	1,8	1,5	1,6	1,9
F91	1,0	1,0	1,3	1,3	1,2	0,9	1,1	1,2
F84	0,7	1,1	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,6
F43	0,7	0,8	0,7	0,7	1,1	0,9	0,9	1,0
F93	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5
F92	0,4	0,5	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,7



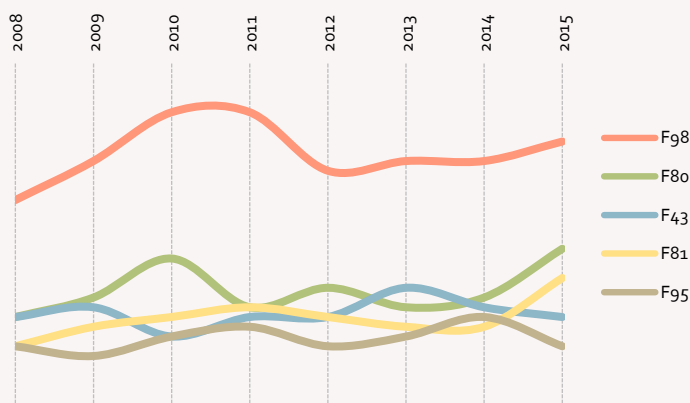
Opombe: F98: Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F90: Hiperkinetične motnje; F80: Specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju; F95: Tiki; F81: Specifična motnja branja; F91: Motnje vedenja; F84: Pervazivne razvojne motnje; F43: Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje; F93: Čustvene motnje, ki se začnejo v otroštvu; F92: Mešane motnje vedenja in čustvovanja.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Med desetimi diagnozami, zaradi katerih so fantje najpogosteje prvič obiskali zdravnika, so bile v vseh letih na prvem mestu druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu (F98), na drugem in tretjem mestu so se izmenjevale hiperkinetične motnje (F90) ter specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju (F80), sledili so tiki (F95), specifične razvojne motnje pri šolskih veščinah (F81), motnje vedenja (F91) ter pervazivne motnje (F84). Med letoma 2008 in 2015 se je za približno dvakrat povečalo število obiskov zaradi pervazivnih motenj (F84) ter mešanih motenj vedenja in čustvovanja (F92), za 76 % zaradi razvojnih motenj pri šolskih veščinah, za 48 % zaradi reakcij na hud stres in prilagoditvenih motenj (F43), za 47 % zaradi specifičnih razvojnih motenj pri govorjenju in jezikovnem izražanju (F80), zaradi tikov (F95) za 41%, zaradi hiperkinetičnih motenj (F90) pa za 38 % (tabela 14).

Tabela 15. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj med dekletimi v starostni skupini 6–14 let med letoma 2008 in 2015

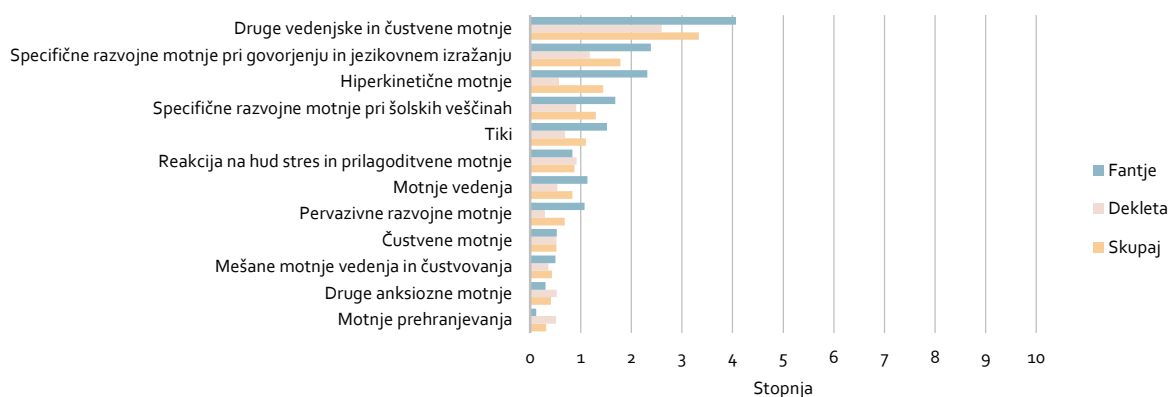
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F98	2,1	2,5	3,0	3,0	2,4	2,5	2,5	2,7
F80	0,9	1,1	1,5	1,0	1,2	1,0	1,1	1,6
F43	0,9	1,0	0,7	0,9	0,9	1,2	1,0	0,9
F81	0,6	0,8	0,9	1,0	0,9	0,8	0,8	1,3
F95	0,6	0,5	0,7	0,8	0,6	0,7	0,9	0,6
F90	0,6	0,2	0,4	0,5	0,6	0,6	0,8	0,8
F93	0,6	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,6	0,7
F50	0,6	0,4	0,5	0,4	0,5	0,5	0,6	0,5
F91	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,5
F41	0,4	0,5	0,4	0,3	0,6	0,7	0,6	0,8



Opombe: F98: Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F80: Specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju; F43: Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje; F81: Specifična motnja branja; F95: Tiki; F90: Hiperkinetične motnje; F93: Čustvene motnje, ki se začnejo v otroštvu; F50: Motnje prehranjevanja, F91: Motnje vedenja; F41: Druge anksiozne motnje.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Pri dekletih so bile v vseh letih na prvem mestu druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu (F98), na drugem in tretjem mestu so se izmenjevale specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju (F80), reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43) ter specifične razvojne motnje pri šolskih veščinah (F81). Med letoma 2008 in 2015 se je pri dekletih za več kot dvakrat povečala stopnja obiskov zaradi specifične razvojne motnje pri šolskih veščinah (F81), za dvakrat zaradi drugih anksioznih motenj, za 70 % pa zaradi specifičnih razvojnih motenj pri govorjenju in jezikovnem izražanju (F80) (tabela 15).



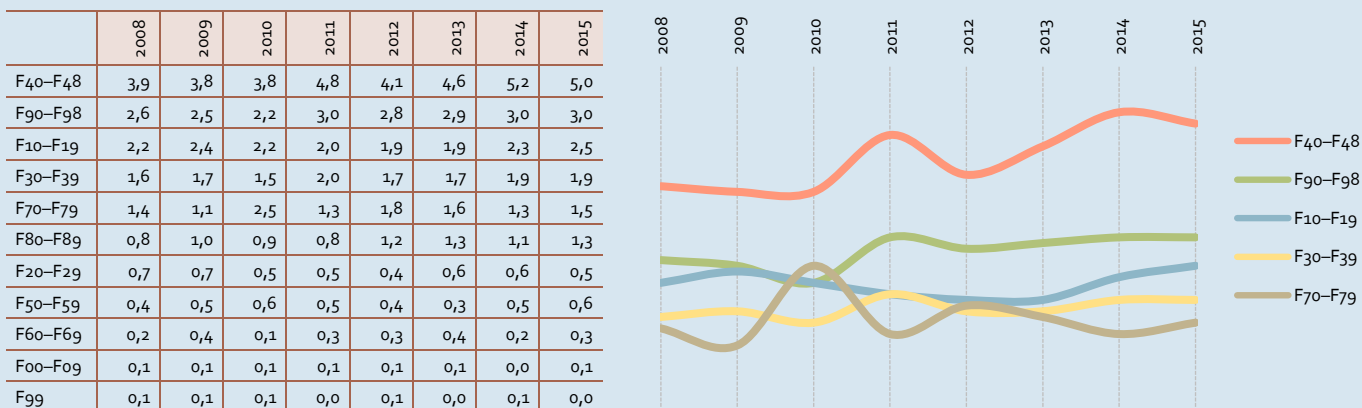
(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 15. Povprečna stopnja prvih obiskov na 1000 oseb za 12 najpogostejših diagnoz med duševnimi in vedenjskimi motnjami glede na spol v starostni skupini 6–14 let, v obdobju med 2008 in 2015

V starostni skupini od 6 do 14 let je bila stopnja prvih obiskov še vedno najvišja zaradi drugih vedenjskih in čustvenih motenj, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F98, 3,3/1000), sledile so specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju (F80, 1,8/1000), hiperkinetične motnje (F90, 1,4/1000), specifične motnje pri šolskih veščinah (F81, 1,3/1000) ter tiki (F95, 1/1000). S stopnjo, nižjo od 1/1000, so sledile reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43), motnje vedenja (F91), pervazivne razvojne motnje (F84), čustvene motnje, za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu (F93), ter mešane motnje vedenja in čustvovanja (F92). Stopnja obiskov je bila med fanti višja kot med dekleti zaradi večine naštetih motenj, razen zaradi diagnoze reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje, druge anksiozne motnje ter motnje hranjenja, kjer je bila višja med dekleti. Razlika v stopnji obiskov med fanti in dekleti je bila največja pri hiperkinetični motnji (fantje 2,3/1000, dekleta 0,6/1000) ter pervazivni motnji (fantje 1,1/1000 dekleta 0,29/1000) (slika 15).

Zunajbolnišnične obravnave mladostnikov v starosti od 15 do 19 let na primarni ravni

Tabela 16. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj med fanti v starostni skupini 15–19 let med letoma 2008 in 2015

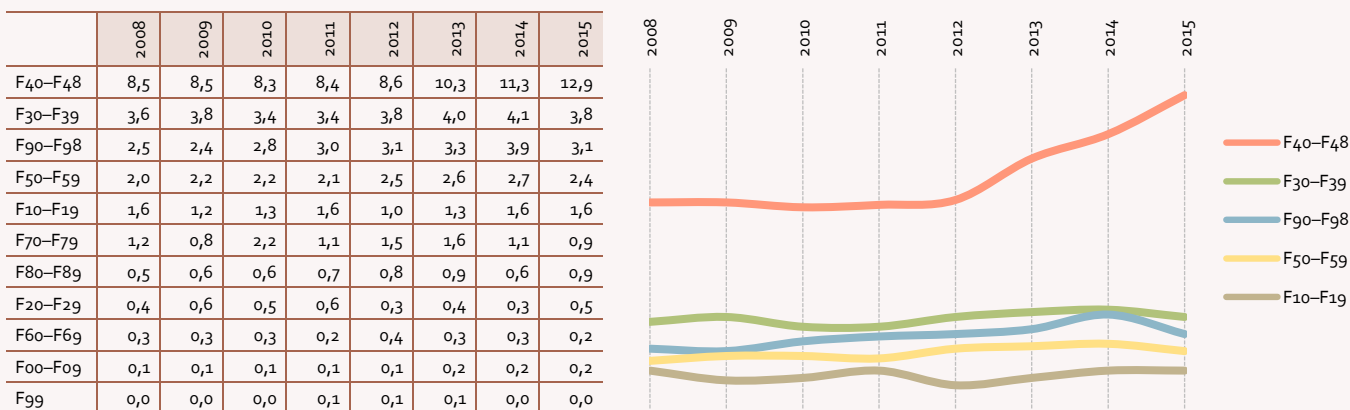


Opombe: F40–F48: Nevrotske, stresne in somatoforme motnje; F90–F98: Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F10–F19: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi; F30–F39: Razpoloženske (afektivne) motnje; F70–F79: Duševna manjrazvitost; F80–F89: Motnje duševnega razvoja; F20–F29: Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje; F50–F59: Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki; F60–F69: Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi; F00–F09: Organske, vključno simptomatske, duševne motnje; F99: Neopredeljena duševna motnja.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Pri mladostnikih v starosti od 15 do 19 let so bile na prvih treh mestih v vseh prikazanih letih stopnje prvih obiskov zaradi diagnoz iz sklopov nevrotske, stresne in somatoformne motnje (F40–F48), vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F90–F98), ter duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi (F10–F19). Na četrtem in petem mestu so se izmenjevale diagnoze iz sklopov razpoloženske (afektivne) motnje (F30–F39) ter duševna manjrazvitost (F70–F79) (tabela 16).

Tabela 17. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj med dekleti v starostni skupini 15–19 let med letoma 2008 in 2015



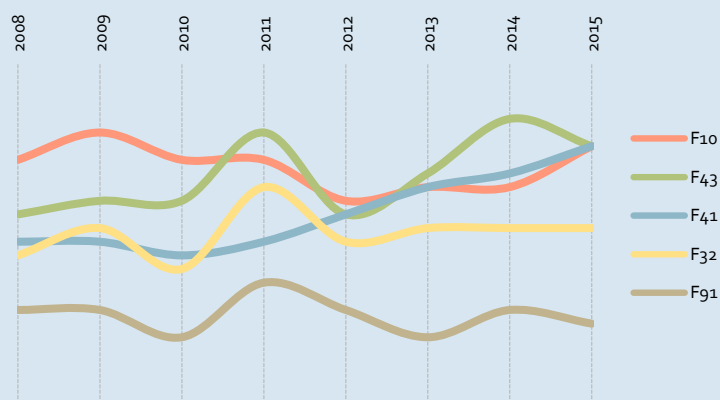
Opombe: F40–F48: Nevrotske, stresne in somatoformne motnje; F30–F39: Razpoloženske (afektivne) motnje; F90–F98: Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F50–F59: Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki; F10–F19: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi; F70–F79: Duševna manjrazvitost; F80–F89: Motnje duševnega razvoja; F20–F29: Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje; F60–F69: Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi; F00–F09: Organske, vključno simptomatske, duševne motnje; F99: Neopredeljena duševna motnja.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Pri dekletih v tej starostni skupini so bile na prvih štirih mestih v vseh prikazanih letih diagnoze iz sklopov nevrotske, stresne in somatoformne motnje (F40–F48), razpoloženske (afektivne) motnje (F30–F39), vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F90–F98), ter vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki (F50–F59). Na petem in šestem mestu sta se izmenjevala sklopa duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi (F10–F19) ter duševna manjrazvitost (F70–F79) (tabela 17).

Tabela 18. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj med fanti v starostni skupini 15–19 let med letoma 2008 in 2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F10	1,8	2,0	1,8	1,8	1,5	1,6	1,6	1,9
F43	1,4	1,5	1,5	2,0	1,4	1,7	2,1	1,9
F41	1,2	1,2	1,1	1,2	1,4	1,6	1,7	1,9
F32	1,1	1,3	1,0	1,6	1,2	1,3	1,3	1,3
F91	0,7	0,7	0,5	0,9	0,7	0,5	0,7	0,6
F98	0,6	0,6	0,4	0,8	0,5	0,7	0,5	0,6
F71	0,6	0,5	1,1	0,6	0,8	0,6	0,4	0,6
F45	0,6	0,4	0,5	0,6	0,5	0,4	0,4	0,6
F92	0,3	0,5	0,5	0,7	0,6	0,8	0,6	0,7
F48	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,4	0,3	0,2



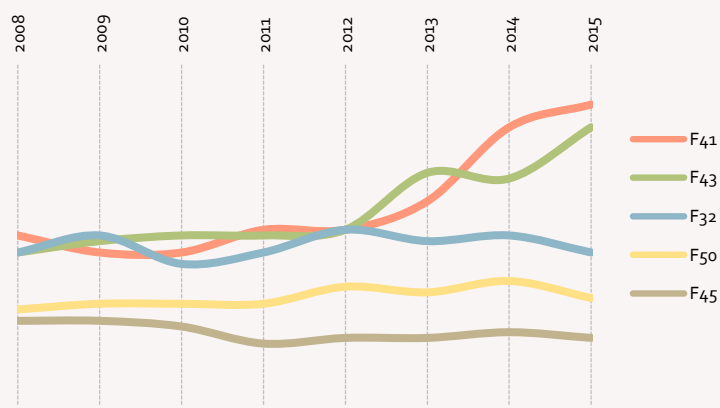
Opombe: F10: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola; F43: Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje; F41: Druge anksiozne motnje; F32: Depresivna epizoda; F91: Motnje vedenja; F98: Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F71: Zmerna duševna manjrazvitost; F45: Somatoformne motnje; F92: Mešane motnje vedenja in čustvovanja; F48: Nevrastenija.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Med desetimi diagnozami, zaradi katerih so fantje najpogosteje prvič obiskali zdravnika, so se na prvih štirih mestih izmenjevale duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10), reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43), druge anksiozne motnje (F41) ter depresivna epizoda (F32). Porast stopnje obiskov je bil med letoma 2008 in 2015 več kot dvakraten zaradi mešanih motenj vedenja in čustvovanja (F92), za 56 % se je povišala stopnja zaradi drugih anksioznih motenj (F41), za 42 % pa zaradi reakcij na hud stres in zaradi prilagoditvenih motenj (F43). Stopnja prvih obiskov zaradi drugih nevrotskih motenj (F48) se je znižala za polovico. Upadu stopnje obiskov zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja alkohola med letoma 2011 in 2014 je v letu 2015 sledil ponoven porast (tabela 18).

Tabela 19. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj med dekletmi v starostni skupini 15–19 let med letoma 2008 in 2015

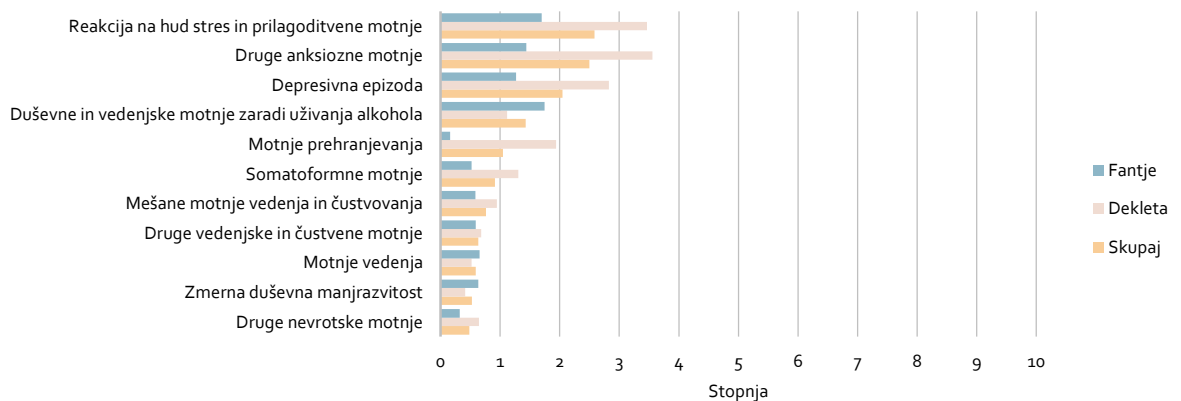
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F41	3,0	2,7	2,7	3,1	3,1	3,6	4,9	5,3
F43	2,7	2,9	3,0	3,0	3,1	4,1	4,0	4,9
F32	2,7	3,0	2,5	2,7	3,1	2,9	3,0	2,7
F50	1,7	1,8	1,8	1,8	2,1	2,0	2,2	1,9
F45	1,5	1,5	1,4	1,1	1,2	1,2	1,3	1,2
F10	1,2	1,0	1,1	1,3	0,8	1,0	1,2	1,3
F48	0,8	0,9	0,6	0,6	0,6	0,8	0,4	0,5
F92	0,6	0,6	0,8	1,2	1,0	1,3	1,2	0,9
F91	0,6	0,7	0,7	0,5	0,4	0,4	0,4	0,5
F98	0,5	0,6	0,6	0,5	0,9	0,7	0,9	0,8



Opombe: F41: Druge anksiozne motnje; F43: Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje; F32: Depresivna epizoda; F50: Motnje prehranjevanja; F45: Somatoformne motnje; F10: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola; F48: Nevrastenija; F92: Mešane motnje vedenja in čustvovanja; F91: Motnje vedenja; F98: Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Pri dekletih so se na prvih treh mestih izmenjevale druge anksiozne motnje (F41), reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43) ter depresivna epizoda (F32). Motnje prehranjevanja (F50) so v vseh letih zasedale četrto mesto, na petem in šestem mestu so se izmenjevale somatoformne motnje (F45), motnje zaradi uživanja alkohola (F10) ter mešane motnje vedenja in čustvovanja. Porast stopnje obiskov je med letoma 2008 in 2015 znašal 80 % zaradi reakcij na hud stres in zaradi prilagoditvenih motenj (F43), zaradi drugih anksioznih motenj (F41) 75 %, zaradi mešanih motenj vedenja in čustvovanja pa 48 % (tabela 19).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 16. Povprečna stopnja prvih obiskov na 1000 oseb zaradi 11 najpogostejših diagnoz med duševnimi in vedenjskimi motnjami glede na spol v starostni skupini 15–19 let, v obdobju med letoma 2008 in 2015

Pri mladostnikih, starih od 15 do 19 let, je bila stopnja prvih obiskov najvišja zaradi reakcije na hud stres in zaradi prilagoditvenih motenj, (F43, 2,6/1000), drugih anksioznih motenj (F41, 2,5/1000) in zaradi depresivne epizode (F32, 2/1000). Sledile so duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10, 1,4/1000) ter motnje prehranjevanja (F50, 1,1/1000). S stopnjo, nižjo od 1/1000, so sledile še somatoformne motnje (F45), mešane motnje vedenja in čustvovanja (F92), druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu (F98), motnje vedenja (F91) ter zmerna duševna manjrazvitost (F71). Stopnja obiskov zaradi večine zabeleženih najpogostejših motenj v tej starostni skupini je bila višja pri dekletih kot pri fantih, razen zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja alkohola, motenj vedenja ter duševne manjrazvitosti, kjer je bila stopnja prvih obiskov višja pri fantih. Razlika v stopnji med spoloma je bila najvišja zaradi motenj prehranjevanja (dekleta 1,94/1000, fantje 0,16/1000), reakcije na hud stres in prilagoditvenih motenj (dekleta 3,46/1000, fantje 1,70/1000), depresivne epizode (dekleta 2,83/1000, fantje 1,27/1000), drugih anksioznih motenj (dekleta 3,55/1000, fantje 1,44/1000) ter somatoformnih motenj (dekleta 1,30/1000, fantje 0,52/1000) (slika 16).

5.5.5 Število in stopnja zunajbolnišničnih obravnav na sekundarni ravni

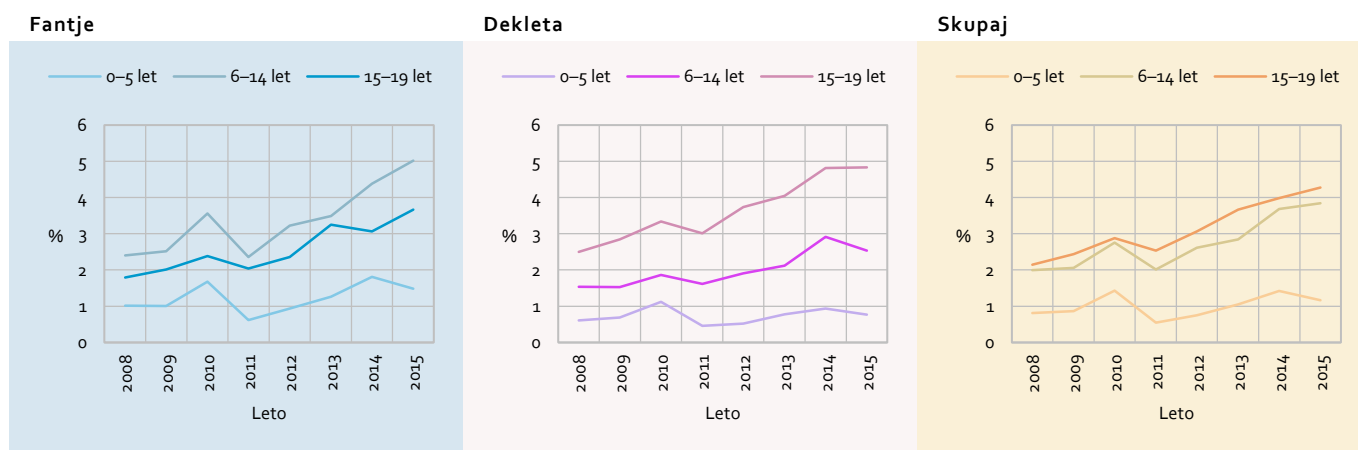
Tabela 20. Število končnih diagnoz zaradi duševnih in vedenjskih motenj po starostnih skupinah in spolu med letoma 2008 in 2015

	Fantje			Dekleta			Skupaj
	o do 5 let	6 do 14 let	15 do 19 let	o do 5 let	6 do 14 let	15 do 19 let	
2008	482	1726	850	299	985	1172	5514
2009	673	1858	933	371	994	1348	6177
2010	1194	2414	973	640	1139	1463	7823
2011	503	1838	932	300	1107	1434	6114
2012	754	2559	1101	329	1302	1847	7892
2013	964	2218	1200	477	1211	1631	7701
2014	1260	2833	1103	521	1694	1928	9339
2015	997	3295	1313	410	1490	1911	9416

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

V obdobju od leta 2008 do leta 2015 so zdravniki na sekundarni ravni poročali o skupno 59.976 obiskih otrok in mladostnikov zaradi duševnih in vedenjskih motenj. Število zabeleženih prvih obiskov s končno diagnozo se je v letu 2015 v primerjavi z letom 2008 povečalo za 71 %. Razmerje med spoloma je bilo enako kot pri prvih obiskih na primarni ravni, in sicer je bil delež fantov 57 %, delež deklet pa 43 % (tabela 20).

Število prvih obiskov je bilo v vseh opazovanih letih pri fantih največje v starostni skupini od 6 do 14 let, pri dekletih pa v starostni skupini od 15 do 19 let. Porast števila obiskov med letoma 2008 in 2015 je bil pri fantih, starih od 0 do 5 let, 106 %, v skupini od 6 do 14 let 91 %, v skupini od 15 do 19 let pa 54 %. Pri dekletih je bil porast števila obiskov najvišji v starostni skupini od 15 do 19 let, in sicer 63 %, v skupini od 6 do 14 let 51 %, v skupini od 0 do 5 let pa 37 % (tabela 20).



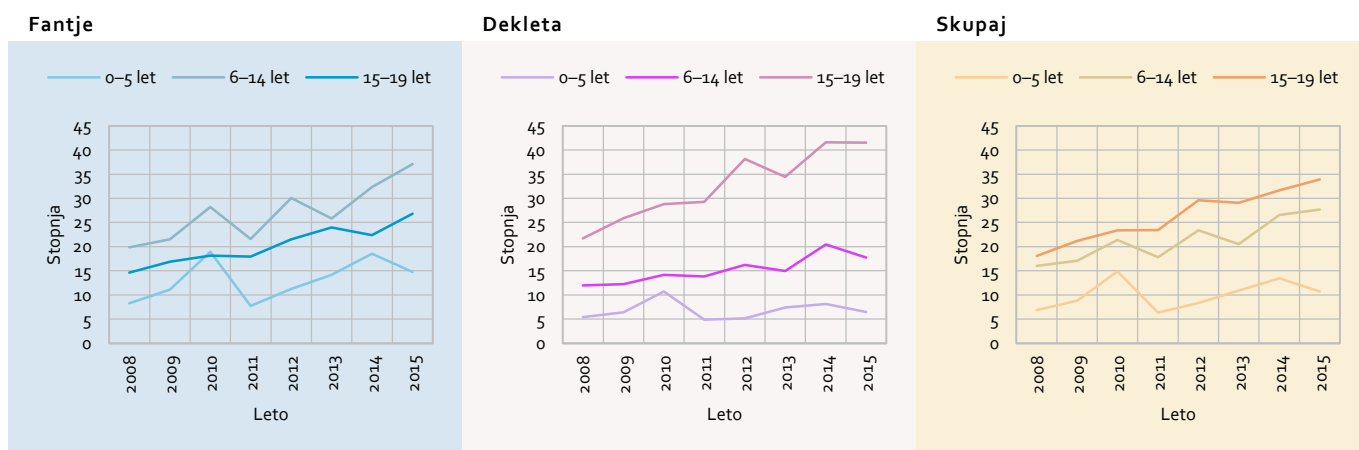
(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 17. Delež končnih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj med vsemi končnimi diagnozami (brez poškodb in zastrupitev) glede na starostno skupino in spol, med letoma 2008 in 2015

Delež obiskov zaradi duševnih in vedenjskih motenj glede na vse obiske otrok in mladostnikov na sekundarni ravni (izključeni so obiski zaradi poškodb in zastrupitev) je bil 2,2 %. V starostni skupini od 0 do 5 let je delež znašal 1 %, v skupini od 6 do 14 let 2,7 %, v skupini od 15 do 19 let pa 3,1 %. Med letoma 2008 in 2015 je bil opazen porast deleža obiskov zaradi duševnih in vedenjskih motenj v starostni skupini od 15 do 19 let za 99 %, od 6 do 14 let za 93 % in v starostni skupini od 0 do 5 let za 43 % (slika 17).

Delež obiskov zaradi duševnih in vedenjskih motenj glede na vse obiske na sekundarni ravni je bil pri fantih najvišji v starostni skupini od 6 do 14 let in je v povprečju znašal 3,4 %, v skupini od 15 do 19 let 2,6 %, v skupini od 0 do 5 let pa 1,2 %. Delež diagnoz iz skupine duševnih in vedenjskih motenj med vsemi končnimi diagnozami se je med letoma 2008 in 2015 povečal v vseh starostnih skupinah, in sicer v skupinah od 6 do 14 let in od 15 do 19 let za 108 % oziroma 104 %, v skupini od 0 do 5 let pa za 46 % (slika 17).

Delež obiskov zaradi duševne in vedenjske motnje na sekundarni ravni je bil pri dekletih najvišji v starostni skupini od 15 do 19 let in je v povprečju znašal 3,6 %, v skupini od 6 do 14 let 2 %, v skupini od 0 do 5 let pa 0,7 %. Tudi pri dekletih je bil med letoma 2008 in 2015 opazen porast deleža duševnih in vedenjskih motenj pri vseh starostnih skupinah (od 15 do 19 let 94 %, od 6 do 14 let 65 %, od 0 do 5 let 25 %) (slika 17).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

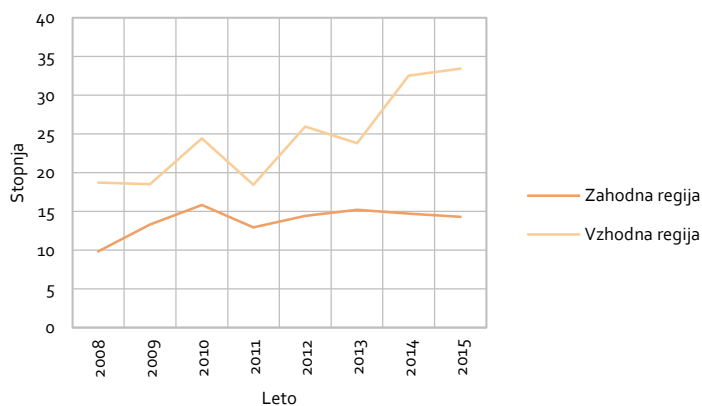
Slika 18. Delež končnih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj med vsemi končnimi diagnozami (brez poškodb in zastrupitev) glede na starostno skupino in spol, med letoma 2008 in 2015

Pogostost obiskov na sekundarni ravni zaradi duševnih in vedenjskih motenj je bila najvišja v starostni skupini od 15 do 19 let in je znašala v povprečju 26,3/1000, v skupini od 6 do 14 let 21,3/1000, v skupini od 0 do 5 let pa 10,1/1000. Stopnja se je med letoma 2008 in 2015 pri mladostnikih od 15 do 19 let povišala za 88 %, pri otrocih od 6 do 14 let za 72 %, v skupini najmlajših otrok od 0 do 5 let pa za 56 % (slika 18).

Pri fantih je bila stopnja duševnih in vedenjskih motenj najvišja v starostni skupini od 6 do 14 let in je znašala v povprečju 27,1/1000, v skupini od 15 do 19 let 20,3/1000, v skupini od 0 do 5 let pa 13,1/1000. Stopnja se je med letoma 2008 in 2015 povišala pri vseh starostnih skupinah (v skupini od 6 do 14 let za 87 %, v skupini od 15 do 19 let za 83 % in v skupini od 0 do 5 let za 80 %) (slika 18).

Pri dekletih je bila pogostnost obiskov zaradi duševnih in vedenjskih motenj na sekundarni ravni najvišja v starostni skupini od 15 do 19 let in je znašala v povprečju 32,7/1000, v skupini deklet od 6 do 14 let 15,2/1000, v skupini od 0 do 5 pa 6,8/1000. Med letoma 2008 in 2015 se je najbolj povišala v starostni skupini od 15 do 19 let, in sicer za 91 %, v skupini od 6 do 14 let za 48 %, v skupini od 0 do 5 let pa za 19 % (slika 18).

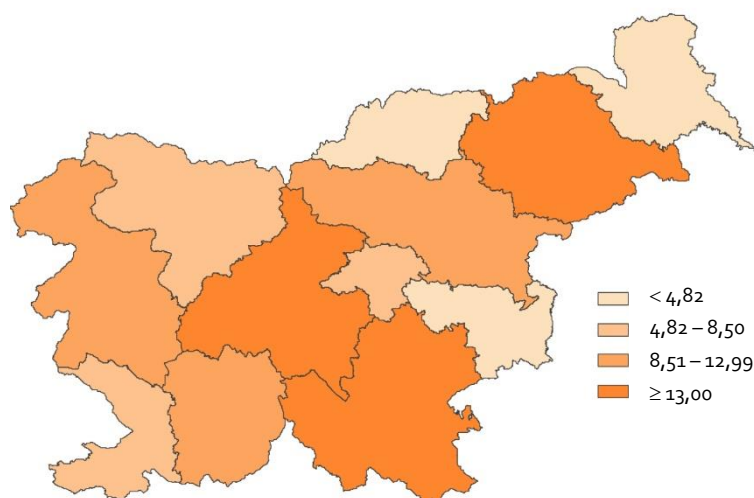
5.5.6 Zunajbolnišnične obravnave na sekundarni ravni po statističnih regijah



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 19. Stopnja končnih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb v starostni skupini 0–19 let v vzhodni in zahodni kohezivski regiji, med letoma 2008 in 2015

Pogostost obiskov zaradi duševnih in vedenjskih motenj na sekundarni ravni je bila v vsem opazovanem obdobju višja v vzhodni kohezivski regiji kot v zahodni, in sicer v povprečju za 80 % (slika 19).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 20. Povprečna stopnja končnih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb v starostni skupini 0–19 let po statističnih regijah, v obdobju med letoma 2008 in 2015

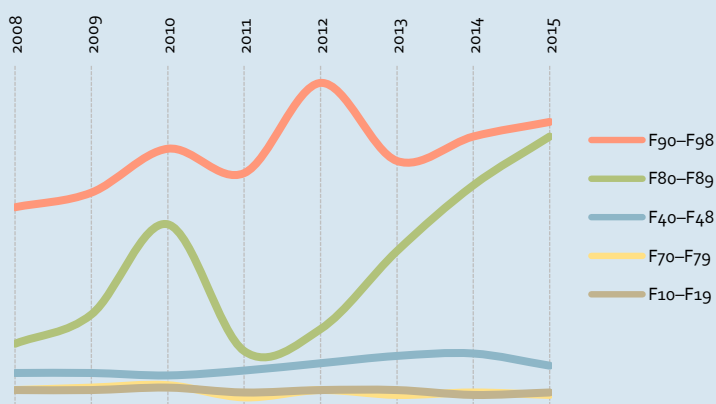
Glede na statistične regije je bila stopnja duševnih in vedenjskih motenj pri otrocih in mladostnikih najvišja v osrednjeslovenski regiji in je znašala 37/1000, sledili sta ji jugovzhodna Slovenija (27,3/1000) in podravska regija (21,5/1000), najnižja stopnja pa je bila zabeležena v koroški regiji (2,7/1000) (slika 20).

5.5.7 Vzroki zunajbolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov na sekundarni ravni

Sklopi diagnoz iz poglavja Duševne in vedenjske motnje

Tabela 21. Stopnja končnih diagnoz po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med fanti v starostni skupini 0–19 let med letoma 2008 in 2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F90–F98	8,2	8,8	10,6	9,6	13,3	10,1	11,1	11,7
F80–F89	2,6	3,8	7,5	2,3	3,2	6,4	9,1	11,1
F40–F48	1,4	1,4	1,3	1,5	1,8	2,1	2,2	1,7
F70–F79	0,7	0,8	0,9	0,4	0,7	0,5	0,6	0,5
F10–F19	0,7	0,7	0,8	0,6	0,7	0,7	0,5	0,6
F30–F39	0,5	0,6	0,5	0,7	0,9	0,7	0,7	0,6
F20–F29	0,3	0,5	0,5	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3
F50–F59	0,3	0,3	0,3	0,5	0,7	0,5	0,4	0,6
F60–F69	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
F00–F09	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
F99	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0



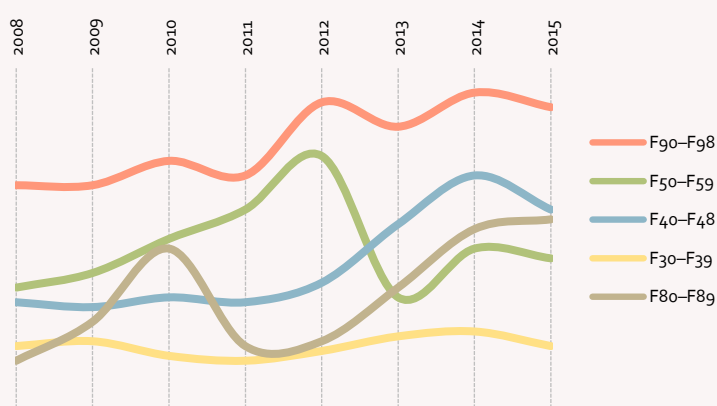
Opombe: F90–F98: Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F80–F89: Motnje duševnega razvoja; F40–F48: Nevrotske, stresne in somatoformne motnje; F70–F79: Duševna manjrazvitost; F10–F19: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi; F30–F39: Razpoloženske (afektivne) motnje; F20–F29: Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje; F50–F59: Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki; F50–F59: Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki; F60–F69: Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi; F00–F09: Organske, vključno simptomatske, duševne motnje; F99: Neopredeljena duševna motnja.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

V vsem opazovanem obdobju so bile pri fantih najvišje stopnje obiskov zaradi vedenjskih in čustvenih motenj, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F90–F98), sledile so motnje duševnega razvoja (F80–F89) ter nevrotske, stresne in somatoformne motnje (F40–F48). Na četrtem do šestem mestu pa so se izmenjevale duševna manjrazvitost (F70–F79), razpoloženske (afektivne) motnje (F30–F39), duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi (F10–F19) ter vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki (F50–F59) (tabela 21).

Tabela 22. Stopnja končnih diagnoz po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med dekleti v starostni skupini 0–19 let med letoma 2008 in 2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F90–F98	4,6	4,6	5,1	4,8	6,3	5,8	6,5	6,2
F50–F59	2,5	2,8	3,5	4,1	5,2	2,3	3,3	3,1
F40–F48	2,2	2,1	2,3	2,2	2,6	3,8	4,8	4,1
F30–F39	1,3	1,4	1,1	1,0	1,2	1,5	1,6	1,3
F80–F89	1,0	1,8	3,3	1,3	1,4	2,5	3,7	3,9
F70–F79	0,5	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4
F10–F19	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,5	0,4
F20–F29	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,3	0,3	0,2
F60–F69	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
F00–F09	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
F99	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0



Opombe: F90–F98: Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F50–F59: Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki; F40–F48: Nevrotske, stresne in somatoformne motnje; F30–F39: Razpoloženske (afektivne) motnje; F80–F89: Motnje duševnega razvoja; F70–F79: Duševna manjrazvitost; F10–F19: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi; F20–F29: Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje; F60–F69: Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi; F00–F09: Organske, vključno simptomatske, duševne motnje; F99: Neopredeljena duševna motnja.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

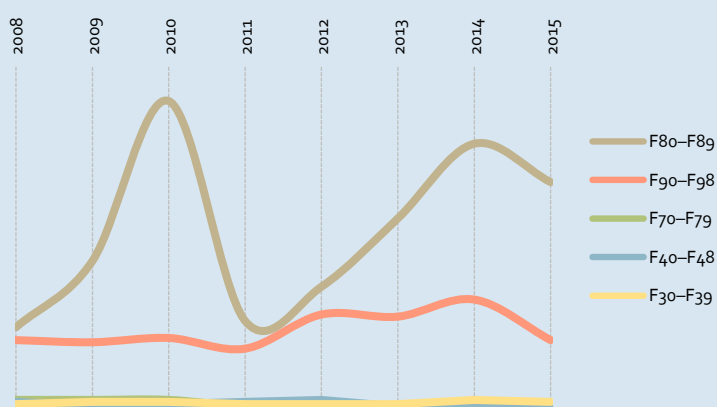
Tudi pri dekletih so bile v vseh letih najpogostejše vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F90–F98). Na drugem do petem mestu so se izmenjevali vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki (F50–F59), nevrotske, stresne in somatoformne motnje (F40–F48), motnje duševnega razvoja (F80–F89) ter razpoloženske (afektivne) motnje (F30–F39). Pri obeh spolih v prikazanem obdobju ni bilo zabeleženih diagnoz iz sklopa neopredeljene duševne motnje (F99–F99) (tabela 22).

5.5.8 Zunajbolnišnične obravnave otrok in mladostnikov na sekundarni ravni po starosti in spolu

Zunajbolnišnične obravnave otrok v starosti do 5 let na sekundarni ravni

Tabela 23. Stopnja končnih diagnoz po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med fanti v starostni skupini 0–5 let med letoma 2008 in 2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F80–F89	3,8	6,9	14,4	4,1	5,7	8,9	12,4	10,6
F90–F98	3,2	3,1	3,3	2,8	4,4	4,3	5,1	3,2
F70–F79	0,4	0,4	0,4	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1
F40–F48	0,3	0,1	0,2	0,3	0,4	0,1	0,2	0,1
F30–F39	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,4	0,3
F50–F59	0,2	0,2	0,1	0,1	0,3	0,5	0,3	0,4
F60–F69	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F10–F19	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F20–F29	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F00–F09	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F99	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0



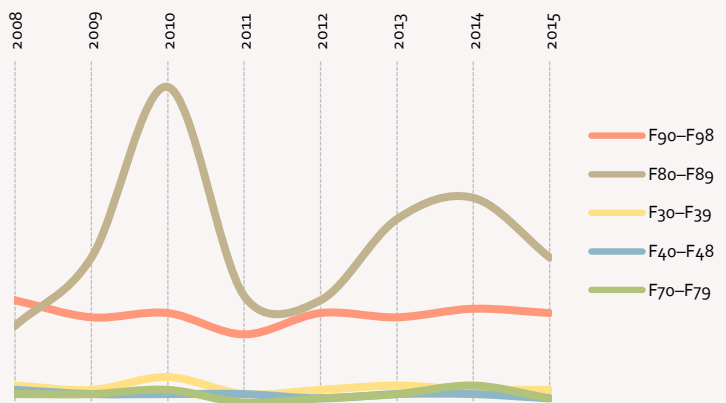
Opombe: F80–F89: Motnje duševnega razvoja; F90–F98: Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F70–F79: Duševna manjrazvitost; F40–F48: Nevrotske, stresne in somatoformne motnje; F30–F39: Razpoloženske (afektivne) motnje; F50–F59: Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki; F60–F69: Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi; F10–F19: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi; F20–F29: Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje; F00–F09: Organske, vključno simptomatske, duševne motnje; F99: Neopredeljena duševna motnja.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

V starostni skupini od 0 do 5 let so bile pri fantih v vseh letih po pogostosti na prvem mestu motnje duševnega razvoja (F80–F89) ter vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F90–F98). Na tretjem do petem mestu so se izmenjevale duševna manjrazvitost (F70–F79), razpoloženske (afektivne) motnje (F30–F39), nevrotske, stresne in somatoformne motnje (F40–F48) ter vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki (F50–F59) (tabela 23).

Tabela 24. Stopnja končnih diagnoz po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med dekleti v starostni skupini 0–5 let med letoma 2008 in 2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F90–F98	2,4	2,0	2,1	1,6	2,1	2,0	2,2	2,1
F80–F89	1,8	3,4	7,4	2,5	2,4	4,3	4,8	3,4
F30–F39	0,4	0,3	0,6	0,2	0,3	0,4	0,3	0,3
F40–F48	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1
F70–F79	0,2	0,2	0,3	0,0	0,1	0,2	0,4	0,1
F50–F59	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,4
F60–F69	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
F20–F29	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F10–F19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F00–F09	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F99	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0



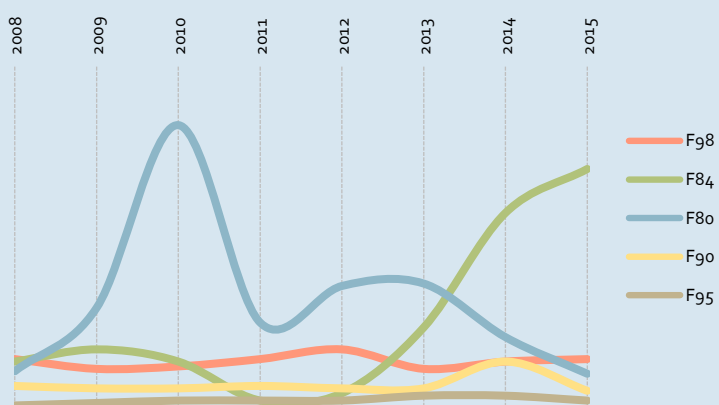
Opombe: F90–F98: Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F80–F89: Motnje duševnega razvoja; F30–F39: Razpoloženske (afektivne) motnje; F40–F48: Nevrotske, stresne in somatoformne motnje; F70–F79: Duševna manjrazvitost; F50–F59: Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki; F60–F69: Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi; F20–F29: Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje; F10–F19: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi; F00–F09: Organske, vključno simptomatske, duševne motnje; F99: Neopredeljena duševna motnja.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Tako kot pri fantih so bile tudi pri dekletih v vseh letih, razen leta 2008, najpogostejše diagnoze motnje duševnega razvoja (F80–F89) ter vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F90–F98). Na tretjem do šestem mestu so se izmenjevale razpoloženske (afektivne) motnje (F30–F39), nevrotske, stresne in somatoformne motnje (F40–F48), duševna manjrazvitost (F70–F79) ter vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki (F50–F59). Pri obeh spolih v opazovanem obdobju ni bilo zabeleženih končnih diagnoz iz sklopov shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29), organske, vključno simptomatske, motnje (F00–F09) ter neopredeljene duševne motnje (F99–F99) (tabela 24).

Tabela 25. Stopnja končnih diagnoz po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med fanti v starostni skupini 0–5 let med letoma 2008 in 2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F98	2,0	1,6	1,7	2,0	2,4	1,6	1,9	2,0
F84	1,9	2,4	1,9	0,3	0,6	3,3	8,0	9,8
F80	1,5	4,1	11,6	3,5	5,0	5,1	2,9	1,4
F90	0,9	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8	1,9	0,7
F95	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	0,5	0,5	0,3
F38	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
F51	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,4	0,3	0,3
F43	0,1	0,0	0,1	0,2	0,3	0,0	0,1	0,1
F92	0,1	0,2	0,4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
F93	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1



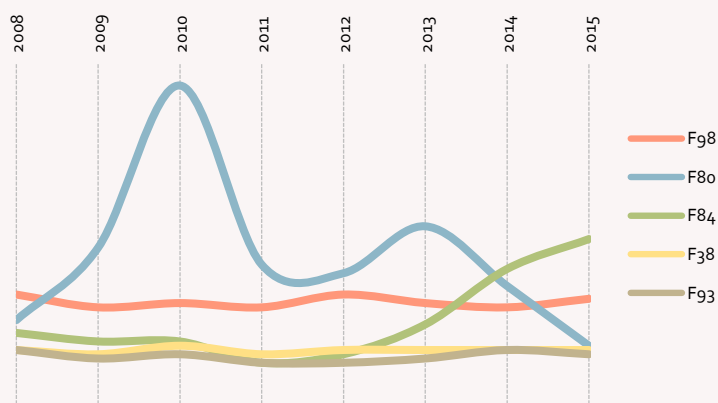
Opombe: F98: Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F84: Pervazivne razvojne motnje; F80: specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju; F90: Hiperkinetične motnje; F95: Tiki; F38: Druge razpoloženske (afektivne) motnje; F51: Neorganske motnje spanja; F43: Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje; F92: Mešane motnje vedenja in čustvovanja; F93: Čustvene motnje, ki se začnejo v otroštvu.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

V primerjavi s primarno ravni se je na sekundarni ravni vrstni red desetih diagnoz z najvišjo stopnjo obiskov pri fantih skozi leta bolj spreminjal. Od leta 2009 do leta 2013 so bile na prvem mestu specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju (F80), sicer pa so se na prvih štirih mestih izmenjevale še vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu (F98), pervazivne motnje (F84) in hiperkinetična motnja (F90). Med letoma 2008 in 2015 se je pri fantih najbolj povečala stopnja za pervazivne motnje (F84), in sicer za skoraj petkrat, porast je bil največji v letih 2013 in 2014. Za druge razpoloženske [afektivne] motnje (F38) ter tike (F95) in neorganske motnje spanja (F51) se je stopnja povečala za trikrat (tabela 25).

Tabela 26. Stopnja končnih diagnoz po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med dekleti v starostni skupini 0–5 let med letoma 2008 in 2015

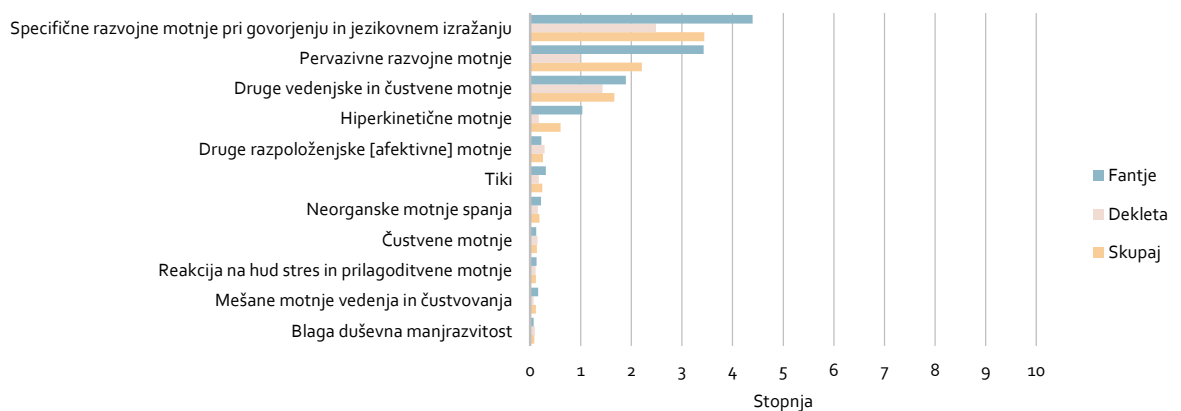
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F98	1,6	1,3	1,4	1,3	1,6	1,4	1,3	1,5
F80	1,0	2,7	6,5	2,3	2,1	3,2	1,8	0,4
F84	0,7	0,5	0,5	0,0	0,2	0,9	2,2	2,9
F38	0,3	0,2	0,4	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
F93	0,3	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,3	0,2
F90	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1
F95	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
F43	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1
F70	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
F92	0,1	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0



Opombe: F98: Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F80: specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju; F84: Pervazivne razvojne motnje; F38: Druge razpoloženske (afektivne) motnje; F93: Čustvene motnje, ki se začnejo v otroštvu; F90: Hiperkinetične motnje; F95: Tiki; F43: Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje; F70: Blaga duševna manjrazvitost; F92: Mešane motnje vedenja in čustvovanja.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Pri dekletih so bile med letoma 2009 in 2013 na prvem mestu specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju (F80), na drugem pa vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu (F98). Na prvih petih mestih so se v obdobju od leta 2008 do leta 2015 izmenjevale še pervazivne motnje (F84), druge razpoloženske (afektivne) motnje (F38) ter čustvene motnje, za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu (F93), in hiperkinetična motnja (F90). V obdobju med letoma 2008 in 2015 se je za več kot štirikrat povečala stopnja za pervazivne motnje, porast je bil največji po letu 2013. Za večino ostalih najpogostejših motenj se je stopnja znižala ali ostala nespremenjena (tabela 26).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

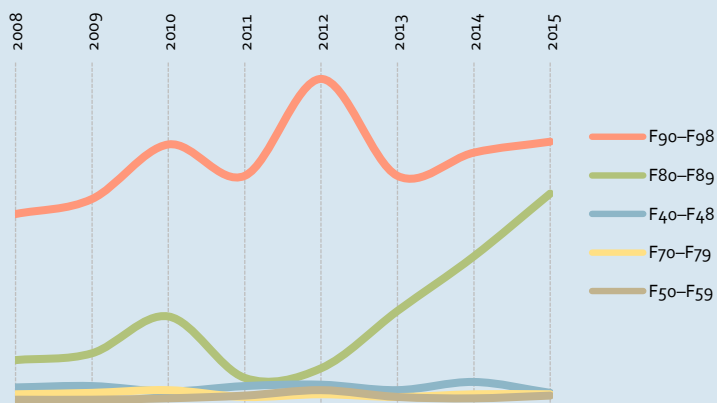
Slika 21. Povprečna stopnja obiskov na 1000 oseb zaradi 11 najpogostejših končnih diagnoz med duševnimi in vedenjskimi motnjami glede na spol v starostni skupini 0–5 let, v obdobju med letoma 2008 in 2015

V starostni skupini otrok od 0 do 5 let je bila stopnja obiskov najvišja zaradi specifičnih razvojnih motenj pri govorjenju in jezikovnem izražanju (F80, 3,4/1000), sledile so pervazivne razvojne motnje (F84, 2,2/1000), druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F98, 1,7/1000), ter hiperkinetične motnje (F90, 0,6/1000). Stopnja za vse naštetе diagnoze je bila pri fantih višja kot pri dekletih. Na petem mestu so bile druge razpoloženske (afektivne) motnje (F38), sledili so tiki (F95), neorganske motnje spanja (F51), čustvene motnje, za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu (F93), reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43), z zelo nizko stopnjo pa še mešane motnje vedenja in čustvovanja (F92). Stopnje obiskov na sekundarni ravni so bile pri dekletih višje kot pri fantih zaradi drugih razpoloženskih motenj (F38) ter čustvenih motenj, ki se začnejo v otroštvu (F93), zaradi vseh ostalih motenj pa so bile višje pri fantih. Razlika v stopnji med spoloma je bila najvišja za hiperkinetične motnje (F90, fantje 1/1000, dekleta 0,2/1000) ter pervazivne razvojne motnje (F84, fantje 3,4/1000, dekleta 0,9/1000) (slika 21).

Zunajbolnišnične obravnave otrok v starosti od 6 do 14 let na sekundarni ravni

Tabela 27. Stopnja končnih diagnoz po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med fanti v starostni skupini 6–14 let med letoma 2008 in 2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F90–F98	13,9	15,0	19,0	16,7	23,8	16,7	18,4	19,2
F80–F89	3,2	3,7	6,4	1,9	2,6	6,8	10,8	15,4
F40–F48	1,2	1,3	0,9	1,3	1,4	1,0	1,6	0,8
F70–F79	0,7	0,8	1,0	0,5	0,7	0,5	0,7	0,7
F50–F59	0,3	0,3	0,4	0,6	1,0	0,5	0,4	0,6
F30–F39	0,3	0,2	0,1	0,4	0,3	0,1	0,3	0,2
F10–F19	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
F00–F09	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
F20–F29	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
F60–F69	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
F99	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0



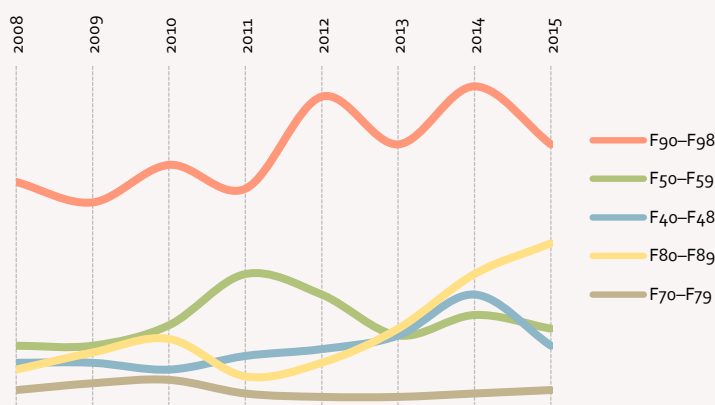
Opombe: F90–F98: Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F80–F89: Motnje duševnega razvoja; F40–F48: Nevrotske, stresne in somatoformne motnje; F70–F79: Duševna manjrazvitost; F50–F59: Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki; F30–F39: Razpoloženske (afektivne) motnje; F10–F19: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi; F00–F09: Organske, vključno simptomatske, duševne motnje; F20–F29: Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje; F60–F69: Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi; F99: Neopredeljena duševna motnja.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

V skupini otrok od 6 do 14 let so bile pri fantih v vseh letih po številu obiskov najpogostejše vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F90–F98), ter motnje duševnega (čustvenega) razvoja (F80–F89). Na tretjem mestu so bile v vseh letih, razen leta 2010, nevrotske, stresne in somatoformne motnje (F40–F48), na četrtem in petem mestu pa so se izmenjevale motnje duševnega razvoja (F70–F79) ter vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki (F50–F59). Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi (F60–F69) ter neopredeljena duševna motnja (F99–F99) v prikazanem obdobju niso bile zabeležene (tabela 27).

Tabela 28. Stopnja končnih diagnoz po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med dekleti v starostni skupini 6–14 let med letoma 2008 in 2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F90–F98	6,6	6	7,1	6,4	9,1	7,7	9,4	7,7
F50–F59	1,8	1,8	2,4	3,9	3,3	2,1	2,7	2,3
F40–F48	1,3	1,3	1,1	1,5	1,7	2,1	3,3	1,8
F80–F89	1,1	1,6	2,0	0,9	1,3	2,3	3,9	4,8
F70–F79	0,5	0,7	0,8	0,4	0,3	0,3	0,4	0,5
F30–F39	0,5	0,3	0,3	0,3	0,2	0,4	0,5	0,5
F10–F19	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
F20–F29	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
F60–F69	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F00–F09	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
F99	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0



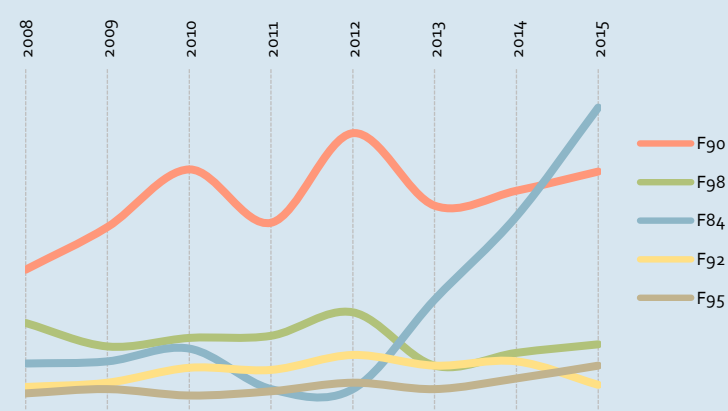
Opombe: F90–F98: Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F50–F59: Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki; F40–F48: Nevrotske, stresne in somatoformne motnje; F80–F89: Motnje duševnega razvoja; F70–F79: Duševna manjrazvitost; F30–F39: Razpoloženske (afektivne) motnje; F10–F19: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi; F20–F29: Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje; F60–F69: Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi; F00–F09: Organske, vključno simptomatske, duševne motnje; F99: Neopredeljena duševna motnja.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Tudi pri dekletih, starih od 6 do 14 let, so bile na prvem mestu vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F90–F98). Na drugem mestu so bili do vključno leta 2012 vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki (F50–F59), kasneje pa motnje duševnega razvoja (F80–F89). Obe motnji sta se na tretjem in četrtem mestu izmenjevali še z nevrotskimi, stresnimi in somatoformnimi motnjami. Slednje so v letih 2008 ter od leta 2011 do leta 2014 zasedale tretje mesto. Diagnoze iz sklopov organske, vključno simptomatske, motnje (F00–F09) ter neopredeljene duševne motnje (F99–F99) niso bile zabeležene (tabela 28).

Tabela 29. Stopnja končnih diagnoz po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med fanti v starostni skupini 6–14 let med letoma 2008 in 2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F90	6,6	8,6	11,3	8,8	13,0	9,6	10,3	11,2
F98	4,1	3,0	3,4	3,5	4,6	2,1	2,7	3,1
F84	2,2	2,3	2,9	1,0	1,0	5,2	9,1	14,2
F92	1,1	1,3	2,0	1,9	2,6	2,1	2,3	1,2
F95	0,8	1,0	0,7	0,9	1,3	1,0	1,5	2,1
F93	0,8	0,6	0,9	0,7	0,9	1,0	1,1	1,1
F80	0,7	0,9	2,5	0,6	1,1	0,9	0,6	0,5
F43	0,6	0,8	0,4	0,7	0,6	0,5	0,6	0,3
F91	0,5	0,4	0,5	0,8	1,2	0,9	0,6	0,4
F70	0,4	0,4	0,5	0,2	0,3	0,2	0,3	0,4



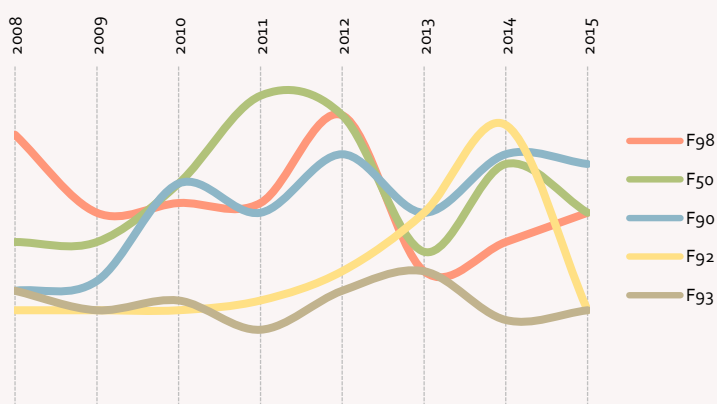
Opombe: F90: Hiperkinetične motnje; F98: Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F84: Pervazivne razvojne motnje; F92: Mešane motnje vedenja in čustvovanja; F95: Tiki; F93: Čustvene motnje, ki se začnejo v otroštvu; F80: Specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju; F43: Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje; F91: Motnje vedenja; F70: Blaga duševna manjrazvitost.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Stopnja obiskov na sekundarni ravni zaradi duševnih in vedenjskih motenj je bila pri fantih te starostne skupine v obdobju od leta 2008 do leta 2014 najvišja zaradi hiperkinetičnih motenj (F90), v letu 2015 pa so jih prehiteli pervazivne motnje (F84). Na drugem do petem mestu so se izmenjevale še druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu (F98), mešane motnje vedenja in čustvovanja (F92) ter tiki (F95). Med letoma 2008 in 2015 se je pri fantih te starostne skupine za več kot šestkrat povečala stopnja pervazivnih motenj (F84), porast je bil zlasti izrazit po letu 2013. Za več kot dvainpolkrat se je povišala stopnja tikov (F95), za 69 % pa stopnja hiperkinetičnih motenj (F90) (tabela 29).

Tabela 30. Stopnja končnih diagnoz po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med dekleti v starostni skupini 6–14 let med letoma 2008 in 2015

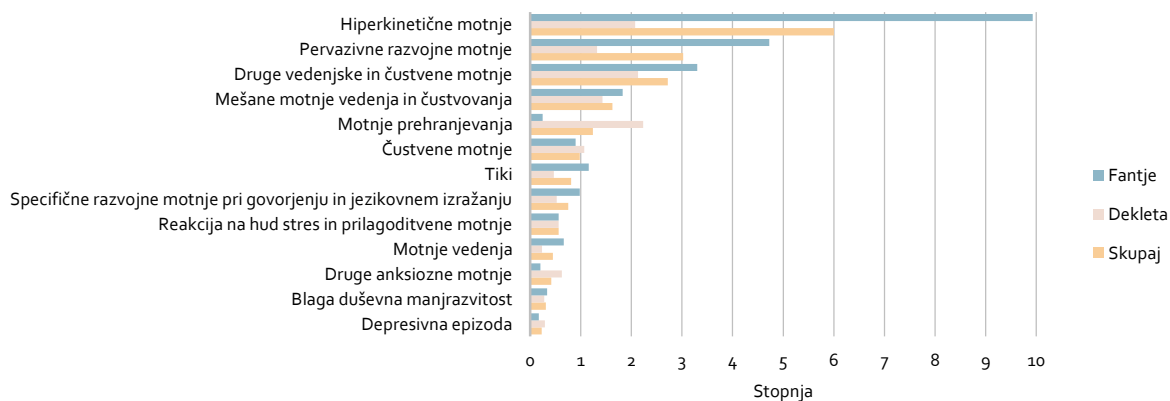
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F98	2,8	2,0	2,1	2,1	3,0	1,4	1,7	2,0
F50	1,7	1,7	2,3	3,2	3,0	1,6	2,5	2,0
F90	1,2	1,3	2,3	2,0	2,6	2,0	2,6	2,5
F92	1,0	1,0	1,0	1,1	1,4	2,0	2,9	1,0
F93	1,2	1,0	1,1	0,8	1,2	1,4	0,9	1,0
F43	0,6	0,5	0,4	0,5	0,8	0,6	0,6	0,5
F84	0,5	0,7	0,4	0,2	0,2	1,5	3,0	4,2
F80	0,4	0,6	1,2	0,5	0,8	0,5	0,2	0,2
F32	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4
F41	0,2	0,2	0,1	0,4	0,5	0,9	2,0	0,7



Opombe: F98: Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F50: Motnje hranjenja; F90: Hiperkinetične motnje; F92: Mešane motnje vedenja in čustvovanja; F93: Čustvene motnje, ki se začnejo v otroštvu; F43: Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje; F84: Pervazivne razvojne motnje; F80: Specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju; F32: Depresivna epizoda; F41: Druge anksiozne motnje.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Pri dekletih, starih od 6 do 14 let, so se na prvih petih mestih v posameznih letih izmenjevale druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu (F98), motnje prehranjevanja (F50), hiperkinetična motnja (F90), mešane motnje vedenja in čustvovanja, čustvene motnje, za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu (F93), ter pervazivne motnje (F84). Med letoma 2008 in 2015 se je za več kot osemkrat povečala stopnja za pervazivne motnje (F84), naraščala je zlasti po letu 2013, podobno kot pri fantih. Za druge anksiozne motnje (F41) se je stopnja povečala za trikrat, najbolj od leta 2011 do leta 2014. Za hiperkinetično motnjo (F90) je stopnja narasla za dvakrat. V opazovanem obdobju se je znižala stopnja pri specifičnih razvojnih motnjah pri govorjenju in jezikovnem izražanju (F80), in sicer za polovico (tabela 30).



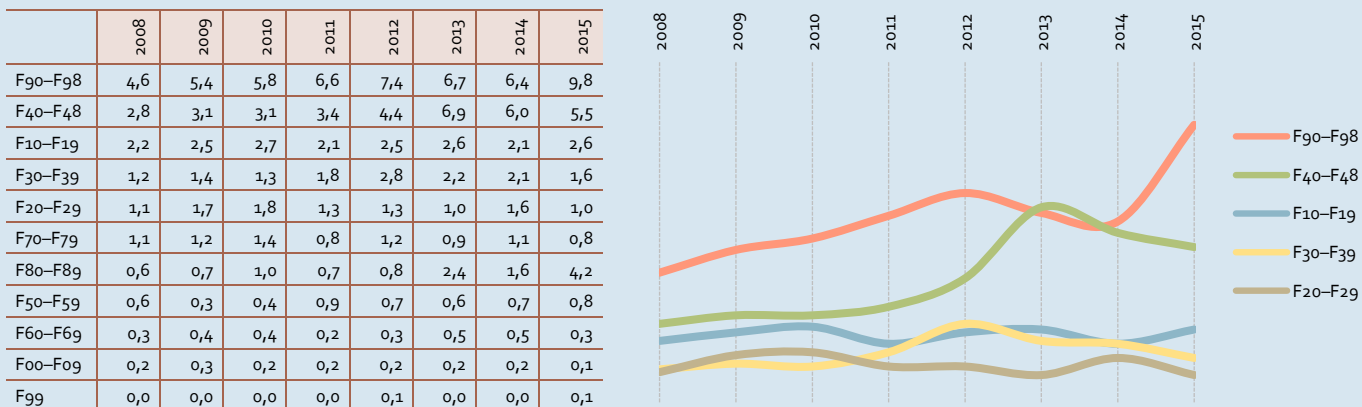
(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 22. Povprečna stopnja obiskov na 1000 oseb za 13 najpogostejših končnih diagnoz med duševnimi in vedenjskimi motnjami glede na spol v starostni skupini 6–14 let, v obdobju med letoma 2008 in 2015

V skupini otrok od 6 do 14 let so bile po pogostosti obiskov na sekundarni ravni na prvem mestu hiperkinetične motnje (F90, 6/1000). Sledile so pervazivne motnje (F84, 3/1000), druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F98, 2,7/1000), mešane motnje vedenja in čustvovanja (F92, 1,6/1000), motnje prehranjevanja (F50, 1,2/1000), čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu (F93, 1/1000), tiki (F95, 0,8/1000), specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju (F80, 0,7/1000), reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43, 0,7/1000) ter motnje vedenja (F91, 0,5/1000). Stopnja obiskov je bila pri dekletih v tej starostni skupini višja kot pri fantih zaradi motenj hranjenja, čustvenih motenj, ki se pričenejo v otroštvu, drugih anksioznih motenj ter depresivne epizode, zaradi ostalih motenj pa je bila višja pri fantih. Razlika v stopnji med spoloma je bila najvišja zaradi motenj hranjenja (F50, dekleta 2,2/1000, fantje 0,25/1000), hiperkinetičnih motenj (F90, fantje 9/1000, dekleta 2,2/1000) ter pervazivnih motenj (F84, fantje 4,7/1000, dekleta 1,3/1000) (slika 22).

Zunajbolnišnične obravnave mladostnikov v starosti od 15 do 19 let na sekundarni ravni

Tabela 31. Stopnja končnih diagnoz po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med fanti v starostni skupini 15–19 let med letoma 2008 in 2015



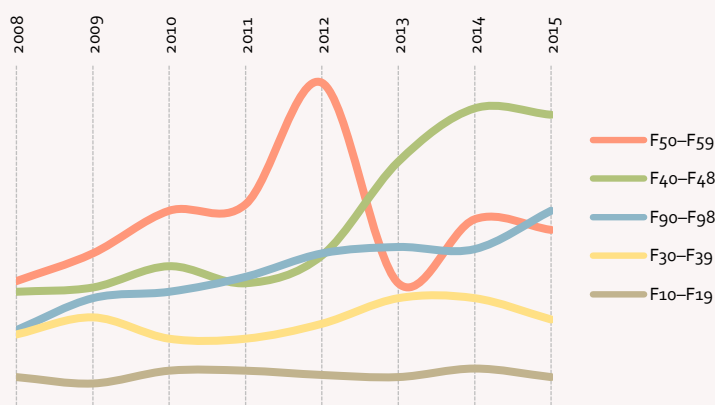
Opombe: F90–F98: Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F40–F48: Nevrotske, stresne in somatoformne motnje; F10–F19: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi; F30–F39: Razpoloženske (afektivne) motnje; F20–F29: Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje; F70–F79: Duševna manjrazvitost; F80–F89: Motnje duševnega razvoja; F50–F59: Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki; F60–F69: Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi; F00–F09: Organske, vključno simptomatske, duševne motnje; F99: Neopredeljena duševna motnja.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Pri fantih v starosti od 15 do 19 let so bile po pogostosti obiskov na sekundarni ravni na prvih treh mestih v večini let, razen v letih 2013 in 2015, diagnoze iz sklopov vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F90–F98), nevrotske, stresne in somatoformne motnje (F40–F48) ter duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10–F19). Na četrtem do šestem mestu so se izmenjevale shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29), razpoloženske (afektivne) motnje (F30–F39) ter duševna manjrazvitost (F70–F79) (tabela 31).

Tabela 32. Stopnja končnih diagnoz po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med dekleti v starostni skupini 15–19 let med letoma 2008 in 2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F50–F59	5,9	7,2	9,2	9,5	15,2	5,8	8,8	8,3
F40–F48	5,4	5,6	6,6	5,8	7,1	11,5	14,0	13,7
F90–F98	3,6	5,1	5,4	6,1	7,2	7,5	7,4	9,2
F30–F39	3,4	4,2	3,2	3,2	3,9	5,1	5,1	4,1
F10–F19	1,4	1,1	1,7	1,7	1,5	1,4	1,8	1,4
F20–F29	0,8	1,2	1,4	1,3	1,7	1,1	1,1	0,6
F70–F79	0,6	0,7	0,7	0,8	0,7	0,6	0,8	0,6
F80–F89	0,2	0,2	0,3	0,4	0,3	0,5	1,9	3,2
F60–F69	0,1	0,5	0,3	0,4	0,5	0,7	0,4	0,5
F00–F09	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,2	0,1
F99	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0



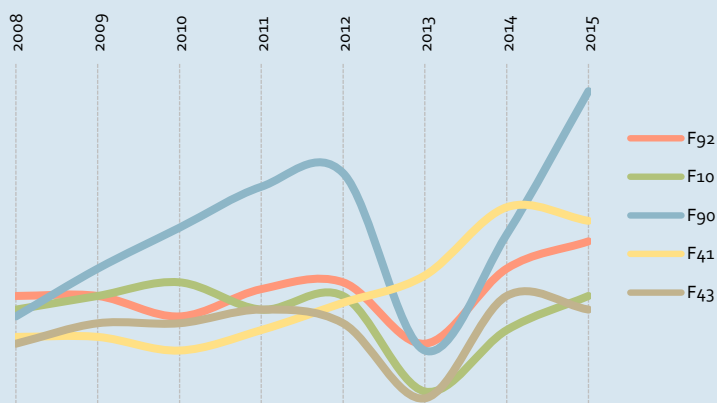
Opombe: F50–F59: Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki; F40–F48: Nevrotske, stresne in somatoformne motnje; F90–F98: Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F30–F39: Razpoloženske (afektivne) motnje; F10–F19: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi; F20–F29: Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje; F70–F79: Duševna manjrazvitost; F80–F89: Motnje duševnega razvoja; F60–F69: Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi; F00–F09: Organske, vključno simptomatske, duševne motnje; F99: Neopredeljena duševna motnja.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Pri dekletih, starih od 15 do 19 let, pa so bile med letoma 2008 in 2012 na prvem mestu diagnoze iz sklopa vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki (F50–F59), od leta 2013 do leta 2015 pa nevrotske, stresne in somatoformne motnje (F40–F48). Na drugem in tretjem mestu so se poleg omenjenih dveh motenj pojavljale še vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F90–F98). V vseh letih so bile na četrtem mestu razpoloženske (afektivne) motnje (F30–F39), na petem in šestem mestu pa so se izmenjevale duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi (F10–F19), shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29) ter motnje duševnega razvoja (F80–F89) (tabela 32).

Tabela 33. Stopnja končnih diagnoz po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med fanti v starostni skupini 15–19 let med letoma 2008 in 2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F92	1,6	1,6	1,3	1,7	1,8	0,9	2,0	2,4
F10	1,4	1,6	1,8	1,4	1,6	0,2	1,1	1,6
F90	1,3	2,0	2,6	3,2	3,4	0,8	2,5	4,6
F41	1,0	1,0	0,8	1,1	1,5	1,9	2,9	2,7
F43	0,9	1,2	1,2	1,4	1,2	0,1	1,6	1,4
F32	0,9	1,1	0,8	1,1	2,2	0,0	1,5	1,3
F93	0,6	0,8	1,0	0,5	0,7	0,1	0,7	1,1
F23	0,6	0,9	0,9	0,8	0,7	0,0	1,0	0,6
F70	0,6	0,5	0,6	0,3	0,7	0,3	0,4	0,2
F42	0,4	0,4	0,5	0,6	1,2	1,7	1,0	0,8



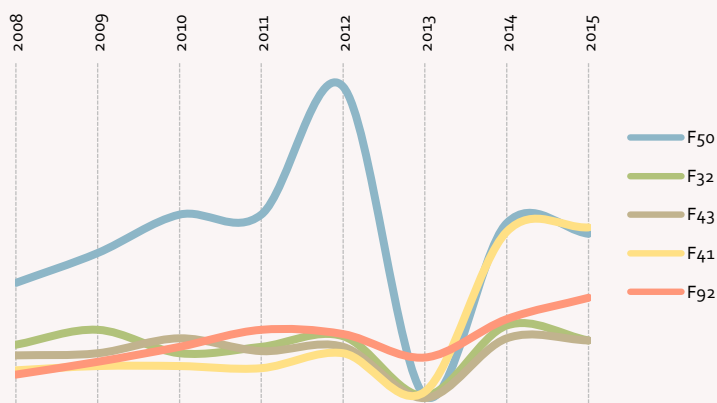
Opombe: F92: Mešane motnje vedenja in čustvovanja; F10: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola; F90: Hiperkinetične motnje; F41: Druge anksiozne motnje; F43: Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje; F32: Depresivna epizoda; F93: Čustvene motnje, ki se začnejo v otroštvu; F23: Akutne in prehodne psihotične motnje; F70: Blaga duševna manjrazvitost; F42: Obsesivno-kompulzivna motnja.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

V večini let, razen v letih 2008 in 2013, je bila pri mladostnikih stopnja obiskov najvišja zaradi hiperkinetičnih motenj (F90). Na drugem in tretjem mestu so se izmenjevale mešane motnje vedenja in čustvovanja (F92), duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10) ter druge anksiozne motnje (F41), depresivna epizoda (F32) in obsesivno-kompulzivna motnja (F42). Na četrtem do šestem mestu so se poleg motenj zaradi uživanja alkohola ter drugih anksioznih motenj pojavljale še reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43), depresivna epizoda (F32) ter akutne in prehodne psihotične motnje (F23) ter čustvene motnje, za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu (F93). Med letoma 2008 in 2015 se je za več kot trikrat povečala stopnja za hiperkinetične motnje (F90). Stopnja zabeleženih drugih anksioznih motenj (F41) se je povečala za več kot dvainpolkrat, za čustvene motnje, ki se začnejo v otroštvu (F93), pa za skoraj dvakrat. Za okoli 60 % se je v prikazanem obdobju znižala stopnja obiskov s končno diagnozo blaga duševna manjrazvitost (F70) (tabela 33).

Tabela 34. Stopnja končnih diagnoz po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med dekleti v starostni skupini 15–19 let med letoma 2008 in 2015

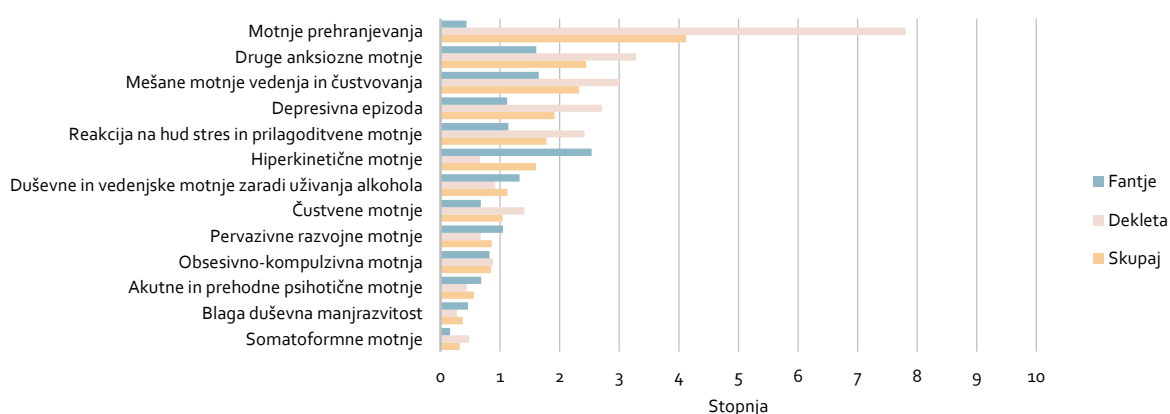
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F50	5,7	7,1	8,9	8,9	14,9	0,4	8,5	8,0
F32	2,8	3,5	2,4	2,7	3,2	0,4	3,7	3,0
F43	2,3	2,4	3,1	2,5	2,7	0,3	3,1	3,0
F41	1,6	1,8	1,8	1,7	2,4	0,6	8,1	8,3
F92	1,4	2,0	2,7	3,5	3,3	2,2	4,0	5,0
F93	1,1	1,7	1,6	1,4	1,8	0,0	1,8	1,9
F10	1,0	0,6	1,2	1,3	1,1	0,0	1,1	1,0
F45	0,6	0,4	0,6	0,4	0,5	0,1	0,7	0,5
F90	0,4	0,5	0,4	0,6	1,2	0,3	0,9	1,0
F23	0,4	0,6	0,7	0,5	0,3	0,0	0,6	0,4



Opombe: F50: Motnje hranjenja; F32: Depresivna epizoda; F43: Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje; F41: Druge anksiozne motnje; F92: Mešane motnje vedenja in čustvovanja; F93: Čustvene motnje, ki se začnejo v otroštvu; F10: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola; F45: Somatoformne motnje; F90: Hiperkinetične motnje; F23: Akutne in prehodne psihotične motnje.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Pri mladostnicah je bila v vseh letih, razen v letih 2013 in 2015, stopnja obiskov na sekundarni ravni najvišja zaradi motenj hranjenja (F50), v letu 2013 zaradi mešanih motenj vedenja in čustvovanja (F92), v letu 2015 pa zaradi drugih anksioznih motenj (F41). Na drugem do četrtem mestu se je pojavljala tudi depresivna epizoda (F32). Med letoma 2008 in 2015 se je stopnja obiskov na sekundarni ravni najbolj povečala zaradi drugih anksioznih motenj (F41). Porast je bil več kot petkrat, največji je bil v letih 2014 in 2015. Za več kot trikrat se je povečala stopnja za mešane motnje vedenja in čustvovanja (F92), ki je z izjemo leta 2013 naraščala vse od leta 2008. Za 80 % se je povečala stopnja za čustvene motnje, ki se začnejo v otroštvu (F93), za 40 % za motnje hranjenja (F50), za 34 % pa za reakcijo na hud stres in prilagoditvene motnje (43) (tabela 34).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 23. Povprečna stopnja obiskov na 1000 oseb za 13 najpogostejših končnih diagnoz med duševnimi in vedenjskimi motnjami glede na spol v starostni skupini 15–19 let, v obdobju med letoma 2008 in 2015

V skupini mladostnikov od 15 do 19 let so bile stopnje obiskov največje zaradi motenj hranjenja (F50, 4,12/1000) ter drugih anksioznih motenj (F41, 2,4/1000), sledile so mešane motnje vedenja in čustvovanja (F92, 2,3/1000), depresivna epizoda (F32, 1,91/1000), reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43, 1,9/1000). Na šestem mestu so bile hiperkinetične motnje (F90, 1,6/1000), sledile so duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10, 1,1/1000) ter pervazivne razvojne motnje (F84), vse tri so bile pogosteje zabeležene pri fantih. Stopnje za prvih pet diagnoz ter za čustvene motnje, ki se začnejo v otroštvu (F93), in obsesivno-kompulzivno motnjo (F42) so bile v tem starostnem obdobju pogostejše pri dekletih. Razlika v stopnji med spoloma je bila najvišja za motnje hranjenja (dekleta 7,8/1000, fantje 0,4/1000) (slika 23).

5.5.9 Razprava

V obdobju od leta 2008 do leta 2015 so izvajalci na primarni ravni zabeležili skupno 52.690 prvih obiskov otrok in mladostnikov, starih od 0 do 19 let, pri katerih so bile kot vzrok za obisk navedene diagnoze iz poglavja V. MKB-10 Duševne in vedenjske motnje. V enakem obdobju so izvajalci na sekundarni ravni (specialistična ambulantna dejavnost) zabeležili 59.976 obiskov, ob katerih so bile podane končne diagnoze iz istega poglavja MKB-10. Med vsemi obiski otrok in mladostnikov pri zdravnikih v zunajbolnišničnem zdravstvenem varstvu predstavljajo obiski zaradi duševnih in vedenjskih motenj majhen delež, ki je v obdobju 2008–2015 znašal na primarni ravni v povprečju

0,6 %, na sekundarni ravni pa dobra 2 %. Na obeh ravneh je bilo zaradi duševnih in vedenjskih motenj med fanti zabeleženih za okoli 14 % več obiskov kot med dekleti.

Število prvih obiskov oz. obiskov s končno diagnozo duševne in vedenjske motnje se je med letoma 2008 in 2015 povečalo na obeh ravneh, na primarni za 26 %, na sekundarni pa celo za 70 %. Na primarni ravni se je število obiskov med fanti najbolj povečalo v starostni skupini od 0 do 5 let, in sicer za 45 %, med dekleti pa v skupini od 6 do 14 let, porast je znašal 34 %. Na sekundarni ravni je bil porast obiskov med fanti prav tako najvišji v skupini od 0 do 5 let in je bil kar dvakraten, pri dekletih pa v skupini od 15 do 19 let in je znašal 63 %. Razloge za takšno povišanje števila zabeleženih diagnoz iz poglavja duševne in vedenjske motnje, ki je bilo izrazito še zlasti na sekundarni ravni, bi morali dodatno raziskati. Hipotetično jih lahko pripišemo več dejavnikom, in sicer dejanskemu povečanju težav v duševnem zdravju med otroki in mladostniki, zmanjšanju stigme (stereotipi in predsodki ali t. i. javna stigma) in večji ozaveščenosti prebivalstva na področju težav duševnega zdravja, nadalje boljšemu prepoznavanju teh težav tako med laično kot med strokovno javnostjo ter zgodnejši obravnavi in diagnostiki. Med razlogi so možne tudi organizacijske in kadrovske spremembe pri izvajalcih zdravstvenega varstva, prav tako pa tudi boljša ali slabša kakovost sicer obveznega beleženja in poročanja podatkov na NIJZ s strani izvajalcev.

Stopnja obiskov je bila v vseh letih višja med fanti kot med dekleti v starostnih skupinah od 0 do 5 let in od 6 do 14 let, medtem ko je bila v skupini od 15 do 19 let višja med dekleti. Pri fantih je bila na obeh ravneh najvišja v starostni skupini od 6 do 14 let, pri dekletih pa v skupini od 15 do 19 let, v teh skupinah je bil zabeležen tudi najvišji porast stopnje obiskov med letoma 2008 in 2015. Razlog za povišanje je lahko dejansko večja prisotnost duševnih in vedenjskih motenj v teh dveh starostnih skupinah, ki so tudi bolj tipične in zato lažje prepoznane in diagnosticirane, pa tudi dejstvo, da starejši otroci in mladostniki lažje opišejo in ubesedijo svoje težave in simptome kot mlajši. Načeloma velja, da mlajši ko je otrok, težje postavimo diagnozo duševnih in vedenjskih motenj (Mrevlje, Kogovšek in Ovsenik, 1987).

Podatke v zbirkah Evidenca osnovnega zdravstvenega varstva in Evidenca o boleznih in stanjih, ugotovljenih v specialistični ambulantni dejavnosti, zbiramo po sedežu izvajalca zdravstvene dejavnosti. V Sloveniji se pri 95 do 97 % prvih obiskov na primarni ravni regija prebivališča ujema z regijo izvajalca, zato na tej osnovi lahko sklepamo o regionalni porazdelitvi otrok in mladostnikov, ki so iskali pomoč zaradi duševnih in vedenjskih motenj. V vseh prikazanih letih je bila povprečna stopnja prvih obiskov najvišja v primorsko-notranjski regiji, in sicer 28,3/1000, najnižja pa je bila v savinjski regiji (11,8/1000). Po našem mnenju razlike v pojavnosti duševnih in vedenjskih motenj med otroki in mladostniki iz različnih regij niso tako velike, kot bi sicer sklepali iz prikazanih razlik v stopnji zabeleženih obiskov med regijami. Razlike lahko hipotetično pripišemo organizacijskim in kadrovskim zmožnostim izvajalcev v regijah, kot je na primer pomanjkanje pediatrov v nekaterih predelih Slovenije. Pediatri so bolj kot družinski zdravniki usposobljeni za diagnosticiranje težav duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Nadalje lahko razloge iščemo, kot že nekoliko poprej, tudi v boljšem ali slabšem prepoznavanju težav duševnega zdravja v splošni populaciji, v večji ali manjši stigmatiziranosti duševnih in vedenjskih motenj, pa tudi v kulturnih in drugih značilnostih posameznih regij. Na sekundarni ravni so bile razlike v stopnji zabeleženih končnih diagnoz med regijami še večje. Najvišjo stopnjo so zabeležili izvajalci v osrednjeslovenski regiji, in sicer 37/1000, sledita jugovzhodna (27,3/1000) in podravska regija (21,5/1000), najnižjo stopnjo pa so zabeležili izvajalci v koroški (2,7/1000), posavski (2,8/1000),

pomurski (3/1000) in zasavski regiji (5,4/1000). Ti podatki zagotovo ne odražajo dejanskega stanja na področju iskanja pomoči zaradi duševnih in vedenjskih težav. Vemo namreč, da so psihiatrične specialistične ambulante oziroma specialisti otroške in mladostniške psihiatrije in drugi specialisti po Sloveniji zelo neenakomerno razporejeni (Resolucija o NP duševnega zdravja 2011–2016). V koroški, posavski in pomurski regiji dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije ne izvajajo, zaradi česar morajo otroci in mladostniki iskati pomoč v drugih regijah. Opisano je razvidno tudi iz prikazanih podatkov. Omenjene regije imajo namreč izredno nizke stopnje obravnav, ki so bile zabeležene v drugih dejavnostih (najpogosteje v psihiatriji, pediatriji, nevrologiji in urgentni medicini). Poleg razlik med regijami se pojavljajo velika nihanja v stopnji zabeleženih diagnoz tudi v posameznih letih znotraj posameznih (kohezijskih) regij, kot na primer v savinjski in zasavski, ki bi jih verjetno lahko pripisali spremembam v razpoložljivosti izvajalcev na tej ravni. Tako lahko na primer odhod specialista otroške in mladostniške psihiatrije iz ene regije (v drugo) precej vpliva na stopnjo zabeleženih diagnoz v teh regijah. Preveriti bi morali, koliko otrok iz regij, v katerih primanjkuje ustreznih specialistov, je napotenih na obravnavo v druge regije in ali s tega vidika lahko govorimo o neenakostih otrok in mladostnikov v dostopnosti do specialistične obravnave duševnih in vedenjskih motenj.

Vzroki obiskov se pri otrocih in mladostnikih razlikujejo tako po starostnih skupinah kot tudi po spolu. Na primarni ravni so bile v skupini otrok, starih do 5 let, stopnje prvih obiskov najvišje zaradi specifičnih razvojnih motenj pri govorjenju in jezikovnem izražanju ter drugih vedenjskih in čustvenih motenj, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci. S precej nižjo stopnjo so sledili obiski, pri katerih so bili zabeleženi tiki, hiperkinetična motnja ter pervazivne razvojne motnje. Stopnja prvih obiskov je bila za vse naštetje motnje višja pri fantih kot pri dekletih, razlika je bila najvišja pri hiperkinetični motnji in pervazivni razvojni motnji. Med letoma 2008 in 2015 se je pri fantih najbolj povečala stopnja obiskov zaradi hiperkinetične in pervazivne razvojne motnje, in sicer za okoli dvakrat. Pri dekletih je bil porast najvišji za hiperkinetične motnje in je znašal 58 %. Vrsten red stopenj obiskov s končno diagnozo je bil na sekundarni ravni nekoliko drugačen kot na primarni. Specifičnim razvojnim motnjam pri govorjenju in jezikovnem izražanju so sledile pervazivne razvojne motnje, tem pa druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci, ter hiperkinetična motnja. Kot na primarni ravni je bila stopnja za vse naštetje motnje višja med fanti kot med dekleti. V obdobju med letoma 2008 in 2015 je najbolj narasla stopnja za pervazivne motnje, pri fantih za petkrat, pri dekletih pa za štirikrat, pri obeh spolih pa je bil porast intenzivnejši zlasti od leta 2013. Porast obravnav zaradi pervazivne motnje sovпада z vstopom novih izvajalcev v javno zdravstveno mrežo, zaradi česar se je izboljšalo prepoznavanje in beleženje teh motenj.

V starostni skupini od 6 do 14 let so bile na primarni ravni stopnje obiskov še vedno najvišje zaradi vedenjskih in čustvenih motenj, ki se začnejo v otroštvu in adolescenci, specifičnih razvojnih motenj pri govorjenju in jezikovnem izražanju, hiperkinetičnih motenj ter tikov. Stopnja obiskov zaradi večine naštetih motenj je bila višja pri fantih kot pri dekletih, razlika v stopnji je bila najvišja za hiperkinetične motnje ter pervazivne razvojne motnje. Pri otrocih te starostne skupine se med pogostejšimi pojavljajo še druge težave, kot so specifične razvojne motnje pri šolskih veščinah, reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje ter druge anksiozne motnje. Stopnja obiskov zaradi reakcije na hud stres in zaradi prilagoditvenih motenj, anksioznih motenj in depresivne epizode je bila višja pri dekletih kot pri fantih. Pri fantih te starostne skupine je bil porast stopnje obiskov med letoma 2008 in 2015 najvišji zaradi pervazivnih motenj ter mešanih motenj vedenja in čustvovanja, in sicer dvakrat, medtem ko je bil pri dekletih porast več kot dvakrat zaradi specifičnih

razvojnih motenj pri šolskih veččinah ter skoraj dvakraten zaradi drugih anksioznih motenj. Na sekundarni ravni je bila stopnja obiskov s končno diagnozo v tej starostni skupini daleč najvišja zaradi hiperkinetičnih motenj. Sledile so pervazivna razvojna motnja, čustvene motnje, ki se začnejo v otroštvu in adolescenci, ter mešane motnje vedenja in čustvovanja. Za vse naštetje diagnoze je bila stopnja višja pri fantih kot dekletih, razlika pa ponovno največja za hiperkinetične in pervazivne razvojne motnje. Med letoma 2008 in 2015 se je stopnja za pervazivne razvojne motnje pri fantih povečala za več kot šestkrat, pri dekletih pa za osemkrat, pri obojih intenzivneje zlasti po letu 2013.

Pri mladostnikih od 15. do 19. leta starosti so bile med najpogostejšimi diagnozami tiste, ki jih srečujemo tudi pri odraslih. Stopnja obiskov je bila tako na primarni ravni najvišja zaradi reakcije na hud stres in zaradi prilagoditvenih motenj, drugih anksioznih motenj ter depresivne epizode, sledile so duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola in motnje prehranjevanja. Stopnja obiskov zaradi večine naštetih težav je bila v tej skupini pri dekletih višja kot pri fantih, medtem ko je bila pri fantih nekoliko višja zaradi duševnih in vedenjskih težav zaradi uživanja alkohola, zaradi motenj vedenja ter zmerne duševne manjrazvitosti. Vrstni red desetih najpogostejših diagnoz se je v posameznih letih zlasti pri fantih te starostne skupine veliko bolj spreminjal kot pri mlajših starostnih skupinah otrok. Med letoma 2008 in 2015 je pri fantih stopnja obiskov zaradi mešanih motenj vedenja in čustvovanja narasla najbolj, in sicer za več kot dvakrat, pri dekletih pa je bil porast stopnje najvišji zaradi reakcije na hud stres in zaradi prilagoditvenih motenj, ki je znašal 80 %, ter zaradi drugih anksioznih motenj, ki je bil 75 %. Pri fantih se je med letoma 2011 in 2014 nakazoval upad stopnje obiskov zaradi motenj zaradi uživanja alkohola, vendar pa je v letu 2015 stopnja ponovno nekoliko narasla. Na sekundarni ravni je bila v tej starostni skupini stopnja končnih diagnoz najvišja za motnje prehranjevanja, sledile so druge anksiozne motnje, mešane motnje vedenja in čustvovanja, depresivna epizoda, reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje, hiperkinetična motnja ter duševne in vedenjske težave zaradi uživanja alkohola. Za vse omenjene diagnoze, razen za zadnji dve, so bile stopnje višje pri dekletih kot pri fantih, razlika v stopnji med spoloma pa je bila največja pri motnjah prehranjevanja ter pri hiperkinetični motnji. Med letoma 2008 in 2015 se je pri fantih te starostne skupine najbolj povečala stopnja obiskov s končno diagnozo hiperkinetična motnja, ki je narasla za več kot trikrat, za več kot dvakrat pa se je povečala za druge anksiozne motnje. Pri dekletih je bil porast več kot petkrat za druge anksiozne motnje ter več kot trikrat za mešane motnje vedenja in čustvovanja.

Pri fantih in dekletih navedenih starostnih skupin je pojavnost posameznih duševnih in vedenjskih motenj torej različna. Razlike so prisotne tudi v stopnji nekaterih najpogostejših diagnoz med posameznimi leti, pri nekaterih motnjah (zlasti hiperkinetična motnja, pervazivna razvojna motnja, druge anksiozne motnje ter mešane motnje vedenja in čustvovanja) je v prikazanem osemletnem obdobju prišlo do izrazitega porasta stopnje prvih obiskov oz. končnih diagnoz. Diagnostika ter obravnava otrok in mladostnikov z duševnimi in vedenjskimi motnjami sta zelo kompleksni. Vključujeta različne strokovnjake, kot so pediatri in drugi zdravniki specialisti, specialisti otroške in mladostniške psihiatrije in psihiatri, klinični psihologi, specialni pedagogi ter drugi strokovnjaki, in temeljita na njihovem medsebojnem sodelovanju. Za duševne in vedenjske motnje je značilno, da se vsaj na začetku lahko kažejo netipično, s prevladujočimi telesnimi znaki in simptomi, zato jih zlahka zamenjamo za telesno bolezen ali za težave, pogojene z razvojem, in tako podcenimo njihovo razširjenost oziroma se znajdemo pred dilemo, v katero skupino motenj naj te težave sploh uvrstimo (Gregorič Kumperščak, 2012). Kot so zapisali Mrevlje idr. (1987), je v psihiatriji otroške in adolescentske dobe še posebej težko (še zlasti hitro) določiti mejo med

zdravim in bolnim, normalnim in nenormalnim, kajti posebnosti razvojnega obdobja nam nastavljajo še več in večje pasti, kot so tiste v zreli dobi (Mrevlje idr., 1987). Po drugi strani lahko zlasti v času »popularizacije« katere od motenj ter ob sočasnem pomanjkanju diagnostičnih kriterijev in/ali ustreznih strokovnjakov motnjo prehitro opredelimo in uvrstimo v neko skupino. Določen delež k večji pojavnosti nekaterih motenj zagotovo prispevajo tudi aktualna družbena dogajanja, med njimi tudi vse večja socialno-ekonomska razslojenost na eni strani ter velika pričakovanja do posameznika in ponudba številnih možnosti na drugi strani, ki hkrati spodbujajo in/ali frustrirajo otroke in mladostnike ter njihove starše, vplivajo na vedenjske stile in vzorce ter vzgojne prakse. V razpravi smo tudi že opozorili na organizacijske in kadrovske probleme izvajalcev v zunajbolnišničnem zdravstvenem varstvu in na probleme v samem poročanju ter na njihov možni vpliv na prikazane podatke. Vse omenjeno in še veliko drugega je treba imeti v mislih pri pregledu tega poglavja in tudi pri prihodnjem snovanju aktivnosti in ukrepov na področju varovanja duševnega zdravja otrok in mladostnikov.

5.6 Bolnišnične obravnave otrok in mladostnikov zaradi duševnih in vedenjskih motenj

5.6.1 Število in stopnja bolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov

Število bolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov do 19. leta starosti zaradi duševnih in vedenjskih motenj se je od leta 2008 do leta 2015 zmanjševalo. Največ jih je bilo leta 2010 (1267), medtem ko je bilo v kasnejših letih vedno manj kot 1200 obravnav na leto (tabela 35). Število bolnišničnih obravnav se je znižalo predvsem pri najmlajši starostni skupini otrok, medtem ko je bilo pri otrocih in mladostnikih, starih od 6 do 19 let, število obravnav med leti podobno.

Tabela 35. Število bolnišničnih obravnav zaradi duševnih in vedenjskih motenj glede na starostno skupino in spol, med letoma 2008 in 2015

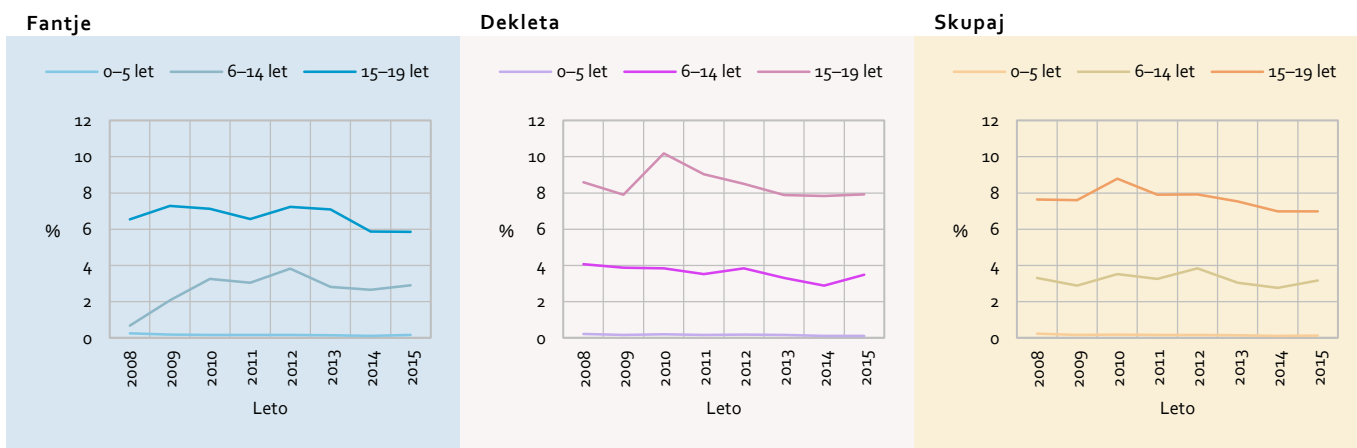
	Fantje			Dekleta			Skupaj
	o do 5 let	6 do 14 let	15 do 19 let	o do 5 let	6 do 14 let	15 do 19 let	
2008	62	203	266	48	257	397	1233
2009	47	163	291	36	245	365	1147
2010	41	228	266	46	231	455	1267
2011	43	218	248	36	200	402	1147
2012	40	259	264	39	219	365	1186
2013	41	221	264	37	225	386	1174
2014	33	217	226	27	208	390	1101
2015	44	247	230	27	253	372	1173

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

V opazovanem obdobju je bilo na leto opravljenih povprečno 81 bolnišničnih obravnav otrok, starih do 5 let. Duševne in vedenjske motnje predstavljajo povprečno 0,2 % vseh bolnišničnih obravnav v tej starostni skupini (slika 24). V času od leta 2008 do leta 2015 se je stopnja bolnišničnih obravnav pri otrocih do 5. leta starosti prepolovila (z 1,0 na 0,5 na 1000 oseb) (slika 25).

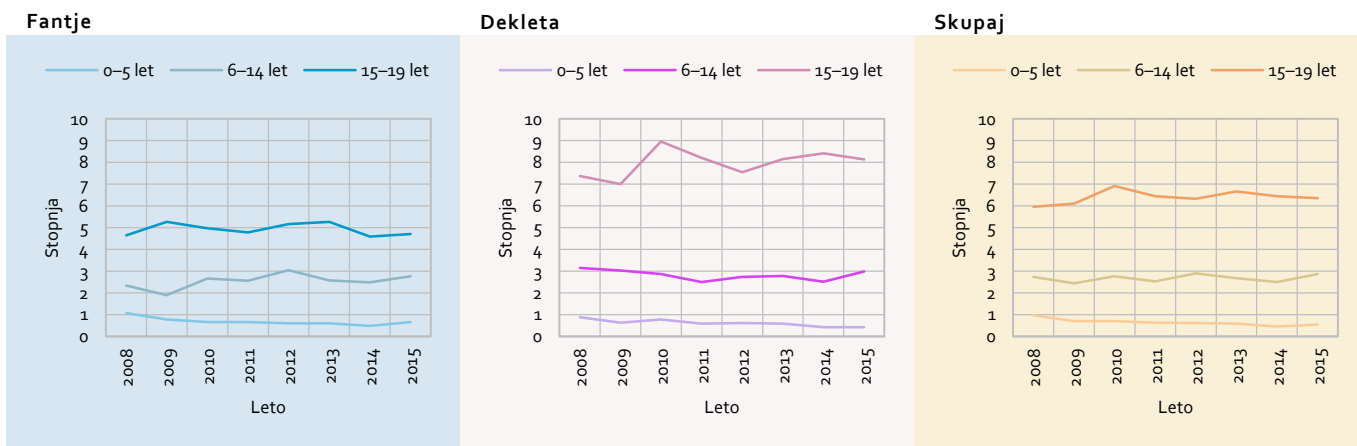
Pri otrocih, starih od 6 do 14 let, je bilo zaradi duševnih in vedenjskih motenj povprečno 449 bolnišničnih obravnav na leto, kar je predstavljalo 3,2 % vseh obravnav v bolnišnici v tej starostni skupini (slika 24). Stopnja obravnav zaradi duševnih in vedenjskih motenj se v opazovanem obdobju ni veliko spreminjala in je bila leta 2015 za 5 % višja kot leta 2008 (slika 25).

Na leto je bilo povprečno 648 bolnišničnih obravnav zaradi duševnih in vedenjskih motenj pri mladostnikih, starih od 15 do 19 let, kar predstavlja 7,7 % vseh bolnišničnih obravnav v tej starostni skupini (slika 24). Tudi v tej starostni skupini je stopnja bolnišničnih obravnav od leta 2008 do leta 2015 nekoliko narasla, in sicer za 7 % (slika 25).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 24. Delež bolnišničnih obravnav zaradi duševnih in vedenjskih motenj med vsemi bolnišničnimi obravnavami, glede na starostno skupino in spol, med letoma 2008 in 2015



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 25. Stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb zaradi duševnih in vedenjskih motenj glede na starostno skupino in spol, med letoma 2008 in 2015

5.6.2 Bolnišnične obravnave otrok in mladostnikov po statističnih regijah

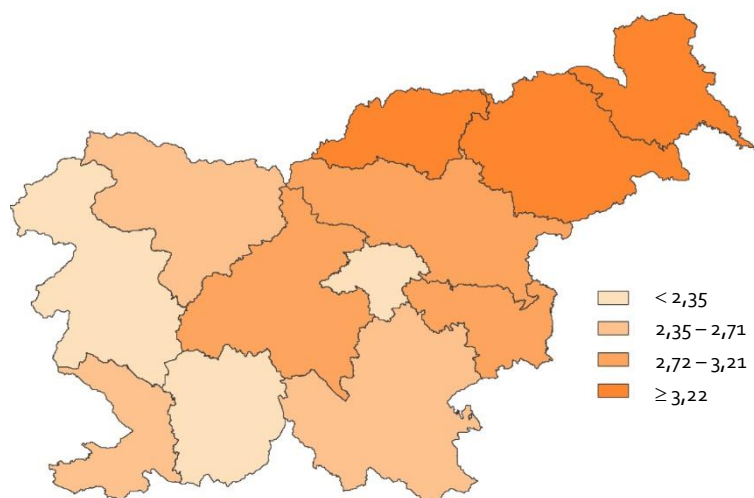
V nadaljevanju prikazujemo podatke o bolnišničnih obravnavaх glede na statistično regijo, v kateri ima hospitalizirana oseba bivališče. Delitev Slovenije na vzhodno in zahodno kohezijsko regijo pokaže razliko v stopnji bolnišničnih obravnavaх na 1000 oseb. Stopnja je bila skozi celotno opazovano obdobje višja v vzhodni kohezijski regiji. Največja razlika med regijama je bila leta 2009, ko je znašala 1,2 bolnišnične obravnave na 1000 oseb. V poznejših letih se je razlika postopoma zmanjševala, najmanjša pa je bila leta 2015 (0,1 na 1000 oseb) (slika 26).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 26. Stopnje bolnišničnih obravnavaх na 1000 oseb zaradi duševnih in vedenjskih motenj v starostni skupini 0–19 let, v vzhodni in zahodni kohezijski regiji med letoma 2008 in 2015

Če pogledamo stopnjo bolnišničnih obravnavaх po statističnih regijah, je bila v povprečju najvišja v pomurski regiji (povprečno 4,6 bolnišnične obravnave na 1000 oseb) in najnižja v goriški regiji (2,3 bolnišnične obravnave na 1000 oseb) in primorsko-notranjski regiji (2,3 bolnišnične obravnave na 1000 oseb) (slika 27).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

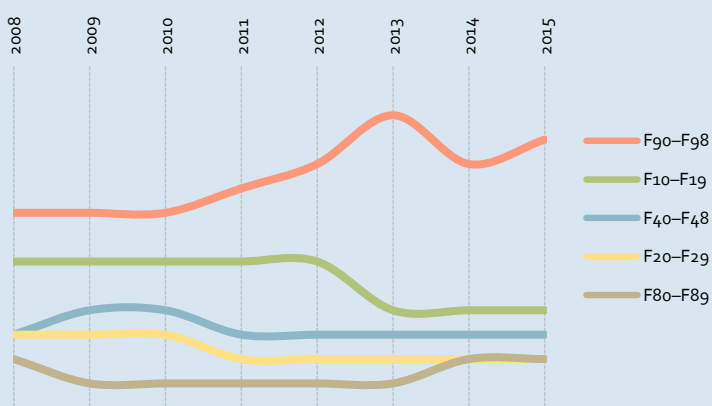
Slika 27. Povprečna stopnja bolnišničnih obravnavaх na 1000 oseb zaradi duševnih in vedenjskih motenj po statističnih regijah, v obdobju med letoma 2008 in 2015

5.6.3 Vzroki bolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov

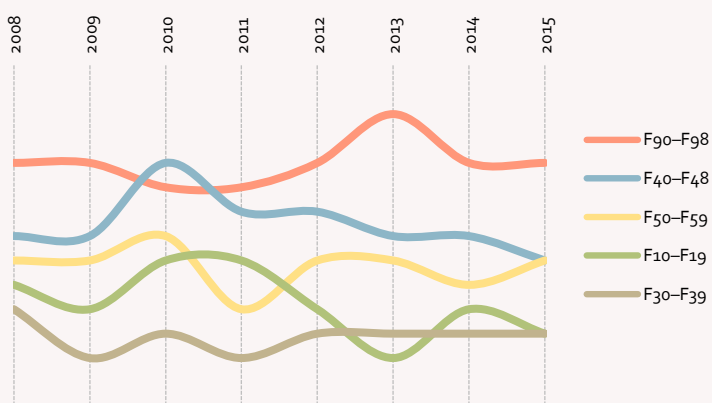
Med vzroki bolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov prevladujejo vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F90–F98) (tabela 36), in sicer pri obeh spolih. Pri fantih je bila stopnja bolnišničnih obravnav zaradi teh motenj leta 2015 več kot dvakrat višja od stopnje obravnav zaradi drugega najpogostejšega sklopa motenj (duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi (F10–F19)). Pri dekletih so bile druge najpogostejše motnje nevrotske, stresne in somatoformne (F40–F48).

Tabela 36. Stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj glede na spol v starostni skupini 0–19 let, med letoma 2008 in 2015

Fantje	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F90–F98	0,8	0,8	0,8	0,9	1,0	1,2	1,0	1,1
F10–F19	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4
F40–F48	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
F20–F29	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
F80–F89	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
F30–F39	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2
F70–F79	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
F50–F59	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
F60–F69	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
F00–F09	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F99	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0



Dekleta	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F90–F98	1,0	1,0	0,9	0,9	1,0	1,2	1,0	1,0
F40–F48	0,7	0,7	1,0	0,8	0,8	0,7	0,7	0,6
F50–F59	0,6	0,6	0,7	0,4	0,6	0,6	0,5	0,6
F10–F19	0,5	0,4	0,6	0,6	0,4	0,2	0,4	0,3
F30–F39	0,4	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
F20–F29	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,2	0,1	0,3
F70–F79	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
F60–F69	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
F80–F89	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
F00–F09	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F99	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0



Opombe: F90–F98: Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F10–F19: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi; F40–F48: Nevrotske, stresne in somatoformne motnje; F20–F29: Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje; F80–F89: Motnje duševnega razvoja; F30–F39: Razpoloženske (afektivne) motnje; F70–F79: Duševna manjrazvitost; F50–F59: Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki; F60–F69: Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi; F00–F09: Organske, vključno simptomatske, duševne motnje; F99: Neopredeljena duševna motnja.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

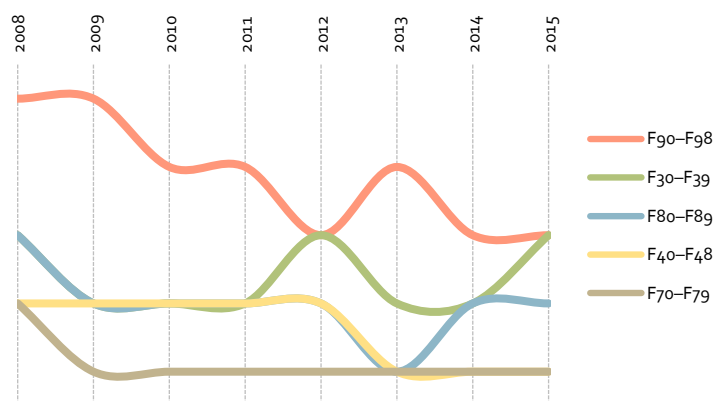
5.6.4 Vzroki bolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov po starosti in spolu

Bolnišnične obravnave otrok v starosti od 0 do 5 let

Najpogostejši vzrok bolnišničnih obravnav otrok, mlajših od 6 let, so bile vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F90–F98). Te so predstavljale dobrih 40 % vseh bolnišničnih obravnav zaradi duševnih in vedenjskih motenj pri tej starostni skupini (tabela 37).

Tabela 37. Stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj v starostni skupini 0–5 let, med letoma 2008 in 2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F90–F98	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2
F30–F39	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2
F80–F89	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
F40–F48	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
F70–F79	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F50–F59	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
F10–F19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F60–F69	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F00–F09	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F20–F29	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F99	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0



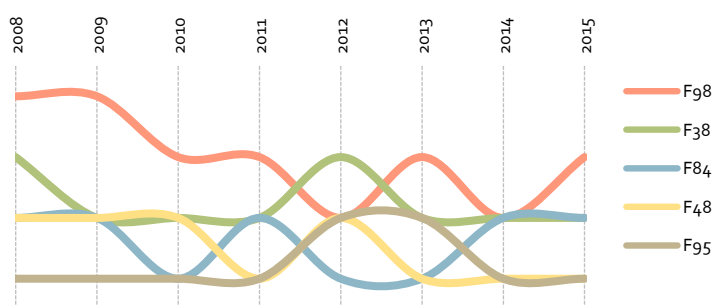
Opombe: F90–F98: Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F30–F39: Razpoloženske (afektivne) motnje; F80–F89: Motnje duševnega razvoja; F40–F48: Nevrotske, stresne in somatiformne motnje; F70–F79: Duševna manjrazvitost; F50–F59: Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki; F10–F19: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi; F60–F69: Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi; F00–F09: Organske, vključno simptomatske, duševne motnje; F20–F29: Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje; F99: Neopredeljena duševna motnja.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Od posameznih diagnoz so bile v tej starostni skupini otrok najpogostejše druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F98), druge razpoloženske (afektivne) motnje (F38) ter pervazivne razvojne motnje (F84) (tabela 38). V opazovanem obdobju je bilo zaradi drugih vedenjskih in čustvenih motenj, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci, povprečno 25 bolnišničnih obravnav otrok na leto ($SD = 8$), zaradi drugih razpoloženskih (afektivnih) motenj 15 ($SD = 4$) ter zaradi pervazivne razvojne motnje 8 obravnav na leto ($SD = 4$). Med petimi najpogostejšimi diagnozami so bile tudi druge nevrotske motnje (F48) ter tiki (F95).

Tabela 38. Stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj v starostni skupini 0–5 let med letoma 2008 in 2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F98	0,3	0,3	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2
F38	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
F84	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1
F48	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
F95	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0



Opombe: F98: Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F38: Druge razpoloženske (afektivne) motnje; F84: Pervazivne razvojne motnje; F48: Druge nevrotske motnje; F95: Tiki.

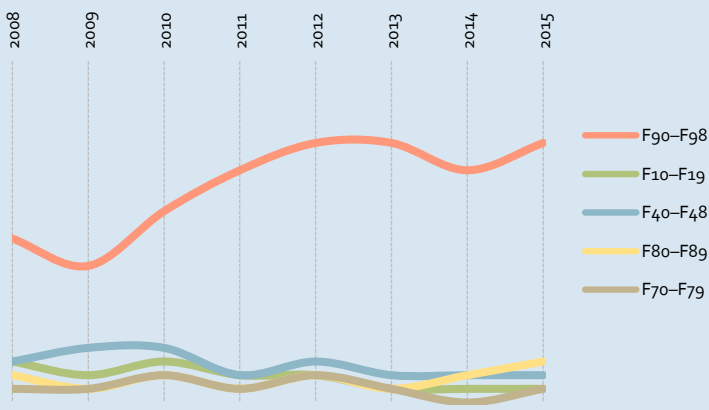
(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Bolnišnične obravnave otrok v starosti od 6 do 14 let

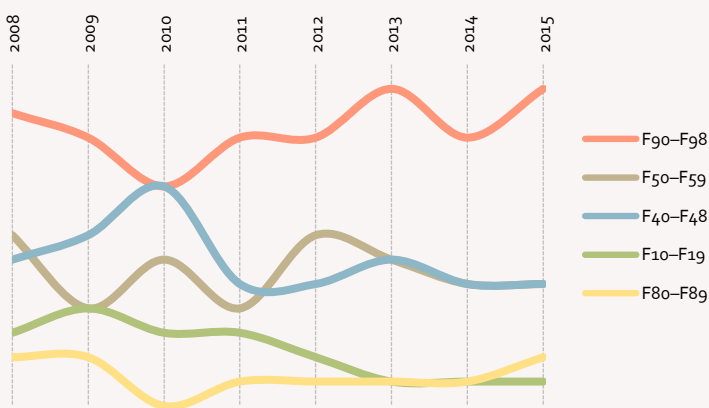
Tudi pri otrocih, starih od 6 do 14 let, so bile najpogostejši vzrok bolnišnične obravnave diagnoze iz sklopa vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F90–F98). Te so bile vzrok obravnave v polovici primerov. Pri dekletih med 6. in 14. letom starosti so, s približno petino vseh bolnišničnih obravnav, pomemben delež predstavljale tudi motnje iz sklopa vedenjskih sindromov, povezanih s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki (F50–F59), ter nevrotske, stresne in somatoformne motnje (F40–F48) (tabela 39).

Tabela 39. Stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj glede na spol v starostni skupini 6–14 let, med letoma 2008 in 2015

Fantje	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F90–F98	1,2	1,0	1,4	1,7	1,9	1,9	1,7	1,9
F10–F19	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
F40–F48	0,3	0,4	0,4	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2
F80–F89	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,3
F70–F79	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1
F50–F59	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
F30–F39	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
F20–F29	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F60–F69	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
F00–F09	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F99	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0



Dekleta	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F90–F98	1,2	1,1	0,9	1,1	1,1	1,3	1,1	1,3
F50–F59	0,7	0,4	0,6	0,4	0,7	0,6	0,5	0,5
F40–F48	0,6	0,7	0,9	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5
F10–F19	0,3	0,4	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1
F80–F89	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
F70–F79	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
F30–F39	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,2	0,2
F60–F69	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F20–F29	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
F00–F09	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F99	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0



Opombe: F90–F98: Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F10–F19: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi; F40–F48: Nevrotske, stresne in somatoformne motnje; F80–F89: Motnje duševnega razvoja; F70–F79: Duševna manjrazvitost; F50–F59: Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki; F30–F39: Razpoloženske (afektivne) motnje; F20–F29: Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje; F60–F69: Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi; F00–F09: Organske, vključno simptomatske, duševne motnje; F99: Neopredeljena duševna motnja.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

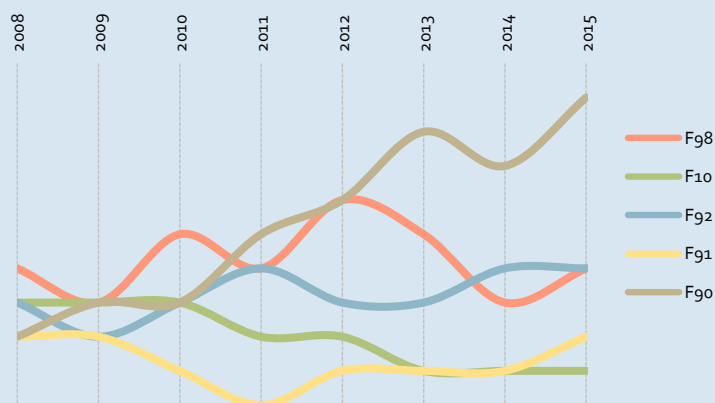
Pri otrocih, starih od 6 do 14 let, se je najpogostejša diagnoza, ki je bila vzrok bolnišnične obravnave, med fanti in dekleti razlikovala (tabela 40). Pri fantih so bile najpogosteje vzrok obravnave hiperkinetične motnje (F90), pri dekletih pa motnje hranjenja (F50).

Letno je bilo zaradi hiperkinetične motnje opravljenih povprečno 45 bolnišničnih obravnav fantov, starih od 6 do 14 let. Stopnja obravnav zaradi hiperkinetične motnje je od leta 2008 do leta 2015 narasla za več kot štirikrat. Pri fantih so med tri najpogostejše vzroke obravnav spadale še druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu (F98), ter mešane motnje vedenja in čustvovanja (F92). Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10), ki so bile na začetku opazovanega obdobja drugi najpogostejši vzrok bolnišnične obravnave fantov med 6. in 14. letom, so z leti postajale vedno redkejšje in so bile leta 2015 na šestem mestu (tabela 40).

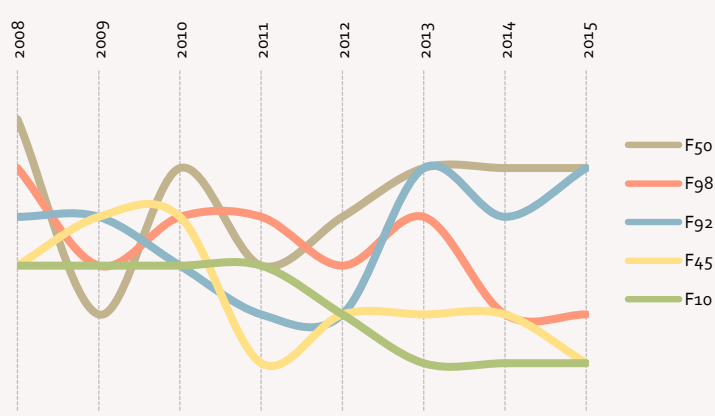
Zaradi motenj hranjenja je bilo letno v povprečju bolnišnično obravnavanih 35 deklet, starih od 6 do 14 let. Stopnja bolnišničnih obravnav zaradi teh motenj se v obravnavanem času ni pomembno spreminjala. Pogost vzrok obravnave deklet so bile še druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu (F98), ter mešane motnje vedenja in čustvovanja (F92) (tabela 40).

Tabela 40. Stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj glede na spol v starostni skupini 6–14 let, med letoma 2008 in 2015

Fantje	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F98	0,4	0,3	0,5	0,4	0,6	0,5	0,3	0,4
F10	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
F92	0,3	0,2	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4
F91	0,2	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2
F90	0,2	0,3	0,3	0,5	0,6	0,8	0,7	0,9
F84	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2
F45	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
F93	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1
F95	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
F50	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0



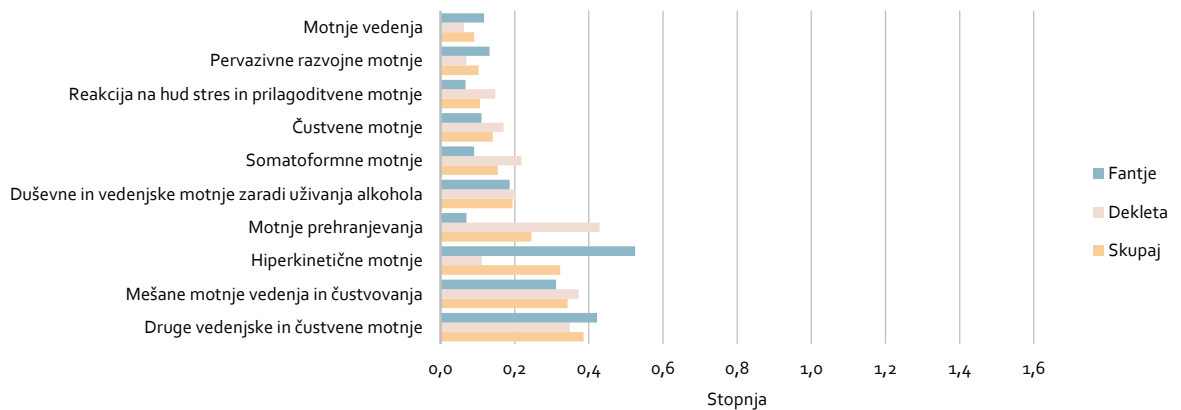
Dekleta	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F50	0,6	0,2	0,5	0,3	0,4	0,5	0,5	0,5
F98	0,5	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4	0,2	0,2
F92	0,4	0,4	0,3	0,2	0,2	0,5	0,4	0,5
F45	0,3	0,4	0,4	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1
F10	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1
F93	0,2	0,2	0,0	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3
F43	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
F41	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
F44	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
F90	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2



Opombe: F98: Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu; F10: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola; F92: Mešane motnje vedenja in čustvovanja; F91: Motnje vedenja; F90: Hiperkinetične motnje; F84: Pervazivne razvojne motnje; F45: Somatoformne motnje; F93: Čustvene motnje, ki se začnejo v otroštvu; F95: Tiki; F50: Motnje hranjenja; F43: Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje; F41: Druge anksiozne motnje; F44: Disociativne (konverzivne) motnje.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Pri primerjavi povprečnih stopenj bolnišničnih obravnav na 1000 oseb med 6. in 14. letom starosti v obdobju med letoma 2008 in 2015 je razvidno, da obstajajo med spoloma precejšnje razlike v pogostosti obravnav zaradi določenih motenj (slika 28). Izstopajo predvsem hiperkinetične motnje, ki so skoraj petkrat pogostejše pri fantih, ter motnje hranjenja, ki so več kot šestkrat pogostejše pri dekletih.



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

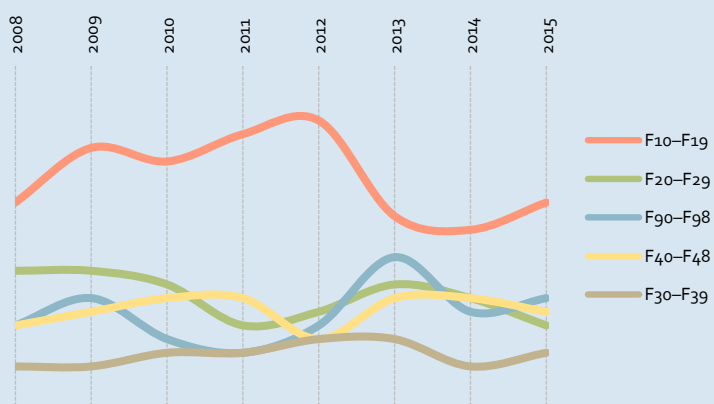
Slika 28. Povprečne stopnje bolnišničnih obravnav na 1000 oseb zaradi duševnih in vedenjskih motenj v starostni skupini 6–14 let glede na spol in trimesetne diagnoze, v obdobju med letoma 2008 in 2015

Bolnišnične obravnave mladostnikov v starosti od 15 do 19 let

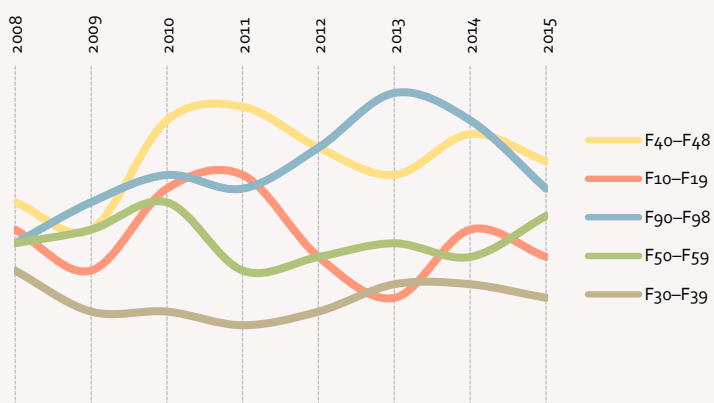
Najpogostejši glavni vzrok bolnišnične obravnave fantov med 15. in 19. letom starosti so bile duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi (F10–F19), ki so predstavljale dobro tretjino vseh obravnav (tabela 41). Pri dekletih so bile duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi nekoliko redkejši vzrok obravnave in so predstavljale slabo petino vseh bolnišničnih obravnav. Pri dekletih so bile najpogostejši vzrok bolnišnične obravnave nevrotske, stresne in somatoformne motnje (F40–F48), ki so predstavljale skoraj četrtino vseh obravnav v opazovanem obdobju.

Tabela 41. Stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj glede na spol v starostni skupini 15–19 let, med letoma 2008 in 2015

Fantje	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F10–F19	1,5	1,9	1,8	2,0	2,1	1,4	1,3	1,5
F20–F29	1,0	1,0	0,9	0,6	0,7	0,9	0,8	0,6
F90–F98	0,6	0,8	0,5	0,4	0,6	1,1	0,7	0,8
F40–F48	0,6	0,7	0,8	0,8	0,5	0,8	0,8	0,7
F30–F39	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,3	0,4
F70–F79	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
F80–F89	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
F60–F69	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3
F50–F59	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1
F00–F09	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
F99	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0



Dekleta	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F40–F48	1,5	1,3	2,1	2,2	1,9	1,7	2,0	1,8
F10–F19	1,3	1,0	1,6	1,7	1,1	0,8	1,3	1,1
F90–F98	1,2	1,5	1,7	1,6	1,9	2,3	2,1	1,6
F50–F59	1,2	1,3	1,5	1,0	1,1	1,2	1,1	1,4
F30–F39	1,0	0,7	0,7	0,6	0,7	0,9	0,9	0,8
F20–F29	0,6	0,7	0,9	0,7	0,5	0,7	0,4	0,9
F60–F69	0,3	0,3	0,1	0,2	0,2	0,4	0,2	0,2
F70–F79	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1
F00–F09	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
F80–F89	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
F99	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0



Opombe: F10–F19: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi; F20–F29: Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje; F90–F98: Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci; F40–F48: Nevrotske, stresne in somatoformne motnje; F30–F39: Razpoloženske (afektivne) motnje; F70–F79: Duševna manjrazvitost; F80–F89: Motnje duševnega razvoja; F60–F69: Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi; F50–F59: Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki; F00–F09: Organske, vključno simptomatske, duševne motnje; F99: Neopredeljena duševna motnja.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

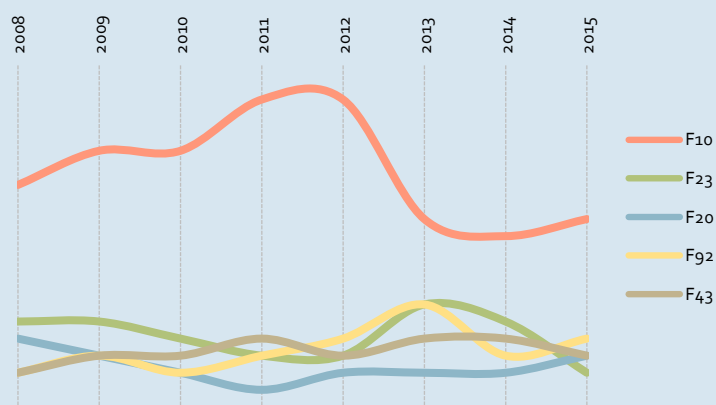
V starostni skupini od 15 do 19 let so bile v obdobju med letoma 2008 in 2015 pri fantih najpogostejši vzrok bolnišničnih obravnav duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10), medtem ko so bile pri dekletih najpogostejši vzrok bolnišničnih obravnav motnje prehranjevanja (F50) (tabela 42).

Letno je bilo zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja alkohola opravljenih povprečno 72 bolnišničnih obravnav fantov, starih od 15 do 19 let, stopnja obravnav pa se je od leta 2008 do leta 2015 znižala za slabo petino. Pri fantih so med tri najpogostejše vzroke bolnišničnih obravnav spadale še akutne in prehodne psihotične motnje (F23) ter mešane motnje vedenja in čustvovanja (F92). V obravnavanem obdobju se je znižala predvsem stopnja bolnišničnih obravnav zaradi akutne in prehodne psihotične motnje ter shizofrenije (F20). Slednji diagnozi sta bili leta 2008 na drugem in tretjem mestu pogostosti vzrokov bolnišničnih obravnav, leta 2015 pa sta padli na osmo in peto mesto (tabela 42).

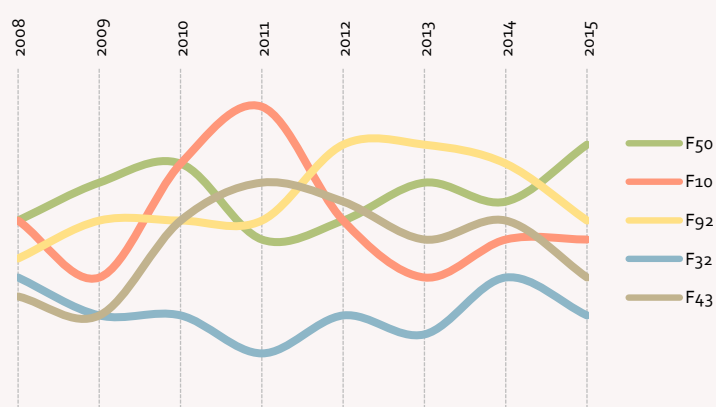
V povprečju je bilo letno zaradi motenj hranjenja bolnišnično obravnavanih 46 deklet, starih od 15 do 19 let. Stopnja bolnišničnih obravnav zaradi motenj hranjenja se v opazovanem obdobju ni pomembno spreminjala. Pogost vzrok obravnave deklet so bile tudi mešane motnje vedenja in čustvovanja (F92), duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10) ter reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43) (tabela 42).

Tabela 42. Stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj glede na spol, v starostni skupini 15–19 let, med letoma 2008 in 2015

Fantje	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F10	1,3	1,5	1,5	1,8	1,8	1,1	1,0	1,1
F23	0,5	0,5	0,4	0,3	0,3	0,6	0,5	0,2
F20	0,4	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3
F92	0,2	0,3	0,2	0,3	0,4	0,6	0,3	0,4
F43	0,2	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4	0,3
F32	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3
F41	0,2	0,1	0,1	0,3	0,1	0,2	0,2	0,2
F50	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1
F29	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
F12	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3



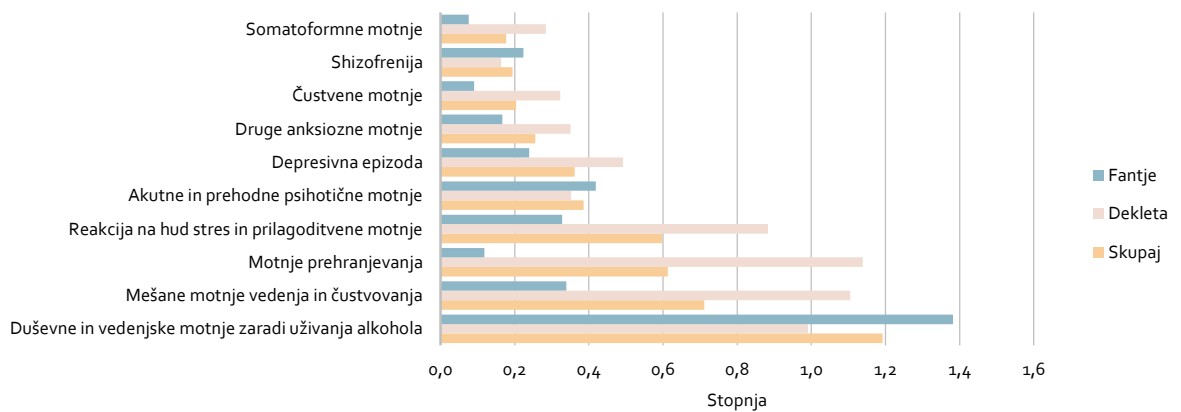
Dekleta	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F50	1,0	1,2	1,3	0,9	1,0	1,2	1,1	1,4
F10	1,0	0,7	1,3	1,6	1,0	0,7	0,9	0,9
F92	0,8	1,0	1,0	1,0	1,4	1,4	1,3	1,0
F32	0,7	0,5	0,5	0,3	0,5	0,4	0,7	0,5
F43	0,6	0,5	1,0	1,2	1,1	0,9	1,0	0,7
F41	0,5	0,2	0,2	0,3	0,2	0,4	0,4	0,6
F23	0,3	0,3	0,5	0,3	0,2	0,5	0,2	0,5
F45	0,3	0,3	0,6	0,2	0,3	0,2	0,3	0,1
F60	0,3	0,3	0,1	0,2	0,2	0,4	0,2	0,1
F93	0,2	0,2	0,5	0,1	0,4	0,5	0,5	0,2



Opombe: F10: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola; F23: Akutne in prehodne psihotične motnje; F20: Shizofrenija; F92: Mešane motnje vedenja in čustvovanja; F43: Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje; F32: Depresivna epizoda; F41: Druge anksiozne motnje; F50: Motnje hranjenja; F29: Neopredeljena neorganska psihoza; F12: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja kanabinoidov; F45: Somatoformne motnje; F60: Specifične osebnostne motnje; F93: Čustvene motnje, ki se začnejo v otroštvu.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Primerjava povprečnih stopenj bolnišničnih obravnav na 1000 oseb med spoloma jasno prikaže predvsem razliko v stopnji bolnišničnih obravnav zaradi motenj hranjenja, ki so desetkrat pogostejše pri dekletih (slika 29).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 29. Povprečne stopnje bolnišničnih obravnav na 1000 oseb zaradi duševnih in vedenjskih motenj, v starostni skupini 15–19 let, glede na spol in trimestrne diagnoze, v obdobju 2008–2015

5.6.5 Bolnišnične obravnave otrok in mladostnikov po zdravstvenih zavodih/slужbah

V Sloveniji se bolnišnične obravnave zaradi duševnih motenj izvajajo v psihiatričnih bolnišnicah ter klinikah, univerzitetnih kliničnih centrih, specializiranih zavodih (Center za zdravljenje bolezni otrok Stična), splošnih bolnišnicah in v mladinskih zdraviliščih (Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna).

V zdravstvenih zavodih oz. na oddelkih (v nadaljevanju zavodih), kjer izvajajo dejavnost psihiatrije v bolnišnični dejavnosti ali otroške in mladostniške psihiatrije v bolnišnični dejavnosti (psihiatrične bolnišnice, enota za otroško in mladostniško psihiatrijo v UKC Maribor ter služba za otroško psihiatrijo v UKC Ljubljana), je bilo v obdobju od leta 2008 do leta 2015 povprečno 409 bolnišničnih obravnav na leto ($SD = 30$), kar predstavlja približno tretjino vseh bolnišničnih obravnav zaradi duševnih in vedenjskih motenj.

Približno dve tretjini bolnišničnih obravnav zaradi duševnih in vedenjskih motenj pri otrocih in mladostnikih, mlajših od 20 let (778 bolnišničnih obravnav, $SD = 49$), sta bili izvedeni izven dejavnosti psihiatrije ali otroške in mladostniške psihiatrije. Ti otroci in mladostniki so bili najpogosteje obravnavani v pediatrični kliniki ali na pediatričnih oddelkih. Delež tovrstnih bolnišničnih obravnav je najvišji v starostnih skupinah od 0 do 5 (100 %) ter od 6 do 14 let (65 do 88 %), pri starostni skupini od 15 do 19 let pa je takšnih primerov bila približno polovica. Iz tabele 43 je razvidno, da je približno četrtnina bolnišničnih obravnav mladostnikov med 15. in 19. letom starosti opravljena na psihiatričnih oddelkih za odrasle.

Tabela 43. Delež bolnišničnih obravnav zaradi duševnih in vedenjskih motenj po starostnih skupinah ter vrstah zdravstvene dejavnosti

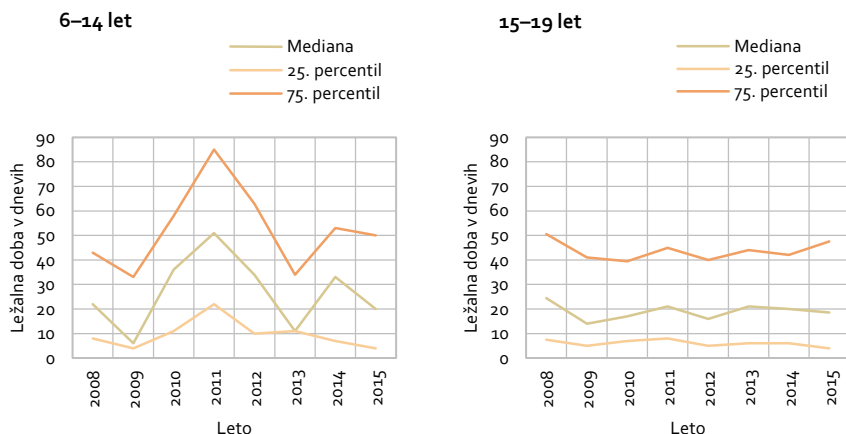
Leta		2008 (%)	2009 (%)	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)
Od 0 do 5 let	OMP	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0
	Psihiatrija	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0
	Pediatrija	100,0	100,0	100,0	100,0	98,7	94,9	96,6	98,6
	Ostalo	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	1,3	1,7	1,4
Od 6 do 14 let	OMP	9,8	8,6	15,3	13,9	13,8	14,8	19,3	16,8
	Psihiatrija	2,0	7,4	3,7	1,2	3,8	19,7	4,7	3,4
	Pediatrija	88,0	83,5	80,3	84,3	82,2	65,0	74,6	79,8
	Ostalo	0,2	0,5	0,7	0,6	0,2	0,5	1,4	0,0
Od 15 do 19 let	OMP	24,9	26,4	22,7	26,3	25,5	24,8	26,8	27,7
	Psihiatrija	24,6	21,8	25,5	19,5	22,0	34,9	25,9	28,8
	Pediatrija	45,6	47,8	49,2	51,2	48,8	37,3	44,3	41,7
	Ostalo	4,9	4,0	2,6	3,0	3,7	3,0	3,0	1,8

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

5.6.6 Trajanje bolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov zaradi duševnih in vedenjskih motenj

Trajanje bolnišničnih obravnav oz. ležalne dobe, ki je predstavljeno v nadaljevanju, je izračunano na podlagi datuma začetka bolnišnične obravnave in datuma zaključka bolnišnične obravnave. Iz tega sledi, da so lahko v posamezno leto vključene bolnišnične obravnave, ki so se pričele že v prejšnjem letu ali celo mnogo prej. Ker je večina bolnišničnih obravnav zaradi duševnih in vedenjskih motenj pri otrocih in mladostnikih relativno kratka, hkrati pa niso tako zelo redke niti bolnišnične obravnave, ki trajajo več tednov ali celo mesecev, je prikaz ležalne dobe s povprečno vrednostjo lahko varljiv. Zaradi sicer majhnega deleža zelo dolgih bolnišničnih obravnav se povprečno trajanje bolnišnične obravnave zelo poveča in tako ne odraža več trajanja, ki velja za večino otrok in mladostnikov. Zaradi tega predstavljamo podatke o trajanju bolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov z mediano, ki ni občutljiva za ekstremne vrednosti.

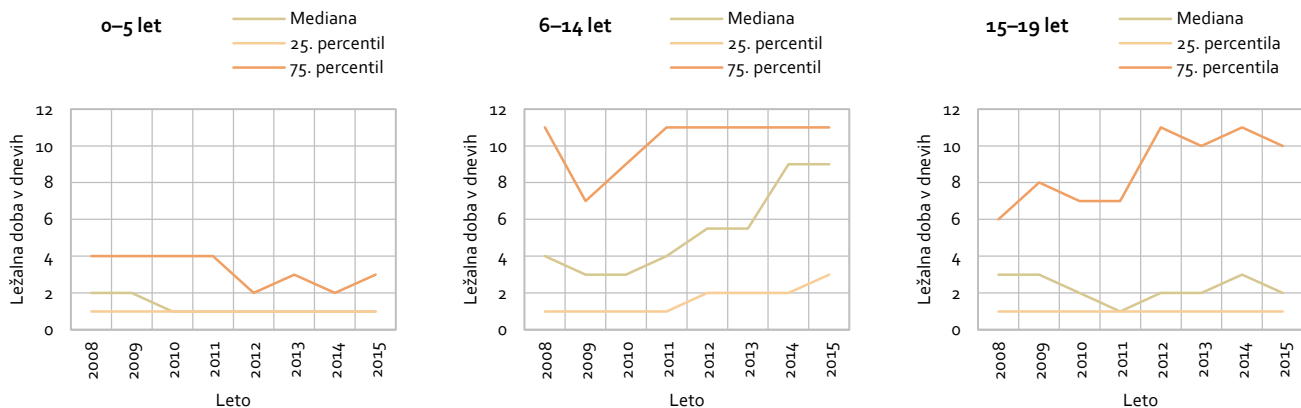
Trajanje bolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov v ustanovah, kjer izvajajo zdravstveno dejavnost psihiatrije oz. otroške in mladostniške psihiatrije, je z mediano ležalnih dob prikazano na sliki 30. Na sliki sta prikazani tudi vrednosti 25. in 75. percentila, ki prikazujeta razpon trajanja bolnišnične obravnave pri polovici vseh bolnišnično obravnavanih (četrtnina jih je bila bolnišnično obravnavanih krajši čas, kot je vrednost 25. percentila, in četrtnina dlje, kot je vrednost 75. percentila). Bolnišnične obravnave so bile nekoliko daljše pri otrocih med 6. in 14. letom starosti, pri katerih je bilo med letoma 2008 in 2015 povprečje median 26,6 dneva. Najdaljše bolnišnične obravnave so bile leta 2011 (mediana 51 dni), najkrajše pa leta 2009 (mediana 9 dni). Pri trajanju obravnav mladostnikov med 15. in 19. letom starosti so bila ta med leti bolj primerljiva kot pri ostalih dveh starostnih skupinah. Razlika med letoma z najdaljšimi in najkrajšimi bolnišničnimi obravnavami je bila 10,5 dneva (mediana 24,5 dneva leta 2008 in mediana 14 dni leta 2009). Povprečje median v obravnavanem obdobju je bilo med mladostniki 19 dni.



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 30. Mediana, 25. in 75. percentil ležalne dobe bolnišničnih obravnav zaradi duševnih in vedenjskih motenj v psihiatričnih ustanovah po posameznih starostnih skupinah

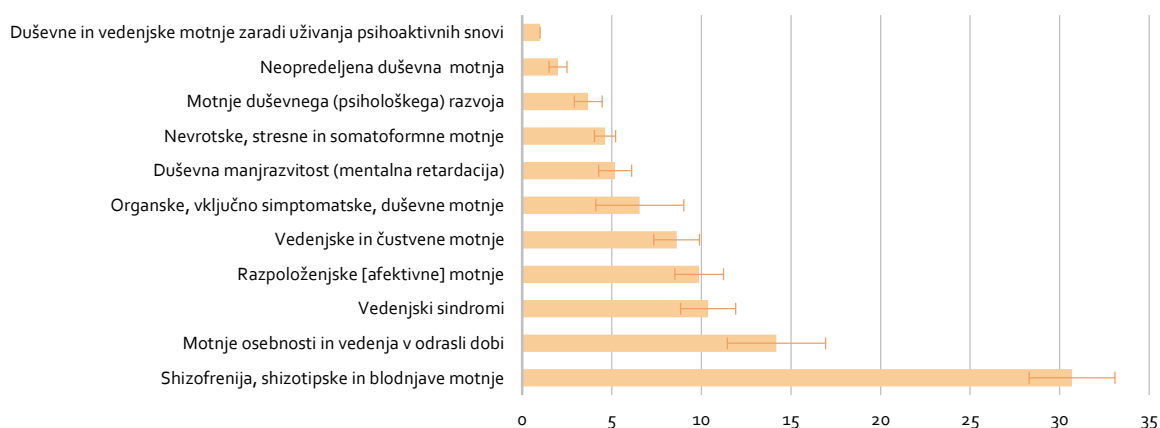
V zdravstvenih ustanovah, kjer ne izvajajo psihiatrične dejavnosti ali dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije, je bilo trajanje bolnišnične obravnave zaradi duševne ali vedenjske motnje krajše kot v ustanovah, kjer izvajajo psihiatrično dejavnost. Trajanje bolnišničnih obravnav je prikazano na sliki 8. Povprečja median med letoma 2008 in 2015 so bila 1,3 dneva v starosti do 5 let, 5,4 dneva v starosti 6 do 14 let ter 2,3 dneva v starosti 15 do 19 let (slika 31).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 31. Mediana, 25. in 75. percentil ležalne dobe bolnišničnih obravnav zaradi duševnih in vedenjskih motenj v ustanovah, kjer ne izvajajo psihiatrične dejavnosti, po posameznih starostnih skupinah

V obravnavanem obdobju so bile najdaljše ležalne dobe zabeležene pri bolnišničnih obravnavah zaradi motenj iz sklopa shizofrenije, shizotipske in blodnjave motnje (povprečje median 30,7 dneva). Najkrajše ležalne dobe pa so bile pri motnjah iz sklopa neopredeljenih motenj (povprečje median 2 dneva) ter duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja psihoaktivnih snovi (povprečje median 1 dan). Povprečje median ležalnih dob bolnišničnih obravnav zaradi duševnih in vedenjskih motenj je po sklopih diagnoz predstavljeno na sliki 32.



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 32. Povprečje median s standardnim odklonom ležalnih dob v starostni skupini 0–19 let po sklopih diagnoz v obdobju 2008–2015

5.7 Razprava

Število bolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov zaradi duševnih in vedenjskih motenj se je med letoma 2008 in 2015 zmanjšalo, predvsem na račun manjšega števila bolnišničnih obravnav otrok do 5. leta starosti. Bolnišnične obravnave otrok in mladostnikov od 6. do 19. leta starosti pa so bile v obravnavanih letih enako pogoste oz. so postale celo nekoliko pogostejše. Najpogostejša je bila bolnišnična obravnava zaradi vedenjskih in čustvenih motenj, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F90–F98). Iz omenjenega sklopa so bile posebej pogoste obravnave zaradi mešanih motenj vedenja in čustvovanja (F92) ter drugih vedenjskih in čustvenih motenj, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F98).

Stopnja bolnišničnih obravnav je bila višja na vzhodu Slovenije. V opazovanem obdobju se je razlika med vzhodno in zahodno Slovenijo sicer zmanjšala, predvsem na račun zmanjšanja števila bolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov v vzhodni kohezijski regiji. Če kot enoto opazovanja opredelimo statistične regije, je bila najvišja stopnja bolnišničnih obravnav pri otrocih in mladostnikih iz pomurske regije in najnižja pri otrocih in mladostnikih iz goriške in primorsko-notranjske regije. Na podlagi podatkov, ki jih prikazujemo v tej publikaciji, prikazanih razlik med regijami ni mogoče v celoti pojasniti. Gotovo obstajajo določene razlike v duševnem zdravju otrok in mladostnikov tudi med regijami, vendar je o njihovem obsegu in posledičnem vplivu na število bolnišničnih obravnav težko razpravljati, saj tovrstnih podatkov v Sloveniji še nismo začeli sistematično zbirati (Jeriček Klanšček idr., 2011). Čeprav so bolnišnične kapacitete za psihiatrično zdravljenje otrok in mladostnikov zagotovljene samo v Ljubljani in Mariboru, se bolnišnične obravnave, kot je razvidno iz podatkov, izvajajo tudi na drugih oddelkih slovenskih bolnišnic. Sklepamo lahko torej, da je število bolnišničnih obravnav odvisno tudi od razpoložljivosti in usposobljenosti strokovnjakov, ki izvajajo bolnišnično zdravljenje otrok v določeni regiji, ter od zmožnosti zunajbolnišničnih storitev v regiji. Ker v vzhodni kohezijski regiji ni povsod zagotovljenih zunajbolnišničnih storitev s področja otroške in mladostniške psihiatrije, to prispeva k nekoliko višji stopnji bolnišničnih obravnav v tej regiji, saj so bolnišnice v takih primerih edini vir psihiatrične pomoči. Takšen primer je Enota za otroško in mladostniško psihiatrijo v Univerzitetnem kliničnem centru v Mariboru, ki sprejema otroke in mladostnike tudi z drugih območij, predvsem z namenom osnovne diagnostike in prve uvedbe zdravljenja. Slednje se v

zahodni kohezijski regiji, kjer je mreža zunajbolnišnične otroške in mladostniške psihiatrije kadrovsko bolje razvita, opravi že na ambulantni ravni, kar omogoča bolnišničnim oddelkom osredotočenost na terciarno in kvartarno obravnavo otrok in mladostnikov (primer Službe za otroško psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani). Razlike v stopnjah bolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov zaradi duševnih in vedenjskih motenj med regijami so kompleksen pojav, za obrazložitev katerega bi bila potrebna podrobnejša raziskava, nekaj odgovorov pa ponuja že analiza javne zdravstvene mreže služb za obravnavo težav in motenj v duševnem zdravju otrok in mladostnikov, ki jo predstavljamo v poglavju v nadaljevanju.

Bolnišnične obravnave otrok, starih do 5 let, so v opazovanem obdobju z leti postajale redkejše. Najpogosteje navedena diagnoza kot glavni vzrok bolnišnične obravnave je bila druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F98). Med tremi najpogostejšimi diagnozami sta bili še druge razpoloženske (afektivne) motnje (F38) ter pervazivne razvojne motnje (F84). Zaradi različnih sistemov strokovne obravnave otrok in mladostnikov z duševnimi in vedenjskimi motnjami imajo mednarodne primerjave sicer omejeno vrednost in jih je treba interpretirati z zadržkom, vendar se je podoben trend upadanja pogostosti bolnišničnih obravnav najmlajših otrok (od 0 do 4 let) med letoma 2008 in 2014 pojavil tudi v Avstriji, Češki republiki, Latviji, na Finskem in Hrvaškem. V večini preostalih držav se pogostost bolnišničnih obravnav z leti ne spreminja. Med državami je opaziti tudi velike razlike v stopnji bolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov – na Finskem je bila stopnja bolnišničnih obravnav leta 2014 osemkrat višja kot v Sloveniji, medtem ko je bila istega leta stopnja bolnišničnih obravnav v Združenem kraljestvu kar sedemkrat nižja od stopnje v Sloveniji (Eurostat, 2017).

Najpogostejši glavni vzrok bolnišnične obravnave otrok v starosti od 6 do 14 let so bile druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F98). Med tremi najpogostejšimi glavnimi diagnozami so bile tudi hiperkinetične motnje (F90), pri katerih je bila opazna velika razlika v stopnji bolnišničnih obravnav med spoloma. Fantje so bili obravnavani povprečno petkrat pogosteje kot dekleta, stopnja bolnišničnih obravnav pa je bila pri fantih leta 2015 več kot štirikrat višja kot leta 2008. Precejšnja razlika med spoloma v nasprotni smeri je bila opazna tudi pri tretjem najpogostejšem vzroku bolnišnične obravnave – motnjah hranjenja (F50), kjer so bila dekleta hospitalizirana povprečno šestkrat pogosteje kot fantje. Primerljivih podatkov za starostno skupino od 6 do 14 let na evropski ravni ni na voljo. Na voljo so mednarodni podatki za stopnje bolnišničnih obravnav otrok od 10. do 14. leta starosti. Pri tej starostni skupini otrok se je stopnja bolnišničnih obravnav v Sloveniji v obdobju od leta 2008 do leta 2014 minimalno povečala. Podobno dinamiko sprememb je mogoče zaslediti na Finskem, Češkem, Danskem in Nizozemskem. Stopnje bolnišničnih obravnav v tej starostni skupini otrok so se v večji meri povečale v Nemčiji, Litvi, na Poljskem, Malti in Cipru, znižale pa v Latviji, Avstriji in na Hrvaškem. Stopnje se med državami precej razlikujejo – med Nemčijo, ki ima eno izmed najvišjih stopenj bolnišničnih obravnav, in Združenim kraljestvom, ki ima eno izmed najnižjih stopenj bolnišničnih obravnav, je kar 20-kratna razlika. Stopnja bolnišničnih obravnav pri otrocih, starih od 10 do 14 let, je v Sloveniji sedemkrat večja kot v Združenem kraljestvu in skoraj trikrat nižja kot v Nemčiji (Eurostat, 2017).

Stopnja bolnišničnih obravnav pri mladostnikih, starih od 15 in 19 let, se je v opazovanem obdobju nekoliko povečala. Najpogostejša diagnoza bolnišničnih obravnav so bile duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10), tem sledijo mešane motnje vedenja in čustvovanja (F92) ter motnje hranjenja (F50). Bolnišnične obravnave zaradi zadnjih dveh naštetih diagnoz so bile

mnogo pogostejše pri dekletih. Primerjava z evropskimi državami pokaže, da je stopnja bolnišničnih obravnav pri mladostnikih v Sloveniji naraščala počasneje kot v večini drugih držav. Bolnišnične obravnave mladostnikov med 15. in 19. letom starosti so se najbolj povečale na Poljskem, Malti, v Estoniji in Litvi. Znižale so se na Irskem, Hrvaškem, v Avstriji in Franciji. Tudi med mladostniki ima Nemčija eno najvišjih stopenj bolnišničnih obravnav, ki je več kot dvakrat večja od stopnje v Sloveniji, medtem ko je stopnja v Združenem kraljestvu ena najnižjih v Evropi in je od slovenske skoraj štirikrat nižja (Eurostat, 2017).

Približno tretjina otrok in mladostnikov je bila zaradi duševnih in vedenjskih motenj hospitalizirana v zdravstvenih ustanovah, kjer opravljajo dejavnost psihiatrije ali otroške in mladostniške psihiatrije. V najmlajši starostni skupini so bili praktično vsi otroci obravnavani na pediatričnem oddelku ali oddelku otroške in mladostniške psihiatrije. Podobno velja za otroke od 6. do 14. leta starosti, kjer je bilo na oddelkih za odrasle bolnišnično obravnavanih več kot 5 % otrok le v letih 2009 (8 %), 2013 (20 %) in 2014 (6 %). Drugačna je slika pri mladostnikih od 15. do 19. leta starosti; v tej skupini je bila v obravnavanem obdobju na oddelkih za odrasle (v glavnem na psihiatričnih oddelkih) hospitalizirana četrtnina mladostnikov z duševnimi in vedenjskimi motnjami. Redke primerljive analize iz tujine prikazujejo podobna razmerja obravnav otrok in mladostnikov izven dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije (Hazell et al., 2016; Health Service Executive (Ireland), n.d.). Otroci in mladostniki, ki so bili bolnišnično obravnavani izven dejavnosti psihiatrije, so bili najpogosteje bolnišnično obravnavani na pediatričnih oddelkih. Poglavitni razlog za tovrstno prakso je pomanjkanje prostorskih in kadrovskih kapacitet za bolnišnično obravnavo otrok in mladostnikov v psihiatričnih bolnišnicah. V Sloveniji je bilo leta 2010 za bolnišnično obravnavo otrok in mladostnikov na voljo samo 46 postelj, za katere je skrbelo 7,5 otroškega in mladostniškega psihiatra, ki so bili zelo neenakomerno porazdeljeni po Sloveniji (eden v Mariboru, ostali v Ljubljani). Tako je pogosto, v primeru popolne zasedenosti teh 46 postelj, bolnišnična obravnava otroka ali mladostnika z duševno in vedenjsko motnjo na pediatričnem oddelku edina možnost. Takšna praksa se izvaja tudi drugje po svetu, kjer se soočajo z majhnim številom postelj, namenjenih psihiatričnemu zdravljenju otrok in mladostnikov (Hazell idr., 2016; Royal College of Psychiatrists, 2015). Ni pa to edini razlog, zakaj se nekateri otroci in mladostniki ne zdravijo v psihiatrični bolnišnici. Pri odločanju o zdravstvenem zavodu, kjer se bo izvajalo bolnišnično zdravljenje, bi se morala upoštevati tudi oddaljenost od doma – prakse iz tujine kažejo, da se v želji, da otrok ali mladostnik ne bi bil izločen iz njegovega okolja, lahko tako zdravljenje izvaja tudi na pediatričnih oddelkih splošnih bolnišnic s sodelovanjem specialistov otroške in mladostniške psihiatrije, vendar se ta praksa v Sloveniji le redko izvaja. V določenih primerih, pri katerih je potrebno sodelovanje specialistov različnih strok, je obravnava na pediatričnih oddelkih lahko tudi bolj ustrezna izbira (npr. motnje hranjenja) (Royal College of Psychiatrists, 2015). Dodaten dejavnik, ki vpliva na izbiro ustanove, v kateri se izvaja psihiatrično zdravljenje, je tudi stigmatiziranost duševnih in vedenjskih motenj ter posledično psihiatričnih ustanov. Ker starši svojega otroka ne želijo označiti kot duševno bolnega, zavračajo bolnišnično zdravljenje v psihiatričnih ustanovah. Ker obravnava v nepsihiatričnih ustanovah ne nosi bremena stigme duševne motnje, je zanje pogosto bolj sprejemljiva (Corrigan, Druss in Perlick, 2014; Remschmidt, 2012). Ker se podatki o napotitvah in odklonitvah rutinsko še ne zbirajo, zgornje trditve v slovenskem prostoru ni mogoče preveriti. Del bolnišničnih obravnav zaradi duševnih in vedenjskih motenj, ki so bile izvedene v zdravstvenih zavodih, kjer ne izvajajo psihiatrične dejavnosti, je lahko tudi posledica napačnega beleženja glavnega vzroka bolnišnične obravnave. Stopnje bolnišničnih obravnav izven zdravstvene dejavnosti psihiatrije so se v opazovanem

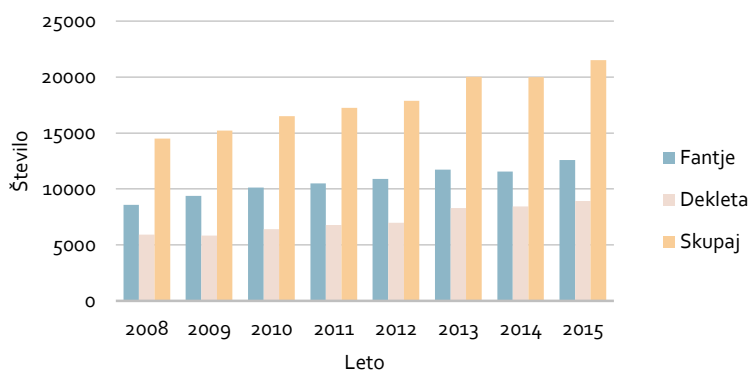
obdobju znižale ali ostale nespremenjene v vseh zdravstvenih ustanovah, ki smo jih zajeli v obravnavi.

Več kot 75 % bolnišničnih dni zaradi duševnih in vedenjskih motenj so prispevale obravnave mladostnikov, starejših od 15 let. Bolnišnično zdravljenje zaradi duševnih in vedenjskih motenj je navadno potrebno pri hudih oblikah motenj oz. pri kompleksnih motnjah, ki zahtevajo tudi somatsko obravnavo. Ker se pogostost tovrstnih motenj viša s starostjo, je večja pogostost bolnišničnih obravnav mladostnikov, starejših od 15 let, ki v povezavi z dolgim trajanjem bolnišničnega zdravljenja prispeva tako obsežen delež bolnišničnih dni, pričakovana. Povprečna ležalna doba je bila pri otrocih in mladostnikih, ki so se zdravili zaradi duševnih in vedenjskih motenj v zdravstvenih zavodih, kjer izvajajo dejavnost psihiatrije, zelo dolga. Večina bolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov v psihiatričnih ustanovah je trajala več kot 10 dni. Povprečno trajanje bolnišnične obravnave pri obravnavi bolezni, ki so razporejene v druga poglavja MKB-10 (na primer bolezni dihal, prebavil, neoplazme itn.), namreč le izjemoma preseže povprečje desetih dni). Pri navedeni primerjavi je treba upoštevati dejstvo, da se potek duševnih motenj in psihiatrično zdravljenje v marsikaterem pogledu razlikujeta od zdravljenja ostalih bolezni. Posledično so ležalne dobe za psihiatrično zdravljenje navadno daljše, primerjava, ki smo jo predstavili, pa ima omejeno vrednost. Veliko krajše so bile bolnišnične obravnave otrok in mladostnikov zaradi duševnih in vedenjskih motenj v zdravstvenih zavodih, kjer ne izvajajo dejavnosti psihiatrije ali otroške in mladostniške psihiatrije. Del razlage je v drugačni strukturi glavnih diagnoz, zaradi katerih so bili otroci in mladostniki bolnišnično obravnavani – v veliki večini primerov so bili bolnišnično obravnavani na pediatričnih oddelkih. Glavna diagnoza je v teh primerih pogosto izhajala iz sklopov diagnoz, zaradi katerih so bile bolnišnične obravnave v povprečju dolge le nekaj dni. V teh primerih so bile hospitalizacije verjetno potrebne tudi zaradi težav s telesnim zdravjem, ki so nastale kot posledica duševne motnje. Tovrstne težave bi se sicer morale po standardih kodiranja beležiti z diagnozo težave, zaradi katere je bila oseba bolnišnično obravnavana, vendar je glede na dostopne podatke moč sklepati, da so se pogosto beležile z diagnozo iz poglavja duševnih in vedenjskih motenj. Iz prikazanih podatkov je torej mogoče sklepati, da so glavnino bolnišničnih obravnav izven psihiatrije predstavljale kratke urgentne bolnišnične obravnave, medtem ko so na oddelkih, kjer izvajajo psihiatrično dejavnost, prevladovali daljše elektivne bolnišnične obravnave.

5.8 Zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj pri otrocih in mladostnikih

5.8.1 Število izdanih receptov in poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj

Število receptov, izdanih za zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj (zdravila iz farmakoloških skupin N05A, N05B, N05C, N06A in N06B), pri osebah, mlajših od 20 let, na leto, se je v obdobju od leta 2008 do leta 2015 povečalo za slabih 50 % (slika 33). Porast števila izdanih receptov je bil približno enak pri obeh spolih.

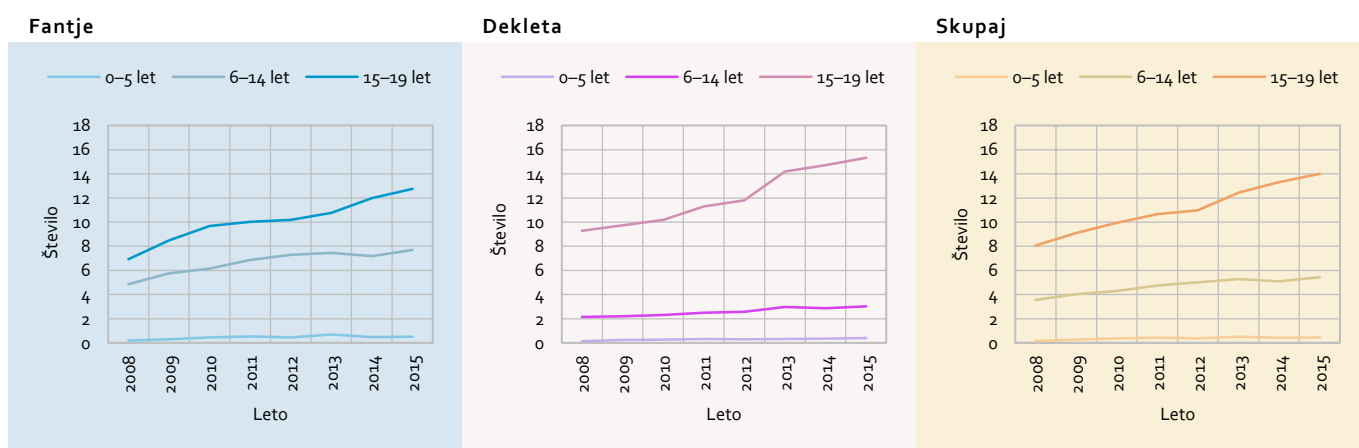


(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 33. Število receptov, izdanih za zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj, glede na spol v starostni skupini 0–19 let, med letoma 2008 in 2015

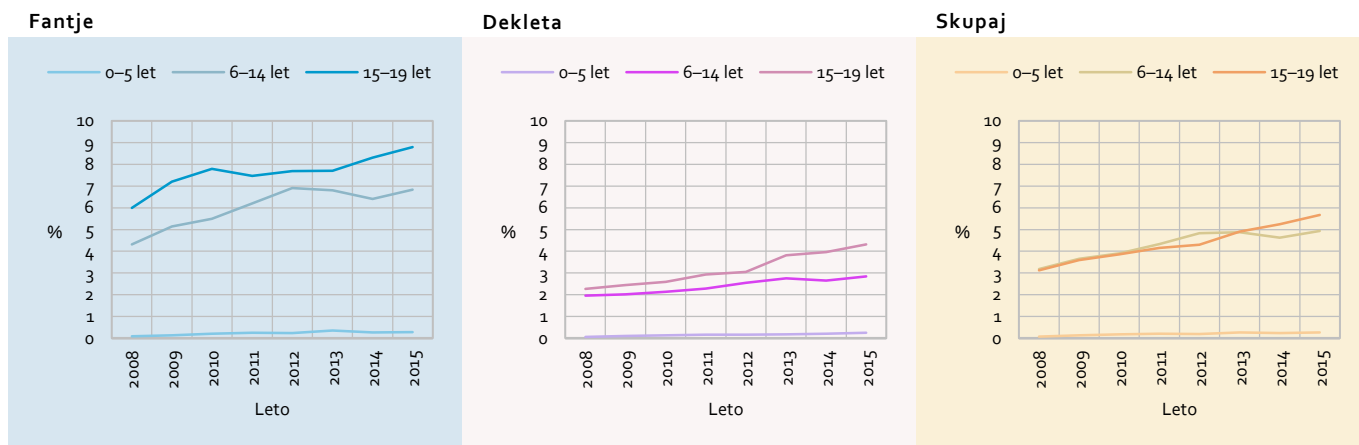
Na sliki 34 je razviden trend večanja porabe zdravil (poraba je prikazana s številom DDD na 1000 oseb na dan), ki je prisoten pri obeh spolih. V absolutnih številkah je najmanj narasla poraba zdravil v najmlajši starostni skupini – povečala se je za 0,3 DDD na 1000 oseb na dan. Poraba je najbolj narasla v starostni skupini 15 do 19 let, v kateri je bila leta 2015 za 73 % večja kot leta 2008. Opisani porast porabe zdravil med mladostniki od 15 do 19 let je bil približno enak pri obeh spolih. Razlika med spoloma v spremembi porabe zdravil je največja v starostni skupini od 6 do 14 let, kjer je bil porast porabe pri fantih trikrat večji kot pri dekletih.

V obravnavanem obdobju se je povečal tudi delež porabe, ki ga v primerjavi z vsemi zdravili, izdanimi osebam do 19. leta starosti, predstavljajo zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj. Leta 2015 je poraba slednjih predstavljala 5,7 % porabe vseh zdravil mladostnikov od 15. do 19. leta starosti, 4,9 % porabe vseh zdravil otrok od 6. do 14. leta ter 0,3 % porabe vseh zdravil otrok do 5. leta starosti. Dinamika spreminjanja deleža porabe zdravil je prikazana na sliki 35.



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 34. Število DDD na 1000 oseb na dan za zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj glede na starostno skupino in spol, med letoma 2008 in 2015

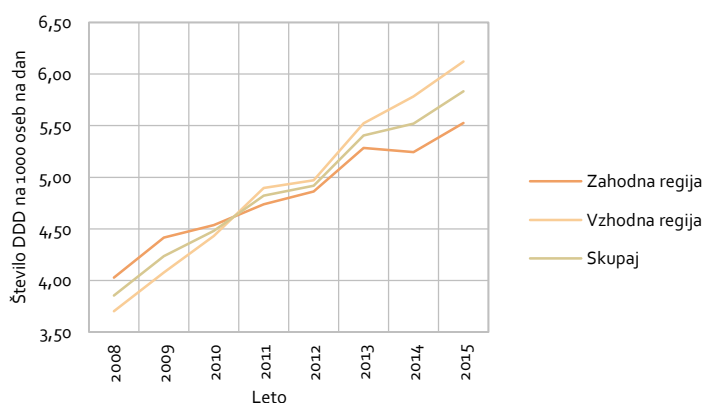


(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 35. Delež porabe zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj glede na starostno skupino in spol, med letoma 2008 in 2015

5.8.2 Poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj po statističnih regijah

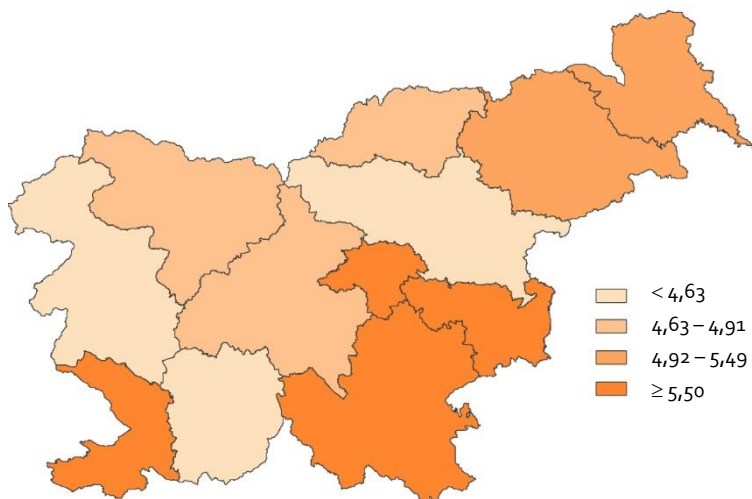
Poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj pri otrocih in mladostnikih je od leta 2008 do leta 2015 naraščala v obeh kohezijskih regijah. Nekoliko počasneje je naraščala v zahodni kohezijski regiji, v katero uvrščamo goriško, gorenjsko, osrednjeslovensko in obalno-kraško regijo. V letih 2009 in 2010 je bila tako poraba zdravil v zahodni Sloveniji večja kot v vzhodni, od leta 2011 pa se več zdravil predpiše otrokom in mladostnikom iz vzhodne kohezijske regije. Razlika med vzhodom in zahodom se je od leta 2011 povečevala in je bila leta 2015 največja – 0,6 DDD na 1000 oseb na dan (slika 36).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 36. Število DDD na 1000 oseb na dan za zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj v starostni skupini 0–19 let v vzhodni in zahodni kohezijski regiji, med letoma 2008 in 2015

Pregled porabe zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj po statističnih regijah v Sloveniji pokaže precejšnje razlike med posameznimi regijami. V jugovzhodni Sloveniji, statistični regiji z največjo porabo zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj (6,6 DDD na 1000 oseb), je bila poraba v opazovanem obdobju v povprečju dvakrat večja kot v savinjski regiji, ki je regija z najmanjšo porabo teh zdravil (3,5 DDD na 1000 oseb) (slika 37).

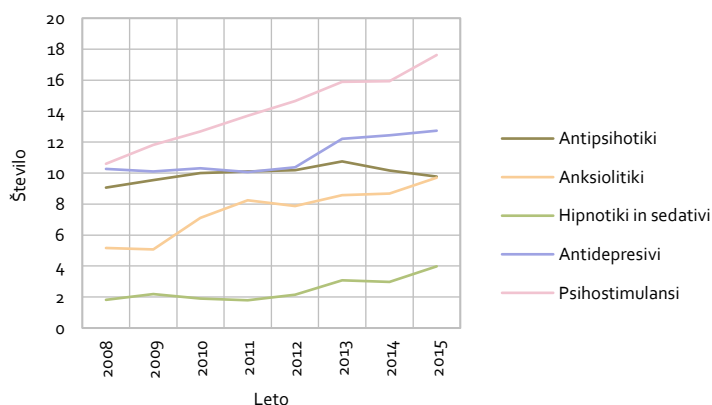


(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 37. Povprečno število DDD na 1000 oseb na dan za zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj po statističnih regijah, v obdobju med letoma 2008 in 2015

5.8.3 Število izdanih receptov in poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj po farmakoloških skupinah

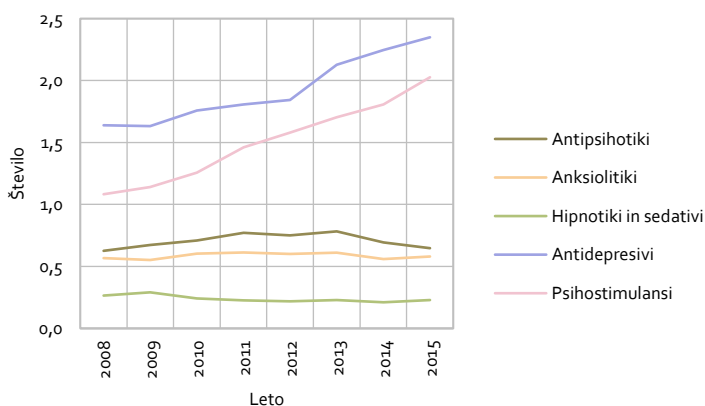
Od posameznih farmakoloških skupin se je največ receptov izdalo za zdravila iz skupine psihostimulansov (v nadaljevanju psihostimulansi) (No6B). Psihostimulansi predstavljajo tretjino vseh receptov za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj, predpisanih osebam, mlajšim od 20 let. Število izdanih receptov se je sicer povečalo pri vseh farmakoloških skupinah zdravil (slika 38).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 38. Število receptov na 1000 oseb, izdanih za zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj, v starostni skupini 0–19 let po farmakoloških skupinah, med letoma 2008 in 2015

Nekoliko drugačno sliko dobimo, če prikažemo podatke o zdravilih, izdanih za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj v stopnji DDD na 1000 oseb na dan. Tudi po takšnem prikazu se je poraba zdravil v obravnavanem obdobju povečala – leta 2015 je bila za slabih 40 % večja kot leta 2008. Iz prikaza po posameznih farmakoloških skupinah je razvidno, da sta za večanje porabe zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj pri otrocih in mladostnikih odgovorni predvsem farmakološki skupini No6A – antidepresivi (v nadaljevanju antidepresivi) in psihostimulansi. Poraba antidepresivov se je od leta 2008 do leta 2015 povečala za dobrih 43 %, medtem ko se je poraba psihostimulansov povečala za dobrih 87 %. Poraba zdravil iz preostalih skupin je bila skozi leta približno enaka oz. se je zmanjševala (slika 39).



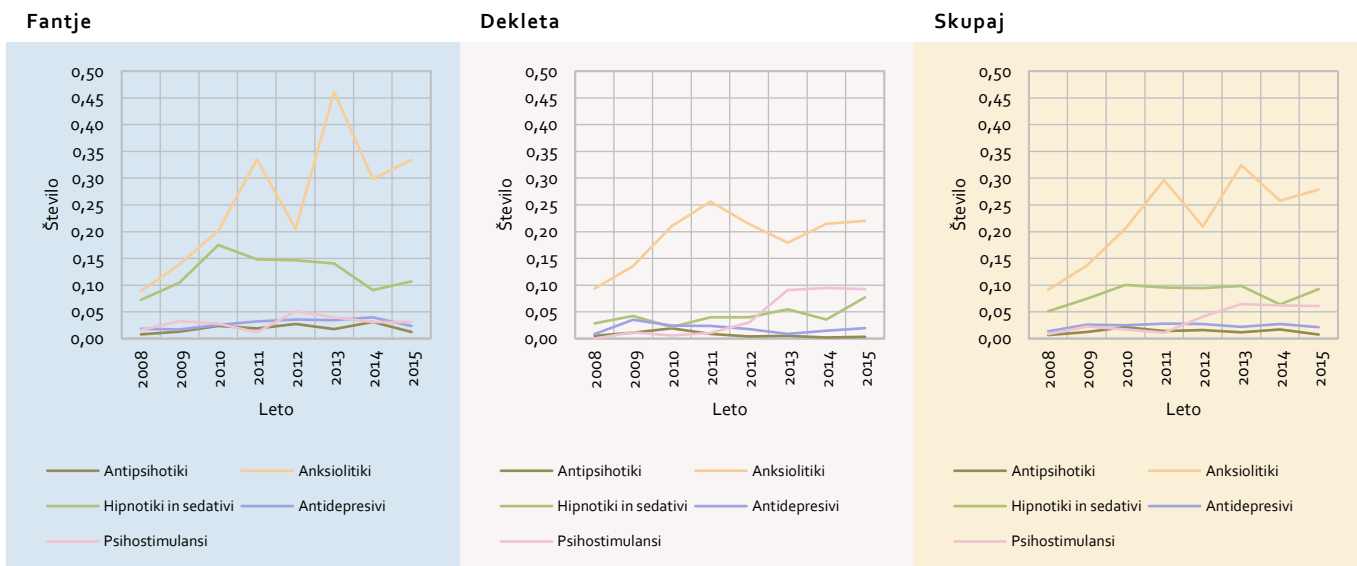
(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 39. Število DDD na 1000 oseb na dan, izdanih za zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj, v starostni skupini 0–19 let po farmakoloških skupinah, med letoma 2008 in 2015

5.8.4 Poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj po spolu in starosti

Poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj otrok do 5. leta starosti

V obdobju od leta 2008 do leta 2015 je v tej starostni skupini najbolj porasla poraba anksiolitikov – na koncu opazovanega obdobja je bila približno trikrat večja kot na začetku. Ob tem je treba upoštevati, da iz uporabljenih podatkov ne moremo razbrati stanja, zaradi katerih so bila zdravila predpisana oz. uporabljena. Del izdanih anksiolitikov je bil gotovo namenjen zdravljenju vročinskih krčev, ki so najpogostejši ravno pri otrocih do 5. leta starosti, ter epileptičnih napadov. Poleg anksiolitikov je pri otrocih do 5. leta starosti opaziti porast porabe hipnotikov in sedativov (No5C) (v nadaljevanju hipnotiki in sedativi) ter, posebej pri dekletih, psihostimulansov. Ker se do 6. leta starosti po strokovnih smernicah zdravljenje duševnih motenj z zdravili ne priporoča, je večina porabljenih zdravil, ki jih prikazujemo, verjetno namenjena za zdravljenje somatskih težav in bolezni (slika 40).

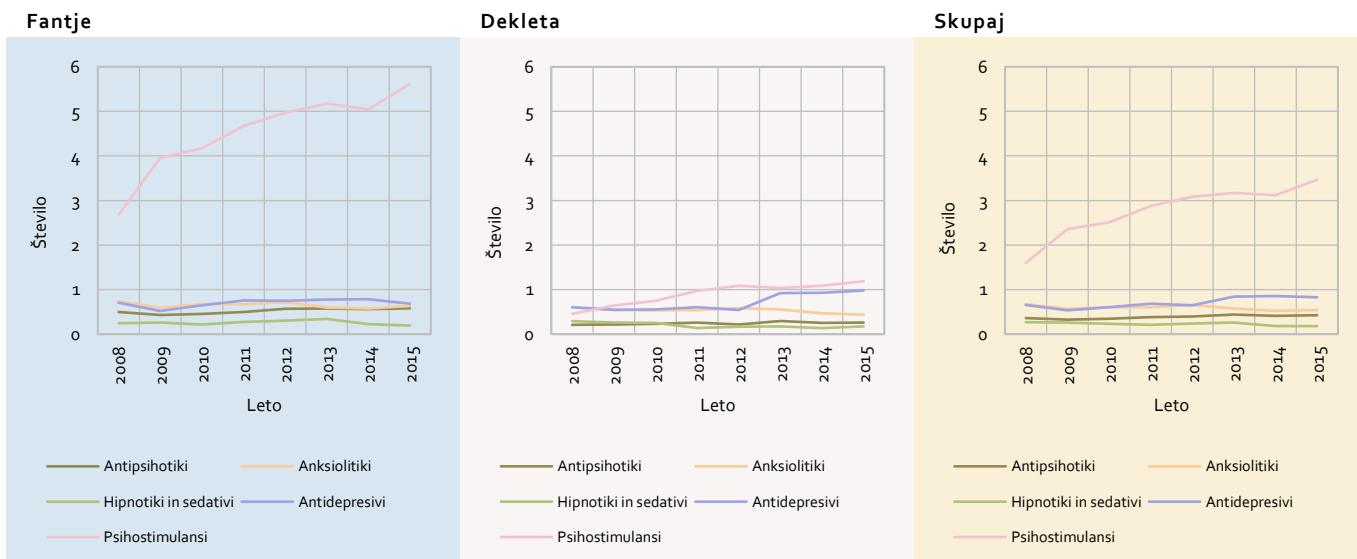


(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 40. Število DDD na 1000 oseb na dan, izdanih za zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj v starostni skupini 0–5 let glede na spol in farmakološko skupino, med letoma 2008 in 2015

Poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj otrok od 6. do 14. leta starosti

Glavnino porabe (59 %) zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj pri otrocih od 6. do 14. leta starosti predstavljajo psihostimulansi. Poraba teh se je pri fantih v obravnavanem obdobju povečala za več kot dvakrat. Pri dekletih je mogoče poleg porasta porabe psihostimulansov opaziti tudi porast porabe antidepresivov (slika 41). Poraba antidepresivov se je pri dekletih leta 2013 povečala za približno 70 %, od takrat pa se ni veliko spreminjala.

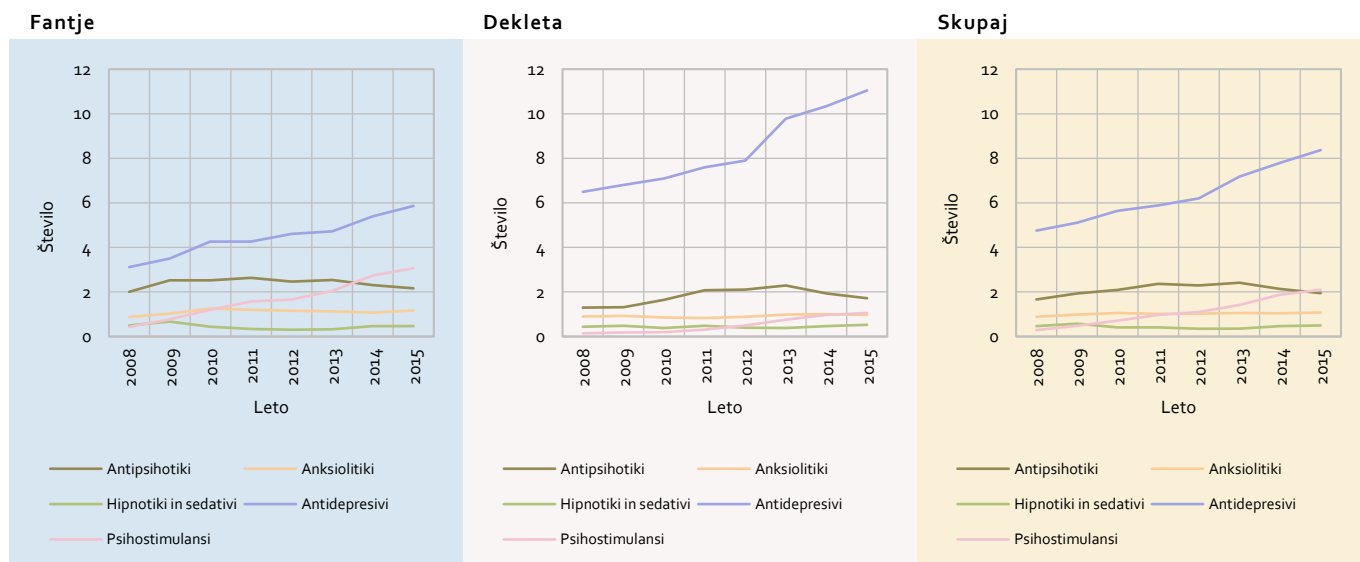


(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 41. Število DDD na 1000 oseb na dan, izdanih za zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj v starostni skupini 6–14 let glede na spol in farmakološko skupino, med letoma 2008 in 2015

Poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj otrok od 15. do 19. leta starosti

Antidepresivi (No6A) so predstavljali več kot polovico celotne porabe zdravil pri mladostnikih od 15. do 19. leta starosti, pri dekletih celo več kot 85 % porabe vseh zdravil, namenjenih zdravljenju duševnih in vedenjskih motenj. Od leta 2008 do leta 2015 se je poraba antidepresivov povečala za 70 % pri dekletih in za 88 % pri fantih. Poleg porasta porabe antidepresivov je opazen tudi porast porabe psihostimulansov pri fantih – ta se je v obravnavanem obdobju povečala za kar sedemkrat (slika 42).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 42. Število DDD na 1000 oseb na dan, izdanih za zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj v starostni skupini 15–19 let glede na spol in farmakološko skupino, med letoma 2008 in 2015

5.9 Razprava

Od leta 2008 do leta 2015 se je število receptov za zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj pri osebah, mlajših od 20 let, povečalo za slabih 50 %. V opazovanem obdobju je bilo največ receptov izdanih za psihostimulanse. Število izdanih receptov se je do leta 2015 povečalo pri vseh farmakoloških skupinah zdravil (No6B – psihostimulansi, No6A – antidepresivi, No5A – antipsihotiki, No5B – anksiolitiki, No5C – hipnotiki in sedativi). Pri interpretaciji podatkov o izdaji zdravil je treba upoštevati, da informacije o indikacijah za zdravljenje niso dostopne. Posledično obstaja možnost, da je bil del zdravil iz obravnavanih farmakoloških skupin izdan za zdravljenje stanj, ki se ne uvrščajo med duševne in vedenjske motnje (npr. anksiolitik za zdravljenje vročinskih krčev).

Primerjava porabe zdravil po DDD na 1000 oseb na dan pokaže, da se je poraba zdravil pri otrocih in mladostnikih od leta 2008 do leta 2015 povečala za slabih 40 %. Za povečanje porabe so odgovorni predvsem antidepresivi in psihostimulansi. Nekoliko je do leta 2011 naraščala tudi poraba antipsihotikov, ki pa je po tem letu postopoma začela upadati. Poraba anksiolitikov se ni spreminjala, poraba hipnotikov in sedativov pa se je do leta 2015 celo nekoliko zmanjšala. Podobne spremembe v porabi zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj opažajo tudi v drugih evropskih državah (Bachmann idr., 2016; Hartz, Skurtveit, Steffenak, Karlstad in Handal,

2016). Razlika je prisotna le v porabi antipsihotikov, ki v Sloveniji od leta 2011 upada, medtem ko v nekaterih evropskih državah poročajo o povečanju porabe (Hartz idr., 2016; Olfson, Blanco, Wang, Laje in Correll, 2014; Steinhausen in Bisgaard, 2014).

Pri osebah, mlajših od 20 let, se je poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj večala v obeh kohezivskih regijah. Na začetku opazovanega obdobja je bila poraba višja na zahodu Slovenije, od leta 2011 pa je bila višja na vzhodu. Razlago povečane porabe zdravil pri otrocih in mladostnikih z vzhoda Slovenije je mogoče iskati v manjšem številu otroških in mladostniških psihiatrov, ki v tej regiji delujejo na zunajbolnišnični ravni. Ker so nekatera območja celo brez otroškega in mladostniškega psihiatra, se strokovna pomoč pogosto poišče prepozno, ko je klinična slika motnje že napredovala do stopnje, ko je uvedba zdravil nujna. Prav tako je uvedba zdravil v regijah, kjer je dostopnost strokovne pomoči nizka, pogosto edina preostala oblika pomoči. Po posameznih statističnih regijah je bila poraba zdravil najvišja v jugovzhodni Sloveniji, kjer je bila dvakrat večja kot v savinjski regiji, ki je regija z najmanjšo porabo zdravil.

Pregled porabe zdravil po starostnih skupinah pokaže, da so v treh starostnih skupinah na prvem mestu tri različne skupine zdravil. Med najmlajšimi je tako najvišja poraba anksiolitikov. Natančnejši vpogled v izdana zdravila pokaže, da so bila to v veliki večini zdravila, ki so bila izdana za zdravljenje vročinskih krčev oz. epilepsije. Med otroki od 6. do 14. leta starosti so bili najpogosteje predpisani psihostimulansi, poraba katerih je v opazovanih letih zelo narasla. To je mogoče pripisati predvsem povečanju števila predpisanih zdravil fantom, kar je skladno z raziskavami o pojavnosti motenj pozornosti in porabi psihostimulansov (Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling in Rohde, 2014; Zoëga idr., 2011). Večanje porabe psihostimulansov je bilo mogoče opaziti tudi pri dekletih, ki jim je bilo sicer izdanih petkrat manj psihostimulansov kot fantom. V primerjavi s fanti so dekleta pogosteje nepozorna kot pa hiperaktivna ali impulzivna. Slednje vodi do slabše prepoznave motenj pri dekletih in tudi manj izdanih zdravil (Hartz idr., 2016). Povečanje porabe psihostimulansov lahko pripišemo tudi večji ozaveščenosti družbe o motnjah pozornosti in spremembam klinične prakse. Med mladostniki od 15. do 19. leta starosti je bilo izdanih največ antidepressivov, katerih poraba se je od leta 2008 do leta 2015 povečala za več kot 75 %. Poraba antidepressivov je bila povprečno za 88 % večja pri dekletih. Opisani porast porabe antidepressivov je skladen z dinamiko sprememb števila obravnav na različnih ravneh zdravstvenega varstva. Kot možen razlog se navajajo predvsem večja pojavnost duševnih motenj, zaradi katerih otroci in mladostniki prejmejo antidepressive, ter sprememba klinične prakse. V najstarejši starostni skupini se je pomembno povečala tudi poraba psihostimulansov, kar lahko pripišemo predvsem povečanju porabe pri fantih.

Vzrokov povečane porabe zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj na podlagi podatkov, s katerimi smo razpolagali v tej analizi, v celoti ni mogoče določiti. V obdobju od leta 2008 do leta 2015 se pogostost motenj, ki se zdravijo z obravnavanimi zdravili, ni spremenila v tolikšni meri, da bi pojasnila povečano porabo. Možni vzroki so večja sprejemljivost uporabe psihotropnih zdravil med otroki in mladostniki, izboljšano prepoznavanje duševnih in vedenjskih motenj pri otrocih in mladostnikih, slaba dostopnost do nefarmakoloških oblik zdravljenja, zahteva (staršev) po hitrejših načinih zdravljenja ter časovna in kadrovska omejenost izvajalcev zdravstvene dejavnosti (Harrison, Cluxton-Keller in Gross, 2012). Za določitev dejavnikov, ki so botrovali porastu porabe zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj v Sloveniji, bi bile potrebne dodatne raziskave.

5.10 Zaključek

Analize podatkov zunajbolnišnične in bolnišnične statistike ter izdaje zdravil nam v povezavi s podatki iz zbirke izvajalcev zdravstvenega varstva omogočajo predvsem vpogled v delo in ugotovitve, ki jih zdravniki zabeležijo pri obiskih ter bolnišničnih obravnavah otrok in mladostnikov. Sami načini zbiranja omenjenih podatkov v treh podatkovnih zbirkah ter poročanja o njih se med sabo razlikujejo in ne omogočajo primerjav, prav tako na njihovi osnovi ne moremo sklepati o razširjenosti posameznih motenj med otroki in mladostniki. Do ocen prevalence in incidence duševnih motenj lahko pridemo s pomočjo usmerjenih raziskav, tako domačih kot tujih, ter s spremenjenim načinom beleženja in zbiranja podatkov.

Glavne vzporednice med rezultati analize vseh treh podatkovnih zbirk za prikazovano obdobje so povečevanje števila obiskov otrok in mladostnikov zaradi težav duševnega zdravja tako na primarni kot na sekundarni ravni zdravstvenega varstva, povečano število izdanih receptov za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj ter znižanje stopnje bolnišničnih obravnav. Sklepamo lahko, da se je, gledano na ravni celotne Slovenije, število bolnišničnih obravnav znižalo zaradi zgodnejše in boljše obravnave otrok in mladostnikov v zunajbolnišničnem zdravstvenem varstvu. Seveda pa se lahko vprašamo tudi, ali kapacitete, še zlasti v dejavnosti psihiatrija v bolnišnični dejavnosti ali otroška in mladostniška psihiatrija, ustrezajo dejanskim potrebam po bolnišnični obravnavi. Razlike v stopnji obiskov na primarni in sekundarni ravni ter v stopnji bolnišničnih obravnav med posameznimi regijami odsevajo verjetno bolj kadrovske in organizacijske zmožnosti v posameznih regijah ter večjo ali manjšo ozaveščenost prebivalstva, stigmatiziranost duševnih in vedenjskih motenj, pa tudi kulturne in druge značilnosti posameznih regij kakor pa dejanske razlike v težavah duševnega zdravja otrok in mladostnikov.

5.11 Predlogi ukrepov

Podatki rutinske zdravstvene statistike, prikazani v poglavju negativno duševno zdravje, prikazujejo stanje obravnav v sistemu zdravstvenega varstva od leta 2008 do leta 2015. Ker so posamezne duševne motnje otrok in mladostnikov ter mreža zdravstvene službe, ki je namenjena obravnavi otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju, obravnavane v ločenih poglavjih, se pri navajanju ukrepov v nadaljevanju osredotočamo predvsem na ukrepe za izboljšanje uporabnosti rutinsko zbranih podatkov. Glavnina ukrepov priporoča širitev nabora in izboljšanje kakovosti podatkov, ki se trenutno zbirajo v že obstoječih zbirkah podatkov. Nekaterih ukrepov ni mogoče izvesti samo s spremembo nabora podatkov v trenutnih zbirkah, temveč bi bilo treba uvesti tudi nove načine zbiranja podatkov. Poleg sprememb nabora oz. načinov zbiranja podatkov v trenutnih zbirkah podatkov je za uresničitev predlaganih ukrepov potrebna sprememba področne zakonodaje.

Zunajbolnišnične in bolnišnične obravnave

Podatki o zunajbolnišničnih in bolnišničnih obravnavah so pomemben vir informacij za spremljanje, načrtovanje, vodenje in razvijanje zdravstvene dejavnosti ter za ocenjevanje zdravstvenega stanja prebivalstva. Ukrepi v nadaljevanju so namenjeni širitvi nabora podatkov, na podlagi katerih je mogoče izvajati naštete javnozdravstvene dejavnosti, in niso omejeni zgolj na podatkovne zbirke Evidenca osnovnega zdravstvenega varstva, Evidenca o boleznih in stanjih, ugotovljenih v specialistični ambulantni dejavnosti, in Evidenca bolezni, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici.

Predlagani ukrepi za področje zbiranja podatkov

- Zbiranje podatkov o zunajbolnišničnih obravnavah na ravni posameznika bi omogočilo vpogled v število oseb, ki so prejele zdravstveno storitev v zunajbolnišničnem zdravstvenem varstvu. Po trenutni metodologiji zbiranja podatkov v zbirkah Evidenca osnovnega zdravstvenega varstva in Evidenca o boleznih in stanjih, ugotovljenih v specialistični ambulantni dejavnosti, se namreč zbirajo podatki o obiskih, ki so združeni v skupine (starostne skupine, spol ipd.).
- Vodenje vseh podatkovnih zbirk na ravni posameznika z osebnim označevalcem, ki bi omogočal povezovanje vseh relevantnih podatkovnih zbirk (tako iz zdravstva kot izven njega).
- Poenotenje poročanja za potrebe zdravstvene statistike in zdravstvene zavarovalnice bi olajšalo delo izvajalcem in posredno povečalo kakovost podatkov.
- Izvajalec naj bi imel možnost prikaza statistike obiskov in zabeleženih ugotovitev za svojo ambulanto oziroma svoje paciente (na ravni posameznika), kar bi posredno vplivalo na kakovost beleženja podatkov.
- Zbiranje podatkov o odklonitvah bolnišnične obravnave bi ponudilo uvid v odločitve o bolnišničnem zdravljenju, ki jih sprejemajo starši otrok ali mladostniki. Če bi izvajalec zdravstvene dejavnosti odklonil bolnišnično obravnavo na oddelku za otroško in mladostniško psihiatrijo, pa bi lahko pridobili tudi podatek o številu otrok in mladostnikov, ki niso prejeli ustrezne zdravstvene obravnave zaradi razlogov, ki izhajajo iz dejavnosti izvajalca (neprimernost napotitve, zasedenost postelj idr.).
- Zbiranje podatkov o napotitvah na bolnišnično obravnavo bi omogočilo spremljanje števila otrok in mladostnikov, ki so bili napoteni na bolnišnično zdravljenje zaradi duševnih motenj. Na podlagi primerjave podatkov o napotitvah na bolnišnične obravnave, o odklonitvah bolnišničnih obravnav in o izvedenih bolnišničnih obravnavah bi pridobili informacije o ustreznosti napotitev s strani zdravnikov napotovalcev oz. o poteku triažnega postopka za sprejem v bolnišnično obravnavo ter o odnosu do bolnišničnega zdravljenja, ki ga imajo mladostniki oz. starši otrok in mladostnikov.
- Zbiranje podatkov o prisilnih bolnišničnih obravnavah bi omogočilo osnovno epidemiološko spremljanje tovrstnih dogodkov, ki pa zaenkrat v praksi ni izvedljivo.
- Zbiranje podatkov o neprekinjenosti obravnave (s povezovanjem z drugimi ustreznimi podatkovnimi zbirkami, ki niso nujno omejene na zdravstveni sistem) zagotavlja informacije o kakovosti zdravljenja otrok in mladostnikov z duševnimi motnjami. Neprekinjenost obravnave je namreč izrednega pomena tako s strokovnega kot tudi z etičnega vidika zdravljenja duševnih motenj.

Predlagani ukrepi za preprečevanje duševnih težav in motenj

- Ozaveščanje javnosti o najpogostejših duševnih motnjah in njihovih znakih.
- Razvijanje programov za destigmatizacijo duševnih težav.
- Krepitev varovalnih dejavnikov in zmanjševanje dejavnikov tveganja za nastanek duševnih motenj in težav (npr. motenj hranjenja, hiperkinetične motnje pri otrocih in mladostnikih).
- Zagotovitev dostopa do ustrezne in hitre zdravniške pomoči, svetovanja in terapevtskega zdravljenja, ki mora poleg psihofarmakološke obravnave nujno vključevati tudi psihološko oz. psihoterapevtsko pomoč, vsem otrokom in mladostnikom ter njihovim staršem.

- Uvedba novih oblik pomoči, programov v lokalnih skupnostih za otroke in mladostnike z duševnimi težavami in njihove starše po vzoru primerov dobrih praks iz tujine.
- Spodbujanje zgodnjega prepoznavanja simptomov duševnih motenj (npr. depresije in anksioznosti, motenj hranjenja, hiperkinetične motnje) v otroštvu in mladostništvu, pa tudi zgodnje prepoznavanje posameznikov z visokim tveganjem za razvoj teh duševnih težav s pomočjo presejalnih programov.
- Vključevanje preventivnih programov v vzgojno-izobraževalne sisteme. Poleg nudenja organizirane psihološke pomoči posameznikom, ki jih pestijo duševne težave, naj vzgojno-izobraževalne institucije ozaveščajo mlade o simptomih duševnih motenj, dejavnikih tveganja za njihov razvoj in zdravem življenjskem slogu.
- Tveganje za razvoj različnih duševnih težav se razlikuje po spolu in starosti. Te razlike med spoloma je treba upoštevati tako pri prepoznavanju simptomatike kot tudi pri razvoju intervencij in preventivnih programov. Poleg tega je treba za različno stare otroke oz. mladostnike pripraviti različne programe, prilagojene starosti in razvoju.
- Izobraževanje za odrasle, ki prihajajo v stik z otroki in mladostniki, predvsem starše, vzgojitelje in učitelje, glede prepoznavanja duševnih motenj in težav, kako naj nudijo oporo mladim, kje lahko poiščejo dodatne informacije in kam se lahko obrnejo po pomoč.
- Izobraževanje za zdravnike primarne ravni zdravstvenega varstva (šolski zdravniki, pediatri, splošni/družinski zdravniki, ginekologi ...) o prepoznavanju glavnih motenj pri otrocih in mladostnikih (npr. motnje hranjenja).

Zdravila

Evidenca porabe zdravil, izdanih na recept, je podatkovna zbirka, ki je osnovni vir podatkov o porabi zdravil v Sloveniji. Ker je namen zbiranja podatkov o ambulantni porabi zdravil v osnovi administrativen, so ukrepi namenjeni predvsem širjenju nabora (kliničnih) podatkov, ki se zbirajo za namene javnozdravstvenega spremljanja in niso omejeni zgolj na podatkovno zbirko ambulantne porabe zdravil.

Predlagani ukrepi

- Zbiranje podatkov o zdravstvenem stanju, zaradi katerega je bilo predpisano zdravilo, bi omogočilo spremljanje porabe zdravil pri osebah, ki so jim bila ta predpisana za zdravljenje določene duševne motnje.
- Zbiranje podatkov o dogovorjenem režimu uporabe zdravila bi omogočilo spremljanje sodelovanja pri zdravljenju z zdravili, predpisanimi zaradi zdravljenja duševne motnje.
- Zbiranje podatkov o predpisanih zdravilih, ki jih bolnik ni prevzel, bi omogočilo spremljanje primarnega nesodelovanja pri zdravljenju z zdravili, predpisanimi zaradi zdravljenja duševne motnje.

5.12 Literatura

- Bachmann, C. J., Aagaard, L., Burcu, M., Glaeske, G., Kalverdijk, L. J., Petersen, I. ... Hoffmann, F. (2016). Trends and patterns of antidepressant use in children and adolescents from five western countries, 2005–2012. *European Neuropsychopharmacology*, 26(3), 411–419.
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., in Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37–70.
- Eurostat. (2017). *Health care*. Pridobljeno s <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-care>.
- Gandhi, S., Chiu, M., Lam, K., Cairney, J. C., Guttman, A., in Kurdyak, P. (2016). Mental health service use among children and youth in Ontario: population-based trends over time. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(2), 119–124.
- Graham, P. (2006). Forty Years On: The Development of Child psychiatry, 1965-2005 - Past Experience and Future Trends. V: *Zbornik predavanj: prepoznavna in obravnavna duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih. Dolgotrajni kašelj pri otrocih. Obravnavna debelosti pri otrocih in mladostnikih na primarni zdravstveni ravni. XVI. srečanje pediatrov v Mariboru, Maribor, 2006* (str. 25–32). Maribor: Splošna bolnišnica.
- Gregorič Krumperščak, H. (2006). Prepoznavna in obravnavna psihotičnih motenj v otroštvu in mladostništvu. V: *Zbornik predavanj: prepoznavna in obravnavna duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih. Dolgotrajni kašelj pri otrocih. Obravnavna debelosti pri otrocih in mladostnikih na primarni zdravstveni ravni. XVI. srečanje pediatrov v Mariboru, Maribor, 2006* (str. 41–46). Maribor: Splošna bolnišnica.
- Gregorič Krumperščak, H. (2012). Med depresijo, adolescenčno krizo, samopoškodovanim in samomorilnim vedenjem. V: *Zbornik predavanj: tuberkuloza otrok – čas za nove smernice. Samopoškodovano vedenje in depresija pri otrocih in mladostnikih. XXII. srečanje pediatrov v Mariboru, Maribor, 2012* (str. 91–96). Maribor: Univerzitetni klinični center.
- Hafner, A. (2011). Epidemiologija. V: A. Hafner (ur.), *Razumeti motnje hranjenja* (str. 23–28). Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo Kranj.
- Harrison, J. N., Cluxton-Keller, F., in Gross, D. (2012). Antipsychotic medication prescribing trends in children and adolescents. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(2), 139–145.
- Hartz, I., Skurtveit, S., Steffenak, A. K. M., Karlstad, Ø., in Handal, M. (2016). Psychotropic drug use among 0–17 year olds during 2004–2014: a nationwide prescription database study. *BMC psychiatry*, 16(1), 12–22.
- Hazell, P., Sprague, T., in Sharpe, J. (2016). Psychiatric hospital treatment of children and adolescents in New South Wales, Australia: 12-year trends. *British Journal of Psychiatry Open*, 2(1), 1–5.
- Health Service Executive. (2017). *Fourth Annual Child and Adolescent Mental Health Service Report 2011–2012*. Ireland: Health Service Executive. Pridobljeno s <http://www.drugsandalcohol.ie/18890/1/camhs20112012annualreport.pdf>.
- Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M., in Roškar, S. (2009). *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Pridobljeno s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/dusevno_zdravje_publikacija.pdf.
- Jeriček Klanšček, H., Roškar, S., Koprivnikar, H., Pucelj, V., Bajt, M., in Zupanič, T. (2011). *Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Knopf, D., Park, M. J., in Mulye, T. P. (2008). *The mental health of adolescents: A national profile, 2008*. San Francisco: National Adolescent Health Information Center.

- Kores Plesničar, B. (2006). Uporaba psihofarmakov pri otrocih in mladostnikih. V: *Zbornik predavanj: prepoznavna in obravnava duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih. Dolgotrajni kašelj pri otrocih. Obravnava debelosti pri otrocih in mladostnikih na primarni zdravstveni ravni. XVI. srečanje pediatrov v Mariboru, Maribor, 2006* (str. 67–77). Maribor: Splošna bolnišnica.
- Mrevlje, G., Kogovšek, B., in Ovsenik, N. (1987). Duševne motnje v otroštvu in adolescenci in proces zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 21, 175–202.
- Olfson, M., Blanco, C., Wang, S., Laje, G., in Correll, C. U. (2014). National trends in the mental health care of children, adolescents, and adults by office-based physicians. *JAMA psychiatry*, 71(1), 81–90.
- Olfson, M., Druss, B. G., in Marcus, S. C. (2015). Trends in mental health care among children and adolescents. *New England Journal of Medicine*, 372(21), 2029–2038.
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., in Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International journal of epidemiology*, 43(2), 434–442.
- Potočnik Dajčman, N. (2006). Prepoznavna motenj vedenja, impulzov in hiperkinetične motnje. V: *Zbornik predavanj: prepoznavna in obravnava duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih. Dolgotrajni kašelj pri otrocih. Obravnava debelosti pri otrocih in mladostnikih na primarni zdravstveni ravni. XVI. srečanje pediatrov v Mariboru, Maribor, 2006* (str. 47–53). Maribor: Splošna bolnišnica.
- Remschmidt, H. (2012). Understanding depression in Children and adolescents. V: *Zbornik predavanj: tuberkuloza otrok – čas za nove smernice. Samopoškodovalno vedenje in depresija pri otrocih in mladostnikih. XXII. srečanje pediatrov v Mariboru. Zbornik predavanj, Maribor, 2012* (str. 87–89). Maribor: Univerzitetni klinični center.
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2011–2016 [ReNPDZ]* (2011). Pridobljeno s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2011/resoluc_dusevno_zdravje/Resolucija_dusevno_zdravje_060411.pdf.
- Royal College of Psychiatrists. (2015). *Survey of In-patient Admissions for Children and Young People with Mental Health Problems*. UK: The Royal College of Psychiatrists. Pridobljeno s <https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/FR%20CAP%2001%20for%20website.pdf>.
- Schmidt, I., in Vidmar, J. (2006). Prepoznavna in obravnava stresnih in somatoformnih motenj. V: *Zbornik predavanj: prepoznavna in obravnava duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih. Dolgotrajni kašelj pri otrocih. Obravnava debelosti pri otrocih in mladostnikih na primarni zdravstveni ravni. XVI. srečanje pediatrov v Mariboru, Maribor, 2006* (str. 55–65). Maribor: Splošna bolnišnica.
- Steinhausen, H. C., in Bisgaard, C. (2014). Nationwide time trends in dispensed prescriptions of psychotropic medication for children and adolescents in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(3), 221–231.
- WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. (2015). *Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2015*. Pridobljeno s https://www.whocc.no/filearchive/publications/2017_guidelines_web.pdf.
- Zwaanswijk, M., van Dijk, C. E., in Verheij, R. A. (2011). Child and adolescent mental health care in Dutch general practice: time trend analyses. *BMC family practice*, 12(1), 133–144.

#to sem jaz

citat s spletne strani www.tosemjaz.net

“ Problem pa je da se nemorem vec sprijazniti z sabo sama sebi se zdim grda. Res je da bi morala spostovati to kaj mi je dala narava ampak nemorem .Ko gledam druge punce sem prav ljubusumna ker imajo to kar jas nimam. Za nekaj casa se sama z sabo sprijaznim,sem srečna ampak ces nekaj casa se mi vse vrne in zelim v ogledalu videti nekoga drugega samo sebe ne. Zelela bi si pogovoriti z nekom ki me nebi obsojal glede tega ampak me samo poslusal. ”

6. Javna zdravstvena mreža služb za obravnavo težav in motenj v duševnem zdravju otrok in mladostnikov

6.1 Glavne ugotovitve

- Na podlagi podatkov lahko sklepamo, da obstoječa javnozdravstvena mreža ni skladna z dejanskimi potrebami otrok in mladostnikov na področju duševnega zdravja.
- Razporeditev razvojnih ambulant je v Sloveniji glede na statistične regije zelo neenakomerna. Poleg tega so velike razlike med regijami tudi v delu, ki ga razvojne ambulante opravijo.
- Dispanzerji za duševno zdravje so v Sloveniji, gledano po statističnih regijah, neenakomerno razporejeni, vendar se v regijah z manjšim številom timov obseg dela ni povečal preko predvidenega plana.
- Iz dostopnih podatkov ni mogoče ugotoviti dejanske sestave timov v razvojnih ambulantah in dispanzerjih za duševno zdravje.
- Zunajbolnišnična dejavnost otroške in mladostniške psihiatrije se izvaja v večjem obsegu, kot je planirano, kar verjetno pomeni, da so potrebe večje od predvidenih.
- Glede na število prvih in vseh obiskov v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije so med regijami velike razlike. Izstopa podravska regija z 2,6-krat večjim številom obiskov, kot je povprečje v Sloveniji.
- Dejavnost otroške in mladostniške psihiatrije je v Sloveniji zelo neenakomerno razporejena, enako velja za kadre. Koroška, posavska in primorsko-notranjska regija nimajo planiranega programa v tej dejavnosti.
- Pri analizi podatkov se je pokazalo, da sta kakovost in popolnost podatkov pomanjkljivi.

6.2 Uvod

Javne službe, ki skrbijo za duševno zdravje otrok in mladostnikov, so temelj družbene skrbi za duševno zdravje in obsegajo dejavnosti, programe in storitve v zdravstvenem, socialnem in šolskem sektorju s področja promocije duševnega zdravja, preventive duševnih težav in motenj, zdravljenja in rehabilitacije. Čeprav je multidisciplinarno in medinstitucionalno timsko sodelovanje služb zdravstvenega in socialnega varstva ter šolstva ključno za učinkovito javnozdravstveno delovanje in celostno obravnavo, se bomo v nadaljevanju usmerili predvsem v javnozdravstveno mrežo služb za obravnavo težav in motenj v duševnem zdravju otrok in mladostnikov. Največ podatkov je na voljo za dejavnost otroške in mladostniške psihiatrije oziroma psihiatrije, zato smo se v analizi omejili predvsem na to področje. Pomanjkljivosti in prednosti sodelovanja zdravstvenih, socialnih in šolskih služb v skrbi za dobro duševno zdravje je namreč podrobno analiziral poseben raziskovalni projekt, ki ga je financirala Agencija RS za raziskovalno dejavnost, in je potekal od 1. 3. 2016 do 28. 2. 2017.

Dobra organiziranost, hitra in enakomerna dostopnost ter kakovost javnozdravstvenih služb na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov lahko odločilno pripomorejo k zmanjševanju in/ali preprečevanju duševnih motenj ter k hitrejšemu zdravljenju in zmanjševanju bremena

duševnih motenj. Analize so pokazale, da se obstoječe službe za duševno zdravje otrok in mladostnikov v državah EU vse bolj usmerjajo v zunajbolnišnično obravnavo, dnevno bolnišnično obravnavo in komplementarne službe v skupnosti ter visoko specializirane službe za posamezne motnje (EC, 2008; Remschmidt in Belfer, 2005; WHO, 2005, 2008, 2015). V Sloveniji še vedno prevladujejo institucionalne oblike oskrbe, medtem ko so službe v skupnosti pomanjkljive oz. slabo razvite (CRP, 2017; Drobnič Radobuljac, 2016). Zato tudi Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016 do 2025 (ReNPZV, 2016) posebno pozornost namenja prehodu od različnih oblik institucionalne oskrbe do storitev v skupnosti ter boljšo povezanost med zdravstvom in socialnim varstvom, šolstvom in nevladnimi organizacijami.

Mreža javne zdravstvene službe je v Sloveniji sestavljena iz služb na primarni ravni, in sicer iz ambulant za zdravstveno varstvo otrok in mladine (razvojnih ambulant, dispanzerjev za duševno zdravje, pediatričnih ambulant oz. ambulant splošne in družinske medicine), na sekundarni (in terciarni) ravni pa obsega poglobljeno diagnostiko, zdravljenje bolezenskih stanj in izvajanje ambulantne rehabilitacije, ki jo opravljajo specialistične (otroške in mladostniške) psihiatrične, kliničnopsihološke ambulante, psihiatrične bolnišnice ter Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani (Jeriček Klanšček, Zorko, Bajt in Roškar, 2009). Javne zdravstvene službe so formalno dostopne vsem prebivalcem Slovenije, vendar dosedanje analize kažejo neenakomerno razporeditev izvajalcev in zdravstvenih delavcev po regijah. Predlog Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014–2018 (ReNPDZ, 2014), ki žal še vedno ni bil sprejet, posebej izpostavlja pomanjkljivo dostopnost služb za otroško in mladostniško psihiatrijo in specialistov klinične psihologije.

6.3 Namen

Namen prispevka je na podlagi dostopnih podatkov prikazati stanje in razporejenost javnozdravstvenih služb za obravnavo težav in motenj na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov ter nekatere spremembe v preteklih letih na tem področju. Prikazujemo poti obravnave otroka in mladostnika s težavami in motnjami v duševnem zdravju. V nadaljevanju pa se osredotočamo na razvojne ambulante, dispanzerje za duševno zdravje ter specialistične ambulante otroške in mladostniške psihiatrije.

Prikazali bomo geografsko porazdelitev timov razvojnih ambulant, dispanzerjev za duševno zdravje, izvajalcev dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije ter zdravnikov v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije z namenom ugotavljanja značilnosti porazdelitve (enakomerna/neenakomerna). V zvezi s tem so nas še posebej zanimale morebitne razlike med načrtovanimi/dogovorjenimi/realiziranimi storitvami (ZZZS, Splošni dogovor) in geografsko razporeditvijo služb.

6.4 Viri podatkov

V Sloveniji je za analizo javnozdravstvene mreže na voljo sicer več različnih virov podatkov, ki pa so zaradi različne metodologije, terminologije in pomanjkljivega poročanja neprimerljivi. Za potrebe prikaza stanja in razporejenosti javnozdravstvene mreže služb za obravnavo težav in motenj na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov smo izbrali letni program zdravstvenih storitev, kot ga določajo Splošni dogovor in druge pogodbene obveznosti, določene med izvajalci zdravstvenih storitev in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v

nadaljevanju ZZZS), ter izhodišča za njihovo izvajanje. Ti podatki namreč odražajo razpoložljivost programov zdravstvenih storitev po posameznih zdravstvenih dejavnostih.

Vir za prikaz zunajbolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov z duševnimi težavami in motnjami sta bili Evidenca osnovnega zdravstvenega varstva ter Evidenca o boleznih in stanjih, ugotovljenih v specialistični ambulantni dejavnosti. V analizi stanja so upoštevane zunajbolnišnične obravnave otrok in mladostnikov, starih do 19 let, ki so jih v letu 2015 opravili zdravniki v dejavnosti razvojnih ambulant ter otroške in mladostniške psihiatrije.

V povezavi s podatki zunajbolnišničnih obravnav so bili uporabljeni tudi letni podatki ZZZS o realizacijah programa zdravstvenih storitev po posameznih zdravstvenih dejavnostih. V okviru posamezne dejavnosti so za vsako obdobje prikazani podatki ločeno in po statističnih regijah izvajalca, in kjer je smiselno, tudi po izvajalcih po območnih enotah ZZZS.

Dejavnost razvojnih ambulant se plačuje v pavšalu, kar pomeni, da podatki o realizaciji obiskov pri ZZZS niso na razpolago. Podatke o izvedenih obiskih zato prikazujemo na podlagi podatkov iz Evidence osnovnega zdravstvenega varstva ter Evidence o boleznih in stanjih, ugotovljenih v specialistični ambulantni dejavnosti.

V primeru ambulant otroške in mladostniške psihiatrije ter dispanzerjev za duševno zdravje smo za prikaz obsega dela uporabili podatke ZZZS o planiranih in realiziranih storitvah pri posameznih izvajalcih.

Poleg tega smo pri dejavnostih zunajbolnišnične otroške in mladostniške psihiatrije preverili in primerjali tudi podatke o številu prvih in ostalih obiskov, ki jih NIJZ spremlja v okviru Evidence osnovnega zdravstvenega varstva ter Evidence zbirke podatkov o boleznih zunajbolnišničnih obravnav na primarni ravni in stanjih, ugotovljenih na sekundarni ravni (v specialistični ambulantni dejavnosti). Tovrstna primerjava zaradi spremembe v razvrstitvi služb v preteklih letih ni mogoča v primeru dejavnosti dispanzerjev za duševno zdravje.

Za preračune na 100.000 prebivalcev, starih od 0 do 19 let, so uporabljeni podatki Statističnega urada RS (v nadaljevanju SURS) za stanje na dan 1. 7. v letih, ki so navedena. Na podlagi Uredbe NUTS (Uredba (ES), 2003) se podatki o statističnih regijah v Sloveniji praviloma spreminjajo vsaka tri leta. Prvega januarja 2015 je prišlo do določenih sprememb, ki so v naši analizi upoštevane pri analizi razvojnih ambulant, in sicer pri preračunih števila prebivalcev v starosti do 19 let za leti 2008 in 2011. Občina Litija je prešla iz osrednjeslovenske v zasavsko statistično regijo. Občini Radeče in Bistrica ob Sotli sta prešli iz savinjske v posavsko statistično regijo. Število prebivalcev omenjenih občin je zato za leti 2008 in 2011 odšteto od osrednjeslovenske oz. savinjske regije ter prišteto k zasavski oz. posavski regiji, da so stopnje timov na 100.000 prebivalcev v starosti do 19 let z letom 2015 primerljive. Ostale dejavnosti prikazujemo le za leto 2015, zato preračuni niso bili potrebni. Ob tem je treba izpostaviti, da imajo vse regije razen osrednjeslovenske, manj kot 100.000 prebivalcev v starostni skupini od 0 do 19 let, zato je število timov navidezno večje od dejanskega stanja.

Za opis stanja zaposlenih v zdravstvu so bili uporabljeni podatki iz Evidence gibanja zdravstvenih delavcev in mreže zdravstvenih zavodov (Baza podatkov o izvajalcih). Iz te baze so uporabljeni podatki o vseh zdravnikih, ki so bili leta 2015 zaposleni v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije v zunajbolnišnični dejavnosti. Pri tem je pomembno poudariti, da so zaposlitve, o katerih so izvajalci poročali v dejavnosti bolnišnične otroške in mladostniške psihiatrije, izključene. Take zaposlitve so bile na dan 6. 1. 2016 zabeležene 4, in sicer 3 v osrednjeslovenski regiji in 1 v podravski.

6.5 Dejavnosti javne zdravstvene mreže za obravnavo otrok in mladostnikov

6.5.1 Zunajbolnišnična raven

Dejavnosti za duševno zdravje se v okviru zunajbolnišničnega zdravstvenega varstva pričnejo že v obdobju nosečnosti. Usmerjene so v spremljanje splošnega zdravstvenega stanja nosečnice in otroka ter ocene dejavnikov tveganja za razvoj določene patologije, vključno s področja duševnega zdravja (ReNPDZ, 2014). Nosečnice imajo poleg možnosti udeležbe v Šoli za bodoče starše, kjer med drugim obravnavajo tudi vsebine s področja duševnega zdravja, zagotovljene redne preglede v ginekoloških ambulantah in storitve patronažne medicinske sestre. Po rojstvu so novorojenčki, dojenčki in malčki do 18. meseca starosti spremljani v t. i. posvetovalnicah, kjer se spremlja otrokov telesni, psihični, socialni in čustveni razvoj. Če se zaznajo motnje oz. odstopanja v razvoju, se otroke napoti v razvojne ambulante k pediatru – razvojnemu nevrologu. V starosti treh let se izvaja sistematski pregled, ki vključuje tudi pregled pri psihologu. Slednji v primeru ocenjenih odstopanj (s pomočjo strukturiranega vprašalnika in presejalnega testa) napoti otroka v obravnavo k specialistu kliničnemu psihologu, defektologu, logopedu ali otroškemu in mladostniškemu psihiatru (ReNPDZ, 2014). Sistematski pregled pri otrokovem petem letu dodatno vključuje pregled pri logopedu, hkrati pa predstavlja celostno oceno otrokovih spretnosti in sposobnosti za vstop v šolo (ReNPDZ, 2014). Osnovna zdravstvena preventiva se kasneje redno in sistematsko izvaja v času otrokovega oz. mladostnikovega šolanja. V obdobju od rojstva do 19. leta poteka v okviru primarnega zdravstvenega varstva vzgoja za zdravje, ki vsebuje tudi teme s področja duševnega zdravja. V sklopu prenovljenega preventivnega zdravstvenega varstva naj bi se prenovljene in nadgrajene vsebine vzgoje za zdravje v prihodnosti v državi poenotile, pripravljen je tudi program promocije zdravja za osipnike (Pucelj idr., 2016), ki pa še ni implementiran.

V Sloveniji deluje mreža razvojnih ambulant, ki je namenjena zgodnjemu odkrivanju in zgodnji obravnavi otrok z motnjami v razvoju, sledenju teh otrok ter strokovni pomoči otrokom in njihovim družinam. Če pediater opazi težave ali zaostanek v razvoju, lahko otroka napoti na nadaljnjo obravnavo na sekundarni ravni. Že leta 1993 je razširjeni strokovni kolegij za pediatrijo postavil standardni tim za razvojno ambulanto, ki naj bi ga sestavljali razvojni pediater, otroški in mladostniški psihiater, medicinska sestra, psiholog, trije nevrofizioterapevti, delovni terapevt, dva logopeda, specialni pedagog in socialni delavec. Zaradi pomanjkanja finančnih sredstev standardi niso bili realizirani. Danes v Sloveniji v standardnem timu, ki je financiran na podlagi Splošnega dogovora, delujejo razvojni pediater, medicinska sestra, dva nevrofizioterapevta, 0,5 delovnega terapevta in 0,5 logopeda.

Dispanzerji za duševno zdravje (poimenovani še kot dispanzerji za mentalno higieno, psihohigienski dispanzerji, dispanzerji za mentalno zdravje, centri za duševno zdravje; v nadaljevanju jih bomo navajali kot dispanzerje za duševno zdravje) so poleg razvojnih ambulant ključni za odkrivanje in obravnavo različnih motenj v otrokovem razvoju (Mikuš-Kos, 2017; Mušič, 2011).

Dispanzerji za duševno zdravje so ena od oblik multidisciplinarne obravnave duševnih motenj, ki je dostopna v lokalnem okolju na ravni osnovnega zdravstvenega varstva oz. ob prvem stiku uporabnika z zdravstvenim sistemom, zato je pomembna njihova enakomerna distribucija oz. geografska dostopnost. Naloge dispanzerjev so zaščita duševnega zdravja otrok, mladostnikov in

njihovih družin ter skrb zanj, ozaveščanje širše družbene skupnosti in vzgojno-izobraževalno delo. Žal so se dispanzerji za duševno zdravje, ki so v okviru mreže primarnega zdravstvenega varstva v preteklosti zagotavljali psihiatrično, psihološko in logopedsko obravnavo brez napotnice, v devetdesetih letih prejšnjega stoletja preoblikovali na različne načine (Jeriček Klanšček idr., 2009). Ponekod se je dejavnost psihiatrije izločila kot sekundarna specialistična dejavnost, ohranili pa sta se psihološka in logopedska dejavnost (primer ZD Ljubljana). Ponekod so se dispanzerji preprosto ukini, psihiatrična dejavnost je, enako kot prej, postala sekundarna specialistična dejavnost, ostale dejavnosti pa so se pridružile drugim službam v zdravstvenih domovih ali pa so se osamosvojile. K temu sta prispevali sprememba organiziranosti zdravstvenega varstva (jasnejše ločevanje primarne in sekundarne ravni, koncept izbranega osebnega zdravnika in sistem napotnic) ter način financiranja (Jeriček Klanšček idr., 2009). S tem se je še dodatno okrnilo timsko delo, otroci in mladostniki z duševnimi motnjami, ki potrebujejo pomoč več strokovnjakov, pa dobivajo pomoč na različnih krajih (npr. pedagoško pomoč v svetovalnem centru, psihiatrično pomoč pa pri otroškem in mladostniškem psihiatru s koncesijo v njegovih prostorih).

Na zunajbolnišnični ravni v Sloveniji delujejo tudi štirje svetovalni centri. To so javni zavodi oz. strokovne ustanove, usmerjene v varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov, ki pomagajo otrokom, mladostnikom in njihovim staršem pri razreševanju učnih, čustvenih, vzgojnih, vedenjskih, psihosocialnih ter psihiatričnih motenj in težav (Mušič, 2011). Osrednji svetovalni center za otroke, mladostnike in starše je v Ljubljani (z dvema zaposlenima specialistoma otroške in mladostniške psihiatrije) in letno obravnava več kot 2000 otrok in njihovih staršev. Skrbi za potrebe otrok osrednje Slovenije in drugih regij, kjer so te službe deficitarne (ReNPDZ, 2014). Z multidisciplinarnim timskim pristopom, v katerega so vključeni specialisti klinične psihologije, psihologi, otroški in mladostniški psihiatri, pedagogi, specialni pedagogi, socialni delavci in logopedi, opravljajo ambulantno diagnostično, svetovalno, korektivno in terapevtsko delo. Svetovalni centri za otroke, mladostnike in starše so tudi v Mariboru, Kopru in Novem mestu; ti centri še opravljajo svojo dejavnost izven mreže javne zdravstvene službe in zato niso vključeni v kvantitativno analizo razpoložljivih kapacitet v nadaljevanju tega poglavja.

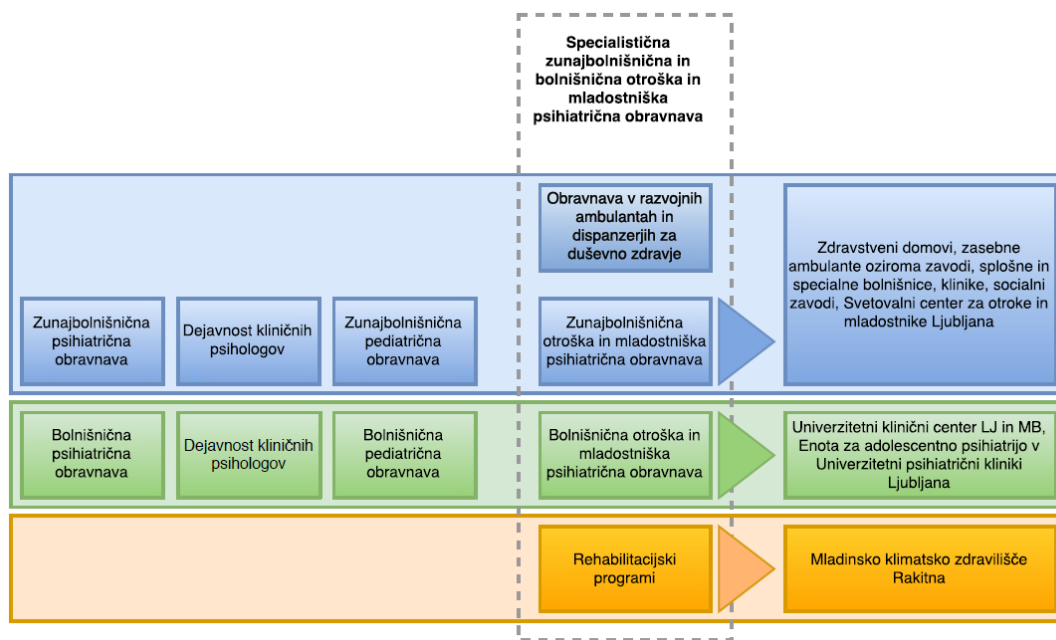
6.5.2 Bolnišnična raven

V Sloveniji obstajajo trije psihiatrični oddelki za otroke in mladostnike, in sicer Služba za otroško psihiatrijo na Pediatrični kliniki v UKC Ljubljana, Enota za adolescentno psihiatrijo na Psihiatrični kliniki v Ljubljani ter Enota za otroško in mladostniško psihiatrijo v sklopu Klinike za pediatrijo v UKC Maribor. Služba za otroško psihiatrijo na Pediatrični kliniki v Ljubljani je imela leta 2016 12 postelj za obravnavo otrok z duševnimi motnjami do 14. leta starosti. V okviru oddelka deluje tudi enota (6 postelj) za zdravljenje motenj hranjenja pri otrocih in mladostnikih do dopolnjenega 18. leta (Drobnič Radobuljac, 2016; Mušič, 2011). Pri zdravljenju sodelujejo otroški in mladostniški psihiatri, pediatri različnih specialnosti, klinični psihologi, specialni pedagogi, defektologi, dietetiki, socialna delavka in medicinsko negovalno osebje. Od leta 2006 deluje Enota za otroško in mladostniško psihiatrijo v sklopu Klinike za pediatrijo v UKC Maribor, ki ima 10 postelj za obravnavo otrok in mladostnikov do dopolnjenega 19. leta starosti. Enota za adolescentno psihiatrijo ima 18 postelj in deluje v okviru Psihiatrične klinike Ljubljana. Namenjena je mladim iz vse Slovenije v starosti od 14 do 22 let, ki trpijo zaradi različnih duševnih težav in potrebujejo obravnavo v bolnišnici (Drobnič Radobuljac, 2016; Mušič, 2011).

Poleg navedenega obstajata rehabilitacijska enota z 8 posteljami v Mladinskem klimatskem zdravilišču Rakitna, ki je namenjena šesttedenskem programu reintegracije in rehabilitacije za mladostnike, stare od 16 do 26 let, ki imajo čustvene motnje in/ali motnje hranjenja, ter nedavno vzpostavljeni 14-dnevni preventivni program za otroke in mladostnike z identificiranimi dejavniki tveganja za razvoj duševnih težav oz. motenj (Drobnič Radobuljac, 2016; Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna, 2017). Dejavnost trenutno vodi psihiater in ne otroški in mladostniški psihiater (Drobnič Radobuljac, 2016).

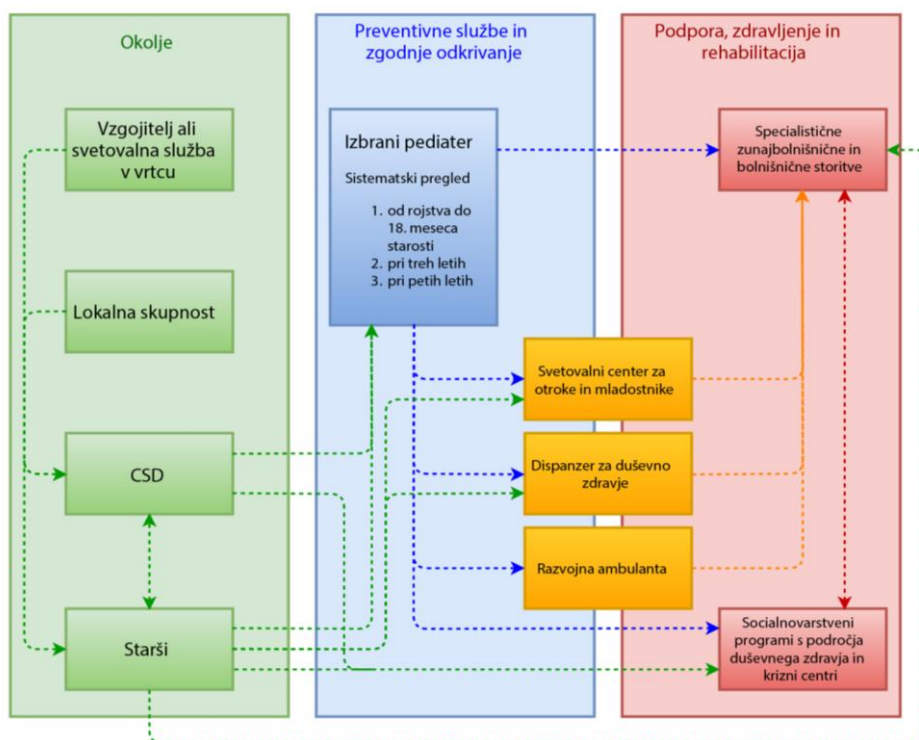
Zaradi majhnega števila postelj na psihiatričnih oddelkih za otroke in mladostnike so mladostniki izjemoma hospitalizirani tudi v psihiatričnih bolnišnicah Begunje, Idrinja, Ormož in Vojnik ter na drugih oddelkih slovenskih bolnišnic (npr. na Oddelku za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo in Oddelku za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni Pediatrične klinike v Ljubljani, v SB Celje ter Centru za zdravljenje bolezni otrok Stična).

Na sliki 43 prikazujemo službe na zunajbolnišnični in bolnišnični ravni za obravnavo težav ali motenj v duševnem zdravju otrok in mladostnikov, s poudarkom na službah, namenjenih izključno tej populaciji. Prikazujemo tudi službe, ki opravljajo dejavnost na področju duševnega zdravja za celotno populacijo in obravnavajo tudi otroke in mladostnike.

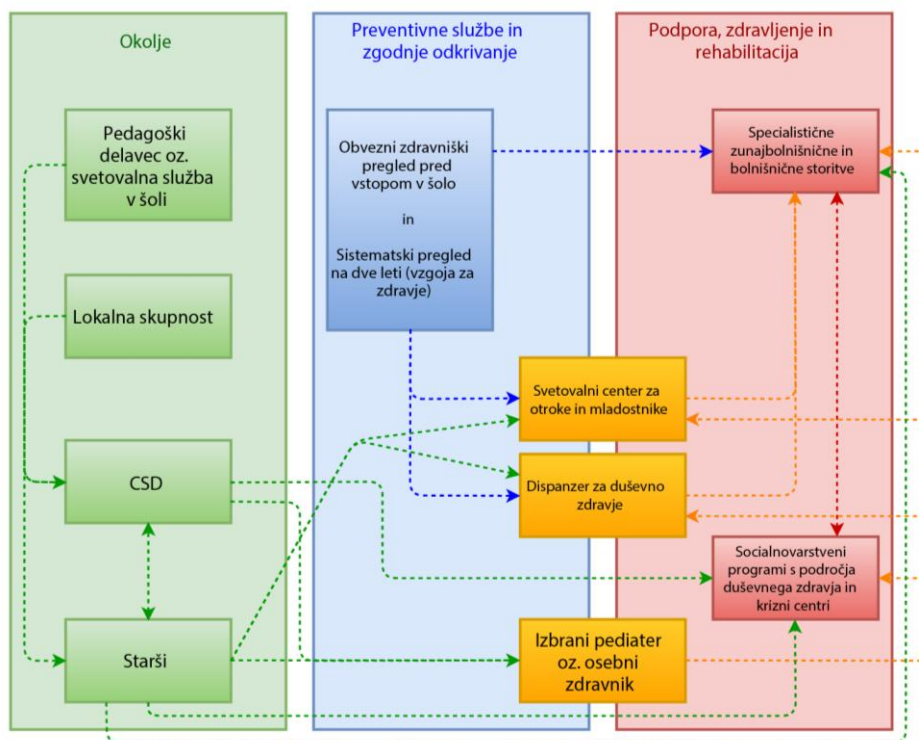


Slika 43. Pregled zunajbolnišničnih in bolnišničnih dejavnosti za obravnavo težav ali motenj v duševnem zdravju otrok in mladostnikov v sistemu zdravstvenega varstva

V nadaljevanju prikazujemo potencialno pot obravnave predšolskega in šolskega otroka s težavami in motnjami v duševnem zdravju (sliki 44 in 45).



Slika 44. Pregled možnih poti obravnave za predšolskega otroka s težavami in motnjami v duševnem zdravju



Slika 45. Pregled možnih poti obravnave za šolskega otroka s težavami in motnjami v duševnem zdravju

Ključni strokovnjak v skrbi za duševno zdravje predšolskega ali šolskega otroka je izbrani pediater oz. osebni zdravnik. Težave ali motnje v razvoju in/ali duševnem zdravju se lahko zaznajo ob sistematskih pregledih, lahko pa nanje izbranega pediatra opozorijo starši, vzgojitelji, svetovalne službe v vrtcih in šolah, lokalna skupnost itd. Centri za socialno delo s svojimi programi za otroke in mladostnike (dnevni in družinski centri, pisarne za informiranje in svetovanje, programi zagovorništva, skupine za samopomoč ter programi za sorce oseb, ki imajo dolgotrajne težave v duševnem zdravju) pomembno dopolnjujejo obravnavo v zdravstveni službi.

Sodobni trendi v skrbi za duševno zdravje vedno bolj opozarjajo na pomen skupnostne obravnave oz. dostopnosti pomoči v lokalni skupnosti. Samo z dobrim sodelovanjem in povezovanjem vseh služb se lahko zagotovi pravočasna in učinkovita pomoč za vse otroke in mladostnike, tudi najranljivejše.

6.6 Stanje in razporejenost služb/izvajalcev na področju duševnega zdravja za obravnavo težav in motenj otrok in mladostnikov

V nadaljevanju se osredotočamo na razporejenost razvojnih ambulant, dispanzerjev za duševno zdravje in dejavnosti na področju otroške in mladostniške psihiatrije v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti.

Kot merilo za oceno razpoložljivosti navedenih služb na področju duševnega zdravja za obravnavo težav in motenj otrok in mladostnikov smo upoštevali obseg dela, s pogodbo dogovorjenega z ZZS. Te podatke smo, kjer so bili na voljo, primerjali s podatki o dejansko opravljenih storitvah. Poleg tega pa smo, kjer je bilo možno, primerjali stanje v letih 2008, 2011 in 2015.

6.6.1 Razvojne ambulante

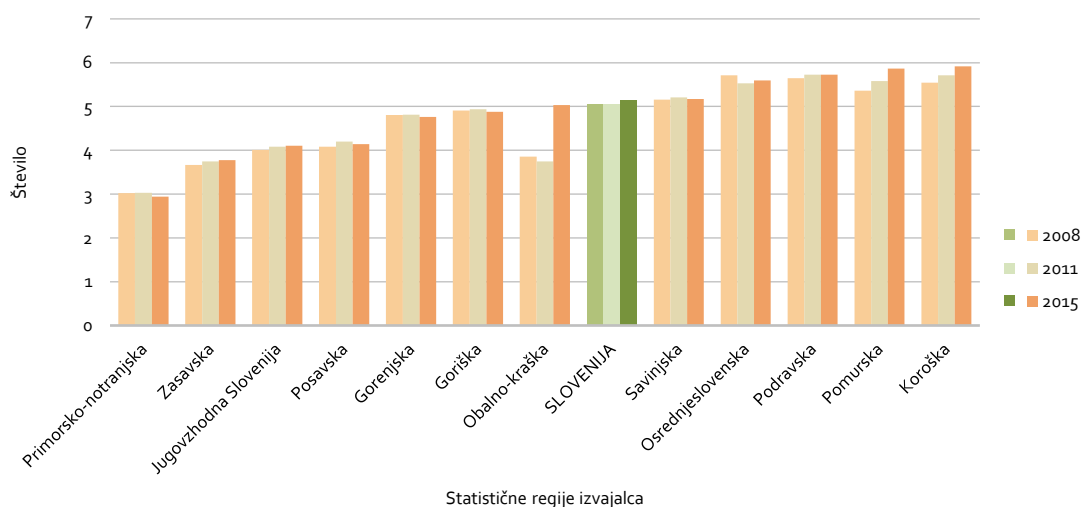
Na podlagi podatkov ZZS (ki sicer temeljijo na Splošnih dogovorih) ugotavljamo, da je bilo število pogodbeno dogovorjenih timov v razvojnih ambulantah v letih 2008 in 2011 enako (19,9), v letu 2015 pa se je povečalo na 20,6 (tabela 44), kar pomeni povečanje obsega programa za 3,5 %. V letu 2015 so trije izvajalci (ZD Koper, ZD Kranj in ZD Ljubljana) imeli skupaj 0,7 tima več kot v letu 2011. Standardni tim, opredeljen in plačan po Splošnem dogovoru, sestavljajo en zdravnik specialist, dva nevrofizioterapevta, 0,5 logopeda, 0,5 dipl. del. terapevta/višjega del. terapevta, ena dipl. med. sestra/višja med. sestra, 0,76 administrativnega tehničnega delavca. To pomeni, da npr. 0,4 tima predstavlja 40 % predvidnega celotnega tima oz. sorazmerni delež kadra in predvidenega obsega dela.

Tabela 44. Število timov v razvojnih ambulantah po izvajalcih zdravstvene dejavnosti za leta 2008, 2011 in 2015

Naziv izvajalca	Št. timov leta 2008	Št. timov leta 2011	Št. timov leta 2015
ZD Celje	2	2	2
ZD Koper	0,7	0,7	1
ZD Postojna	0,3	0,3	0,3
OZG Kranj	1,83	1,83	2
ZD Krško	0,6	0,6	0,6
ZD Ljubljana	4,7	4,7	5,1
ZD Domžale	1	1	1
ZD Trbovlje	0,4	0,4	0,4
ZD Idrija	0,1	0,1	0,1
ZD Maribor	2	2	2
ZD Slov. Bistrica	0,3	0,3	0,3
SB Ptuj	1	1	1
SB Murska Sobota	1,2	1,2	1,2
ZD Novo mesto	1,2	1,2	1,2
ZD Velenje	0,6	0,6	0,6
SB Slovenj Gradec	0,8	0,8	0,8
SB Dr. Franc Derganc Nova Gorica oz. ZD Nova Gorica	1	1	1
Zasebna pediatrična ordinacija	0,17	0,17	0
Skupaj	19,9	19,9	20,6

(Vir: ZZSZ.)

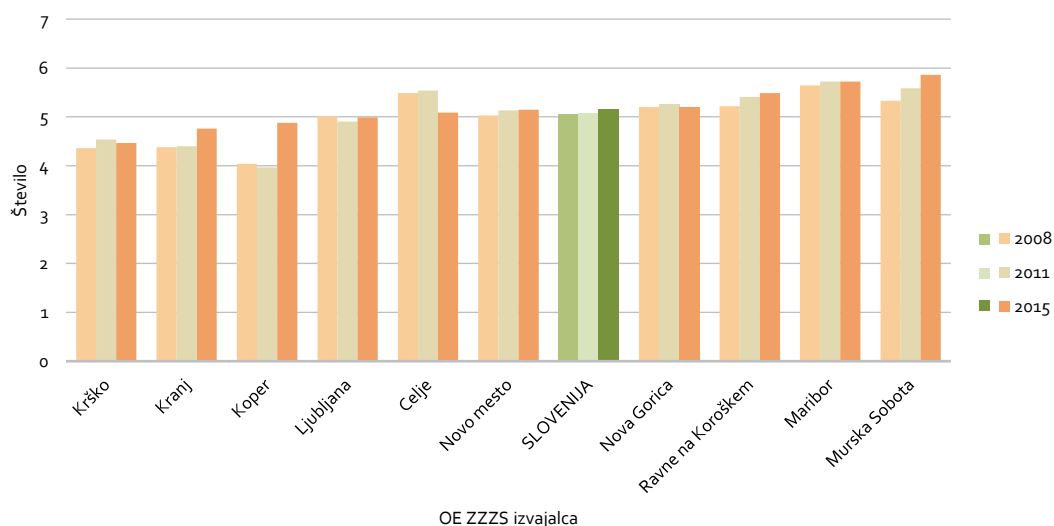
Povprečno število timov na 100.000 otrok in mladostnikov od 0 do 19 let je bilo v Sloveniji v vseh treh letih (2008, 2011 in 2015) približno 5/100.000. Sedem statističnih regij je bilo po številu timov (na 100.000 oseb) pod slovenskim povprečjem, pet pa nad njim. Izstopa predvsem primorsko-notranjska regija, ki je imela v vseh opazovanih letih daleč najnižje število timov (približno 3/100.000 oseb). Regija z najvišjo gostoto timov (Koroška) je imela približno enkrat večje število timov od regije z najnižjih številom (na 100.000 oseb) (primorsko-notranjska) (slika 46).



(Vir: ZZSZ, SURS.)

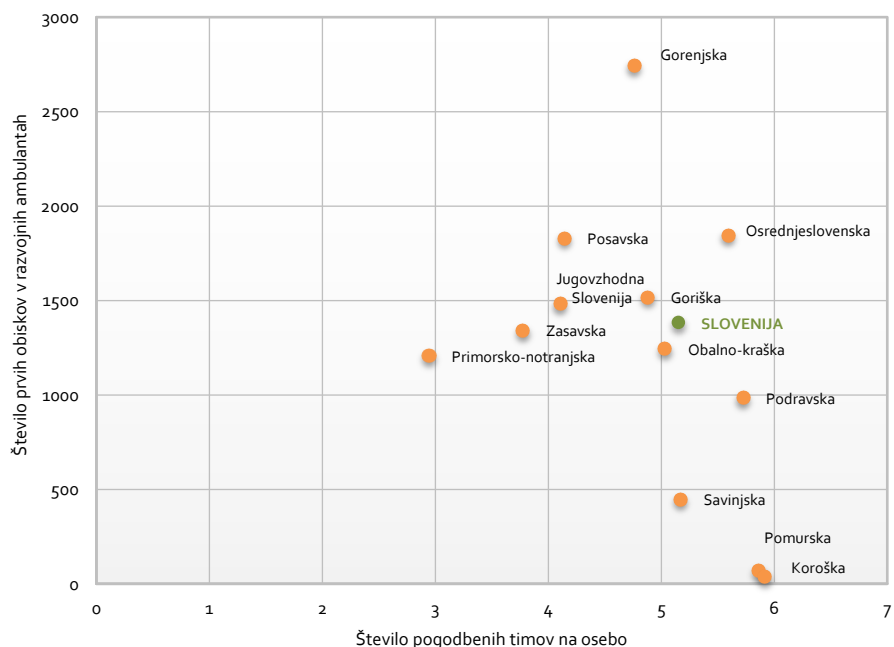
Slika 46. Število timov na 100.000 oseb v razvojnih ambulantah po statističnih regijah izvajalca v letih 2008, 2011 in 2015

Poleg tega je razviden očitni porast v številu timov v razvojnih ambulantah (na 100.000 oseb) v obalno-kraški regiji med letoma 2011 in 2015. ZD Koper je leta 2015 pridobil 0,3 tima, s čimer se je obalno-kraška regija s številom timov (na 100.000 oseb) skoraj povsem približala slovenskemu povprečju (slika 47).



(Vir: ZZS, SURS.)

Slika 47. Število timov na 100.000 oseb, v razvojnih ambulantah po območnih enotah (OE) ZZS izvajalca v letih 2008, 2011 in 2015



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ, ZZS, SURS.)

Slika 48. Število timov na 100.000 oseb glede na število prvih obiskov v razvojnih ambulantah na 100.000 oseb (po statističnih regijah bivališča osebe) v letu 2015

Primerjava med številom timov v razvojnih ambulantah (na 100.000 oseb) po statističnih regijah, ob upoštevanju sedeža izvajalca, in stopnjo prvih obiskov otrok in mladostnikov (na 100.000 oseb) po statističnih regijah, ob upoštevanju stalnega bivališča pregledanih oseb, v letu 2015 kaže, da imata regiji z najvišjim številom timov (na 100.000 oseb) – pomurska in koroška regija – najmanj prvih pregledov oseb s stalnim bivališčem v teh dveh regijah. Največ prvih obiskov je bilo pri osebah, ki imajo stalno bivališče na Gorenjskem, kjer je število timov (na 100.000 oseb) približno enako slovenskemu povprečju (slika 48).

6.6.2 Dispanzerji za duševno zdravje

V dejavnosti dispanzerjev za duševno zdravje je prišlo leta 2012 do sprememb, in sicer je ZZZS 1. 7. 2012 socialne delavce izločil iz te dejavnosti (Splošni dogovor ZZZS, 2012). Zato primerjave med leti 2008, 2011 in 2015 niso mogoče in v nadaljevanju prikazujemo le leto 2015.

Tim dispanzerja za duševno zdravje sestavljajo en psiholog ali en logoped ali en defektolog, 0,3 tehnika zdravstvene nege in 0,2 administrativnega tehničnega delavca (skupaj 1,5 polno zaposlene osebe). Dejavnost dispanzerjev za duševno zdravje ZZZS ne plačuje pavšalno, tako kot razvojne ambulante, ampak glede na realizacijo programa, izraženega v točkah.

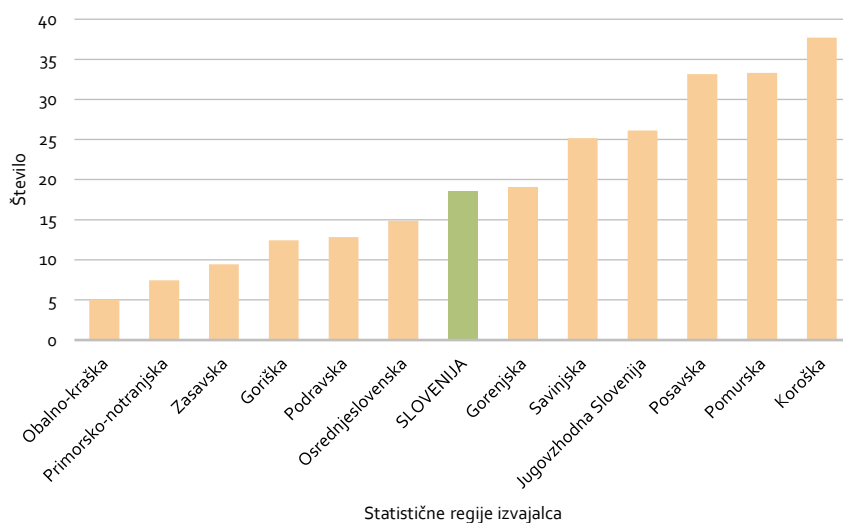
Dejavnost dispanzerjev za duševno zdravje je v letu 2015 potekala na 43 lokacijah, od tega v 42 zdravstvenih domovih in v Svetovalnem centru za otroke in mladostnike v Ljubljani (tabela 45).

Tabela 45. Število timov v dispanzerjih za duševno zdravje in število lokacij po OE ZZZS izvajalcev zdravstvene dejavnosti v letu 2015

Območna enota ZZZS	Število timov glede na sklenjene pogodbe z ZZZS 2015	Število lokacij
OE Celje	10,69	8
OE Koper	1,00	2
OE Krško	4,60	3
OE Kranj	8,00	1
OE Ljubljana	18,67	10
OE Maribor	7,20	4
OE Murska Sobota	6,82	4
OE Nova Gorica	2,80	1
OE Novo mesto	6,93	4
OE Ravne na Koroškem	7,47	6
Skupaj	74,18	43

(Vir: ZZZS.)

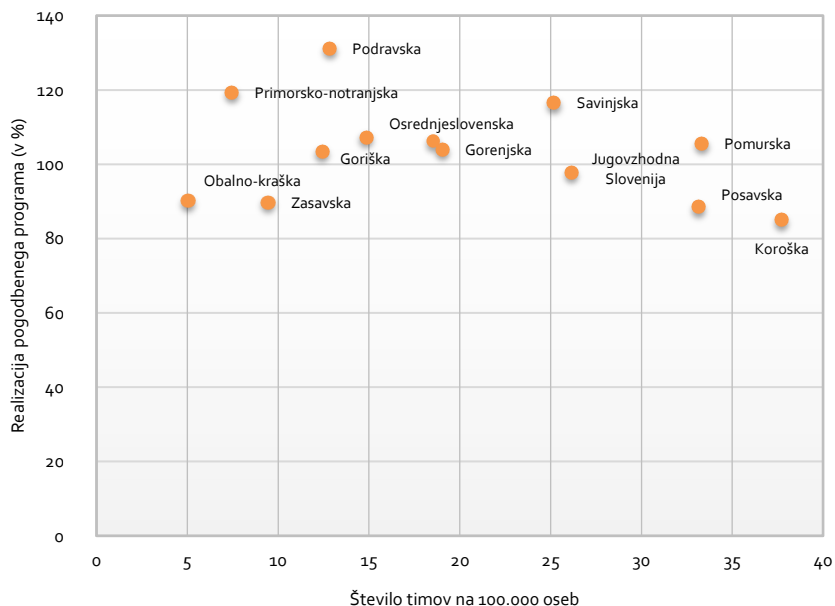
V letu 2015 je ZZZS sklenil pogodbo za opravljanje dejavnosti dispanzerja za duševno zdravje za 74,18 tima, in sicer največ v OE Ljubljana, najmanj pa v OE Koper (tabela 45).



(Vir: ZZS, SURS.)

Slika 49. Število timov v dispanzerjih za duševno zdravje po statističnih regijah izvajalca na 100.000 oseb, v letu 2015

Iz slike 49 so razvidne velike razlike v številu timov (na 100.000 oseb) v dejavnosti dispanzerjev za duševno zdravje. Tako je bila leta 2015 med obalno-kraško regijo z najmanjšim številom timov in koroško regijo z največjim številom timov (na 100.000 oseb) več kot sedemkratna razlika.



(Vir: ZZS, SURS.)

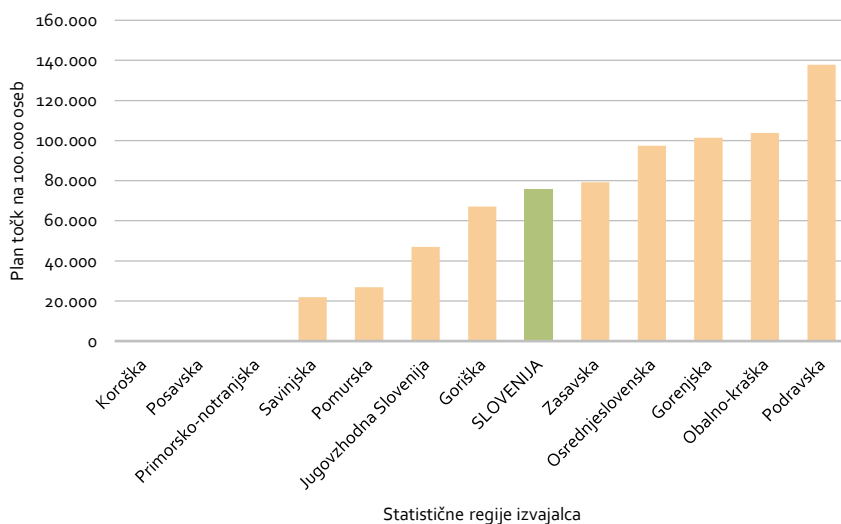
Slika 50. Število timov na 100.000 oseb, v dispanzerjih za duševno zdravje, po statistični regiji izvajalca, glede na realizacijo pogodbenega programa (števila točk, v odstotkih) v letu 2015

Primerjava med številom timov v dejavnosti dispanzerjev za duševno zdravje (na 100.000 oseb) po statistični regiji izvajalca in realizacijo pogodbenega programa (v odstotkih planiranega števila točk) v letu 2015 kaže, da manjše število timov (na 100.000 oseb) ni povezano z večjo realizacijo predvidenega pogodbenega programa oz. z doseženim višjim številom točk, kot bi bilo pričakovano. Obalno-kraška regija na primer ima najnižje število timov (na 100.000 oseb) in je med regijami z najnižjim deležem realizacije (90,2-odstotna realizacija programa) (slika 50).

6.6.3 Dejavnost na področju otroške in mladostniške psihiatrije v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti

Zunajbolnišnična otroška in mladostniška psihiatrična dejavnost se izvaja na sekundarni ravni in je uporabniku praviloma dostopna brez napotnice. Specialistična ambulantna dejavnost je organizirana v okviru dejavnosti zdravstvenih domov, bolnišnic ali pa kot samostojna služba (zasebni izvajalci zdravstvene dejavnosti).

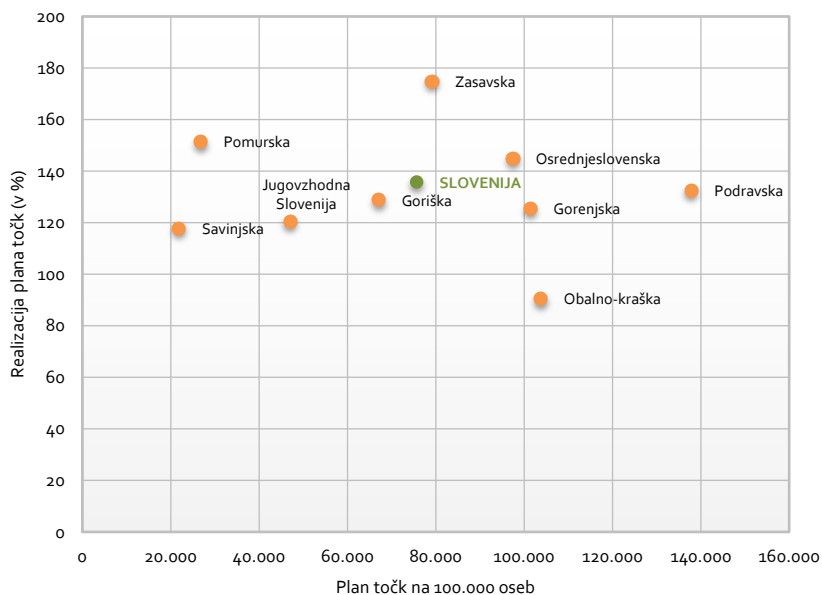
Tim v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije po standardih iz Splošnega dogovora obsega delo enega otroškega in mladostniškega psihiatra, ene diplomirane ali višje medicinske sestre in 0,31 administrativnega tehničnega kadra. Iz pogodbeno dogovorjenega števila timov izhaja tudi obseg pogodbeno dogovorjenega plana v točkah. Prikazujemo planirani obseg dejavnosti zunajbolnišnične otroške in mladostniške psihiatrije, izražen v številu planiranih točk (na 100.000 oseb) v letu 2015 (slika 51).



(Vir: ZZZS, SURS.)

Slika 51. Planiran obseg programa (v točkah na 100.000 oseb) v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije po statičnih regijah izvajalca, v letu 2015

Koroška, posavska in primorsko-notranjska regija so bile v letu 2015 brez programa na področju otroške in mladostniške psihiatrije (po pogodbi z ZZZS). Povprečni plan dela v preostalih regijah, izražen v točkah, je bil 75.723/100.000. Iz slike 51 je razvidno, da so bile med statističnimi regijami velike razlike v planu. Med savinjsko in podravske regijo je več kot šestkratna razlika.

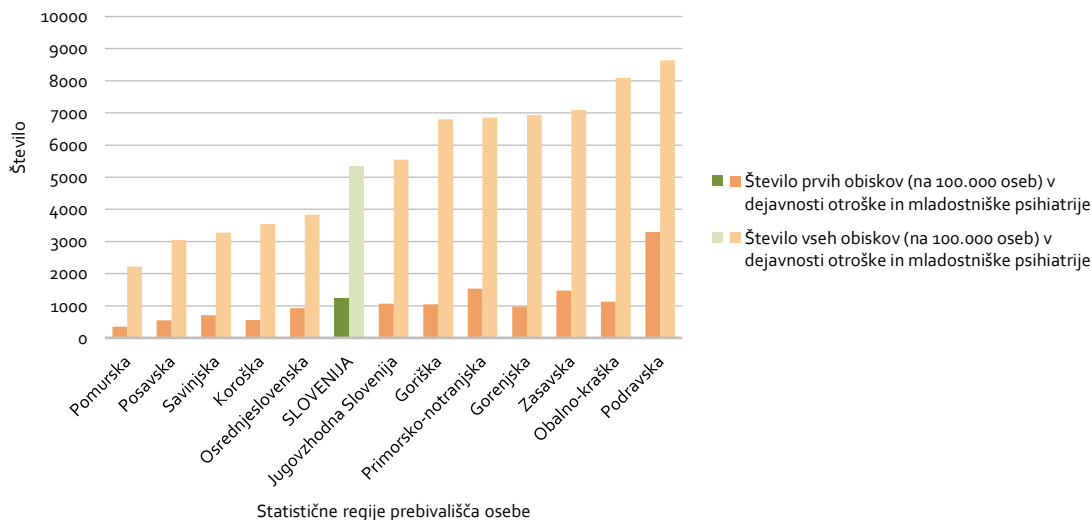


(Vir: ZZS, SURS.)

Slika 52. Planiran obseg programa (v točkah na 100.000 oseb) glede na realizirane storitve (v odstotkih planiranega števila točk) na področju pedopsihiatrije po statističnih regijah izvajalca, v letu 2015

Razmerje med realiziranimi storitvami (v odstotkih planiranega števila točk) in planiranimi storitvami (v točkah na 100.000 oseb) po statističnih regijah izvajalca v letu 2015 kaže, da se je v vseh regijah, razen v obalno-kraški (90,4 %), zunajbolnišnična dejavnost otroške in mladostniške psihiatrije realizirala v 120 odstotkih ali več glede na plan (slika 52).

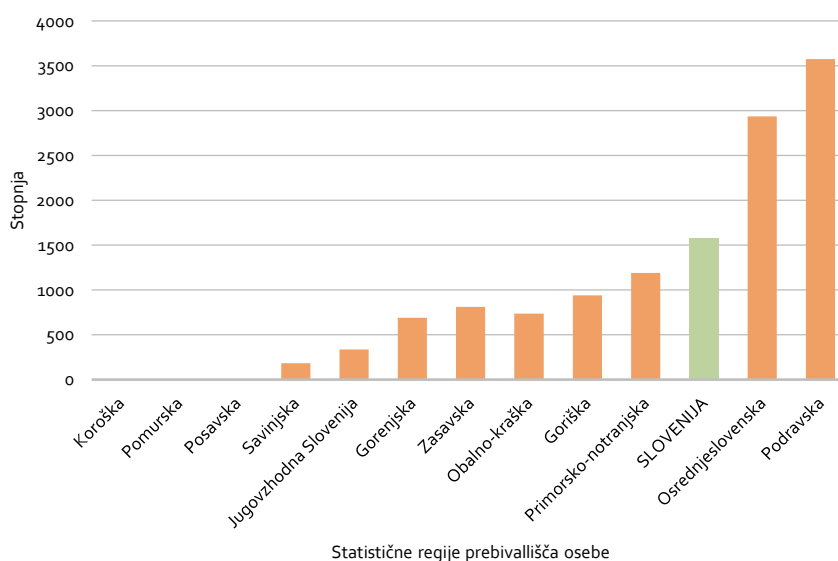
Primerjava med planiranim obsegom programa (po statistični regiji tima) in njegovo realizacijo (v odstotkih planiranega števila točk) v letu 2015 kaže, da manjši obseg načrtovanega programa ne odraža večjega preseganja programa v primerjavi z drugimi regijami. Pri tem je treba upoštevati, da skoraj vse regije vidno presegajo plan (slika 52).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ, SURS.)

Slika 53. Število prvih in vseh obiskov v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije na 100.000 oseb, po statistični regiji bivališča osebe v letu 2015

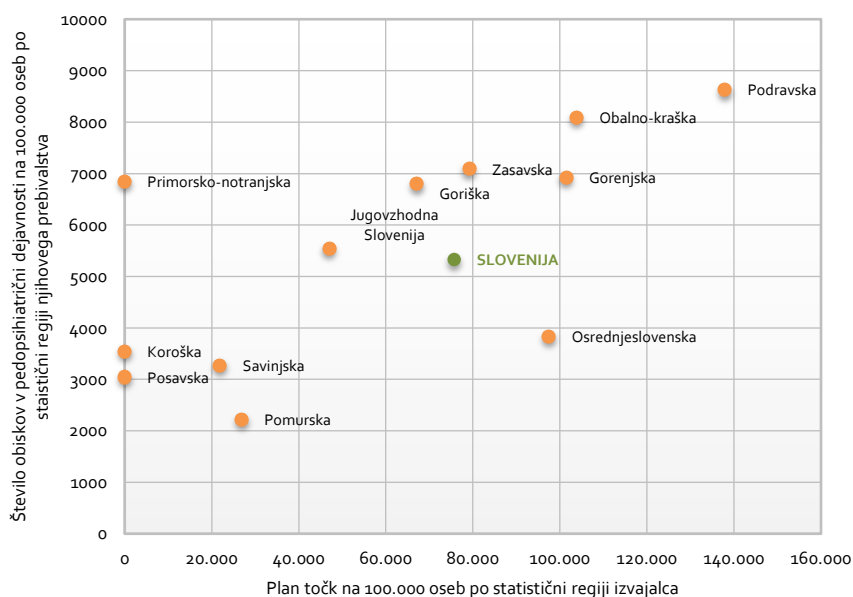
Razlika v številu vseh obiskov otrok in mladostnikov v ambulantah otroške in mladostniške psihiatrije (na 100.000 oseb) je bila po statističnih regijah v letu 2015 velika. Najvišja stopnja obiskov (na 100.000 oseb), tako prvih kot ponovnih, je bila v podravski regiji, najnižja pa v pomurski (slika 53). Ob predpostavki približno enakih potreb v vseh regijah bi pričakovali, da bi bila v vseh regijah približno enaka stopnja prvih obiskov (na 100.000 oseb), vendar slika 54 kaže, da je bilo prvih obiskov v podravski regiji 2,6-krat več, kot je bilo slovensko povprečje. Razlike v razmerju med prvimi in vsemi obiski po posameznih regijah bivališča osebe so prav tako zelo velike, in sicer od 2,6 v podravski regiji do 7,2 v obalno-kraški regiji.



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ, SURS.)

Slika 54. Stopnja prvih obiskov v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije na 100.000 oseb, po statistični regiji bivališča osebe v letu 2015

Stanje je podobno tudi, če obravnavamo obiske v ambulantah otroške in mladostniške psihiatrije po statističnih regijah izvajalcev (slika 55). V določenih regijah (koroška, pomurska, posavska), kot smo že ugotavljali, programa dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije nimajo vzpostavljenega. Iz slike 55 je razvidno, da je velika večina obravnav opravljena v dveh regijah, ki sta tudi kadrovsko najbolj podkrepljeni (osrednjeslovenska in podravska).

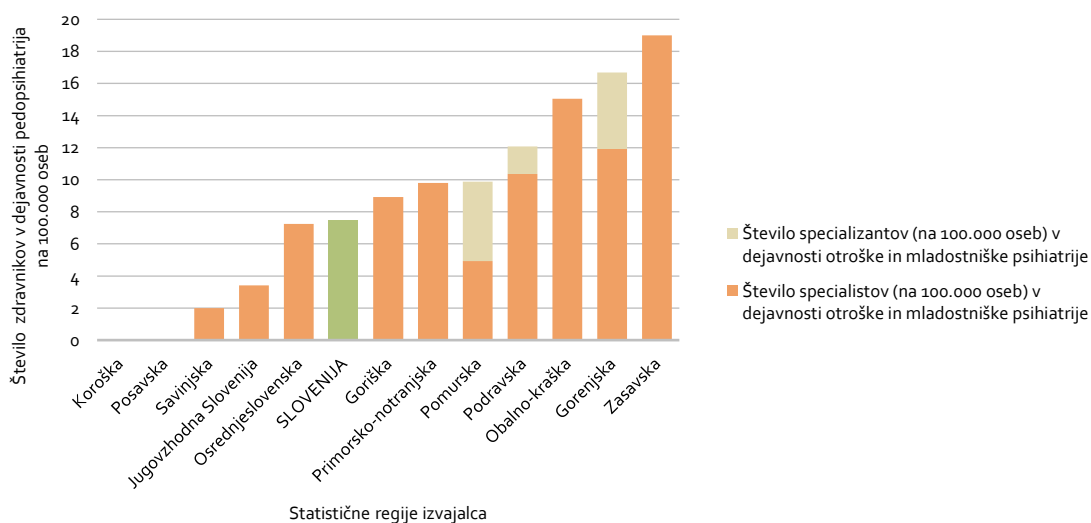


(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ, ZZS, SURS.)

Slika 55. Plan točk po pogodbenem programu po statistični regiji izvajalca na 100.000 oseb, glede na stopnjo obiskov v pedopsihiatrični dejavnosti na 100.000 oseb, po statistični regiji bivališča osebe

Pri osebah iz dveh statističnih regij (koroške in posavske), ki nista imeli pogodbenega programa za ZZS, je bila stopnja obiskov nizka, osebe iz podravske regije, kjer je bil obseg programa (na 100.000 oseb) največji, pa je bilo obiskov največ (na 100.000 oseb) (slika 55). Izstopata tudi primorsko-notranjska in osrednjeslovenska regija; iz prve je obravnavanih relativno veliko otrok in mladostnikov, čeprav v tej regiji nimajo planiranega programa, v drugi pa je obseg programa relativno velik, stopnja obiskov pa je nizka.

6.6.4 Psihiatri ter otroški in mladostniški psihiatri

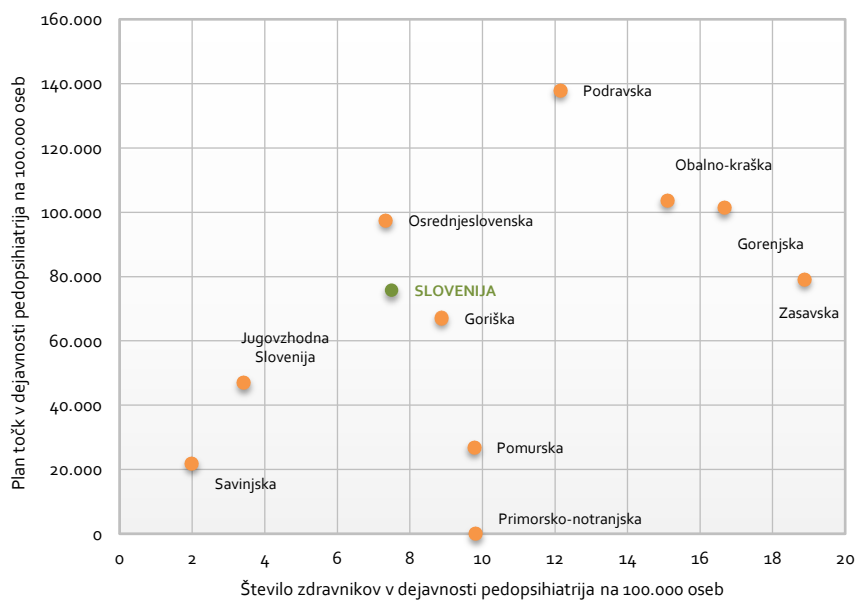


(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ, SURS.)

Slika 56. Število zdravnikov v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije na 100.000 oseb, po statistični regiji izvajalca v letu 2015

Po podatkovnih zbirkah NIJZ je bilo v dejavnosti zunajbolnišnične otroške in mladostniške psihiatrije leta 2015 zaposlenih 34 zdravnikov, in sicer 30 zdravnikov specialistov (psihiatrov in/ali otroških in mladostniških psihiatrov) in 4 specializanti otroške in mladostniške psihiatrije. Vseh specialistov otroške in mladostniške psihiatrije v registru Zdravniške zbornice Slovenije je bilo leta 2015 sicer 26, specializantov pa 22 (slika 56).

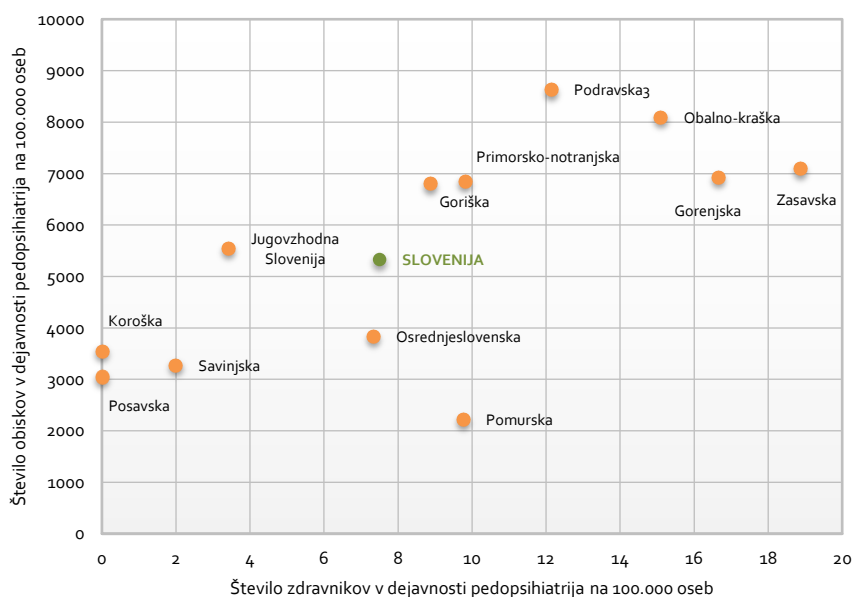
Razlike v številu zdravnikov (na 100.000 oseb) po statističnih regijah izvajalcev so velike. Koroška in posavska regija sta bili skladno s tem, da nista imeli pogodbenega programa za dejavnost otroške in mladostniške psihiatrije z ZZZS, brez zaposlenega zdravnika v dejavnosti. V primorsko-notranjski regiji pa so bili zdravniki, čeprav niso imeli sklenjenega pogodbenega programa z ZZZS, zaposleni v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije (slika 56).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ, ZZZS, SURS.)

Slika 57. Število zdravnikov v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije na 100.000 oseb, glede na plan v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije na 100.000 oseb, po statistični regiji izvajalca v letu 2015

Iz slike 57 je razvidna povezava med številom zdravnikov (na 100.000 oseb) v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije in planiranim obsegom programa (v številu točk na 100.000 oseb) za leto 2015.



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ, ZZZS, SURS.)

Slika 58. Število zdravnikov v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije na 100.000 oseb, glede na stopnjo obiskov v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije na 100.000 oseb, po statističnih regijah bivališča osebe v letu 2015

Posavska in koroška regija nista imeli pogodbenega programa z ZZZS za dejavnost otroške in mladostniške psihiatrije in nista imeli zaposlenega otroškega in mladostniškega psihiatra ali psihiatra v dejavnosti. Obiskov otrok in mladostnikov (na 100.000 oseb) z bivališčem iz teh regij pa je bilo v povprečju manj, kot je slovensko povprečje (slika 58).

Odstopa tudi pomurska regija, ki je bila v letu 2015 po številu otroških in mladostniških psihiatrov ali psihiatrov (na 100.000 oseb) nad slovenskim povprečjem, vendar je poročala o najnižjem številu vseh obiskov otrok in mladostnikov (na 100.000 oseb) (slika 58).

Za leto 2015 obstaja povezava med številom zdravnikov (na 100.000 oseb) v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije in stopnjo obiskov (na 100.000 oseb) otrok in mladostnikov v tej dejavnosti glede na statistično regijo prebivališča (slika 58).

6.7 Razprava

Možnost proučitve javne zdravstvene mreže, v okviru katere se izvajajo storitve na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov, je pogosto omejena z ravniyo podrobnosti podatkov, ki se redno zbirajo. Analizo smo omejili na dejavnosti, ki so namenjene izključno obravnavi duševnih motenj otrok in mladostnikov. Dejavnosti pediatrije, psihiatrije in klinične psihologije, ki lahko igrajo vlogo pri obravnavi duševnih motenj otrok in mladostnikov, vključujejo tudi druge vrste obravnav, ki zaradi načina zbiranja podatkov onemogočajo oceno stanja zgolj na področju duševnih motenj otrok in mladostnikov. Zato smo se osredotočili na dejavnosti razvojnih ambulant, dispanzerjev za duševno zdravje ter zunajbolnišnične otroške in mladostniške psihiatrije. Bolnišnična dejavnost otroške in mladostniške psihiatrije je obravnavana v drugem poglavju.

Pri teh dejavnostih smo analizirali predvsem pogodbeno dogovorjeni obseg programa in njegovo realizacijo. Pogodbeno dogovorjeni obseg programa je bil izbran iz dveh razlogov: alternativni viri informacij (podatki o kadru) so za nekatera področja sorazmerno nezanesljivi, poleg tega pa lahko podatki o pogodbeno dogovorjenem obsegu dela bolj odražajo obseg storitev, ki so na razpolago pacientom, na primer število razpoložljivih zdravstvenih strokovnjakov. V razpravi o razpoložljivosti kadra ter njegovi povezavi z obsegom pogodbeno dogovorjenega programa dela in dejansko izvedenimi storitvami je pomembno ponovno poudariti tri dejstva: naša analiza se je omejila na javno zdravstveno mrežo in tako ne vključuje svetovalnih centrov, katerih prispevek k obravnavi otrok in mladostnikov je zelo pomemben; pri analizi kadra smo tega upoštevali glede na razvrstitev v dejavnost, ki jo je opredelil izvajalec (pogosto je razmejitev kadra med bolnišnično in zunajbolnišnično dejavnost nenatančna, saj večina zdravnikov, ki dela v bolnišničnem okolju, izvaja obe vrsti dejavnosti); številni specializanti ter specialisti otroške in mladostniške psihiatrije imajo hkrati tudi licenco za področje psihiatrije – to dejstvo je lahko vir napak pri razvrstitvi zdravnikov v eno ali drugo specialnost.

Ugotovili smo, da obstajajo velike razlike v številu timov (na 100.000 oseb) in stopnji realiziranih programov zdravstvenih storitev po statističnih regijah za vse tri proučevane dejavnosti (razvojne ambulante, dispanzerji in zunajbolnišnična dejavnost otroške in mladostniške psihiatrije).

Število razvojnih ambulant se v letih 2008, 2010 in 2015 v posameznih statističnih regijah ni pomembneje spreminjalo, razen v obalno-kraški regiji, kjer je bilo v letu 2015 opazno pomembno povečanje števila timov (na 100.000 oseb), kar je to regijo iz ene izmed regij z najmanjšim številom timov dvignilo na slovensko povprečje (tabela 45). Še vedno pa ostajajo štiri regije (primorsko-notranjska, zasavska, jugovzhodna Slovenija in posavska), ki imajo bistveno nižje število timov (na 100.000 oseb), kot je slovensko povprečje.

Dejavnost razvojnih ambulant je ena izmed pomembnejših v zgodnjem otrokovem razvoju, usmeritvi in podpori. Glede na povečano število obiskov otrok in mladostnikov zaradi duševnih težav in motenj v zdravstvenem sistemu, vse zgodnejše obravnave, razširjene indikacije ter pričakovanja in zahteve staršev lahko domnevamo, da so potrebe na tem področju vse večje.

Zanimivo je, da v primeru prikaza števila timov (na 100.000 oseb) v razvojnih ambulantah po območnih enotah ZZZS opazimo veliko manjše razlike kot v primeru enakega prikaza po statističnih regijah izvajalca (sliki 46 in 47). Razliko lahko razložimo z dejstvom, da ZZZS pri načrtovanju in sklepanju pogodb z izvajalci uporablja kot referenčno samo območje, ki je v pristojnosti posameznih OE ZZZS, in ne statističnih regij. Zaradi tega je razporejenost timov v razvojnih ambulantah pri prikazu po statističnih regijah bolj neenakomerna kot pri prikazu po OE ZZZS.

Poleg tega je sestava tima razvojnih ambulant po regijah neenotna in ne dosega standarda, ki ga je predlagal RSK za pediatrijo glede vrste in števila strokovnjakov (leta 1993). Vse to še dodatno otežuje celostni pristop k otroku in njegovi družini.

Bistveno večjih razlik (med statističnimi regijami in OE ZZZS) pa ni zaznati pri dispanzerjih za duševno zdravje oz. v dejavnosti zunajbolnišnične otroške in mladostniške psihiatrije.

Zanimiva je tudi ugotovitev, da ni povezave med stopnjo prvih obiskov (na 100.000 oseb) otrok in mladostnikov z bivališčem na določenem območju in številom timov (na 100.000 oseb) v razvojnih ambulantah na določenem območju (slika 48). Takšna ugotovitev namreč ne govori v prid hipotezi, da je večja razpoložljivost – večje število timov (na 100.000 oseb) v regiji povezana z višjo stopnjo obiskov (na 100.000 oseb) v ambulantah s strani otrok in mladostnikov iz te regije.

Posebej izstopa stopnja prvih obiskov (na 100.000 oseb) razvojnih ambulant v gorenjski regiji, ki sicer ne izstopa po številu timov (na 100.000 oseb). Izstopata tudi pomurska in koroška regija, ki imata največje število timov (na 100.000 oseb) in zanemarljivo število prvih obiskov. Prepričljivih razlag za takšno izstopanje nismo našli. Morda je to povezano tudi z različnimi praksami napotovanja s strani izbranih pediatrov.

V dejavnosti dispanzerjev za duševno zdravje so po analiziranih podatkih razvidne precej večje razlike med številom oz. razpoložljivostjo timov (na 100.000 oseb) med regijami v primerjavi s številom timov (na 100.000 oseb) v dejavnosti razvojnih ambulant (slika 49). Prav tako se razlike med OE ZZS z najmanjšim in najvišjim številom timov (na 100.000), v primerjavi z najnižjim in najvišjim številom timov (na 100.000 oseb) po statističnih regijah, ne zmanjšajo kot pri razvojnih ambulantah.

Pri dispanzerjih za duševno zdravje smo razpolagali s podatki o realizaciji pogodbeno dogovorjenega programa z ZZS, izraženimi v številu timov in številu točk (na 100.000 oseb). Spraševali smo se, ali bodo imele statistične regije z manjšim številom timov večjo realizacijo predvidenega pogodbenega programa ZZS zaradi večjega pritiska otrok in mladostnikov, ki takšne storitve potrebujejo, na te time. Predpostavljali smo, da so potrebe otrok in mladostnikov na področju duševnega zdravja približno enake v vseh statističnih regijah. Večji pritisk za izvedbo storitev bi se po pričakovanjih odrazil v večjem preseganju načrta storitev, vendar pa se ni (slika 49). Možni razlogi za to so številni. Nižje število timov (na 100.000 oseb) ne pomeni nujno nezadovoljene potrebe po teh storitvah. Možno je tudi, da so potrebe po tovrstnih storitvah pri otrocih in mladostnikih po regijah približno enake, a zadovoljene že pri najnižjem številu timov (na 100.000 oseb). Poleg tega je možno, da se pritisk za izvajanje več storitev ne odrazi v dejanski izvedbi teh, saj naj bi bilo izvajanje storitev v skladu z načrtom predvsem skrb posloводства in ne posledica pričakovanj ali potreb pacientov. Če izvajalci po izpolnitvi programa, dogovorjenega z ZZS, prenehajo izvajati storitve, čeprav je potreba po teh storitvah med prebivalstvom še vedno prisotna, se poveča obremenitev drugih služb ali izvajalcev, ki izvajajo tovrstne storitve. To interpretacijo do neke mere podpirajo tudi preostali rezultati, prikazani v tej analizi. Možno je, da na dejanski obseg opravljenih storitev poleg poslovodske prakse in potreb po zdravstvenih storitvah vplivajo tudi številni drugi dejavniki, kot so na primer razpoložljivost kadrov in prostorov.

Tudi pri analizi zunajbolnišnične dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije nam ni uspelo dokazati povezave med številom timov (na 100.000 oseb) in realizacijo programa ZZS. Primerjava med planiranim obsegom programa (po statistični regiji nosilca) in njegovo realizacijo (v odstotkih planiranega števila točk) v letu 2015 kaže, da manjši obseg načrtovanega programa ne odraža večjega preseganja programa v primerjavi z drugimi regijami (povezava ni statistično značilna) (slika 52). Pri tem je treba upoštevati, da skoraj vse regije, razen obalno-kraške, presegajo plan za najmanj 20 %, kar verjetno pomeni, da so potrebe večje od predvidenih. Hkrati na stopnjo realizacije vplivajo še drugi dejavniki, ki so opisani v prejšnjem odstavku.

Pri dejavnosti zunajbolnišnične otroške in mladostniške psihiatrije preseneča odsotnost pogodbenega programa v treh statističnih regijah (koroška, posavska, pomurska) oziroma v dveh območjih v pristojnosti OE ZZS (Krško, Ravne na Koroškem). Pri tem se postavi vprašanje, ali je razporeditev teh specialističnih ambulant na sekundarni ravni po Sloveniji enako pomembna kot geografska razporeditev razvojnih ambulant in dispanzerjev za duševno zdravje, ki svojo dejavnost izvajajo praviloma v okviru zdravstvenih domov.

Pri analizi dejavnosti zunajbolnišnične otroške in mladostniške psihiatrije smo zaznali več neskladij med podatki, npr. nekatere regije nimajo planiranega programa, po drugi strani pa poročajo o večjem številu obiskov, kar bi zahtevalo podrobnejšo raziskavo (slika 55).

Hkrati je zanimivo, da pri razvojnih ambulantah in dispanzerjih za duševno zdravje ni povezave med številom timov po regijah in stopnjo prvih obiskov (na 100.000 oseb) oz. deležem realizacije plana. Po drugi strani pa je pri dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije povezava med številom timov in stopnjo obiskov (na 100.000 oseb) za leto 2015 statistično značilna (slika 57). Manjši predviden obseg storitev se je izkazal za pomembno povezanega z manjšo stopnjo zunajbolnišničnih obiskov na 100.000 otrok in mladostnikov s prebivališčem v določeni regiji, kar izpostavlja vprašanje o neenakosti v dostopnosti do zdravstvenih storitev. Na konkretnem primeru to pomeni, da so otroci in mladostniki, ki bivajo v koroški in posavski regiji, kjer timov otroške in mladostniške psihiatrije ni bilo, v povprečju manj pogosto obiskali zdravnika v ambulanti otroške in mladostniške psihiatrije, čeprav so seveda lahko obiskali ambulante otroške in mladostniške psihiatrije v drugih regijah. Verjetnost, da so otroci in mladostniki, ki bivajo v koroški ali posavski regiji, obiskali otroškega in mladostniškega psihiatra oz. psihiatra, ki dela na področju otroške in mladostniške psihiatrije, je bila manjša v primerjavi z otroki in mladostniki, ki so bivali v podravski ali obalno-kraški regiji, kjer je bilo število timov (na 100.000 oseb) sorazmerno visoko.

Analizirali smo tudi, ali se je v regijah, kjer je število zdravnikov (na 100.000 oseb) manjše, opravilo sorazmerno več prvih pregledov. Vprašanje temelji na predpostavki, da je incidenca duševnih težav in motenj v regijah približno enaka, in torej na pričakovanju, da so potrebe po prvih obiskih, ob upoštevanju velikosti mladoletne populacije, približno enake v vseh regijah. Ugotovili smo, da je bilo največ prvih obiskov prav v podravski regiji, kjer je tudi število zdravnikov največje (slika 58). To lahko pomeni, da naša predpostavka o približno enakih potrebah v vseh regijah ne drži. Poleg tega pa je možno, da podatki ne odražajo dejanskega stanja oz. da gre za napako pri poročanju. Verjetna razlaga prikazanih podatkov je tudi, da se otroci in mladostniki, ki zaradi premajhnega števila zdravnikov niso obravnavani v regiji, kjer prebivajo, poiščejo pomoč v regiji, kjer je število timov večje.

Poudariti je treba tudi, da nekateri otroci in mladostniki oz. njihovi starši ne poiščejo pomoči, zaradi različnih drugih razlogov (Mikuš-Kos, 2017). Mnogim staršem so zdravstvene službe nedosegljive zaradi materialnih in praktičnih preprek, drugi so premalo poučeni o možni koristi, mnogi pa se bojijo stigmatizacije.

Pri analizi podatkov o številu specialistov oz. specializantov otroške in mladostniške psihiatrije iz različnih zbirk podatkov (NIJZ, Zdravniška zbornica Slovenije) smo ugotovili razlike, ki nam jih ni uspelo v celoti pojasniti. Pomembno dejstvo pa je, da so v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije po podatkih zbirk NIJZ zaposleni tudi zdravniki, ki niso specialisti otroške in mladostniške psihiatrije, hkrati pa so v podatkovni bazi specialisti otroške in mladostniške psihiatrije, ki so aktivni v okviru drugih dejavnosti, ki ni bolnišnična ali zunajbolnišnična otroška in mladostniška psihiatrija.

Vemo, da je specializacija iz otroške in mladostniške psihiatrije v Sloveniji relativno nova, saj poteka šele od leta 2000 (Drobnič Radobuljac, 2016). V preteklosti so se posamezni specialisti psihiatri subspecializirali za delo z otroki in mladostniki in nekateri med njimi še vedno obravnavajo zgolj ali predvsem to populacijo in so tudi zaposleni v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije, ne pa vsi.

Po podatkih zbirk NIJZ je bilo v dejavnosti zunajbolnišnične otroške in mladostniške psihiatrije konec leta 2015 aktivno zaposlenih 30 zdravnikov specialistov psihiatrov ter specialistov otroške in mladostniške psihiatrije ter štirje specializanti otroške in mladostniške psihiatrije. Evropski normativ priporoča vsaj enega specialista otroške in mladostniške psihiatrije na 15.000 otrok in mladostnikov, starih do 19 let (Drobnič Radobuljac, 2016; ReNDPZ, 2014). Za slovenski prostor to pomeni 26,8 specialista otroške in mladostniške psihiatrije, kar pomeni, da izpolnjujemo navedene kriterije glede števila. Res pa je, da nimajo vsi specializacije iz otroške in mladostniške psihiatrije, teh je samo 15, in da niso enakomerno razporejeni po statističnih regijah. Glede na to, da gre za specialistično dejavnost na sekundarni ravni, je seveda vprašanje, ali je nujna enakomerna razporeditev, ali pa bi bilo dovolj določiti sprejemljivo razdaljo do specialistične obravnave v sosednji regiji. Poleg tega je bilo po podatkih ZZS v letu 2016 25 specializantov otroške in mladostniške psihiatrije, kar bo v prihajajočih letih občutno okrepilo to dejavnost, ob predpostavki, da bodo v tej dejavnosti tudi zaposleni. Sicer se vrednost občutno razlikuje od tiste, ki jo beležimo v okviru podatkovne zbirke NIJZ, verjetno zato, ker v teh zbirkah niso zajeti specialisti, ki opravljajo dodatno specializacijo.

Z zaposlitvijo večjega števila otroških in mladostniških psihiatrov bi bilo treba znova postaviti tudi regionalno mrežo timov za duševno zdravje otrok.

Za ostale strokovnjake, ki so del interdisciplinarnih timov v razvojnih ambulantah in dispanzerjih, npr. klinični psihologi, logopedi, delovni terapevti itd., analize niso bile narejene, ponekod tudi niso možne, vendar pa bi bile za dober vpogled v stanje in standardizacijo obravnave nujne. Poleg tega ni jasno določenih minimalnih standardov glede tega, kateri poklici oz. profili strokovnjakov naj bi bili v vsaki regiji oz. kateri naj bi sestavljali posamezne time.

Po evropskih normativih naj bi bilo npr. razmerje otroških in mladostniških psihiatrov ter kliničnih psihologov za delo z otroki in mladostniki 1 : 3 (ReNPZ, 2014). V letu 2013 pa je pregled mreže kliničnih psihologov pokazal, da je bilo v Sloveniji v zdravstvu zaposlenih 36 specialistov klinične psihologije ter 16 psihologov (brez specializacije), ki so delali z otroki in mladostniki (ZKP, 2014), kar pomeni, da na tem področju ne dosegamo evropskih normativov.

Odraž dostopnosti specialističnih pregledov so tudi čakalne dobe. V Sloveniji še nimamo določenega specifičnega normativa za še dopustno čakalno dobo za pregled pri specialistu otroške in mladostniške psihiatrije, temveč zgolj splošno določeno najdaljšo dopustno čakalno dobo za zdravstvene storitve, je pa daljša čakalna doba pri otrocih zaradi dinamike razvojnih značilnosti še posebej problematična.

V mnogih evropskih državah je v zadnjih letih prišlo do premika iz institucionalne v skupnostno obravnavo tudi na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Vzpostavljajo centre za zgodnjo obravnavo, socialne pediatrične službe, dnevne obravnave, oddelke otroške in mladostniške psihiatrije v okviru lokalnih bolnišnic ali pediatričnih bolnišnic, še posebej večji poudarek pa je na službah za rehabilitacijo posebnih skupin in različnih vrst skupnostnih namestitev (Remschidt in Belfer, 2005). Osnovno vodilo naj bi bilo večja sredstva usmeriti v skupnostne oblike obravnave blizu doma, šole in družine, zagotoviti pomoč družinam ter s tem zmanjševati proces institucionalizacije in dosegati največje koristi za otroka in njegovo družino.

V Sloveniji še ni bila izvedena analiza učinkovitosti dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije, zato bi bilo koristno določiti kriterije za učinkovito obravnavo v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti na področju otroške in mladostniške psihiatrije ter omogočiti njihovo spremljanje.

Potrebno pa je ravnovesje med promocijo, preventivo, primarno skrbjo in specializiranimi službami, pri vseh službah pa je treba upoštevati dostopnost, strokovnost, varnost, cenovno učinkovitost in sodobnost njihove organizacije ter delovanja.

6.8 Zaključek

Že v prejšnjih poglavjih smo ugotavljali precejšnje razlike v zunajbolnišničnih in bolnišničnih obravnavah otrok in mladostnikov po regijah, v tem poglavju pa ugotavljamo neenakomerno razporejenost služb po regijah. Prve razlike niso le posledica razlik v obolevnosti, temveč jih lahko pripišemo tudi razlikam v razporejenosti zdravstvenih storitev oz. organizacijskim in kadrovskim možnostim izvajalcev v regijah. Morda je vzrok teh razlik tudi v različni stopnji stigmatiziranosti duševnih motenj.

Za izboljšanje učinkovitosti pomoči je pomembno sodelovanje različnih strokovnjakov. Za prikazano širšo koncepcijo in politiko varovanja duševnega zdravja otrok in mladostnikov so potrebne spremembe organizacijskih oblik delovanja institucij in služb, posvečanje pozornosti prepoznavanju in zdravljenju duševnih motenj že v otroštvu, saj to pomembno vpliva na njihovo pojavnost v odrasli dobi in s tem na vsakogar izmed nas.

6.9 Predlogi ukrepov

V tem poglavju smo obravnavali le javno zdravstveno mrežo služb in ne tudi vseh drugih služb, ki so ravno tako ključnega pomena za krepitev duševnega zdravja, preprečevanje duševnih težav in tudi hitro ukrepanje v primeru težav in motenj. Predlogi ukrepov so zato povezani predvsem z našimi ugotovitvami glede razvojnih ambulant, dispanzerjev za duševno zdravje in specialistično zunajbolnišnično dejavnost otroške in mladostniške psihiatrije.

Predlagani ukrepi

- Vzpostavitev javne zdravstvene mreže, ki se bo odzivala na potrebe otrok in mladostnikov na področju duševnega zdravja ter bo upoštevala sodobne smernice za obravnavo in zagotavljala enako dostopnost.
- Izboljšanje kakovosti sistema zbiranja, proučevanja in vrednotenja podatkov.
- Zagotovitev bolj poglobljene analize velikih razlik med številom timov (na 100.000 oseb) in stopnjo prvih obiskov (na 100.000 oseb) otrok in mladostnikov v razvojnih ambulantah po regijah.
- Revizija oz. ponovna proučitev ustreznosti sestave tima v razvojni ambulanti.
- Proučitev, ali je sestava tima razvojnih ambulant v vseh regijah ustrezna.
- Sprememba pavšalnega načina plačevanja razvojnih ambulant v plačevanje glede na realizacijo obiskov.
- Redefinicija vloge dispanzerjev za duševno zdravje, sestave tima in njegove umestitve v javno zdravstveno mrežo.
- Strateško načrtovanje kadrov na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov.

6.10 Literatura

- Ciljni raziskovalni programi (CRP), *Razvoj modela nacionalne mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov*. (2017). Pridobljeno s <https://www.arrs.gov.si/sl/progproj/crp/razpisi/15/inc/ARRS-RPROJ-CRP-15-dodatno-1.pdf>.
- Drobnič Radobuljac, M. (2016). The state of child and adolescent psychiatry in Slovenia: a brief report. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25(5), 561–563.
- European commission. (2008). *European Pact for Mental Health and Well-being*. Pridobljeno s http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf.
- Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M., in Roškar, S. (2009). *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Pridobljeno s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/dusevno_zdravje_publikacija.pdf.
- Mikuš Kos, A. (2017). O varovanju duševnega zdravja otrok in mladostnikov – aktualna tema sedanjega časa. *ISIS*, 28. Pridobljeno s <http://online.pubhtml5.com/agma/mmqa/#p=29>.
- Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna (2017). *Program reintegracije in rehabilitacije mladostnikov s čustvenimi motnjami in/ali motnjami hranjenja*. Pridobljeno s <http://www.mkz-rakitna.si/program-reintegracije-in-rehabilitacije.php>.
- Mušič, D. (2011). Mreža pomoči otrokom in mladostnikom z duševno motnjo v Sloveniji. *Slovenska pediatrija*, 18, 34–39.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2016). *Zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost (ZUBSTAT)*. Pridobljeno s <http://www.nijz.si/sl/podatki/zunajbolnisnicna-zdravstvena-dejavnost-0>.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2017). *Baza podatkov izvajalcev (BPI)*. Pridobljeno s www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/mn_bpi_ver_1.o8.pdf.
- Pridobljeno s http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf.
- Pucelj, V., Peternel, L., Drglin, Z., Torkar, T., Hafner, A., Koprivnikar, H., in Kuhar, D. (2016). *Skupaj za zdravje – Za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju otrok in mladostnikov. Program vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike (o do 19 let) (predlog)*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s <http://www.skupajzazdravje.si/media/program.vzgoje.za.zdravje.za.otroke.in.mladostnike.pdf>.
- Remshmidt, H., in Belfer, M. (2005). Mental health care for children and adolescents worldwide: a review. *World Psychiatry*, 4(3), 147–153.
- Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« /ReNPZV 16-25/*. (2016). Uradni list RS, št. 25/16. Pridobljeno s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2016-01-0999?sop=2016-01-0999>.
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014–2018 /ReNPDZ/*. (2014). Pridobljeno s <http://e-uprava.gov.si/download/edemokracija/datotekaVsebina/155900?disposition=inline>.
- Statistični urad Republike Slovenije. (2017). *Podatki o prebivalstvu Slovenije z dne 1. 7. 2017, 1. 7. 2011 in 1. 7. 2015*. Pridobljeno s <http://www.stat.si/statweb>.
- Uredba (ES), št. 1059/2003 Evropskega parlamenta o standardni klasifikaciji teritorialnih enot* (2003). Uradni list RS, št. 154/03. Pridobljeno s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=URED4094>.

- World Health Organization (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference*. Denmark: WHO Regional Office for Europe. Pridobljeno s http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf.
- World Health Organization. (2008). *Policies and practices for mental health in Europe-meeting the challenges*. Denmark: WHO Regional Office for Europe. Pridobljeno s http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf.
- World Health Organization. (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013-2020*. Denmark: WHO Regional Office for Europe. Pridobljeno s http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf.
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). (2017). *Plan in realizacija zdravstvenih storitev*. (2017). Pridobljeno s https://partner.zzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene_storitve/plan_in_realizacija/podatki_o_planu_in_realizaciji_zdrav_storitve!/ut/p/z1/o4_Sj9CPYkssyoxPLMnMzovMAfIjo8ziTQxdPd2N_Qo8_c29TAwCHf3DHMN8gwoNPE3oC7ldFQFBzz1P/.
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). (2017). Splošni dogovori za pogodbeno leto 2008, 2011, 2012, 2015. Pridobljeno s https://partner.zzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene_storitve/splosni_dogovori_in_aneksi/splosni_dogovori_in_aneksi.
- Zbornica kliničnih psihologov Slovenije (ZKP). (2014). Predlog mreže kliničnih psihologov v zdravstvu (za ZZZS). Pridobljeno s <http://klinikna-psihologija.si/>.
- Zdravniška zbornica Slovenije. (2016). Pridobljeno s <https://www.zdravniskazbornica.si/>.

“ Počasi me bo uničilo to konstantno sekiranje in stres pod katerim sem večino svojega časa, ker se tako obremenjujem z vsemi mislimi. ”

**#to
sem
jaz**

citata s spletne strani www.tosemjaz.net

“ Ko sem pod stresom in mi gre za nohte prav histerična postanem ((pre)hitro diham, jokam, tresem se tako močno da se stol skup z mano, ne morm govorit, gledam v prazno ali pa imam zaprte oči in se pozibavam naprej in nazaj na mestu)... ”

7. Doživljanje stresa, psihosomatskih simptomov ter čustvene in vedenjske težave pri otrocih in mladostnikih

7.1 Glavne ugotovitve

Doživljanje stresa

- Zunajbolnišnične in bolnišnične obravnave zaradi reakcije na hud stres so bile pogostejše pri dekletih kot pri fantih. Število obravnav je naraščalo s starostjo.
- Leta 2013 je v raziskavi Mladina 35,2 % mladostnikov v starosti 16 do 19 let poročalo, da stresa ne doživljajo oz. ga doživljajo nekajkrat letno, približno 3,3 % mladostnikov pa je poročalo, da doživljajo stres večino dni v tednu.
- Po podatkih iz raziskave HBSC je v letu 2014 53,0 % deklet in 40,2 % fantov v starosti 11, 13 in 15 let poročalo o obremenjenosti oz. stresu zaradi šole. Trend od leta 2002 do leta 2014 kaže upadanje deleža fantov in naraščanje deleža deklet, ki poročajo o doživljanju pritiska zaradi dela za šolo.
- Slovenski otroci in mladostniki v raziskavi HBSC so v primerjavi z vrstniki v tujini pogosteje poročali o obremenjenosti oz. stresu zaradi šole.
- Podatki iz raziskav o doživljanju stresa, ki so na voljo, merijo le določen vidik doživljanja stresa; primanjkuje raziskav, ki bi bolj celostno ocenjevale doživljanje stresa in spoprijemanje z njim.

Doživljanje psihosomatskih simptomov

- V letu 2014 je po podatkih iz raziskave HBSC 27,9 % otrok in mladostnikov v starosti 11, 13 in 15 let poročalo o doživljanju vsaj dveh psihosomatskih simptomov na teden. Slovenski otroci in mladostniki najpogosteje poročajo o nespečnosti (22,4 %), nervoznosti (20,4 %), razdražljivosti (18,9 %) in potrnosti (16,2 %).
- V raziskavi HBSC je bil opazen postopen upad v doživljanju psihosomatskih simptomov v letih 2002–2010, medtem ko se je v letu 2014 pojavil izrazit porast v doživljanju simptomov pri fantih in dekletih.
- V raziskavi HBSC so dekleta v letih 2002–2014 pogosteje poročala o doživljanju psihosomatskih simptomov kot fantje. Prav tako so v primerjavi z mlajšimi (11-letniki) psihosomatske simptome pogosteje doživljali starejši mladostniki (13- in 15-letniki).
- Glede na podatke tujih vrstnikov v raziskavi HBSC so slovenski mladostniki redkeje poročali o doživljanju psihosomatskih simptomov.

Vedenjske in čustvene težave

- Na podlagi raziskave HBSC večina (79,7 %) otrok in mladostnikov (starih 11, 13 in 15 let) ni imela čustvenih in vedenjskih težav.
- V raziskavi HBSC so dekleta pogosteje poročala o čustvenih težavah, medtem ko so o vedenjskih težavah, hiperaktivnosti in nepozornosti ter o težavah v odnosih z vrstniki fantje in dekleta poročali približno enako pogosto.

- S starostjo pri mladostnikih so v raziskavi HBSC naraščale čustvene težave, vedenjske težave ter težave, povezane s hiperaktivnostjo in nepozornostjo – ta porast je bil posebej izrazit pri dekletih.
- Na podlagi podatkov iz raziskave HBSC je razvidno, da se pogostost čustvenih in vedenjskih težav pri 15-letnih dekletih od leta 2006 do leta 2014 veča, medtem ko se pri 15-letnih fantih manjša.

7.2 Uvod

Doživljanje negativnega stresa ni značilno le za odrasle, ampak tudi za otroke in mladostnike. Vzroki za stres so pri otrocih in mladostnikih lahko zelo raznoliki in so pogosto povezani s telesnimi spremembami v obdobju odraščanja, medosebnimi odnosi (težavami v odnosu s starši, vrstniki in sorojenci) ter z nekaterimi manj predvidljivimi situacijami v družini ali šoli (npr. finančnimi težavami, ločitvijo, boleznijo starša, zahtevami v šoli, trpinčenjem) (Greene in Walker, 1997; Zimmer-Gembeck in Skinner, 2008). Kratkotrajen stres ni škodljiv, dolgotrajen, ponavljajoč se in intenziven stres pa lahko vodi v razvoj različnih simptomov in težav, med drugim tudi v razvoj psihosomatskih simptomov (Poikolainen idr., 1995) ter čustvenih in vedenjskih težav (Flouri in Panourgia, 2014).

Pogosto doživljanje stresa torej lahko vodi tudi v razvoj čustvenih, vedenjskih in drugih težav v duševnem zdravju (Flouri in Panourgia, 2014), ki so med pogostejšimi kroničnimi zdravstvenimi stanji v otroštvu in adolescenci (Pastor, Reuben in Duran, 2012). Raziskovalci ocenjujejo, da so težave v duševnem zdravju značilne za 10 do 20 % otrok in mladostnikov po vsem svetu in so odgovorne za velik delež globalnega bremena bolezni (Kieling idr., 2011). Zato so težave, kot npr. anksioznost, depresivnost, vedenjske težave, hiperaktivnost in nepozornost ter težave v odnosih z vrstniki, ključni javnozdravstveni problem v obdobju otroštva in mladostništva (Hölling, Kurth, Rothenberger, Becker in Schlack, 2008). Čustvene in vedenjske težave so pogosto velika obremenitev za posameznika in ovirajo njegovo funkcioniranje v šolskem okolju ter vplivajo na njegovo blagostanje in na socialne odnose v družinskem okolju ter med prijatelji (Ravens-Sieberer, Erhart idr., 2008). Z drugimi besedami, vedenjske in čustvene težave imajo negativen vpliv na posameznikovo šolsko uspešnost in socialni razvoj (Pastor idr., 2012) ter pomembno znižujejo posameznikovo kvaliteto življenja (Ravens-Sieberer, Erhart idr., 2008).

7.3 Namen

V poglavju bomo predstavili razpoložljive podatke o doživljanju stresa, psihosomatskih simptomih ter čustvenih in vedenjskih težavah otrok in mladostnikov v Sloveniji v starosti od 0 do 19 let. Predstavljeni bodo podatki o zunajbolnišničnih obravnavah na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva in bolnišničnih obravnavah ter anketni podatki iz nacionalnih in mednarodnih raziskav. Prikazane bodo razlike med spoloma, med starostnimi skupinami in spremembe, do katerih je prišlo v obdobju med letoma 2008 in 2015. Kjer je to možno, bodo slovenski podatki primerjani s podatki tujih držav.

7.4 Viri podatkov

Doživljanje stresa

V analizi so uporabljeni podatki iz raziskav HBSC, Mladina in podatkovnih zbirk Zubstat in Bolob o obravnavah otrok in mladostnikov v starosti od 0 do 19 let zaradi diagnoze F43 *Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje* po Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10) v obdobju od leta 2008 do leta 2015. Motnje, ki se uvrščajo pod diagnozo F43, so akutna stresna reakcija (F43.0), *posttravmatska stresna motnja* (F43.1), *prilagoditvena motnja* (F43.2), druge reakcije na hud stres (F43.8) in neopredeljene reakcije na hud stres (F43.9). Reakcija na hud stres spada v sklop *nevrotskih, stresnih in somatoformnih motenj* (sklop diagnoz F40–F48).

Podatki raziskave HBSC vključujejo odgovore na vprašanje »Koliko si zaradi dela za šolo pod pritiskom?«, na katero so v letih 2002, 2006, 2010 in 2014 odgovarjali (možni odgovori: sploh nič, malo, še kar, zelo) 11-, 13- in 15-letniki. Podatki raziskave Mladina pa vključujejo odgovor na vprašanje »Kako pogosto čutiš stres?«, na katero so leta 2010 odgovarjali (možni odgovori: nikoli oz. nekajkrat v letu, vsak mesec, vsak teden, nekaj dni v tednu, večino dni v tednu) mladi med 15. in 29. letom, v letu 2013 pa mladi med 16. in 27. letom. Zaradi primerljivosti podatkov so predstavljeni le rezultati starostne skupine od 16 do 19 let. Postavka o stresu je bila v raziskavi v letih 2010 in 2013 enaka, le da so bila v letu 2010 vprašanja anketirancem postavljena pisno, v letu 2013 pa ustno.

Doživljanje psihosomatskih simptomov

Vir podatkov za psihosomatske simptome sta raziskavi HBSC in ESPAD. HBSC zajema podatke o doživljanju osmih psihosomatskih simptomov (glavobol, bolečine v želodcu, bolečine v hrbtu, občutek potlačenosti, razdražljivost, nervoznost, nespečnost in omotičnost) med 11-, 13- in 15-letniki. Nekateri avtorji (Berntsson idr., 2001; Svedberg, Eriksson in Boman, 2013) med psihosomatske simptome štejejo tudi izgubo apetita in težave s koncentracijo, po čemer vprašuje raziskava ESPAD. Leta 2011 je raziskava ESPAD vključevala mladostnike, ki so bili rojeni leta 1995 – v času raziskave je bila njihova povprečna starost 15,8 leta.

Vedenjske in čustvene težave

Vir podatkov za vedenjske in čustvene težave je raziskava HBSC, v katero je vključen Vprašalnik prednosti in slabosti (angl. SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire). SDQ je kratek presejalni instrument, ki v originalni obliki vsebuje 25 postavk, navezujočih se na štiri problemska področja (čustveni simptomi, vedenjske težave, hiperaktivnost in nepozornost ter težave v odnosih z vrstniki) ter eno pozitivno področje (prosocialno vedenje), ki pa v slovenski vprašalnik ni bilo vključeno. Na podlagi vprašalnika je mogoče oceniti verjetnost prisotnosti klinično pomembnih duševnih težav na splošno, posamezne podlestvice vprašalnika (štiri problemska področja) pa omogočajo oceno verjetnosti prisotnosti specifičnih duševnih težav. Glede na rezultat vprašalnika SDQ lahko mladostnike razdelimo v tri skupine: skupino z normalnim rezultatom, ki kaže na majhno verjetnost klinično pomembnih težav; skupino z mejnim rezultatom, ki kaže na možno prisotnost klinično pomembnih težav; ter skupino s povišanim rezultatom, ki kaže na veliko verjetnost prisotnosti klinično pomembnih duševnih težav.

V letih 2006 in 2010 so na vprašalnik odgovarjali le 15-letniki, leta 2014 pa tudi 11- in 13-letniki. Podatki za leto 2014 zato vključujejo vse tri starostne skupine. Posebej so predstavljeni podatki za 15-letnike, pri katerih je prikazana tudi primerjava po letih merjenja.

7.5 Doživljanje stresa

Zunajbolnišnične obravnave zaradi reakcije na hud stres

V obdobju od leta 2008 do leta 2015 je bilo na primarni ravni skupaj 3459 zunajbolnišničnih obravnav zaradi reakcije na hud stres, od tega 2052 (59,3 %) deklet in 1407 (40,7 %) fantov. Število zunajbolnišničnih obravnav od leta 2008 do leta 2015 narašča (z izjemo upada leta 2010) in je bilo v letu 2015 v primerjavi z letom 2008 višje za 30,7 %. V vseh prikazanih letih so bila dekleta pogosteje obravnavana kot fantje, v letu 2015 je delež deklet med obravnavanimi mladimi znašal 61,5 %, delež fantov pa 38,5 % (tabela 46).

Tabela 46. Število prvih obiskov zaradi reakcije na hud stres glede na spol v starostni skupini 0–19 let, med letoma 2008 in 2015

	Fantje	Dekleta	Skupaj
2008	155	232	387
2009	173	245	418
2010	147	214	361
2011	183	231	414
2012	185	237	422
2013	174	298	472
2014	195	284	479
2015	195	311	506
Skupaj	1407	2052	3459

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

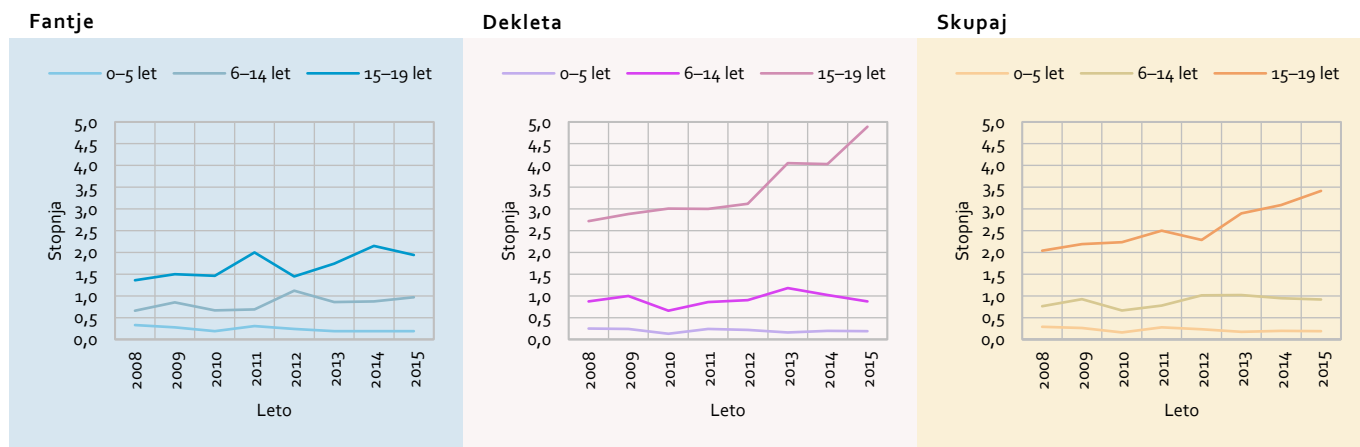
Število zunajbolnišničnih obravnav na primarni ravni zdravstvenega varstva je bilo v obdobju od leta 2008 do leta 2015 najnižje v starostni skupini od 0 do 5 let (6,4 %), navišje pa v starostni skupini od 15 do 19 let (59,5 %). Obravnava zaradi reakcije na hud stres je bila najpogostejša pri starejših otrocih in mladostnikih, pri katerih je bil med obravnavanimi leti opazen največji porast (41,6-odstoten porast števila obravnav v starostni skupini od 15 do 19 let ter 25,8-odstoten v skupini od 6 do 14 let) (tabela 47).

Tabela 47. Število prvih obiskov zaradi reakcije na hud stres glede na starostno skupino, med letoma 2008 in 2015

	0–5 let	6–14 let	15–19 let
2008	33	128	226
2009	31	154	233
2010	20	110	231
2011	35	128	251
2012	30	167	225
2013	23	170	279
2014	26	160	293
2015	25	161	320
Skupaj	223	1178	2058

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

V obdobju od leta 2008 do leta 2015 je bila povprečna stopnja zunajbolnišničnih obravnav zaradi reakcije na hud stres pri obeh spolih najvišja v starostni skupini od 15 do 19 let (3,4/1000), pri čemer je bilo v tej starostni skupini več zunajbolnišničnih obravnav pri dekletih kot pri fantih (slika 59).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 59. Stopnja prvih obiskov zaradi reakcije na hud stres glede na starostno skupino in spol, med letoma 2008 in 2015

Na sekundarni ravni zdravstvenega varstva je bilo med letoma 2008 in 2015 zaradi reakcije na hud stres 2539 zunajbolnišničnih obravnav, od tega 1529 (60,2 %) deklet in 1010 (39,8 %) fantov. Število zunajbolnišničnih obravnav v obdobju od leta 2008 do leta 2014 je nekoliko naraščalo, v letu 2015 pa glede na leto 2008 zasledimo upad v številu obravnav pri fantih, ki znaša za fante 9,6 %, pri dekletih pa je poraslo za 2,8 % (tabela 48).

Tabela 48. Število končnih diagnoz zaradi reakcije na hud stres glede na spol v starostni skupini 0–19 let, med letoma 2008 in 2015

	Fantje	Dekleta	Skupaj
2008	115	179	294
2009	134	171	305
2010	102	197	299
2011	143	168	311
2012	139	195	334
2013	129	228	357
2014	144	207	351
2015	104	184	288
Skupaj	1010	1529	2539

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

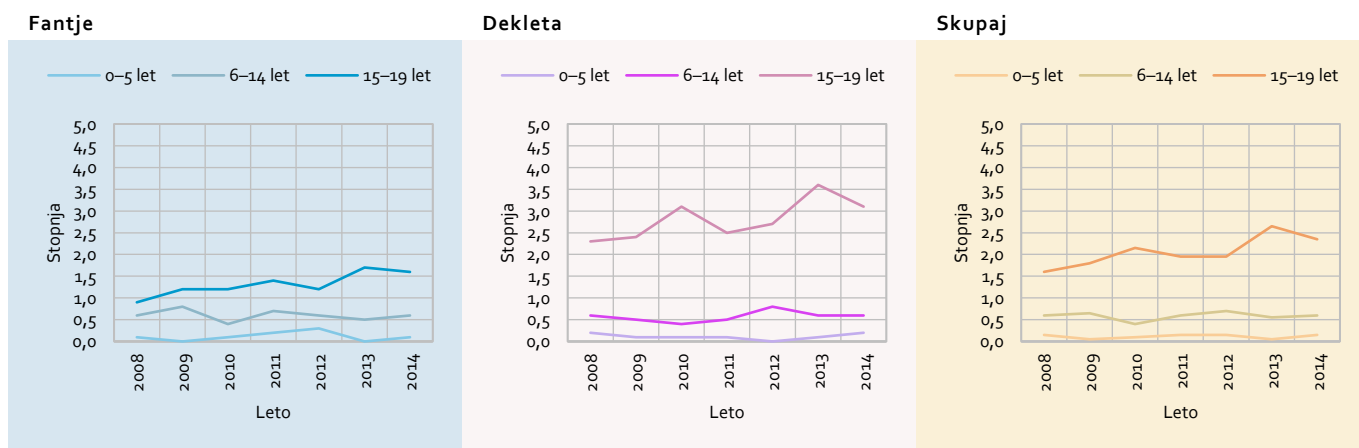
Največ zunajbolnišničnih obravnav je bilo v starostni skupini od 15 do 19 let (65,6 %), sledi skupina od 6 do 14 let (29,7 %) in za njo skupina od 0 do 5 let (4,6 %). V primerjavi z letom 2008 zasledimo v letu 2015 upad v številu obravnav pri starostnih skupinah od 0 do 5 let (35,3 %) in 6 do 14 let (32,0 %) ter porast v starostni skupini od 15 do 19 let (18,1 %) (tabela 49).

Tabela 49. Število končnih diagnoz zaradi reakcije na hud stres glede na starostno skupino, med letoma 2008 in 2015

	0–5 let	6–14 let	15–19 let
2008	17	100	177
2009	9	105	191
2010	10	65	224
2011	18	98	195
2012	23	116	195
2013	9	95	253
2014	21	108	222
2015	11	68	209
Skupaj	118	755	1666

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Povprečna stopnja zunajbolnišničnih obravnav na sekundarni ravni zdravstvenega varstva zaradi reakcije na hud stres je bila v obdobju 2008–2015 pri obeh spolih najvišja v starostni skupini od 15 do 19 let (2,1/1000), in sicer višja pri dekletih kot pri fantih. Sledita starostni skupini od 6 do 14 let (0,6/1000) in od 0 do 5 let (0,1/1000), kjer ni bistvenih razlik med spoloma (slika 60).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 60. Stopnja končnih diagnoz na 1000 oseb zaradi reakcije na hud stres glede na starostno skupino in spol, med letoma 2008 in 2015

Bolnišnične obravnave zaradi reakcije na hud stres

Ker je bilo v opazovanih letih število bolnišničnih obravnav otrok v starostni skupini od 0 do 5 let zaradi reakcije na hud stres manjše od 5, smo to starostno skupino izpustili iz prikaza števila in stopnje bolnišničnih obravnav. Sicer je bilo zaradi reakcije na hud stres zabeleženih 624 obravnav otrok in mladostnikov v starostni skupini od 6 do 19 let, od tega 182 (29,2 %) pri fantih in 442 (70,8 %) pri dekletih. V številu obravnav po letih zasledimo manjša nihanja, predvsem pri dekletih, pri katerih beležimo od 32 bolnišničnih obravnav leta 2009 do 72 obravnav leta 2012. Enako kot pri podatkih o zunajbolnišničnih obravnavah na primarni in sekundarni ravni je bil v vseh prikazanih letih delež obravnav višji pri dekletih kot pri fantih – v letu 2015 je bil delež obravnav deklet 64,2 %, delež obravnav fantov pa 35,8 % (tabela 50).

Tabela 50. Število bolnišničnih obravnav zaradi reakcije na hud stres glede na spol v starostni skupini 0–19 let, med letoma 2008 in 2015

	Fantje	Dekleta	Skupaj
2008	19	41	60
2009	21	32	53
2010	25	70	95
2011	24	72	96
2012	23	70	93
2013	26	60	86
2014	20	55	75
2015	24	43	67
Skupaj	182	442	624

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

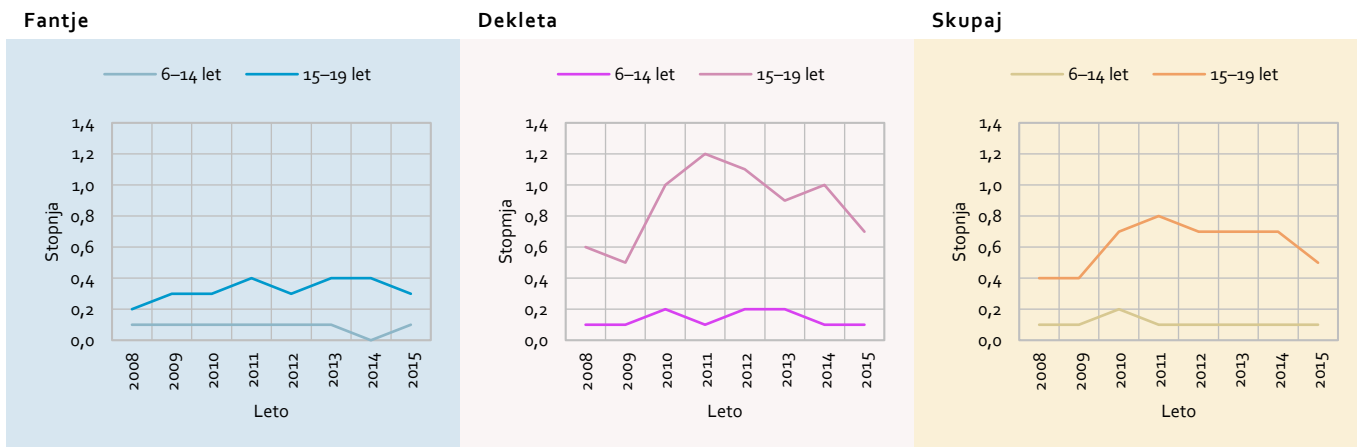
Večina bolnišničnih obravnav je bila opravljena v starostni skupini od 15 do 19 let (70,8 %). Število obravnav v starostni skupini od 6 do 14 let se je gibalo od 12 obravnav leta 2014 do 25 leta 2010. V starostni skupini od 15 do 19 let pa je opazen najprej porast števila obravnav v obdobju od leta 2010 do leta 2012, nato pa postopen upad števila obravnav (tabela 51).

Tabela 51. Število bolnišničnih obravnav zaradi reakcije na hud stres glede na starostno skupino, med letoma 2008 in 2015

	6–14 let	15–19 let
2008	16	44
2009	13	39
2010	25	70
2011	17	79
2012	22	71
2013	21	65
2014	12	63
2015	17	50
Skupaj	143	481

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

V obdobju 2008–2015 je bila povprečna stopnja bolnišničnih obravnav zaradi reakcije na hud stres pri fantih v starostni skupini od 15 do 19 let 0,3/1000, v starostni skupini od 6 do 14 let pa 0,1/1000. Pri dekletih pa so bile stopnje bolnišničnih obravnav v starostni skupini od 15 do 19 let za več kot dvakrat višje kot pri fantih (0,7/1000), v starostni skupini od 6 do 14 let pa enake kot pri fantih (0,1/1000) (slika 61).

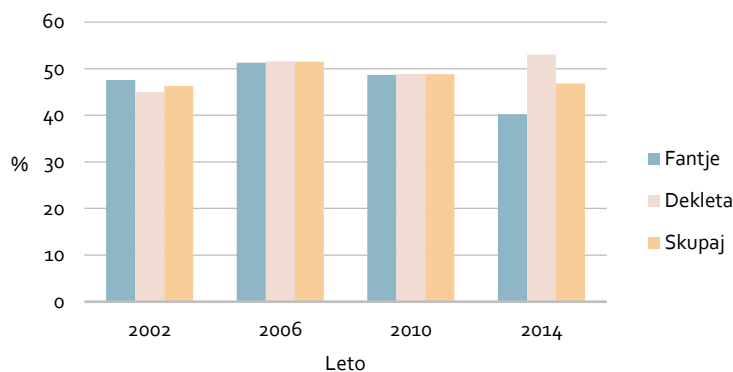


(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 61. Stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb zaradi reakcije na hud stres v starostnih skupinah 6–14 let in 15–19 let glede na spol, med letoma 2008 in 2015

Podatki presečnih raziskav

V letu 2014 je v raziskavi HBSC na vprašanje »Koliko si zaradi dela za šolo pod pritiskom?« 46,7 % mladostnikov odgovorilo s še kar ali zelo. Starejši mladostniki (13 in 15 let) so o doživljanju stresa poročali pogosteje kot 11-letniki, prav tako so o doživljanju stresa pogosteje poročala starejša dekleta kot enako stari fantje (13 in 15 let). Trend od leta 2002 do leta 2014 kaže upadanje deleža fantov in naraščanje deleža deklet, ki poročajo o doživljanju pritiska zaradi dela za šolo (slika 62).



(Vir: HBSC, 2002, 2006, 2010, 2014.)

Slika 62. Skupni delež 11, 13 in 15 let starih mladostnikov, ki so na vprašanje »Koliko si zaradi dela za šolo pod pritiskom?« odgovorili s »še kar« ali »zelo«, glede na spol in leto izvedbe raziskave

Slovenski mladostniki so se glede na pogostost doživljanja stresa v šoli v primerjavi z vrstniki iz tujine uvrstili v zgornjo tretjino držav. O doživljanju pritiska zaradi dela za šolo poroča 30,0 % slovenskih in 23 % vseh 11-letnikov, 54,5 % slovenskih in 36 % vseh 13-letnikov ter 54,5 % slovenskih in 39 % vseh 15-letnikov (Inchley idr., 2016; Jeriček Klanšček idr., 2015).

Na podlagi podatkov iz raziskave Mladina je leta 2013 o občutenju stresa večino dni v tednu poročalo manj mladostnikov kot leta 2010 (3,3 % in 4,0 %). Medtem ko je leta 2010 o doživljanju stresa večino dni v tednu poročalo več deklet kot fantov, pa je bilo leta 2013 stanje obratno. V primerjavi z letom 2010 se je v letu 2013 zmanjšalo število mladih, ki poročajo o doživljanju stresa

vsaj enkrat na mesec, in povečalo število tistih, ki nikoli ali redko doživljajo stres. Delež mladostnikov, ki nikoli oz. nekajkrat v letu občutijo stres, je bil v obeh izvedbah raziskave višji pri fantih (tabela 52).

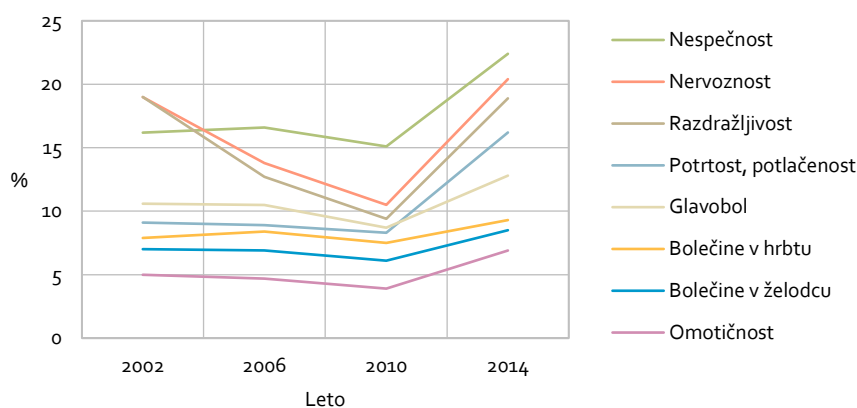
Tabela 52. Delež mladostnikov v starostni skupini 16–19 let po izbranih odgovorih na vprašanje »Kako pogosto čutiš stres?« glede na spol, v letih 2010 in 2013

	Doživljanje stresa	Fantje	Dekleta	Skupaj
2010	Nikoli/nekajkrat v letu	38,4	21,4	29,9
	Vsaj vsak mesec	61,6	78,6	70,1
	Večino dni v tednu	3,6	4,4	4,0
2013	Nikoli/nekajkrat v letu	46,7	23,7	35,2
	Vsaj vsak mesec	53,3	76,3	64,8
	Večino dni v tednu	3,6	3,0	3,3

(Vir: Mladina, 2010, 2013.)

7.6 Psihosomatski simptomi

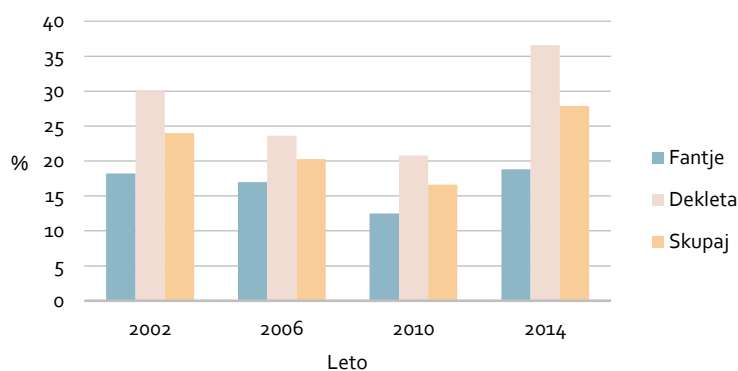
Slovenski mladostniki v raziskavi HBSC iz leta 2014 najpogosteje poročajo o nespečnosti (22,4 %), nervoznosti (20,4 %), razdražljivosti (18,9 %) in potrnosti (16,2 %). Po manjšem upadu leta 2010 beležimo leta 2014 večjo pojavnost psihosomatskih simptomov (slika 63).



(Vir: HBSC, 2002, 2006, 2010, 2014.)

Slika 63. Skupni delež 11, 13 in 15 let starih mladostnikov, ki so poročali o prisotnosti različnih psihosomatskih simptomov, glede na leto izvedbe raziskave

O doživljanju vsaj dveh psihosomatskih simptomov na teden je poročalo 27,9 % mladostnikov, pri čemer je bil delež deklet v vseh izvedbah raziskave višji od deleža fantov (slika 64).



(Vir: HBSC, 2002, 2006, 2010, 2014.)

Slika 64. Skupni delež 11, 13 in 15 let starih mladostnikov, ki so poročali o doživljanju vsaj dveh psihosomatskih simptomov na teden, glede na spol in leto izvedbe raziskave

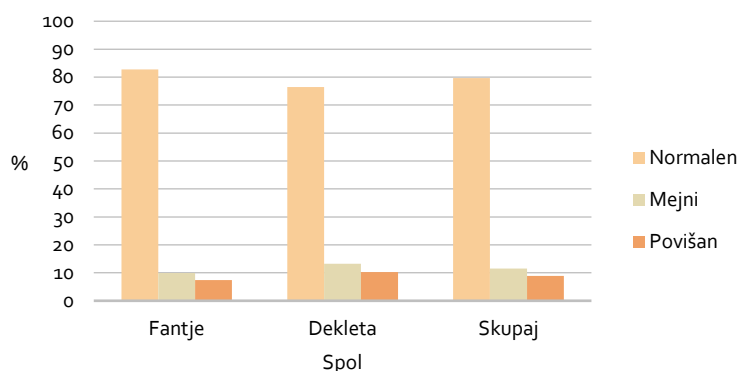
Pogostost psihosomatskih simptomov je bila leta 2014 pri slovenskih mladostnikih nekoliko nižja, kot je bilo povprečje sodelujočih držav raziskave HBSC (o dveh simptomih tedensko ali več poroča 19,5 % slovenskih in 27 % vseh 11-letnikov, 29 % slovenskih in 33 % vseh 13-letnikov ter 34,5 % slovenskih in 39 % vseh 15-letnikov) (Inchley idr., 2016; Jeriček Klanšček idr., 2015). Primerjave med slovenskimi mladostniki in njihovimi vrstniki v drugih državah, vključenih v raziskavo, kažejo, da dekleta v vseh državah pogosteje poročajo o prisotnosti psihosomatskih simptomov kot fantje in da starejša dekleta poročajo o več simptomih kot mlajša.

V raziskavi ESPAD je v letu 2011 31 % slovenskih deklet in 13 % fantov odgovorilo, da so v zadnjem tednu imeli pogosto oz. večino časa težave s koncentracijo. Da so v zadnjem tednu pogosto oz. večino časa občutili izgubo apetita, je poročalo 17 % deklet in 5 % fantov.

7.7 Vedenjske in čustvene težave

Podatki HBSC raziskave iz leta 2014 kažejo, da večina mladostnikov (79,7 %) izraža majhno verjetnost prisotnosti klinično pomembnih duševnih težav. Delež mladostnikov, pri katerih je izražena velika verjetnost za prisotnost klinično pomembnih duševnih težav, je 8,9 % (slika 65).

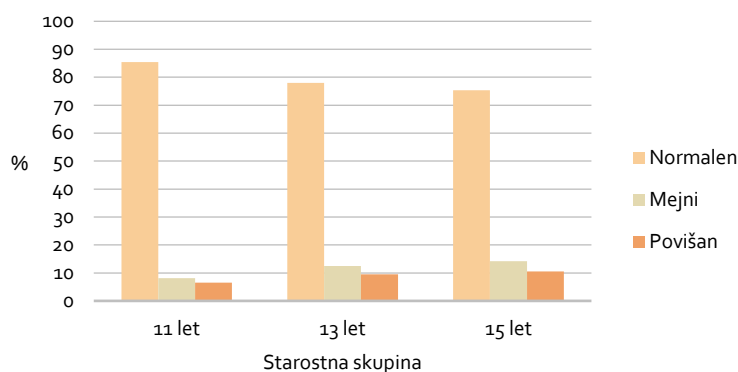
Analiza po spolu je pokazala, da dosegajo dekleta statistično značilno ($\chi^2 = 30,58$; $df = 2$; $p < ,000$) večji delež mejnih in povišanih rezultatov pri skupnem seštevku Vprašalnika prednosti in slabosti, ki predstavlja oceno verjetnosti prisotnosti klinično pomembnih duševnih težav. Razlike med spoloma so se pokazale tudi pri naslednjih duševnih težavah: dekleta so v primerjavi s fanti poročala o več čustvenih težavah ($\chi^2 = 160,59$; $df = 2$; $p < ,000$), fantje pa v primerjavi z dekleti o več težavah na področju odnosov z vrstniki ($\chi^2 = 6,39$; $df = 2$; $p = ,041$). Na preostalih dveh podlestvich, hiperaktivnost in nepozornost ter vedenjske težave, med spoloma ni bilo bistvenih razlik.



(Vir: HBSC, 2014.)

Slika 65. Skupni delež 11, 13, in 15 let starih mladostnikov, ki so dosegli normalen, mejni ali povišan rezultat v skupnem seštevku Vprašalnika prednosti in slabosti glede na spol

Prav tako lahko opazimo določene razlike po starostnih skupinah (slika 66): 11-letniki v primerjavi s 13- in 15-letniki dosegajo večji delež normalnih rezultatov ($\chi^2 = 54,94$; $df = 4$; $p < ,000$).

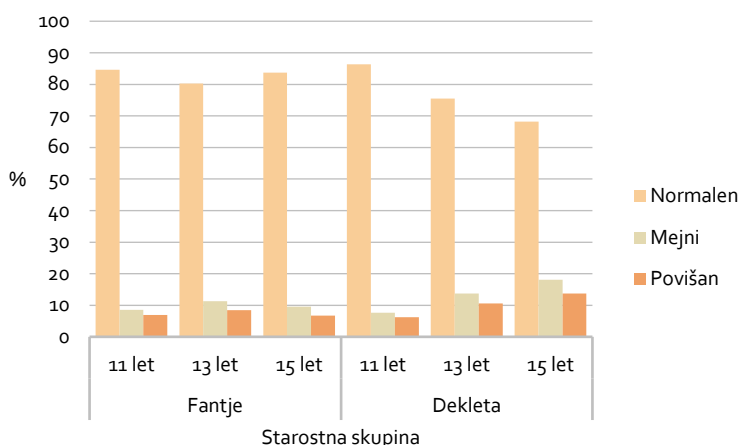


(Vir: HBSC, 2014.)

Slika 66. Delež mladostnikov, ki so dosegli normalen, mejni ali povišan rezultat v skupnem seštevku Vprašalnika prednosti in slabosti glede na starostno skupino

Primerjava rezultatov pri podlestvicah glede na starost kaže, da s starostjo narašča delež mejnih in povišanih rezultatov na področju čustvenih težav ($\chi^2 = 68,78$; $df = 4$; $p < ,000$) ter hiperaktivnosti in nepozornosti ($\chi^2 = 49,91$; $df = 4$; $p < ,000$). V primerjavi z 11-letniki se 15- in 13-letniki na področju vedenjskih težav pogosteje uvrščajo v kategorijo povišanih rezultatov ($\chi^2 = 19,66$; $df = 4$; $p = ,001$). Na podlestvici težav z vrstniki se rezultati med starostnimi skupinami bistveno ne razlikujejo.

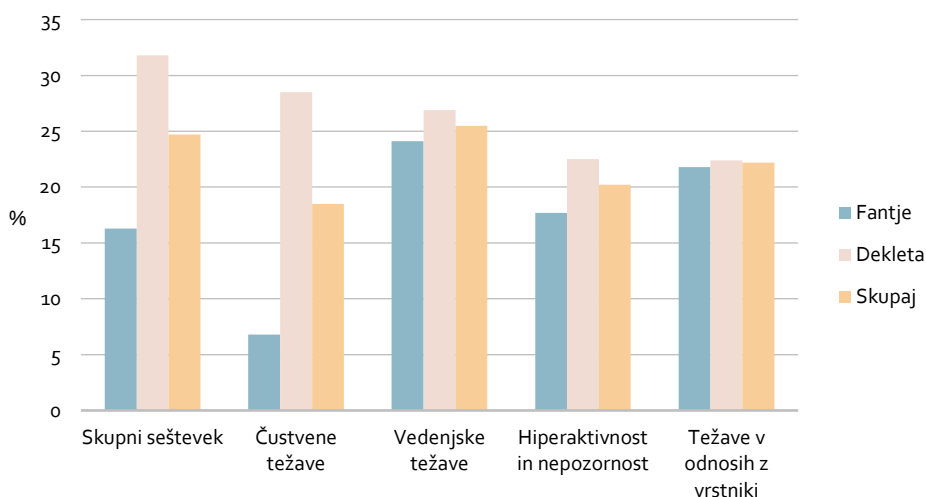
Razlik v verjetnosti prisotnosti klinično pomembnih duševnih težav med fanti različnih starosti z dodatnimi analizami nismo ugotovili. Pri dekletih pa so 11-letnice poročale o najmanj težavah v duševnem zdravju, medtem ko so 13- in predvsem 15-letnice dosegale rezultate, ki kažejo na možno oz. veliko verjetnost klinično pomembnih duševnih težav v pomembno višjem deležu ($\chi^2 = 75,68$; $df = 4$; $p < ,000$) (slika 67).



(Vir: HBSC, 2014.)

Slika 67. Delež mladostnikov, ki so dosegli normalen, mejni ali povišan rezultat v skupnem seštevku Vprašalnika prednosti in slabosti glede na spol in starostno skupino

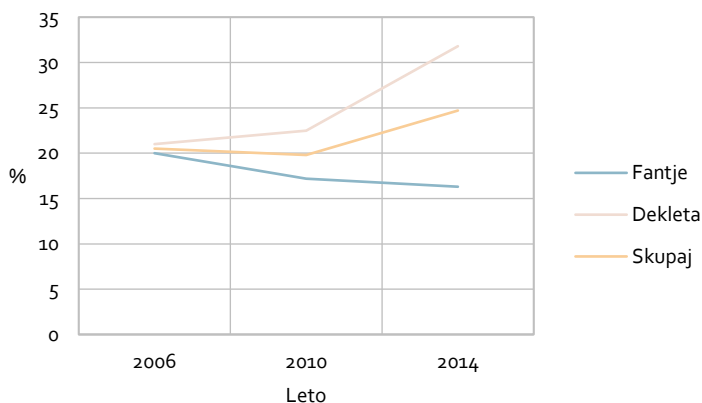
Nadaljnja analiza je narejena le na vzorcu 15-letnikov, v starostni skupini, ki v povprečju poroča o največ težavah na področju duševnega zdravja. Podatki iz slike 68 kažejo, da večina 15-letnikov (75,3 %) nima klinično pomembnih težav v duševnem zdravju. Petnajstletniki najpogosteje poročajo o vedenjskih težavah in težavah v odnosih z vrstniki. Primerjava med spoloma je pokazala, da dekleta v primerjavi s fanti poročajo o več težavah v duševnem zdravju ($\chi^2 = 51,46$; $df = 1$; $p < ,000$). Dekleta v primerjavi s fanti pogosteje poročajo o čustvenih težavah ($\chi^2 = 124,91$; $df = 1$; $p < ,000$), o težavah, ki se navezujejo na področje hiperaktivnosti in nepozornosti ($\chi^2 = 5,61$; $df = 1$; $p = ,018$), medtem ko na preostalih področjih ni statistično pomembnih razlik.



(Vir: HBSC, 2014.)

Slika 68. Delež 15 let starih mladostnikov, ki so na posameznih področjih Vprašalnika prednosti in slabosti dosegli mejni ali povišan rezultat, glede na spol

Podatki na sliki 69 kažejo, da se delež 15-letnikov, ki so dosegli mejni ali povišan rezultat v skupnem seštevku Vprašalnika prednosti in slabosti med letoma 2006 in 2010, ni občutno spremenil in se je gibal okoli 20 %. Občuten porast deleža je bil zaznan v obdobju med letoma 2010 in 2014. V tem obdobju je delež narasel za skoraj 25 %. Analiza po spolu je pokazala trend naraščanja deleža deklet z mejnim ali povišanim rezultatom ($p < ,000$) ter rahel trend upadanja pri fantih z mejnim ali povišanim rezultatom v skupnem seštevku vprašalnika, ki pa ni bil statistično pomemben ($p = ,065$).



(Vir: HBSC, 2014.)

Slika 69. Delež 15 let starih mladostnikov, ki so dosegli mejni ali povišan rezultat v skupnem seštevku Vprašalnika prednosti in slabosti, glede na spol in leto izvedbe raziskave

Med letoma 2006 in 2014 je bilo mogoče opaziti statistično pomemben trend naraščanja deleža deklet z mejnim ali povišanim rezultatom na treh problemskih področjih: čustvene težave, hiperaktivnost in nepozornost ter težave v odnosih. V istem obdobju je bilo mogoče opaziti zmanjšanje deleža fantov, ki so na podlestvici vedenjskih težav dosegli mejni ali povišan rezultat.

7.8 Razprava

V poglavju smo predstavili in povzeli razpoložljive podatke o doživljanju stresa, psihosomatskih simptomov ter čustvenih in vedenjskih težav pri slovenskih otrocih in mladostnikih. Med duševnimi težavami otrok in mladostnikov, starih od 6 do 19 let, je reakcija na hud stres eden najpogostejših razlogov za obisk zdravnika. V obdobju od leta 2008 do leta 2015 je bilo zaradi reakcije na hud stres na primarni ravni 3459 zunajbolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov v starosti od 0 do 19 let, na sekundarni ravni pa 2539. V istem časovnem obdobju je bilo opravljenih 624 bolnišničnih obravnav. Med letoma 2008 in 2015 opažamo postopen porast števila zunajbolnišničnih obravnav zaradi reakcije na hud stres. Tudi na bolnišnični ravni je bilo v letu 2015 sicer več obravnav kot leta 2008, vendar pa so v številu obravnav med posameznimi leti prisotna nihanja, zaradi katerih ne moremo govoriti o trendu povečevanja števila hospitalizacij. Število obravnav zaradi reakcije na hud stres narašča predvsem v starostni skupini od 15 do 19 let. Podatki nakazujejo, da se število reakcij na hud stres verjetno povečuje, vendar pa ne moremo izključiti možnosti, da je višje število obravnav posledica pogostejšega iskanja strokovne pomoči zaradi doživljanja stresa.

Raziskava HBSC kaže, da se delež slovenskih mladostnikov, ki poročajo o obremenjenosti z delom za šolo, od leta 2002 do leta 2014 bistveno ne spreminja in da so slovenski mladostniki v vseh opazovanih letih o obremenjenosti poročali v višjem deležu kot mladostniki drugih sodelujočih držav. Medtem ko obremenjenost z delom za šolo v obdobju od leta 2002 do leta 2014 pri dekletih narašča, pa pri fantih upada in je v letu 2014 pri 15-letnih fantih prvič (od leta 2002) nižja od povprečja ostalih držav. Tudi West in Sweeting (2003) ugotavljata, da so dekleta bolj kot fantje dovzetna za posledice predvsem s šolo povezanega stresa. Stres, povezan s šolo, pa ni posledica zgolj šolskih obremenitev, ampak je povezan tudi s pričakovanji staršev in učiteljev (Vieno, Perkins, Smith in Santinello, 2005; Murberg in Bru, 2004).

V raziskavi Mladina je leta 2013 64,8 % mladostnikov poročalo o doživljanju stresa vsak mesec, od tega več deklet kot fantov. Dekleta so o doživljanju stresa vsaj vsak mesec poročala pogosteje od fantov. Medtem ko ostaja delež deklet, ki so v letih 2010 in 2013 poročale o doživljanju stresa vsaj vsak mesec, skoraj nespremenjen, pa je pri fantih opazen upad (z 61,6 na 53,3 %).

Podatki iz podatkovnih zbirk (ZubStat, Bolob) in raziskave HBSC kažejo, da starejši mladostniki pogosteje poročajo o doživljanju stresa kot mlajši in dekleta pogosteje kot fantje. Podoben vzorec je značilen za doživljanje psihosomatskih simptomov in duševnih težav, ki se pogosto pojavijo kot posledica doživljanja dolgotrajnega stresa (Flouri in Panourgia, 2014; Villalonga-Olives idr., 2011). Slovenski mladostniki najpogosteje poročajo o težavah s spanjem (22,4 %), nervozi (20,4 %), razdražljivosti (18,9 %) in potrnosti (16,2 %). V letih 2002–2010 je doživljanje psihosomatskih simptomov postopoma upadalo, obratno pa v letu 2014 v primerjavi z letom 2010 beležimo izrazit porast v doživljanju vsaj dveh psihosomatskih simptomov na teden. Rezultati od leta 2002 kažejo trend naraščanja doživljanja psihosomatskih simptomov.

Čeprav obstaja splošno prepričanje, da doživljanje stresa in s stresom povezanih težav narašča, pa so podatki, ki bi omogočali takšno sklepanje, omejeni (West in Sweeting, 2003). Med različnimi državami in kulturami obstajajo precejšnje razlike v deležu doživljanja psihosomatskih simptomov (Brill, Patel in MacDonald, 2001), ki jih zaradi neenotne metodologije težko primerjamo. Nekoliko lažje primerjamo rezultate držav, vključenih v raziskavo HBSC. Mednarodna poročila raziskave HBSC (Currie idr., 2004, 2008, 2012; Inchley idr., 2016) kažejo, da je bila Slovenija v letih 2002, 2006 in 2010 po pogostosti pojavljanja psihosomatskih simptomov zelo nizko glede na povprečje ostalih držav, ki so sodelovale v raziskavi HBSC, v letu 2014 pa je kljub porastu po številu psihosomatskih simptomov tik pod povprečjem ostalih držav. Čeprav v Sloveniji beležimo trend naraščanja psihosomatskih simptomov, ostaja povprečje ostalih sodelujočih raziskav HBSC v obdobju od leta 2002 do leta 2014 bolj ali manj nespremenjeno (Currie idr., 2004, 2008, 2012; Inchley in dr., 2016).

Med možnimi posledicami stresa so tudi duševne težave, za razvoj slednjih pa so mladostniki še posebej dovzetni (Bartels, van der Aa, van Beijsterveldt, Middeldorp in Boomsma, 2011; Hölling idr., 2008). Podatki raziskave HBSC kažejo, da lahko za približno 20 % mladostnikov predvidevamo, da imajo na področju duševnega zdravja klinično pomembne (čustvene in vedenjske) težave. Na splošno dekleta pogosteje poročajo o težavah z duševnim zdravjem kot fantje. Glede na posamezna področja dekleta v primerjavi s fanti pogosteje poročajo o čustvenih težavah ter o težavah s hiperaktivnostjo in nepozornostjo, medtem ko med spoloma ni bistvenih razlik v izražanju vedenjskih težav in težav v odnosih z vrstniki. Podobno so večjo pogostost čustvenih težav pri dekletih na primerljivem vzorcu ugotovili tuji raziskovalci (Lundh, Wångby-Lundh in Bjärehed, 2008). Njihovi rezultati se od slovenskih razlikujejo predvsem v tem, da so

fantje pogosteje od deklet poročali o vedenjskih težavah in težavah v odnosih z vrstniki. V poročanju o težavah s hiperaktivnostjo in nepozornostjo pa razlik med spoloma niso zaznali. Tudi nekateri ostali raziskovalci ugotavljajo, da izražajo dekleta več čustvenih težav in fantje več vedenjskih težav, težav s hiperaktivnostjo in pozornostjo (Hölling idr., 2008; Lundh idr., 2008; Ronning, Handegaard, Sourander in Morch, 2004) ter težav v odnosih z vrstniki (Van Roy, Grøholt, Heyerdahl in Chelch-Aas, 2006). Dekleta torej izražajo več težav ponotranjenja (npr. anksioznost, depresivnost), fantje pa več težav, ki se kažejo navzven (npr. kršenje pravil, agresivno vedenje) (Bartels idr., 2011; Leadbeater, Kuperminc, Blatt in Hertzog, 1999).

Dodatna primerjava s tujimi raziskavami kaže, da je delež mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi težavami v Sloveniji nekoliko višji kot v Evropi. Raziskava BELLA (BEfragung zum seeLischen WohLbefinden und VerhAlten), ki je bila izvedena v 13 evropskih državah, kaže, da ima 14,7 % mladostnikov, starih od 12 do 15 let, mejno ali povišano verjetnost težav na področju duševnega zdravja. Najnižji delež je bil v Nemčiji (med 10,3 in 12,2 %) in na Nizozemskem (10,2 %), najvišji pa v Združenem kraljestvu, kjer je delež mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi težavami presegal 24 % (Ravens-Sieberer, Erhart idr., 2008; Ravens-Sieberer, Wille idr., 2008). Pri primerjavi deležev tujih raziskav s slovenskimi moramo upoštevati, da raziskovalci uporabljajo različne načine ocenjevanja težav, vključujejo različne starostne skupine, pogosto pa se razlikujejo tudi leta izvedbe raziskave.

Podatki o doživljanju stresa in s stresom povezanih težav slovenskih otrok in mladostnikov kažejo na večjo pogostost tovrstnih težav pri dekletih. Podobno kot v Sloveniji tudi v tujini dekleta pogosteje poročajo o stresu in s stresom povezanih težavah. Kelly, Molcho, Doyle in Gabhainn (2010) kot možen razlog za razlike med spoloma navajajo, da so dekleta skladno z njihovo spolno vlogo bolj pripravljene govoriti o svojih simptomih kot fantje, medtem ko fantje teh težav mogoče ne prepoznajo ali si jih nočejo priznati. Dodatna možna razlaga je, da dekleta nastopijo puberteto bolj zgodaj kot fantje. Mladostniki, zajeti v raziskavo HBSC, so v času sodelovanja v raziskavi glede na starost v obdobju tik pred puberteto in v nastopu pubertete (Inchley idr., 2016). Fiziološke spremembe, ki nastopijo ob puberteti, so lahko same po sebi stresne, nekateri avtorji pa ugotavljajo tudi, da je za dekleta, pri katerih nastopi puberteta zgodaj, značilno slabše spoprijemanje s stresom (Sontag, Graber, Brooks-Gunn in Warren, 2008) in višje doživljanje stresa (Rhee, 2005). Raziskovalci z Nove Zelandije ugotavljajo tudi, da dekleta doživljajo več dogodkov kot stresne v primerjavi s fanti, prav tako pa zaznavajo iste dogodke kot bolj intenzivne v primerjavi s fanti (Jose in Ratcliffe, 2004). Ge, Lorenz, Conger, Elder in Simons (1994) se strinjajo, da se dekleta in fantje različno odzivajo na stresne dogodke, vendar menijo, da med spoloma ni večjih razlik v številu stresnih dogodkov. Dekleta se zaradi negativnih dogodkov počutijo bolj pod stresom kot fantje in doživljajo več čustvenih težav kot fantje (Cyranowski, Frank, Young in Shear, 2000). Na razlike med spoloma pri izražanju vedenjskih in čustvenih težav vplivajo še socialno-čustven razvoj, temperament ter biološke, fizične in kognitivne razlike med spoloma (Zahn-Waxler, Shirtcliff in Marceau, 2008).

Slovenski in tuji podatki kažejo tudi na višjo pogostost doživljanja stresa in psihosomatskih simptomov pri starejših mladostnikih. Te razlike nekateri avtorji pojasnjujejo z višjim pritiskom s strani šole, vrstnikov in širše družbe (Kelly idr., 2010; Zimmer-Gembeck in Skinner, 2008). V obdobju mladostništva se tudi poveča delež časa, ki ga mladostniki preživijo s svojimi vrstniki, s čimer se poveča verjetnost, da mladostniki izkusijo negativne izkušnje v odnosih z vrstniki. Starejši slovenski mladostniki so v primerjavi z mlajšimi kazali tudi več vedenjskih in čustvenih težav, kar

je v nasprotju z ugotovitvami nekaterih tujih raziskovalcev. Ti ugotavljajo, da izražajo mlajši mladostniki več vedenjskih in čustvenih težav (Hölling idr., 2008; Koskelainen, Sourander in Kaljonen, 2000) oz. da po starostnih skupinah ni nobenih razlik (Ravens-Sieberer, Erhart idr., 2008). Ob tem je treba poudariti, da so v slovenskem vzorcu mladostnikov razlike med starostnimi skupinami posledica predvsem večje pogostosti duševnih težav pri starejših dekletih, kar je v omejenem obsegu skladno tudi z ugotovitvami iz tujine (Ronning idr., 2004).

Doživljanje stresa in s stresom povezanih težav je v obdobju mladostništva pogosto, prav tako pa ima neuspešno soočanje z viri stresa številne negativne učinke na mladostnikovo zdravje in kvaliteto življenja. Pomembno je, da otroke in mladostnike naučimo konstruktivnih načinov spoprijemanja s stresom. Metaanaliza raziskav je pokazala, da so programi obvladovanja stresa in spoprijemanja z njim pri mladostnikih zmanjšali število simptomov, povezanih s stresom, ter izboljšali njihov način spoprijemanja s stresom (Kraag, Zeegers, Kok, Hosman in Abu-Saad, 2006). Pri tem je pomembno, da razumemo dejanske stresorje, način, kako mladostniki osmislijo stresne dogodke ter kako se nanje odzivajo in z njimi spoprijemajo (Zimmer-Gembeck in Skinner, 2008).

Ugotavljamo, da so mladostniki občutljiva skupina za razvoj s stresom povezanih težav, kar še posebej velja za starejša dekleta. Čustvene in vedenjske težave, ki se začnejo v otroštvu in adolescenci, lahko vztrajajo do odraslosti ali pa se prenesejo v odraslost v nekoliko drugačni obliki ter posledično negativno vplivajo tudi na posameznike v odrasli dobi (Ravens-Sieberer, Erhart idr., 2008). Težave v duševnem zdravju pa že v obdobju mladostništva pomembno vplivajo na dobro počutje mladostnika in na njegove odnose z družino, v šoli in v družbi na splošno (Barkmann, 2003, v Ravens-Sieberer, Erhart idr., 2008), zato je pomembno, da oblikujemo ukrepe in intervencije, usmerjene v zmanjševanje oz. obvladovanje stresa in s stresom povezanih težav.

7.9 Zaključek

Obdobje adolescence prinaša nove izzive in spremembe v mladostnikovem življenju, s katerimi se nekateri mladostniki soočajo uspešno, drugi pa manj uspešno. Čeprav je stres naraven pojav in je do neke mere tudi koristen, pa raziskave kažejo, da imajo učenci z visoko ravniyo stresa več možnosti za pojav psihosomatskih simptomov (Torsheim in Wold, 2001) ter čustvenih in vedenjskih težav (Flouri in Panourgia, 2014). V poglavju smo prikazali doživljanje stresa in s stresom povezanih težav otrok in mladostnikov v Sloveniji s predstavitvijo podatkov iz dveh podatkovnih zbirk, ki nam omogočata vpogled v število obravnav pri zdravniku zaradi reakcije na hud stres ter s stresom povezanih težav, in s populacijskimi raziskavami, ki nam omogočajo oceno doživljanja stresa pri mladostnikih. Kljub sistematičnemu zbiranju podatkov, njihovi reprezentativnosti in kvaliteti raziskav pa je pri interpretaciji predstavljenih podatkov treba upoštevati omejitve zaradi načina zbiranja in beleženja podatkov ter njihovo ciljno starostno skupino. Ne glede na omejeno možnost opisa doživljanja stresa in s stresom povezanih težav pri mladostnikih pa lahko trdimo, da se pojavljajo razlike med spoloma in starostnimi skupinami. Dekleta so pogosteje kot fantje obravnavane pri zdravniku zaradi reakcije na hud stres ter pogosteje poročajo o doživljanju psihosomatskih simptomov in težav v duševnem zdravju. Prav tako starejši mladostniki pogosteje kot mlajši poročajo o doživljanju stresa, psihosomatskih simptomih in težavah v duševnem zdravju. V letu 2014 glede na leto 2010 izstopa izrazit porast doživljanja psihosomatskih simptomov pri obeh spolih in porast s šolo povezanega stresa pri dekletih. Zaskrbljujoč je trend naraščanja čustvenih in vedenjskih težav pri 15-letnikih, ki je še posebej izrazit pri dekletih. Pri dekletih je od leta 2008 pomembno narasel delež tistih, ki

nakazujejo na prisotnost klinično pomembnih težav s področja čustvenih težav, hiperaktivnosti in nepozornosti ter težav v odnosih z vrstniki. Bolj spodbuden je trend pri fantih, pri katerih se znižuje delež oseb s težavami v odnosih z vrstniki, prav tako glede na prejšnja leta upada delež fantov, ki poročajo o doživljanju stresa. Hkrati izstopa pomanjkanje raziskav, ki bi s stresom povezane težave zajele bolj celostno. Nimamo namreč informacije o tem, kaj slovenski mladostniki občutijo kot največji vir stresa in v kolikšni meri menijo, da se s stresom uspešno spoprijemajo. Mladostniki, ki čutijo stres in imajo občutek, da ga ne obvladujejo, imajo namreč več možnosti za razvoj s stresom povezanih težav (Zimmer-Gembeck in Skinner, 2008). Pomembno je, da te mladostnike prepoznamo, bolje spoznamo njihove potrebe in posebnosti ter jih vključimo v intervencije, usmerjene v zniževanje negativnih posledic stresa.

7.10 Literatura

- Bartels, M., van de Aa, N., Van Beijsterveldt, C. E. M., Middeldorp, C. M., in Boomsma, D. I. (2011). Adolescent Self-Report of Emotional and Behavioral Problems: Interactions of Genetic Factors with Sex and Age. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(1), 35–52.
- Berntsson, L. T., Köhler, L., in Gustafsson, J. E. (2001). Psychosomatic complaints in schoolchildren: A Nordic comparison. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29, 44–54.
- Brill, S. R., Patel, D. R., in MacDonald, E. (2001). Psychosomatic disorders in pediatrics. *Indian Journal of Pediatrics*, 68(7), 597–603.
- Currie, C., Gabhain, N., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D. ... Barnekow, V. (ur.). (2008). *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/06 Survey. Health policy for children and adolescents, No.5*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Currie, C., Morgan, A., Barnekow Rasmussen, V., Roberts, C., Samdal, O., Setterobulte, W., in Smith, R. (ur.). (2004). *Young people's health in context: International report from the HBSC 2001/02 survey. Health policy for children and adolescents, No.4*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., De Looze, M., Roberts, C. ... Barnekow, V. (ur.). (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey. Health policy for children and adolescents, No.6*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E., in Shear, K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. A theoretical model. *Archives of General Psychiatry*, 57, 21–27.
- Flouri, E., in Panourgia, C. (2014). Negative automatic thoughts and emotional behavioural problems in adolescence. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(1), 46–51.
- Ge, X., Lorenz, F. O., Conger, R. D., Elder, G. H., in Simons, R. L. (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology*, 30(4), 467–483.
- Greene, J. W., in Walker, L. S. (1997). Psychosomatic problems and stress in adolescence. *Pediatric Clinics of North America*, 44(6), 1557–1572.
- Hölling, H., Kurth, B. A., Rothenberger, A., Becker, A., in Schlack, R. (2008). Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 34–41.

- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L. ... Barnekow, V. (ur.). (2016). *Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No.7.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Jeriček Klanšček, H., Koprivnikar, H., Drev, A., Pucelj, V., Zupanič, T., in Britovšek, K. (2015). *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji: Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014.* Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s <http://www.nijz.si/sl/publikacije/z-zdravjem-povezano-vedenje-v-solskem-obdobju-med-mladostniki-v-sloveniji-hbsc-2014>.
- Jose, P. E., in Ratcliffe, V. (2004). Stressor frequency and perceived intensity as predictors of internalizing symptoms: Gender and age differences in adolescence. *New Zealand Journal of Psychology, 33*(3), 145–154.
- Kelly, C., Molcho, M., Doyle, P., in Gabhainn, S. N. (2010). Psychosomatic symptoms among schoolchildren. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 22*(2), 227–233.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O. ... Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. *The Lancet, 378*(9801), 1515–1525.
- Koskelainen, M., Sourander, A., in Kaljonen, A. (2000). The Strengths and Difficulties Questionnaire among Finnish school-aged children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry, 9*(4), 277–284.
- Kraag, G., Zeegers, M. P., Kok, G., Hosman, C., in Abu-Saad, H. H. (2006). School programs targeting stress management in children and adolescents. *The Journal of School Psychology, 44*, 449–472.
- Leadbeater, B. J., Kuperminc, G. P., Blatt, S. J., in Hertzog, C. (1999). A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology, 35*(5), 1268–1282.
- Lundh, L. G., Wångby-Lundh, M., in Bjärehed, J. (2008). Self-reported emotional and behavioral problems in Swedish 14 to 15-year-old adolescents: A study with the self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Scandinavian Journal of Psychology, 49*(6), 523–532.
- Murberg, T. A., in Bru, E. (2004). School-related stress and psychosomatic symptoms among Norwegian adolescents. *School Psychology International, 25*(3), 317–332.
- Pastor, P. N., Reuben, C. A., in Duran, C. R. (2012). Identifying Emotional and Behavioral Problems in Children Aged 4–17 Years: United States, 2001–2007. *National Health Statistics Reports, 48*, 1–17.
- Poikolainen, K., Kanerva, R., in Lönnqvist, J. (1995). Life events and other risk factors for somatic symptoms in adolescence. *Pediatrics, 96*(1), 59–63.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Gosch, A., in Wille, N. (2008). Mental health of children and adolescents in 12 European countries—results from the European KIDSCREEN study. *Clinical psychology & psychotherapy, 15*(3), 154–163.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Erhart, M., Bettge, S., Wittchen, H. U., Rothenberger, A. ... Barkmann, C. (2008). Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *European child and adolescent psychiatry, 17*(1), 22–33.
- Rhee, H. (2005). Relationships between physical symptoms and pubertal development. *Journal of Paediatrics and Child Health, 19*, 95–103.

- Ronning, J. A., Handegaard, B. H., Sourander, A., in Morch, W. T. (2004). The Strengths and Difficulties Self-Report Questionnaire as a screening instrument in Norwegian community samples. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(2), 73–82.
- Sontag, L. M., Graber, J. A., Brooks-Gunn, J., in Warren, M. P. (2008). Coping with social stress: Implications for psychopathology in young adolescent girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1159–1174.
- Svedberg, P., Eriksson, M., in Boman, E. (2013). Associations between scores of psychosomatic health symptoms and health-related quality of life in children and adolescents. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 176.
- Torsheim, T., in Wold, B. (2001). School-related stress, school support, and somatic complaints: A general population study. *Journal of Adolescent Research*, 16(3), 293–303.
- Van Roy, B., Grøholt, B., Heyerdahl, S., in Clench-Aas, J. (2006). Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10–19 years. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(4), 189–198.
- Vieno, A., Perkins, D. D., Smith, T. M., in Santinello, M. (2005). Democratic school climate and sense of community in school: A multilevel analysis. *American Journal of Community Psychology*, 36(3-4), 327–341.
- Villalonga-Olives, E., Forero, C. G., Erhart, M., Palacio-Vieira, J. A., Valderas, J. M., Herdman, M. ... Alonso, J. (2011). Relationship between life events and psychosomatic complaints during adolescence/youth: A structural model approach. *Journal of Adolescent Health*, 49, 199–205.
- West, P., in Sweeting, H. (2003). Fifteen, female and stressed: Changing patterns of psychological distress over time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(3), 399–411.
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A., in Marceau, K. (2008). Disorders of Childhood and Adolescence: Gender and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 275–303.
- Zimmer-Gembeck, M. J., in Skinner, E. A. (2008). Adolescents coping with stress: Development and diversity. *The Prevention Researcher*, 15(4), 3–7.

“ Spremlja me tudi jeza, depresija, anksioznost. Tudi meni razpoloženje nenormalno niha – seveda navznoter. Oziroma včasih občutijo žal moji domači, ko imam kaki izbruh...”

“ Problem tiči v tem, da sem se zaradi depresije zapustila. Ne razumite me narobe. Nisem LENA. Ampak zaradi psihičnega stanja sem vedno izčrpana in zvečer preprosto ne morem najti dovolj energije, da bi se umila. Tako se včasih ne umijem po ves teden in vem, da to zelo grozno zveni.”

#to
sem
jaz

8. Depresija in anksioznost

8.1 Glavne ugotovitve

- Med slovenskimi 6- do 19-letniki je prišlo v obdobju od leta 2008 do leta 2015 do porasta v številu oz. stopnji zunajbolnišničnih obravnav zaradi anksioznih motenj. V številu oz. stopnji zunajbolnišničnih obravnav zaradi depresije poseben trend ni opazen.
- V povprečju je bila stopnja zunajbolnišničnih obravnav zaradi anksioznih motenj višja v primerjavi s stopnjo obravnav zaradi depresije. Število zunajbolnišničnih in bolnišničnih obravnav zaradi depresije in anksioznosti je bilo večje pri dekletih in starejših mladostnikih.
- V številu in stopnji bolnišničnih obravnav zaradi depresije v obdobju od leta 2008 do leta 2015 med 6- do 19-letniki ni bilo večjih sprememb. Pri fantih je bilo razmeroma stabilno tudi število oz. stopnja bolnišničnih obravnav zaradi anksioznih motenj, pri dekletih pa lahko po letu 2012 opazimo blag porast. Na splošno je bila povprečna stopnja bolnišničnih obravnav dokaj nizka.
- V obdobju od leta 2008 do leta 2015 je prišlo do porasta v številu ambulantno izdanih receptov za antidepressive otrokom in mladostnikom, predvsem tistim v starostni skupini od 15 do 19 let. V številu receptov za anksiolitike, ki so bili izdani starejšim otrokom in mladostnikom, ni prišlo do večjih sprememb.
- Po podatkih iz raziskave EHIS je leta 2014 5,6 % 15- do 19-letnikov poročalo o anksioznosti v zadnjem letu, 7,7 % pa o depresiji. Glede na diagnostične kriterije so se vsaj blagi simptomi depresije pojavljali pri približno 29 % mladih.
- V raziskavi HBSC, ki je zajela 11, 13 in 15 let stare otroke in mladostnike, je leta 2010 o subjektivnih občutjih depresivnosti (ki ne pomenijo nujno tudi klinične depresije) poročalo 29,0 % mladostnikov, leta 2014 pa je bil ta delež nižji in je znašal 22,8 %. V obeh raziskavah so o depresiji oz. depresivnosti in anksioznosti pogosteje poročala dekleta.
- Zaskrbljujoča ostaja precejšnja razlika med deležem mladih, ki poročajo o depresiji in anksioznosti oz. o simptomih teh duševnih težav, ter deležem tistih, ki zaradi depresije in anksioznih motenj poiščejo zdravniško pomoč in prejmejo potrebno obravnavo.

8.2 Uvod

Depresija je ena najpogostejših duševnih motenj v razvitem svetu, ki se lahko pojavi v kateremkoli življenjskem obdobju. Mednarodne raziskave kažejo, da se njena prevalenca povečuje (Andrade idr., 2003; Kessler idr., 2005; Twenge idr., 2010). Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da bo do leta 2020 depresija na drugem mestu vzrokov invalidnosti oz. nezmožnosti za delo (za srčno-žilnimi obolenji; WHO, 2001), do leta 2030 pa bo najpogostejši vzrok za breme bolezni na svetu (WHO, 2008). Nemalokrat se simptomi depresije pojavljajo skupaj s simptomi anksioznosti oz. tesnobe, ki prav tako sodi v sam vrh najbolj prevalentnih duševnih motenj na svetu (Kessler idr., 2009). Zaradi njune tesne povezanosti in pogoste komorbidnosti (Cumings, Caporino in Kendall, 2014; Garber in Weersing, 2010) depresijo in anksioznost obravnavamo v skupnem poglavju.

Depresijo označuje poslabšano razpoloženje, ki traja daljše časovno obdobje in prizadene posameznikovo delovanje na različnih življenjskih področjih. Njeni simptomi se kažejo na emocionalni, kognitivni in vedenjski ravni, prisotne pa so tudi spremembe v fizičnem blagostanju. Na emocionalni ravni so za depresijo značilni podaljšana občutja žalosti, pomanjkanje motivacije in energije, hitra utrujenost in zmanjšana zmožnost uživanja v različnih aktivnostih. Na kognitivni ravni jo označujejo pomanjkanje zanimanja, težave s koncentracijo in kratkoročnim spominom, neodločenost, nizko samospoštovanje in pretirani občutki krivde. Na vedenjski ravni jo spremljajo simptomi, kot so umik iz družbe, apatično vedenje, nemirnost, znižana produktivnost in pomanjkanje spolne sle. Spremembe v fizičnem blagostanju pa se kažejo kot nespečnost ali utrujenost kljub podaljšanemu spanju ter kot spremembe v apetitu in telesni teži (MKB-10).

Po Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10) depresijo skupaj z manično epizodo, bipolarno afektivno motnjo ter trajnimi razpoloženskimi motnjami uvrščamo v širši sklop razpoloženskih motenj (F30–F39). MKB-10 ločuje depresivno epizodo (F32) in ponavljajočo se depresivno motnjo (F33). Slednja se diagnosticira v primerih ponavljajočih se epizod depresije.

Pomembno je, da klinično depresijo razlikujemo od normalnih obdobji žalosti in slabšega razpoloženja, ki jih označujemo z izrazom depresivnost. Depresivnost v nekaterih življenjskih okoliščinah, kot je na primer izguba bližnje osebe, je normalen oz. prilagojen odziv posameznika. Klinična depresija se od depresivnosti kot razpoloženja razlikuje predvsem v resnosti in podaljšanem trajanju simptomov ter v dodatnih simptomih (npr. samodestruktivne misli), ki pomembno odstopajo od normalnih nihanj v razpoloženju, niso prilagojeni situaciji in so za posameznika škodljivi (Horwitz in Wakefield, 2007; Maj, 2010).

Glavna značilnost anksioznih motenj je bojazen, ki je bodisi povezana z določenimi dobro opredeljenimi okoliščinami, ki na splošno niso nevarne, bodisi je generalizirana oz. neomejena s posebnimi okoliščinami. V prvem primeru govorimo o tako imenovanih fobijah. Posameznik se okoliščinam, ki mu vzbujajo strah in stisko, izogiba oz. ga navdajajo z občutki groze. Sem sodijo agorafobija (strah pred odprtimi prostori in zapuščanjem doma), socialne fobije (strah pred ocenjevanjem drugih) in druge specifične fobije (npr. akrofobija – strah pred višino, živalske fobije). V drugem primeru pa bojazen ni povezana s konkretnimi vzroki, ampak so zanj značilni nenehni občutki zaskrbljenosti, strahu, stiske in nemira. Spremljajo jih lahko mišična napetost, potenje, tresenje, omotica, palpitacije ipd. V nekaterih primerih se lahko pojavijo tudi napadi panike oz. hude anksioznosti (če se ponavljajo, govorimo o panični motnji), ko se običajnim simptomom anksioznosti pridružijo še dodatni simptomi (npr. občutek dušenja, občutek nerealnosti oz. depersonalizacije) in strahovi (strah pred smrtjo, izgubo nadzora ali norostjo). V okvir drugih anksioznih motenj uvrščamo tudi mešano anksiozno in depresivno motnjo, ko se pri posamezniku pojavljajo tako simptomi depresije kot tudi anksioznosti, med katerimi pa nobeni jasno ne prevladujejo (MKB-10).

Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB-10) anksiozne motnje uvršča v širši sklop nevrotskih, stresnih in somatoformnih motenj (F40–F48). Sem poleg fobičnih anksioznih motenj (F40) in drugih anksioznih motenj (F41) sodijo še obsesivno-kompulzivna motnja, reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje, disociativne motnje, somatoformne motnje in druge nevrotske motnje.

Anksioznost lahko sicer razumemo tudi kot osebnostno potezo. Predstavlja relativno stabilno nagnjenost posameznika, da na situacije reagira s subjektivnimi občutki napetosti, ogroženosti in zaskrbljenosti ter povečano aktivacijo avtonomnega živčnega sistema (Spielberger, Gorsuch in Lushene, 1970). Visoka anksioznost kot osebnostna poteza predstavlja povišano tveganje za pojav klinične anksioznosti in drugih duševnih težav.

Depresija in anksioznost nista omejeni na obdobje odraslosti, ampak se lahko pojavita že razmeroma zgodaj v razvoju (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler in Angold, 2003). V otroštvu sta sicer še redki, vendar pa njuna prevalenca močno poraste v obdobju adolescence (Kessler in Walters, 1998; Merikangas, Nakamura in Kessler, 2009). Kažeta se s podobnimi simptomi kot v odraslosti, spremljajo pa ju lahko tudi nekateri specifični simptomi, kot je na primer popuščanje v šoli. Raziskave so na primer pokazale, da napovedujeta nižjo akademsko uspešnost, na primer nižjo stopnjo zaključka srednje šole (Duchesne, Vitaro, Larose in Tremblay, 2008). Poleg akademskih težav se pri depresivnih otrocih in mladostnikih verjetneje pojavljajo vedenjske motnje (nepriklajno vedenje, agresivnost), pogostejši so kajenje, uporaba in zloraba drog ter povišana telesna teža (Angold in Costello, 1993; Covey, Glassman in Stetner, 1998; Goodman in Whitaker, 2002; Rohde, Lewinsohn in Seeley, 1991). Ne nazadnje je depresija v mladostništvu pomemben dejavnik tveganja za samomorilno vedenje (Windfuhr idr., 2008). Za posameznike, ki jih pestijo simptomi depresije in/ali anksioznih motenj, je tako na splošno značilno bolj turbulentno obdobje poznega otroštva in mladostništva s težavami na socialnem, emocionalnem in akademskem področju. Slednje negativno učinkujejo na razvoj in imajo lahko pomembne psihološke, socialne in ekonomske posledice pozneje v posameznikovem življenju (Chen idr., 2006; McCrone, Knapp in Fombonne, 2005; Rao, 2006).

Otroštvo in mladostništvo je obdobje intenzivnega razvoja. Uspešen razvoj v tem obdobju je podlaga za nadaljnji razvoj in zdravje v odraslosti. Raziskave namreč kažejo, da se večina duševnih težav iz odraslosti prične že v otroštvu oz. adolescenci (Birmaher idr., 2004; Kessler idr., 2007). Zato ima poznavanje razširjenosti ter razvojnih in časovnih trendov v pojavnosti depresije in anksioznih motenj pri otrocih in mladostnikih – ob ustreznem razumevanju dejavnikov tveganja za njihov razvoj – zelo pomembno vlogo pri oblikovanju ustreznih politik ter preventivnih in promocijskih programov na področju duševnega zdravja.

8.3 Namen

Ta prispevek se osredotoča na opis pojavnosti depresije in anksioznih motenj pri slovenskih otrocih in mladostnikih, in sicer na podlagi podatkov o zunajbolnišničnih obravnavah na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva ter bolnišničnih obravnav zaradi diagnoz depresije in anksioznih motenj, podatkov o porabi zdravil, ki se najpogosteje predpisujejo za zdravljenje depresije in anksioznih motenj (tj. antidepresivov in anksiolitikov), ter anketnih podatkov oz. samoocen. Poudarek bo na opisu sprememb, do katerih je prišlo v obdobju med letoma 2008 in 2009 ter 2014 in 2015. Posebna pozornost bo posvečena tudi primerjavi med spoloma in – kjer bodo to podatki omogočali – starostnimi skupinami (tj. med mlajšimi in starejšimi otroki oz. mladostniki).

8.4 Viri podatkov

V podatkovni zbirki ZubStat se zbirajo podatki o zunajbolnišničnih obravnavah zaradi diagnoz depresije (F32 – depresivna epizoda in F33 – ponavljajoča se depresivna motnja) in anksioznih motenj (F40 – fobične anksiozne motnje in F41 – druge anksiozne motnje) na primarni ravni zdravstvenega varstva ter podatki o končnih diagnozah oz. zunajbolnišničnih obravnavah s končno diagnozo depresije in anksioznih motenj v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni zdravstvenega varstva. V podatkovni zbirki Bolob se zbirajo podatki o prvih in ponovnih primerih bolnišničnih obravnav zaradi depresije in anksioznih motenj kot glavne diagnoze, tj. glavnega vzroka, zaradi katerega je posameznik potreboval bolnišnično obravnavo. Iz obeh zbirk prikazujemo podatke, ki so bili zbrani v obdobju od leta 2008 do leta 2015. Podatki so prikazani za starostno obdobje od 6 do 19 let. V starostni skupini od 0 do 5 let je absolutno število vseh zunajbolnišničnih oz. bolnišničnih obravnav zaradi diagnoz depresije ali anksioznih motenj zelo nizko (pogosto manjše od 5 na leto), zato bo ta skupina izključena iz prikaza. Poleg števila vseh zunajbolnišničnih in bolnišničnih obravnav v posameznem letu bo prikazana tudi stopnja zunajbolnišničnih in bolnišničnih obravnav, tj. število zunajbolnišničnih oz. bolnišničnih obravnav na 1000 oseb.

Podatki o ambulantno predpisanih zdravilih iz farmakoloških podskupin No6A – antidepresivi in No5B – anksiolitiki po Anatomsko-terapevtsko-kemični klasifikaciji zdravil (Anatomical Therapeutic Chemical – ATC) so prikazani za starostno skupino od 0 do 19 let, in sicer z absolutnim številom izdanih receptov in z definiranim dnevni odmerkom (Defined Daily Dose – DDD) na 1000 oseb na dan (DID). DDD je povprečen vzdrževalni odmerek zdravila, ki ga v enem dnevu prejme odrasla oseba za zdravljenje glavne indikacije zdravila. Omogoča nam standardiziran prikaz porabe zdravil. V prikaz so zajeta posamezna leta v obdobju od leta 2008 do leta 2015.

Nazadnje so prikazani še anketni podatki iz raziskav HBSC in EHIS. V slovensko različico mednarodnega standardiziranega vprašalnika iz raziskave HBSC smo v letih 2010 in 2014 dodali vprašanje o prisotnosti daljših obdobij žalosti ali brezupa v preteklem letu, ki so eden izmed indikatorjev depresivnosti. Raziskava je bila v obeh letih izvedena na reprezentativnem vzorcu 11-, 13- in 15-letnikov. Poleg primerjave med letoma je prikazana primerjava med starostnimi skupinami in po spolu. Iz raziskave EHIS prikazujemo podatke za leto 2014, ko je bilo v končnem vzorcu 341 udeležencev, starih od 15 do 19 let. Prikazan je delež posameznikov v tej starostni skupini, ki so poročali, da so imeli v zadnjih 12 mesecih depresijo ali tesnobo/anksioznost (izbrali so ju s seznama različnih bolezni oz. bolezenskih stanj). Poleg tega je prikazana tudi resnost trenutnih simptomov depresije, in sicer v obliki indikatorja, preračunanega na podlagi odgovorov na vprašanja z lestvice Patient Health Questionnaire depression scale – PHQ-8 (Kroenke in Spitzer, 2002), ki je vključena v EHIS. Lestvica vsebuje kriterije (osem postavk), na podlagi katerih je po Diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj DSM-IV-TR (APA, 2000) opredeljena diagnoza klinične depresije.

8.5 Depresija in depresivnost

8.5.1 Zunajbolnišnične obravnave zaradi depresije

Tabela 53 prikazuje podatke o zunajbolnišničnih obravnavaх otrok in mladostnikov od 6 do 19 let za diagnozi depresivne epizode (F32) ali ponavljajoče se depresivne motnje (F33). Na primarni in sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti močno prevladujejo zunajbolnišnične obravnave zaradi depresivnih epizod v primerjavi z zunajbolnišničnimi obravnavaми zaradi ponavljajoče se depresivne motnje. Skupno gledano je bilo v obdobju od leta 2008 do leta 2015 na primarni ravni 2156 zunajbolnišničnih obravnav zaradi diagnoz depresije, od tega 1891 (87,7 %) zaradi depresivnih epizod in 265 (12,3 %) zaradi ponavljajoče se depresivne motnje. Na sekundarni ravni je bila v enakem obdobju 2301 zunajbolnišnična obravnava, od tega 2067 (89,8 %) z diagnozo depresivne epizode in 234 (10,2 %) z diagnozo ponavljajoče se depresivne motnje. Na primarni ravni večjega nihanja v skupnem številu zunajbolnišničnih obravnav v obdobju med letoma 2008 in 2015 ni bilo. Na sekundarni ravni je bilo v tem obdobju nekaj več nihanj, vendar poseben trend ni opazen.

Tabela 53. Število prvih obiskov ter število končnih diagnoz depresivne epizode in ponavljajoče se depresivne motnje za starostno skupino 6–19 let, med letoma 2008 in 2015

		F32, depresivna epizoda	F33, ponavljajoča se depresivna motnja	F32 + F33 skupaj
Primarna raven (prvi obiski)	2008	242	37	279
	2009	255	34	289
	2010	216	38	254
	2011	238	21	259
	2012	241	21	262
	2013	242	35	277
	2014	238	41	279
	2015	219	38	257
	Skupaj	1891	265	2156
Sekundarna raven (končne diagnoze)	2008	252	25	277
	2009	276	23	299
	2010	193	28	221
	2011	229	27	256
	2012	302	28	330
	2013	281	26	307
	2014	286	51	337
	2015	248	26	274
	Skupaj	2067	234	2301

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Pregled združenih podatkov (za F32 – depresivne epizode in F33 – ponavljajoče se depresivne motnje skupaj), ločenih po starosti in spolu (tabela 54), pokaže, da se diagnozi depresije pogosteje pojavljata pri dekletih, njuno število pa močno naraste s starostjo. V starostni skupini od 6 do 14 let je bilo v obdobju od leta 2008 do leta 2015 na primarni ravni 282 zunajbolnišničnih obravnav zaradi diagnoz depresije, v starostni skupini od 15 do 19 let pa 1874 (tj. približno 6,6-krat toliko kot pri 6- do 14-letnikih). Na sekundarni ravni je bilo v tem obdobju v starostni skupini od 6 do 14 let 341 zunajbolnišničnih obravnav s končno diagnozo depresije, v starostni skupini od 15 do 19 let pa je bilo takih obravnav 1960 (tj. približno 5,7-krat toliko kot pri 6- do 14-letnikih).

V obdobju od leta 2008 do leta 2015 je bilo med 6- do 14-letniki na primarni ravni 114 (40,4 %) zunajbolnišničnih obravnav zaradi diagnoz depresije, zabeleženih pri fantih, 168 (59,6 %) pa pri dekletih. Na sekundarni ravni je bilo v istem obdobju pri fantih zabeleženih 125 (36,6 %) zunajbolnišničnih obravnav s končno diagnozo depresije. Pri dekletih je bilo takih obravnav 216 (63,4 %). Med 15- do 19-letnimi fanti je bilo v istem obdobju na primarni ravni zabeleženih 601 (32,1 %) zunajbolnišničnih obravnav zaradi diagnoz depresije, med dekleti pa je bilo zabeleženih 1273 (67,9 %) obravnav. Na sekundarni ravni je bilo pri fantih 598 (30,5 %) zunajbolnišničnih obravnav s končno diagnozo depresije, pri dekletih pa je bilo takih obravnav 1362 (69,5 %).

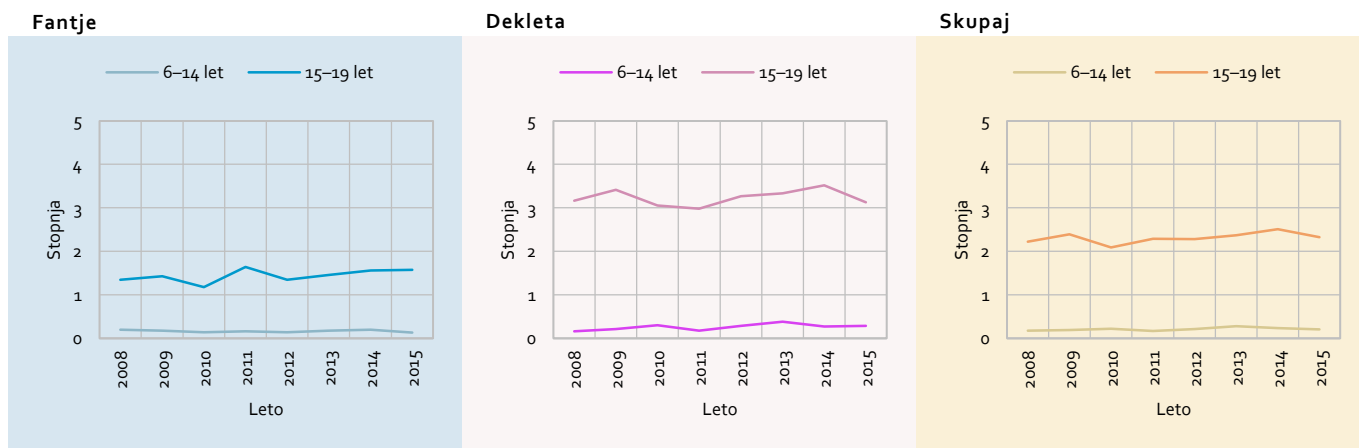
Tabela 54. Število prvih obiskov ter število končnih diagnoz depresivne epizode in ponavljajoče se depresivne motnje glede na spol, v starostnih skupinah 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2008 in 2015

		6–14 let			15–19 let		
		Fantje	Dekleta	Skupaj	Fantje	Dekleta	Skupaj
Primarna raven (prvi obiski)	2008	17	13	30	78	171	249
	2009	15	17	32	79	178	257
	2010	12	24	36	63	155	218
	2011	14	14	28	85	146	231
	2012	12	23	35	69	158	227
	2013	15	31	46	73	158	231
	2014	17	22	39	77	163	240
	2015	12	24	36	77	144	221
	Skupaj	114	168	282	601	1273	1874
Sekundarna raven (končne diagnoze)	2008	19	29	48	59	170	229
	2009	16	24	40	64	195	259
	2010	9	19	28	53	140	193
	2011	28	17	45	62	149	211
	2012	21	15	36	122	172	294
	2013	10	29	39	91	177	268
	2014	8	47	55	81	201	282
	2015	14	36	50	66	158	224
	Skupaj	125	216	341	598	1362	1960

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Med otroki in mladostniki, starimi od 6 do 19 let, je povprečna stopnja obravnav zaradi diagnoz depresije (diagnozi F32 – depresivne epizode in F33 – ponavljajoče se depresivne motnje skupaj) na primarni ravni zdravstvenega varstva v obdobju od leta 2008 do leta 2015 znašala 1,00 na 1000 oseb. Pri fantih je bila stopnja obravnav zaradi depresije vsa leta nižja kot pri dekletih in je v povprečju znašala 0,64 na 1000 oseb. Pri dekletih je znašala 1,38 na 1000 oseb.

Slika 70 prikazuje gibanje stopnje zunajbolnišničnih obravnav zaradi diagnoz depresije glede na spol in starost. Vidimo lahko, da stopnja zunajbolnišničnih obravnav zaradi diagnoz depresije s starostjo močno naraste, kar je še posebej izrazito pri dekletih. Pri 6- do 14-letnikih je povprečna stopnja obravnav med letoma 2008 in 2015 znašala 0,21 na 1000 oseb (0,17 pri fantih in 0,26 pri dekletih), pri 15- do 19-letnikih pa je znašala 2,31 na 1000 oseb (1,44 pri fantih in 3,23 pri dekletih). S slike je razvidno, da med letoma 2008 in 2015 v nobeni izmed starostnih skupin ni bilo večjih sprememb v stopnji zunajbolnišničnih obravnav zaradi diagnoz depresije. V starostni skupini od 6 do 19 let je leta 2008 stopnja zunajbolnišničnih obravnav zaradi diagnoz depresije znašala 0,18 na 1000 oseb (0,20 pri fantih in 0,16 pri dekletih), leta 2015 pa 0,21 (0,13 pri fantih in 0,28 pri dekletih). Pri starejših mladostnikih, starih od 15 do 19 let, je leta 2008 stopnja zunajbolnišničnih obravnav zaradi diagnoz depresije znašala 2,22 na 1000 oseb (1,34 pri fantih in 3,17 pri dekletih), leta 2015 pa 2,33 (1,57 pri fantih in 3,13 pri dekletih).



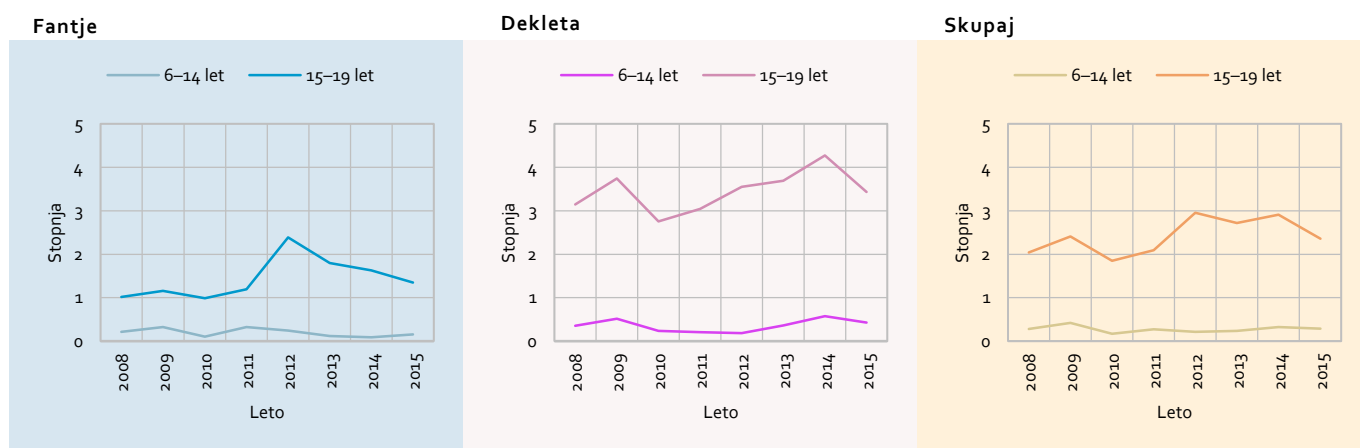
(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 70. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb zaradi diagnoz depresivna epizoda in ponavljajoča se depresivna motnja glede na spol v starostnih skupinah 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2008 in 2015

Stopnja zunajbolnišničnih obravnav depresije na sekundarni ravni zdravstvenega varstva je med letoma 2008 in 2015 v starostni skupini od 6 do 19 let v povprečju znašala 1,07 na 1000 oseb. Vsa leta je bila nižja pri fantih (v povprečju je znašala 0,65 na 1000 oseb) in višja pri dekletih (v povprečju je znašala 1,51 na 1000 oseb).

Podobno kot na primarni ravni zdravstvenega varstva tudi na sekundarni ravni pri starejših otrocih in mladostnikih stopnja zunajbolnišničnih obravnav s končno diagnozo depresije poraste. Ponovno je ta porast višji pri dekletih v primerjavi s fanti (slika 71). Med mlajšimi otroki in mladostniki je v obdobju od leta 2008 do leta 2015 povprečna stopnja zunajbolnišničnih obravnav znašala 0,28 na 1000 oseb (0,20 pri fantih in 0,36 pri dekletih), med starejšimi pa 2,42 na 1000 oseb (1,44 pri fantih in 3,46 pri dekletih). S slike lahko razberemo, da pri mlajših otrocih in mladostnikih v navedenem obdobju ni bilo večjih sprememb v stopnji zunajbolnišničnih obravnav z diagnozo depresije. Leta 2008 je znašala 0,28 na 1000 oseb (0,22 pri fantih in 0,35 pri dekletih), leta 2015 pa

0,29 (0,16 pri fantih in 0,43 pri dekletih). Pri starejših fantih je v letu 2012 stopnja zunajbolnišničnih obravnav z diagnozo depresije nekoliko porastla, nato pa je do leta 2015 spet upadala. Pri starejših dekletih lahko opazimo upad stopnje zunajbolnišničnih obravnav z diagnozo depresije v letu 2010, temu pa sledi porast vse do leta 2014 ter v letu 2015 ponovno upad. Skupno gledano je med letoma 2008 in 2015 stopnja zunajbolnišničnih obravnav z diagnozo depresije nekoliko bolj nihala pri starejših mladostnikih v primerjavi z mlajšimi. Leta 2008 je v tej starostni skupini znašala 2,04 na 1000 oseb (1,02 pri fantih in 3,15 pri dekletih), leta 2015 pa 2,36 (1,35 pri fantih in 3,43 pri dekletih).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 71. Stopnja končnih diagnoz depresivna epizoda in ponavljajoča se depresivna motnja glede na spol in starostni skupini 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2008 in 2015

8.5.2 Bolnišnične obravnave zaradi depresije

Skupaj je bilo v obdobju od leta 2008 do leta 2015 444 bolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov v starosti od 6 do 19 let, od tega 358 (81 %) zaradi depresivne epizode (F32) in 86 zaradi ponavljajoče se depresivne motnje (F33, 19 %). V navedenem časovnem obdobju ni bilo večjih nihanj oz. sprememb v skupnem številu bolnišničnih obravnav na leto. Izjema je leto 2011, ko je število bolnišničnih obravnav nekoliko upadalo. Do blažjega porasta pa je prišlo v letu 2015 (tabela 55).

Tabela 55. Število bolnišničnih obravnav zaradi diagnoz depresivna epizoda in ponavljajoča se depresivna motnja v starostni skupini 6–19 let, med letoma 2008 in 2015

	F32, depresivna epizoda	F33, ponavljajoča se depresivna motnja	F32 + F33, skupaj
2008	50	8	58
2009	43	9	52
2010	45	12	57
2011	30	10	40
2012	45	13	58
2013	43	15	58
2014	48	10	58
2015	54	9	63
Skupaj	358	86	444

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

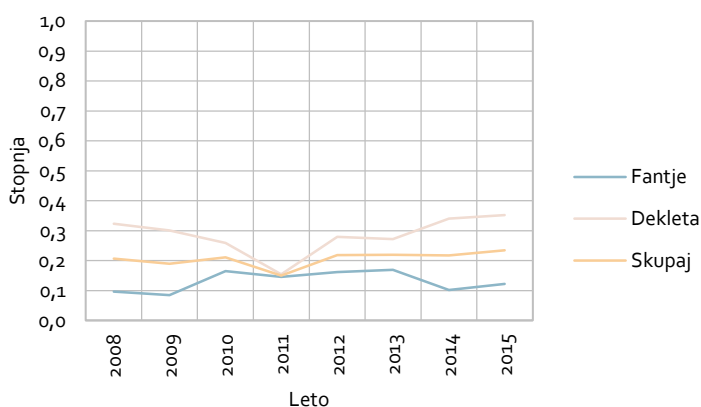
Iz tabele 56 lahko razberemo, da je število bolnišničnih obravnav zaradi diagnoz depresije višje pri dekletih kot pri fantih. Skupaj je bilo v obdobju od leta 2008 do leta 2015 zaradi diagnoz depresije 299 (67,3 %) bolnišničnih obravnav pri dekletih in 145 (32,7 %) pri fantih. Število bolnišničnih obravnav pri otrocih v starostni skupini od 6 do 14 let je bilo razmeroma nizko, porastlo pa je pri starejših otrocih oz. mladostnikih. V starostni skupini od 6 do 14 let je bilo v obdobju od leta 2008 do leta 2015 77 bolnišničnih obravnav zaradi depresije, v starostni skupini od 15 do 19 let pa 367 (tj. približno 4,8-krat toliko kot pri 6- do 14-letnikih).

Tabela 56. Število bolnišničnih obravnav zaradi diagnoz depresivna epizoda in ponavljajoča se depresivna motnja glede na spol in starostni skupini 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2008 in 2015

	Fantje	Dekleta	6–14 let	15–19 let
2008	14	44	6	52
2009	12	40	9	43
2010	23	34	11	46
2011	20	20	7	33
2012	22	36	8	50
2013	23	35	11	47
2014	14	44	8	50
2015	17	46	17	46
Skupaj	145	299	77	367

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 72 prikazuje stopnjo bolnišničnih obravnav zaradi depresije v obdobju od leta 2008 do leta 2015. Skupno gledano med otroki in mladostniki, starimi od 6 do 19 let, v tem časovnem obdobju ni prišlo do večjih sprememb v stopnji bolnišničnih obravnav (razen manjšega upada v letu 2011). Leta 2008 je v tej starostni skupini stopnja bolnišničnih obravnav zaradi depresije znašala 0,21, leta 2015 pa 0,23. Pregled po spolu pokaže nekaj več nihanja pri dekletih v primerjavi s fanti. Od leta 2008 do leta 2011 je stopnja bolnišničnih obravnav zaradi depresije pri dekletih upadala, nato pa do leta 2015 spet naraščala. Leta 2008 je znašala 0,32, leta 2015 pa 0,35 na 1000 oseb. Pri fantih so bile razlike med leti manjše. Nekoliko višja stopnja bolnišničnih obravnav je bila sicer pri njih zabeležena v obdobju med letoma 2010 in 2013. Leta 2008 je znašala stopnja bolnišničnih obravnav pri fantih 0,10, leta 2015 pa 0,12 na 1000 oseb. V povprečju je med letoma 2008 in 2015 stopnja bolnišničnih obravnav zaradi depresije znašala 0,21 na 1000 oseb. Vsa leta je bila višja pri dekletih (v povprečju je znašala 0,29 na 1000 oseb) in nižja pri fantih (v povprečju je znašala 0,13 na 1000 oseb).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 72. Stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb zaradi diagnoz depresivna epizoda in ponavljajoča se depresivna motnja v starostni skupini 6–19 let glede na spol, med letoma 2008 in 2015

8.5.3 Zdravila za zdravljenje depresije (antidepresivi)

Skupno število ambulantno izdanih receptov za antidepresive (zdravila iz farmakološke skupine No6A) v obdobju od leta 2008 do leta 2015 je v starostni skupini od 0 do 19 let znašalo 35.014. Od tega je bilo 168 (0,5 %) receptov predpisanih otrokom, starim od 0 do 5 let, 6042 (17,3 %) otrokom, starim od 6 do 14 let, in 28.804 (82,3 %) mladostnikom, starim od 15 do 19 let. Iz tabele 57 lahko razberemo, da je skupno število izdanih receptov za antidepresive v obdobju od leta 2008 do leta 2015 naraščalo, najbolj v starostni skupini od 15 do 19 let. Leta 2015 je bilo izdanih za 26 % več receptov za antidepresive kot leta 2008. Najbolj izrazit porast je opazen v zadnjih treh letih (tj. med letoma 2013 in 2015).

V tabeli 57 je absolutno število receptov za antidepresive, ki so bili izdani v obdobju od leta 2009 do leta 2014, prikazano tudi glede na spol (med 0- do 5-letniki razdelitve glede na spol nismo prikazali zaradi nizkega skupnega števila izdanih receptov). Skupno je bilo obdobju od leta 2008 do leta 2015 v starostni skupini od 6 do 14 let približno enako število receptov predpisanih fantom in dekletom. Fantje so prejeli 2982 (49,3 %), dekleta pa 3060 (50,7 %) receptov. V starostni skupini od 15 do 19 let so več receptov, in sicer 18.977 (65,9 %), prejela dekleta. Fantje so prejeli 9827 (34,1 %) receptov. Razlike med spoloma so torej opazne predvsem v najstarejši starostni skupini. Največje so v letih 2013, 2014 in 2015, ko je število izdanih receptov za antidepresive v tej starostni skupini pri dekletih porastlo močnejše kot pri fantih.

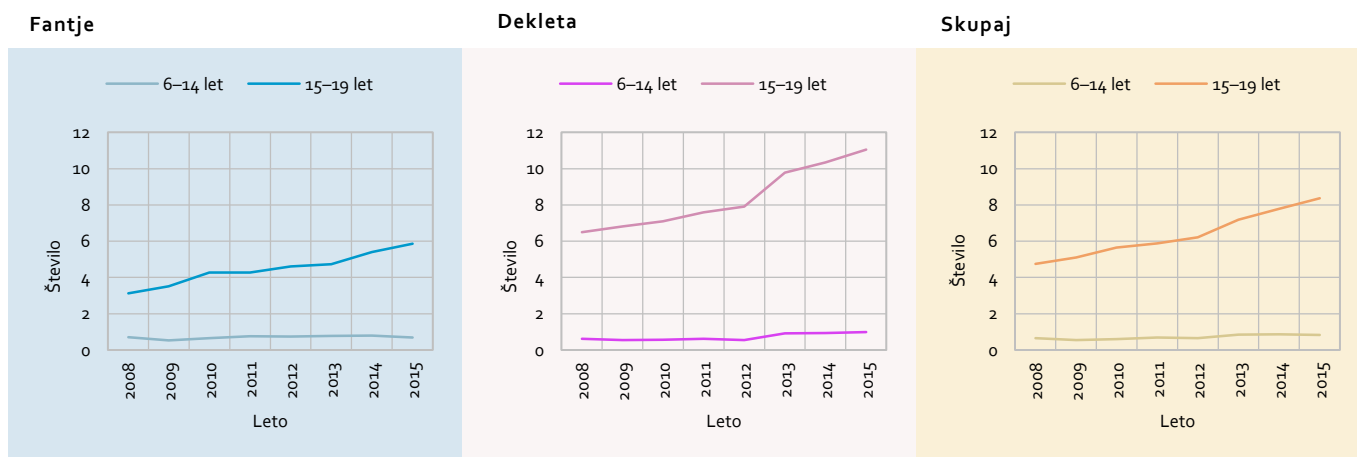
Tabela 57. Število izdanih receptov za zdravila iz farmakološke skupine No6A Antidepresivi glede na spol in starostno skupino, med letoma 2008 in 2015

	0–5 let	6–14 let			15–19 let		
	Skupaj	Fantje	Dekleta	Skupaj	Fantje	Dekleta	Skupaj
2008	12	400	351	751	1089	2184	3273
2009	20	311	312	623	1115	2210	3325
2010	15	348	305	653	1240	2146	3386
2011	22	383	311	694	1172	2069	3241
2012	30	343	290	633	1220	2217	3437
2013	27	409	491	900	1274	2647	3921
2014	27	396	488	884	1307	2739	4046
2015	15	392	512	904	1410	2765	4175
Skupaj	168	2982	3060	6042	9827	18.977	28.804

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 73 prikazuje podatke o številu definiranih dnevni odmerkov (DDD) antidepresivov na 1000 oseb, starih od 6 do 19 let, na dan za obdobje od leta 2008 do leta 2015. Tudi iz tega prikaza je razvidno, da se je poraba antidepresivov v navedenem obdobju povečala. Do porasta je prišlo predvsem pri starejših mladostnikih. Pri fantih je bil porast blažji, izrazitejši pa pri dekletih, in sicer predvsem po letu 2012. Razvidno je tudi, da se s starostjo poraba antidepresivov močno poveča. Večji porast glede na starost je opazen pri dekletih.

Leta 2008 je bilo v starostni skupini od 6 do 14 let skupaj izdanih 0,66 DDD na 1000 oseb na dan za antidepresive (0,70 fantom in 0,61 dekletom), leta 2015 pa 0,83 (0,68 fantom in 0,98 dekletom), kar kaže na blag porast v tem obdobju. V povprečju je bilo 6- do 14-letnikom med letoma 2008 in 2015 izdanih 0,71 DDD antidepresivov na 1000 oseb na dan (0,70 fantom in 0,71 dekletom). V starostni skupini od 15 do 19 let je bilo leta 2008 skupaj izdanih 4,76 DDD na 1000 oseb na dan za antidepresive (3,12 fantom in 6,50 dekletom), leta 2015 pa 8,37 (5,86 fantom in 11,05 dekletom). Porast v navedenem obdobju je bil torej v tej starostni skupini precejšen. Povprečno gledano je bilo med letoma 2008 in 2015 15- do 19-letnikom izdanih 6,37 DDD na 1000 oseb na dan za antidepresive (4,47 fantom in 8,38 dekletom).

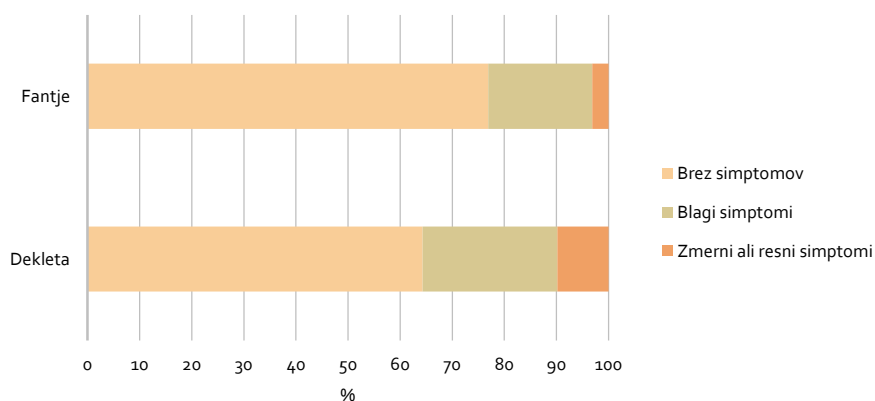


(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 73. Število DDD na 1000 oseb na dan za zdravila iz farmakološke skupine No6A Antidepresivi, glede na spol in starostni skupini 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2008 in 2015

8.5.4 Podatki presečnih raziskav

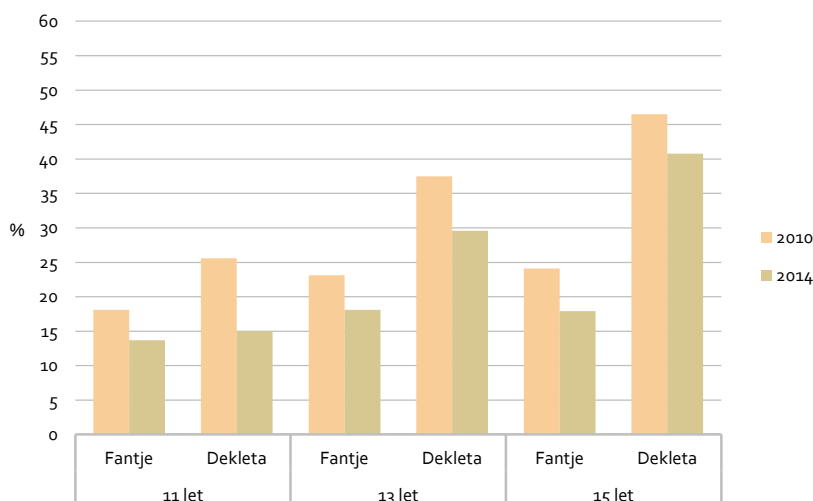
V raziskavi EHIS je leta 2014 7,7 % udeležencev, starih od 15 do 19 let, poročalo, da so imeli v zadnjih 12 mesecih depresijo (9,7 % deklet in 5,9 % fantov; razlika v deležu ni bila statistično značilna). Odgovori na vprašanja z lestvice PHQ-8 (Kroenke in Spitzer, 2002), ki vključuje kriterije za diagnozo klinične depresije po DSM-IV (Ameriška psihiatrična zveza, 1994), so omogočili izračun indikatorja, ki kaže na resnost trenutnih simptomov depresije pri udeležencih. O blagih simptomih depresije je poročalo 22,8 % udeležencev (20,0 % fantov in 25,9 % deklet), o zmernih ali resnih simptomih depresije pa 6,3 % udeležencev (3,1 % fantov in 9,8 % deklet) (slika 74). χ^2 test je pokazal statistično značilno razliko v deležu fantov in deklet brez simptomov, z blagimi ali zmernimi/resnimi simptomi depresije ($\chi^2 = 9,2$; $df = 2$; $p = 0,010$). V primerjavi z dekleti več fantov ni kazalo simptomov depresije. Obratno pa je v primerjavi s fanti več deklet kazalo zmerne ali resne simptome depresije.



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 74. Delež mladostnikov v starostni skupini 15–19 let, ki so glede na rezultate na lestvici PHQ-8 brez simptomov, z blagimi simptomi ter z zmernimi ali resnimi simptomi depresije, glede na spol, v letu 2014

V raziskavi HBSC smo v letih 2010 in 2014 11-, 13- in 15-letnike spraševali o prisotnosti daljših obdobij žalosti ali brezupa v preteklem letu, ki so eden izmed indikatorjev depresivnosti. Leta 2010 je na to vprašanje pritrdilno odgovorilo 29,0 % otrok oz. mladostnikov (36,5 % deklet in 21,7 % fantov), leta 2014 pa 22,8 % otrok oz. mladostnikov (28,9 % deklet in 16,5 % fantov). V letu 2014 lahko torej opazimo upad v skupnem deležu pritrdilnih odgovorov glede na leto 2010, ki je tudi statistično značilen ($\chi^2 = 50,3$; $df = 1$; $p < 0,001$). Prav tako je statistično značilna razlika v deležu deklet in fantov, ki so na to vprašanje odgovorili pritrdilno (za leto 2010: $\chi^2 = 141,6$; $df = 1$; $p < 0,001$; za leto 2014: $\chi^2 = 105,7$; $df = 1$; $p < 0,001$). Več pritrdilnih odgovorov so tako leta 2010 kot leta 2014 podala dekleta. V obeh letih lahko opazimo tudi porast v deležu pritrdilnih odgovorov glede na starost udeležencev. Leta 2010 je na vprašanje o prisotnosti daljših obdobij žalosti ali brezupa v preteklem letu pritrdilno odgovorilo 21,8 % 11-letnikov, 30,0 % 13-letnikov in 35,1 % 15-letnikov. Leta 2014 je na to vprašanje pritrdilno odgovorilo 14,4 % 11-letnikov, 23,9 % 13-letnikov in 30,3 % 15-letnikov. χ^2 test v obeh primerih pokaže statistično značilne razlike v deležu različno starih otrok, ki so odgovorili pritrdilno (za leto 2010: $\chi^2 = 77,7$; $df = 2$; $p < 0,001$; za leto 2014: $\chi^2 = 116,7$; $df = 2$; $p < 0,001$). Slika 75 še nekoliko natančneje prikazuje delež otrok oz. mladostnikov, ki so na vprašanje o prisotnosti daljših obdobij žalosti ali brezupa v preteklem letu odgovorili pritrdilno – ločeno po spolu in starosti, posebej za leti 2010 in 2014.



(Vir: HBSC, 2010, 2014.)

Slika 75. Delež mladostnikov, ki so na vprašanje »Ali si imel/-a v zadnjem letu obdobje, v katerem si se dva tedna zapored ali več skoraj vsak dan počutil/-a tako žalostno ali brezupno, da si zaradi tega prenehal/-a početi stvari, ki jih počneš sicer?« odgovorili pritrdilno, glede na spol, starostno skupino in leto izvedbe raziskave

8.6 Anksiozne motnje

8.6.1 Zunajbolnišnične obravnave zaradi anksiozne motnje

Tabela 58 prikazuje obravnave mladostnikov v starosti od 6 do 19 let v ambulantah na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva zaradi težav, na podlagi katerih je bila opredeljena diagnoza fobične anksiozne motnje (F40) ali drugih anksioznih motenj (F41). Podatki so prikazani za obe diagnozi posebej ter združeno. Tako na primarni kot na sekundarni ravni zdravstvenega varstva močno prevladujejo zunajbolnišnične obravnave zaradi drugih anksioznih motenj, manj je obravnav zaradi fobične anksiozne motnje. V obdobju od leta 2008 do leta 2015 je bilo na primarni ravni skupaj 2888 obravnav zaradi anksioznih motenj, od tega 352 (12,2 %) zaradi fobične anksiozne motnje in 2536 (87,8 %) zaradi drugih anksioznih motenj. V enakem obdobju je bilo na sekundarni ravni 3142 zunajbolnišničnih obravnav s končno diagnozo anksioznih motenj, od tega 382 (12,2 %) obravnav s končno diagnozo fobične anksiozne motnje in 2760 (87,8 %) obravnav s končno diagnozo drugih anksioznih motenj. Po letu 2010 je skupno število zunajbolnišničnih obravnav postopoma naraščalo vse do leta 2015 na primarni ravni oz. do leta 2014 na sekundarni ravni. Posebej izrazit porast opazimo med letoma 2011 in 2014 na sekundarni ravni.

Tabela 58. Število prvih obiskov in število končnih diagnoz fobične anksiozne motnje ter druge anksiozne motnje v starostni skupini 6–19 let, med letoma 2008 in 2015

		F40, fobične anksiozne motnje	F41, druge anksiozne motnje	F40 + F41, skupaj
Primarna raven (prvi obiski)	2008	36	287	323
	2009	29	259	288
	2010	46	257	303
	2011	51	262	313
	2012	38	304	342
	2013	42	338	380
	2014	48	397	445
	2015	62	432	494
	Skupaj		352	2536
Sekundarna raven (končne diagnoze)	2008	39	174	213
	2009	47	176	223
	2010	42	153	195
	2011	27	190	217
	2012	59	254	313
	2013	63	502	565
	2014	61	721	782
	2015	44	590	634
	Skupaj		382	2760

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Pregled po spolu pokaže, da se diagnozi anksioznih motenj (F40 – fobične anksiozne motnje in F41 – druge anksiozne motnje skupaj) pogosteje pojavljata pri dekletih, njihovo število pa na obeh ravneh zdravstvenega varstva močno poraste med starejšimi mladostniki (tabela 59). Med 6- do 14-letniki je bilo v obdobju od leta 2008 do leta 2014 na primarni ravni 719 zunajbolnišničnih obravnav zaradi diagnoz anksioznih motenj, med 15- do 19-letniki pa 2169 (tj. približno 3-krat toliko kot pri 6- do 14-letnikih). V istem obdobju je bilo med 6- do 14-letniki na sekundarni ravni 650 zunajbolnišničnih obravnav s končno diagnozo anksioznih motenj, med 15- do 19-letniki pa 2492 (tj. približno 3,8-krat toliko kot pri 6- do 14-letnikih).

V starostni skupini od 6 do 14 let je bilo v obdobju od leta 2008 do leta 2015 na primarni ravni skupaj 294 (40,9 %) obravnav zaradi diagnoz anksioznih motenj, zabeleženih pri fantih, 425 (59,1 %) pa pri dekletih. Na sekundarni ravni je bilo v tej starostni skupini pri fantih zabeleženih 173 (26,6 %) zunajbolnišničnih obravnav s končno diagnozo anksioznih motenj, pri dekletih pa 477 (73,4 %). Med starejšimi mladostniki v starostni skupini od 15 do 19 let je bilo med letoma 2008 in 2015 na primarni ravni pri fantih 661 (30,5 %) obravnav zaradi diagnoz anksioznih motenj, pri dekletih pa 1508 (69,5 %). Na sekundarni ravni je bilo pri fantih 810 (32,5 %) zunajbolnišničnih obravnav s končno diagnozo anksioznih motenj, pri dekletih pa 1682 (67,5 %).

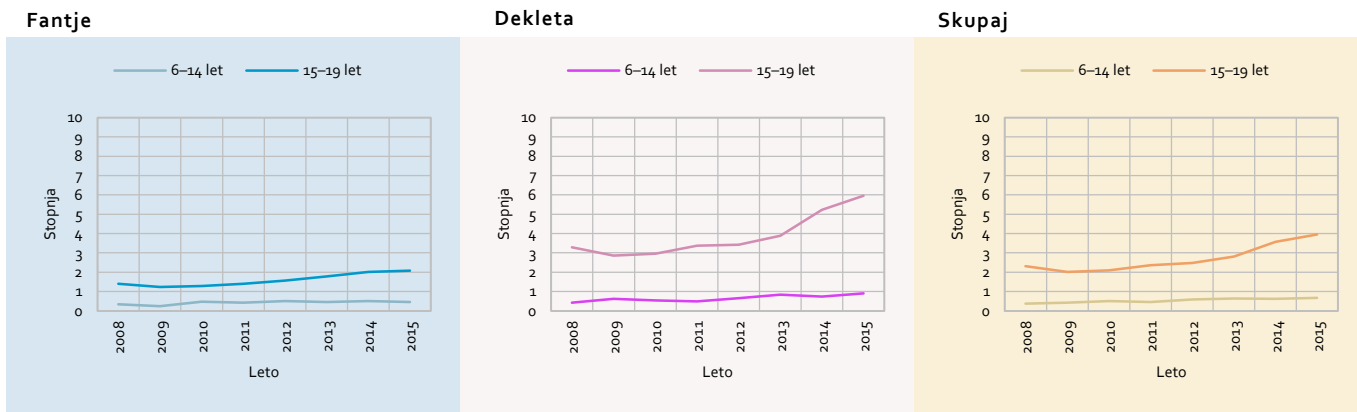
Tabela 59. Število prvih obiskov ter število končnih diagnoz fobične anksiozne motnje in druge anksiozne motnje glede na spol in starostni skupini 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2008 in 2015

		6–14 let			15–19 let		
		Fantje	Dekleta	Skupaj	Fantje	Dekleta	Skupaj
Primarna raven (prvi obiski)	2008	29	35	64	81	178	259
	2009	21	50	71	68	149	217
	2010	41	43	84	69	150	219
	2011	36	39	75	73	165	238
	2012	43	53	96	80	166	246
	2013	39	68	107	89	184	273
	2014	44	60	104	99	242	341
	2015	41	77	118	102	274	376
	Skupaj	294	425	719	661	1508	2169
Sekundarna raven (končne diagnoze)	2008	14	29	43	69	101	170
	2009	17	23	40	70	113	183
	2010	13	20	33	55	107	162
	2011	16	33	49	68	100	168
	2012	24	44	68	98	147	245
	2013	18	83	101	155	309	464
	2014	48	177	225	154	403	557
	2015	23	68	91	141	402	543
	Skupaj	173	477	650	810	1682	2492

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

V starostni skupini od 6 do 19 let je bila na primarni ravni zdravstvenega varstva v obdobju od leta 2008 do leta 2015 povprečna stopnja obravnav zaradi anksioznih motenj (diagnozi F40 – fobične anksiozne motnje in F41 – druge anksiozne motnje skupaj) 1,34 na 1000 oseb. Pri fantih je bila vsa leta nižja (v povprečju 0,86 na 1000 oseb), pri dekletih pa višja (v povprečju 1,85 na 1000 oseb).

Na sliki 76 je prikazano gibanje stopnje zunajbolnišničnih obravnav zaradi diagnoz anksioznih motenj glede na spol in starost. S starostjo število zunajbolnišničnih obravnav zaradi diagnoz anksioznih motenj močno naraste. Podobno kot pri diagnozah depresije je tudi v tem primeru porast večji pri dekletih v primerjavi s fanti. Pri mlajših otrocih in mladostnikih, starih od 6 do 14 let, je znašala povprečna stopnja zunajbolnišničnih obravnav zaradi diagnoz anksioznih motenj v obdobju od leta 2008 do leta 2015 0,54 na 1000 oseb (0,43 pri fantih in 0,65 pri dekletih). Pri starejših mladostnikih, starih od 15 do 19 let, pa je znašala povprečna stopnja zunajbolnišničnih obravnav 2,70 na 1000 oseb (1,59 pri fantih in 3,87 pri dekletih). V obdobju od leta 2008 do leta 2015 lahko v mlajši starostni skupini opazimo zelo blag porast v stopnji obravnav zaradi diagnoz anksioznih motenj, večjega pa v starejši starostni skupini, in sicer predvsem pri dekletih. Še posebej izrazit je bil pri dekletih porast po letu 2013. Med 6- do 14-letniki je leta 2008 stopnja zunajbolnišničnih obravnav zaradi diagnoz anksioznih motenj znašala 0,38 (0,33 pri fantih in 0,43 pri dekletih), leta 2015 pa 0,68 na 1000 oseb (0,46 pri fantih in 0,91 pri dekletih). Med 15- do 19-letniki je bila leta 2008 stopnja obravnav 2,31 (1,40 pri fantih in 3,30 pri dekletih), leta 2015 pa 3,96 na 1000 oseb (2,08 pri fantih in 5,96 pri dekletih).

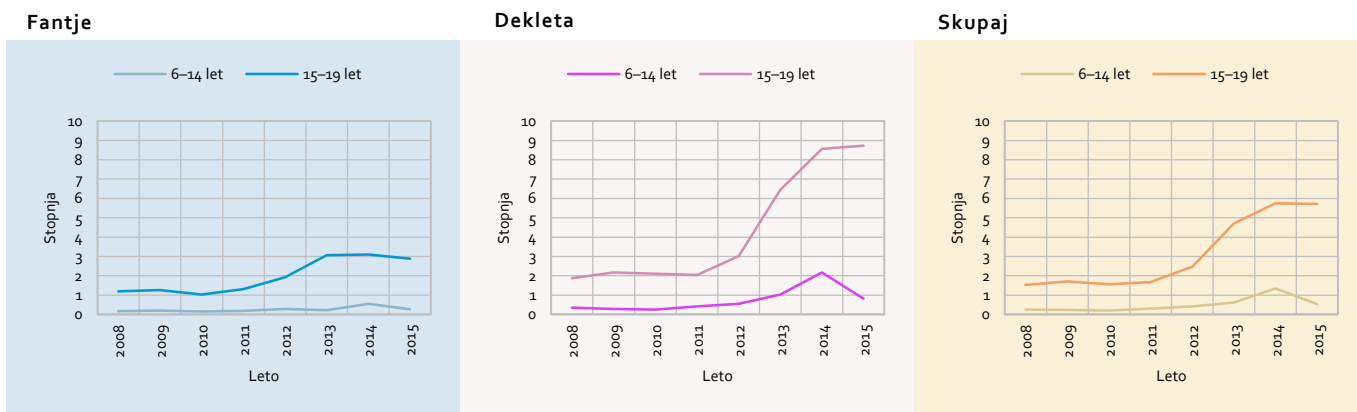


(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 76. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb zaradi diagnoz fobične anksiozne motnje in druge anksiozne motnje glede na spol v starostnih skupinah 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2008 in 2015

Na sekundarni ravni zdravstvenega varstva je bila v obdobju od leta 2008 do leta 2015 povprečna stopnja zunajbolnišničnih obravnav s končno diagnozo anksioznih motenj (diagnozi F40 – fobične anksiozne motnje in F41 – druge anksiozne motnje skupaj) 1,47 na 1000 oseb. Pri fantih je bila nižja kot pri dekletih in je v povprečju znašala 0,89 na 1000 oseb. Pri dekletih je znašala 2,08 na 1000 oseb.

S slike 77 je razvidno, da je stopnja zunajbolnišničnih obravnav z diagnozo anksioznih motenj med starejšimi otroki in mladostniki višja v primerjavi z mlajšimi. Razlika glede na starost je večja pri dekletih kot pri fantih. V obdobju od leta 2008 do leta 2015 je med 6- do 14- letniki povprečna stopnja zunajbolnišničnih obravnav z diagnozo anksioznih motenj znašala 0,48 na 1000 oseb (0,25 pri fantih in 0,73 pri dekletih), med 15- do 19-letniki pa 3,14 na 1000 oseb (1,97 pri fantih in 4,37 pri dekletih). Od leta 2008 do leta 2015 je stopnja zunajbolnišničnih obravnav z diagnozo anksioznih motenj porastla tako med mlajšimi kot tudi med starejšimi otroki in mladostniki. Med 6- do 14-letniki je bil porast blažji. Leta 2008 je v tej starostni skupini stopnja zunajbolnišničnih obravnav s končno diagnozo anksioznih motenj znašala 0,25 na 1000 oseb (0,16 pri fantih in 0,35 pri dekletih), leta 2015 pa 0,53 na 1000 oseb (0,26 pri fantih in 0,81 pri dekletih). Zelo izrazit pa je bil porast med 15- do 19-letniki, posebej med dekleti, in sicer predvsem po letu 2011. Leta 2008 je pri njih stopnja zunajbolnišničnih obravnav z diagnozo anksioznih motenj znašala 1,52 na 1000 oseb (1,19 pri fantih in 1,87 pri dekletih), leta 2015 pa 5,72 (2,88 pri fantih in 8,74 pri dekletih).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 77. Stopnja končnih diagnoz fobične anksiozne motnje in druge anksiozne motnje na 1000 oseb glede na spol in starostne skupine, med letoma 2008 in 2015

8.6.2 Bolnišnične obravnave zaradi anksiozne motnje

Tabela 6o prikazuje podatke o številu bolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov, starih od 6 do 19 let, zaradi diagnoz fobične anksiozne motnje (F40) in drugih anksioznih motenj (F41), posebej glede na spol in glede na starost. Število bolnišničnih obravnav zaradi diagnoz anksioznih motenj je bilo višje pri dekletih v primerjavi s fanti. Skupaj je bilo med letoma 2008 in 2015 zabeleženih 130 (37,9 %) bolnišničnih obravnav pri fantih in 213 (62,1 %) pri dekletih. Iz tabele je razvidno tudi, da število bolnišničnih obravnav zaradi diagnoz anksioznih motenj poraste s starostjo. Med 6- do 14-letniki je bilo v obdobju od leta 2008 do leta 2015 zabeleženih 111 bolnišničnih obravnav, med 15- do 19-letniki pa 232 bolnišničnih obravnav (tj. približno 2,1-krat toliko kot pri 6- do 14-letnikih). Skupno gledano je število bolnišničnih obravnav v navedenem obdobju nekoliko nihalo, vendar razlike med leti niso bile zelo velike. Od leta 2012 lahko sicer pri dekletih opazimo porast v številu bolnišničnih obravnav zaradi diagnoz anksioznih motenj.

Tabela 6o. Število bolnišničnih obravnav zaradi diagnoz fobične anksiozne motnje in druge anksiozne motnje, glede na spol v starostnih skupinah 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2008 in 2015

	Fantje	Dekleta	Skupaj	6–14 let	15–19 let
2008	19	32	51	16	35
2009	17	17	34	15	19
2010	15	17	32	11	21
2011	19	32	51	14	37
2012	11	18	29	14	15
2013	16	25	41	11	30
2014	17	26	43	13	30
2015	16	46	62	17	45
Skupaj	130	213	343	111	232

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Podobno sliko kaže tudi pregled stopenj bolnišničnih obravnav zaradi anksioznih motenj (diagnozi F40 – fobične anksiozne motnje in F41 – druge anksiozne motnje) v obdobju od leta 2008 do leta 2015. Skupna stopnja bolnišničnih obravnav je med otroki in mladostniki, starimi od 6 do 19 let, leta 2011 nekoliko porastla, v letu 2012 spet upadla in nato blago naraščala vse do leta 2015. Leta 2008 je znašala 0,18 na 1000 oseb, leta 2015 pa 0,23. Pri fantih je bila sicer v obdobju od leta 2008 do leta 2015 stopnja bolnišničnih obravnav razmeroma stabilna. Leta 2008 je znašala 0,13 na 1000 oseb, leta 2015 pa 0,12. Večja nihanja lahko opazimo pri dekletih. V zadnjih letih, tj. od leta 2012, je pri njih stopnja bolnišničnih obravnav zaradi diagnoz anksioznih motenj naraščala. Leta 2008 je znašala 0,24 na 1000 oseb, leta 2015 pa 0,35. Povprečna stopnja bolnišničnih obravnav zaradi anksioznih motenj med letoma 2008 in 2014 je znašala 0,16 na 1000 oseb. Pri dekletih je bila nekoliko višja kot pri fantih in je znašala 0,20 na 1000 oseb. Pri fantih je znašala 0,12 na 1000 oseb (slika 78).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 78. Stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb zaradi diagnoz fobične anksiozne motnje in druge anksiozne motnje glede na spol v starostni skupini 6–19 let, med letoma 2008 in 2015

8.6.3 Zdravila za zdravljenje anksiozne motnje (anksiolitiki)

V obdobju od leta 2008 do leta 2015 je bilo mladostnikom, starim od 0 do 19 let, skupaj izdanih 23.920 receptov za anksiolitike (zdravila iz farmakološke skupine N05B). Od tega je bilo 7581 (31,7 %) receptov izdanih otrokom v starostni skupini od 0 do 5 let, 7298 (30,5 %) otrokom v starostni skupini od 6 do 14 let in 9041 (37,8 %) mladostnikom v starostni skupini od 15 do 19 let. Skupno število izdanih receptov za anksiolitike je v obdobju od leta 2008 do leta 2015 naraslo. Skupaj je bilo v starostni skupini od 0 do 19 let leta 2015 izdanih za 91 % več receptov za anksiolitike kot leta 2008. Največji porast je opazen v letih 2010 in 2011. Do najbolj izrazitega porasta v številu izdanih receptov za anksiolitike je prišlo v starostni skupini od 0 do 5 let, nekoliko blažji porast opazimo tudi pri 6- do 14-letnikih, v najstarejši starostni skupini pa ni prišlo do večjih sprememb. V starostni skupini od 0 do 5 let se anksiolitiki v največji meri predpisujejo predvsem za zdravljenje epileptičnih napadov, tako da porast porabe najverjetneje ni posledica povečanega predpisovanja zaradi zdravljenja anksioznosti.

Tabela 61 prikazuje absolutno število receptov za anksiolitike, ki so bili izdani v obdobju od leta 2008 do leta 2015, tudi glede na spol. V najmlajši skupini, tj. od 0 do 5 let, je bilo fantom predpisanih 4043 (53,3 %) receptov za anksiolitike, dekletom pa 3538 (46,7 %). V starostni skupini od 6 do 14 let so fantje prejeli 4013 (55,0 %) receptov, dekleta pa 3285 (45,0 %). V najstarejši skupini, tj. med 15- do 19-letniki, pa so fantje prejeli 4297 (47,5 %) receptov, dekleta pa 4744 (52,5 %). V mlajših starostnih skupinah je bilo torej nekaj več receptov predpisanih fantom v primerjavi z dekleti, v najstarejši starostni skupini pa so več receptov prejela dekleta, vendar razlike niso velike.

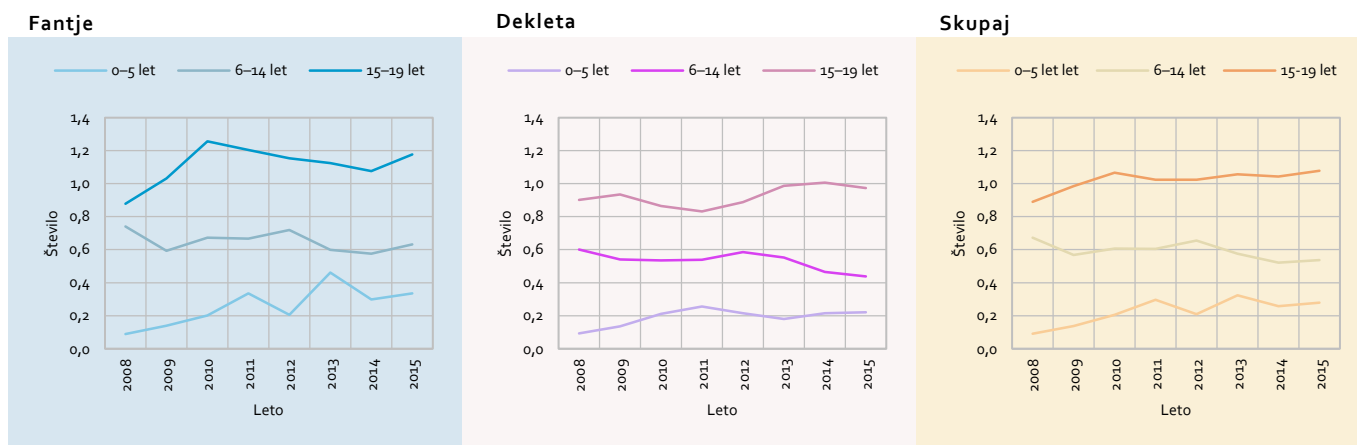
Tabela 61. Število izdanih receptov za zdravila iz farmakološke skupine No5B Anksiolitiki glede na spol in starostno skupino, med letoma 2008 in 2015

	0–5 let			6–14 let			15–19 let		
	Fantje	Dekleta	Skupaj	Fantje	Dekleta	Skupaj	Fantje	Dekleta	Skupaj
2008	60	65	125	425	346	771	483	654	1137
2009	123	131	254	343	314	657	530	553	1083
2010	379	364	743	465	393	858	626	571	1197
2011	612	519	1131	541	433	974	539	596	1135
2012	529	504	1033	566	416	982	516	583	1099
2013	756	592	1348	511	444	955	511	587	1098
2014	717	631	1348	546	442	988	520	603	1123
2015	867	732	1599	616	497	1113	572	597	1169
Skupaj	4043	3538	7581	4013	3285	7298	4297	4744	9041

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Na sliki 79 lahko vidimo podatke o številu definiranih dnevni odmerkov (DDD) anksiolitikov na 1000 oseb, starih od 0 do 19 let, na dan v obdobju od leta 2008 do leta 2015. Ta prikaz nam ponudi nekoliko drugačen vpogled v gibanje porabe anksiolitikov. Nihanje v obdobju od leta 2008 do leta 2015 je bistveno manjše, kot ga prikazuje pregled absolutnega števila izdanih receptov za anksiolitike. Do večjih sprememb v tem obdobju ni prišlo. Slika kaže, da s starostjo število DDD anksiolitikov na 1000 oseb na dan narašča. Nekoliko večje število DDD na 1000 oseb na dan je bilo vsa leta izdanih fantom, vendar pa so razlike majhne.

Otrokom iz starostne skupine od 0 do 5 let je bilo leta 2008 skupaj izdanih 0,09 DDD anksiolitikov na 1000 oseb na dan (0,09 fantom in ravno toliko dekletom), leta 2015 pa 0,28 (0,33 fantom in 0,22 dekletom), kar kaže na blažji porast. V povprečju so med letoma 2008 in 2015 0- do 5-letniki prejeli 0,23 DDD anksiolitikov na 1000 oseb na dan (0,26 fantje in 0,19 dekleta). V starostni skupini od 6 do 14 let je bilo leta 2008 skupaj izdanih 0,67 DDD anksiolitikov na 1000 oseb na dan (0,74 fantom in 0,60 dekletom), leta 2015 pa 0,54 (0,63 fantom in 0,44 dekletom). V tej starostni skupini je torej v navedenem obdobju prišlo do manjšega upada v številu DDD na 1000 oseb na dan. V povprečju so 6- do 14-letniki v obdobju od leta 2008 do leta 2015 prejeli 0,59 DDD na 1000 oseb na dan (0,65 fantje in 0,53 dekleta). Najstarejši skupini, tj. od 15 do 19 let, je bilo leta 2008 izdanih 0,89 DDD anksiolitikov na 1000 oseb na dan (0,88 fantom in 0,90 dekletom), leta 2015 pa 1,08 (1,18 fantom in 0,97 dekletom), kar podobno kot v najmlajši starostni skupini kaže na zelo blag porast. Povprečno gledano je bilo med letoma 2009 in 2014 15- do 19-letnikom izdanih 1,02 DDD anksiolitikov na 1000 oseb na dan (1,11 fantom in 0,92 dekletom).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 79. Število DDD na 1000 oseb na dan za zdravila iz farmakološke skupine No5B Anksiolitiki glede na spol in starostno skupino, med letoma 2008 in 2015

8.6.4 Podatki presečnih raziskav

Med 15- do 19-letnimi udeleženci raziskave EHIS iz leta 2014 jih je 5,6 % poročalo, da so imeli v zadnjih 12 mesecih tesnobo oz. anksioznost. Med fanti je bilo takih udeležencev 2,1 %, med dekleti pa 9,3 %. Razlika v deležu med fanti in dekleti je statistično značilna ($\chi^2 = 7,53$; $df = 1$; $p = 0,006$).

8.7 Razprava

Depresija in anksioznost ne sodita le med najpogostejše duševne motnje, ampak tudi med najbolj razširjene zdravstvene težave na splošno (WHO, 2001, 2004). V otroštvu in mladostništvu vplivata na posameznikov razvoj, socialne odnose in akademsko uspešnost, zato imata pomembne posledice tudi pozneje v odraslosti (npr. slabše zaposlitvene možnosti, težave v medosebnih odnosih, duševne težave; Rao, 2006). Ustrezno poznavanje razširjenosti depresije in anksioznih motenj med otroki in mladostniki ter njihovo zgodnje prepoznavanje in učinkovita obravnava – skupaj z aktivnostmi preventive in promocije pozitivnega duševnega zdravja – so zato strateškega pomena za kakovostno življenje in razvoj ljudi, posledično pa tudi za gospodarsko stabilnost družbe. V tem poglavju smo želeli orisati pogostost pojavljanja teh motenj med slovenskimi otroki in mladostniki. Zaradi tega smo najprej predstavili podatke o koriščenju zdravstvenih storitev na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva in o bolnišničnih obravnavah zaradi diagnoz depresije in anksioznih motenj, o porabi ambulantno predpisanih zdravil za zdravljenje depresije in anksioznih motenj ter anketne podatke o prevalenci teh težav med otroki in mladostniki.

Predstavljeni podatki kažejo, da je v obdobju od leta 2008 do leta 2015 poraslo število oz. stopnja zunajbolnišničnih obravnav na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva zaradi diagnoz anksioznih motenj. Porast je blažji med mlajšimi otroki in mladostniki, velik pa med starejšimi, 15 do 19 let starimi mladostniki, in posebej izrazit na sekundarni ravni zdravstvenega varstva. Stopnja zunajbolnišničnih obravnav s končno diagnozo anksioznih motenj v obdobju od leta 2008 do leta 2015 med 15- do 19-letniki naraste kar za 3,8-krat. Izrazitejši porast lahko opazimo pri dekletih. Po drugi strani je stopnja zunajbolnišničnih obravnav na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva zaradi diagnoz depresije med letoma 2008 in 2015 razmeroma stabilna. Nekaj več nihanj je opaziti le pri 15- do 19-letnikih na sekundarni ravni zdravstvenega varstva, vendar o posebnem trendu težko govorimo. V povprečju je med letoma 2008 in 2015 na obeh

ravnih zdravstvenega varstva stopnja zunajbolnišničnih obravnav zaradi anksioznih motenj višja v primerjavi s stopnjo zunajbolnišničnih obravnav zaradi depresije (pri 15- do 19-letnikih znaša povprečna stopnja zunajbolnišničnih obravnav zaradi anksioznih motenj na primarni oz. sekundarni ravni zdravstvenega varstva 2,70/3,14, zaradi depresije pa 2,31/2,42).

Zaradi simptomov depresije in anksioznih motenj pomoč na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva pogosteje poiščejo dekleta, pri katerih je v obdobju od leta 2008 do leta 2015 zabeleženih približno dvakrat toliko zunajbolnišničnih obravnav kot pri fantih. Še nekoliko večja je razlika med spoloma v stopnji zunajbolnišničnih obravnav zaradi depresije in anksioznih motenj. S starostjo absolutno število zunajbolnišničnih obravnav na različnih ravneh zdravstvenega varstva močno naraste. Skupaj je v obdobju od leta 2008 do leta 2015 pri 15- do 19-letnikih število zunajbolnišničnih obravnav zaradi depresije približno šestkrat tolikšno kot pri 6- do 14-letnikih, število zunajbolnišničnih obravnav zaradi anksioznih motenj pa približno trikrat (primarna raven) oz. štirikrat tolikšno (sekundarna raven). Tudi v tem primeru je razlika v stopnji zunajbolnišničnih obravnav med mlajšimi in starejšimi otroki oz. mladostniki še nekoliko večja.

V številu in stopnji bolnišničnih obravnav oz. bolnišničnih obravnav zaradi diagnoz depresije v obdobju med letoma 2008 in 2015 ni večjih sprememb (izjema je upad v letu 2011), kar kaže na to, da je v navedenem časovnem obdobju število primerov s hujšimi simptomi depresije razmeroma stabilno. Pri fantih je razmeroma stabilno tudi število oz. stopnja bolnišničnih obravnav zaradi anksioznih motenj, pri dekletih pa lahko po letu 2012 in predvsem v letu 2015 opazimo blažji porast. V primerjavi s povprečno stopnjo zunajbolnišničnih obravnav na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva zaradi diagnoz depresije in anksioznih motenj je povprečna stopnja bolnišničnih obravnav zaradi teh diagnoz na splošno dokaj nizka (0,21 na 1000 oseb pri depresiji in 0,16 pri anksioznih motnjah). Podobno kot pri zunajbolnišničnih obravnavah na različnih ravneh zdravstvenega varstva je tudi pri bolnišničnih obravnavah zaradi depresije in anksioznih motenj več primerov (in višja stopnja) zabeleženih pri dekletih in pri starejših mladostnikih.

V obdobju od leta 2008 do leta 2015 je poraslo število ambulantno izdanih receptov za antidepresive v starostni skupini od 0 do 19 let. Največji porast je opazen med 15- do 19-letniki, in sicer tako v absolutnem številu kot tudi v številu DDD na 1000 oseb na dan. To pomeni, da je poleg števila receptov narastla tudi povprečna količina zdravila, ki se predpiše na en recept. Nekoliko večji porast opazimo pri dekletih v primerjavi s fanti, in sicer predvsem po letu 2012. Razlike med spoloma in starostnimi skupinami so podobne, kot jih kaže statistika (zunaj)bolnišničnih obravnav. V obdobju od leta 2008 do leta 2015 so 15- do 19-letna dekleta v povprečju prejela približno dvakrat toliko receptov (v absolutnem in DDD) za antidepresive kot fantje. Opazen je tudi izrazit porast v številu izdanih receptov s starostjo.

V absolutnem številu izdanih receptov za anksiolitike v starostni skupini od 15 do 19 let med letoma 2008 in 2015 ni večjih sprememb. Nasprotno pa lahko opazimo zelo velik porast v absolutnem številu izdanih receptov za anksiolitike 0- do 5-letnikom, manjši pa je tudi porast pri 6- do 14-letnikih. Porast je najbolj izrazit med letoma 2009 in 2012. Natančnejši pregled podatkov pokaže, da sta najpogosteje predpisana anksiolitika v starostnih skupinah od 0 do 5 let in od 6 do 14 let Stesolid (diazepam), ki se uporablja predvsem za takojšnje zdravljenje vročinskih krčev pri otrocih (zdravilo je v celoti krito iz ZZS od leta 2010, kar lahko pojasni porast v njegovem predpisovanju v navedenem obdobju), in na drugem mestu Frisium (klobazam), ki se med drugim uporablja pri dolgotrajnem zdravljenju epilepsije. Med 15- do 19-letniki so ob Frisiumu najpogosteje predpisani anksiolitiki Helex (alprazolam), Apaurin (diazepam) in drugi klasični

anksiolitiki, ki se uporabljajo za blaženje tesnobe in nemira ter delujejo pomirjevalno. Nekoliko več receptov za anksiolitike je v starostni skupini od 0 do 14 let med letoma 2008 in 2015 predpisanih fantom (med katerimi je sicer tudi prevalenca vročinskih krčev in epilepsije nekoliko višja kot pri dekletih; Hauser, Annegers in Rocca, 1996), v starostni skupini od 15 do 19 let pa dekletom, vendar so razlike med spoloma majhne.

Gibanje v številu DDD anksiolitikov na 1000 oseb na dan po drugi strani pokaže, da v nobeni od starostnih skupin v obdobju od leta 2008 do leta 2015 ni prišlo do večjih sprememb. Razliko v gibanju porabe anksiolitikov, kot jo kaže število DDD na 1000 oseb na dan v primerjavi z absolutnim številom izdanih receptov pri mlajših otrocih in mladostnikih, lahko deloma razložimo z nižanjem povprečnega števila DDD na recept za anksiolitike v tem obdobju (v starostni skupini od 0 do 14 let je leta 2008 povprečno število DDD na recept znašalo 50,4, leta 2015 pa 17,5). To lahko pripišemo bodisi manjšim pakiranjem zdravil bodisi manjšemu številu škatel zdravil, ki se predpišejo na en recept. Zanimiva je tudi razlika med razmeroma stabilnim številom receptov za anksiolitike v skupini 15- do 19-letnikov ter precejšnjim porastom v številu in stopnji zunajbolnišničnih obravnav zaradi diagnoz anksioznih motenj na različnih ravneh zdravstvenega varstva v tej starostni skupini. Vsaj deloma jo morda razložimo z dejstvom, da anksiolitiki povzročajo toleranco organizma in posledično lahko vodijo v odvisnost. Predpisuje se jih torej le v primerih prepričljivih indikacij, in sicer v manjših odmerkih za krajše časovno obdobje (Lader, 1994). Ker se simptomi anksioznosti nemalokrat pojavljajo skupaj s simptomi depresije, velja tudi, da se zanje večkrat raje predpisujejo antidepresivi, ki ne povzročajo odvisnosti.

Podatkovne baze z informacijami o koriščenju storitev na različnih ravneh zdravstvenega varstva, o bolnišničnih obravnavah in porabi ambulantno predpisanih zdravil zajamejo le posameznike, ki zaradi svojih težav poiščejo medicinsko pomoč. Vendar pa raziskave kažejo, da zelo veliko posameznikov, ki jih pestijo različne duševne težave, ne poišče ali ne prejme ustrezne zdravstvene pomoči (Kohn, Saxena, Levav in Saraceno 2004; Wang idr., 2007). Zato so dragoceno dopolnili informacijam iz podatkovnih baz anketni podatki, ki jih pridobimo na reprezentativnih vzorcih populacije. Z njimi dobimo vpogled v samooceno občutij oz. prisotnosti depresije in anksioznosti pri posameznikih.

V raziskavi EHIS, ki je bila izvedena leta 2014, je 7,7 % 15- do 19-letnikov poročalo o depresiji, 5,6 % pa o tesnobi/anksioznosti v zadnjih 12 mesecih. V primerjavi s podatki o zunajbolnišničnih obravnavah na različnih ravneh zdravstvenega varstva zaradi diagnoz depresije in anksioznih motenj v tej starostni skupini je ta delež zelo visok. Razlika se ujema s preteklimi raziskavami in kaže na to, da zdravstveni sistem večine mladih, ki trpijo za občutji depresije in anksioznosti, ne zajame – bodisi zato, ker ne poiščejo zdravniške pomoči, bodisi zato, ker njihove težave niso ustrezno prepoznane (Kohn idr., 2004; Wang idr., 2007). Eden izmed možnih razlogov za to je, da simptome depresije in anksioznih motenj v tem življenjskem obdobju nemalokrat zamenjujemo s težavami, povezanimi z odraščanjem. Poleg tega mnogi, posebej fantje, svoja občutja težje verbalizirajo. Podobno kot podatkovne baze tudi podatki iz raziskave EHIS kažejo, da o depresiji in anksioznosti pogosteje poročajo dekleta v primerjavi s fanti. Delež 15- do 19-letnih deklet, ki poročajo o depresiji v preteklem letu, je približno 1,6-krat tolikšen kot delež enako starih fantov, delež deklet, ki poročajo o anksioznosti, pa približno 4,4-krat tolikšen kot delež fantov.

Zanimivo je, da po podatkih raziskave EHIS več mladih navaja, da so imeli v zadnjih 12 mesecih pogosteje depresijo kot tesnobo/anksioznost. Obratno podatkovne baze kažejo višjo stopnjo zunajbolnišničnih obravnav na različnih ravneh zdravstvenega varstva zaradi diagnoz anksioznih

motenj v primerjavi z diagnozami depresije. To razliko lahko vsaj deloma razložimo z verjetno bolj razširjenim poznavanjem depresije v splošni javnosti in pogosto komorbidnostjo simptomov depresije in anksioznosti (Cummings idr., 2014; Garber in Weersing, 2010). Mogoče je tudi, da mladi s simptomi anksioznosti prej poiščejo pomoč kot tisti, pri katerih se pojavljajo le izolirani simptomi depresije.

V raziskavi EHIS je bila uporabljena tudi lestvica PHQ-8 (Kroenke in Spitzer, 2002), ki omogoča, da po kriterijih Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj DSM-IV-TR (APA, 2000) posameznike razvrstimo v več skupin glede na resnost trenutnih simptomov depresije. Rezultati so pokazali, da 22,8 % 15- do 19-letnikov trpi za blagimi simptomi depresije, 6,3 % pa jih poroča o zmernih do resnih simptomih depresije. Skupaj torej približno 29 % mladih v tej starostni skupini poroča o vsaj blagih simptomih depresije. Med njimi je ponovno večji delež deklet.

Raziskava HBSC se za razliko od raziskave EHIS in podatkovnih zbirk osredotoča na prisotnost subjektivnih občutij depresivnosti (tj. daljših obdobij žalosti in brezupa) v preteklem letu, ki ne pomenijo nujno tudi klinične depresije. Primerjava odgovorov, ki so jih v letih 2010 in 2014 podali 11-, 13- in 15-letniki, je tudi v tem primeru pokazala, da delež otrok oz. mladostnikov, ki poročajo o subjektivnih občutjih depresivnosti, narašča s starostjo. Prav tako o subjektivnih občutjih depresivnosti poroča več deklet v primerjavi s fanti. Zanimivo je, da je prišlo v obdobju med letoma 2010 in 2014 do upada v deležu otrok oz. mladostnikov, ki poročajo o subjektivnih občutjih depresivnosti (leta 2010 je bilo takih 29 %, leta 2014 pa 22,8 %). Ta podatek je vsekakor razveseljujoč, težje pa je primerljiv s podatki o koriščenju zdravstvenih storitev zaradi diagnoz depresije (ti kažejo razmeroma stabilno sliko v obdobju od leta 2008 do leta 2015) in o porabi antidepresivov (njihova poraba je v zadnjih letih v porastu). Omeniti velja tudi pomanjkljivost mere, na podlagi katere so pridobljeni ti podatki. Sestavljena je le iz enega vprašanja, na katerega je treba podati dihotomen odgovor (tj. da ali ne). Za ugotavljanje psihološkega konstrukta, kot je depresivnost, taka mera ni nujno dovolj natančna. Za natančnejši vpogled v časovne spremembe v samooceni depresivnosti pri mladih bi zato vsekakor potrebovali dodatne raziskave z ustrežnejšimi merskimi inštrumenti.

Mednarodne študije sicer kažejo, da se prevalenca depresije in anksioznih motenj v populaciji zvišuje (Andrade idr., 2003; Kessler idr., 2005; Twenge idr., 2010). Pomembno je povezana z različnimi pokazatelji modernizacije družbe, med katere sodijo sodoben način življenja in spremembe v socialnem okolju, kot so naraščajoča tekmovalnost, socialne neenakosti in socialna izolacija (Hidaka, 2012). Naraščajoča prevalenca duševnih težav se povezuje tudi s posledicami ekonomske krize (Butterworth, Rodgers in Windsor, 2009), ki lahko preko staršev in družinskega okolja vplivajo na duševno zdravje otrok in mladostnikov (Anagnostopoulos in Soumaki, 2012). S tem se ujemajo tudi naše ugotovitve o precejšnjem porastu v številu zunajbolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov na različnih ravneh zdravstvenega varstva zaradi diagnoz anksioznih motenj, o blažjem porastu v številu bolnišničnih obravnav zaradi teh težav med dekleti ter porastu v številu izdanih receptov za antidepresive v obdobju med letoma 2008 in 2015. Po drugi strani naši podatki kažejo, da je bilo v istem časovnem obdobju število zunajbolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov na različnih ravneh zdravstvenega varstva in število bolnišničnih obravnav zaradi diagnoz depresije bolj ali manj stabilno. Sklepamo lahko torej, da so med slovenskimi mladimi v porastu predvsem težave, povezane s stisko in tesnobo, za katere zdravniki sicer pogosto raje predpišejo antidepresive kakor anksiolitike, ki lahko povzročajo odvisnost. Razmeroma stabilno število bolnišničnih obravnav zaradi depresije in deloma tudi anksioznosti (predvsem pri fantih) v

istem obdobju in upad v samooceni subjektivnih občutij depresivnosti, ki ga kažejo anketni podatki, bi lahko kazala tudi na to, da mladi in/ali njihovi starši ob blažjih simptomih danes prej poiščejo zdravniško pomoč kot pred leti, za blažnje simptome pa jim zdravniki pogosteje predpišejo zdravila. Te spremembe bi lahko med drugim pripisali večji ozaveščenosti družbe o problematiki duševnih težav, novim raziskavam na tem področju ter dodatnim izobraževanjem zdravstvenih delavcev.

8.8 Zaključek

Depresija in anksioznost sta pogosti duševni težavi, ki se lahko pojavita že zgodaj v otroštvu ali mladostništvu in pomembno vplivata na posameznikov razvoj. V Sloveniji nam informacije o njuni razširjenosti nudijo baze s podatki o koriščenju zdravstvenih storitev na različnih ravneh zdravstvenega varstva, o bolnišničnih obravnavah in porabi zdravil. Poleg tega so nam na voljo tudi nekateri anketni podatki, zbrani na reprezentativnih vzorcih mladostnikov. Čeprav mednarodne raziskave kažejo, da prevalenca depresije in anksioznih motenj na splošno narašča, na podlagi pregledanih podatkov ne moremo zagotovo trditi, da to velja tudi za populacijo slovenskih otrok in mladostnikov. Lahko pa sklenemo, da je v slovenskem zdravstvenem sistemu prepoznanih in zdravljenih vedno več mladih s tovrstnimi težavami, predvsem takih, ki jih pestijo simptomi anksioznih motenj. Med njimi je več deklet v primerjavi s fanti in več starejših mladostnikov v primerjavi z mlajšimi otroki, kar se ujema s podatki številnih raziskav (Merikangas idr., 2009). Kljub temu ostaja zaskrbljujoča precejšnja razlika med deležem mladih, ki poročajo o depresiji in anksioznosti oz. o simptomih teh duševnih težav, ter deležem tistih, ki zaradi depresije in anksioznih motenj poiščejo zdravniško pomoč in prejmejo potrebno obravnavo. To so ugotovitve, ki jih je treba upoštevati pri oblikovanju ukrepov za pomoč otrokom in mladostnikom s tovrstnimi težavami ali z visokim tveganjem za njihov razvoj. Ker imajo duševne težave v otroštvu in mladostništvu pomembne psihološke, socialne in ekonomske posledice pozneje v odraslosti, je zelo pomembno, da jih pravočasno prepoznamo in ustrezno obravnavamo, pa tudi da s kakovostnimi preventivnimi in promocijskimi aktivnostmi zmanjšamo tveganje za njihov razvoj.

8.9 Literatura

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR (4th ed., text rev.)*. Washington, DC.
- Anagnostopoulos, D., in Soumaki, E. (2012). The impact of socioeconomic crisis on mental health of children and adolescents. Editorial. *Psihatriki*, 23, 15–16.
- Andrade, L., Caraveo-anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., Graaf, R. D., Vollebergh, W. ... Kawakami, N. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International journal of methods in psychiatric research*, 12(1), 3–21.
- Angold, A., in Costello, E. J. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical, theoretical, and methodological issues. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1779–1791.
- Birmaher, B., Williamson, D., Dahl, R., Axelson, D. A., Kaufman, J., in Dorn, L. (2004). Clinical presentation and course of depression in youth: Does onset in childhood differ from onset in adolescence? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 63–70.

- Butterworth, P., Rodgers, B., in Windsor, T. D. (2009). Financial hardship, socio-economic position and depression: Results from the PATH Through Life Survey. *Social science and medicine*, 69(2), 229–237.
- Chen, H., Cohen, P., Kasen, S., Johnson, J. G., Berenson, K., in Gordon, K. (2006). Impact of adolescent mental disorders and physical illnesses on quality of life 17 years later. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(1), 93–99.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., in Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837–844.
- Covey, L. S., Glassman, A. H., in Stetner, F. (1998). Cigarette smoking and major depression. *Journal of Addictive Diseases*, 17, 35–46.
- Cummings, C., Caporino, N., in Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin*, 140, 816–845.
- Duchesne, S., Vitaro, F., Larose, S., in Tremblay, R. E. (2008). Trajectories of anxiety during elementary-school years and the prediction of high school noncompletion. *Journal of Youth and Adolescence*, 37, 1134–1146.
- Garber, J., in Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology Science and Practice*, 17, 293–306.
- Goodman, E., in Whitaker, R. C. (2002). A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics*, 109(3), 497–504.
- Hauser, W. A., Annegers, J. F., in Rocca, W. A. (1996). Descriptive epidemiology of epilepsy: Contributions of population-based studies from Rochester, Minnesota. *Mayo Clinic Proceedings*, 71(6), 576–586.
- Hidaka, B. H. (2012). Depression as a disease of modernity: Explanations for increasing prevalence. *Journal of Affective Disorders*, 140(3), 205–214.
- Horwitz, A. V., in Wakefield, J. C. (2007). *The Loss of Sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. New York: Oxford University Press.
- Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. (1995). *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Deseta revizija*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Kessler, R. C., in Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety*, 7, 3–14.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J. ... Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 18(1), 23–33.
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., in Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359–364.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., in Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593–602.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., in Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858–866.
- Kroenke, K., in Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A new depression and diagnostic severity measure. *Psychiatric Annals*, 32, 509–521.

- Lader, M. (1994). Anxiolytic drugs: dependence, addiction and abuse. *European Neuropsychopharmacology*, 4(2), 85–91.
- Maj, M. (2010). Depression vs. "understandable sadness": Is the difference clear, and is it relevant to treatment decisions? *Asian Journal of Psychiatry*, 3(3), 96–98.
- McCrone, P., Knapp, M., in Fombonne, E. (2005). The Maudsley longterm follow-up of child and adolescent depression: Predicting costs in adulthood. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 407–413.
- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., in Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11, 7–20.
- Rao, U. (2006). Development and natural history of pediatric depression: Treatment implications. *Clinical Neuropsychiatry*, 3(3), 194–204.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., in Seeley, J. R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 214–222.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., in Lushene, R. E. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory: Test manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Twenge, J. M., Gentile, B., DeWall, C. N., Ma, D., Lacefield, K., in Schurtz, D. R. (2010). Birth cohort increases in psychopathology among young Americans, 1938–2007: A cross-temporal meta-analysis of the MMPI. *Clinical psychology review*, 30(2), 145–154.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J. ... Haro, J. M. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 370(9590), 841–850.
- Windfuhr, K., While, D., Hunt, I., Turnbull, P., Lowe, R., Burns, J. ... Kapur, N. (2008). Suicide in juveniles and adolescents in the United Kingdom. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(11), 1155–1165.
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health. New Understanding. New Hope*. Ženeva: WHO.
- World Health Organization. (2008). *WHO Global Burden of Disease: 2004 update*. Ženeva: WHO.

“ Enostavno
ne morem biti
pri miru... ”

#to
sem
jaz

citat s spletne strani www.tosemjaz.net

9. Hiperkinetična motnja

9.1 Glavne ugotovitve

- Število zunajbolnišničnih in bolnišničnih obravnav zaradi hiperkinetične motnje v zadnjem obdobju narašča. Obravnave zaradi hiperkinetične motnje so veliko pogostejše pri fantih kot pri dekletih.
- Tako pri fantih kot pri dekletih je opazen porast tako zunajbolnišničnih obravnav zaradi hiperkinetične motnje kot tudi izdanih receptov za zdravljenje hiperkinetične motnje.
- Največ zunajbolnišničnih obravnav zaradi hiperkinetične motnje je v starosti od 6 do 14 let, kar kaže na to, da je motnja v tem obdobju največkrat prepoznana.
- Na podlagi podatkov iz raziskave HBSC lahko sklepamo, da je pri približno 16 % mladostnikov večja verjetnost klinično pomembnih težav zaradi hiperaktivnosti in nepozornosti.
- V raziskavi HBSC 13- in 15-letniki izražajo več težav zaradi hiperaktivnosti oz. nepozornosti v primerjavi z 11-letniki.
- Starejše mladostnice v raziskavi HBSC izražajo največ težav zaradi hiperaktivnosti oz. nepozornosti. Za razliko od fantov se delež deklet z veliko verjetnostjo klinično pomembnih težav v zadnjem obdobju veča.
- Hiperkinetična motnja je glede na ocene najverjetneje pogosto neprepoznana, še posebej pri dekletih.

9.2 Uvod

Hiperkinetična motnja (HKM) je ena od pogostejših motenj v otroštvu in mladostništvu. V svetu se za skupino motenj s tega področja najpogosteje uporablja izraz motnja pozornosti in koncentracije s hiperaktivnostjo ali brez nje – angleška kratica ADHD (angl. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder), ki pa v slovenskem prostoru ni uvedena kot diagnostična kategorija (Potočnik Dajčman, 2015), zato bomo uporabljali pri nas bolj uveljavljeni izraz – to je hiperkinetična motnja.

Hiperkinetična motnja je skupina motenj, za katere so značilni zgodnji začetek (običajno v prvih petih letih življenja) in simptomi, ki segajo na področje motorične hiperaktivnosti, znižane pozornosti in impulzivnosti (MKB-10). Motorična hiperaktivnost se navezuje na pretirano motorično aktivnost v situacijah, ko to ni primerno (npr. otrok hodi naokoli, ko bi moral sedeti), ali na motorični nemir. Znižana pozornost vključuje težave z vzdrževanjem pozornosti, ki se kažejo s kratkim razponom pozornosti, nezmožnostjo dokončanja naloge ali posvetitve dovolj pozornosti detajlom določene naloge. Impulzivnost se navezuje na nezmožnost inhibicije vedenjskega odziva ob primernem času, npr. težko počaka na vrsto, prekinja druge. Otroci s hiperkinetično motnjo se nagibajo k nezgodam in se pogosto znajdejo v težavah zaradi nepremišljenih kršitev pravil. V odnosu z odraslimi jim manjka običajne zadržanosti in pazljivosti. Med drugimi otroki taki otroci običajno niso priljubljeni in lahko postanejo izolirani (MKB-10).

Diagnoza F90 – hiperkinetične motnje združuje naslednje kategorije: F90.0 – motnjo aktivnosti in pozornosti, ki vključuje motnjo s hiperaktivnostjo, hiperaktivnostno motnjo in sindrom s hiperaktivnostjo; F90.1 – hiperkinetično motnjo vedenja; F90.8 – druge vrste hiperkinetične

motnje ter F90.9 – neopredeljeno hiperkinetično motnjo, ki vključuje hiperkinetično reakcijo v otroštvu in adolescenci ter hiperkinetični sindrom (MKB-10). Diagnoza se praviloma postavi, kadar gre za pomembno odstopanje na področju pozornosti, motorične aktivnosti in/ali impulzivnosti, ki se odraža v različnih okoljih (npr. v šoli, doma) in je vezano na daljše časovno obdobje. Ob tem je treba izključiti možnost, da so odstopanja posledica drugih psihičnih motenj, ki lahko z delom klinične slike spominjajo na hiperkinetično motnjo (Potočnik Dajčman, 2015).

Hiperkinetična motnja je ena izmed pogostejših nevropsihiatričnih motenj v otroštvu in adolescenci, kar samo po sebi zahteva pozornost tako splošne javnosti kot tudi strokovnjakov, ki se ukvarjajo s področjem duševnega zdravja. Ob tem je treba poudariti, da HKM lahko povzroči resne težave z zdravjem, če ni prepoznana in zdravljena v otroštvu. Otroci s HKM so v šoli praviloma manj uspešni in vedenjsko izstopajo ter so tako hitreje, pogosteje in intenzivneje podvrženi kritiki učiteljev, staršev in sovrstnikov. Razvijejo lahko slabšo samopodobo, pričnejo se umikati iz družbe, postanejo lahko anksiozni, depresivni in razvijejo problematično vedenje. Pomiritev pogosteje kot splošna populacija iščejo v alkoholu in psihoaktivnih substancah (Gregorič Kumperščak, 2015). Na ta način se razvijejo sekundarni problemi in duševne motnje, ki dodatno otežijo prepoznavo in s tem uspešno zdravljenje HKM. V današnjem času vemo tudi, da motnja ne izzveni, temveč se pri večini nadaljuje v odraslost, vendar z nekoliko drugačno klinično sliko (Gregorič Kumperščak, 2015).

9.3 Namen

V poglavju bomo predstavili podatke o pojavnosti (razlike med spoloma, po starostnih skupinah, spremembe med letoma 2008 in 2015) hiperkinetične motnje med otroki in mladostniki v Sloveniji. Predstavljeni bodo podatki o zunajbolnišničnih obravnavah na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva ter bolnišničnih obravnavah zaradi diagnoze hiperkinetične motnje, podatki o porabi zdravil, ki se najpogosteje uporabljajo za zdravljenje hiperkinetične motnje, in podatki iz mednarodne raziskave HBSC.

9.4 Viri podatkov

V podatkovni zbirki ZubStat se zbirajo podatki o zunajbolnišničnih obravnavah zaradi diagnoze F90 – hiperkinetične motnje po Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10). V podatkovni zbirki Bolob se zbirajo podatki o prvih in ponovnih primerih bolnišničnih obravnav zaradi hiperkinetične motnje kot glavne diagnoze, tj. glavnega vzroka, zaradi katerega je posameznik potreboval bolnišnično obravnavo. Podatki o hiperkinetični motnji so predstavljeni za obdobje od leta 2008 do leta 2015 ter za starostno skupino od 0 do 19 let, razen pri prikazu podatkov o številu bolnišničnih obravnav, kjer je zaradi nizkega števila obravnav starostna skupina od 0 do 5 let izključena iz prikaza. Podatki so predstavljeni v obliki absolutnega števila zunajbolnišničnih obravnav in bolnišničnih obravnav ter glede na stopnjo (delež oseb na 1000 oseb).

Uporabili bomo tudi podatke iz zbirke ambulantno predpisanih zdravil oz. zdravil, izdanih na recept. Prikazani bodo podatki o zdravilih iz farmakološke skupine No6B – psihostimulansi, učinkovine za zdravljenje hiperkinezije in učinkovine za obnavljanje celic centralnega živčnega sistema, ki se uporabljajo za zdravljenje hiperkinetične motnje.

Eden izmed virov podatkov za hiperkinetično motnjo je tudi raziskava HBSC (2006, 2010, 2014), v katero je bil v Sloveniji vključen tudi Vprašalnik prednosti in slabosti (angl. SDQ – The Strengths and Difficulties Questionnaire, Goodman (1997)). SDQ je kratek presejalni instrument za otroke in mladostnike. Vsebuje 25 postavk, ki se navezujejo na štiri problemska področja, in sicer čustvene simptome, vedenjske težave, hiperaktivnost in nepozornost ter težave v odnosih z vrstniki, ter na področje prednosti – prosocialno vedenje. S seštevkom točk na posameznih področjih (razen prosocialnega vedenja) je mogoče dobiti t. i. skupni težavnostni rezultat, kjer višji rezultat nakazuje večje težave v duševnem zdravju. Skupni težavnostni rezultat predstavlja verjetnost prisotnosti klinično pomembnih duševnih težav, posamezne lestvice pa bolj specifično opredeljujejo vrsto težav. V poglavju se bomo osredotočili le na informacije, ki se navezujejo na problemsko področje hiperaktivnosti in nepozornosti, ostali podatki so predstavljeni v poglavju Doživljanje stresa, psihosomatskih simptomov in težav v duševnem zdravju.

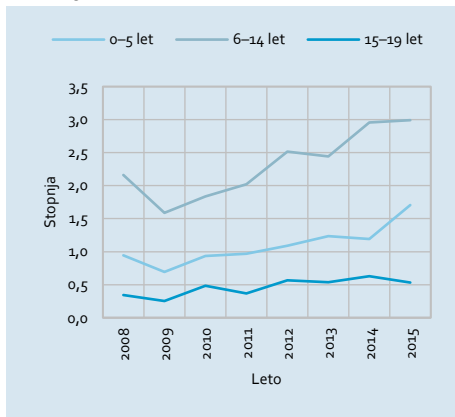
9.5 Hiperkinetična motnja

9.5.1 Zunajbolnišnične obravnave zaradi hiperkinetične motnje

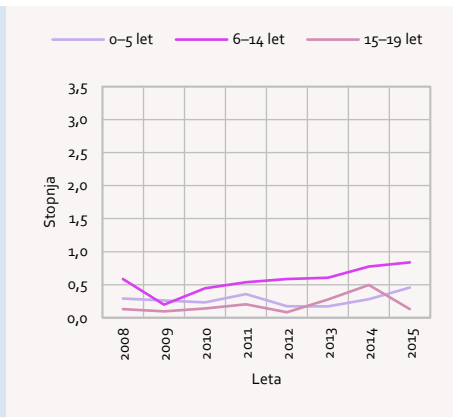
V obdobju od leta 2008 do leta 2015 je na primarni ravni v starostni skupini od 0 do 19 let zabeleženih 2954 zunajbolnišničnih obravnav zaradi hiperkinetične motnje. Pogostost HKM kot razloga za zunajbolnišnično obravnavo pri otrocih in mladostnikih na primarni ravni v zadnjih letih (z izjemo rahlega upada v letu 2009) narašča – leta 2008 je bilo zabeleženih 334 zunajbolnišničnih obravnav, leta 2015 pa že 515. Pri fantih je HKM kot razlog za zunajbolnišnično obravnavo na primarni ravni zdravstvenega varstva v primerjavi z dekleti pogostejši. Povprečje zunajbolnišničnih obravnav v obdobju od leta 2008 do leta 2015 pri fantih znaša 296,1, pri dekletih pa 73,1. Skupno povprečje v omenjenem obdobju znaša 369,3 zunajbolnišnične obravnave na primarni ravni zdravstvenega varstva.

Na sliki 80 je navedena stopnja zunajbolnišničnih obravnav na primarni ravni zdravstvenega varstva zaradi hiperkinetične motnje po spolu ter starostnih skupinah. Kot je razvidno iz slike, je stopnja zunajbolnišničnih obravnav zaradi HKM višja pri fantih kot pri dekletih, pri obeh spolih pa lahko opazimo, da je stopnja zunajbolnišničnih obravnav najvišja v starostni skupini od 6 do 14 let. Pri obeh spolih in vseh starostnih skupinah lahko v zadnjih letih opazimo trend naraščanja pogostosti HKM kot razloga za zunajbolnišnično obravnavo (z izjemo rahlega upada pri dekletih v starosti od 15 do 19 let leta 2015).

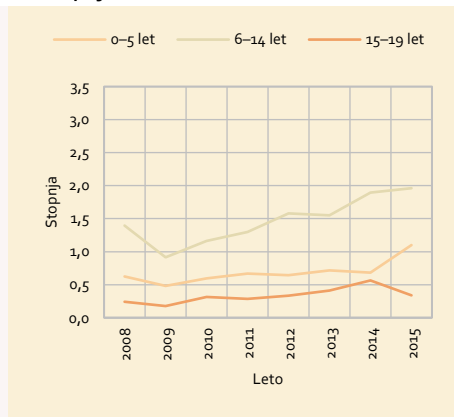
Fantje



Dekleta



Skupaj



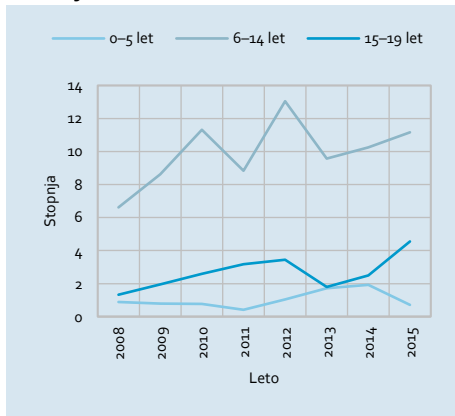
(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 80. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb zaradi hiperkinetične motnje glede na spol in starostno skupino, med letoma 2008 in 2015.

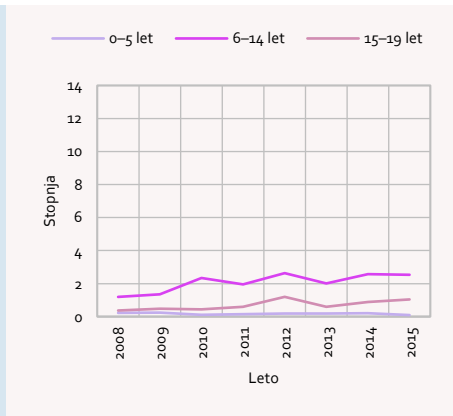
Na sekundarni ravni zdravstvenega varstva je bilo v obdobju 2008–2015 zabeleženih 10.149 zunajbolnišničnih obravnjav zaradi diagnoze HKM. V omenjenih letih lahko opazimo velika nihanja v številu zunajbolnišničnih obravnjav (od najmanj 834 leta 2008 do največ 1530 leta 2015). V povprečju je na leto beleženih 1268,6 zunajbolnišnične obravnave z diagnozo hiperkinetične motnje. V povprečju je opravljenih 1056,9 zunajbolnišnične obravnave fantov in 211,8 obravnave deklet.

Na sliki 81 je navedena stopnja zunajbolnišničnih obravnjav zaradi končne diagnoze hiperkinetične motnje na sekundarni ravni zdravstvenega varstva po spolu in starostnih skupinah. Kot je razvidno na sliki, je stopnja obravnjav višja pri fantih kot pri dekletih, pri obeh spolih pa lahko opazimo, da je najvišja stopnja v starostni skupini od 6 do 14 let. Sledi starostna skupina od 15 do 19 let, najmanj postavljenih končnih diagnoz HKM pa je v starostnih skupini do 5 let.

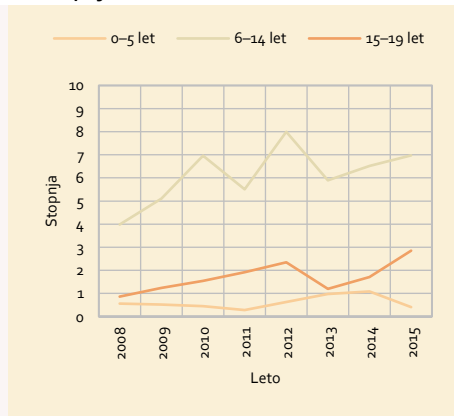
Fantje



Dekleta



Skupaj



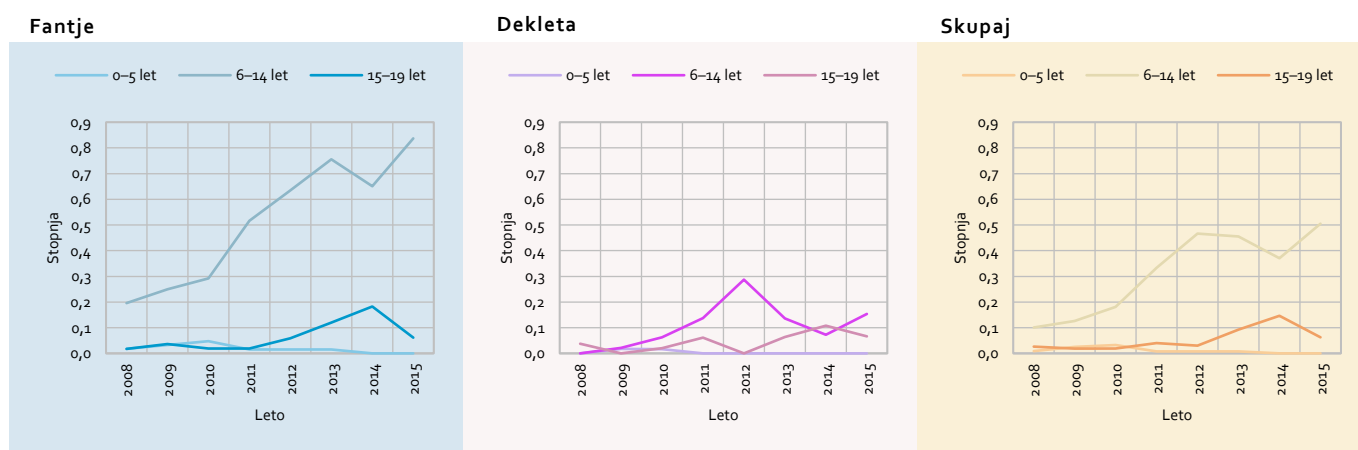
(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 81. Stopnja končnih diagnoz hiperkinetične motnje na 1000 oseb glede na spol in starostno skupino, med letoma 2008 in 2015

9.5.2 Bolnišnične obravnave zaradi hiperkinetične motnje

Skupaj je bilo v obdobju od leta 2008 do leta 2015 zaradi hiperkinetične motnje izvedenih 481 bolnišničnih obravnav pri otrocih in mladostnikih, starih od 6 do 19 let. Skozi leta se opaža naraščanje števila obravnav (razen leta 2014, ko je opazen rahel upad). V letu 2008 je bilo izvedenih 21 bolnišničnih obravnav, leta 2015 že 94. V povprečju je na leto opravljenih 60,1 bolnišnične obravnave. Število bolnišničnih obravnav je pri fantih v primerjavi z dekleti izrazito višje, in sicer je povprečje bolnišničnih obravnav pri fantih na leto 48,9, pri dekletih pa 11,5 obravnave.

Kot je razvidno iz slike 82, je stopnja bolnišničnih obravnav zaradi HKM višja pri fantih kot pri dekletih, pri obeh spolih pa lahko opazimo, da je stopnja bolnišničnih obravnav zaradi HKM najvišja v starostni skupini od 6 do 14 let. V tej starostni skupini lahko opazimo tudi trend naraščanja števila obravnav pri fantih, medtem ko pri dekletih lahko opazimo večja nihanja.



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 82. Stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb zaradi hiperkinetične motnje glede na spol in starostno skupino, med letoma 2008 in 2015

9.5.3 Zdravila za zdravljenje hiperkinetične motnje

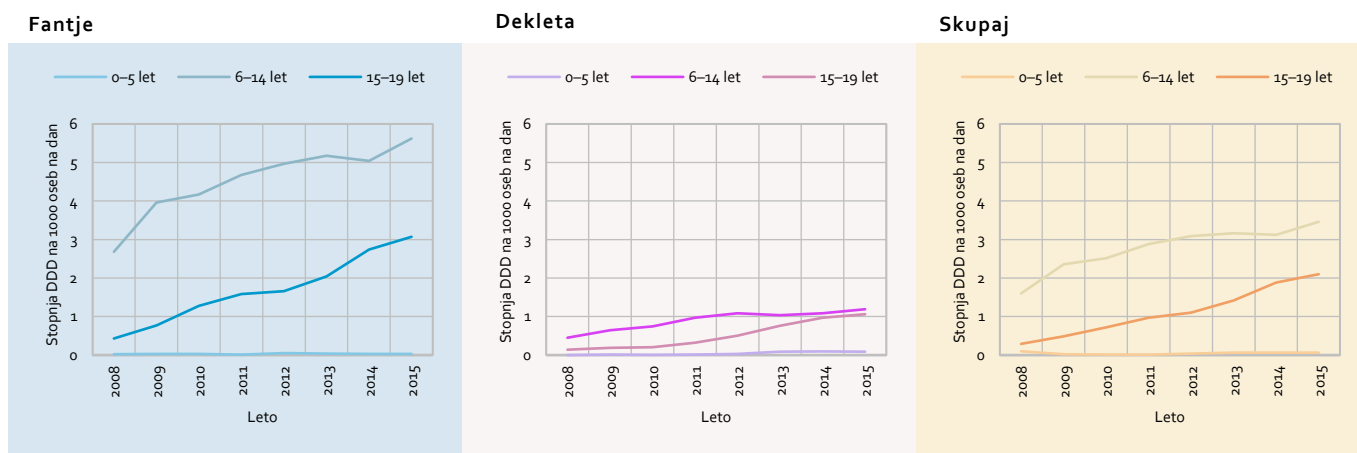
Podatki o številu izdanih receptov za zdravljenje HKM (tj. farmakološka skupina No6B – psihostimulansi), predstavljeni v tabeli 62, kažejo na naraščanje skupnega števila izdanih receptov v zadnjih letih. V letu 2008 je bilo izdanih 4169 receptov, leta 2015 7084. V povprečju je bilo v obdobju od leta 2008 do leta 2015 izdanih 5584,9 recepta na leto. Največ jih je bilo izdanih fantom, in sicer v povprečju na leto 4582,1 recepta. Dekletom je bilo za zdravljenje HKM izdanih v povprečju 1002,8 recepta.

Tabela 62. Število izdanih receptov No6B glede na spol in starostno skupino, med letoma 2008 in 2015

	0–5 let			6–14 let			15–19 let		
	Fantje	Dekleta	Skupaj	Fantje	Dekleta	Skupaj	Fantje	Dekleta	Skupaj
2008	16	0	16	3170	541	3711	336	106	442
2009	19	8	27	3587	541	4128	385	109	494
2010	34	10	44	3683	637	4320	508	118	626
2011	10	5	15	3819	803	4622	602	147	749
2012	46	21	67	4035	826	4861	619	242	861
2013	45	51	96	4328	858	5186	720	303	1023
2014	29	32	61	4158	913	5071	888	323	1211
2015	26	31	57	4605	1029	5634	989	368	1357

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Tudi iz slike 83 je razvidno, da se poraba zdravil za zdravljenje hiperkinetične motnje v obdobju od leta 2008 do leta 2015 pri osebah, mlajših od 20 let, povečuje. Stopnja DDD na 1000 oseb na dan je pri obeh spolih najvišja v starostni skupini od 6 do 14 let. Pri obeh spolih lahko največji porast opazimo v starostni skupini od 15 do 19 let.

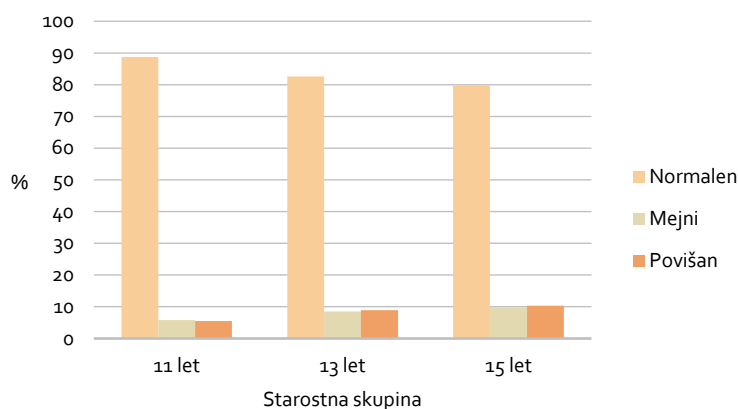


(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 83. Stopnja DDD na 1000 oseb na dan za zdravila iz farmakološke skupine No6B – psihostimulansi glede na spol in starostno skupino, med letoma 2008 in 2015

9.5.4 Podatki presečnih raziskav

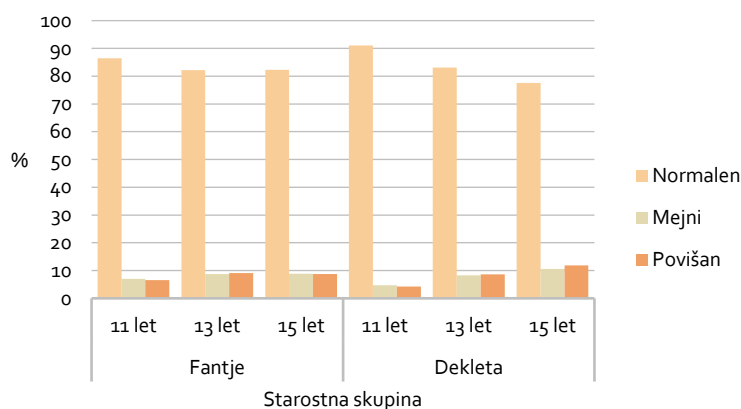
V nadaljevanju predstavljamo podatke, ki nam jih o hiperaktivni motnji nudi raziskava HBSC. Iz slike 84 je razvidno, da večina mladostnikov, tj. 83,7 %, v letu 2014 dosega normalen rezultat, ki nakazuje na majhno verjetnost prisotnosti klinično pomembnih težav s področja hiperaktivnosti in nepozornosti. Rezultat, na podlagi katerega lahko sklepamo na možno oz. na veliko verjetnost prisotnosti klinično pomembnih težav (mejni in povišan rezultat), pa dosega 11,3 % 11-letnikov, 17,4 % 13-letnikov in 20,2 % 15-letnikov.



(Vir: HBSC, 2014.)

Slika 84. Delež 11, 13 in 15 let starih mladostnikov, ki so dosegli normalen, mejni in povišan rezultat na podlestvici hiperaktivnost in nepozornost Vprašalnika prednosti in slabosti

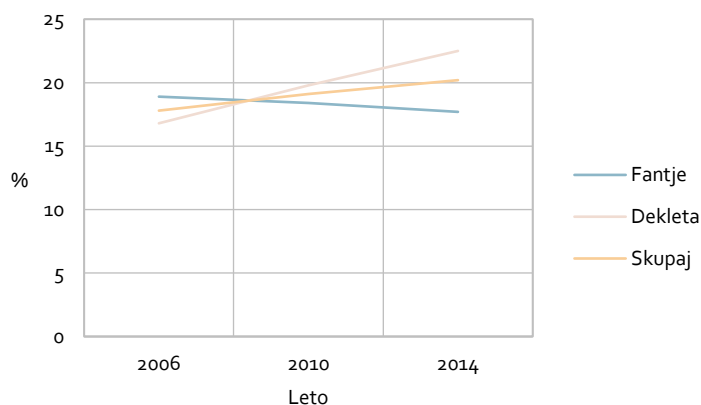
Dodatna analiza podatkov je pokazala, da med spoloma ni bistvenih razlik ($\chi^2 = 0,12$; $df = 2$; $p = ,942$), medtem ko so po starostnih skupinah statistično pomembne razlike. Delež oseb z normalnim rezultatom je pomembno višji pri 11-letnikih v primerjavi s 13- in 15-letniki ($\chi^2 = 49,91$; $df = 4$; $p < ,000$). Pri fantih se deleži povišanih in mejno povišanih rezultatov ne spreminjajo bistveno po starostnih skupinah ($\chi^2 = 7,07$; $df = 4$; $p = ,132$). Pri dekletih pa rezultati kažejo, da 15- in 13-letnice v primerjavi z 11-letnicami dosegajo pomembno višji delež mejnih in povišanih rezultatov (slika 85).



(Vir: HBSC, 2014.)

Slika 85. Delež mladostnikov, ki so dosegli normalen, mejni in povišan rezultat na podlestvici hiperaktivnost in nepozornost Vprašalnika prednosti in slabosti, glede na spol in starostno skupino

Analiza podatkov za 15-letnike kaže (slika 86), da se delež mladostnikov, ki so med letoma 2006 in 2010 dosegli mejni ali povišan rezultat na podlestvici hiperaktivnost in nepozornost, ni pomembno spremenil ($p > ,05$), se je pa rahlo zvišal leta 2014 v primerjavi z letom 2006 (s 17,8 % leta 2006 na 20,2 % leta 2014). Analiza po spolu nakazuje statistično pomemben trend naraščanja deleža mladostnic z mejnim ali povišanim rezultatom ($p < 0,05$) ter rahlo upadanje trenda pri mladostnikih z mejnim ali povišanim rezultatom na podlestvici hiperaktivnost in nepozornost, ki pa ni bilo statistično pomembno.



(Vir: HBSC, 2006, 2010, 2014.)

Slika 86. Delež mladostnikov, ki so dosegli mejni ali povišan rezultat na podlestvici hiperaktivnost in nepozornost Vprašalnika prednosti in slabosti glede na spol in leto izvedbe raziskave

9.6 Razprava

Hiperkinetična motnja je v svetu ena izmed pogostejših nevropsihiatričnih motenj v otroštvu in mladostništvu (Potočnik Dajčman, 2015). Različne epidemiološke študije ugotavljajo, da se za osnovnošolsko populacijo prevalenca giblje med 2,4 in 19,8 % (Lecendreux, Konofal in Faraone, 2011). V Španiji ocenjujejo prevalenco HKM na 6,8 % (Catalá-López idr., 2012), v Franciji se prevalenca giblje med 3,5 in 5,6 % (Lecendreux idr., 2011). Pred kratkim narejena metaanaliza, osnovana na 175 različnih raziskavah o prevalenci motnje, narejenih v zadnjih 36 letih, ki je vključevala več kot milijon posameznikov z različnih območij sveta, je ocenila prevalenco HKM na 7,2 % (95-% IZ: 6,7 7,8). Ta ocena lahko služi kot merilo, ali je v določeni državi hiperkinetična motnja premalokrat ali prevečkrat diagnosticirana (Thomas, Sanders, Doust, Beller in Glasziou, 2015). V Sloveniji trenutno epidemioloških podatkov o prevalenci in incidenci HKM ni. Po nekaterih ocenah je v Sloveniji HKM pogosta duševna motnja, a je v primerjavi z zahodnimi državami premalokrat diagnosticirana (Štuhec, Švab in Locatelli, 2015).

V zadnjem času je opazen trend naraščanja števila posameznikov z diagnozo hiperkinetične motnje (Boyle idr., 2011), kar kažejo tudi naši podatki. V obdobju od leta 2008 do leta 2015 je opazno naraščanje števila zunajbolnišničnih obravnav zaradi hiperkinetične motnje tako na primarni kot tudi na sekundarni ravni zdravstvenega varstva. Ob tem je treba poudariti, da je trend verjetno v večji meri posledica boljše diagnostike in ozaveščenosti o sami motnji kot dejanskega večanja prevalenca (Štuhec idr., 2015), saj metaanaliza avtorjev Thomas idr. (2015) ni ugotovila, da bi se skozi čas ocene prevalenca HKM statistično pomembno povečevale.

Vidimo lahko tudi, da je tako na primarni kot na sekundarni ravni zdravstvenega varstva število zunajbolnišničnih obravnav zaradi hiperkinetične motnje pri fantih pogostejše kot pri dekletih. Podatki se skladajo z ugotovitvami iz tujine, kjer ocenjujejo, da je razmerje med spoloma 4 : 1 (Visser idr., 2014). Ob tem je treba poudariti, da vpliv spola še ni docela pojasnjen in da se razmerje med spoloma v odrasli dobi skorajda izenači. Možno je, da je med dekletih motnja pogosto spregledana, saj je vedenje manj moteče. Pri deklicah namreč prednjači pomanjkljiva pozornost (angl. Attention Deficit Disorder), ki je manj opazna (Rucklidge, 2010). Ob tem imajo dekleta sočasno več motenj ponotranjenja (npr. aksioznost, depresivnost) (Belec, 2015), ki lahko dodatno zakrijejo motnjo in otežijo prepoznavo.

Omenimo lahko, da je največ zunajbolnišničnih obravnav zaradi HKM in postavljenih končnih diagnoz v starostnem razponu od 6 do 14 let, na podlagi česar lahko sklepamo, da je motnja v tem starostnem obdobju najpogosteje prepoznana. Zgodnja prepoznavna je pomembna, saj se lahko z ustreznimi zgodnjimi pristopi oz. intervencijami pomembno zniža škodljiv vpliv motnje in se v veliki meri prepreči razvoj sekundarnih težav (Wilens idr., 2002), kot sta npr. nizko samospoštovanje in disocialno vedenje.

Podatkovna zbirka bolnišničnih obravnav kaže na trend naraščanja števila obravnav zaradi hiperkinetične motnje v obdobju med letoma 2008 in 2015. Pri fantih je število bolnišničnih obravnav izrazito višje kot pri dekletih. Razmerje obravnav med fanti in dekleti je pričakovano, saj je motnja pri fantih bolj pogosta. Prav tako sta pri njih pogosteje izraženi hiperaktivnost in impulzivnost s sočasnimi vedenjskimi motnjami, ki se kažejo navzven (npr. kljuovalno in agresivno vedenje) (Belec, 2015), s tem pa je povezano tudi izražanje več težav, ki lahko botrujejo večjemu številu bolnišničnih obravnav.

Število ambulantno izdanih receptov za zdravljenje hiperkinetične motnje kaže sliko, ki je razvidna že iz ostalih predstavljenih podatkov. Večji delež receptov je izdanih fantom, kar se sklada z absolutnim številom zunajbolnišničnih obravnav hiperkinetične motnje pri fantih.

Vprašalnik prednosti in slabosti ter podlestvica hiperaktivnost in nepozornost se lahko uporabita kot kratek presejalni instrument za napovedovanje (predikcijo) hiperkinetične motnje (Goodman, Ford, Simmons, Gatward in Meltzer, 2003). Če povzamemo podatke, ugotovljene s pomočjo te podlestvice, lahko ugotovimo, da večina mladostnikov (tj. 11-, 13- in 15-letnikov) dosega rezultate, na podlagi katerih lahko sklepamo na majhno verjetnost prisotnosti klinično pomembnih težav s področja hiperaktivnosti in nepozornosti. Več težav na tem področju izražajo starejši mladostniki, predvsem starejša dekleta. Pri slednjih (tj. 15-letnice) je v obdobju med letoma 2008 in 2014 opazen trend naraščanja deleža rezultatov, ki nakazujejo možno oz. veliko verjetnost prisotnosti klinično pomembnih težav na področju hiperaktivnosti in nepozornosti. Delež fantov, ki bi lahko izražali klinično pomembne težave na področju hiperaktivnosti in nepozornosti, se v tem obdobju ni bistveno spremenil. Ob tem je treba poudariti, da je napovedna moč oz. občutljivost vprašalnika in njegove podlestvice bistveno slabša, če se uporabi le ena oblika vprašalnika (v našem primeru samoocenjevalna oblika). Za večjo gotovost in boljšo napovedno moč bi bilo treba pridobiti informacije tudi od staršev in učiteljev (Goodman idr., 2003). Kljub tej pomanjkljivosti lahko sklepamo na določen delež oseb, predvsem deklet, ki izražajo težave na področju pozornosti in motorične aktivnosti.

9.7 Zaključek

Hiperkinetična motnja si zaradi svoje pogostosti in vpliva na posameznika zasluži večjo pozornost, kot je je deležna. Posebej pomembna je zgodnja prepoznavna in s tem hitra uvedba zdravljenja, saj se v nasprotnem primeru pri otrocih in mladostnikih pogosto razvijejo različne sekundarne težave in duševne motnje, ki še dodatno znižujejo kvaliteto življenja osebe.

V poglavju smo na podlagi podatkovnih zbirk in raziskave predstavili in povzeli podatke o hiperkinetični motnji pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji. Podatki kažejo na naraščanje števila otrok in mladostnikov s hiperkinetično motnjo ter na naraščanje uporabe zdravil zanjo ter opozarjajo na potrebo po boljšem pregledu nad stanjem motnje, večjem ozaveščanju in ukrepanju na področju hiperkinetične motnje v Sloveniji.

9.8 Literatura

- Belec, B. (2015). Hiperkinetična motnja v adolescenci. V: B. Novak Šarotar, (ur.), *Hiperkinetična motnja* (str. 16–23). Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu.
- Boyle, C. A., Boulet, S., Schieve, L. A., Cohen, R. A., Blumberg, S. J., Yeargin-Allsopp, M. ... Kogan, M. D. (2011). Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997–2008. *Pediatrics*, *127*(6), 1034–1042.
- Catalá-López, F., Peiró, S., Ridao, M., Sanfélix-Gimeno, G., Gènova-Maleras, R., in Catalá, M. A. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC psychiatry*, *12*(1), 168–181.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, *38*(5), 581–586.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., in Meltzer, H. (2003). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *International Review of Psychiatry*, *15*(1-2), 166–172.
- Gregorič Kumperščak, H. (2015). Uvodnik. V: B. Novak Šarotar, (ur.). *Hiperkinetična motnja* (str. 4–5). Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu.
- Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. (2016). *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10)*. Šesta izdaja. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Lecendreux, M., Konofal, E., in Faraone, S. V. (2011). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and associated features among children in France. *Journal of attention disorders*, *15*(6), 516–524.
- Potočnik Dajčman, N. (2015). Hiperkinetična motnja v otroštvu. V: B. Novak Šarotar, (ur.). *Hiperkinetična motnja* (str. 6–15). Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu.
- Rucklidge, J. J. (2010). Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *33*(2), 357–373.
- Štuhec, M., Švab, V. in Locatelli, I. (2015). Prevalence and incidence of attention-deficit/hyperactivity disorder in Slovenian children and adolescents: a database study from a national perspective. *Croatian medical journal*, *56*(2), 159–165.
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., in Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, *135*(4), 994–1001.
- Visser, S. N., Danielson, M. I., Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., Ghandour, R. M. ... Blumberg, S. J. (2014). Trends in the parent-report of health care provider diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder: United States, 2003–2011. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *53* (1), 34–46.
- Wilens, T. E., Biederman, J., Brown, S., Tanguay, S., Monuteaux, M. C., Blake, C., in Spencer, T. J. (2002). Psychiatric Comorbidity and Functioning in Clinically Referred Preschool Children and School-Age Youths With ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*(3), 262–268.

#to sem jaz

citat s spletne strani www.tosemjaz.net

Od leta 2011 se že soočam z 'motnjami hranjena'. Nisem prepričana ali je dejansko res, da imam motnje hranjenja ali pa imam samo nekakšno obdobje. Glede nato da to vse traja že kar nekaj časa sem se odločila, da bi rada pomoč. Enostravno mi vzame preveč časa razmišljanje o hrani in ta moja obsedenost. Rada bi pomoč.

10. Motnje hranjenja

10.1 Glavne ugotovitve

- Motnje hranjenja so pogostejše pri dekletih – obravnave deklet so predstavljale 91,3 % vseh obravnav na primarni ravni, 92,8 % vseh obravnav na sekundarni ravni in 90,0 % bolnišničnih obravnav.
- Osebe, zdravljene zaradi motenj hranjenja, so najpogosteje stare od 15 do 19 let – dve tretjini ali več obravnav zaradi motenj hranjenja na primarni (66 %) in sekundarni ravni (69 %) in skoraj dve tretjini bolnišničnih zdravljenj (62,3 %) je bilo pri osebah, starih od 15 do 19 let.
- Anoreksija nervoza je najpogostejši vzrok obravnav na primarni in sekundarni ravni ter zdravljenj v bolnišnici.
- Tudi v obdobju mladostništva se v Sloveniji že srečujemo s smrtjo zaradi motenj hranjenja.
- Po podatkih iz raziskave HBSC je v letu 2014 12,6 % 15-letnih deklet imelo čezmerno telesno težo, 23,4 % jih je bilo na dieti, 53,1 % pa jih je bilo prepričanih, da so predebele.
- Glede na prejšnja leta (2002–2010) se je v letu 2014 zmanjšal delež oseb, ki se ocenjujejo kot predebele, a se slovenski mladostniki še vedno po nezadovoljstvu s telesom uvrščajo v evropski vrh.
- Nezadovoljstvo s telesom je pomemben dejavnik tveganja za razvoj motenj hranjenja.

10.2 Uvod

Že v najzgodnejšem obdobju hrana in hranjenje ne zadovoljujeta le bioloških potreb po preživetju, temveč tudi potrebo po varnosti, ljubezni, sprejetosti in celo spoštovanju. Zaradi tako tesne prepletenosti čustvenih in telesnih potreb ob hranjenju se psihološki pomen hranjenja iz najzgodnejšega obdobja prenaša v vsa kasnejša. Že pri malčkih lahko opazimo, da s hranjenjem rešujejo različne stiske (Fox in Joughin, 2002).

Večina otrok ima v prvih petih letih življenja občasne motnje pri hranjenju. Tako na primer jedo le nekaj vrst hrane ali pa je celotna količina zaužite hrane majhna. Vendar je tako vedenje normalna stopnja razvoja te starostne skupine, ki preizkuša nove okuse in sestavo hrane, kakor tudi učinek, ki ga ima njihovo vedenje na starše in skrbnike. Za večino je to prehodna motnja, ki jo bodo prerasli. Kasneje pa bi npr. pri izbirčnem osemletniku, ki bi jedel le sendviče, čips in sirovo ali paradižnikovo pico, tako vedenje označili za resnejše stanje, ki ni več del otrokove razvojne stopnje (Fox in Joughin, 2002).

Motnje hranjenja so duševne motnje, ki se kažejo v spremenjenem odnosu do hrane in do telesa. Čeprav se pri osebah z motnjami hranjenja na videz vse vrti okoli hrane in se zdi problem enostavno rešljiv že z vzpostavitvijo normalnega hranjenja, je v resnici kompleksnejši in težji. Hrana je pri teh osebah le simptom, sredstvo za lajšanje duševnih bolečin in stisk, hranjenje in odklanjanje hrane pa način osvoboditve notranjih, bolečih in neprepznanih čustev. V ozadju se torej skrivajo težke duševne stiske, nesprejemanje samega sebe in slaba samopodoba (Hafner in Torkar, 2011; Serneck, 2011).

Opomba: Za nadaljnje informacije o motnjah hranjenja se lahko obrnete na avtorico poglavja Alenko Hafner (alenka.hafner@nijz.si).

Anoreksija nervoza, bulimija nervoza in prisilno prenažedanje so najbolj poznane oblike motenj hranjenja, v zadnjem času pa se pojavljajo še nekatere novejšje: bigoreksija nervoza in ortoreksija nervoza. Čeprav te motnje ne sodijo med bolezni odvisnosti, imajo številne značilnosti teh bolezni. Misli oseb z motnjami hranjenja se skoraj ves čas vrtijo le okoli hrane, porabe kalorij in telesne teže. Prizadeti izgubijo občutek lakote in sitosti, ob uživanju hrane pa občutijo strah in krivdo. Bojijo se, da bi jih drugi videli jesti, zato se takim priložnostim izogibajo. Tudi telesna teža, ukvarjanje s kilogrami oziroma številke na tehtnici pomembno vplivajo na njihovo počutje in razpoloženje (Hafner in Torkar, 2011).

Motnje hranjenja, še posebno anoreksija nervoza in bulimija nervoza, so pomembne duševne motnje mladostniškega obdobja. Anoreksija nervoza se najpogosteje pojavlja med 14. in 18. letom, v zadnjem času pa naraščajo tudi zgodnje oblike anoreksije nervoze, ki se pojavljajo že v predpubertetnem in zgodnjem pubertetnem obdobju. Bulimija nervoza je najpogostejša med 18. in 25. letom, prisilno prenažedanje pa v starosti od 18 do 45 let. Motnje hranjenja so v zadnjih letih v zahodnem svetu vse pogostejše. V mladostniškem obdobju so sicer redkejše od čezmerne prehranjenosti in debelosti, saj se pojavljajo pri enem do treh odstotkih mladostnikov, a so zaradi resnosti zdravstvenih posledic deležne precejšnje pozornosti. Med obolelimi prevladujejo ženske, od 10 do 15 odstotkov je moških (Hafner, 2011).

Različne skupine motenj hranjenja pogosto prehajajo druga v drugo. Delitev motenj hranjenja, predvsem anoreksije nervoze in bulimije nervoze, na še dodatne podskupine se zato ne zdi več smiselna, saj se skupina motenj hranjenja iz kroga anoreksije nervoze in skupina motenj iz kroga bulimije nervoze sicer razlikujeta glede na telesno težo oziroma indeks telesne mase, ki je glavni razločevalni dejavnik za postavitve diagnoze. Pri osebah pa ni razlik v osebnostnih lastnostih in posledično pri izbiri terapevtskih metod. Zato se danes vse več govori o motnjah hranjenja kot kontinuumu, kjer pri eni osebi posamezni podtipi prehajajo iz ene oblike v drugo (Serneć, 2012).

10.3 Namen

V poglavju bomo predstavili dostopne podatke o motnjah hranjenja pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji v starosti od 6 do 19 let. Predstavljeni bodo podatki iz podatkovnih zbirk Bolob, ZubStat in iz Zbirke umrlih ter iz mednarodnih presečnih raziskav (HBSC in ECB). Kjer je to možno, bomo podatke primerjali s podatki drugih držav (raziskava HBSC in ECB).

10.4 Viri podatkov

Za poskus ocene razširjenosti motenj hranjenja v populaciji bomo uporabili podatke iz zbirke ZubStat, ki pa zaradi beleženja zunajbolnišničnih obravnav, ne oseb, bolj kaže obremenitve zdravnikov primarne ravni z motnjami hranjenja. Zbirka Bolob nam je nudila vpogled v težje primere motenj hranjenja, zaradi katerih so bili oboleli zdravljeni v bolnišnicah. Zbirka umrlih nam je služila za oceno najtežjih primerov motenj hranjenja, z njeno pomočjo smo spremljali umrljivost zaradi motenj hranjenja. Mednarodna raziskava HBSC nam je omogočila tako mednarodne primerjave na področju obremenjenosti s telesno težo kot tudi spremljanje trendov v slovenskem prostoru. Mednarodna raziskava ECB (Evropskega sveta za možgane) iz leta 2010 je ponudila oceno števila bolnikov z motnjami hranjenja (anoreksijo nervozo in bulimijo nervozo) v Sloveniji ter oceno stroškov omenjenih motenj.

Podatkovne zbirke ZubStat, Bolob in Zbirka umrlih beležijo obisk zdravnika, bolnišnično obravnavo ali smrt, povezano z motnjami hranjenja. Predstavljeni so podatki za obdobje od leta 2008 do leta 2015 za starostno skupino od 6 do 19 let (ZubStat) oziroma od 7 do 19 let (Bolob). Podatki iz podatkovnih zbirk Zubstat in Bolob so zapisani v obliki absolutnega števila zunajbolnišničnih obravnav in bolnišničnih obravnav ter glede na stopnjo (pojavnost obravnav na 100.000 oseb iste starostne skupine), podatki iz Zbirke umrlih so prikazani v obliki absolutnih števil. Pri umrljivosti smo spremljali smrti v starostni skupini od 6 do 19 let v obdobju od leta 2008 do leta 2015. Vse baze beležijo obisk zdravnika, bolnišnično obravnavo oziroma smrt, povezano z motnjami hranjenja, po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov (MKB-10) pod diagnozo F50 – motnje prehranjevanja. Poimenovanje motnje prehranjevanja je napačno in zavajajoče, pravilen slovenski prevod bi bil motnje hranjenja, saj so pod to diagnozo uvrščene duševne motnje, ki jih v slovenskem prostoru poznamo pod tem imenom. Med vsemi šiframi v sklopu F50 smo v pregled vključili anorexio nervoso (F50.0), atipično anorexio nervoso (F50.1), bulimio nervoso (F50.2), atipično bulimio nervoso (F50.3) in motnje hranjenja, neopredeljene (F50.9). Te diagnoze nam omogočajo spremljanje trendov in mednarodne primerjave.

Podatki o zunajbolnišničnih obravnavah na sekundarni ravni so zelo nezanesljivi, saj v letu 2010 manjkajo podatki izvajalca specialistične ambulantne dejavnosti osrednjeslovenske regije, v letu 2013 pa je večji izvajalec osrednjeslovenske regije poročal o precej manjšem številu specialističnih ambulantnih pregledov kot leta 2012.

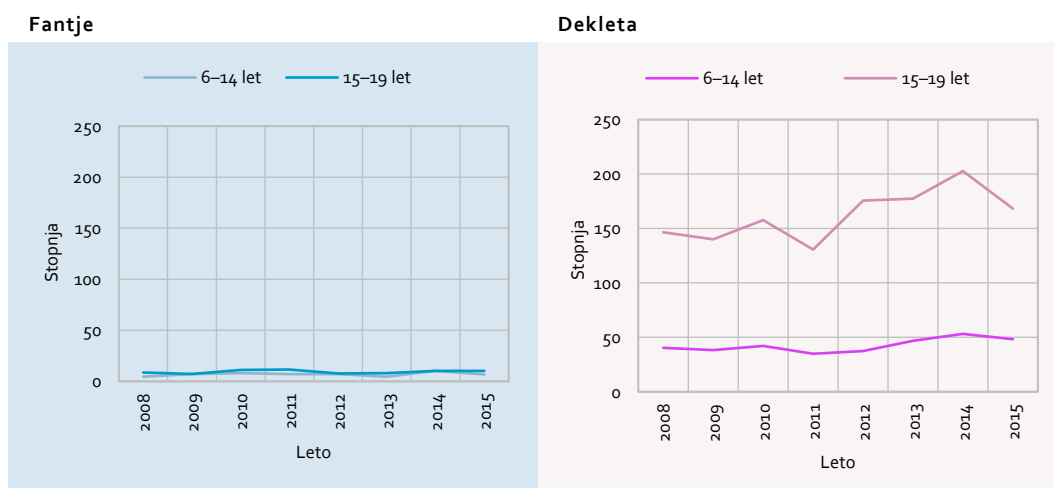
Kot smo že omenili, so na voljo tudi podatki iz raziskav HBSC in mednarodne raziskave ECB. Podatki raziskave HBSC vključujejo odgovore, ki se nanašajo na odnos do telesa in diet, in sicer na vprašanja o dojetanju svojega telesa (»Mislim, da sem nekoliko ali močno predebel/-a«), o dejanskem stanju ITM, ki je bil izračunan na osnovi samoporočanih podatkov o telesni teži in telesni višini (»Koliko tehtaš brez obleke?«, »Koliko si visok/-a brez čevljev?«), in vprašanja o dietah (»Ali si trenutno na dieti ali počneš karkoli, da bi shujšal/-a?«). Na ta vprašanja so v letih 2002, 2006, 2010 in 2014 odgovarjali 11-, 13- in 15-letniki. Podatki raziskave HBSC so periodični in tako omogočajo primerjavo med leti, dodatno pa še primerjavo slovenskih podatkov s podatki drugih držav. Poleg Slovenije je bilo v letu 2014 v raziskavo vključenih še 42 držav. Primerjati je možno deleže mladostnikov, ki mislijo, da so predebeli, in so na dieti, oziroma deleže mladostnikov, ki so na osnovi izračunanega indeksa telesne mase (ITM) debeli in predebeli.

Mednarodna raziskava Evropskega sveta za možgane (ECB), v katero je bilo vključenih 514 milijonov oseb iz 27 držav Evropske unije ter Islandije, Norveške in Švice, je ena redkih raziskav, v kateri je bila ocenjena letna prevalenca za posamezno bolezen na nacionalni ravni. Ob tem so bile upoštevane diagnoze za motnje hranjenja (F50.0 do F50.3). Raziskavo so ocenili epidemiološki odbori s pregledom virov v objavljeni literaturi. V primeru pomanjkanja podatkov so prevalenco ocenili z ekstrapolacijo podatkov, dostopnih za druge države. Za validacijo tako ocenjene prevalence so dodatno izvedli še nacionalne ankete v posamičnih državah s pomanjkljivimi epidemiološkimi podatki. Ocenjene vrednosti prevalenc bolezni za Slovenijo so povprašani nacionalni strokovnjaki potrdili kot ustrezne. Prav zaradi tega jih prikazujemo tudi v tem poglavju, čeprav ocene niso omejene na starostno skupino do 19 let.

10.5 Zunajbolnišnične obravnave zaradi motenj hranjenja

V osemletnem obdobju od leta 2008 do leta 2015 sta bili na primarni ravni zdravstvenega varstva zaradi motenj hranjenja (anoreksije nervoze, bulimije nervoze in neopredeljenih motenj hranjenja) pri otrocih in mladostnikih v starosti od 6 do 19 let 1002 obravnave ali v povprečju 125,3 na leto (od 104 leta 2011 do 152 leta 2014); 91,3 % vseh obravnav je bilo pri dekletih. Dve tretjini obravnav sta bili pri osebah, starih od 15 do 19 let, skoraj 30 % pri osebah, starih od 10 do 14 let, in manj kot 3 % pri osebah, mlajših od 10 let. Pri fantih (55,2 %) je v primerjavi z dekleti (30,5 %) precej večji delež vseh obravnav odpadel na mlajši starostni skupini, in sicer na starostno skupino od 6 do 9 let 18,4 % in na starostno skupino od 10 do 14 let 36,8 %.

Slika 87 prikazuje podatke o zunajbolnišničnih obravnava zaradi motenj hranjenja na primarni ravni, preračunane na 100.000 oseb, ločeno za fante in dekleta ter ločeno za starostni skupini od 6 do 14 let (osnovnošolsko obdobje) in od 15 do 19 let (srednješolsko obdobje). Medtem ko se stopnja zunajbolnišničnih obravnav pri fantih ni pomembno spreminjala ne v prvi ne v drugi starostni skupini, pa pri dekletih v obeh starostnih skupinah opazujemo porast stopnje zunajbolnišničnih obravnav. Obravnave zaradi omenjenih motenj je bilo pri dekletih na primarni ravni v prvi starostni skupini (od 6 do 14 let) v opazovanem obdobju od 5- do 10-krat več kot pri fantih, v drugi starostni skupini pa celo od 11- do 23-krat več.

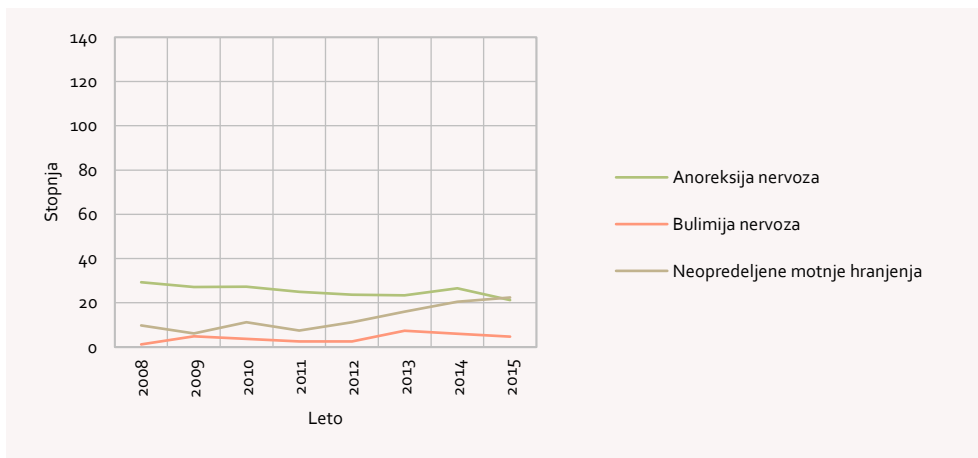


(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 87. Stopnja prvih obiskov na 100.000 oseb zaradi motenj hranjenja glede na spol v starostnih skupinah 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2008 in 2015

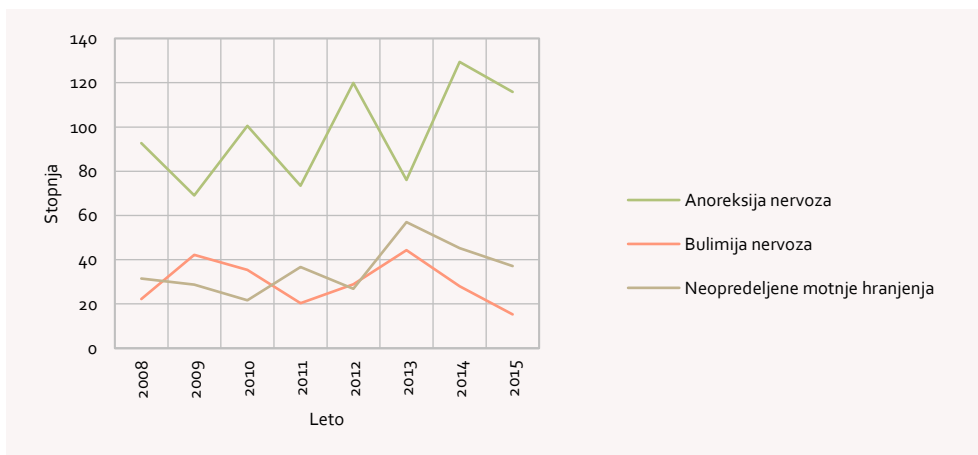
Pri dekletih je 59,7 % vseh zunajbolnišničnih obravnav zaradi motenj hranjenja v starostni skupini od 6 do 19 let na primarni ravni v obdobju od leta 2008 do leta 2015 odpadlo na anoreksijo nervozo, 15,7 % je bilo zunajbolnišničnih obravnav zaradi bulimije nervoze in 24,6 % zaradi neopredeljenih motenj hranjenja.

Sliki 88 in 89 prikazujeta gibanje posameznih motenj hranjenja pri dekletih na osnovi zunajbolnišničnih obravnav na primarni ravni, ločeno za osnovnošolsko in za srednješolsko obdobje. Največ obravnav v prvi starostni skupini je pri dekletih odpadlo na anoreksijo nervozo, vendar se je stopnja statistično značilno zniževala, statistično značilno pa je rasla stopnja zaradi neopredeljenih motenj hranjenja. Zunajbolnišnične obravnave zaradi bulimije nervoze so bile v tej starostni skupini redkost. Tudi v starostni skupini od 15 do 19 let je bilo največ obravnav zaradi anoreksije nervoze, pri nobeni od motenj pa se v opazovanem obdobju stopnja ni statistično značilno spreminjala. Stopnje zunajbolnišničnih obravnav zaradi vseh treh oblik motenj hranjenja so bile pogostejše v starejši starostni skupini, pri anoreksiji nervozi se je stopnja gibala med 69,1 (2009) in 129,4 (2014) na 100.000 oseb, pri bulimiji nervozi pa med 15,3 (2015) in 44,3 (2013).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 88. Stopnja prvih obiskov na 100.000 oseb zaradi anoreksije nervoze, bulimije nervoze in neopredeljenih motenj hranjenja med dekleti v starostni skupini 6–14 let, med letoma 2008 in 2015

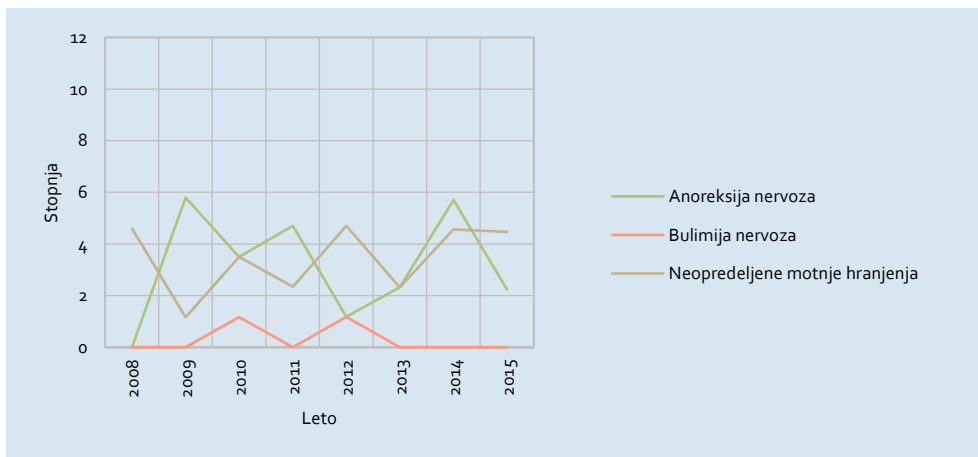


(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 89. Stopnja prvih obiskov na primarni ravni na 100.000 oseb zaradi anoreksije nervoze, bulimije nervoze in neopredeljenih motenj hranjenja med dekleti v starostni skupini 15–19 let, med letoma 2008 in 2015

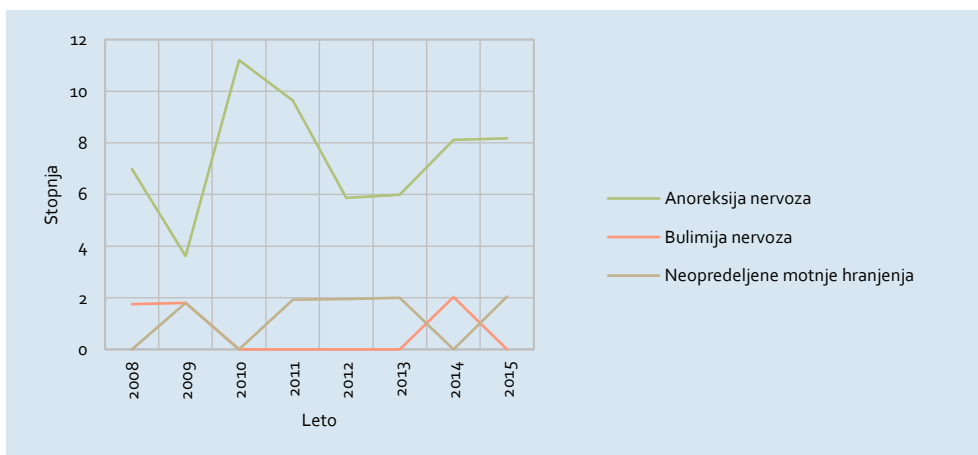
Večina (60,9 %) vseh zunajbolnišničnih obravnav na primarni ravni zaradi motenj hranjenja pri fantih v starosti od 6 do 19 let je bila v obdobju od leta 2008 do leta 2015 zaradi anoreksije nervoze, 5,7 % je bilo zunajbolnišničnih obravnav zaradi bulimije nervoze in 33,3 % zaradi neopredeljenih motenj hranjenja.

Sliki 90 in 91 prikazujeta gibanje posameznih motenj hranjenja pri fantih na osnovi zunajbolnišničnih obravnav na primarni ravni, ločeno za osnovnošolsko in za srednješolsko obdobje. Obravnave zaradi posameznih motenj hranjenja na primarni ravni so pri fantih tako v starostni skupini od 6 do 14 let kot od 15 do 19 let redkejši pojav (87 zunajbolnišničnih obravnav v 8 letih). Bulimija nervoze je bila v mlajši starostni skupini zabeležena kot vzrok zunajbolnišnične obravnave le v dveh oziroma treh letih opazovanega obdobja, tudi anoreksija nervoze v prvem letu opazovanja v mlajši starostni skupini ni bila nikdar zabeležena kot vzrok stika z zdravstveno službo, stopnja zunajbolnišničnih obravnav v starejši starostni skupini pa se je v opazovanem obdobju gibala med 3,6 in 11,2 na 100.000 oseb in je bila od 1,4- do 5-krat višja od stopnje zunajbolnišničnih obravnav v prvi starostni skupini.



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 90. Stopnja prvih obiskov na 100.000 oseb zaradi anoreksije nervoze, bulimije nervoze in neopredeljenih motenj hranjenja med fanti v starostni skupini 6–14 let, med letoma 2008 in 2015

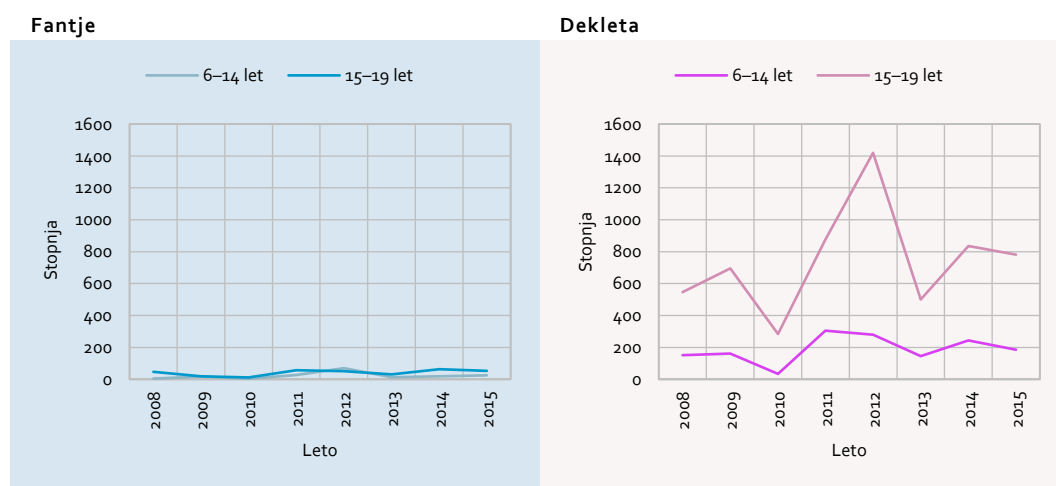


(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 91. Stopnja prvih obiskov na 100.000 oseb zaradi anoreksije nervoze, bulimije nervoze in neopredeljenih motenj hranjenja med fanti v starostni skupini 15–19 let, med letoma 2008 in 2015

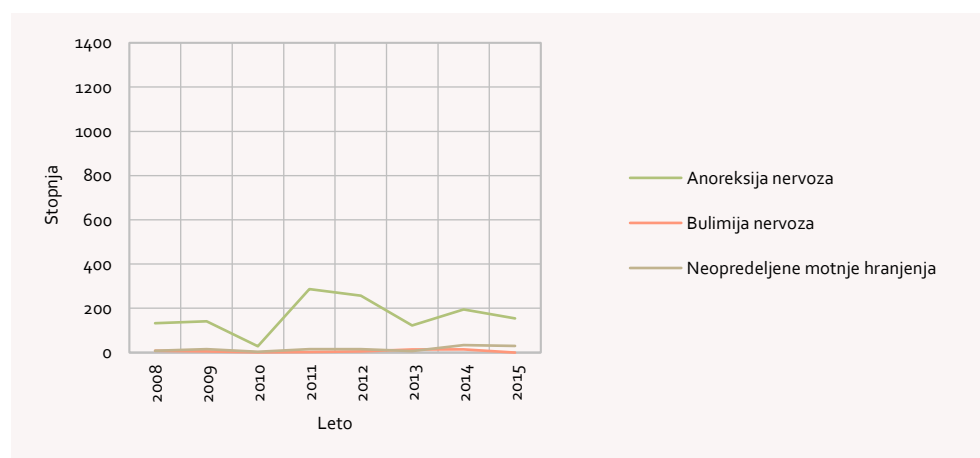
V osemletnem obdobju od leta 2008 do leta 2015 je bilo na sekundarni ravni zdravstvenega varstva zaradi vseh motenj hranjenja (anoreksije nervoze, bulimije nervoze in neopredeljenih motenj hranjenja) pri otrocih in mladostnikih v starosti od 6 do 19 let zabeleženih 4440 končnih diagnoz ali v povprečju 555 na leto (od 180 leta 2010 do 995 leta 2012); 92,8 % vseh obravnav je bilo pri dekletih, 69 % obravnav je bilo pri osebah, starih od 15 do 19 let, 30 % pri osebah, starih od 10 do 14 let, in manj kot 1 % pri osebah, mlajših od 10 let. Pri fantih je v primerjavi z dekleti precej večji delež obravnav odpadel na mlajši starostni skupini (od 6 do 9 let 4,1 % in od 10 do 14 let 42,8 %).

Slika 92 prikazuje podatke o zabeleženih končnih diagnozah motenj hranjenja na 100.000 oseb za osnovnošolsko ter srednješolsko obdobje za oba spola. Spremljanje trenda zaradi izpada podatkov v letih 2010 in 2013 ni mogoče. Na sekundarni ravni je bilo obravnav zaradi omenjenih motenj pri dekletih v prvi starostni skupini (od 6 do 14 let) v posameznih letih opazovanega obdobja od 4- do skoraj 33-krat več kot pri fantih, v drugi starostni skupini pa celo od skoraj 12- do več kot 38-krat več.



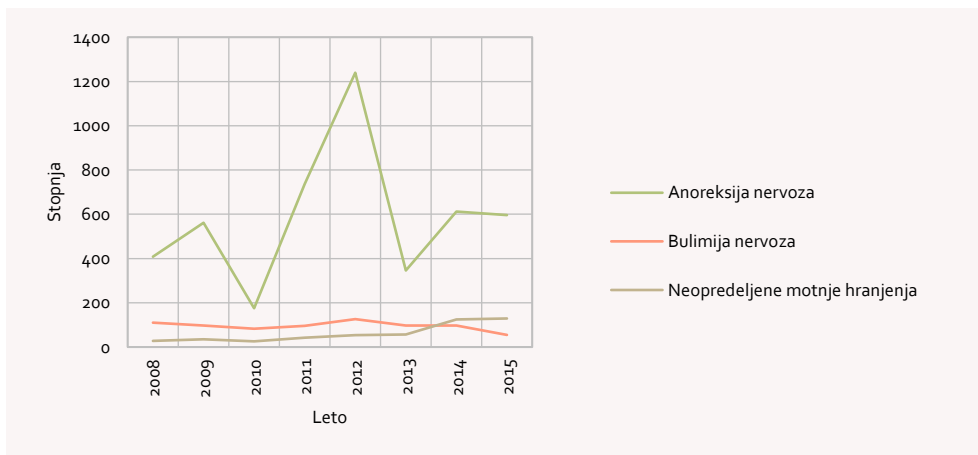
(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 92. Stopnja končnih diagnoz vseh motenj hranjenja na 100.000 oseb, glede na spol v starostnih skupinah 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2008 in 2015



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 93. Stopnja končnih diagnoz na 100.000 oseb zaradi anoreksije nervoze, bulimije nervoze in neopredeljenih motenj hranjenja med dekleti v starostni skupini od 6 do 14 let, med letoma 2008 in 2015

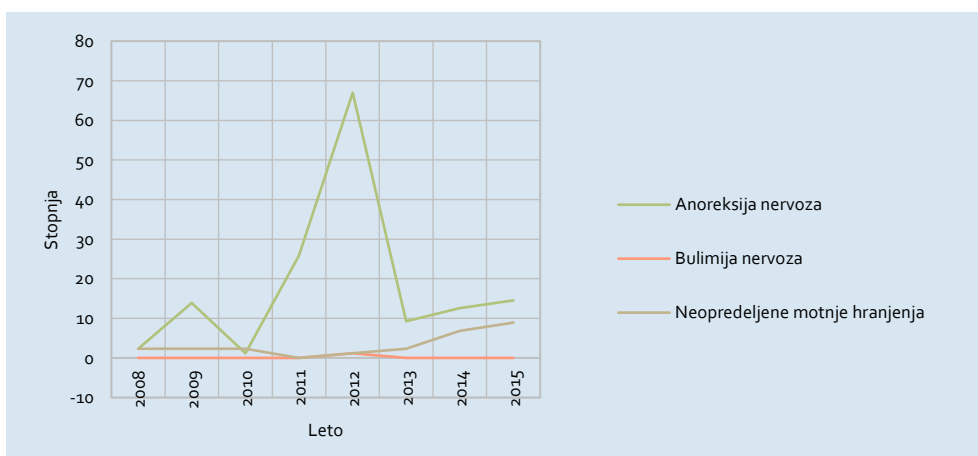


(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 94. Stopnja končnih diagnoz na 100.000 oseb zaradi anoreksije nervoze, bulimije nervoze in neopredeljenih motenj hranjenja med dekleti v starostni skupini od 15–19 let, med letoma 2008 in 2015

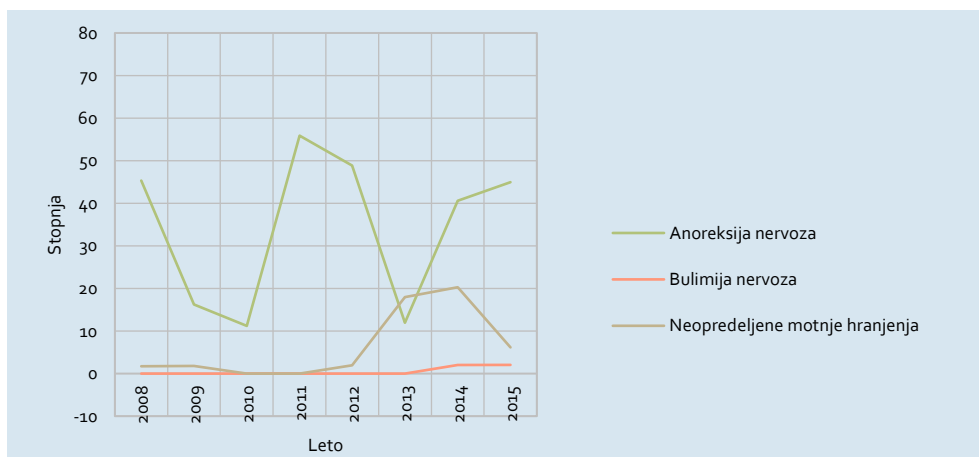
Pri fantih je 84,1 % vseh končnih diagnoz zaradi motenj hranjenja v starostni skupini od 6 do 19 let na sekundarni ravni v obdobju od leta 2008 do leta 2015 odpadlo na anoreksijo nervozo, 0,9 % je bilo obravnav zaradi bulimije nervoze in 15,0 % zaradi neopredeljene motnje hranjenja. Anoreksija nervoza je bila najpogostejša končna diagnoza tako v mlajši kot v starejši starostni skupini.

Sliki 95 in 96 prikazujeta gibanje stopnje obravnav posameznih motenj hranjenja na sekundarni ravni pri fantih, ločeno za osnovnošolsko in srednješolsko obdobje. Obravnave zaradi posameznih motenj hranjenja so tudi na sekundarni ravni pri fantih tako v starostni skupini od 6 do 14 let kot v starostni skupini od 15 do 19 let redek pojav (320 obravnav v osmih letih). Stopnja pa se je za anoreksijo nervozo gibala v starostni skupini od 6 do 14 let med 2,3 (2008) in 67,0 (2012), v starostni skupini od 15 do 19 let pa med 16,3 (2009) in 55,9 (2011) in je bila večino opazovanega obdobja višja v starejši starostni skupini. Let 2010 in 2013 nismo upoštevali.



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 95. Stopnja končnih diagnoz na 100.000 oseb zaradi anoreksije nervoze, bulimije nervoze in neopredeljenih motenj hranjenja med fanti v starostni skupini 6–14 let, med letoma 2008 in 2015



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

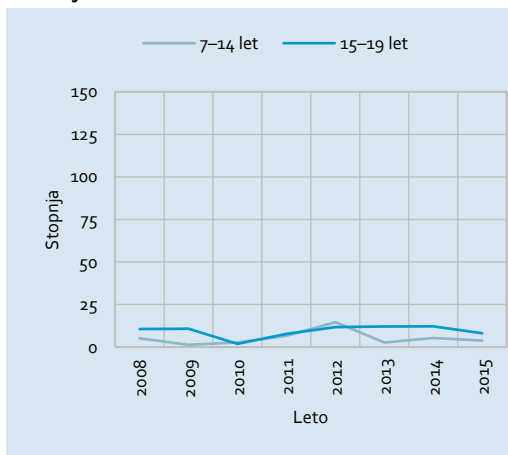
Slika 96. Stopnja končnih diagnoz na 100.000 oseb zaradi anoreksije nervoze, bulimije nervoze in neopredeljenih motenj hranjenja med fanti v starostni skupini 15–19 let, med letoma 2008 in 2015

10.6 Bolnišnične obravnave zaradi motenj hranjenja

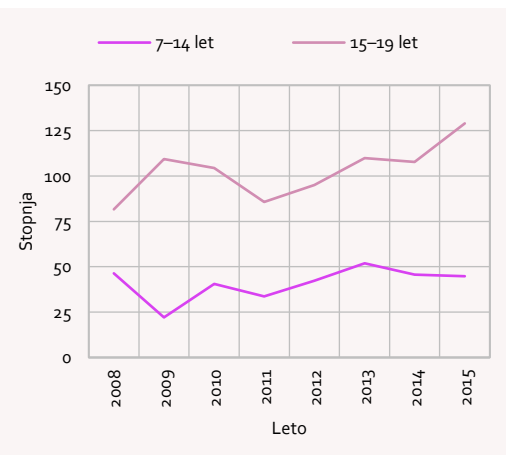
V osemletnem opazovanem obdobju od leta 2008 do leta 2015 je bilo v Sloveniji 710 bolnišničnih obravnav zaradi motenj hranjenja (anoreksije nervoze, bulimije nervoze in neopredeljenih motenj hranjenja) pri otrocih in mladostnikih v starosti od 7 do 19 let ali v povprečju 88,8 na leto (od 75 leta 2011 do 99 leta 2015); 90,0 % vseh bolnišničnih zdravljenj je bilo pri dekletih, 62,3 % je bilo pri osebah, starih od 15 do 19 let, 37,7 % pa pri osebah, starih od 7 do 14 let. Pri fantih je v primerjavi z dekleti večji delež bolnišničnih obravnav odpadel na mlajšo starostno skupino (fantje 45,1 %, dekleta 36,9 %). Večina (74,5 %) vseh bolnišničnih obravnav je bila zaradi anoreksije nervoze (pri dekletih 74,3 %, pri fantih 76,1 %), 13,7 % bolnišničnih obravnav je bilo zaradi bulimije nervoze (pri dekletih 15,0 %, pri fantih 1,4 %) in 11,8 % zaradi neopredeljenih motenj hranjenja (pri dekletih 10,6 %, pri fantih 22,5 %).

Slika 97 prikazuje gibanje stopnje bolnišničnih obravnav zaradi vseh motenj hranjenja pri dekletih oziroma fantih po starostnih skupinah. Pri fantih so bila bolnišnična zdravljenja zaradi motenj hranjenja precej redkejši pojav kot pri dekletih, med mlajšo in starejšo starostno skupino pa ni bilo velikih razlik, v letih 2010 in 2012 je bila stopnja bolnišničnih obravnav v mlajši starostni skupini celo višja od stopnje bolnišničnih obravnav v starejši starostni skupini. Pri dekletih (slika 97) je bila stopnja bolnišničnih zdravljenj v starejši starostni skupini od 15 do 19 let vse opazovano obdobje višja od stopnje v mlajši starostni skupini in se je statistično značilno povečevala. Gibala se je med 81,6 (2008) in 129,0 (2015) bolnišničnih obravnav na 100.000 deklet te starosti. V mlajši starostni skupini se stopnja bolnišničnih obravnav ni pomembno spreminjala, gibala pa se je med 22,1 (2009) in 46,4 (2008).

Fantje



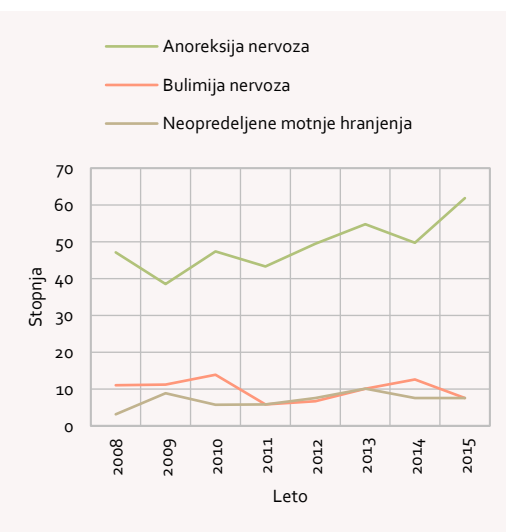
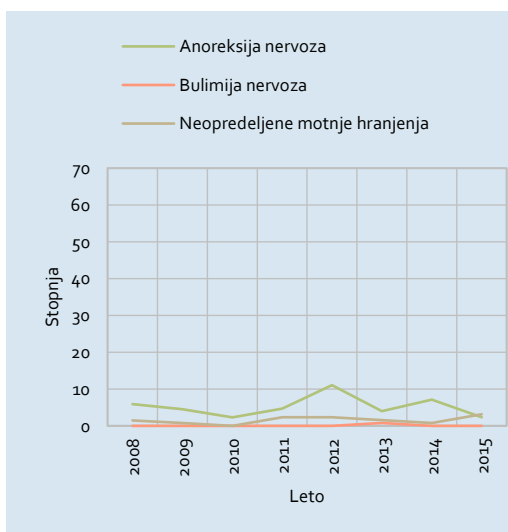
Dekleta



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 97. Stopnja bolnišničnih obravnav na 100.000 oseb zaradi vseh motenj hranjenja glede na spol v starostnih skupinah 7–14 let in 15–19 let, med letoma 2008 in 2015

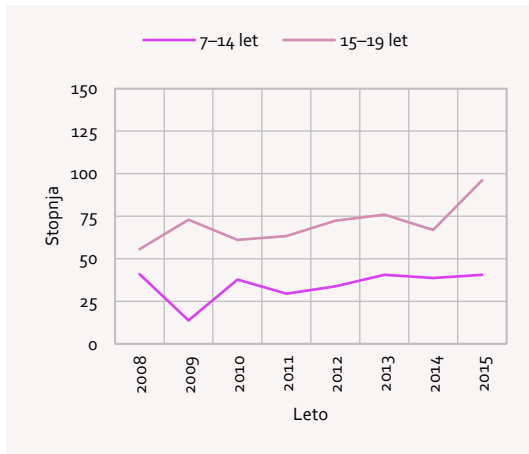
Slika 98 prikazuje gibanje stopnje bolnišničnih obravnav zaradi anoreksije nervoze, bulimije nervoze in neopredeljenih motenj pri fantih oziroma dekletih. Pri obeh spolih je bila v starostni skupini od 7 do 19 let najpogostejša motnja hranjenja anoreksija nervoza. V opazovanem obdobju od leta 2008 do leta 2015 se stopnja bolnišničnih zdravljenj pri fantih ni statistično pomembno spreminjala, med posameznimi leti pa je zaradi majhnih absolutnih števil precej nihala (od 2,3 leta 2010 na 100.000 fantov te starostne skupine do 11,1 leta 2012). Stopnja bolnišnične obravnave zaradi neopredeljenih motenj hranjenja se je povečevala, trend pa ni bil statistično značilen, bolnišnične obravnave zaradi bulimije pa so bile pri fantih zabeležene le v letu 2013. Pri dekletih je stopnja bolnišnične obravnave zaradi anoreksije nervoze statistično značilno rasla, gibala se je od 38,5 (2009) do 61,9 (2015) na 100.000 deklet.



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 98. Stopnja bolnišničnih obravnav na 100.000 oseb zaradi anoreksije nervoze, bulimije nervoze in neopredeljenih motenj hranjenja glede na spol, med letoma 2008 in 2015

Slika 99 prikazuje gibanje stopnje bolnišnične obravnave zaradi anoreksije nervoze pri dekletih, ločeno za mlajšo in starejšo starostno skupino. V mlajši starostni skupini se stopnja bolnišnične obravnave ni pomembno spreminjala, v starejši pa se je statistično značilno povečevala, gibala pa se je med 55,6 (2008) in 96,2 (2015).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

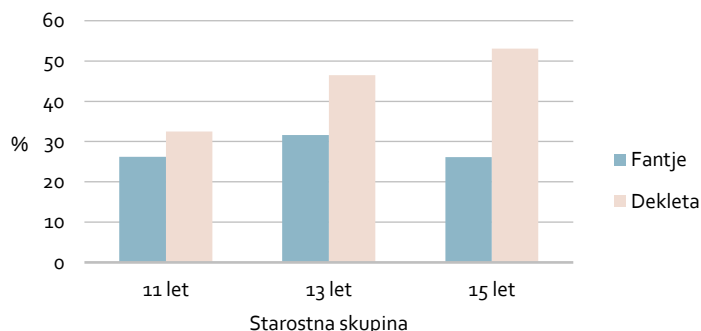
Slika 99. Stopnja bolnišničnih obravnav na 100.000 oseb zaradi anoreksije nervoze, med dekleti v starostnih skupinah 7–14 let in 15–19 let, med letoma 2008 in 2015

10.6.1 Umrljivost

V obdobju od leta 2008 do leta 2015 so bile motnje hranjenja zabeležene kot osnovni vzrok smrti pri eni od oseb, starih od 6 do 19 let. Zavedamo se, da v bazi umrlih niso bile zabeležene vse smrti, katerih osnovni vzrok so bile motnje hranjenja. Ob smrti so namreč še vedno kot osnovni vzrok namesto motenj hranjenja, ki so sprožile dogajanje, ki je pripeljalo do smrti, zabeležene posledice oziroma neposredni vzrok smrti v obliki motenj ritma, elektrolitskih motenj, samomora ...

10.6.2 Podatki presečnih raziskav

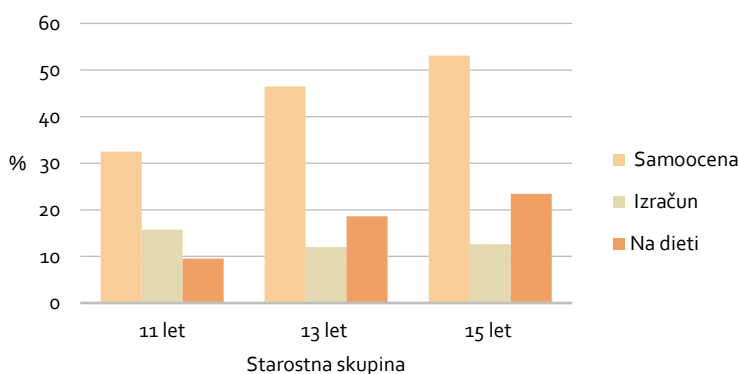
Raziskava HBSC je v letu 2014 pokazala, da je v Sloveniji 36,3 % mladostnikov ocenjevalo, da so nekoliko ali močno predebeli (dekleta 44,3 %, fantje 28,0 %); delež se je zviševal s starostjo in je bil pri dekletih pomembno višji kot pri fantih (slika 100).



(Vir: HBSC, 2014.)

Slika 100. Delež mladostnikov, ki so odgovorili, da so nekoliko ali močno predebeli glede na spol in starostno skupino

Na podlagi samoporočane teže in višine je bil izračunan indeks telesne mase (ITM). Na osnovi izračunane vrednosti se je v skupino debelih oz. predebelih uvrstilo 17,1 % mladostnikov, kar je več kot pol manj, kot je delež mladostnikov, ki sami sebe ocenjujejo kot nekoliko ali močno predebele (Jeriček Klanšček idr., 2015). Na dieti (ali pa počnejo karkoli, da bi shujšali) je bilo 13,1 % mladostnikov (dekleta 17,4 %, fantje 8,6 %). S starostjo se je delež mladostnikov, ki so bili na dieti, pomembno zviševal. Delež deklet, ki so bila na dieti, je bil pomembno višji od deleža fantov, razen v starostni skupini 11-letnikov, kjer ni bilo razlik med spoloma (11-letniki: dekleta 9,5 %, fantje 9,4 %; 13-letniki: dekleta 18,6 %, fantje 9,3 %; 15-letniki: dekleta 23,4 %, fantje 7,1 %) (Jeriček Klanšček idr., 2015). Slika 101 prikazuje deleže deklet, ki so bile po lastni oceni predebele, imele na osnovi izračunanega ITM čezmerno telesno težo in bile na dieti. S starostjo je naraščal delež deklet, ki so bile po lastni oceni predebele, in delež deklet na dieti, čeprav je bil delež predebelih deklet na osnovi izračunanega ITM pri 13- in 15-letnicah nižji kot pri 11-letnicah. Na dieti so bila tudi 13- in 15-letna dekleta, katerih teža ni bila čezmerna.



(Vir: HBSC, 2014.)

Slika 101. Delež mladostnic, ki so se ocenjevale kot predebele, imele izračunan ITM v območju debelosti ali navedle, da so na dieti, glede na starostno skupino

V obdobju 2002–2014 se je znižal delež tistih mladostnikov, ki se ocenjujejo kot nekoliko ali močno predebeli (predvsem je upad značilen za dekleta) (Jeriček Klanšček idr., 2015).

V vseh raziskavah HBSC od leta 2002 do 2014 se je Slovenija na področju odnosa do telesne teže oziroma nezadovoljstva s telesom, ki je najmočnejši dejavnik tveganja za razvoj motenj hranjenja, uvrščala v sam vrh v raziskavi sodelujočih držav. Pri 11-letnikih je bila leta 2002 (Stergar, Scagnetti, Pucelj in Lavrič, 2006) na prvem mestu, pri 13-letnikih na drugem in pri 15-letnikih na tretjem. V raziskavi leta 2006 (Jeriček Klanšček idr., 2015) se je obremenjenost slovenskih mladostnikov s telesno težo nekoliko znižala, še vedno pa so ostali naši 11-letniki med vsemi vključenimi evropskimi državami na prvem mestu, 13- in 15-letniki pa na tretjem mestu. Predvsem so se kot predebela doživljala dekleta, pri 15 letih je bilo takih kar 54 odstotkov. Tudi v raziskavi iz leta 2010 (Jeriček Klanšček idr., 2015) je nezadovoljstvo s telesno težo ostalo veliko, saj smo se pri 11-letnikih uvrščali na tretje, pri 13-letnikih na četrto in pri 15-letnikih na tretje mesto. Po obremenjenosti s telesno težo, oziroma samooceni debelosti je bila Slovenija v letu 2014 v nekaj boljšem položaju, čeprav še vedno v vrhu, in sicer se je pri 11-letnikih uvrščala na 8. mesto, pri 13-letnikih na 4. mesto in pri 15-letnikih na 5. mesto (Inchley idr., 2016). Ob tem je pomembno poudariti, da se je od leta 2002 do leta 2014 povečevalo tudi število vključenih držav.

V raziskavi leta 2014 se je pri fantih v Sloveniji prevalenca oseb, ki se dojemajo kot predebele, z višanjem blagostanja zniževala (razlika 4 %), pri dekletih pa poviševala (razlika 3 %). Enak pojav imata med vsemi državami le še Norveška in Latvija.

Druga mednarodna raziskava ECB je za leto 2010 ocenila prevalenco motenj hranjenja v Sloveniji. Na osnovi te raziskave je leta 2010 v Sloveniji živelo 5951 oseb z motnjami hranjenja, od tega je bilo 3330 oseb, ki so imele diagnozo anoreksija nervoza, in 2621 oseb z diagnozo bulimija nervoza. Stroški motenj hranjenja so bili ocenjeni na osnovi neposrednih zdravstvenih (zunajbolnišnične obravnave pri zdravniku, bolnišnične obravnave, stroški zdravil ...) in nezdravstvenih (socialne službe, namestitve, neformalna oskrba) ter posrednih stroškov (odsotnost z dela, zgodnje upokojevanje ...). Letni strošek teh motenj je bil ocenjen na 2,6 milijona evrov (Bon idr., 2013).

10.7 Razprava

V poglavju smo predstavili in povzeli podatke o motnjah hranjenja pri otrocih in mladostnikih, starih od 6 do 19 let, in sicer tako za anoreksijo nervozo kot za bulimijo nervozo in neopredeljene motnje hranjenja. Z izjemo raziskave ECB iz leta 2010 (ki pa ni omejena na otroke in mladostnike) posebnih raziskav, ki bi proučevale razširjenost anoreksije nervoze in bulimije nervoze ter omogočale mednarodne primerjave, v Sloveniji nimamo. Določen vpogled v problematiko nam lahko ponudijo podatki o zunajbolnišničnih obravnavah oziroma o zdravljenju v bolnišnicah, ki pa so le vrh ledene gore, saj vključujejo le tiste, ki so iskali zdravniško pomoč oziroma so bili zdravljeni v bolnišnici. Imamo pa te podatke na voljo za daljše časovno obdobje tudi v Sloveniji. Dejansko ti podatki bolj odražajo obremenitev zdravstvene službe z motnjami hranjenja kot pa resnično število obolelih, vendar se tudi drugod v svetu poslužujejo enakega načina spremljanja in ocenjevanja razširjenosti motenj hranjenja. Ker se osebe trudijo svojo bolezen zanikati ali prikriti, so namreč populacijske raziskave drage in neučinkovite. Številne epidemiološke raziskave zato uporabljajo registre psihiatričnih primerov ali podatke o bolnišničnih zdravljenjih in zunajbolnišničnih obravnavah pri družinskih/splošnih zdravnikih (oziroma pri nas pri zdravnikih prvega kontakta: pediatrih, šolskih zdravnikih, družinskih zdravnikih ...). Tako zastavljene raziskave, kot je bilo že omenjeno, podcenijo prevalenco motenj hranjenja v splošni populaciji poleg naštetega tudi še iz drugih razlogov, saj vsi oboleli pri družinskih/splošnih oziroma drugih zdravnikih prvega kontakta niso prepoznani niti niso vsi zdravljeni v bolnišnicah. Nadalje so lahko razlike v zaznanih stopnjah v različnih časovnih obdobjih posledica izboljšane prepoznavanja omenjenih motenj, saj večja ozaveščenost vodi do zgodnejšega odkrivanja in širše mreže zdravstvenih storitev in ni posledica resničnega povečanja incidence (Smink, van Hoeken in Hoek, 2012).

V obdobju od leta 2008 do leta 2015 sta bili pri otrocih in mladostnikih v starosti od 6 do 19 let zaradi motenj hranjenja na primarni ravni 1002 obravnave ali v povprečju 125,3 na leto, na sekundarni ravni pa je bilo zabeleženih 4440 obravnave ali v povprečju 555 na leto. Predvsem podatki s sekundarne ravni so še dodatno podcenjeni zaradi izpada podatkov nekaterih poročevalcev v določenih letih, kar je tudi preprečilo spremljanje trendov na sekundarni ravni. Razmerje med obravnavami na primarni in sekundarni ravni v opazovanem obdobju kaže 4-krat več obravnave na sekundarni kot na primarni ravni. Po znanih podatkih iz preteklih raziskav to razmerje v preteklosti ni bilo tako veliko. Zabeleženih obravnave na sekundarni ravni je bilo v obdobju od leta 1997 do leta 1999 le 1,2-krat več kot na primarni ravni (Hafner, 2000). Podatek je pomemben, saj lahko kaže na težave pri diagnosticiranju motenj hranjenja na primarni ravni. Pri dekletih je bilo 91,3 % vseh obravnave na primarni ravni oziroma 92,8 % obravnave na sekundarni

ravni. V obdobju od leta 1997 do leta 2005 je na ženske, stare od 7 do 49 let, odpadlo 94 % vseh zunajbolnišničnih obravnav na primarni ravni (Hafner, 2011). Podatek kaže, da pomoč v zdravstvenem sistemu zaradi omenjenih motenj verjetno pogosteje iščejo dekleta in ženske, saj so motnje hranjenja za njih družbeno bolj sprejemljiva motnja, kar pa ni nujno odraz dejanskega stanja v populaciji. So pa ti podatki skladni tudi s podatki drugih epidemioloških študij v svetu, ki poročajo o 10 % motenj hranjenja pri moških (The National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders, 2002). Pri dekletih se je v obeh starostnih skupinah stopnja zunajbolnišničnih obravnav na primarni ravni statistično značilno povečevala, največ obravnav je bilo pri osebah, starih od 15 do 19 let, in zaradi anoreksije nervoze, kar je povsem skladno tudi z ugotovitvami drugih raziskav, da obstaja povečanje incidence v visokorizični skupini deklet med 15. in 19. letom. Ob tem ni jasno, ali je porast posledica zgodnejšega odkrivanja ali zgodnejšega nastopa anoreksije nervoze (Smink idr., 2012). Stopnja zunajbolnišničnih obravnav zaradi anoreksije nervoze je v starostni skupini od 15 do 19 let pri dekletih v obdobju od leta 2008 do leta 2015 za anoreksijo nervozo znašala od 69,1 do 129,4 na 100.000 deklet te starosti, v obdobju od leta 1997 do leta 2005 pa od 62,9 do 108,8 (Hafner, 2011) in je povsem primerljiva s podatki nizozemske študije, ki je za obdobje od leta 1995 do leta 1999 na enak način ocenila incidenco te starostne skupine na 109,2 na 100.000 deklet (Smink idr., 2012). Pri bulimiji nervozi je bila stopnja zunajbolnišničnih obravnav v starostni skupini od 15 do 19 let v opazovanem obdobju med 15,3 in 44,3 na 100.000 deklet, v obdobju od leta 1997 do leta 2005 pa od 14,0 in 105,9 na 100.000 deklet (Hafner, 2011). Bulimija nervoza je v populaciji pogostejša, znotraj zdravstvenega sistema pa težje prepoznana motnja hranjenja. Nižja stopnja zunajbolnišničnih obravnav zaradi bulimije nervoze je lahko tudi posledica pojava novih motenj hranjenja, ki naj bi bile beležene v skupino F50.9 (motnje hranjenja, neopredeljene). V starostni skupini od 15 do 19 let je bila stopnja zunajbolnišničnih obravnav zaradi te skupine od 21,7 do 57,0 na 100.000 deklet. Pri fantih so bile zunajbolnišnične obravnave na primarni ravni zaradi katere koli motnje hranjenja redkejši pojav (8,7 % vseh obravnav). V starejši starostni skupini so prevladovali obravnave zaradi anoreksije nervoze, v mlajši pa zaradi anoreksije nervoze in neopredeljenih motenj hranjenja. Neopredeljene motnje hranjenja so se na primarni ravni statistično značilno povečevale v obeh starostnih skupinah in pri obeh spolih. Tudi na sekundarni ravni je bilo največ obravnav v starostni skupini od 15 do 19 let, pri obeh spolih je prevladovala anoreksija nervoza, obravnave pri moških pa so bile redkejši pojav, predstavljale so le 7,2 % vseh obravnav.

V obdobju od leta 2008 do leta 2015 je bilo v Sloveniji pri otrocih in mladostnikih v starosti od 7 do 19 let zaradi vseh motenj hranjenja (anoreksije nervoze, bulimije nervoze in neopredeljenih motenj hranjenja) 710 bolnišničnih zdravljenj ali v povprečju 88,8 na leto, kar je enako, kot je bilo v obdobju od leta 1989 do leta 2004 število vseh zdravljenj zaradi motenj hranjenja v celotni populaciji, stari od 7 do 49 let (Hafner, 2011). 90,0 % vseh bolnišničnih zdravljenj je bilo pri dekletih, v obdobju od leta 1989 do leta 2004 pa 92 %. V bolnišnici so najpogosteje zdravljene osebe, stare od 15 do 19 let. V obdobju od leta 1989 do leta 2004 je bilo v tej starostni skupini 47 % vseh bolnišničnih obravnav, 21 % jih je moralo v bolnišnico že med 10. in 14. letom, kar 93 % vseh bolnišničnih zdravljenj pa je bilo pri osebah, starih od 10 do 29 let (Hafner, 2011). Večina vseh bolnišničnih zdravljenj je bila zaradi anoreksije nervoze (74,5 %), 13,7 % zaradi bulimije nervoze (pri dekletih 15,0 %, pri fantih 1,4 %) in 11,8 % zaradi neopredeljenih motenj hranjenja (pri dekletih 10,6 %, pri fantih 22,5 %). V opazovanem obdobju od leta 2008 do leta 2015 so bile pri fantih v porastu neopredeljene motnje hranjenja, pri dekletih pa vse motnje hranjenja v starostni skupini od 15 do 19 let in anoreksija nervoza v isti starostni skupini. Stopnja bolnišničnih zdravljenj v

starostni skupini od 15 do 19 let je za anoreksijo nervozo znašala od 55,6 do 96,2 na 100.000 oseb. Ker se zaradi močnega nasprotovanja mladostnikov bolnišničnemu zdravljenju ter dragih in dolgotrajnih bolnišničnih zdravljenj pomembno spreminjajo terapevtski pristopi, lahko tudi pri nas pričakujemo, da se bo število tovrstnih zdravljenj v prihodnosti začelo zmanjševati, tudi če se bo incidenca motenj hranjenja povečevala.

Čeprav je na osnovi populacijskih raziskav ocenjena življenjska prevalenca motenj hranjenja nizka, se njihova resnost in dramatični vpliv vedno znova kažeta v visoki stopnji resnih okvar, zdravstvenih komplikacijah, komorbidnosti, zgodnji umrljivosti in samomorih (Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen in Merikangas, 2011). Motnje hranjenja imajo med vsemi duševnimi motnjami najvišjo stopnjo umrljivosti (The National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders, 2015), ki pa še narašča, najbolj za anoreksijo nervozo (Smink idr., 2012). V opazovanem obdobju od leta 2008 do leta 2015 smo tudi v Sloveniji v ciljni skupini od 6 do 19 let zabeležili eno smrt zaradi motenj hranjenja, se pa te smrti tudi pri nas pojavljajo vsako leto, povprečna starost umrlih pa je zelo nizka – 34,8 leta. Nizka povprečna starost ob smrti nakazuje zgoden nastop in kroničen potek teh motenj. Povprečna starost ob nastopu naj bi znašala 12,3 leta (od 11,2 do 13 let) za anoreksijo nervozo, 12,4 leta (od 11,1 do 13,5 leta) za bulimijo in 12,6 leta (od 11,2 do 13,5 leta) za prisilno prenašanje (Swanson idr., 2011).

Vse raziskave HBSC od leta 2002 do leta 2014 kažejo zelo visoko obremenjenost slovenskih mladostnikov s telesno težo oziroma zelo visoko stopnjo nezadovoljstva s telesom, ki sta ob slabi samopodobi močna dejavnika tveganja za razvoj motenj hranjenja. V opazovanem obdobju 2002–2014 se je sicer znižal delež tistih, ki so se ocenjevali kot nekoliko ali močno predebeli, predvsem je bil upad značilen za dekleta, a je bila tudi v letu 2014 Slovenija še vedno v vrhu, pri 11-letnikih na 8., pri 13-letnikih na 4. in pri 15-letnikih na 5. mestu. Ob tem se je pri fantih v Sloveniji prevalenca oseb, ki se dojemajo kot predebele, z višanjem blagostanja zniževala, pri dekletih pa poviševala (Inchley idr., 2016), kar lahko zlasti pri dekletih nakazuje na povečane pritiske in zahteve po vitkosti v višjih socialno-ekonomskih krogih. Na osnovi teh podatkov bi lahko pričakovali, da je tudi razširjenost motenj hranjenja kot posledica nezadovoljstva s telesom, slabe samopodobe in še vedno pozitivne konotacije perfekcionizma visoka in višja od evropskega povprečja.

Mednarodna raziskava ECB je za leto 2010 na osnovi enotne mednarodne metodologije ocenila prevalenco motenj hranjenja v Sloveniji, in ta ocena predvideva, da je tega leta v Sloveniji živelo 5951 oseb z motnjami hranjenja (Bon idr., 2013), kar je predstavljalo 0,3 % slovenske populacije. Motnje hranjenja pa so bile pogostejše od živčno-mišičnih bolezni, možganskih tumorjev, multiple skleroze in Parkinsonove bolezni. Podatki različnih raziskav nakazujejo, da je večina oseb z motnjami hranjenja (od 67 do 86 %) obolela do 20. leta starosti (Hafner, 2011; The National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders, 2015), to pomeni, da je večina od 5951 oseb z motnjami hranjenja med otroki in mladostniki, starimi od 6 do 19 let, ki smo jih spremljali v tem poglavju. Na osnovi raziskave ECB so bile motnje hranjenja najcenejša možganska bolezen (Bon idr., 2013). Visoka obolevnost v času adolescence in zgodnje odrasle dobe je razlog za relativno nizke ocenjene stroške te skupine bolezni, saj posrednih stroškov (bolniški stalež, upokojevanje ...) v tej starosti ni. Podatki o stiku z zdravstveno službo so sicer incidenčni, so bili pa precej nižji od prikazanih v raziskavi ECB. Osebe z motnjami hranjenja so pogosti obiskovalci zdravstvenega sistema, a ne zaradi težav, povezanih z motnjami hranjenja. Čeprav večina (od 73 do 88 %) teh oseb kadarkoli v življenju prejme neke vrste pomoč ali zdravljenje (samopomočne

skupine, svetovalna služba v šolah, nevladne organizacije, splošni zdravnik ...), pa jih le malo prejme ustrezno psihiatrično zdravljenje. V ZDA je le od 3,4 do 27,5 % oseb z motnjo hranjenja zaradi svojih ključnih problemov obiskalo ustreznega specialista. Mladostniki namerno zmanjšujejo/zanikajo probleme, povezane z motnjami hranjenja. Vzrok je tako sram kot stigma, lahko pa tudi pomanjkljivo prepoznavanje simptomov pri zdravstvenem osebju, ki te osebe obravnava zaradi drugih težav, saj so adolescenti z eno od oblik motenj hranjenja signifikantno značilno pogosteje prihajali v stik z zdravstvenim sistemom (Swanson idr., 2011).

10.8 Zaključek

Motnje hranjenja se v poznem otroštvu in v mladostništvu pojavljajo najpogosteje. Zlasti je za to obdobje značilen pojav anoreksije nervoze. Za sam potek bolezni je ključno, da motnje hranjenja odkrijemo in zdravimo čim prej, saj zgodnje zdravljenje pomembno izboljša prognozo bolezni. Za motnje hranjenja je značilna ambivalenca ali celo odpor do zdravljenja, ki skupaj s stigmo, ki še vedno spremlja duševne motnje, ključno prispeva k redkemu zgodnjemu vključevanju v zdravljenje.

Motnje hranjenja so vsekakor pomemben in spregledan javnozdravstveni problem, ki zaradi resnih posledic zahteva tako ukrepanje različnih sektorjev kot tudi ozaveščanje družbe kot celote. Pomembno vlogo na področju preprečevanja teh motenj ima šolsko okolje (Hafner, 2015), zdravstvo in šolstvo skupaj pa lahko ob zvečani ozaveščenosti in manjši stigmi duševnih motenj ključno prispevata k zgodnjemu odkrivanju in posledičnim zgodnjim intervencijam. Pri tem sta pomembna tako edukacija staršev in mladostnikov kot tudi izobraževanje zdravstvenih delavcev, ki ne delajo na področju duševnega zdravja (Hafner, 2015; Hafner idr., 2009; Swanson idr., 2011).

10.9 Literatura

- Bon, J., Koritnik, B., Bresjanac, M., Repovš, G., Pregelj, P., Dobnik, B., in Pirtošek, Z. (2013). Stroški možganskih bolezni v Sloveniji v letu 2010. *Zdrav Vestnik*, 82, 164–175.
- Fox, C., in Joughin, C. (2002). *Eating problems in children: information for parents*. London: Gaskell.
- Hafner, A. (2000). *Epidemiološko spremljanje anoreksije nervoze in bulimije nervoze v Sloveniji v obdobju od 1989 do 1999 (Specialistična naloga)*. Medicinska fakulteta, Ljubljana.
- Hafner, A. (2011). Epidemiologija. V: A. Hafner (ur.), *Razumeti motnje hranjenja* (str. 23–28). Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo Kranj.
- Hafner, A., in Torkar, T. (2011). *Razumeti motnje hranjenja*. Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo Kranj.
- Hafner, A., Sernec, K., Copak, M., Kuhar, M., Čarapič, J., in Torkar, T. (2009). *Motnje hranjenja, kdo in kakšno pomoč nudi v Ljubljani: raziskovalni projekt*. Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo Kranj.
- Hafner, A. (2015). Smernice za obravnavo motenj hranjenja. V: H. Jeriček Klanšček, A. Hočevar Grom, N. Konec Juričič in S. Roškar (ur.), *Zdravje skozi umetnost: smernice za pogovore o izbranih zdravstvenih temah za pedagoške delavce* (str. 56–66). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/zdravje_skozi_umetnost_update_09_09_2016.pdf.

- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L. ... Barnekow, V. (ur.). (2016). *Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No.7*. København: WHO Regional Office for Europe.
- Jeriček Klanšček, H., Bajt, M., Drev, A., Koprivnikar, H., Zupanič, T., in Pucelj, V. (2015). *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji. Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Sernec, K. (2011). Definicije in vrste motenj hranjenja. V: A. Hafner (ur.), *Razumeti motnje hranjenja*, (str. 9–21). Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo Kranj.
- Sernec, K. (2012). Motnje hranjenja – bolezen sodobnega časa. V: K. Sernec (ur.), *Motnje hranjenja* (str. 15–35), Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana.
- Smink, F. R. E., Van Hoeken, D., in Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*, 14(4), 406–414.
- Stergar, E., Scagnetti, N., Pucelj, V., in Lavrič, T. (2006). *Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju: HBSC Slovenija 2002: poročilo o raziskavi*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., in Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 714–723.
- The National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders, Inc. (ANAD). (2017). Eating Disorder Statistics and Research. Pridobljeno s <http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/> in <http://www.eatingdisorderhope.com/information/statistics-studies>.
- The National Institute of Mental Health. (2001). Eating Disorders: Facts About Eating Disorders and The Search for Solutions. Pridobljeno s http://nutrition.uwo.ca/eating_disorders.pdf.

“ Vem, da je zelo nesramno od mene, da Vas prosim za tako hiter odgovor, ampak resnično ga potrebujem. Zelo me je sram in strah. Rada bi se ubila, ker sem tako zanič človek. Rotim Vas, da mi pomagate. ”

#to
sem
jaz

citat s spletne strani www.tosemjaz.net

11. Različne oblike samomorilnosti

11.1 Glavne ugotovitve

- Samomor med slovenskimi mladostniki (starostna skupina 15–19 let) je bil v zadnjem desetletju skoraj vsako leto med prvimi tremi vzroki umrljivosti.
- Samomori so med fanti trikrat bolj pogosti kot med dekleti.
- Medtem ko pri dekletih nobena metoda samomora ne izstopa glede pogostejše uporabe, pri fantih izrazito izstopa obešenje in namerna zadušitev.
- V zadnjem desetletju beležimo upad bolnišničnih obravnav namerne samopoškodbenega vedenja (z namenom smrti ali brez tega namena) tako pri otrocih kot tudi pri mladostnikih.
- Samomorilne misli, samomorilni poskusi in namerno samopoškodovanje (z namenom smrti ali brez tega namena) so pogostejši med dekleti kot med fanti. Slovenski mladostniki glede na podatke študije ESPAD poročajo o več samomorilnih poskusih, kot je povprečje drugih vključenih držav.
- Med spoloma obstajajo razlike glede uporabljenih metod za samopoškodovanje. Med fanti v starostni skupini 6–14 let je najbolj pogosta metoda samozastrupitev z alkoholom, medtem ko pri enako starih dekletih prevladuje samozastrupitev z različnimi substancami. V starostni skupini 15–19 let sta najpogosteje uporabljeni metodi pri fantih samozastrupitev z alkoholom in samozastrupitev z različnimi substancami. Pri dekletih v isti starostni skupini prevladujeta samozastrupitev z različnimi zdravili in uporaba ostrih predmetov.
- Glede na podatke raziskave ESPAD je pogostost razmišljanja o samomoru med slovenskimi mladostniki podobna kot v drugih vključenih državah.
- Slovenija je bila v zadnjem desetletju glede na umrljivost zaradi samomora med mladostniki nad evropskim povprečjem (razen v letu 2012). Hkrati pa v zadnjem desetletju beležimo upad samomorov med mladostniki in se približujemo evropskemu povprečju.
- Zaradi omejitev pri povezovanju podatkov med različnimi bazami (baza umrlih in baza bolnišničnih obravnav) smo omejeni pri oceni tveganja za samomorilno vedenje oseb, ki so v preteklosti imele izkušnjo samomorilnega vedenja.

11.2 Uvod

Razvoj samomorilnega vedenja je za vsakega posameznika specifičen proces. Obsega vrsto različnih načinov izražanja, katerih skupni imenovalec je želja po škodovanju samemu sebi z namenom smrti. V širšem pojmovanju samomorilnega procesa imamo v mislih vse oblike samomorilnosti, ki zajemajo tako kognitivno komponento (samomorilne misli in namen) kot tudi vedenjsko komponento (poskusi samomora in samomor) (van Heeringen, 2001). V populaciji otrok in mladostnikov so izmed različnih pojavnih oblik samomorilnosti najpogosteje prisotne samomorilne misli. Izraz samomorilne misli ali samomorilne ideacije označuje miselno obremenjenost s samomorom. Izkušnje samomorilnih misli lahko variirajo od posameznika do posameznika; lahko se pojavljajo v pasivni obliki (npr. oseba si želi, da bi se ji nekaj zgodilo ali da bi umrla) ali v aktivni obliki (oseba razmišlja o tem, da bi sama končala svoje življenje) (van Heeringen, 2001; Marušič in Farmer, 2001). Misli o samomoru so lahko prehodne in splošne, lahko

pa so bolj dolgotrajne, razdelane in podrobne, pri čemer lahko govorimo že o samomorilnem namenu in celo načrtu. Samomorilne misli v mladostništvu so bolj pogoste pri dekletih kot pri fantih (Groholt, Ekeberg, Wichstrom idr., 1999). Razmišljanje o smrti in o samomoru je za obdobje mladostništva do neke mere normalen pojav (gledano z vidika psihološkega razvoja, v sklopu katerega se mladostnik ukvarja tudi z nekaterimi eksistencialnimi vprašanji), take misli pa postanejo nevarne, ko mladostnik v njih vidi rešitev svoje stiske. V takih primerih samomorilne misli pogosto predstavljajo začetno fazo razvoja samomorilnega vedenja, ki se nadaljuje z namernim samopoškodbenim vedenjem. Slednje ni enoznačen pojem, saj lahko namerno samopoškodovanje obsega tako vedenja, katerih namen je povzročitev lastne smrti (poskus samomora), kot tudi namerna samopoškodbena vedenja, katerih namen ni povzročitev smrti (npr. rezanje; udarjanje z glavo ob zid; puljenje las itd.) (Kapur, Cooper, O'Connor in Hawton, 2013). Čeprav je s podatki podprto, da dekleta v večji meri razmišljajo o samomoru in izkazujejo več namernega samopoškodbenega vedenja kot fantje, ti pogosteje dejansko umrejo za posledicami samomora (Groholt, Ekeberg, Wichstrom idr., 1999; Lewinsohn, Rohde, Seeley idr., 2001).

Samomorilno vedenje otrok in mladostnikov je pomemben javnozdravstveni problem, zato ga moramo obravnavati z vseh možnih razpoložljivih zornih kotov.

Med letoma 2006 in 2015 je bil samomor med mladimi v Sloveniji drugi najpogostejši vzrok smrti v starostni skupini od 15 do 19 let (po navadi takoj za prometnimi nesrečami) (baza umrlih, NIJZ). Četudi je v Sloveniji mladih, ki umrejo za posledicami samomora, malo, se moramo zavedati, da gre za daljnosežne dogodke, ki imajo pomemben vpliv na posameznikovo družino, širšo skupnost in ne nazadnje tudi na družbo. Gledano s socialno-ekonomskega vidika je namreč vsaka smrt pred 65. letom opredeljena kot prezgodnja umrljivost, s čimer so povezani ekonomski stroški (ki so višji, če oseba umre prej) (Gunnell in Middleton, 2003). Zato je izjemno pomembno poudariti, da je samomor pojav, ki ga lahko preprečimo, in si že zaradi tega zasluži našo pozornost in obravnavo.

11.3 Namen

Namen tega prispevka je predstaviti podatke o različnih pojavnih oblikah samomorilnosti v populaciji otrok in mladostnikov (0–19 let) v Sloveniji med letoma 2006 in 2015. S prispevkom želimo opozoriti na problem, predstaviti njegovo razširjenost v Sloveniji ter podati na podatkih temelječe predloge v zvezi z raziskovanjem in preventivo samomorilnosti. Naredili bomo pregled podatkov iz obeh podatkovnih baz, BOLOB in baze umrlih, ter presečnih populacijskih raziskav, ki so bile v opazovanem obdobju opravljene v Sloveniji (HBSC, ESPAD, SAYLE) (slika 1). V primeru navajanja absolutnih vrednosti so nizke absolutne vrednosti pojavnosti samomorilnega vedenja, ki so manjše kot 5 ali enake 5, prikazane kot ≤ 5 . Gre za podatke občutljive narave, pri čemer moramo zaščititi identiteto tistih, na katere se nanašajo. Dobljene podatke bomo primerjali tudi z izbranimi oziroma dostopnimi kazalniki samomorilnosti med mladimi iz tujine. Za namene primerjave umrljivosti zaradi samomora v Sloveniji in v tujini bomo uporabili podatke iz baze Eurostat, ki podatke navaja za posamezno starostno skupino znotraj populacije, ki je enaka naši opazovani populaciji (0–19 let). Baza WHO MDB namreč navaja podatke le za starostni skupini od 10 do 14 let in od 15 do 29 let, zaradi česar teh podatkov ne moremo uporabiti za mednarodno primerjavo v okviru naše publikacije. Iz Eurostatove baze smo na podlagi absolutnih podatkov o samomorih znotraj starostne skupine od 15 do 19 let in števila oseb pripadajoče starostne skupine za vse vključene evropske države, za katere so bili dostopni podatki, izračunali samomorilne količnike – število umrlih na 100.000 oseb iste starostne skupine.

11.4 Viri podatkov

Podatki o samomorilnih mislih in o namernem samopoškodbenem vedenju se na vzorcu mladostnikov v Sloveniji zbirajo v okviru dveh velikih mednarodnih študij; to sta Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (angl. Health Behaviour in School-Aged Children – HBSC) in Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino (angl. the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD). Podatki obeh raziskav omogočajo primerjavo s stanji v drugih evropskih in neevropskih državah.

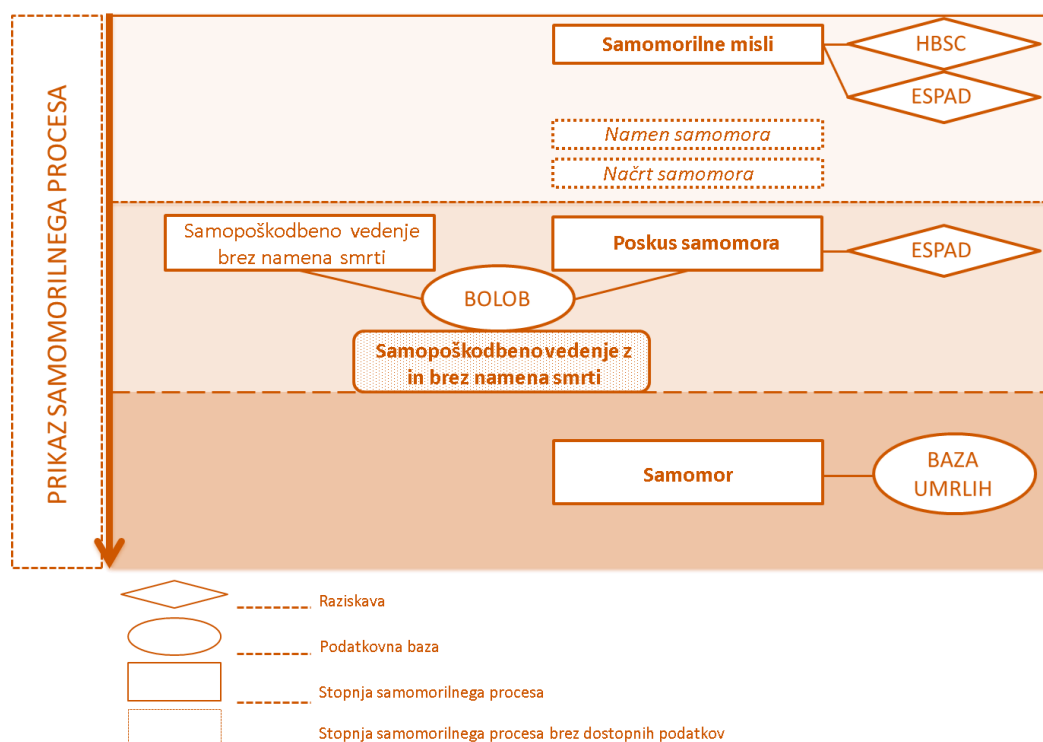
Vprašanje o samomorilnih mislih je vključeno v izbirni del vprašalnika v študiji HBSC in je bilo v letu 2014 prvič vključeno v slovensko verzijo vprašalnika za 15-letnike. Udeleženci na vprašanje odgovarjajo samoocenjevalno (izbirajo med odgovoroma Da ali Ne), in sicer za obdobje zadnjega leta. V vprašalnik študije ESPAD je vključeno vprašanje o samopoškodbenih mislih (ni torej natančno opredeljeno, ali gre za samomorilne misli, ki vključujejo željo po smrti, ali za misli o namernem samopoškodovanju brez želje po smrti). Udeleženci na vprašanje odgovarjajo samoocenjevalno (izbirajo med odgovori Nikoli, Enkrat, Dvakrat, Tri- do štirikrat, Petkrat in pogosteje) za obdobje kadarkoli v življenju.

Podatki o namernem samopoškodbenem vedenju v Sloveniji se sistematično zbirajo v sklopu baze BOLOB, ki obsega primere bolnišničnih obravnav zaradi različnih vzrokov, tudi namerne samopoškodovanja, ter v okviru priložnostnih presečnih raziskav. Gledano s stališča razvoja samomorilnega vedenja otrok in mladostnikov, so podatki iz baze BOLOB pomemben vir podatkov o primerih namernih samopoškodb. Pri poročanju o namernem samopoškodbenem vedenju naletimo na težavo, saj podatki iz baze BOLOB ne omogočajo razlikovanja med namernim samopoškodovanjem z namenom smrti (torej poskusom samomora) in namernim samopoškodovanjem brez namena smrti. Tudi v primeru ločenega zbiranja podatkov enih in drugih primerov bi bilo pogosto težko natančno oceniti stopnjo namena smrti. Pomemben vir informacij o namernem samopoškodovanju je tudi raziskava ESPAD, v kateri so neposredno spraševali po življenjski prevalenci poskusov samomora. Sodelujoči so izbirali med možnimi odgovori Nikoli, Enkrat, Dvakrat, Tri- do štirikrat, Petkrat in pogosteje. Kot dodaten vir informacij navajamo tudi evropsko študijo SEYLE, ki je vključevala mladostnike 11 evropskih držav s povprečno starostjo 14,9 leta. Udeležence so spraševali po pojavnosti namerne samopoškodbenega vedenja ne glede na namen smrti.

Zaradi naštetih razlogov, ki izhajajo iz različnih informacijskih vrednosti podatkov, bomo v nadaljevanju poglavja pri sklicevanju na podatke iz baze BOLOB, ki temelji na Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10), uporabljali izraz namerno samopoškodovanje za označevanje namerne samopoškodovanja ne glede na stopnjo izraženosti namena smrti (diagnoze MKB X60-X84), pri sklicevanju na podatke iz študije ESPAD pa bomo uporabljali izraz poskus samomora (slika 102).

Pri prikazovanju podatkov smo zaradi usklajenosti z drugimi poglavji monografije obdržali starostna razreda od 6 do 14 let in od 15 do 19 let, pri čemer gre poudariti, da se v nižji starostni skupini zgodi največ namerne samopoškodbenega vedenja proti zgornjemu robu razreda, tj. med starejšimi otroki znotraj starostne skupine od 6 do 14 let. Namerno samopoškodovanje je eden izmed najmočnejših napovednikov samomorilnega vedenja v prihodnosti (zlasti samomora), zato si zasluži veliko pozornosti.

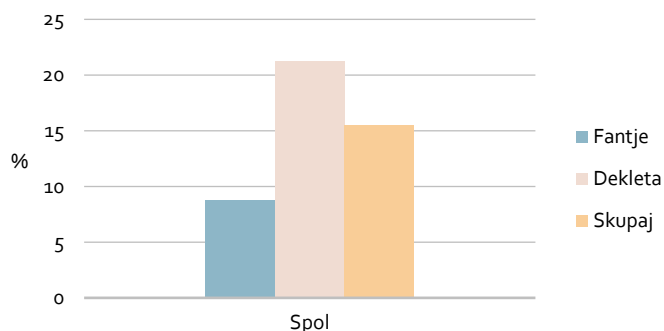
Podatki o umrljivosti zaradi samomora so dostopni v bazi umrlih. Ta baza je pomemben vir podatkov o zdravstvenem stanju celotne populacije, hkrati pa je standardiziran način beleženja in klasifikacije podatkov. Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB-10) umešča samomor v zunanje vzroke obolenosti in umrljivosti (za posamezne diagnoze glej prilogo). Za razliko od področja samomorilnih misli in namerne samopoškodbenega vedenja, kjer smo podatke prikazovali za starostni skupini 6–14 let in 15–19 let, bomo podatke o pojavnosti samomorov prikazovali za starostno skupino 12–19 let. Analiza pojavnosti samomorov za starostno skupino od 10 do 14 let je namreč pokazala, da v opazovanem obdobju (2006–2015) nismo zabeležili primerov samomora pred 12. letom. Dodaten argument za prikazovanje podatkov za starostni razred 12–19 let je, da je starostni razred od 6 do 14 let zaradi razvojnih specifik in velikih vsestranskih razvojnih sprememb preveč heterogena skupina z izrazito asimetrično distribucijo proti zgornjemu robu starostne skupine.



Slika 102. Pregled kontinuiranih načinov zbiranja podatkov različnih pojavnih oblik samomorilnosti med otroki in mladostniki v Republiki Sloveniji

11.5 Samomorilne misli

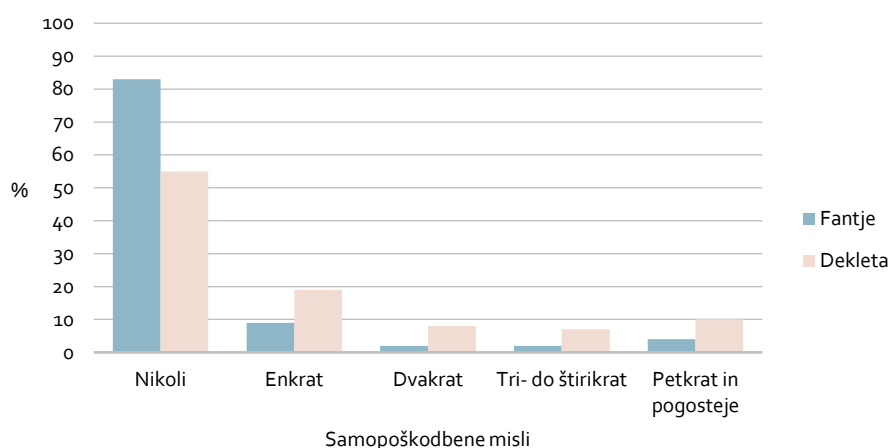
V študiji HBSC so na slovenskem vzorcu ugotovili, da je v zadnjem letu 15,5 % 15-letnikov imelo samomorilne misli. Pri dekletih je bila ugotovljena višja pojavnost samomorilnih misli, in sicer 21,2 %, medtem ko je pri fantih delež znašal 8,8 % (slika 103).



(Vir: HBSC, 2014.)

Slika 103. Delež 15 let starih mladostnikov, ki so na vprašanje: »Ali si v zadnjih 12 mesecih kdaj resno razmišljal/-a o tem, da bi poskušal/-a narediti samomor?« odgovorili pritrdilno, glede na spol

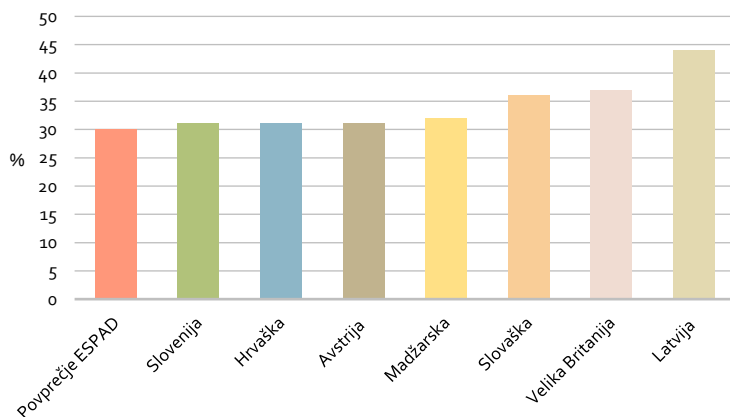
Podobno kot v študiji HBSC iz leta 2014 so tudi v študij ESPAD iz leta 2007 na slovenskem vzorcu ugotavljali, da je delež deklet, ki so vsaj enkrat v življenju razmišljale, da bi se samopoškodovale, višji kot delež fantov (delež odgovorov je zbir vseh odgovorov, ki so drugačni od Nikoli) (slika 104). Kot je razvidno iz slike 104, so deleži pozitivnih odgovorov pri obeh spolih višji od tistih, ki so jih ugotovili v študiji HBSC (slika 103). To je lahko posledica vsaj dveh dejstev: (i) v študiji ESPAD se je vprašanje nanašalo na prisotnost samopoškodbenih misli kadarkoli v življenju (v študiji HBSC na zadnjih 12 mescev) in (ii) vprašanje v študiji ESPAD se je nanašalo na samopoškodbene misli, pri čemer ni bilo natančno opredeljeno, ali gre za samopoškodbene misli z namenom smrti (samomorilne misli) ali za samopoškodbene misli brez namena smrti.



(Vir: ESPAD, 2007.)

Slika 104. Delež 15 in 16 let starih mladostnikov, ki so na vprašanje »Kako pogosto se ti je zgodilo, da si razmišljal/-a o tem, da bi se poškodoval/-a?« odgovorili s posameznimi vnaprej ponujenimi možnostmi, glede na spol

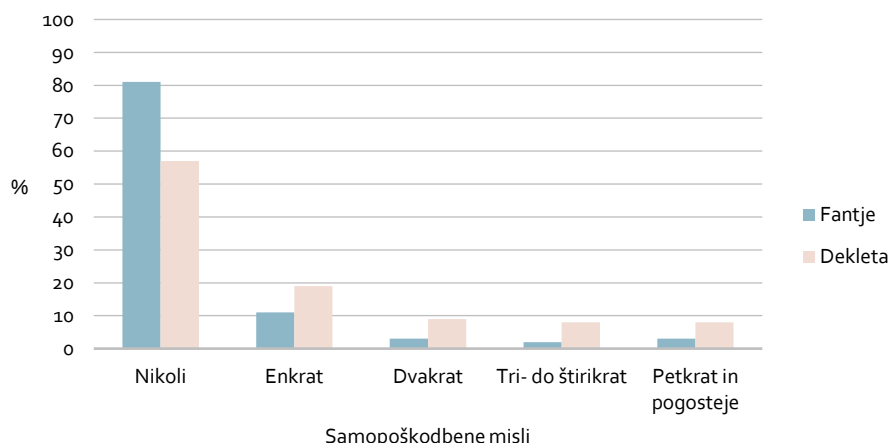
Pogostost razmišljanja o samopoškodovanju mladostnikov v Sloveniji je izražena na podoben stopnji kot v sosednjih državah: Avstriji, Madžarski in na Hrvaškem, kar je hkrati blizu povprečja vseh držav, vključenih v ESPAD 2011 (slika 105).



(Vir: ESPAD, 2007.)

Slika 105. Delež 15 in 16 let starih mladostnikov iz različnih držav, ki so na vprašanje »Kako pogosto se ti je zgodilo, da si razmišljal/-a o tem, da bi se poškodoval/-a?« odgovorili drugače kot Nikoli

V študiji ESPAD iz leta 2011 so za slovenski vzorec ugotavljali podobne trende kot v predhodni raziskavi izpred štirih let. Fantje v večji meri poročajo o odsotnosti samopoškodbenih misli kadarkoli v življenju. Iz podrobne analize odgovorov je razvidno, da dekleta hkrati poročajo tudi o pogostejši pojavnosti, torej o več ponovitvah samopoškodbenih misli (slika 106). Deleži odgovorov obeh zadnjih študij ESPAD so si po višini in porazdelitvi zelo podobni, kar pomeni, da se pojavnost samopoškodbenih misli med dvema opazovanima populacijama 15- in 16-letnikov v obdobju štirih let med letoma 2007 in 2011 ni dosti spremenila.

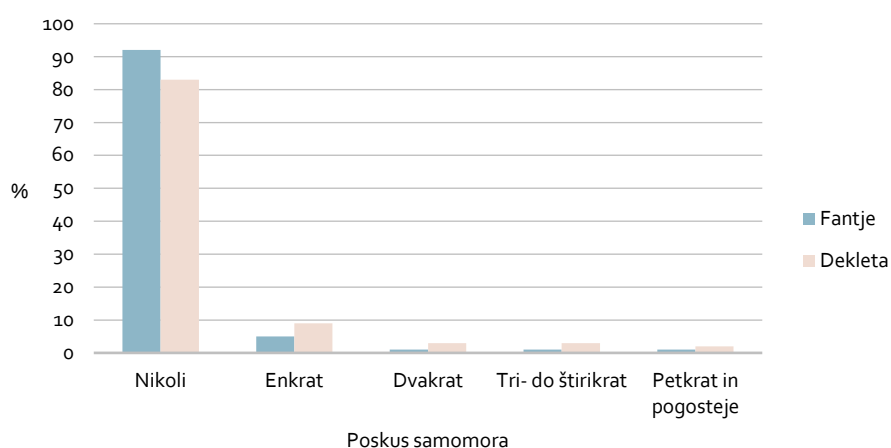


(Vir: ESPAD, 2011.)

Slika 106. Delež 15 in 16 let starih mladostnikov, ki so na vprašanje »Kako pogosto se ti je zgodilo, da si razmišljal/-a o tem, da bi se poškodoval/-a?« odgovorili s posameznimi vnaprej ponujenimi možnostmi, glede na spol

11.6 Namerno samopoškodbeno vedenje z namenom smrti in brez tega namena

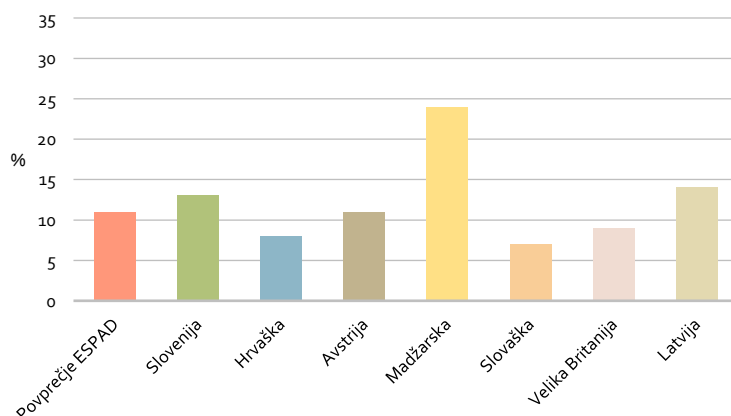
V študiji ESPAD iz leta 2007 so raziskovalci mladostnike neposredno spraševali po poskusih samomora. Ugotovitve na slovenskem vzorcu kažejo, da več kot 80 odstotkov fantov in deklet ni imelo izkušnje poskusa samomora. Med mladostniki, ki so poročali o poskusu samomora vsaj enkrat v življenju, je deklet kar enkrat več kot fantov, sicer pa dekleta v splošnem tudi poročajo o pogostejši pojavnosti poskusov samomora (slika 107).



(Vir: ESPAD, 2007.)

Slika 107. Delež 15 in 16 let starih mladostnikov, ki so na vprašanje »Kako pogosto se ti je zgodilo, da si poskusil/-a storiti samomor?« odgovorili s posameznimi vnaprej ponujenimi možnostmi o pogostosti samomorilnega poskusa v življenju, glede na spol

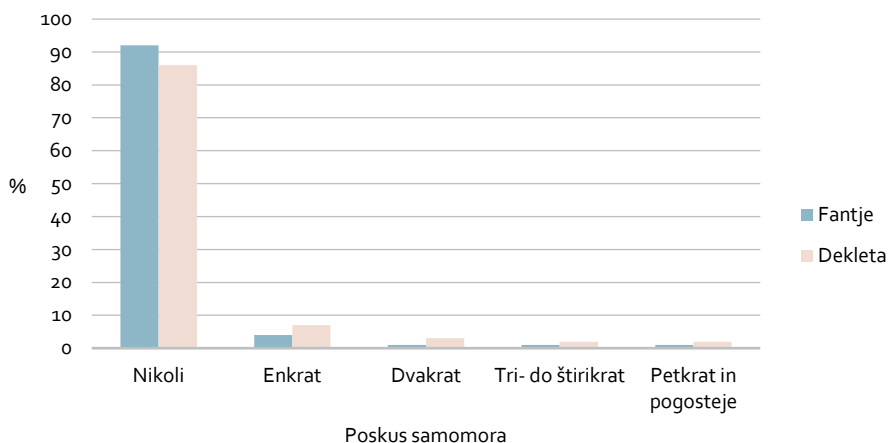
V Sloveniji mladostniki pogosteje poročajo o poskusih samomora v primerjavi s povprečjem v vseh državah, vključenih v ESPAD 2007 (slika 108). Kot je razvidno iz slike, države z najvišjo oziroma najnižjo stopnjo poskusov samomora med mladostniki hkrati tudi niso države z najvišjo oziroma najnižjo stopnjo samopoškodbenih misli med mladostniki (trend se npr. obrne pri Veliki Britaniji, Latviji).



(Vir: ESPAD, 2007.)

Slika 108. Delež 15 in 16 let starih mladostnikov iz različnih držav, ki so na vprašanje »Kako pogosto se ti je zgodilo, da si poskusil/-a storiti samomor?« odgovorili drugače kot Nikoli

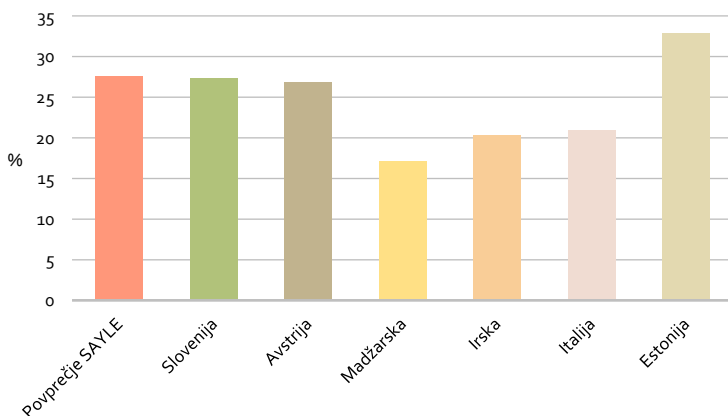
Kot je razvidno iz slike 109, so v študiji ESPAD iz leta 2011 na slovenskem vzorcu ugotovili podobne trende kot v predhodni raziskavi iz leta 2007. Dekleta so v primerjavi s fanti v večji meri navajala izkušnjo samorilnega poskusa kadarkoli v življenju. Večina mladostnikov ne poroča o izkušnji poskusa samomora.



(Vir: ESPAD, 2011.)

Slika 109. Delež 15 in 16 let starih mladostnikov, ki so na vprašanje »Kako pogosto se ti je zgodilo, da si poskusil/-a storiti samomor?« odgovorili s posameznimi vnaprej ponujenimi možnostmi o pogostosti samorilnega poskusa v življenju, glede na spol

Evropski projekt SAYLE umešča Slovenijo po poročanih izkušnjah namernega samopoškodovanja v mladostništvu v neposredno bližino povprečja vseh 11 vključenih držav (slika 110).



(Vir: SAYLE, 2009/2010.)

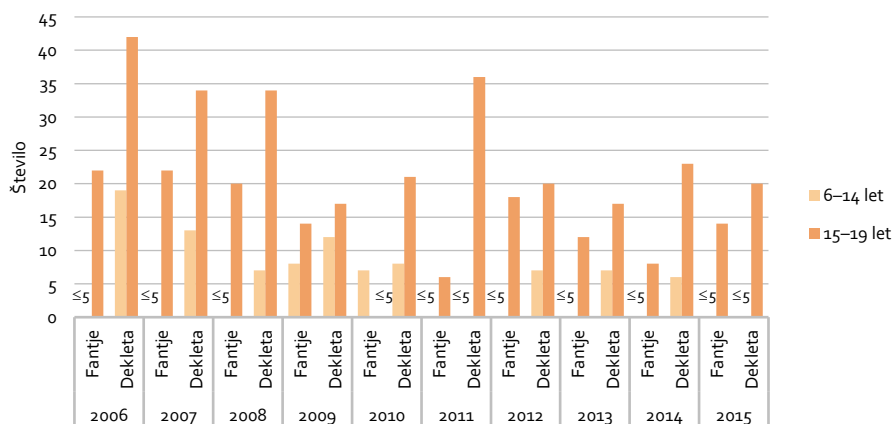
Slika 110. Delež 14 in 15 let starih mladostnikov iz različnih držav, ki so poročali, da so vsaj enkrat v življenju imeli izkušnjo namernega samopoškodovanja

Podatki iz baze bolnišničnih obravnav nakazujejo od leta 2006 do leta 2015 na upad pogostosti namernega samopoškodovanja (število obravnavanih namernih samopoškodb v bolnišnici) v obeh opazovanih starostnih skupinah. Kot je razvidno iz slike 111, je med letoma 2008 in 2011 prišlo do preobrata v trendu znotraj posamezne starostne skupine, ki je nasproten trendu druge starostne skupine.



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

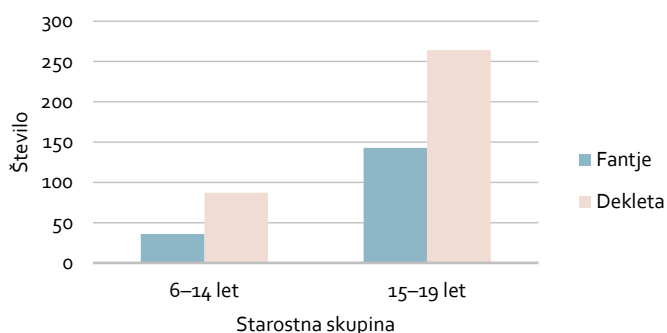
Slika 111. Število bolnišničnih obravnav zaradi namernih samopoškodb v starostnih skupinah 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2006 in 2015



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 112. Število bolnišničnih obravnav zaradi namernih samopoškodb glede na spol in starostni skupini 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2006 in 2015

Kot je razvidno iz slike 112, so bila dekleta v obeh starostnih skupinah večkrat obravnavana zaradi namernega samopoškodbenega vedenja kot fantje. V povprečju se iz mlajše starostne skupine v starejšo znotraj spola število obravnav zaradi namernega samopoškodbenega vedenja več kot podvoji (slika 113).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

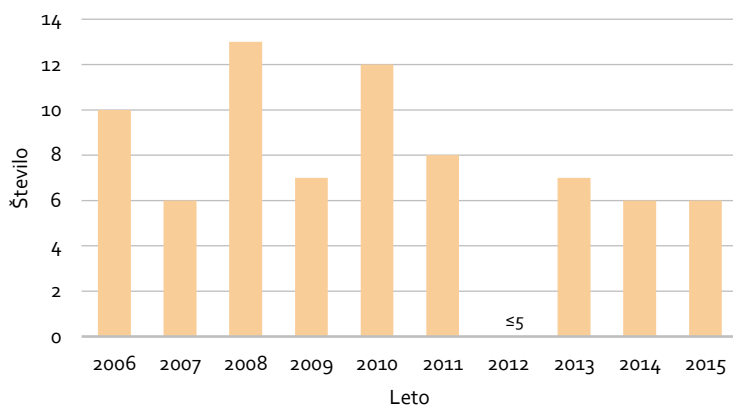
Slika 113. Število bolnišničnih obravnjav namernih samopoškodb glede na spol in starostni skupini 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2006 in 2015

Primerjava metod namernega samopoškodbenega vedenja med spoloma in obema starostnima skupinama je pokazala, da fantje in dekleta glede na starostno skupino izbirajo drugačne metode. V starostni skupini 6–14 let se dekleta najpogosteje namerno samopoškodujejo z zastrupitvijo z različnimi substancami (X60–X69) (npr. namerna samozastrupitev z neopioidnim analgetikom, antipiretikom in antirevmatikom; z antiepileptiki, sedativno-hipnotičnimi zdravili, antiparkinsoniki in psihotropnimi zdravili; samozastrupitev z alkoholom in izpostavljanje alkoholu; namerna samozastrupitev z drugimi neopredeljenimi drogami), medtem ko med fanti v isti starostni skupini daleč najbolj prevladuje samozastrupitev z alkoholom (X65). Ostali načini samopoškodovanja so zastopani v manjši meri. V starostni skupini od 15 do 19 let med dekleti še vedno prevladuje samopoškodovanje z različnimi oblikami zastrupitev (X60–X69), izmed katerih znatno največji delež pripada skupini »namerna samozastrupitev z antiepileptiki, sedativno-hipnotičnimi zdravili, antiparkinsoniki in psihotropnimi zdravili«. Naraste tudi delež samopoškodovanja z ostrimi predmeti. Med fanti v tej starostni skupini naraste število samozastrupitev z zdravili (X60–X64), poveča pa se tudi delež zastrupitev z alkoholom.

11.7 Samomor

Za razliko od področja samomorilnih misli in namernega samopoškodbenega vedenja, kjer smo podatke prikazovali za starostni skupini 6–14 let in 15–19 let, bomo podatke o pojavnosti samomorov prikazovali za starostno skupino od 12 do 19 let. Analiza pojavnosti samomorov za starostno skupino od 10 do 14 let je namreč pokazala, da v opazovanem obdobju (2006–2015) nismo zabeležili primerov samomora pred 12. letom. Dodaten argument za prikazovanje podatkov za starostni razred 12–19 let je, ker bi starostni razred od 6 do 14 let zaradi razvojnih specifik in velikih vsestranskih razvojnih sprememb predstavljal preveč heterogeno skupino z izrazito asimetrično distribucijo proti zgornjemu robu starostne skupine.

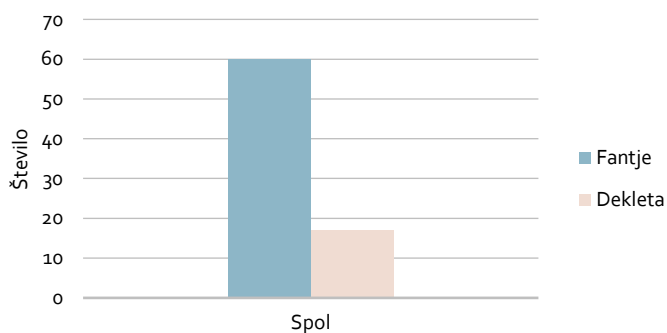
V bazi umrlih je bilo med letoma 2006 in 2015 vpisanih 77 primerov otrok in mladostnikov med 12. in 19. letom starosti, ki so umrli zaradi samomora (slika 114).



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 114. Število samomorov v starostni skupini 12–19 let, med letoma 2006 in 2015

Povprečno gledano se v opazovanih 10 letih samomor pojavlja pogosteje med fanti (slika 115).

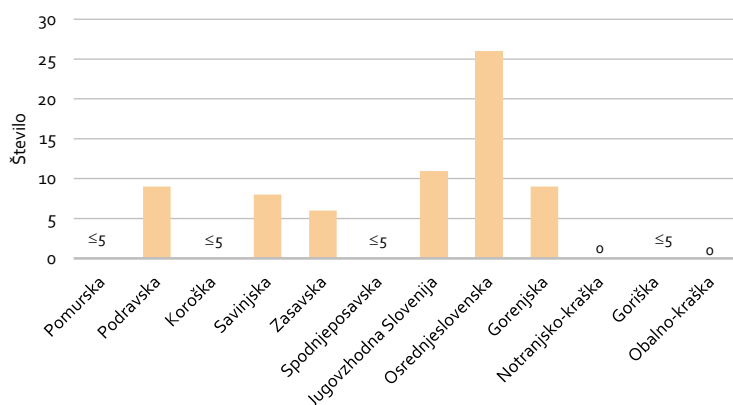


(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 115. Število samomorov v starostni skupini 12–19 let, glede na spol, med letoma 2006 in 2015

Pri dekletih nobena od metod ni izrazito izstopala v smeri večje ali manjše pojavnosti. Z izjemo samomorov z obešanjem oz. namerno zadušitvijo pri fantih so bili pri obeh spolih uporabljeni v manj kot petih primerih še naslednji načini: namerna samozastrupitev z narkotiki in psihodisleptiki; z drugimi in neopredeljenimi drogami, zdravili in biološkimi snovmi; z drugimi plini in hlapi ter izpostavljanje tem; z drugimi in neopredeljenimi kemikalijami in škodljivimi snovmi; namerno samopoškodovanje z utopitvijo in potopitvijo; s strelom iz ročnega strelnega orožja; s strelom iz puške, puške na šibre in večjega strelnega orožja; s strelom iz drugega in neopredeljenega strelnega orožja; namerno samopoškodovanje z dimom, ognjem in plamenom; z ostrim predmetom; s skokom z višine; namerno samopoškodovanje s skokom ali z leganjem pred predmet v gibanju; namerno samopoškodovanje s trčenjem z motornim vozilom.

Analiza umrljivosti zaradi samomora po posameznih slovenskih regijah je pokazala, da je bilo največ primerov samomorov v starostni skupini 12–19 let zabeleženih v osrednjeslovenski regiji, medtem ko v regijah jugozahodne in zahodne Slovenije samomorov med mladimi od 12. do 19. leta v opazovanem obdobju ni bilo (slika 116). Ob tem je treba poudariti, da je zaradi nizkih populacijskih vrednosti mladih v posameznih slovenskih regijah (znotraj starostne skupine 12–19 let) težko ustrezno ali sploh zaključevati o razlikah med regijami.



(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slika 116. Število samomorov v starostni skupini 12–19 let, glede na statistično regijo, med letoma 2006 in 2015

Pojavnost samomorilnega vedenja med otroki in mladostniki v Sloveniji je smiselno pogledati v okviru primerjav z drugimi evropskimi državami. Za mednarodno primerjavo smo uporabili podatke evropske baze Eurostat. Kot mero stopnje samomorilnosti smo izbrali samomorilni količnik, ki nam pove, koliko samomorov beležimo v določeni državi na 100.000 oseb (znotraj iste starostne skupine). Samomorilne količnike vsake države smo primerjali tudi s povprečjem Evropske unije (28 držav). Pri primerjavi slovenskih in tujih samomorilnih količnikov smo se omejili na starostno skupino od 15 do 19 let, kar je v skladu z dostopnimi mednarodnimi podatki. Zaradi metodoloških razlogov prikazujemo tako število primerov na 100.000 oseb (običajno navajana mera, ko govorimo o samomorilnem količniku) kot tudi število primerov na 1000 oseb. Populacija mladostnikov, starih od 15 do 19 let, namreč v Sloveniji upada. Leta 2006 je bilo v tej starostni skupini okoli 120.000 oseb, do leta 2015 pa se je to število znižalo za dobrih 20.000 in je s tem upadlo pod 100.000. Samomorilni količnik mladostnikov v Sloveniji se je med letoma 2006 in 2015 gibal v povprečju okoli 6,89 na 100.000 oseb in 0,07 na 1000 oseb (tabela 63).

Tabela 63. Stopnja samomorov na 100.000 in na 1000 oseb v starostni skupini 15–19 let, med letoma 2006 in 2015

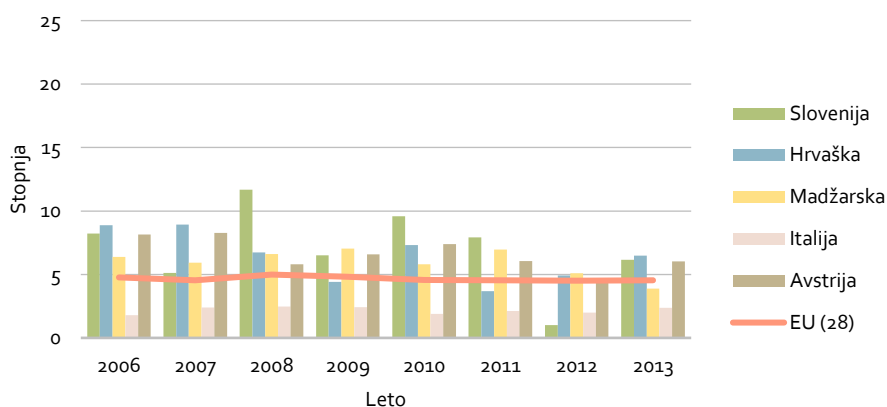
Leto	Na 100.000 oseb	Na 1000 oseb
2006	8,23	0,08
2007	5,13	0,05
2008	11,69	0,12
2009	6,51	0,07
2010	9,59	0,10
2011	7,93	0,08
2012*	1,00	0,01
2013*	6,16	0,06
2014*	6,27	0,06
2015*	6,34	0,06
Povprečje	6,89	0,07

* V letih 2012, 2013, 2014 in 2015 je bilo v starostni skupini od 15 do 19 let manj kot 100.000 oseb.

(Vir: Podatkovne zbirke NIJZ.)

Slovenija je z izjemo leta 2012 nad povprečjem Evropske unije (slika 117). Primerjava dveh časovnih obdobji, 1990–1999 in 2000–2009, je pokazala, da je število samomorov v starostni skupini med 15 in 19 let po letu 2000 pomembno upadlo. V devetdesetih letih prejšnjega stoletja je bil namreč samomorilni količnik za fante iste starostne skupine skoraj enkrat višji kot med letoma 2000 in 2009. Stanje se je do leta 2013 še dodatno izboljšalo (manj samomorov).

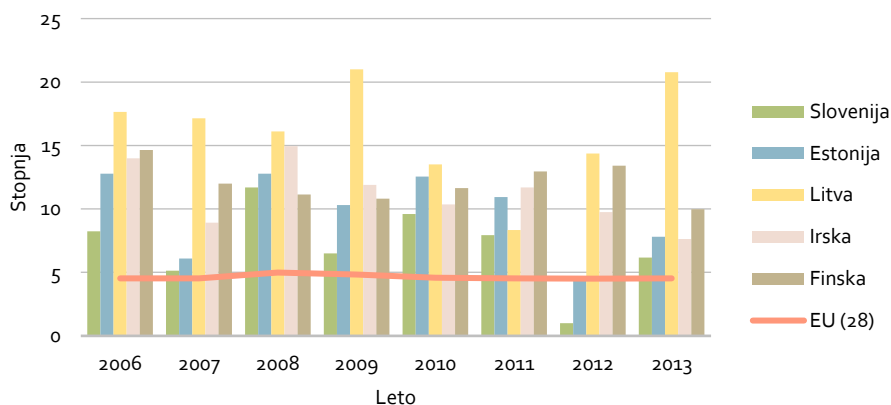
Slovenija v opazovanem obdobju osmih let (zadnji dostopni podatki za leto 2013) podobno kot sosednje države (Hrvaška, Avstrija in Madžarska) beleži upad samomorilnega količnika v starostni skupini 15–19 let in posledično približevanje evropskemu povprečju. Italija ima enega izmed najnižjih samomorilnih količnikov med mladimi v Evropi (slika 117).



(Vir: HFA MDB, WHO.)

Slika 117. Stopnja samomorov na 100.000 oseb v starostni skupini 15–19 let, primerjalno s sosednjimi državami in evropskim povprečjem, med letoma 2006 in 2013

Visoke stopnje samomorov med odraslimi v Sloveniji nas uvrščajo med samomorilno najbolj ogrožene države Evropske unije, kamor spadajo tudi Estonija, Finska, Irska in Litva. V primerjavi z omenjenimi državami je umrljivost zaradi samomora v starostni skupini od 15 do 19 let nižja (slika 118) (zadnji dostopni podatki za leto 2013).



(Vir: Eurostat.)

Slika 118. Stopnja samomorov na 100.000 oseb v starostni skupini 15–19 let, primerjalno z državami z najvišjimi stopnjami samomorilnosti in evropskim povprečjem, med letoma 2006 in 2013

11.8 Razprava

Različne oblike samomorilnosti otrok in mladostnikov preučujemo zaradi razumevanja pojava na več ravneh. Najprej moramo poznati sam samomorilni proces, nato ugotoviti pojavnost problema, dejavnike tveganja in varovalne dejavnike ter končno sprejeti odločitve, ki bodo prispevale k zmanjšanju duševnih stisk, sklenjenih s samomorom. Skladno s tem je bil namen tega prispevka večplasten. Želeli smo predstaviti podatke o različnih pojavnih oblikah samomorilnosti v populaciji otrok in mladostnikov (0–19 let) v Sloveniji med letoma 2006 in 2015 ter dobljene podatke primerjati z izbranimi oziroma dostopnimi kazalniki samomorilnosti med mladimi iz tujine. Sočasno s tem smo želeli osvetliti prednosti in pomanjkljivosti obstoječih načinov zbiranja podatkov o samomorilnosti med mladimi v Sloveniji. Na podlagi zbranih informacij smo želeli podati na podatkih temelječe predloge v zvezi z raziskovanjem in preventivo samomorilnosti.

S področja samomorilnih misli razpolagamo s podatki študij HBSC in ESPAD, ki ocenjujeta pojavnost in pogostost samomorilnih misli na velikih vzorcih slovenskih mladostnikov. Ugotovitve obeh študij kažejo na to, da dekleta v večji meri poročajo o izkušnji samomorilnih (HBSC) oziroma samopoškodbenih misli (ESPAD, 2007; ESPAD, 2011). Po podatkih študije ESPAD iz leta 2011 je Slovenija glede na prevalenco samopoškodbenih misli pri mladostnikih nekoliko nad Evropskim povprečjem, hkrati pa je pogostost samopoškodbenih misli med mladostniki v Sloveniji izražena v podobni meri kot v Avstriji, Madžarski in na Hrvaškem. Viri podatkov, ki so nam na voljo o samomorilnih mislih, imajo nekaj prednosti, a hkrati tudi pomanjkljivosti. Prednost obeh raziskav so veliki vzorci, mednarodna primerljivost, sistematična urejenost zbiranja podatkov, predvsem pa kontinuirano izvajanje vsaka štiri leta. Kontinuirano zbiranje podatkov nam namreč omogoča vpogled v trende glede prisotnosti samopoškodbenih misli v populaciji mladostnikov. Poznavanje trendov je izhodiščni pogoj za identifikacijo ogroženih ciljnih skupin oziroma težav in hkrati tudi izhodišče za pravočasno oblikovanje intervencij v začetni fazi samomorilnega procesa.

Pomanjkljivosti obstoječega načina zbiranja podatkov o samopoškodbenih mislih sta vsaj dve. Prva je ta, da se vprašanja udeležencem v obeh študijah nekoliko razlikujejo, kar onemogoča direktno primerjavo rezultatov. V študiji ESPAD se mladostnike sprašuje o prisotnosti misli na namerno samopoškodovanje, pri čemer ni natančno opredeljeno, ali ta misel vključuje namen smrti (misel na samomor) ali ne (torej samopoškodovanje brez namena smrti). Po drugi strani pa se vprašanje v študiji HBSC nanaša neposredno na misel o samomoru. Različna izhodiščna vprašanja v obeh študijah so lahko tudi razlog, zakaj študija ESPAD ugotavlja višje odstotke v primerjavi s študijo HBSC. Nekateri avtorji (Brunner idr., 2013; Kapur idr., 2013) pri uporabi terminov ne razlikujejo med namernim samopoškodovanjem z namenom smrti in brez tega namena, saj je namerno samopoškodovanje (npr. rezanje, zbadanje itd.) eden izmed glavnih napovednih dejavnikov samomorilnega namena. Hkrati avtorji tudi poudarjajo, da se motivacija za dejanje (samopoškodovanje z namenom smrti in samopoškodovanje brez namena smrti, vendar z namenom sprostitev čustvene napetosti) v posameznih epizodah spreminja oziroma prehaja med namenom in željo po smrti ter namenom sprostitev čustvene napetosti.

Druga pomanjkljivost obstoječega načina zbiranja podatkov o samopoškodbenih mislih izvira iz načina samega. Mladostniki vprašalnike v obeh študijah rešujejo oziroma izpolnjujejo anonimno, kar onemogoča vsakršno identifikacijo posameznikov, ki poročajo o prisotnosti misli na samopoškodovanje.

Ker individualne intervencije v tem smislu torej niso mogoče, bi moral biti minimum vsake raziskave, v kateri sprašujejo po takih mislih, informiranje mladostnikov o virih in načinih pomoči v primeru poslabšanja stiske. Zagotavljanje tega kriterija je zdaj prepuščeno raziskovalni etiki nosilcev posameznih raziskav.

Podatke o namernem samopoškodbenem vedenju mladostnikov v Sloveniji zbiramo v okviru sistematičnega beleženja bolnišničnih obravnav v bazi BOLOB in v okviru kontinuirane raziskave ESPAD. Dodaten vir o prevalenci namernega samopoškodovanja med slovenskimi mladostniki je tudi študija SAYLE, ki je bila izvedena le enkrat. Ugotovitve študije ESPAD (tako izvedba iz leta 2007 kot tudi izvedba iz leta 2011) kažejo, da je delež deklet, ki so že poskušale storiti samomor, približno enkrat višji v primerjavi z odstotkom fantov, ki so že poskušali samomor. Primerjava prevalence poskusov samomora med mladostniki v Sloveniji s prevalenco poskusov samomora med mladostniki v drugih državah je pokazala, da je Slovenija nekoliko nad evropskim povprečjem (višjo prevalenco od Slovenije sta imeli samo Madžarska in Latvija). V študiji SAYLE so ugotavljali nekoliko višje odstotke namernega samopoškodbenega vedenja med mladostniki v Sloveniji v primerjavi s študijo ESPAD, vendar so bili tu odstotki še vedno podobni evropskemu povprečju, ugotovljenemu v študiji SAYLE. Razlika v ugotovljenih odstotkih lahko izvira iz izhodiščnega vprašanja. V študiji ESPAD so mladostnike spraševali neposredno po poskusu samomora, medtem ko so v študiji SAYLE spraševali po namernem samopoškodbenem vedenju, ne glede na namen smrti. Pri študiji SAYLE torej ne vemo zagotovo, ali se ugotovljeni odstotki nanašajo na namerno samopoškodbeno vedenje s ciljem smrti ali s ciljem sproščanja čustvene napetosti ali oboje. Podobno pomanjkljivi so tudi podatki baze bolnišničnih obravnav BOLOB, kjer so zabeleženi primeri namernih samopoškodbenih vedenj.

Zaradi narave beleženja primerov (zabeleži se zunanji vzrok obolevnosti, npr. namerna samozastrupitev z alkoholom, namerno samopoškodovanje s topim predmetom itd.) ne vemo, koliko vpisanih primerov samopoškodb je dejanskih poskusov samomora in pri koliko primerih samopoškodbeno vedenje ni bilo izvedeno s ciljem povzročitve smrti. V tem primeru ne gre toliko za metodološki primanjkljaj, ampak bolj za vsebinsko težavna razlikovanja posameznih primerov, ki so veliko bolj enoznačna na objektivni kot na subjektivni ravni posameznika v stiski. Za razlikovanje med namernim samopoškodbenim vedenjem brez namena smrti in z namenom smrti (poskus samomora) bi bilo ob zabeleženju zunanjih vzrokov obolevnosti namreč treba oceniti in zabeležiti tudi stopnjo namena smrti. Kljub omenjenim težavam, ki izhajajo iz narave podatkov v zbirki BOLOB, ima tako sistematično beleženje podatkov seveda prednost, ker omogoča oceno trenda. Trendi kažejo, da je v opazovanem obdobju (2006–2013) pogostost bolnišničnih obravnav zaradi namernih samopoškodbenih vedenj upadla. Primerjava obeh starostnih skupin prikaže zanimive trende skozi čas. V opazovanem obdobju namreč znotraj posamezne starostne skupine prihaja do preobrata v trendu po letu 2008, ko je število obravnavanih samopoškodbenih vedenj upadlo v eni starostni skupini in narastlo v drugi, kar lahko razumemo v okviru generacijskega učinka. Osebe iz mlajše starostne skupine so napredovale v starejšo in z veliko verjetnostjo ohranile vzorec samopoškodbenega vedenja. Sourander in sodelavci (2006) namreč ugotavljajo, da je samopoškodovanje pri mlajših najstnikih pomemben napovednik za samopoškodovanje v kasnejših letih adolescence.

Sicer pa podatki iz baze BOLOB nakazujejo enako sliko kot podatki iz raziskave ESPAD. V obeh starostnih skupinah, ki smo jih zajeli pri analizi podatkov iz baze BOLOB, so dekleta v primerjavi s fanti večkrat obravnavana zaradi namernega samopoškodbenega vedenja. Zanimivo je, da pri dekletih v obeh starostnih skupinah pri namernem samopoškodovanju izstopata metodi, ki se ujemata z najpogostejšimi metodami samomora (poleg obešenja) pri odraslih ženskah (samozastrupitev, samopoškodovanje z ostrimi predmeti). Pri fantih ni opaziti te podobnosti, saj v obeh starostnih skupinah prevladuje namerna samozastrupitev z alkoholom. Z vidika ločevanja namernega samopoškodbenega vedenja z namenom smrti (poskus samomora) in brez namena smrti bi bilo koristno poznavanje ozadja in motivacije za takšno vedenje.

Zelo koristno bi bilo povezati bazo podatkov bolnišničnih obravnav z bazo umrlih in tako omogočiti/vzpostaviti sledljivost posameznih primerov. Slednja bi nam namreč omogočala neposredno primerjavo med namernim samopoškodbenim vedenjem in kasnejšim samomorom (če se ta zgodi), kar bi nudilo bogat vpogled v potek in razvoj samomorilnega procesa. Slednje bi omogočilo identifikacijo ogroženih posameznikov (poznavanje njihovih značilnosti itd.) in posledično ponudilo možnost drugačne obravnave tveganih vedenj v prihodnosti.

Podatki o umrljivosti zaradi samomora med mladimi (in tudi odraslimi) se sistematično zbirajo v sklopu baze umrlih, kar nam omogoča natančno klasifikacijo (MKB), primerljivost v času in enakost uporabljene metodologije. S tega vidika imajo podatki iz baze umrlih, podobno kot podatki iz baze BOLOB, to prednost, da omogočajo oceno trenda. Kljub temu je zaradi majhnega števila samomorov med mladimi težko podati zanesljivo oceno trenda. Zaradi majhnih začetnih absolutnih vrednosti namreč število primerov iz leta v leto zelo niha. V primerjavi s samopoškodbenimi mislimi in namernim samopoškodbenim vedenjem, ki je bolj pogosto pri dekletih, pri samomorih opazamo drugačno razmerje med spoloma. Fantov, ki umrejo zaradi samomora, je namreč skoraj štirikrat več kot deklet. To razmerje med spoloma ter uporabljene metode samomora so v opazovani starostni skupini podobni kot v odrasli dobi. Primerljivost slovenskih podatkov s tujimi zahteva previdnost pri njihovem tolmačenju. Obstajajo različne mere samomorilnega vedenja, pri čemer je najpogosteje poročana samomorilni količnik, tj. število umrlih zaradi samomora na 100.000 oseb. Zaradi določenih metodoloških in včasih tudi slučajnih napak v samih podatkovnih bazah lahko občasno prihaja do manjših odstopanj med izvorno pridobljenimi slovenskimi podatki in poročanimi vrednostmi tujih virov (npr. Eurostat in WHO). Slovensko stanje samomorilnosti med mladostniki je podobno stanju v sosednjih Hrvaški, Avstriji in Madžarski. Po koncu obdobja mladostništva pa število samomorov v Sloveniji sunkovito naraste in stanje v Sloveniji postane bolj podobno stanju v državah, ki imajo tudi sicer visoko stopnjo samomorilnosti v Evropi (npr. Estonija, Litva, Finska in Irska).

Čeprav se naš prispevek nanaša na stanje samomorilnega vedenja med otroki in mladostniki znotraj osemletnega intervala med letoma 2006 in 2015, velja omeniti, da se stanje od konca devetdesetih let prejšnjega stoletja precej izboljšuje, predvsem med fanti. Pred letom 2000 je bil namreč samomorilni količnik za skupino fantov, starih od 15 do 19 let, kar še enkrat višji kot po začetku novega tisočletja, kar lahko razumemo kot zanesljiv pokazatelj, da se stanje izboljšuje in da je preventivno delo v določenem obsegu uspešno ali pa vsaj vzdržuje nakazan trend upadanja. Po drugi strani pa avtorji navajajo (Roškar idr., 2015), da je količnik samomora v trinajstletnem obdobju (1997–2010) značilno upadel med mladimi dekleti (10–19 let), medtem ko statistično značilnega upada pri fantih iste starostne skupine ni bilo.

Na področju samomorilnih misli razpolagamo z velikimi in kakovostnimi vzorci. V okvirih velikih kontinuiranih študij (HBSC in ESPAD) lahko ocenjujemo prevalenco pojava skozi čas. Po drugi strani pa prihaja do metodoloških razhajanj v samih vprašanjih, zato je treba pri vsakršni primerjavi dobro poznati izvorna vprašanja, ki so bila zastavljena udeležencem. Zaradi občutljivosti in teže vprašanj o samomorilnih mislih in zaradi načina izvedbe (anonimni vprašalniki) smo soočeni z nezmožnostjo identifikacije posameznih udeležencev, ki doživljajo potencialno nevarna duševna stanja. Podatki o namernem samopoškodbenem vedenju in samomorilnosti so pridobljeni tudi na populacijski ravni (baza BOLOB in baza umrlih), kar nam v kombinaciji z relativno stalno metodologijo omogoča natančne primerjave s podatki iz preteklih let in obdobj. Namerno samopoškodovanje pa ostaja pojav, ki ga je težko natančno opredeliti, saj obstajajo primeri z namenom smrti in brez tega namena. Ločevanje med tem dvojim pa je težavno, četudi je vir informacij oseba, ki izkazuje namerno samopoškodovanje. Vse to pa, poleg drugih metodoloških razlik, vodi v težavno primerjavo med podatki iz baze BOLOB in drugih študij. Ker sta namerno samopoškodbeno vedenje in samomorilnost tesno povezani področji, sploh če upoštevamo tudi dejstvo, da namerna samopoškodbeno vedenja vključujejo tudi samomorilne poskuse, je nepovezanost obeh baz precejšnja omejitev z vidika sledljivosti samomorilnega procesa za vsakega posameznika in posledično pomeni oviro za raziskovalno in preventivno delo.

11.9 Zaključek

Samomorilno vedenje otrok in mladostnikov je aktualen javnozdravstveni problem, ki zahteva celovito obravnavo na različnih ravneh. V Sloveniji zbiramo podatke na ravni populacijskih baz in kontinuiranih študij ter občasnih priložnostnih raziskav, kar nam omogoča bogato zalogo informacij, ki pa zaradi metodoloških razlik niso vedno v enaki meri med seboj primerljive. Namerno samopoškodbeno vedenje zahteva veliko previdnosti pri oblikovanju zaključkov, saj gre za široko tematiko, ki zajema spekter vedenj z namenom smrti in brez tega namena. Pomembne znanstvene in praktične implikacije bi imelo tudi povezovanje baz BOLOB in umrljivosti, s čimer bi lahko natančneje ocenili stopnjo samomorilnega tveganja za vsakega posameznika in posledično delovali preventivno na podlagi več indikatorjev. Ugotavljamo, da je med dekleti različnih starosti več samomorilnih misli in namernega samopoškodbenega vedenja kot med fanti, slednji pa navkljub temu pogosteje storijo samomor od deklet. Pri namernem samopoškodovanju pogosto beležimo zastrupitve z alkoholom pri fantih, medtem ko se dekleta pogosteje zastrupljajo z različnimi zdravili. Omenjeni metodi sta v MKB-10 (baza BOLOB, iz katere smo črpali podatke, temelji na omenjeni klasifikaciji) opredeljeni kot samopoškodbeno vedenje, ob tem pa je smiselno poudariti, da druge klasifikacije (denimo DSM – 5) zastrupitev z alkoholom in zdravili ne uvrščajo med samopoškodbeno vedenja. Med fanti prevladuje obešanje kot način samomora, medtem ko pri dekletih ni izrazitega izstopanja v načinu. V osemletnem obdobju, od leta 2006 do leta 2013, se je raven samomorilnosti med mladimi nižala in postopoma približevala evropskemu povprečju. Samomorilno vedenje je tragičen in obremenjujoč dejavnik vsake družbe, zato je pomembno, da se trudimo za dostopnost strokovnjakov in informacij, ki bi mladim s tovrstnimi težavami olajšali stisko in jih usmerili v iskanje pomoči.

11.10 Predlogi ukrepov

V skladu z ugotovljenimi prednostmi in omejitvami virov podatkov ter ugotovljenim stanjem na področju samomorilnosti mladih v Sloveniji v nadaljevanju podajamo nekaj predlogov ukrepov za nadaljevanje dela na področju opazovanja, beleženja in raziskovanja samomorilnosti med mladimi:

- Namerno samopoškodbno vedenje je pomemben napovednik samomorilnosti, zato bi bilo smiselno zagotoviti podatkovno povezavo med podatki obeh baz (BOLOB in baza umrlih) na ravni posameznika; to bi nam omogočalo natančno populacijsko oceno samomorilnega tveganja za osebe, ki so se v preteklosti namerno samopoškodovale.
- Pogosto je težko kategorično določiti, ali je prisoten samomorilni namen v primeru namernega samopoškodovanja, in lahko prihaja do razhajanj med ocenami zdravniške oskrbe in ocenami pacienta, zato bi bilo morda smotrno beležiti samomorilne namere kontinuirano (npr. z večstopenjsko lestvico). To bi vsaj do neke mere omogočilo vpogled v naravo namernega samopoškodbenega vedenja in deloma postavilo ločnico med samopoškodbenimi epizodami brez namena smrti in s tem namenom, kar bi lahko imelo pomemben učinek v raziskovanju.
- Nov, pomemben vir informacij o samomorilnem procesu bi bili tudi podatki o prevalenci samomorilnih namer in načrtov. Slednja pojava se v Sloveniji ne raziskujeta v okviru katere izmed večjih raziskav. Usmerjanje raziskovalne dejavnosti v omenjena pojava bi lahko pomembno prispevalo k razumevanju in napovedovanju nadaljnjih pojavov samomorilnega procesa.
- Pri raziskovanju samomorilnega vedenja sprašujemo o občutljivih izkušnjah, zato je lahko zelo koristno, če smo udeležencem zmožni ponuditi vsaj ključne informacije o iskanju pomoči v primeru stiske (kot to počne npr. študija HBSC). S tem vzorom v mislih bi lahko razširili preventivno dejavnost tudi na druga raziskovalna področja, ki vključujejo velike vzorce, četudi bi se tematike raziskovanja le posredno dotikale samomorilnega vedenja, saj vemo, da so nekateri indikatorji psihosocialnih primanjkljajev precej povezani s samomorilno ogroženostjo (npr. odnosi v družini, duševne motnje).
- Ugotovljene prevalence samomorilnih misli med slovenskimi dijaki dokazujejo, da je pojav prisoten. Zato si zasluži posebno pozornost v šolskem prostoru, o čemer velja razmisliti, ko načrtujemo usposabljanje šolskih psihologov in učiteljev za pomoč dijakom v stiski. S težavo se je treba ukvarjati in dijakom podati informacije, na koga naj se obrnejo v primeru tovrstnih izkušenj.
- Glede na razlike med spoloma v pojavnosti samomorilnih misli, namernega samopoškodovanja (več deklet v primerjavi s fanti) in samomorov (več fantov v primerjavi z dekleti) je smiselno razmišljati o preventivnih ukrepih in programih, ki bi ločeno nagovarjali oba spola.
- Podatki nekaterih raziskav kažejo tudi na to, da otroci in mladostniki ne prepoznajo vedno lastne stiske ali stiske vrstnikov, zato bi bilo smiselno razviti tudi programe pismenosti na področju duševnega zdravja. Ti programi bi vsebovali osnovne informacije o znakih (samomorilne) stiske in virih pomoči.

11.11 Literatura

- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W., ... Wasserman, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of child psychology and psychiatry*, 55(4), 337–348.
- Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Chiesa, F., Guffanti, G., Sarchiapone, M., ... Cosman, D. (2014). A newly identified group of adolescents at "invisible" risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. *World Psychiatry*, 13(1), 78–86.
- Groholt, B., Ekeberg, O., Wichstrom, L. (1999). Sex differences in adolescent suicides in Norway, 1990–1992. *Suicide Life Threat Behav*, 29, 295–308.
- Gunnell, D., in Middleton, N. (2003). National suicide rates as an indicator of the effect of suicide on premature mortality. *The Lancet*, 362, 961–962.
- Jeriček Klanšček, H., Koprivnikar, H., Drev, A., Pucelj, V., Zupanič, T., in Britovšek, K. (2015). *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji: Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Kapur, N., Cooper, J., O'Connor, R. C., in Hawton, K. (2013). Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: new diagnosis or false dichotomy? *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 326–328.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R. (2001). Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40, 427–434.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje – Spremljanje bolnišničnih obravnav (b. d.). Pridobljeno s <http://www.nijz.si/sl/podatki/spremljanje-bolnisnicnih-obravnav>.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje – Metodološka pojasnila – Umrli (b. d.). Pridobljeno s https://podatki.nijz.si/docs/3a_Umrli_Metodološka_pojasnila_NIJZ.pdf.
- Marušič, A., in Farmer, A. (2001). Toward a new classification of risk factors for suicide behaviour. *Crisis*, 22(2), 61–65.
- Roškar, S., Roškar, M., in Podlesek, A. (2015). Suicide in Slovenia Between 1997 and 2010. *Crisis*, 12, 1–9.
- Sourander, A., Aromaa, M., Pihlakoski, L., Haavisto, A., Rautava, P., Helenius, H., in Sillanpää, M. (2006). Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A perspective follow-up study from age 3 to age 15. *Journal of Affective Disorders*, 93(1), 87–96.
- Stergar, E., Draksler, K., Besednjak, K., in Urdih Lazar, T. (2010). *Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah, Slovenija 2007 [ESPAD – European school survey on alcohol and other drug use among students: 2007 report for Republic of Slovenia]*. Ljubljana: Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, Univerzitetni klinični center Ljubljana.
- Stergar, E., in Urdih Lazar, T. (2014). *Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah, Slovenija 2011 [ESPAD – European school survey on alcohol and other drug use among students: 2011 report for Republic of Slovenia]*. Ljubljana: Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, Univerzitetni klinični center Ljubljana.
- Van Heeringen, C. (2001). The suicidal process and related concepts. V: C. van Heeringen (ur.), *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process approach to research, treatment and prevention* (str. 3–15). Chichester: Wiley.

#to sem jaz

citati s spletne strani www.tosemjaz.net

“ Spremlja me tudi jeza,
depresija, anksioznost. Tudi
meni razpoloženje nenormalno
niha – seveda navznoter.
Oziroma včasih občutijo žal
moji domači, ko imam kaki
izbruh... ”

12. Predlogi ukrepov na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov

V nekaterih poglavjih smo že prikazali bolj specifične ukrepe za posamezna področja, v tem poglavju pa se bomo usmerili predvsem na bolj splošne in celovite predloge javnozdravstvenih ukrepov, ki izhajajo iz ugotovitev analiz podatkov naših raziskav in so z njimi podprti ali pa so predlagani v Resoluciji o nacionalnem programu za duševno zdravje (2018). V resoluciji je že navedena vrsta predlogov za celovite ukrepe za vsa starostna obdobja, ki se navezujejo na posamezna področja: promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj; diagnostika, zdravljenje duševnih motenj, rehabilitacija in socialna reintegracija; preprečevanje samomorilnega vedenja; boj proti stigmati in socialni izključenosti; izobraževanje laične in strokovne javnosti o duševnem zdravju in raziskovanje na področju duševnega zdravja.

V naši publikaciji smo ukrepe razdelili glede na obravnavane tematske sklope. Upoštevali smo predvsem javnozdravstvene vidike in determinante duševnega zdravja. Navedeni so ukrepi za promocijo duševnega zdravja in preventivo duševnih motenj, ukrepi za izboljšanje zbiranja, spremljanja in kakovosti podatkov, ukrepi za izboljšanje mreže služb za duševno zdravje ter ukrepi za destigmatizacijo.

Osnovni in temeljni ukrep, ki je podlaga za izvajanje vseh ukrepov in izhaja že iz Zakona o duševnem zdravju, je sprejetje Resolucije o nacionalnem programu za duševno zdravje, ki je trenutno v obravnavi v državnem zboru.

12.1 Ukrepi, povezani s promocijo duševnega zdravja otrok in mladostnikov

Ohranjanje, krepitev in varovanje duševnega zdravja ljudi (še posebej tudi bodočih staršev, staršev, otrok in mladostnikov) so ključni za vsako uspešno državo. Promocija duševnega zdravja izhaja iz determinant duševnega zdravja, varovalnih dejavnikov, salutogeneze, opolnomočenja, ocene vplivov na duševno zdravje in vključevanja koncepta »zdravje v vse politike«. Usmerjena je v ustvarjanje okolij, ki omogočajo zdrave izbire, razvoj zdravih skupnosti, razvoj svojih potencialov, nadzor nad življenjem, spoprijemanje s stresorji, krepitev pozitivne samopodobe itd. Promocija duševnega zdravja je dolgoročno zelo učinkovita, saj ne prinaša le izboljšanja pozitivnega duševnega zdravja, ampak vpliva tudi na zmanjšanje težav, motenj in bolezni.

12.1.1 Predlogi ukrepov, ki ustvarjajo okolja in pogoje za ohranjanje, krepitev in varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov ter izhajajo iz predhodnih ugotovitev in resolucije:

- Spodbujanje in grajenje socialnih mrež, zdravih skupnosti in okolij (lokalnih, šolskih), ki omogočajo ohranjanje, krepitev in varovanje duševnega zdravja bodočih staršev, staršev, otrok in mladostnikov.

- Oblikovanje programov za odrasle o tem, kako krepiti pozitivno duševno zdravje bodočih staršev, staršev, otrok in mladostnikov (programi za bodoče starše – materinske šole, šole za starše, programi za starše, stare starše, učitelje itd.).
- Ozaveščanje politikov vseh sektorjev o pomenu duševnega zdravja bodočih staršev, staršev, otrok in mladostnikov ter sodelovanje pri pripravi programov in ukrepov.
- Ocena vpliva politik na duševno zdravje bodočih staršev, staršev, otrok in mladostnikov.
- Spremembe zakonodaje na šolskem, zdravstvenem, pravosodnem in socialnem področju v smeri krepitev duševnega zdravja bodočih staršev, staršev, otrok in mladostnikov.
- Vpeljevanje učinkovitih, evalviranih promocijskih programov v učne načrte vrtcev, osnovnih in srednjih šol ter fakultet s poudarkom na krepitevi varovalnih dejavnikov, kot so dobra samopodoba, pozitiven odnos do sebe in drugih, uspešno soočanje z izzivi, visoko samospoštovanje, občutek moči, optimizem in sposobnost soočanja s težavami, asertivnost, strategije spoprijemanja s stresom, komunikacija, aktivno preživljanje prostega časa, oblikovanje zdravih navad, krepitev socialnega omrežja.
- Razvoj novih promocijskih programov, razširitve in dopolnitve obstoječih programov ter evalvacija promocijskih programov, ki so namenjeni otrokom in mladostnikom, s poudarkom na varovalnih dejavnikih. Priprava enotnih standardov za takšne programe.
- Uporaba novih tehnologij in razvoj novih e-programov, aplikacij s področja duševnega zdravja otrok in mladostnikov za odrasle ter otroke in mladostnike, razširitev obstoječih spletnih strani o duševnem zdravju za osnovnošolske otroke, oblikovanje spletnih strani in aplikacij o zdravju in duševnem zdravju za dijake in študente.
- Vključevanje mladih v pripravo promocijskih programov, strategij in ukrepov (razvoj akcijske kompetence mladih).
- Vpeljevanje učinkovitih in evalviranih programov promocije duševnega zdravja za ranljive skupine (osipnike, otroke iz družin z nižjim socialno-ekonomskim statusom, brezposelne itd.).
- Spodbujanje reševanja vseh dejavnikov, ki pomenijo tveganje za duševno zdravje pri otrocih in mladostnikih (šolska neuspešnost, nasilje v družini, zlorabe psihoaktivnih snovi, revščina).

12.2 Ukrepi, povezani z zbiranjem podatkov o duševnem zdravju otrok in mladostnikov

Kakovostno zbiranje, proučevanje in predstavljanje podatkov je temelj učinkovitega javnozdravstvenega dela. Enako velja tudi na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Da bi izboljšali javno duševno zdravje oseb v Sloveniji, vključno z otroki in mladostniki, moramo zagotavljati verodostojne podatke o pozitivnem in negativnem duševnem zdravju ter raznovrstnih dejavnikih, ki vplivajo na duševno zdravje. Zgolj na podlagi tovrstnih podatkov je mogoče snovati in izvajati ustrezne politike in ukrepe na področju duševnega zdravja. Uveljavljanje ukrepov, ki jih predstavljamo v nadaljevanju, je pogojeno s številnimi dejavniki. Dva izmed pomembnejših sta gotovo zakonska podlaga za zbiranje potrebnih podatkov ter kadrovska opremljenost ustanov, ki zbirajo, urejajo in raziskujejo podatke o duševnem zdravju otrok in mladostnikov.

12.2.1 Predlogi ukrepov, ki izboljšujejo kakovost, veljavnost in zanesljivost podatkov o duševnem zdravju otrok in mladostnikov:

Razvoj celovitega, kakovostnega sistema (aktivnega in pasivnega) javnozdravstvenega spremljanja duševnega zdravja oseb Slovenije, kar poleg kakovostnih rutinskih podatkov vključuje tudi periodične populacijske raziskave na temo pozitivnega duševnega zdravja, težav in motenj. Za tovrstno spremljanje je treba zagotoviti:

- podatke o:
 - determinantah duševnega zdravja, dejavnikih tveganja in varovalnih dejavnikih duševnega zdravja od spočetja dalje – tudi obporodnega duševnega zdravja staršev, predvsem mater, otrok in mladostnikov,
 - stanju pozitivnega duševnega zdravja prebivalstva (čustveno, duševno in socialno blagostanje ...),
 - incidenci in prevalenci duševnih in vedenjskih motenj,
 - pismenosti o duševnem zdravju ter stigmatiziranosti duševnih motenj,
 - bremenu duševnih motenj (ekonomsko breme, kakovost življenja),
 - dostopnosti, zadostnosti in učinkovitosti strokovnih služb glede na potrebe populacije,
 - učinkovitosti ukrepov za krepitev duševnega zdravja in preprečevanja duševnih motenj (vrednotenja ukrepov);
- nabor kazalnikov (na osnovi zgoraj naštetih podatkov), ki:
 - nudijo podporo pri strokovnih in političnih odločitvah – so relevantni za različne strateške dokumente o duševnem zdravju oseb v Sloveniji,
 - ustrezajo strokovnim in znanstvenim kriterijem,
 - so mednarodno primerljivi,
 - se redno zbirajo oz. izračunavajo ter se o njih poroča – omogočajo primerjavo skozi čas in oceno učinkov ukrepov na področju duševnega zdravja,
 - omogoča optimalen izkoristek zbranih podatkov.

12.3 Ukrepi, povezani z mrežo izvajalcev zdravstvenih storitev

Javnozdravstvena mreža je samo del javne službe, ki skrbi za dobro duševno zdravje in obravnavo otrok s težavami in motnjami. V publikaciji se nismo posebej posvečali ostalim službam, vendar je multidisciplinarno in medinstitucionalno sodelovanje služb zdravstvenega in socialnega varstva ter šolstva ključno za celostno in učinkovito obravnavo. Poleg tega so ključne dobra medsebojna organiziranost, hitra in enaka dostopnost ter kvalitetne storitve. Sodobni trendi v razvitih državah kažejo, da se službe vse bolj usmerjajo v preventivno delovanje, zgodnje odkrivanje in prepoznavanje težav, uvajanje novih pristopov in metod, izboljšanje sodelovanja med različnimi sektorji in deli družbe ter obravnavo v skupnosti, ki je čim bližje ljudem. Poleg tega se vse več pozornosti posveča tudi psihosocialni pomoči družinam.

12.3.1 Predlogi ukrepov, povezanih z mrežo izvajalcev zdravstvenih storitev

- Zagotovitev enakomerne razporejenosti in dostopnosti javnozdravstvenih služb ter enake zastopanosti vseh poklicev v vseh regijah na primarni ravni zdravstvenega varstva.
- Določitev standardov in kriterijev učinkovitega delovanja služb na vseh ravneh.
- Izboljšanje sodelovanja znotraj mreže javnozdravstvene službe (npr. med ambulantnim in bolnišničnim zdravljenjem).
- Vzpostavitev protokolov sodelovanja med zdravstvenim, socialnim, šolskim in drugimi sektorji ter omogočenje zgodnje vključitve vseh institucij/sektorjev/strokovnjakov v obravnavo ter določitev centralnega organa za koordinacijo tega sodelovanja.
- Vzpostavitev obravnave, ki so še bolj usmerjene v potrebe otroka in mladostnika ter njegovo družino in so dostopne, učinkovite ter strokovno in ekonomsko upravičene.
- Okrepitev preventivnega in promocijskega delovanja javnozdravstvenih služb.
- Vzpostavitev sistema učinkovitejšega zgodnjega odkrivanja in hitrejšega prepoznavanja težav otrok in mladostnikov z večjim tveganjem (»presejanje na kriterije ranljivosti«), obravnave in možnosti pomoči.
- Okrepitev mreže svetovalnih centrov za otroke, mladostnike in starše oz. mreže dispanzerjev za duševno zdravje; izboljšanje regionalne pokritosti, ustanovitev dodatnih treh svetovalnih centrov za otroke in mladostnike ter okrepitev dispanzerjev za duševno zdravje v zdravstvenih domovih, s poudarkom na povezavi med posameznimi deležniki (razvojnimi ambulantami, svetovalnimi centri, dispanzerji, šolsko svetovalno službo in drugimi).
- Okrepitev mreže kliničnopsihološke službe za otroke in mladostnike (na podlagi natančne opredelitve potreb po posameznih regijah in področjih dela kliničnih psihologov).
- Določitev še dopustne čakalne dobe za redne ambulantne preglede otrok in mladostnikov z duševnimi težavami ali motnjami.
- Okrepitev bolnišničnih in dnevno-bolnišničnih prostorskih kapacitet za obravnavo otrok in mladostnikov z duševnimi motnjami; enakomernejša porazdelitev bolnišničnih otroških in mladostniških psihiatrov ter njihova enakomernejša obremenitev glede na število obravnavanih hospitaliziranih otrok/mladostnikov.
- Vzpostavitev nujne psihološke in psihiatrične pomoči za otroke in mladostnike na primarni in sekundarni ravni.
- Ustanovitev specializiranega intenzivnega varovanega oddelka za otroke in mladostnike s hudimi duševnimi motnjami, z namenom pravočasne in učinkovite obravnave v otroškem in mladostniškem obdobju.
- Razvoj in implementacija splošnih in specializiranih programov oz. ustanovitev specializirane službe za otroke in mladostnike, ki potrebujejo rehabilitacijo po zaključenem bolnišničnem zdravljenju težje duševne motnje, ko še ne zmorejo vrnitve v domače in/ali šolsko okolje, z možnostjo ustrezne namestitve.

12.4 Ukrepi za preprečevanje, spremljanje in obvladovanje duševnih težav in motenj pri otrocih in mladostnikih

Preprečevanje, spremljanje in obvladovanje duševnih težav in motenj pri otrocih in mladostnikih vpliva na njihovo pojavnost in razširjenost. Duševne težave in motnje se razlikujejo glede na otrokovo starost in spol. Število duševnih motenj s starostjo narašča, zato so tudi predlogi ukrepov (poleg splošnih) povezani s posameznimi starostnimi skupinami.

12.4.1 Predlogi ukrepov, ki ustvarjajo okolja in pogoje za preprečevanje, spremljanje in obvladovanje duševnih težav in motenj:

- Spodbujanje in grajenje socialnih mrež, zdravih skupnosti in okolij (lokalnih, šolskih), ki omogočajo preprečevanje, spremljanje in obvladovanje duševnih težav in motenj.
- Oblikovanje programov za odrasle o tem, kako preprečevati, spremljati in obvladovati duševne težave in motnje (programi za bodoče starše – materinske šole, šole za starše, programi za starše, stare starše, učitelje itd.).
- Ozaveščanje politikov vseh sektorjev o pomenu preprečevanja, spremljanja in obvladovanja duševnih težav in motenj ter sodelovanje pri pripravi programov in ukrepov.
- Spremembe zakonodaje na šolskem, zdravstvenem, pravosodnem in socialnem področju v smeri preprečevanja, spremljanja in obvladovanja duševnih težav in motenj.
- Vpeljevanje učinkovitih in evalviranih preventivnih programov v učne načrte vrtcev, osnovnih in srednjih šol ter fakultet, s poudarkom na dejavnih tveganja, kot so npr. sedeča vedenja, občutek osamljenosti, trpinčenje in e-trpinčenje, stresni dogodki, obremenjenost zaradi dela za šolo, slabi odnosi s starši, tvegana vedenja.
- Razvoj novih preventivnih programov razširitve in dopolnitve obstoječih programov ter evalvacija preventivnih programov, ki so namenjeni otrokom in mladostnikom, s poudarkom na dejavnih tveganja. Priprava enotnih standardov za takšne programe.
- Uporaba novih tehnologij in razvoj novih e-programov, aplikacij s področja preprečevanja duševnih bolezni otrok in mladostnikov za odrasle ter otroke in mladostnike, oblikovanje ali razširitev obstoječih spletnih strani in/ali aplikacij o duševnih težavah in iskanju pomoči za osnovnošolske otroke, dijake in študente.
- Vključevanje mladih v pripravo preventivnih programov, strategij in ukrepov (razvoj akcijske kompetence mladih).
- Vpeljevanje učinkovitih preventivnih programov za ranljive skupine (osipnike, otroke iz družin z nižjim socialno-ekonomskim statusom, brezposelne itd.).

12.4.2 Ukrepi za starostno skupino 0–5 let

- Preprečevanje, spremljanje in obvladovanje najpogostejših duševnih težav in dejavnikov tveganja v tej starostni skupini – specifičnih razvojnih motenj, vedenjskih in čustvenih motenj, ki se navadno začnejo v otroštvu, pervazivnih razvojnih motenj in hiperkinetične motnje za oba spola, posebej pa še za fantke.

- Posebni programi za bodoče starše, starše ter zaposlene v vrtcih in druge strokovne delavce o preprečevanju in prepoznavanju najpogostejših (v prejšnji alineji naštetih) težav in motenj.

12.4.3 Ukrepi za starostno skupino 6–14 let

- Preprečevanje, spremljanje in obvladovanje najpogostejših duševnih težav in dejavnikov tveganja v tej starostni skupini: vedenjskih in čustvenih motenj, ki se navadno začnejo v otroštvu, specifičnih razvojnih motenj pri govorjenju in izražanju, hiperkinetičnih motenj, pervazivnih motenj in motenj prehranjevanja.
- Posebni programi za starše ter pedagoške in druge strokovne delavce o preprečevanju in prepoznavanju najpogostejših (v prejšnji alineji naštetih) težav in motenj ter iskanju pomoči.

12.4.4 Ukrepi za starostno skupino 15–19 let

- Preprečevanje, spremljanje in obvladovanje najpogostejših duševnih težav in dejavnikov tveganja v tej starostni skupini: reakcij na hud stres in prilagoditvenih motenj, motenj prehranjevanja, drugih anksioznih motenj in depresivnih epizod, samomorilnega vedenja ...
- Posebni programi za starše ter pedagoške in druge strokovne delavce o preprečevanju in prepoznavanju najpogostejših (v prejšnji alineji naštetih) težav in motenj ter iskanju pomoči.

12.5 Ukrepi za destigmatizacijo duševnih težav in iskanja pomoči pri otrocih in mladostnikih

Stigmatiziranje duševnih težav je posledica različnih dejavnikov; med najpomembnejšimi so nepoznavanje ozadja in vzrokov za duševne motnje, nizka ocena samokompetenc za pomoč nekemu z duševnimi težavami in posledično negativna stališča do duševnih motenj ter do iskanja pomoči. Ozaveščanje in povečevanje znanja o duševnem zdravju in duševnih motnjah je nujen, a ne zadosten pogoj za spremembo stališč in s tem tudi za spremembo odnosa do iskanja pomoči. Ukrepe za destigmatizacijo je treba izvajati kontinuirano in v več ciljnih skupinah.

12.5.1 Predlogi ukrepov za destigmatizacijo duševnih težav in iskanja pomoči pri otrocih in mladostnikih:

- Ozaveščanje splošne javnosti, staršev, strokovnih delavcev ter otrok in mladostnikov o vsebinah duševnega zdravja, povečevanje pismenosti o duševnem zdravju (otrok in mladostnikov).
- Edukacija staršev, strokovnih delavcev ter otrok in mladostnikov o načinih in strategijah krepitev duševnega zdravja otrok in mladostnikov.
- Edukacija staršev, strokovnih delavcev ter otrok in mladostnikov o znakih in simptomih različnih duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih.
- Krepitev veščin staršev, strokovnih delavcev ter otrok in mladostnikov o načinih ukrepanja v primeru težav ter informiranje o virih pomoči.
- Razvijanje za različne skupine specifičnih veščin (starševske veščine, strokovne veščine), ki varovalno vplivajo na otrokovo in mladostnikovo duševno zdravje.

- Povečevanje dostopnosti pomoči – destigmatizacija iskanja pomoči, širjenje mreže virov pomoči, uvajanje e-virov pomoči in drugih oblik pomoči, ki so povezani z manjšo stigmo.
- Sodelovanje z mediji o odgovornem poročanju o duševnih motnjah, težavah in iskanju pomoči.
- Uvajanje programov, edukacij strokovnih delavcev o nestigmatizirajoči obravnavi oseb z motnjami in težavami v duševnem zdravju.

12.6 Literatura

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18–28). Pridobljeno s <http://www.pisrs.si/>.

13. Zaključek

Duševno zdravje otrok in mladostnikov je zelo pomembna javnozdravstvena tema, ki se ji posveča premalo pozornosti. Duševno zdravje je ključen del splošnega zdravja otrok in mladih ter je povezano z njihovim fizičnim zdravjem in njihovo sposobnostjo biti uspešen v šoli, pri delu in v družbi. Vpliva na to, kako otroci in mladi razmišljajo, čutijo in delujejo tako znotraj sebe kot tudi navzven. Duševno zdravje otrok in mladostnikov je ključno za prihodnost vsakega naroda in uspešnost vsake družbe. Gre za kompleksno področje, ki zajema tako krepitev, varovanje in ohranjanje dobrega duševnega zdravja kot tudi destigmatizacijo in preprečevanje nastanka duševnih težav in motenj ter njihovo zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov. Prvi korak k razumevanju področja in pripravi na dokazih temelječih ukrepov je dobro poznavanje podatkov oziroma stanja, v tem primeru duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Zato je bil namen te publikacije na enem mestu predstaviti obstoječe in dostopne podatke o duševnem zdravju otrok in mladostnikov v Sloveniji ter poudariti ključne težave in duševne motnje, ki so prisotne v tej populaciji. Podatke smo pridobili iz različnih virov – predvsem iz raziskav in rutinskih baz NIJZ in ZZS –, ki temeljijo na različni metodologiji in so zaradi tega med seboj različni, deloma neprimerljivi in tudi pomanjkljivi.

Na podlagi rezultatov različnih raziskav smo ugotovili, da je večina slovenskih otrok in mladostnikov (med 60 in 80 %) duševno zdravih in zadovoljnih z življenjem, kar pa še ne pomeni nujno, da imajo visoko stopnjo pozitivnega duševnega zdravja. Ena izmed pomembnih ugotovitev, ki izhaja iz analize podatkov o pozitivnem duševnem zdravju, je, da so podatki o pozitivnem duševnem zdravju zelo skopi, za nekatere starostne skupine jih celo ni. Zato bi bilo v prihodnje treba pozitivno duševno zdravje vključiti v populacijske raziskave tudi v Sloveniji.

Analiza zunajbolnišničnih obravnav je pokazala, da se je število obravnav v obdobju od leta 2008 do leta 2015 na primarni ravni povečalo za 25 %, na sekundarni ravni pa za 71 %. Znotraj posameznih starostnih skupin in tudi med spoloma obstajajo velike razlike v pogostosti in vzrokih obravnav. Pogostost bolnišničnih obravnav se je v istem časovnem obdobju zmanjšala, predvsem zaradi zmanjšanja pogostosti bolnišničnih obravnav pri otrocih do 5 let. Poraba zdravil se je v obdobju od leta 2008 do leta 2015 povečala za 48 %, najbolj v starostni skupini od 15 do 19 let. V tej starostni skupini je poraba narasla za 73 %, predvsem zaradi porasta porabe antidepresivov in psihostimulansov.

Najpogostejše motnje na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov so stresne, depresivne ter anksiozne in hiperkinetične motnje, motnje hranjenja in različne oblike samomorilnosti. Od leta 2008 do leta 2015 se je zaradi reakcije na hud stres, anksioznih motenj, hiperkinetične motnje in motenj hranjenja povečalo število zunajbolnišničnih obravnav. Naraščajo tudi bolnišnične obravnave zaradi hiperkinetične motnje. Samomor je bil v zadnjem desetletju med mladostniki od 15 do 19 let skoraj vsako leto med prvimi tremi vzroki umrljivosti.

Analiza podatkov o javni zdravstveni mreži služb za obravnavo težav in motenj v duševnem zdravju otrok in mladostnikov je bila za avtorje publikacije največji izziv, in sicer tako z vidika kakovosti podatkov kot tudi z vidika njihove veljavnosti. Analiza javne zdravstvene mreže, ki smo jo prikazali v tej publikaciji, ne obsega vseh služb in storitev, ki so na voljo otrokom in mladostnikom z duševnimi težavami in motnjami. Izbor analiziranih dejavnosti je temeljil predvsem na dostopnosti podatkov. Posledično v analizo javne zdravstvene mreže ni bilo mogoče

vključiti drugih dejavnosti, ki so za področje duševnega zdravja prav tako pomembne (npr. klinična psihologija, število posameznih kadrov), oziroma je bilo analize mogoče opraviti le z bolj splošnimi podatki (npr. število timov v razvojnih ambulantah, dispanzerjih za duševno zdravje).

Čeprav so nekateri podatki pomanjkljivi in slabše kakovosti, analiza nakazuje ključne pomanjkljivosti javne zdravstvene mreže, namenjene obravnavi duševnih težav in motenj otrok in mladostnikov. Prvi zaključek, ki izhaja iz opravljene analize, je, da so službe, namenjene otrokom in mladostnikom s težavami v duševnem zdravju, v Sloveniji izrazito neenakomerno razporejene, enako velja tudi za kadre. Koroška, posavska in primorsko-notranjska regija nimajo načrtovanega programa v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije. Drugi zaključek izhaja predvsem iz tega, česar analiza ni mogla prikazati oziroma česar v analizo nismo mogli vključiti. Na podlagi podatkov, ki jih trenutno upravlja NIJZ, namreč ni mogoče opraviti celostne analize javne zdravstvene mreže služb, ki obravnavajo duševno zdravje otrok in mladostnikov, zato bi bilo treba prenoviti in poenotiti način poročanja podatkov, njihovega zbiranja ter spremljanja njihove kakovosti. To pa seveda ni le stvar NIJZ, ampak zahteva sistemsko ureditev.

Ta analiza stanja na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov torej zagotovo ima določene pomanjkljivosti oz. omejitve, ki izhajajo predvsem iz pomanjkljivih in nepopolnih podatkov. Zato smo se omejili na prikaze področij (obravnav, mreže, kadrov, težav, motenj itd.), za katere so bili dostopni dovolj kvalitetni podatki bodisi iz raziskav ali baz, ki so na razpolago v Sloveniji. Podatkov, ki se zbirajo posamično ali so pomanjkljivi ali neustrezni, nismo vključili v analizo oz. smo ob njih opozorili na omejitve. Čeprav publikacija morda prinaša več vprašanj kot odgovorov, pa je prva tovrstna pri nas in je lahko izhodišče za nadaljnje raziskovanje, ukrepanje ter izboljševanje stanja na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov v Sloveniji.

Priloga

Razporeditev duševnih in vedenjskih motenj po sklopih (MKB-10)

Duševne in vedenjske motnje, ki jih zdravniki ugotovijo ob obiskih in bolnišničnih obravnavah, šifrirajo s šiframi iz V. poglavja (Duševne in vedenjske motnje) MKB-10. V to poglavje je uvrščenih 11 sklopov motenj, in sicer:

Sklop F00–F09: Organske, vključno simptomatske, duševne motnje

Sklop F10–F19: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi – duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola/opioidov/kanabinoidov/sedativov in hipnotikov/kokaina/drugih stimulansov, vključno kofeina/halucinogenov/tobaka/hlapljivih topil

Sklop F20–F29: Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje – shizofrenija, shizotipska motnja, trajne blodnjave motnje, akutne in prehodne psihotične motnje, inducirana blodnjava motnja, shizoafektivne motnje, druge in neopredeljene neorganske psihotične motnje

Sklop F30–F39: Razpoloženske [afektivne] motnje – manične epizode, bipolarni afektivni motnje, depresivne epizode, ponavljajoče se depresivne motnje, trajne, druge in neopredeljene razpoloženske (afektivne) motnje

Sklop F40–F48: Nevrotske, stresne in somatoformne motnje – fobične in druge anksiozne motnje, obsesivno-kompulzivna motnja, reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje, disociativne motnje, somatoformne motnje

Sklop F50–F59: Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami – motnje prehranjevanja, neorganske motnje spanja, spolna disfunkcija, ki je ne povzroča organska motnja, duševne in vedenjske motnje, povezane s puerperijem, zloraba snovi, ki ne ustvarjajo odvisnosti, neopredeljeni vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami

Sklop F60–F69: Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi – specifične, mešane in druge osebnostne motnje, trajne osebnostne spremembe, motnje navad in nagibov, spolne identitete in spolne preference, psihološke in vedenjske motnje, povezane s spolnim razvojem, ter druge in neopredeljene motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi

Sklop F70–F79: Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija) – blaga, zmerna, huda in globoka manjrazvitost ter druge in neopredeljene vrste duševne manjrazvitosti

Sklop F80–F89: Motnje duševnega (psihološkega) razvoja – specifične razvojne motnje pri govorjenju, jezikovnem izražanju, šolskih veščinah, motoričnih funkcijah, mešane, pervazivne ter druge in neopredeljene motnje duševnega razvoja

Sklop F90–F98: Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci – hiperkinetične motnje, motnje vedenja, mešane motnje vedenja in čustvovanja, čustvene motnje, za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu, motnje socialnega funkcioniranja, ki se začnejo v otroštvu in adolescenci, tiki

Sklop F99: Neopredeljena duševna motnja

Seznam slik

Slika 1. Kontinuum duševnega zdravja	19
Slika 2. Dvofaktorski model duševnega zdravja	21
Slika 3. Skupni delež mladostnikov, starih 11, 13 in 15 let, ki glede na rezultat na lestvici zadovoljstva izkazujejo zadovoljstvo z življenjem, glede na spol in leto raziskave	39
Slika 4. Delež mladostnikov, ki glede na rezultat na lestvici zadovoljstva izkazujejo zadovoljstvo z življenjem, glede na spol, starostno skupino in državo	40
Slika 5. Delež mladostnikov, ki so zadovoljni z življenjem, glede na spol in leto izvedbe raziskave	41
Slika 6. Skupni delež mladostnikov, ki so zadovoljni z življenjem, glede na spol in leto izvedbe raziskave	41
Slika 7. Skupni delež 11, 13 in 15 let starih mladostnikov, ki glede na rezultat na lestvici Kidscreen izkazujejo povprečno in visoko z zdravjem povezano kvaliteto življenja, glede na spol in leto izvedbe raziskave	42
Slika 8. Delež 11, 13 in 15 let starih mladostnikov, ki glede na rezultat na lestvici Kidscreen izkazujejo povprečno in visoko z zdravjem povezano kvaliteto življenja, glede na leto izvedbe raziskave	42
Slika 9. Delež 16 in 19 let starih mladostnikov in mladostnic, ki svoje duševno zdravje ocenjujejo kot slabo, zadovoljivo, dobro, zelo dobro in odlično	43
Slika 10. Delež prvih obiskov zaradi duševnih in vedenjskih motenj med vsemi prvimi obiski (razen poškodb in zastrupitev) glede na starostno skupino in spol med letoma 2008 in 2015	57
Slika 11. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb zaradi duševnih in vedenjskih motenj glede na starostno skupino in spol, med letoma 2008 in 2015	58
Slika 12. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb zaradi duševnih in vedenjskih motenj v starostni skupini 0–19 let, v vzhodni in zahodni kohezijski regiji, med letoma 2008 in 2015	59
Slika 13. Povprečna stopnja prvih obiskov na 1000 oseb zaradi duševnih in vedenjskih motenj v starostni skupini 0–19 let, po statističnih regijah, v obdobju med letoma 2008 in 2015	59
Slika 14. Povprečna stopnja prvih obiskov na 1000 oseb zaradi 10 najpogostejših diagnoz med duševnimi in vedenjskimi motnjami glede na spol v starostni skupini 0–5 let, v obdobju med letoma 2008 in 2015	63
Slika 15. Povprečna stopnja prvih obiskov na 1000 oseb za 12 najpogostejših diagnoz med duševnimi in vedenjskimi motnjami glede na spol v starostni skupini 6–14 let, v obdobju med 2008 in 2015	67
Slika 16. Povprečna stopnja prvih obiskov na 1000 oseb zaradi 11 najpogostejših diagnoz med duševnimi in vedenjskimi motnjami glede na spol v starostni skupini 15–19 let, v obdobju med letoma 2008 in 2015	70
Slika 17. Delež končnih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj med vsemi končnimi diagnozami (brez poškodb in zastrupitev) glede na starostno skupino in spol, med letoma 2008 in 2015	71
Slika 18. Delež končnih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj med vsemi končnimi diagnozami (brez poškodb in zastrupitev) glede na starostno skupino in spol, med letoma 2008 in 2015	72
Slika 19. Stopnja končnih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb v starostni skupini 0–19 let v vzhodni in zahodni kohezijski regiji, med letoma 2008 in 2015	73
Slika 20. Povprečna stopnja končnih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb v starostni skupini 0–19 let po statističnih regijah, v obdobju med letoma 2008 in 2015	73
Slika 21. Povprečna stopnja obiskov na 1000 oseb zaradi 11 najpogostejših končnih diagnoz med duševnimi in vedenjskimi motnjami glede na spol v starostni skupini 0–5 let, v obdobju med letoma 2008 in 2015	78

Slika 22. Povprečna stopnja obiskov na 1000 oseb za 13 najpogostejših končnih diagnoz med duševnimi in vedenjskimi motnjami glede na spol v starostni skupini 6–14 let, v obdobju med letoma 2008 in 2015.....	82
Slika 23. Povprečna stopnja obiskov na 1000 oseb za 13 najpogostejših končnih diagnoz med duševnimi in vedenjskimi motnjami glede na spol v starostni skupini 15–19 let, v obdobju med letoma 2008 in 2015.....	85
Slika 24. Delež bolnišničnih obravnav zaradi duševnih in vedenjskih motenj med vsemi bolnišničnimi obravnavami, glede na starostno skupino in spol, med letoma 2008 in 2015.....	90
Slika 25. Stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb zaradi duševnih in vedenjskih motenj glede na starostno skupino in spol, med letoma 2008 in 2015.....	90
Slika 26. Stopnje bolnišničnih obravnav na 1000 oseb zaradi duševnih in vedenjskih motenj v starostni skupini 0–19 let, v vzhodni in zahodni kohezijski regiji med letoma 2008 in 2015.....	91
Slika 27. Povprečna stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb zaradi duševnih in vedenjskih motenj po statističnih regijah, v obdobju med letoma 2008 in 2015.....	91
Slika 28. Povprečne stopnje bolnišničnih obravnav na 1000 oseb zaradi duševnih in vedenjskih motenj v starostni skupini 6–14 let glede na spol in trimestrne diagnoze, v obdobju med letoma 2008 in 2015.....	96
Slika 29. Povprečne stopnje bolnišničnih obravnav na 1000 oseb zaradi duševnih in vedenjskih motenj, v starostni skupini 15–19 let, glede na spol in trimestrne diagnoze, v obdobju 2008–2015.....	99
Slika 30. Mediana, 25. in 75. percentil ležalne dobe bolnišničnih obravnav zaradi duševnih in vedenjskih motenj v psihiatričnih ustanovah po posameznih starostnih skupinah.....	101
Slika 31. Mediana, 25. in 75. percentil ležalne dobe bolnišničnih obravnav zaradi duševnih in vedenjskih motenj v ustanovah, kjer ne izvajajo psihiatrične dejavnosti, po posameznih starostnih skupinah.....	101
Slika 32. Povprečje median s standardnim odklonom ležalnih dob v starostni skupini 0–19 let po sklopih diagnoz v obdobju 2008–2015.....	102
Slika 33. Število receptov, izdanih za zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj, glede na spol v starostni skupini 0–19 let, med letoma 2008 in 2015.....	106
Slika 34. Število DDD na 1000 oseb na dan za zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj glede na starostno skupino in spol, med letoma 2008 in 2015.....	106
Slika 35. Delež porabe zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj glede na starostno skupino in spol, med letoma 2008 in 2015.....	107
Slika 36. Število DDD na 1000 oseb na dan za zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj v starostni skupini 0–19 let v vzhodni in zahodni kohezijski regiji, med letoma 2008 in 2015.....	107
Slika 37. Povprečno število DDD na 1000 oseb na dan za zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj po statističnih regijah, v obdobju med letoma 2008 in 2015.....	108
Slika 38. Število receptov na 1000 oseb, izdanih za zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj, v starostni skupini 0–19 let po farmakoloških skupinah, med letoma 2008 in 2015.....	108
Slika 39. Število DDD na 1000 oseb na dan, izdanih za zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj, v starostni skupini 0–19 let po farmakoloških skupinah, med letoma 2008 in 2015.....	109
Slika 40. Število DDD na 1000 oseb na dan, izdanih za zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj v starostni skupini 0–5 let glede na spol in farmakološko skupino, med letoma 2008 in 2015.....	110
Slika 41. Število DDD na 1000 oseb na dan, izdanih za zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj v starostni skupini 6–14 let glede na spol in farmakološko skupino, med letoma 2008 in 2015.....	110
Slika 42. Število DDD na 1000 oseb na dan, izdanih za zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj v starostni skupini 15–19 let glede na spol in farmakološko skupino, med letoma 2008 in 2015.....	111

Slika 43. Pregled zunajbolnišničnih in bolnišničnih dejavnosti za obravnavo težav ali motenj v duševnem zdravju otrok in mladostnikov v sistemu zdravstvenega varstva	124
Slika 44. Pregled možnih poti obravnave za predšolskega otroka s težavami in motnjami v duševnem zdravju	125
Slika 45. Pregled možnih poti obravnave za šolskega otroka s težavami in motnjami v duševnem zdravju	125
Slika 46. Število timov na 100.000 oseb v razvojnih ambulantah po statističnih regijah izvajalca v letih 2008, 2011 in 2015	127
Slika 47. Število timov na 100.000 oseb, v razvojnih ambulantah po območnih enotah (OE) ZZZZ izvajalca v letih 2008, 2011 in 2015	128
Slika 48. Število timov na 100.000 oseb glede na število prvih obiskov v razvojnih ambulantah na 100.000 oseb (po statističnih regijah bivališča osebe) v letu 2015	128
Slika 49. Število timov v dispanzerjih za duševno zdravje po statističnih regijah izvajalca na 100.000 oseb, v letu 2015	130
Slika 50. Število timov na 100.000 oseb, v dispanzerjih za duševno zdravje, po statistični regiji izvajalca, glede na realizacijo pogodbenega programa (števila točk, v odstotkih) v letu 2015	130
Slika 51. Planiran obseg programa (v točkah na 100.000 oseb) v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije po statičnih regijah izvajalca, v letu 2015	131
Slika 52. Planiran obseg programa (v točkah na 100.000 oseb) glede na realizirane storitve (v odstotkih planiranega števila točk) na področju pedopsihiatrije po statističnih regijah izvajalca, v letu 2015	132
Slika 53. Število prvih in vseh obiskov v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije na 100.000 oseb, po statistični regiji bivališča osebe v letu 2015	132
Slika 54. Stopnja prvih obiskov v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije na 100.000 oseb, po statistični regiji bivališča osebe v letu 2015	133
Slika 55. Plan točk po pogodbenem programu po statistični regiji izvajalca na 100.000 oseb, glede na stopnjo obiskov v pedopsihiatrični dejavnosti na 100.000 oseb, po statistični regiji bivališča osebe	134
Slika 56. Število zdravnikov v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije na 100.000 oseb, po statistični regiji izvajalca v letu 2015	134
Slika 57. Število zdravnikov v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije na 100.000 oseb, glede na plan v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije na 100.000 oseb, po statistični regiji izvajalca v letu 2015	135
Slika 58. Število zdravnikov v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije na 100.000 oseb, glede na stopnjo obiskov v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije na 100.000 oseb, po statističnih regijah bivališča osebe v letu 2015	136
Slika 59. Stopnja prvih obiskov zaradi reakcije na hud stres glede na starostno skupino in spol, med letoma 2008 in 2015	149
Slika 60. Stopnja končnih diagnoz na 1000 oseb zaradi reakcije na hud stres glede na starostno skupino in spol, med letoma 2008 in 2015	150
Slika 61. Stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb zaradi reakcije na hud stres v starostnih skupinah 6–14 let in 15–19 let glede na spol, med letoma 2008 in 2015	152
Slika 62. Skupni delež 11, 13 in 15 let starih mladostnikov, ki so na vprašanje »Koliko si zaradi dela za šolo pod pritiskom? « odgovorili s »še kar« ali »zelo«, glede na spol in leto izvedbe raziskave	152
Slika 63. Skupni delež 11, 13 in 15 let starih mladostnikov, ki so poročali o prisotnosti različnih psihosomatskih simptomov, glede na leto izvedbe raziskave	153
Slika 64. Skupni delež 11, 13 in 15 let starih mladostnikov, ki so poročali o doživljanju vsaj dveh psihosomatskih simptomov na teden, glede na spol in leto izvedbe raziskave	154
Slika 65. Skupni delež 11, 13, in 15 let starih mladostnikov, ki so dosegli normalen, mejni ali povišan rezultat v skupnem seštevku Vprašalnika prednosti in slabosti glede na spol	155
Slika 66. Delež mladostnikov, ki so dosegli normalen, mejni ali povišan rezultat v skupnem seštevku Vprašalnika prednosti in slabosti glede na starostno skupino	155

Slika 67. Delež mladostnikov, ki so dosegli normalen, mejni ali povišan rezultat v skupnem seštevku Vprašalnika prednosti in slabosti glede na spol in starostno skupino	156
Slika 68. Delež 15 let starih mladostnikov, ki so na posameznih področjih Vprašalnika prednosti in slabosti dosegli mejni ali povišan rezultat, glede na spol.....	156
Slika 69. Delež 15 let starih mladostnikov, ki so dosegli mejni ali povišan rezultat v skupnem seštevku Vprašalnika prednosti in slabosti, glede na spol in leto izvedbe raziskave	157
Slika 70. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb zaradi diagnoz depresivna epizoda in ponavljajoča se depresivna motnja glede na spol v starostnih skupinah 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2008 in 2015.....	171
Slika 71. Stopnja končnih diagnoz depresivna epizoda in ponavljajoča se depresivna motnja glede na spol in starostni skupini 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2008 in 2015	172
Slika 72. Stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb zaradi diagnoz depresivna epizoda in ponavljajoča se depresivna motnja v starostni skupini 6–19 let glede na spol, med letoma 2008 in 2015.....	174
Slika 73. Število DDD na 1000 oseb na dan za zdravila iz farmakološke skupine No6A Antidepresivi, glede na spol in starostni skupini 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2008 in 2015	175
Slika 74. Delež mladostnikov v starostni skupini 15–19 let, ki so glede na rezultate na lestvici PHQ-8 brez simptomov, z blagimi simptomi ter z zmernimi ali resnimi simptomi depresije, glede na spol, v letu 2014	176
Slika 75. Delež mladostnikov, ki so na vprašanje »Ali si imel/-a v zadnjem letu obdobje, v katerem si se dva tedna zapored ali več skoraj vsak dan počutil/-a tako žalostno ali brezupno, da si zaradi tega prenehal/-a početi stvari, ki jih počneš sicer? « odgovorili pritrdilno, glede na spol, starostno skupino in leto izvedbe raziskave	177
Slika 76. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb zaradi diagnoz fobične anksiozne motnje in druge anksiozne motnje glede na spol v starostnih skupinah 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2008 in 2015.....	180
Slika 77. Stopnja končnih diagnoz fobične anksiozne motnje in druge anksiozne motnje na 1000 oseb glede na spol in starostne skupine, med letoma 2008 in 2015	180
Slika 78. Stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb zaradi diagnoz fobične anksiozne motnje in druge anksiozne motnje glede na spol v starostni skupini 6–19 let, med letoma 2008 in 2015.....	182
Slika 79. Število DDD na 1000 oseb na dan za zdravila iz farmakološke skupine No5B Anksiolitiki glede na spol in starostno skupino, med letoma 2008 in 2015	184
Slika 80. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb zaradi hiperkinetične motnje glede na spol in starostno skupino, med letoma 2008 in 2015	195
Slika 81. Stopnja končnih diagnoz hiperkinetične motnje na 1000 oseb glede na spol in starostno skupino, med letoma 2008 in 2015	195
Slika 82. Stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb zaradi hiperkinetične motnje glede na spol in starostno skupino, med letoma 2008 in 2015	196
Slika 83. Stopnja DDD na 1000 oseb na dan za zdravila iz farmakološke skupine No6B – psihostimulansi glede na spol in starostno skupino, med letoma 2008 in 2015.....	197
Slika 84. Delež 11, 13 in 15 let starih mladostnikov, ki so dosegli normalen, mejni in povišan rezultat na podlestvici hiperaktivnost in nepozornost Vprašalnika prednosti in slabosti	198
Slika 85. Delež mladostnikov, ki so dosegli normalen, mejni in povišan rezultat na podlestvici hiperaktivnost in nepozornost Vprašalnika prednosti in slabosti, glede na spol in starostno skupino	198
Slika 86. Delež mladostnikov, ki so dosegli mejni ali povišan rezultat na podlestvici hiperaktivnost in nepozornost Vprašalnika prednosti in slabosti glede na spol in leto izvedbe raziskave	199
Slika 87. Stopnja prvih obiskov na 100.000 oseb zaradi motenj hranjenja glede na spol v starostnih skupinah 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2008 in 2015	206

Slika 88. Stopnja prvih obiskov na 100.000 oseb zaradi anoreksije nervoze, bulimije nervoze in neopredeljenih motenj hranjenja med dekleti v starostni skupini 6–14 let, med letoma 2008 in 2015	207
Slika 89. Stopnja prvih obiskov na primarni ravni na 100.000 oseb zaradi anoreksije nervoze, bulimije nervoze in neopredeljenih motenj hranjenja med dekleti v starostni skupini 15–19 let, med letoma 2008 in 2015	207
Slika 90. Stopnja prvih obiskov na 100.000 oseb zaradi anoreksije nervoze, bulimije nervoze in neopredeljenih motenj hranjenja med fanti v starostni skupini 6–14 let, med letoma 2008 in 2015	208
Slika 91. Stopnja prvih obiskov na 100.000 oseb zaradi anoreksije nervoze, bulimije nervoze in neopredeljenih motenj hranjenja med fanti v starostni skupini 15–19 let, med letoma 2008 in 2015	208
Slika 92. Stopnja končnih diagnoz vseh motenj hranjenja na 100.000 oseb, glede na spol v starostnih skupinah 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2008 in 2015	209
Slika 93. Stopnja končnih diagnoz na 100.000 oseb zaradi anoreksije nervoze, bulimije nervoze in neopredeljenih motenj hranjenja med dekleti v starostni skupini od 6 do 14 let, med letoma 2008 in 2015	209
Slika 94. Stopnja končnih diagnoz na 100.000 oseb zaradi anoreksije nervoze, bulimije nervoze in neopredeljenih motenj hranjenja med dekleti v starostni skupini od 15–19 let, med letoma 2008 in 2015	210
Slika 95. Stopnja končnih diagnoz na 100.000 oseb zaradi anoreksije nervoze, bulimije nervoze in neopredeljenih motenj hranjenja med fanti v starostni skupini 6–14 let, med letoma 2008 in 2015	210
Slika 96. Stopnja končnih diagnoz na 100.000 oseb zaradi anoreksije nervoze, bulimije nervoze in neopredeljenih motenj hranjenja med fanti v starostni skupini 15–19 let, med letoma 2008 in 2015	211
Slika 97. Stopnja bolnišničnih obravnav na 100.000 oseb zaradi vseh motenj hranjenja glede na spol v starostnih skupinah 7–14 let in 15–19 let, med letoma 2008 in 2015	212
Slika 98. Stopnja bolnišničnih obravnav na 100.000 oseb zaradi anoreksije nervoze, bulimije nervoze in neopredeljenih motenj hranjenja glede na spol, med letoma 2008 in 2015	212
Slika 99. Stopnja bolnišničnih obravnav na 100.000 oseb zaradi anoreksije nervoze, med dekleti v starostnih skupinah 7–14 let in 15–19 let, med letoma 2008 in 2015	213
Slika 100. Delež mladostnikov, ki so odgovorili, da so nekoliko ali močno predebeli glede na spol in starostno skupino	213
Slika 101. Delež mladostnic, ki so se ocenjevale kot predebele, imele izračunan ITM v območju debelosti ali navedle, da so na dieti, glede na starostno skupino	214
Slika 102. Pregled kontinuiranih načinov zbiranja podatkov različnih pojavnih oblik samomorilnosti med otroki in mladostniki v Republiki Sloveniji	224
Slika 103. Delež 15 let starih mladostnikov, ki so na vprašanje: »Ali si v zadnjih 12 mesecih kdaj resno razmišljal/-a o tem, da bi poskušal/-a narediti samomor?« odgovorili pritrdilno, glede na spol	225
Slika 104. Delež 15 in 16 let starih mladostnikov, ki so na vprašanje »Kako pogosto se ti je zgodilo, da si razmišljal/-a o tem, da bi se poškodoval/-a?« odgovorili s posameznimi vnaprej ponujenimi možnostmi, glede na spol	225
Slika 105. Delež 15 in 16 let starih mladostnikov iz različnih držav, ki so na vprašanje »Kako pogosto se ti je zgodilo, da si razmišljal/-a o tem, da bi se poškodoval/-a?« odgovorili drugače kot Nikoli	226
Slika 106. Delež 15 in 16 let starih mladostnikov, ki so na vprašanje »Kako pogosto se ti je zgodilo, da si razmišljal/-a o tem, da bi se poškodoval/-a?« odgovorili s posameznimi vnaprej ponujenimi možnostmi, glede na spol	226
Slika 107. Delež 15 in 16 let starih mladostnikov, ki so na vprašanje »Kako pogosto se ti je zgodilo, da si poskusil/-a storiti samomor?« odgovorili s posameznimi vnaprej ponujenimi možnostmi o pogostosti samomorilnega poskusa v življenju, glede na spol	227
Slika 108. Delež 15 in 16 let starih mladostnikov iz različnih držav, ki so na vprašanje »Kako pogosto se ti je zgodilo, da si poskusil/-a storiti samomor?« odgovorili drugače kot Nikoli	227
Slika 109. Delež 15 in 16 let starih mladostnikov, ki so na vprašanje »Kako pogosto se ti je zgodilo, da si poskusil/-a storiti samomor?« odgovorili s posameznimi vnaprej ponujenimi možnostmi o pogostosti samomorilnega poskusa v življenju, glede na spol	228

Slika 110. Delež 14 in 15 let starih mladostnikov iz različnih držav, ki so poročali, da so vsaj enkrat v življenju imeli izkušnjo namernega samopoškodovanja	228
Slika 111. Število bolnišničnih obravnav zaradi namernih samopoškodb v starostnih skupinah 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2006 in 2015	229
Slika 112. Število bolnišničnih obravnav zaradi namernih samopoškodb glede na spol in starostni skupini 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2006 in 2015	229
Slika 113. Število bolnišničnih obravnav namernih samopoškodb glede na spol in starostni skupini 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2006 in 2015	230
Slika 114. Število samomorov v starostni skupini 12–19 let, med letoma 2006 in 2015	231
Slika 115. Število samomorov v starostni skupini 12–19 let, glede na spol, med letoma 2006 in 2015	231
Slika 116. Število samomorov v starostni skupini 12–19 let, glede na statistično regijo, med letoma 2006 in 2015	232
Slika 117. Stopnja samomorov na 100.000 oseb v starostni skupini 15–19 let, primerjalno s sosednjimi državami in evropskim povprečjem, med letoma 2006 in 2013	233
Slika 118. Stopnja samomorov na 100.000 oseb v starostni skupini 15–19 let, primerjalno z državami z najvišjimi stopnjami samomorilnosti in evropskim povprečjem, med letoma 2006 in 2013	233

Seznam tabel

Tabela 1. Dejavniki tveganja in varovalni dejavniki na področju duševnega zdravja	22
Tabela 2. Pregled podatkovnih zbirk in raziskav, ki so bile uporabljene v posameznih poglavjih publikacije.....	33
Tabela 3. Indikatorji pozitivnega duševnega zdravja iz raziskav, izvedenih v Sloveniji v obdobju 2006–2016	38
Tabela 4. Delež mladostnikov, ki so zadovoljni z življenjem, glede na starostno skupino in leto izvedbe posamezne raziskave	40
Tabela 5. Število prvih obiskov zaradi duševnih in vedenjskih motenj po starostnih skupinah in spolu med letoma 2008 in 2015.....	57
Tabela 6. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj med fanti v starostni skupini 0–19 let med letoma 2008 in 2015	60
Tabela 7. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj med dekleti v starostni skupini 0–19 let med letoma 2008 in 2015	60
Tabela 8. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj med fanti v starostni skupini 0–5 let med letoma 2008 in 2015	61
Tabela 9. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj med dekleti v starostni skupini 0–5 let med letoma 2008 in 2015	62
Tabela 10. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj med fanti v starostni skupini 0–5 let med letoma 2008 in 2015	62
Tabela 11. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj med dekleti v starostni skupini 0–5 let med letoma 2008 in 2015	63
Tabela 12. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj med fanti v starostni skupini 6–14 let med letoma 2008 in 2015	64
Tabela 13. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj med dekleti v starostni skupini 6–14 let med letoma 2008 in 2015	65
Tabela 14. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj med fanti v starostni skupini 6–14 let med letoma 2008 in 2015	65
Tabela 15. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj med dekleti v starostni skupini 6–14 let med letoma 2008 in 2015	66
Tabela 16. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj med fanti v starostni skupini 15–19 let med letoma 2008 in 2015.....	67
Tabela 17. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj med dekleti v starostni skupini 15–19 let med letoma 2008 in 2015.....	68
Tabela 18. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj med fanti v starostni skupini 15–19 let med letoma 2008 in 2015.....	69
Tabela 19. Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj med dekleti v starostni skupini 15–19 let med letoma 2008 in 2015.....	69
Tabela 20. Število končnih diagnoz zaradi duševnih in vedenjskih motenj po starostnih skupinah in spolu med letoma 2008 in 2015.....	71
Tabela 21. Stopnja končnih diagnoz po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med fanti v starostni skupini 0–19 let med letoma 2008 in 2015	74
Tabela 22. Stopnja končnih diagnoz po sklopih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med dekleti v starostni skupini 0–19 let med letoma 2008 in 2015	75

Tabela 23. Stopnja končnih diagnoz po skupih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med fanti v starostni skupini 0–5 let med letoma 2008 in 2015	75
Tabela 24. Stopnja končnih diagnoz po skupih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med dekleti v starostni skupini 0–5 let med letoma 2008 in 2015	76
Tabela 25. Stopnja končnih diagnoz po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med fanti v starostni skupini 0–5 let med letoma 2008 in 2015	77
Tabela 26. Stopnja končnih diagnoz po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med dekleti v starostni skupini 0–5 let med letoma 2008 in 2015	77
Tabela 27. Stopnja končnih diagnoz po skupih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med fanti v starostni skupini 6–14 let med letoma 2008 in 2015	79
Tabela 28. Stopnja končnih diagnoz po skupih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med dekleti v starostni skupini 6–14 let med letoma 2008 in 2015	80
Tabela 29. Stopnja končnih diagnoz po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med fanti v starostni skupini 6–14 let med letoma 2008 in 2015	80
Tabela 30. Stopnja končnih diagnoz po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med dekleti v starostni skupini 6–14 let med letoma 2008 in 2015	81
Tabela 31. Stopnja končnih diagnoz po skupih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med fanti v starostni skupini 15–19 let med letoma 2008 in 2015	82
Tabela 32. Stopnja končnih diagnoz po skupih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med dekleti v starostni skupini 15–19 let med letoma 2008 in 2015	83
Tabela 33. Stopnja končnih diagnoz po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med fanti v starostni skupini 15–19 let med letoma 2008 in 2015	84
Tabela 34. Stopnja končnih diagnoz po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb med dekleti v starostni skupini 15–19 let med letoma 2008 in 2015	84
Tabela 35. Število bolnišničnih obravnav zaradi duševnih in vedenjskih motenj glede na starostno skupino in spol, med letoma 2008 in 2015	89
Tabela 36. Stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb po skupih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj glede na spol v starostni skupini 0–19 let, med letoma 2008 in 2015	92
Tabela 37. Stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb po skupih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj v starostni skupini 0–5 let, med letoma 2008 in 2015	93
Tabela 38. Stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj v starostni skupini 0–5 let med letoma 2008 in 2015	93
Tabela 39. Stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb po skupih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj glede na spol v starostni skupini 6–14 let, med letoma 2008 in 2015	94
Tabela 40. Stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj glede na spol v starostni skupini 6–14 let, med letoma 2008 in 2015	95
Tabela 41. Stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb po skupih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj glede na spol v starostni skupini 15–19 let, med letoma 2008 in 2015	97
Tabela 42. Stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb po diagnozah duševnih in vedenjskih motenj glede na spol, v starostni skupini 15–19 let, med letoma 2008 in 2015	98
Tabela 43. Delež bolnišničnih obravnav zaradi duševnih in vedenjskih motenj po starostnih skupinah ter vrstah zdravstvene dejavnosti	100
Tabela 44. Število timov v razvojnih ambulantah po izvajalcih zdravstvene dejavnosti za leta 2008, 2011 in 2015	127

Tabela 45. Število timov v dispanzerjih za duševno zdravje in število lokacij po OE ZZSZ izvajalcev zdravstvene dejavnosti v letu 2015.....	129
Tabela 46. Število prvih obiskov zaradi reakcije na hud stres glede na spol v starostni skupini 0–19 let, med letoma 2008 in 2015.....	148
Tabela 47. Število prvih obiskov zaradi reakcije na hud stres glede na starostno skupino, med letoma 2008 in 2015	148
Tabela 48. Število končnih diagnoz zaradi reakcije na hud stres glede na spol v starostni skupini 0–19 let, med letoma 2008 in 2015.....	149
Tabela 49. Število končnih diagnoz zaradi reakcije na hud stres glede na starostno skupino, med letoma 2008 in 2015	150
Tabela 50. Število bolnišničnih obravnav zaradi reakcije na hud stres glede na spol v starostni skupini 0–19 let, med letoma 2008 in 2015	151
Tabela 51. Število bolnišničnih obravnav zaradi reakcije na hud stres glede na starostno skupino, med letoma 2008 in 2015	151
Tabela 52. Delež mladostnikov v starostni skupini 16–19 let po izbranih odgovorih na vprašanje »Kako pogosto čutiš stres?« glede na spol, v letih 2010 in 2013.....	153
Tabela 53. Število prvih obiskov ter število končnih diagnoz depresivne epizode in ponavljajoče se depresivne motnje za starostno skupino 6–19 let, med letoma 2008 in 2015	169
Tabela 54. Število prvih obiskov ter število končnih diagnoz depresivne epizode in ponavljajoče se depresivne motnje glede na spol, v starostnih skupinah 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2008 in 2015	170
Tabela 55. Število bolnišničnih obravnav zaradi diagnoz depresivna epizoda in ponavljajoča se depresivna motnja v starostni skupini 6–19 let, med letoma 2008 in 2015	172
Tabela 56. Število bolnišničnih obravnav zaradi diagnoz depresivna epizoda in ponavljajoča se depresivna motnja glede na spol in starostni skupini 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2008 in 2015	173
Tabela 57. Število izdanih receptov za zdravila iz farmakološke skupine No6A Antidepresivi glede na spol in starostno skupino, med letoma 2008 in 2015	175
Tabela 58. Število prvih obiskov in število končnih diagnoz fobične anksiozne motnje ter druge anksiozne motnje v starostni skupini 6–19 let, med letoma 2008 in 2015	178
Tabela 59. Število prvih obiskov ter število končnih diagnoz fobične anksiozne motnje in druge anksiozne motnje glede na spol in starostni skupini 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2008 in 2015	179
Tabela 60. Število bolnišničnih obravnav zaradi diagnoz fobične anksiozne motnje in druge anksiozne motnje, glede na spol v starostnih skupinah 6–14 let in 15–19 let, med letoma 2008 in 2015.....	181
Tabela 61. Število izdanih receptov za zdravila iz farmakološke skupine No5B Anksiolitiki glede na spol in starostno skupino, med letoma 2008 in 2015	183
Tabela 62. Število izdanih receptov No6B glede na spol in starostno skupino, med letoma 2008 in 2015.....	197
Tabela 63. Stopnja samomorov na 100.000 in na 1000 oseb v starostni skupini 15–19 let, med letoma 2006 in 2015	232

Stvarno kazalo

A

Anksioznost, 33, 51 – 54, 66, 67, 69, 70, 81, 82, 84, 85, 87, 88, 95, 98, 115, 146, 159, 165 – 168, 177 – 188, 193, 246, 248, 250

B

Bolnišnične obravnave (hospitalizacije), 27, 30, 31, 52 – 56, 89 – 105, 113, 114, 121, 123, 145, 146, 150 – 152, 157, 165, 167, 168, 172 – 174, 181, 182, 184 – 188, 192, 193, 196, 200, 203, 205, 211 – 213, 215, 216, 221, 223, 229, 230, 235, 236, 248, 250

Č

Čustvene in vedenjske težave, 53, 145 – 147, 154 – 157, 160

D

Dejavniki tveganja, 21, 22, 124

Depresija, 33, 53, 54, 115, 165 – 176, 184 – 188

Destigmatizacija, 144, 241, 246 – 248

Dispanzerji za duševno zdravje, 119, 122, 123, 129 – 131

Definiran dnevni odmerek, 31, 56, 168, 175, 183

H

Hiperkinetična motnja, 33, 63, 64, 77, 78, 81, 87, 88, 192 – 200

K

Končna diagnoza, 55, 210

Krepitev (promocija) duševnega zdravja, 18, 37, 47, 141, 241, 243

Kontinuum, 19, 20, 36, 204

L

Ležalna doba, 100, 101, 105

M

Motnje hranjenja, 33, 54, 67, 81, 84, 85, 95, 96, 98, 103, 104, 115, 124, 203 – 218, 248

Mreža služb, 119 – 142, 241, 249

P

Positivno duševno zdravje, 18 – 20, 36 – 47, 242, 248

Preprečevanje (preventiva) duševnih težav, 18, 45, 47, 114, 119, 122, 141, 145, 184, 241, 244

Psihosomatski simptomi, 21, 145 – 147, 153, 154, 157, 158 – 160

R

Razvojne ambulante, 119, 120, 122, 126 – 129

S

Samomor, 221 – 223, 230 – 238

Samomorilne misli, 30, 221 – 223, 225, 226

Samopoškodbeno vedenje, 30, 221 – 224, 227 – 230, 235, 238

Stres, 145 – 153, 157 – 161

V

Varovalni dejavniki, 21, 22

Z

Zadovoljstvo z življenjem, 20, 36, 38 – 41, 45, 46

Zdravila, 31, 54 – 56, 105 – 112, 115, 168, 174, 175, 182 – 185, 188, 196, 197

NIJZ Nacionalni inštitut
za javno zdravje

Nacionalni inštitut za javno zdravje

Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

Telefon: + 386 1 2441 400

E-pošta: info@nijz.si

Gradivo je dostopno na: <http://www.nijz.si>

