

23.

Rtiško strokovno srečanje



SEKCIJA ZA
ŠOLSKO, ŠTUDENSKO
IN ADOLESCENTNO
MEDICINO
PRI SZD

Debeli rtič
ZDRAVILIŠČE



MULTIDISCIPLINARNI PRINCIPI POMOČI OTROKOM IN MLADOSTNIKOM S TEŽAVAMI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

14. junij
2025



PROGRAM

8.30 – 9.00 REGISTRACIJA

9.00 – 9.15 UVOD

9.15 – 9.45 Predstavitev pilotnega skrininga za depresijo, anksioznost in suicidalnost
Domen Kralj, mag. psihologije, NIJZ OE Celje, vodja projekta

9.45 – 11.00 Kako postopati z depresivnim, anksioznim, suicidalnim mladostnikom v ambulanti izbranega zdravnika; indikacije za napotitev na ambulantno obravnavo

Komunikacija s suicidalnim mladostnikom

Sanja Zupanič Mali, dr. med., spec. otr. in mlad. psih.,
dr. Andreja Mikuž, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

11.00 – 11.15 RAZPRAVA

11.15 – 11.30 Usposabljanje zdravstvenih delavcev v projektu »Ker te štekam« za učinkovito naslavljanje samomorilnega vedenja pri mladih
doc. dr. Nuša Zadravec Šedivy, univ. dipl. psih.

11.30 – 11.45 Vznemirljivo potovanje po razvijajočih se možganih
doc. dr. Tina Bregant, dr. med., spec. ped., spec. fizikalne in rehab. med.

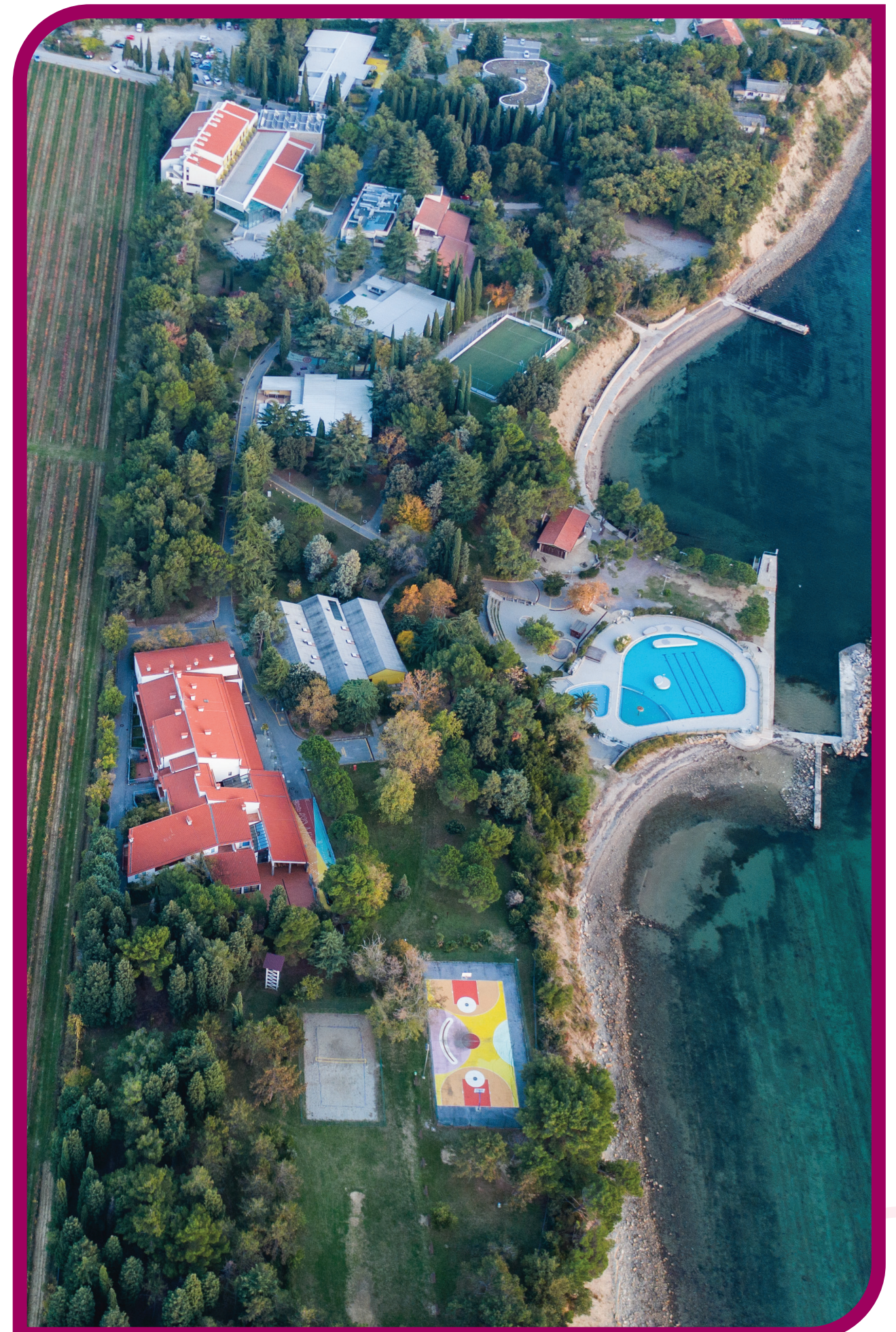
11.45 – 12.15 ODMOR

12.15 – 12.30 Primer sodelovanja med timom šolske ambulante, Centrom za duševno zdravje otrok in mladostnikov in KUOPP
Tina Svetlik dr. med., spec. ped., Majda Troha dr. med., spec. šolske med.

12.30 – 14.30 OKROGLA MIZA: Stanje usmerjanja – multidisciplinarna obravnava otrok s posebnimi potrebami na področju učenja
moderatorica Eva Breclj, dr. med., spec. ped.

Povabljeni:

- Minister za vzgojo in izobraževanje, dr. Vinko Logaj
- dr. Natalija Vovk Ornik, vodja Oddelka za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami, ZRSŠ
- mag. Barbara Stožir Curk, univ. dipl. psih., predsednica Sekcije psihologov v VI, pri Društvu psihologov Slovenije, ZRSŠ
- dr. Andreja Mikuž, univ. dipl. psih., spec. klin. psih. vodja Centra za duševno zdravje otrok in mladostnikov, enota Vič Rudnik
- Alenka Fatur, univ. dipl. prof. defektologije, Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov, ZD Postojna
- Martina Trobec Kralj, dr. med., spec. ped., Razvojna ambulanta z vključenim centrom za zgodnjo obravnavo, ZD Koper



OBLIKOVANJE PROTOKOLA ZA ZGODNJE ODKRIVANJE DUŠEVNIH TEŽAV MLADOSTNIKOV: IZSLEDKI FOKUSNIH SKUPIN

DESIGNING A PROTOCOL FOR THE EARLY IDENTIFICATION OF MENTAL HEALTH DIFFICULTIES IN ADOLESCENTS: INSIGHTS FROM FOCUS GROUPS

Domen Kralj, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Sandra Mihelič Jaidzeka, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Tjaša Kotnik, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Jerneja Kožar, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Polonca Truden Dobrin, Nacionalni inštitut za javno zdravje

doc. dr. Ivanka Huber Kropec, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Anja Časar, Nacionalni inštitut za javno zdravje

asist. dr. Ana Šemrov, Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta

doc. dr. Nuša Zadavec Šedivy, Univerza na Primorskem, Inštitut Andrej Marušič, Slovenski center za raziskovanje samomora

prof. dr. Vita Poštuvan, Univerza na Primorskem, Inštitut Andrej Marušič, Slovenski center za raziskovanje samomora

*domen.kralj@nijz.si

POVZETEK

Uvod: Pravočasno odkrivanje duševnih težav med mladimi pomembno prispeva k preprečevanju nastanka duševnih motenj kasneje v odraslosti ter mlade okrepi za uspešen prehod skozi to pomembno razvojno obdobje. V Sloveniji se, tako kot v drugih državah po svetu, pojavljajo naraščajoči trendi duševnih stisk med mladimi v starosti 15-19 let, pri čemer so najpogostejše: reakcije na hud stres, anksioznost in depresivnost (Jeriček Klanšček idr., 2018; Mojtabaj in Olfson, 2020; Wu idr., 2022). Zaskrbljujoč je tudi podatek, da je samomor drugi najpogostejši vzrok smrti pri osebah, starih 15-29 let (WHO, 2019).

V okviru projekta Zgodnja prepoznavna težav in preventivno delo z mladostniki, ki poteka na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje, je eden od ciljev projekta priprava protokola presejanja

za težave v duševnem zdravju mladostnikov ter pilotni preizkus protokola v lokalnih okoljih. Na podlagi teoretičnega pregleda literature bodo v pilotno presejanje vključena področja anksioznosti, depresije in samomorilnosti. Uporabljeni bodo kratki, standardizirani vprašalniki z dobrimi psihometričnimi značilnostmi. V raziskavo bodo vključeni dijaki prvih in tretjih letnikov srednjih šol iz treh slovenskih regij, ki bodo vprašalnike izpolnjevali v elektronski obliki. Pilotno presejanje bo zastavljeno multidisciplinarno, s poudarkom na povezovanju šolskega in zdravstvenega sektorja. Pilotni protokol bo preizkušen v okviru obstoječih preventivnih zdravstvenih pregledov v srednjih šolah.

Pred načrtovanjem protokola je bila izvedena kvalitativna študija, katere namen je bil pridobiti podatke o: 1) stanju in potrebah mladih; 2) optimalnih načinih izvajanja presejanja za področje duševnega zdravja med mladimi.

Metode: V raziskavi je bila uporabljena kvalitativna metoda fokusnih skupin: 1) fokusna skupina z dijaki (7 udeležencev); 2) fokusna skupina s šolskimi svetovalnimi delavci, ki se je izvedla v dveh delih (10 udeležencev v prvem delu, 7 udeležencev v drugem delu). Uporabljeno je bilo namensko vzorčenje. Vključeni sogovorniki so prihajali z različnih šol in raznolikih lokalnih okolij. Fokusne skupine so bile, s soglasjem sodelujočih, zvočno posnete, trajale so okoli 90 minut in so bile izvedene s pomočjo vnaprej pripravljenih vprašanj. Posnetki so bili transkribirani in analizirani s pomočjo kodiranja.

Rezultati: Sogovorniki v obeh fokusnih skupinah so ob naslavljanju 1) stanja in potreb mladih izpostavili, da je med mladimi prisotno vse večje doživljanje stresa in anksioznosti. Dijaki so poudarili zlorabo alkohola in drog, ki postajajo vse bolj dostopne ter uporabo modernih tehnologij/ omrežij, zaradi katerih imajo občutek, da so nenehno opazovani. Ugotovitve šolskih svetovalnih delavcev so skladne z ugotovitvami dijakov – druženja mladih so vse pogostejše vezana na digitalne oblike pogovorov, vse več je nekemičnih oblik zasvojenosti. Pri mladostnikih opažajo tudi pomanjkanje socialnih kompetenc in težave pri spoprijemanju s stresom. Tako dijaki kot šolski svetovalni delavci so poudarili, da je pri iskanju strokovne pomoči pogostokrat prisoten strah pred zlorabo zaupanja, prav tako pa oboji poudarjajo željo po rednem izvajanju preventivnih aktivnosti s področja duševnega zdravja v šolah. Sinteza ugotovitev o 2) optimalnih načinih izvajanja presejanja razkriva, da si dijaki bolj kot prepoznavanje težav skozi presejalna orodja, želijo individualne razgovore s strokovnjakom. V primeru uporabe presejalnih orodij pričakujejo kratke vprašalnike, ki jih lahko izpolnijo v šolskem okolju, informacije do presejalnih vprašalnikov pa so na voljo samo usposobljenim strokovnjakom. Šolski svetovalni delavci prav tako poudarjajo vlogo osebnih razgovorov z mladostniki. Najbolj optimalno okolje za izvedbo presejanja vidijo v okviru zdravniških preventivnih pregledov.

Diskusija in zaključek: Udeleženci v raziskavi prepoznavajo številne koristi zgodnjega odkrivanja težav v duševnem zdravju mladih. Ena od njih je tudi potencial zmanjševanja stigme, saj univerzalno presejanje vključuje vse mladostnike, ne le tiste s simptomi. To lahko vodi v normalizacijo pogovorov o duševnih stiskah in večjo povezanost v razredu (Rickwood idr., 2007). Poleg tega presejanje omogoča hitrejšo obravnavo težav, preden te postanejo kronične ali resnejše (McGorry idr., 2011).

Izsledki raziskave fokusnih skupin dajejo pomemben vpogled v mnenja in stališča mladostnikov ter kažejo, da pri načrtovanju presejanja med mladimi ni dovolj le uporaba standardiziranih vprašalnikov. Ključno je ustvariti varno, zaupno okolje ter tistim mladostnikom, ki potrebujejo pomoč ali podporo, omogočiti možnost osebnega razgovora s strokovnjakom. Pridobljene ugotovitve predstavljajo pomembno osnovo za nadaljnji razvoj protokola presejanja, ki bo ustrezno prilagojen potrebam mladih, zagotavljal strokovno in etično izvedbo postopkov ter zajemal medsektorsko povezovanje različnih strokovnih služb.

Ključne besede: presejanje, duševno zdravje mladih, kvalitativne raziskave, fokusne skupine

Abstract

Introduction: Early identification of mental health difficulties in adolescence significantly contributes to the prevention of mental disorders in adulthood and supports young people in navigating through this important developmental period. In many countries worldwide, as well as in Slovenia, there is a growing trend of diagnosed mental health disorders among adolescents aged 15 to 19. The most common disorders include stress-related reactions, anxiety, and depression (Jeriček Klanšček et al., 2018; Mojtabai & Olfson, 2020; Wu et al., 2022). Particularly concerning is the fact that suicide is the second leading cause of death among individuals aged 15 to 29 (WHO, 2019).

As part of the project “Early Detection and Prevention Approaches in Adolescent Mental Health”, led by the National Institute of Public Health, one of the key goals is to develop a screening protocol for mental health difficulties among adolescents and to pilot its implementation in local settings. Based on literature review, the pilot screening will focus on anxiety, depression, and suicidality. Short, standardized questionnaires with good psychometric properties will be used. The study will include first- and third-year secondary school students from three Slovenian regions, who will complete the questionnaires electronically. The screening will follow a multidisciplinary approach, with a strong emphasis on collaboration between the education and health sector. The protocol will be tested within the existing structure of preventive medical check-ups in secondary schools.

Prior to the protocol design, a qualitative study was conducted with the aim of gathering insights into: (1) the current mental health status and needs of adolescents, and (2) optimal ways of implementing mental health screening among youth.

Methods: We used qualitative focus group methodology. Two focus groups were conducted: a group with secondary school students (7 participants) and a two-part group with school counsellors (10 participants in the first session, 7 in the second). Purposive sampling was used. The participants were selected from various schools and diverse local environments. With the participants' consent, the focus group discussions were audio recorded. Each session lasted approximately 90 minutes and was conducted using a semi-structured group interview format. The recordings were transcribed and analysed using thematic coding.

Results: 1) Addressing the needs of adolescents, participants in both groups reported a noticeable increase in stress and anxiety among young people. Students emphasized the growing influence of digital technologies and social media, which contribute to a constant sense of being observed. School counsellors echoed these concerns and also noted a decline in students' social and emotional competencies. Both groups highlighted that fear of breaching confidentiality often prevents young people from seeking professional help. At the same time, both groups advocated for the inclusion of mental health prevention activities into school curricula. 2) In terms of preferred screening approaches, students emphasized the value of one-on-one conversations with professionals over the use of questionnaires. If screening tools are used, they prefer short questionnaires administered within the school environment. Counsellors also stressed the importance of individual conversations and suggested that school-based regular prevention check-ups could provide an appropriate setting for screening.

Discussion and conclusion: Based on our findings, participants agree that mental health screening can provide many benefits. One of the most important is its potential to reduce stigma – by involving all adolescents, not just those already showing signs of distress and it can also normalize conversations about mental health and reduces feelings of exclusion or labeling (Rickwood et al., 2007). In addition, screening enables earlier identification of emerging problems, which makes timely support and intervention possible and helps prevent difficulties from escalating into more

serious or chronic mental health conditions (McGorry et al., 2011).

The findings suggest that effective mental health screening among adolescents requires more than standardized questionnaires. It is essential to create a safe, confidential environment and ensure access to individual consultations with professionals for those who need them. These insights provide an important foundation for designing a youth-centered, ethically sound screening protocol that also encourages collaboration among different professional sectors.

Keywords: screening, adolescent mental health, qualitative research, focus groups

Literatura

1. Jeriček Klanšček, H., Roškar, S., Vinko, M., Konec Juričič, Nuša., Hočevnar-Grom, A., Bajt, M., Čuš, A., Furman, L., Zager Kocjan, G., Hafner, A., Medved, T., Bračič, M. F., in Poldrugovac, M. (z Maučec Zakotnik, J., Eržen, I., Gregorič Kumperščak, H., Janjušević, P., in Dernovšek, M. Z.). (2018). Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji. Nacionalni inštitut za javno zdravje.
2. McGorry, P. D., Purcell, R., Goldstone, S., & Amminger, G. P. (2011). Age of onset and timing of treatment for mental and substance use disorders: Implications for preventive intervention strategies and models of care: Current Opinion in Psychiatry, 24(4), 301–306. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283477a09>
3. Mojtabai, R., & Olfson, M. (2020). National Trends in Mental Health Care for US Adolescents. JAMA Psychiatry, 77(7), 703. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0279>
4. Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? Medical Journal of Australia, 187(S7). <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x>
5. World Health Organization. (2019). Guidance on mental health and psychosocial support for normative school settings: An approach for low- and middle-income countries. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf>
6. Wu, Z., Wang, B., Xiang, Z., Zou, Z., Liu, Z., Long, Y., & Chen, X. (2022). Increasing Trends in Mental Health Problems Among Urban Chinese Adolescents: Results From Repeated Cross-Sectional Data in Changsha 2016–2020. Frontiers in Public Health, 10, 829674. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.829674>

Kako postopati z depresivnim, anksioznim, suicidalnim mladostnikom v ambulanti izbranega zdravnika; indikacije za napotitev v službe za duševno zdravje; komunikacija s suicidalnim mladostnikom

Sanja Zupanič Mali^{1,2}, Andreja Mikuž^{1,3}

¹ Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov Ljubljana Vič-Rudnik, ZD Ljubljana, Trg mladinskih delovnih brigad 7, 1000 Ljubljana

² UL Medicinska fakulteta, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana

³ Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana

1. UVOD

Anksiozne motnje so najpogostejše duševne motnje v otroštvu in mladostništvu. Pri mladostnikih najpogostejše srečamo socialno fobijo, panično motnjo, specifične fobije, agorafobijo, generalizirano anksiozno motnjo, akutno stresno reakcijo, prilagoditveno motnjo, posttravmatsko stresno motnjo, obsesivno-kompulzivno motnjo in somatoformne motnje, ki po deseti izdaji Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10) prav tako spadajo med anksiozne motnje (1, 2). Depresivno motnjo glede na število in intenzivnost simptomov ter okrnjenost splošnega funkcioniranja mladostnika opredelimo kot blago, zmerno ali hudo, slednji so lahko pridruženi tudi psihotični simptomi. Simptomi depresivne in anksiozne motnje se pogosto prepletajo – če mladostnik izpolnjuje diagnostične kriterije za obe motnji, postavimo diagnozo mešana anksiozna in depresivna motnja (2).

V raziskavi Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju (HBSC), ki jo na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ) izvajajo v sodelovanju z Regionalno pisarno za Evropo Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), je leta 2023 svoje zdravje kot odlično ocenilo 37,8 % sodelujočih slovenskih mladostnikov, 28,5 % je bilo zelo zadovoljnih s svojim življenjem. Ocena zdravja in zadovoljstvo z življenjem se pomembno slabša od 11. do 17. leta. 22,0 % mladostnikov je na lestvici SZO-5 doseglo rezultat, ki kaže slabo kakovost življenja in povišano verjetnost depresije, pomembno višji je bil delež med dekleti. Od 2018 do 2022 se je odstotek mladostnikov s povišano verjetnostjo depresije pomembno povišal (22,0 % v primerjavi s 13,4 %). O občutkih žalosti ali obupanosti, ki so bili prisotni vsaj dva tedna v zadnjem letu in so vplivali na vsakodnevne dejavnosti, je poročal vsak tretji mladostnik (32,9 %). 16,6 % mladostnikov je v letu 2022 resno razmišljalo o tem, da bi poskušalo narediti samomor, kar je bistveno več kot v letu 2014. Dekleta so pogostejše kot fantje poročala o občutjih žalosti in samomorilnih mislih. Samomorilne misli so bile približno enako pogoste v starostnih skupinah 13-, 15- in 17-letnikov. O občutkih osamljenosti v zadnjem letu je poročalo 16,3 % mladostnikov; dekleta v višjem odstotku kot fanti. Mladostniki so na lestvici anksioznosti v povprečju dosegli 6,7 od možnih 21 točk (višji rezultat kaže na višjo stopnjo izraženosti anksioznih simptomov). Dekleta so v primerjavi s fanti v vseh starostnih skupinah izražala višjo stopnjo

anksioznih simptomov, ta se je zviševala tudi s starostjo. Odstotek mladostnikov s težjo obliko anksioznosti (17 ali več točk) je bil 6,7 %, delež je v vseh starostnih skupinah pomembno višji pri dekletih (3).

Obiski otrok in mladostnikov zaradi simptomov duševnih motenj v ambulantah primarnega zdravstvenega varstva naraščajo tako v Sloveniji kot zahodnem svetu (4, 5). Obravnava mladostnikov s težavami na področju duševnega zdravja v pediatrični ambulanti predstavlja izziv zlasti zaradi pomanjkanja časa pediatrov. Ključni koraki v obravnavi so: pridobitev natančne anamneze, izključitev somatskih vzrokov za težave, pravočasna napotitev k strokovnjakom iz področja duševnega zdravja in takojšnji podporni ukrepi v okolju mladostnika, ob naštetem pa primerna komunikacija z mladostnikom in starši oz. skrbniki (5, 6).

Namen pričujočega prispevka je predstaviti vlogo pediatra pri zgodnjem ukrepanju ob depresivni in anksiozni motnji pri mladostnikih ter opisati uporabne ukrepe, ki jih lahko uporabimo v vsakdanji ambulantni praksi. Uvodoma je smiselna tudi seznanitev z delovanjem mreže ambulantnih služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji ter načrtom za njeno dopolnitev in razvoj.

2. MREŽA AMBULANTNIH SLUŽB ZA DUŠEVNO ZDRAVJE OTROK IN MLADOSTNIKOV

S sprejetjem Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPZ18–28) se je začela vzpostavljati mreža centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov (CDZOM), kar je v nekaterih okoljih pomenilo reorganizacijo in dopolnjevanje obstoječih služb, drugod pa vzpostavljanje služb povsem na novo. Aktualno je bilo na dan 1. 1. 2025 vzpostavljenih 25 timov CDZOM. Največja vrzel je v Ljubljani, kjer sta namesto šestih vzpostavljena dva tima, v vzpostavljanju je še tim v Kočevju (7, 8). Vendar pa vzpostavitev še ne pomeni dejanske potrebne kadrovske zasedbe multidisciplinarnih timov, v katerih naj bi po modelu interdisciplinarnega timskega dela v vsakem timu delovali specialist otroške in mladostniške psihiatrije, štirje specialisti klinične psihologije, en psiholog, dva specialna pedagoga, specialist klinične logopedije, logoped, delovni terapevt, dve diplomirani ali višji medicinski sestre in zdravstveni administrator (7). V mreži tako deluje 17 specialistov otroške in mladostniške psihiatrije, osem delovnih mest je nezasedenih. V procesu specialističnega izobraževanja je 11 specializantov. V mreži CDZOM sprva predvidenih 100 kliničnopsiholoških ambulant je zaposlenih 30 specialistov klinične psihologije (FTE 23,5) in 48 specializantov (FTE 8,31). Zaradi pomanjkanja specialistov klinične psihologije je kot prehodna rešitev namesto predvidenih 25 zaposlenih skupno 45 psihologov (FTE 35,75) (9). V mreži še zmeraj delujejo tudi posamezne samostojne pedopsihatrične in kliničnopsihološke ambulante, tako znotraj zdravstvenih domov in bolnišnic kot ambulant s koncesijami. Ambulantne zdravstvene programe izvaja Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana, bolnišnične programe sekundarne in terciarne preventive pa Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna in Bolnišnica za otroke Šentvid pri Stični. Nekatere zdravstvene storitve, predvsem za otroke in mladostnike s posebnimi potrebami, ki so tam vključeni v vzgojno-izobraževalne programe, izvajajo tudi posebni zavodi, npr. Zavod za gluhe in naglušne Ljubljana in Center za sluh in govor Maribor. Ambulantna obravnava motenj hranjenja pogosto zahteva obravnavo v subspecialistični ambulanti UKC Ljubljana in UKC Maribor (10). Na terciarnem nivoju delujejo tri podporne ambulante CDZOM, ki sprejemajo urgentne napotitve otrok in mladostnikov k pedopsihiatru (11).

Kljub širitvi mreže služb za pomoč otrokom in mladostnikom je po epidemiji COVID-19 prišlo do velikega porasta čakalnih dob za prvi pregled pri otroškem in mladostniškem psihiatru. Incidenca prvih pregledov otrok in mladostnikov, pri katerih je bila vodilna diagnoza s področja duševnih motenj (poglavje F v MKB-10), je v primarnem zdravstvu (zajete pediatrične, šolske, razvojne ambulante in ambulante splošne nujne medicinske pomoči) že pred epidemijo, od leta 2008 do 2019, naraščala s povprečno letno rastjo 4,5 %. Po letu 2019 je prišlo še do znatnega povišanja teh obiskov – kar

¹ Full-time Equivalent, dejanska prisotnost na delovnem mestu. Ob hkratni vzpostavitvi velikega števila programov in zaposlovanja je izziv pri stabilnem delovanju služb tudi stalna odsotnost večjega števila zaposlenih. Od skupno 335 strokovnjakov v mreži je bil na dan 1. 2. 2025 FTE 238,56.

v letih 2020-2022 v primerjavi z leti 2018-2019 20 % porast. V letih 2020-2022 je bilo glede na obdobje 2018-2019 izdanih 23 % več napotnic za prvi pedopsihiatrični pregled pod stopnjo nujnosti "redno", "hitro" in "zelo hitro" ter kar 41 % več napotnic s stopnjo nujnosti "nujno" (4). Za primerjavo - leta 2020 je bilo za prvi pregled otroka pri kliničnem psihologu izdanih 2347 napotnic in za prvi pedopsihiatrični pregled 2092, leta 2024 pa od januarja do novembra za prvi pregled pri kliničnem psihologu že 4886, pri pedopsihiatru pa 3040, pri čemer je v CDZOM prvi pregled mogoč tudi brez izdane napotnice (9). Strokovnjaki so po epidemiji COVID-19 poročali ne le o večji incidenci, pač pa tudi o večjem deležu pacientov s težjo psihopatologijo ter kompleksnimi družinskimi okoliščinami, kar zahteva bolj intenzivno obravnavo (4). NIJZ, Združenje za otroško in mladostniško psihiatrijo in Razširjeni strokovni kolegij za otroško in mladostniško psihiatrijo si prizadevajo, da bi vsak CDZOM zaposloval dva specialista otroške in mladostniške psihiatrije (12).

3. PRIDOBITEV ANAMNEZE

Za mladostnika, ki pride na pregled zaradi težav na področju duševnega zdravja ali psihosomatskih simptomov, je potrebno zagotoviti dovolj časa za umirjen in poglobljen pogovor. Zaradi pomanjkanja časa je smiselno načrtovati več obiskov, mladostniku pojasniti časovno omejenost posameznega obiska ter skupaj z njim določiti prioriteto težavo, ki se jo naslovi ob vsakem obisku (5). Z mladostnikom moramo nujno govoriti na samem, brez prisotnosti staršev, saj želijo mnogi mladostniki nekatere simptome in težave, zlasti najbolj ogrožajoče, pred starši prikriti (11).

Osredotočimo se na:

- **Klinične simptome:** Vprašamo o osnovnih simptomih depresije in anksioznosti. Depresivna motnja se kaže kot vsaj dvotedensko obdobje znižane razpoloženjske lege, izrazite razdražljivosti ali izgube zanimanja oz. užitka (anhedonija) ob prisotnosti nadaljnjih simptomov, kot so utrujenost, upad energije in volje, občutki brezupa ali krivde, motnje spanja, sprememba apetita, motnje koncentracije ter samomorilne misli. Anksiozne motnje vključujejo pretirano, težko obvladljivo tesnobo, zaskrbljenost ali strah, kar ovira vsakodnevno funkcioniranje. Pri anksioznih motnjah se zanimamo za intenzivno zaskrbljenost, pretirano napetost ali bojazen v specifičnih situacijah, panične napade ter kaj jih sproži (2, 13). Pomembno je mladostnika telesno pregledati in ugotoviti prisotnost morebitnega samopoškodbenega vedenja. Raziskati in diferencialno diagnostično opredeliti moramo tudi telesne simptome, ki so lahko del depresivne in anksiozne motnje ali pa kažejo na druge, telesne bolezni ali stanja (utrujenost, težko dihanje, razbijanje srca, vrtoglavica, bolečine, itd.). Preverimo rabo alkohola in drugih psihoaktivnih snovi (14).
- **Sprožilne dejavnike:** V obdobju prehoda iz otroštva v mladostništvo in iz mladostništva v obdobje zgodnje odraslosti se lahko zaradi biološke, psihološke in/ali socialne ranljivosti poveča tveganje za razvoj anksioznih in depresivnih motenj. Ključni biološki predispozicijski dejavniki vključujejo genetsko ranljivost (npr. družinska anamneza depresije ali druge duševne motnje) ter hormonske spremembe v puberteti. Večje tveganje za razvoj depresivne in anksiozne motnje nosijo mladostniki, ki odrasčajo v konfliktnih družinah, ob starših, ki otrokom ne zmorejo nuditi ustrezne čustvene podpore ter ob starših z lastno duševno boleznijo. Med pogoste sprožilce spadajo predvsem ob odsotnosti varovalnih dejavnikov tudi hud akutni stres in travmatski dogodki (npr. smrt bližnje osebe, ločitev staršev, telesna ali spolna zloraba), prav tako kronične bolezni ali invalidnost mladostnika. Med okoljskimi obremenilnimi dejavniki so s pojavom depresije in anksioznosti povezani tudi šolski pritiski, socialna izolacija od vrstnikov ter izpostavljenost medvrstniškemu nasilju (15). K pojavu simptomov depresije in tesnobe pri mladostnikih lahko

ob prisotnosti drugih predispozicijskih dejavnikov prispevata tudi visoka stopnja akademskega stresa in tekmovalno šolsko okolje (16).

- **Vzdrževalne dejavnike:** Ti onemogočajo okrevanje in vzdržujejo stanje. Mednje sodijo neučinkovite miselne strategije, predvsem premlevanje (ruminacije) in negativni kognitivni vzorci (17). Pomemben vzdrževalni dejavnik pri anksioznih motnjah je tudi izogibalno vedenje. Eden jedrnih simptomov obeh motenj, obenem pa tudi močan vzdrževalni dejavnik, so motnje spanja; poslabšujejo čustveno uravnavanje, kar poveča tveganje za poslabšanje razpoloženja in samomorilnih misli (18). Na vzdrževanje motenj vplivata socialna izolacija in prekomerna raba ekranov, raziskave kažejo, da mladostniki, ki dnevno preživijo več kot štiri ure pred elektronskimi napravami, razvijejo več simptomov depresije in anksioznosti (19). Nezadostna telesna dejavnost, neuravnotežena ali neredna prehrana in nezdrav življenjski slog dodatno zmanjšujejo odpornost na stres in ohranjanje čustvene stabilnosti (20).
- **Varovalne dejavnike:** Iščemo zaščitne dejavnike pri mladostniku, v družini in neposrednem socialnem okolju ter možnosti podpore. Med varovalne dejavnike sodijo stabilno in podporno družinsko okolje, pozitivna vloga vrstnikov ali učiteljev, trenerjev in drugih pomembnih odraslih, sproščujoče prostočasne aktivnosti, uspeh na šolskem ali drugem področju, itd. (11).

V pogovoru z otrokom, mladostnikom in njegovimi pomembnimi odraslimi preverjamo tudi prepričanja o težavah na področju duševnega zdravja, vire informacij, morebitne oblike pomoči, ki so jih že poiskali in skladnost le-teh s kliničnimi smernicami za obravnavo duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih (8, 11).

4. TELESNE PREISKAVE

Telesni vzroki depresivnih in anksioznih simptomov so lahko povezani z boleznimi ščitnice, anemijo, mononukleozo in drugimi okužbami, avtoimunimi boleznimi, epilepsijo, astmo, kronično vnetno črevesno boleznijo, nosečnostjo, nekaterimi vrstami rakov, sindromom kronične utrujenosti po prebolelih okužbah, zastrupitvi s svincem in drugimi telesnimi vzroki. Pri vseh mladostnikih, ki imajo telesne simptome (npr. glavobole, drisko, bolečine, utrujenost, palpitacije, motnje apetita), je potrebno z laboratorijskimi in drugimi preiskavami izključiti telesne vzroke (21). Če je paničnemu napadu kdaj sledila izguba zavesti, je mladostnika potrebno napotiti k otroškemu nevrologu, saj gre lahko za epilepsijo temporalnega režnja (22). V primeru psihiatričnih simptomov moramo ob odstopajočih vrednostih jetrnih testov izključiti Wilsonovo bolezen (23). Simptome depresivne in anksiozne motnje lahko povzročajo tudi nekatera zdravila, najpogosteje uporabljeni so kortikosteroidi, oralna kontracepcija in psihostimulansi. Pri mladostnikih moramo preveriti tudi rabo alkohola, nikotina, marihuane, anabolnih steroidov in drugih psihoaktivnih substanc, ki lahko sprožijo ali poslabšajo simptome depresivne in anksiozne motnje (21).

Prevalenca pomanjkanja vitamina D pri mladostnikih z duševnimi motnjami je pomembno višja kot pri mladostnikih brez duševnih motenj, prav tako je lahko pomanjkanje vitamina D vzrok za rezistenco pri zdravljenju depresije (24), zato je na vseh slovenskih pedopsihiatričnih oddelkih laboratorijska preiskava nivoja 25-hidroksivitamina D vključena med rutinske preiskave ob hospitalizaciji – pri vseh z dokazano hipovitaminozo pa vitamin tudi nadomeščamo. Pri mladostnikih z dejavniki tveganja za pomanjkanje vitamina B12 (npr. pri pacientih z motnjami hranjenja ali veganskim načinom prehranjevanja) je smiselno preveriti tudi nivo tega vitamina; pomanjkanje je lahko povezano s psihiatričnimi simptomi (25).

5. PRVI UKREPI PRI DEPRESIVNI IN ANKSIOZNI SIMPTOMATIKI TER SAMOMORILNIH MISLIH

Pri načrtovanju ukrepov z obvladovanje simptomov depresije in anksioznosti pri mladostnikih izhajamo iz pridobljenih informacij o vrsti in teži simptomov ter sprožilnih, vzdrževalnih in varovalnih dejavnikih. Upoštevamo zmožnosti, želje in preference mladostnika in njegove družine

² V Mariboru na Kliniki za pediatrijo, UKC Maribor, ob delovnih dneh sprejemajo nujne paciente do 18. leta od 8.00 do 14.30. V Ljubljani osnovnošolske otroke sprejema Pediatrična klinika UKC Ljubljana in sicer ob delovnih dneh od 8.00 do 14.30, mladostnike do 18. leta pa v istem času Center za mentalno zdravje na Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana (CMZ UPKL). Izven rednega delovnega časa v nujnih primerih otroke in mladostnike do dopolnjenega 18. leta iz vse Slovenije pregleda dežurni specialist ali specializant otroške in mladostniške psihiatrije na Enoti za intenzivno otroško in mladostniško psihiatrijo CMZ UPKL (11).

oz. okolja, v katerem živi. Izvedemo psihoedukacijo o značilnostih prepoznane motnje ali tveganja zanj in motiviramo družino za skupno dejavno iskanje možnosti za zmanjševanje vzdrževalnih in krepitev varovalnih dejavnikov glede na individualne okoliščine in klinično sliko. Pri načrtovanju ukrepov sledimo biopsihosocialnemu modelu zdravja in bolezni ter izkoristimo vire podpore, ki so na voljo v lokalnem okolju. Znotraj primarnega zdravstvenega varstva so to ob timu primarne pediatrije možnosti stopnjevanih intervenc v timih centrov za krepitev zdravja in že navedenih timov za duševno zdravje otrok in mladostnikov, timov za duševno zdravje odraslih in dispanzerjev za mentalno zdravje (8, 26).

- **Ureditev spanja:** Skupaj z družino načrtujemo urejanje higiene spanja vključno z zdravimi dnevnimi rutinami. Koraki spreminjanja navad naj bodo postopni in dosegljivi ter naj vključujejo vse družinske člane. Izčrpne zdravstveno-vzgojne vsebine, tudi video posnetki, so na voljo na spletni strani: <https://nijz.si/zivljenjski-slog/spanje>. Cilj je doseganje ustrezne higiene spanja, ki lahko pomembno prispeva k obvladovanju in preprečevanju poglobljanja depresivnih in anksioznih motenj (18, 27).
- **Omejitev uporabe zaslonov:** Skupaj z družino načrtujemo postopno nadomeščanje rabe zaslonov, če ta presega priporočeno, z alternativnimi načini preživljanja prostega časa. Svetujemo uvedbo družinskih pravil za rabo elektronskih naprav za vse družinske člane na način, ki spodbuja pozitivne družinske interakcije. Družinski načrt za uporabo zaslonov pomaga definirati meje in spodbuja mladostnike k vzpostavljanju hobijev brez zaslonov. V pomoč so nam lahko gradiva NIJZ na <https://nijz.si/zivljenjski-slog/nekemicne-zasvojenosti/zasloni/> in na <https://www.logout.org/sl/>. Družino z otrokom ali mladostnikom z večjimi izzivi na tem področju lahko usmerimo v programe nevladne organizacije LOGOUT, Center pomoči pri prekomerni rabi interneta (28).
- **Družinski odnosi:** Izvedemo psihoedukacijo staršev o depresiji in tesnobi po biopsihosocialnem modelu razumevanja zdravja in bolezni in preprečimo razumevanje motnje kot »napake« pri otroku ter, kadar je to indicirano, razbremenjujemo občutkov krivde. Starše usmerimo v iskanje konstruktivnih načinov, kako mladostnika podpreti pri spoprijemanju s simptomi in kako omejiti delovanje morebitnih obremenilnih dejavnikov v družini. Spodbujamo izboljšanje komunikacije in skrb za podporne medsebojne odnose. Pomembno je, da starše z duševnimi motnjami, boleznimi odvisnostmi in drugimi ovirami, ki jim preprečujejo učinkovito starševstvo, usmerimo v ustrezne storitve pomoči (29). Znotraj primarnega zdravstvenega varstva so tudi s področja duševnega zdravja na voljo preventivni programi centrov za krepitev zdravja (<https://nijz.si/nenalezljive-bolezni/preventiva-je-kljuc-do-zdravja-izkoristite-brezplacne-programe-v-centrih-za-krepitev-zdravja/>). Starše otrok z anksioznimi motnjami lahko po informacije o podpori otroku usmerimo na spletno stran programa Cool Kids (<https://coolkids.si/starsi/>). Starše otrok in mlajših mladostnikov je v primerih, ko ugotavljamo neustrezne vzgojne prijeme ali vzgojno nemoč staršev, smiselno usmeriti v programe starševstva Neverjetna leta oz. Vlagajmo v igro, kamor se prijavijo sami preko spletne strani (<https://neverjetna-leta.si/>). V primeru prepoznanih obremenitev z duševnimi motnjami v družini preverimo, ali so odrasli, s katerimi otrok živi, deležni ustreznih oblik pomoči. Ob zahtevnih življenjskih okoliščinah, kot so ločitve, hude ekonomske stiske, težave pri zagotavljanju ustreznega bivališča ipd. je smiselno vključiti tudi Center za socialno delo (CSD). V primeru prepoznanega suma na nasilje v družini ravnamo po smernicah o ravnanju v primeru nasilja v družini (30).
- **Šolska razbremenitev in preprečevanje medvrstniškega nasilja:** Pri otroku in mladostniku preverimo šolsko uspešnost in morebitno izpostavljenost medvrstniškemu nasilju ter ob prepoznanih obremenilnih dejavnikih v šolskem okolju otroka in starše usmerimo na šolsko svetovalno službo. Če je to indicirano, po presoji in v dogovoru s strokovnimi delavci šole za omejeno obdobje zmanjšamo šolske obremenitve na način, ki podpira ohranjanje stika s šolo in učne kondicije in ne izogibanja, ki bi utrjevalo osnovne simptome (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov), individualizirano glede na pacientove potrebe. V primeru obiskovanja šolskega programa, ki

ne zadostuje otrokovim potrebam po podpori in prepoznamo posledično zdravstveno škodo, izvedemo napotitev z ustrežno stopnjo nujnosti na oceno otrokovih vzgojno-izobraževalnih potreb v kontekstu prepoznane motnje v zdravstvene službe, ki so na voljo v lokalnem okolju. V primeru medvrstniškega nasilja ukrepamo glede na okoliščine: mladostnika opolnomočimo, kako se lahko zaščiti, spodbudimo njega ali starše k prijavi šolski svetovalni službi, v hujših primerih pa tudi sami sprožimo prijavo policiji (<https://www.policija.si/svetujemo-ozavescamo/policija-za-otroke-najstnike/nasilje-med-vrstniki/427-nasilje-nad-vrstniki>).

- **Telesna aktivnost, prehrana in skrb za zdrav življenjski slog:** Redna vadba ima dokazano ključno vlogo pri izboljšanju razpoloženja. Že zmerna aerobna vadba 30 minut tri do štiri krat tedensko pomembno zmanjša simptome depresije pri mladostnikih (capmh.biomedcentral.com). Zato spodbujamo vključitev telesne dejavnosti v dnevno rutino. Ustrezna prehrana prav tako vpliva na počutje: svetujemo redne obroke, mediteranski tip prehrane, omejitev hitre hrane in sladkorjev (pmc.ncbi.nlm.nih.gov). Skrb za zdrav življenjski slog zajema tudi načrtno vključitev v prijetne in sproščujoče aktivnosti, iskanje podpornih odnosov znotraj in zunaj družine ter postavljanje majhnih, dosegljivih ciljev (<https://thereachinstitute.org/wp-content/uploads/2021/08/glad-pc-toolkit-2018.pdf>). Ob prepoznanih izzivih na področju življenjskega sloga preverimo možnosti vključitve strokovnjakov iz centrov za krepitev zdravja.
- **Varnostni načrt pri samomorilnih mislih:** Če se pojavijo samomorilne misli, je treba skupaj z mladostnikom in starši oz. skrbniki nemudoma pripraviti varnostni načrt. Ključno je odstraniti dostop do potencialno nevarnih predmetov (zdravil, orožja, ostrih predmetov) iz pacientovega dosega. Prav tako dorečemo strategije za umirjanje (npr. risanje, pisanje, poslušanje glasbe, senzorne »stop« tehnike) in zaščitne kontakte – koga od bližnjih poklicati v kriznem trenutku, kam se obrniti po pomoč v primeru stopnjevanih samomorilnih misli (tudi klic na 112). Če mladostnik izraža akutne samomorilne misli z načrtom ali navaja nedavni poskus samomora, ga z napotnico »nujno« napotimo v podporno CDZOM ambulanto. Konkretno in podrobne usmeritve za oceno samomorilne ogroženosti, napotitev in oblikovanja varnostnega načrta najdemo v prispevku Priporočila za obravnavo otrok in mladostnikov s samomorilnostjo in samopoškodovanim vedenjem v pediatrični in nujni ambulanti (11, 31).

6. INDIKACIJE ZA NAPOTITEV V SLUŽBE ZA DUŠEVNO ZDRAVJE

Osnovna indikacija za napotitev v službe in programe s področja duševnega zdravja je ob prepoznani anksiozni in depresivni simptomatiki ocena oviranosti otroka ali mladostnika ter konceptualizacija težav. Ustrezna napotitev ob psihoedukaciji in motiviranju staršev oz. skrbnikov in pacienta za vključevanje v različne oblike pomoči ima lahko pomemben pozitiven vpliv na dostop do ustreznih oblik podpore in posledično bolj ugodne razvojne izide. Za učinkovito izrabo virov pomoči je v trenutni situaciji v mreži služb pomembno tudi poznavanje virov v lokalnem okolju in stalna komunikacija med službami v zdravstveni regiji in lokalnem okolju.

K psihologu v dispanzerjih za mentalno zdravje in CDZOM napotujemo v primerih, ko je indicirana sekundarna preventiva – osnovna psihološka ocena težav, svetovalna podpora ob obremenilnih življenjskih dogodkih in okoliščinah, urejanje pravic do podpore v sistemu vzgoje in izobraževanja, kadar te presegajo kompetence šolske svetovalne službe ali svetovalnih centrov oz. kadar te v lokalnem okolju niso na voljo. Ob kompleksnih zdravstvenih potrebah, klinično izraženih motnjah, komorbidnosti z nevrološkimi motnjami in obremenilnimi psihosocialnimi okoliščinami napotujemo v time CDZOM oz. kliničnopsihološke ambulante s ciljem diferencialnodiagnostične ocene in ocene indikacij za zdravljenje s psihološkimi terapijami ter ustrezne usmeritve. K specialistu otroške in mladostniške psihiatrije napotimo otroka ali mladostnika z resnimi simptomi in tveganji – predvsem pri izraziti samomorilnosti (poskusi samomora v preteklosti, podroben načrt za samomor), hudih motnjah spanja, psihotičnih simptomih, depresivnih in anksioznih motnjah, ki bistveno ovirajo vsakodnevno funkcioniranje (npr. paničnih motnjah s pogostimi napadi, anksioznih motnjah,

ki povzročijo šolski absentizem) (32). Ob prehodnih stresnih reakcijah in običajnih življenjskih obremenitvah (npr. žalovanje ob izgubah brez resne motnje funkcioniranja, povečana negotovost ali strahovi v obdobju intenzivnega ocenjevanja), ki ne trajajo dlje od nekaj tednov in ne motijo bistveno vsakodnevnega funkcioniranja, napotitev ni potrebna (32). V mreži CDZOM izvajajo diplomirane medicinske sestre z opravljenim usposabljanjem po standardnem postopku izčrpno triažo s ciljem ustrezno stopnjevanje zdravstvene obravnave. Za vse službe v mreži je pri zagotavljanju pravočasne in indicirane obravnave izredno dragocena izpolnjena napotnica, v kateri napotni zdravnik izbere ustrezno napotno diagnozo in z bistvenimi informacijami pojasni napotno težavo ter navede že opravljene storitve in napotitve. Zaradi dolgih čakalnih dob in v času čakanja stopnjevanih problemov se neredko zgodi, da je za isto vrsto zdravstvene storitve izdanih več napotnih dokumentov ali za isto vrsto težave izvedena napotitev na različne vrste zdravstvenih storitev. Na ravni sistema to prinese podaljševanje čakalnih dob in odmika možnost pravočasne obravnave (9).

7. KOMUNIKACIJA S SUICIDALNIM MLADOSTNIKOM IN OCENA SAMOMORILNE OGROŽENOSTI

Pogovor o samomorilnih mislih ne poveča tveganja za poskus samomora; študije kažejo, da neposredno naslavljanje te teme zmanjša občutek osamljenosti in spodbuja iskanje pomoči (33). Pomembno je uporabiti jasna, empatična vprašanja ter ustvariti varno okolje (npr. zasebnost, sproščena drža). Zdravnik lahko uporabi standardizirano oceno za samomorilne misli in vedenja, npr. Kolumbijsko lestvico za oceno samomorilnih ideacij. Ta vsebuje niz neposrednih vprašanj, ki raziskuje stopnjo v samomorilni diatezi od želje po smrti do samomorilnih poskusov (11, 34). Mladostniku v največji mogoči meri omogočimo dovolj časa in primeren prostor brez motečih dejavnikov, izrazimo pristno zanimanje za njegovo doživljanje in tako vzpostavimo okoliščine za zaupen pogovor, v katerem se bo čutil dovolj varno, da nam zaupa svoje misli, čustva in ravnanja. Postavljamo odprta in topla vprašanja – na primer »Vem, da ti je lahko zelo težko. Si morda razmišljal/a, da ne bi bil/a več tu?« Mladostnikova občutja validiramo (»Razumem, da ti je hudo, hvala, ker mi zaupaš«). Tovrstna komunikacija gradi zaupanje in omogoči zgodnje odkrivanje resnosti stanja, kar je ključno za nadaljnje ukrepanje (11). Pri oceni samomorilne ogroženosti je pomembno upoštevati znane dejavnike tveganja: pretekli poskus samomora, prisotnost duševnih motenj (predvsem depresije), uporaba drog ali alkohola, impulzivnost, kronična bolezen, travmatski dogodki v otroštvu in samomor v družinski anamnezi (35). Kot navajamo zgoraj, najdemo konkretne in podrobne usmeritve glede ocene samomorilne ogroženosti in nadaljnjega ukrepanja v prispevku Priporočila za obravnavo otrok in mladostnikov s samomorilnostjo in samopoškodovanim vedenjem v pediatrični in nujni ambulantni (11).

8. ZAKLJUČEK

Pravočasna in učinkovita obravnava mladostnika z depresivno ali anksiozno motnjo in potencialno samomorilno ogroženostjo zahteva celostni interdisciplinarni pristop in povezovanje različnih služb. Pediater ima ključno vlogo pri zgodnjem prepoznavanju težav, izključitvi somatskih vzrokov, prvih podpornih ukrepov in ustrezni napotitvi k strokovnjakom s področja duševnega zdravja. Aktualno smo pred še nekajletnim obdobjem intenzivnega vzpostavljanja delujoče mreže in kot kaže še zmeraj naraščanja potreb po zdravstvenih storitvah na področju duševnega zdravja. To terja kontinuirano sodelovanje med primarno pediatrijo in specialističnimi službami tako sistemsko kot na lokalnem nivoju in pri posameznem pacientu in njegovi družini. Otroci, mladostniki in njihove družine potrebujejo kontinuirano podporo v svojem okolju, usmerjeno v potenciale za okrevanje in zdrav nadaljnji razvoj. Ob nadaljnjem razvoju mreže je tako naslednja pomembna naloga vzpostavitev kliničnih poti obravnave, vključno z jasnimi protokoli sodelovanja med službami, kar bo omogočilo potrebne sinergije v sistemu.

9. VIRI

1. Chiu A, Falk A, Walkup JT. Anxiety disorders in children and adolescents. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2016;14(1):26–33. doi:10.1176/appi.focus.20150029. PMID: 31975791.
2. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)*. Geneva: WHO; 2019. Pridobljeno 29. maja 2025 s spletne strani: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>.
3. Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji: izsledki mednarodne raziskave HBSC 2022*. Ljubljana: NIJZ; 2023. Pridobljeno 29. maja 2025 s spletne strani: https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/10/HBSC_e_verzija_pop_2023-2.pdf.
4. Zupanič Mali S, Karakatič S, Drobnič Radobuljac M. A „silent storm“: uncovering the escalating crisis in mental healthcare for children and adolescents in Slovenia during and after the COVID-19 pandemic. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2024;18(1):140. doi:10.1186/s13034-024-00811-2. PMID: 39501287.
5. Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Laraque D, Stein REK; GLAD-PC Steering Group. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identification, Assessment, and Initial Management. *Pediatrics*. 2018;141(3):e20174081. doi:10.1542/peds.2017-4081.
6. Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Laraque D, Stein REK; GLAD-PC Steering Group. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part II. Treatment and Ongoing Management. *Pediatrics*. 2018;141(3):e20174082. doi:10.1542/peds.2017-4082.
7. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18–28). Uradni list RS, št. 24/18. Pridobljeno 29. maja 2025 s spletne strani: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=RESO120>.
8. Program MIRA – Nacionalni program duševnega zdravja. Pridobljeno 29. maja 2025 s spletne strani: <https://www.zadusevnozdravje.si/>.
9. Interno gradivo Nacionalnega inštituta za javno zdravje RS. Pridobljeno 29. maja 2025.
10. Nacionalni inštitut za javno zdravje. *Mreža virov pomoči in podpore na področju duševnega zdravja*. Marec 2025. Pridobljeno 29. maja 2025 s spletne strani: <https://www.zadusevnozdravje.si/wp-content/uploads/2025/04/5.-LJ-PDF-marec-2025.pdf>.
11. Zupanič Mali S, Milenković Kikelj N, Drobnič Radobuljac M, Šenica N. Priporočila za obravnavo otrok in mladostnikov s samomorilnostjo in samopoškodovanim vedenjem v pediatrični in nujni ambulantni. V: XXXII. srečanje pediatrov – Zbornik predavanj. Maribor: UKC Maribor; 2023. str. 71–78. Pridobljeno 29. maja 2025 s spletne strani: https://www.ukc-mb.si/media/files/uploads/zborniki/UKC_Srecanje_pediatrov_2023_ZBORNIK_zdravniki_2.pdf.
12. Združenje za otroško in mladostniško psihiatrijo. *Ignoranca ministrstva za zdravje in vlade RS do otrok in mladostnikov v duševni stiski ter stroke*. Pridobljeno 29. maja 2025 s spletne strani: <https://www.zomp.si/ignoranca-ministrstva-za-zdravje-in-vlade-rs-do-otrok-in-mladostnikov-v-dusevni-stiski-ter-stroke/>.
13. World Health Organization. *Mental disorders*. Geneva: WHO; 2022. Pridobljeno s: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
14. Walter HJ, Abright AR, Bukstein OG, Diamond J, Keable H, Ripperger-Suhler J, Rockhill C. Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Major and Persistent Depressive Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2023 May;62(5):479–502. doi:10.1016/j.jaac.2022.10.001.

15. Wahid SS, Ottman K, Hudhud R, Gautam K, Fisher HL, Kieling C, Mondelli V, Kohrt BA. Identifying risk factors and detection strategies for adolescent depression in diverse global settings: A Delphi consensus study. *J Affect Disord.* 2021 Jan 15;279:66–74. doi: 10.1016/j.jad.2020.09.098.
16. teare T, Gutiérrez Muñoz C, Sullivan A, Lewis G. The association between academic pressure and adolescent mental health problems: A systematic review. *J Affect Disord.* 2023 Oct 15;339:302–317. doi: 10.1016/j.jad.2023.07.028.
17. Hankin BL. Rumination and depression in adolescence: investigating symptom specificity in a multiwave prospective study. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008 Oct;37(4):701–713. doi: 10.1080/15374410802359627.
18. Clarke G, Harvey AG. The complex role of sleep in adolescent depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2012 Apr;21(2):385–400. doi: 10.1016/j.chc.2012.01.006.
19. Francisquini MCJ, de Souza Silva TM, dos Santos GC, Barbosa RO, Dias PHG, Ruiz AB, da Silva JM, Stabelini Neto A. Associations of screen time with symptoms of stress, anxiety, and depression in adolescents. *Rev Paul Pediatr.* 2024 Sep 9;43:e2023250. doi: 10.1590/1984-0462/2025/43/2023250. PMID: 39258642; PMCID: PMC11385738.
20. Wang, X., Cai, Z., Jiang, W. et al. Systematic review and meta-analysis of the effects of exercise on depression in adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 16, 16 (2022). <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00453-2>.
21. Walter HJ, Abright AR, Bukstein OG, Diamond J, Keable H, Ripperger-Suhler J, Rockhill C. Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with major and persistent depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2023 May;62(5):479–502. doi: 10.1016/j.jaac.2022.10.008.
22. Sazgar M, Carlen PL, Wennberg R. Panic attack semiology in right temporal lobe epilepsy. *Epileptic Disord.* 2003 Jun;5(2):93–100.
23. Schilsky ML. Wilson disease: Clinical manifestations, diagnosis, and treatment. *Clin Liver Dis (Hoboken).* 2014 May 27;3(5):104–107. doi: 10.1002/cld.349. PMID: 30992899; PMCID: PMC6448712.
24. Gracious BL, Finucane TL, Friedman-Campbell M, Messing S, Parkhurst MN. Vitamin D deficiency and psychotic features in mentally ill adolescents: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2012 May 9;12:38.
25. Tan Y, Zhou L, Gu K, Xie C, Wang Y, Cha L, et al. Correlation between Vitamin B12 and Mental Health in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2023 Jun 2;21(4):617–33.
26. The REACH Institute. GLAD-PC Toolkit. Pridobljeno 29. maja 2025 s spletne strani: <https://thereachinstitute.org/wp-content/uploads/2021/08/glad-pc-toolkit-2018.pdf>.
27. Orchard F, Gregory AM, Gradisar M, Reynolds S. Self-reported sleep patterns and quality amongst adolescents: cross-sectional and prospective associations with anxiety and depression. *J Child Psychol Psychiatry.* 2020 Dec;61(12):1328–1340. doi: 10.1111/jcpp.13288.
28. Logout. Pridobljeno 29. maja 2025 s spletne strani: <https://www.logout.org/sl/>
29. Sanford M, Boyle M, McCleary L, Miller J, Steele M, Duku E, Offord D. A pilot study of adjunctive family psychoeducation in adolescent major depression: feasibility and treatment effect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006 Apr;45(4):386–495. doi: 10.1097/01.chi.0000198595.68820.10. PMID: 16601642.
30. Vlada Republike Slovenije. Preprečevanje nasilja v družini. Pridobljeno 29. maja 2025 s spletne strani: <https://www.gov.si/podrocja/druzina-otroci-in-zakonska-zveza/preprecevanje-nasilja-v-druzini/>.

31. National Institute of Mental Health (NIMH). Youth Outpatient Brief Suicide Safety Assessment Worksheet. Pridobljeno 29. maja 2025 s spletne strani: <https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials/youth-outpatient/youth-outpatient-brief-suicide-safety-assessment-worksheet>.
32. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). When to Seek Referral or Consultation with a Child and Adolescent Psychiatrist. Pridobljeno 29. maja 2025 s spletne strani: https://www.aacap.org/aacap/Member_Resources/Practice_Information/When_to_Seek_Referral_or_Consultation_with_a_CAP.aspx.
33. Dazzi T, Gribble R, Wessely S, Fear NT. Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychol Med.* 2014 Dec;44(16):3361–3. doi: 10.1017/S0033291714001299. Epub 2014 Jul 7. PMID: 24998511.
34. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Currier GW, Melvin GA, Greenhill L, Shen S, Mann JJ. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry.* 2011 Dec;168(12):1266–77. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704. PMID: 22193671; PMCID: PMC3893686.
35. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Risk and Protective Factors. Pridobljeno 29. maja 2025 s spletne strani: <https://www.cdc.gov/suicide/risk-factors/index.html>.



3

Usposabljanje zdravstvenih delavcev v projektu Ker te štekam za učinkovito naslavljanje samomorilnega vedenja pri mladih

doc. dr. Nuša Zadravec Šedivy

asist. Eva Sedlašek

asist. dr. Urška Mali Kovačič

prof. dr. Vita Poštuvan

Ključne besede: duševno zdravje, mladostniki, samomorilno vedenje, zdravstveni delavci, usposabljanje, preventiva

1. UVOD

Duševno zdravje mladih je eno od prednostnih področij javnega zdravja. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2024) duševne motnje prizadenejo približno 14 % mladostnikov po svetu, samomor pa predstavlja drugi najpogostejši vzrok smrti v tem razvojnem obdobju. Čeprav številne države razvijajo programe preventive, ostaja ključen izziv, kako izboljšati zgodnje prepoznavanje stisk in odziv nanje, zlasti v zdravstvenem sistemu.

Zdravstveni delavci na primarni ravni, predvsem pediatri, šolski zdravniki in medicinske sestre, pogosto predstavljajo prvi stik mladostnika s strokovnjaki. Raziskave kažejo, da je do 80 % oseb, ki so kasneje umrle zaradi samomora, obiskalo zdravstveno ustanovo v letu pred smrtjo, pri mladih pa se ta delež giblje med 15 % in 55 % (Luoma, Martin in Pearson, 2002; Stene-Larsen in Renneflot, 2019). Kljub tej statistiki številni zdravstveni delavci poročajo, da se ne počutijo dovolj usposobljeni za prepoznavanje samomorilnega vedenja in ustrezno ukrepanje (Palmieri idr., 2008; Awenat idr., 2017; Wakai idr., 2020).

V tej luči se kaže nujnost specializiranega izobraževanja, ki zdravstvenim delavcem omogoča razvoj znanja, veščin in kompetenc pri delu z ranljivimi mladostniki. Projekt Ker te štekam (Vidmar idr., 2025) se osredotoča prav na ta izziv in uvaja usposabljanja, ki temeljijo na dobrih praksah in znanstveno podprtih pristopih.

2. KONCEPTUALNA ZASNOVA PROJEKTA

Projekt Ker te štekam (Vidmar idr., 2025) izhaja iz prepoznane potrebe po sistematičnem usposabljanju t. i. vratarjev sistema (Mueller-Williams idr., 2023) – strokovnjakov, ki imajo redne in neposredne stike z mladimi ter lahko prvi prepoznajo znake stiske. Ta koncept temelji na priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije in številnih mednarodnih študijah, ki poudarjajo pomen zgodnjega odkrivanja duševnih težav v primarnem zdravstvu.

Zasnova usposabljanja vključuje vsebine, ki temeljijo na mednarodno validiranih programih, kot sta SEYLE – Saving and Empowering Young Lives in Europe in YAM – Youth Aware of Mental Health.

SEYLE je bil ena izmed največjih evropskih raziskav na področju preprečevanja samomora, ki je s šolsko intervencijo pokazal statistično pomembno zmanjšanje poskusov samomora (Wasserman idr., 2015). Program YAM, ki se je razvil iz raziskave SEYLE, pa je dokazano izboljšal pismenost o duševnem zdravju mladih in zmanjšal pojav depresivnih simptomov ter tveganih vedenj (Wasserman idr., 2018).

Zdravstveni delavci se v okviru usposabljanja srečajo z različnimi pristopi k prepoznavanju dejavnikov tveganja in varovalnih dejavnikov za samomor, prepoznavanju opozorilnih znakov samomorilnega vedenja, ter razvijajo občutljivost za prepoznavanje manj očitnih oblik stiske, ki jih mladi pogosto izražajo prek somatskih težav (npr. glavoboli, utrujenost, nespečnost) ali sprememb v vedenju. Nadalje spoznajo temeljna načela kriznega komuniciranja ter pridobijo informacije o kliničnih poteh ukrepanja. Pomembno mesto imajo tudi veščine vzpostavljanja odnosa in vodenja pogovora z mladostnikom, saj številni strokovnjaki poročajo o negotovosti glede tega, kako odpreti temo samomora (Awenat idr., 2017; Wakai idr., 2020).

3. STRUKTURA IN PRISTOP USPOSABLJANJA ZDRAVSTVENIH DELAVCEV

Usposabljanje za zdravstvene delavce vključuje več srečanj, ki se izvajajo v različnih oblikah: uvodna teoretična izhodišča, ogled strokovnih videoposnetkov, reflektivne skupine in delo na primerih iz klinične prakse. Takšna kombinacija omogoča prepletanje znanstvenih spoznanj z izkušnjami iz vsakdanjega dela.

Poseben poudarek je na razvoju kompetenc za pogovor z mladostnikom v stiski. To vključuje učenje, kako vzpostaviti stik, kako začeti občutljivo temo, kot je samomorilnost, in kako reagirati na izraženo stisko. Raziskave potrjujejo, da zdravniki pogosto ne naslovijo samomorilnih misli svojih pacientov, saj menijo, da je to vloga specializiranih strokovnjakov ali pa jih skrbi, da bi z neposrednimi vprašanji povzročili dodatno stisko (Palmieri et al., 2008; Awenat idr., 2017). Vendar študije jasno kažejo, da takšna vprašanja ne povečujejo tveganja, temveč krepijo zaupanje in lahko preprečijo samomorilna vedenja (Silva idr., 2016).

Usposabljanje vključuje tudi supervizijske elemente, ki omogočajo razbremenitev izvajalcev, razvoj profesionalne refleksije in izmenjavo dobrih praks. S tem se zmanjšuje tveganje za izgorelost in povečuje kakovost oskrbe. Supervizije potekajo v varnem in strokovno vodenem okolju, udeleženci pa skozi diskusije razvijajo boljšo osebno in strokovno odzivnost. Dodatno se uvaja element skrbi zase, preko katerega udeleženci spoznavajo različne sprostivne in čuječnostne tehnike, kar pomembno prispeva k skrbi za lastno psihološko odpornost.

Pomembna komponenta izobraževanja je tudi razumevanje sistema pomoči, kako delujejo klinične poti, kdo je odgovoren za kaj, kdaj je treba vključiti druge strokovnjake, kako sodelovati s starši in katere so zakonske obveznosti pri obravnavi samomorilnega vedenja.

4. ZAKLJUČEK

Zdravstveni delavci imajo ključno vlogo pri preprečevanju samomorilnega vedenja pri mladih. Zaradi svojega položaja in dostopa do mladostnikov lahko predstavljajo prvi varni stik, kjer je mogoče prepoznati stisko in pravočasno ukrepati. Vendar pa za učinkovito delovanje potrebujejo ustrezno znanje, veščine in podporo. Projekt Ker te štekam (Vidmar idr., 2025) na tem področju prinaša pomembno nadgradnjo obstoječih praks, saj ponuja celostno, sistematično in znanstveno utemeljeno usposabljanje, ki spodbuja osebni in strokovni razvoj izvajalcev.

Poudarek na integraciji medresorskega sodelovanja, skrbi za lastno duševno zdravje, uporabi reflektivnih tehnik in povezovanju z mednarodnimi primeri dobre prakse (kot sta SEYLE in YAM) postavlja ta program v sam vrh sodobnih pristopov k preventivi samomora. Učinki tovrstnih usposabljanj se lahko kažejo ne le v večji samozavesti zdravstvenih delavcev, temveč tudi v

izboljšani kakovosti obravnave mladostnikov v stiski, večji povezanosti sistemov pomoči in večji dostopnosti ustrezne podpore za ranljive skupine.

Na podlagi analize potreb v praksi bi bilo smiselno, da bi bila tovrstna usposabljanja redno vključena v strokovno izpopolnjevanje vseh, ki delajo z mladimi, zlasti pa zdravstvenih delavcev na primarni ravni. Tako lahko kot družba prispevamo k zgodnejšemu odkrivanju stisk, učinkovitejšemu ukrepanju in dolgoročno k zmanjšanju števila samomorov med mladimi.

Literatura

1. Awenat, Y., Peters, S., Shaw-Nunez, E., Gooding, P., Pratt, D. in Haddock, G. (2017). Staff experiences and perceptions of working with in-patients who are suicidal: Qualitative analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 211(2), 103–108.
2. Luoma, J. B., Martin, C. E. in Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *The American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909–916.
3. Mueller-Williams, A. C., Hopson, J. in Momper, S. L. (2023). Evaluating the effectiveness of suicide prevention gatekeeper trainings as part of an American Indian/Alaska native youth suicide prevention program. *Community Mental Health Journal*, 59(8), 1631–1638.
4. Palmieri, G., Forghieri, M., Ferrari, S., Pingani, L., Coppola, P., Colombini, N., Rigatelli, M. in Neimeyer, R. A. (2008). Suicide intervention skills in health professionals: A multidisciplinary comparison. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 12(3), 232–237.
5. Silva, C., Smith, A. R., Dodd, D. R., Covington, D. W. in Joiner, T. E. (2016). Suicide-related knowledge and confidence among behavioral health care staff in seven states. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 67(11), 1240–1245.
6. Stene-Larsen, K. in Renneflot, A. (2019). Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(1), 9–17.
7. Vidmar, S., Gomboc, V., Poštuvan, V., in Zdravec Šedivy, N. (2025). Razvoj trajnostne mreže izvajalcev preventivno-intervencijskih aktivnosti na področju samorilnega vedenja mladostnikov. V N. Zdravec Šedivy in V. Poštuvan (ur.), *Samorilno vedenje mladostnikov: Razvoj in implementacija preventivno-intervencijskih programov* (2., dopolnjena izd., str. 41–51). Založba Univerze na Primorskem.
8. Wakai, S., Schilling, E. A., Aseltine Jr., R. H., Blair, E. W., Bourbeau, J., Duarte, A., Durst, L. S., Graham, P., Hubbard, N., Hughey, K., Weidner, D., in Welsh, S. (2020). Suicide prevention skills, confidence and training: Results from the Zero Suicide Workforce Survey of behavioral health care professionals. *SAGE Open Medicine*, 8, 2050312120933152.
9. Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., Kelleher, I., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillemin, F., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., Keeley, H., ... Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1536–1544.
10. Wasserman, C., Poštuvan, V., Herta, D., Iosue, M., Värnik, P. in Carli, V. (2018). Interactions between youth and mental health professionals: The Youth Aware of Mental Health (YAM) program experience. *PLOS ONE*, 13(2), e0191843.
11. World Health Organization. (2024). Adolescent mental health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>



Primer sodelovanja med timom šolske ambulante, Centrom za duševno zdravje otrok in mladostnikov in KUOPP

Tina Svetlik, spec.ped., ZD Idrija

Majda Troha, spec.šol.med., ZD Idrija

1. UVOD

V šolskih ambulantah se vsako leto srečujemo s kompleksnejšimi in zahtevnejšimi obravnavami. Podoben trend je opaziti tudi v Centrih za duševno zdravje otrok in mladostnikov (CDZOM). Ker je temelj uspešnega preprečevanja, zgodnjega odkrivanja, zdravljenja in rehabilitacije otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju potrebno sodelovanje zdravstva, socialnega varstva, vzgoje in šolstva, smo na podlagi priporočil Nacionalnega programa duševnega zdravja MIRA v Zdravstvenem domu Idrija osnovali sodelovanje med šolsko ambulanto, CDZOM in Komisijo za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami.

2. CENTRI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE OTROK IN MLADOSTNIKOV (CDZOM) V SLOVENIJI

V CDZOM lahko strokovno podporo in pomoč dobijo otroci, mladostniki in njihovi starši, ki potrebujejo podporo ali pomoč pri reševanju stisk ali ohranjanju in krepitvi duševnega zdravja. CDZOM delujejo v zdravstvenih domovih, na primarni zdravstveni ravni. Vsak center je odgovoren za področje večih zdravstvenih domov z 12.-16.000 otrok in mladostnikov. Trenutno v Sloveniji deluje 22 centrov (Brezovica, Celje, Domžale, Idrija, Jesenice, Kranj, Ljubljana – enoti Center in Vič-Rudnik, Maribor, Murska Sobota, Nova Gorica, Ormož, Piran, Posavje, Postojna, Ptuj, Ravne na Koroškem, Škofja Loka, Trbovlje, Velenje).

V okviru centrov deluje ekipa strokovnjakov: specialisti otroške in mladostniške psihiatrije, (klinični) psihologi, (klinični) logopedi, medicinske sestre, delovni terapevti, specialni pedagogi, socialni delavci in zdravstveni administratorji. Le-ti nudijo različne oblike pomoči: podporo in zdravljenje, podporo ostalim članom družine, programe za starše in skrbnike, svetovanje in izobraževanja, individualno in skupinsko psihoterapijo. Za obravnavo v CDZOM se lahko odloči otrok oziroma mladostnik sam, ali pa se po pomoč obrnejo njegovi starši/skrbniki. Obravnavo v centru lahko priporoča tudi osebni zdravnik, razvojni pediater, vzgojitelj, učitelj ali svetovalec, službe centra za socialno delo, izvajalci socialnovarstvenih programov in druge sodelujoče službe, ki pomagajo pri vzpostavljanju prvega stika z otrokom, mladostnikom ali staršem/skrbnikom.

Ker je temelj uspešnega preprečevanja, zgodnjega odkrivanja, zdravljenja in rehabilitacije otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju potrebno sodelovanje zdravstva, socialnega varstva, vzgoje in šolstva, je v sklopu Nacionalnega programa duševnega zdravja – MIRA napisanih več priporočil sodelovanja CDZOM in institucijami vseh prej naštetih resorjev:

- Priporočilo sodelovanja s svetovalnimi centri za otroke in mladostnike
- Priporočilo sodelovanja z Dispanzerjem za mentalno zdravje
- Priporočilo sodelovanja z razvojno ambulanto in zgodnjo obravnavo
- Priporočilo sodelovanja z vrtci ter šolami
- Priporočilo sodelovanja CDZOM in drugih ravni zdravstvenega sistema
- Priporočilo sodelovanja s centrom za socialno delo
- Priporočilo sodelovanja s patronažnim varstvom
- Priporočilo sodelovanja s strokovnimi centri
- Priporočilo sodelovanja z izbranim zdravnikom otroka/mladostnika

3. PRIPOROČILO SODELOVANJA CDZOM Z IZBRANIM ZDRAVNIKOM OTROKA/MLADOSTNIKA

V omenjenem protokolu je glavni cilj dobro sodelovanje med izbranim zdravnikom in CDZOM, ki je temelj uspešnega preprečevanja, zgodnjega odkrivanja, zdravljenja in rehabilitacije otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju.

Priporočila predlagajo več poti sodelovanja in komunikacije.

Poti sodelovanja:

1. CDZOM izbranemu zdravniku nudi konzultacije pri obravnavi in napotovanju otroka/mladostnika s težavami v duševnem zdravju v CDZOM, na sekundarno ali terciarno raven zdravstvenega varstva.
2. Izbrani zdravnik napoti v CDZOM otroke/mladostnike in njihove starše/skrbnike, pri katerih prepozna težave v duševnem zdravju in potrebo po obravnavi ali je nanje opozorjen s strani vrtca, šole ali CSD.
3. CDZOM v svojo obravnavo vključuje izbranega zdravnika otroka/mladostnika z DM in ga obvešča o poteku obravnave in drugih za spremljanje otroka/mladostnika pomembnih informacijah. Ob zaključku obravnave CDZOM posreduje izbranemu zdravniku ustrezno zdravstveno dokumentacijo o obravnavi.
4. CDZOM izbranega zdravnika v sklopu obravnave po potrebi vključi v intenzivnejše spremljanje (za oceno telesnega zdravstvenega stanja otroka ali mladostnika); posreduje mu tudi vsa opažanja, ki so vezana na telesno zdravje obravnavanega otroka ali mladostnika.
5. Izbrani zdravnik informira starše/skrbnike o z dokazi podprtih programih in jih nanje tudi napoti.
6. Glede na kadrovske zmožnosti oz. organizacijo sistematskih pregledov v regiji CDZOM izvaja sistematske psihološke preglede 3 letnega otroka in preventivne logopedске preglede 5 letnega otroka in o ugotovitvah obvešča izbranega zdravnika.

Poti komunikacije:

1. Posveti: osebni, telefonski stiki, e-pošta.
2. Timski sestanki: sestanek tima centra, razširjeni multidisciplinarni tim z ugotovitvami in sklepi v zapisniku ...
3. Pisno obveščanje: napotnica, delovni nalog, izvidi, povzetek predhodne obravnave, poročila, ...
4. Izobraževanja

4. SODELOVANJE TIMA ŠOLSKE AMBULANTE ZD IDRİJA, CDZOM IDRİJA IN KUOPP

Razvoj

V sklopu ZD Idrija že vrsto let deluje ena šolska ambulanta, od leta 2023 pa je ZD Idrija bogatejši še za CDZOM, ki pokriva področje več zdravstvenih domov: Idrija, Cerklje, Tolmin, Kobarid in Bovec. V timu trenutno sodelujeta 1 klinična psihologinja, 1 specializantka klinične psihologije, 1 psihologinja (zaposlena za polovični delovni čas), specializantka klinične logopedije, delovna terapevtka, specialna pedagoginja, 2 medicinski sestre (DMS in SMS s specialnimi znanji) in zdravstvena administratorica. Pedopsihiatrinja je zaposlena po pogodbi (4 ure tedensko).

Poti sodelovanja in komunikacije tima šolske ambulante s CDZOM

V začetku smo glavne poti sodelovanja s CDZOM osnovali v skladu s Priporočili sodelovanja z izbranim zdravnikom otroka/mladostnika, ki pa smo jih nato nadgradili z željo in upanjem, da bi bilo naše sodelovanje še bolj uspešno.

Že takoj ob ustanovitvi CDZOM smo se dogovorili, da bo osebni zdravnik izdajal vse ustrezne napotne listine (napotnice in delovne naloge) kljub temu, da za obravnavo v CDZOM napotna listina ni nujno potrebna. S tem smo dosegli to, da je triaža pacientov v CDZOM lažja in ustrežnejša, saj se večkrat zgodi, da na podlagi izdane napotne listine CDZOM predlaga tudi obravnavo pri drugih strokovnjakih znotraj CDZOM, kjer pa je lahko čakalna doba za obravnavo krajša in pacient pride na obravnavo prej kot je bilo sprva pričakovano.

Od samega začetka velja tudi dogovor, da CDZOM osebnemu zdravniku takoj po končani diagnostiki ali neudeležbi pacienta na predvideni obravnavi posreduje izvid s planom morebitne nadaljnje obravnave. V primeru večjih odstopanj ali pomembnejših odkritij tekom diagnostike, pa nas CDZOM že pred koncem izpeljane diagnostike obvesti telefonsko.

V primeru, da je čakalna doba za željeno obravnavo v CDZOM (pre)dolga, večkrat skličemo timski sestanek (CDZOM, osebni zdravnik, šola, starši, lahko tudi CSD), na katerem se dogovorimo glede obravnave v ambulanti osebnega zdravnika in v šoli do obravnave v CDZOM.

Ker v zadnjih letih opažamo porast zaprosil za obravnavo v CDZOM za potrebe dodatne strokovne pomoči, smo skupaj s CDZOM sprejeli sklep, da paciente za potrebe dodatne strokovne pomoči v šoli napotujemo v CDZOM le na podlagi izdanega poročila šole o učencu in ne le na željo staršev, pod stopnjo nujnosti redno.

Vseskozi si osebni zdravnik in strokovnjaki v CDZOM nudimo tudi konzultacije glede obravnave in napotovanja na sekundarno/terciarno zdravstveno raven. Prav tako CDZOM izvaja sistemske psihološke preglede 3 letnega otroka in preventivne logopedске preglede 5 letnega otroka in o ugotovitvah obvešča izbranega zdravnika.

Poti sodelovanja tima šolske ambulante ZD Idrija, CDZOM Idrija in KUOPP

V komisiji za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami (KUOPP), ki deluje na idrijsko-cerkljanskem območju, je njena predsednica psihologinja, ki je dolga leta delala kot svetovalna delavka na šoli. Ker so čakalne dobe v CDZOM zelo dolge in lahko mine več let, da otroka/mladostnika z učnimi težavami sprejmejo v obravnavo, smo s KUOPP, ki deluje pri nas sprejeli dogovor. Če otrok/ mladostnik še ni bil pregledan pri psihologu v CDZOM, ki bi pri njemu opravil celotni pregled, psihologinja v KUOPP opravi osnovni dogovorjeni pregled za potrebe usmerjanja. Ta sicer ni namenjen diagnostiki, njegovi rezultati pa vseeno pokažejo otrokove globalne intelektualne sposobnosti ali večja odstopanja na področju duševnega zdravja. V primeru pomembnejših odstopov otrokovega duševnega zdravja ali nižjih rezultatov globalnih kognitivnih funkcij komisija otroku/mladostniku za lažje oziroma boljše funkcioniranje v šoli dodeli ustrezno število ur DSP, vendar v strokovnem mnenju priporoča

poglobljeno diagnostiko pri strokovnjakih v CDZOM in predlaga preverjanje usmeritve po prejetju novih relevantnih izvidov. Zaradi dobrega sodelovanja med CDZOM, imenovanim zdravnikom šole oziroma izbranim otrokovim zdravnikom in zdravnikom, ki deluje v KUOPP, se v primerih, ko gre za kompleksnejše psihosocialne težave otroka/mladostnika, komisija lažje odloči za najustreznejšo obliko pomoči.

5. ZAKLJUČEK

Pomemben del uspešnega preprečevanja, zgodnjega odkrivanja, zdravljenja in rehabilitacije otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju je dobro sodelovanje med izbranim zdravnikom, CDZOM in KUOPP. Zato si želimo, da bo primerov dobrih praks v Sloveniji iz leta v leto še več.

6. LITERATURA

1. *Vsa priporočila za sodelovanje in podatki o CDZOM dostopna na <https://www.zadusevnozdravje.si/> (23.5.2025)*



Beležke

[illegible][illegible]



SEKCIJA ZA
ŠOLSKO, ŠTUDENTSKO
IN ADOLESCENTNO
MEDICINO
PRI SZD

Debeli rtič
ZDRAVILIŠČE



www.sssam.si



Jadranska cesta 73,
6280 Ankaran
T: +386-(0)5-909 70 00
F: +386-(0)5-909 70 02
E: debeli-rtic.mzl@mzl-rks.si
www.facebook.com/debelirtic
www.instagram.com/debelirtic
www.zdravilisce-debelirtic.si

