doi: 10.2478/v10221-011-0018-z

Vzdržnost in dolgoživost mreže psihiatrične dejavnosti v Sloveniji: predlog storitev na primeru otroške psihiatrije

Sustainability and longevity of a psychiatric activity network in Slovenia: proposal services to child psychiatry

Dorjan Marušič¹, Petruša Miholič², [†]Andrej Marušič³

¹*Ulica Vojke Šmuc 12, 6000 Koper*

²*Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije Koper, Glagoljaška 8, 6000 Koper*

³*Univerza na Primorskem, Primorski inštitut za naravoslovne in tehnične vede, Muzejski trg 2, 6000 Koper*

e-pošta: petrusa.miholic@upr.si

pregledni znanstveni članek

UDK:616.89(497.4)

članek prispel: 10. 9. 2011; članek sprejet: 22. 12. 2011

citirajte članek kot / cite this article as:

Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav 2012; 28(1): 27-43

Izvleček

Ravnovesje med ceno in učinkovitostjo dela je najbolje optimizirati s primerno mešanico strokovnih profilov in izkušenj. V članku sta predstavljeni matematični enačbi za izračun potreb za različne duševne motnje ter potreb po osebju za ustrezno obravnavo določene duševne motnje. Teoretično bi lahko vse oblike zdravljenja opravil pedopsihiater, kar pa bi, zaradi dražjega izobraževanja in plačevanja zdravnikov, po nepotrebnem dvignilo ceno storitvam. Ena od rešitev bi bil kompromis, kjer bi pomemben delež otrok, ki ne potrebujejo terapije z zdravili, spremljalo nezdravniško osebje. Zagotovo pa bi bilo potrebno razdeliti delo v tri kategorije: na primere, ko naj pedopsihiatrija prevzame vodilno vlogo, primere, ko naj preostale ustanove prevzamejo vodilno vlogo ter primere, pri katerih naj bo pristop od vsega začetka večslojen. S krepitevijo interesa staršev in ostalih svojcev ter s spodbujanjem k organiziranju skupin za samopomoč, bo tudi pedopsihiatrija dolgoročno pridobila. Predstavljeni podatki in razmišljanja v članku

naj bodo izziv za razpravo med vsemi udeleženi pri morebitnem prilagajanju ali celo preoblikovanju pedopsihiatričnih storitev v Sloveniji.

Ključne besede: duševno zdravje, otroška psihiatrija, mreža psihiatrične dejavnosti, Slovenija

Abstract

The balance between cost and work effectiveness is best optimised with an appropriate mix of profiles and experiences. The article presents mathematical equations and calculations of requirements for a given mental disorder and requirements per personnel for all mental disorders. In theory, all forms of treatment could be performed by a pedopsychiatrist, but this would unnecessarily raise the price of services due to the more expensive education and payment of doctors. One solution would be a compromise, where a significant part of the children who do not need drug therapy can be monitored by non-medical personnel. It would surely be necessary to divide the work into three categories: into cases where pedopsychiatry takes a leading role, cases where the remaining institutions take the lead, and cases where the approach should be multilayered from the very beginning. Pedopsychiatry will also gain in the long-term by reinforcing the interest of parents and other relatives, and by encouraging the organisation of self-help groups. The data and thoughts presented in this article should be a challenge for debate among all parties involved in any adaptation or even transformation of pedopsychiatric services in Slovenia.

Key words: mental health, child psychiatry, psychiatric activity network, Slovenia

1 Uvod

1.1 Potrebe po psihiatričnih storitvah

Vsi zdravstveni sistemi se soočajo z iskanjem ravnovesja med finančno vzdržnostjo in naraščajočimi potrebami po zdravstvenih storitvah. Ob tem je potrebno poudariti, da pojem vzdržnosti zdravstvenih sistemov pomeni zadržati ali izboljšati obstoječo raven kakovosti, varnosti in dostopnosti javnih storitev v splošno sprejemljivi obliki. V tem smislu želimo preseči sam pojem finančne vzdržnosti.

Do leta 2025 se bo delež starejših od 65 let v Sloveniji povečal iz sedanjih 15 na 22,8 %, do leta 2050 pa bo z 31,2 % višji, kot bo povprečje v dosedanji Evropski uniji s 25 državami članicami (EU₂₅). Temu primerno se bo povečalo breme kroničnih in nenalezljivih bolezni, kar bo ob naraščajoči ozaveščenosti in visokih pričakovanih prebivalstva pripeljalo do povečanega števila zdravstvenih storitev. Ker je pogostost duševnih motenj med vsemi boleznimi v najbolj strmem porastu,

se bo ekonomsko breme zaradi duševnih motenj s sedanjih 10 % do leta 2020 dvignilo na 15 %. To pomeni, da ljudje ne bodo le pogostejše preživljali duševne motnje, ampak bo pomenila tudi veliko breme za družbo. (1)

Znani so podatki¹ o naraščajočem številu bolnikov na akutni, neakutni in sami psihiatrični dejavnosti. Ti podatki le delno odsevajo potrebe državljanov po bolnišnični obravnavi, saj nanje vplivajo različni dejavniki: finančni, infrastrukturni, kadrovski. Natančnejše napovedi za specialističnoambulantno obravnave in diagnostične preiskave je nemogoče ali tvegano pripraviti, saj baze podatkov niso standardizirane v procesu zbiranja, poročanja in analize. Zanimivo pa je dejstvo, da se je v enakem obdobju (2001–2006) število ambulantno obravnavanih bolnikov pri specialističnih bolnišničnih psihiatričnih izvajalcih zmanjšalo za 5,4 %², kar v povprečju pomeni 1,1-odstotno negativno letno stopnjo rasti. Slednji podatek lahko razložimo s širitvijo specialističnopsihiatrične mreže, saj se je število vseh ambulantno obravnavanih v Sloveniji od leta 2005 povečalo za 6,6 psihiatričnega tima. Tako je bilo v letu 2006 kar 61,3 % specialističnoambulantnih obiskov zunaj sedmih bolnišnic, ki izvajajo bolnišnično dejavnost. Ob tem ne gre pozabiti splošnega prepričanja, da se bistveno večje število državljanov zateka k obravnavi zunaj javnozdravstvene mreže v specialističnoambulantni obravnavi v primerjavi z bolnišnično obravnavo.

1.2 Potrebe po pedopsihiatričnih storitvah

Večina epidemioloških študij ugotavlja, da ima v danem trenutku približno petina vseh otrok vsaj eno duševno motnjo po merilih ene od dveh glavnih mednarodnih klasifikacij, ICD-10 oz. MKB-10 (2) in DSM-IV (3), čeprav so ocene nekaterih še višje (4-12). Pogostost duševnih motenj med otroki je torej primerljiva s pogostostjo sorodnih motenj med odraslimi (13), čeprav imajo mladi redkeje kot starejši duševne motnje, ki zahtevajo intenzivnejšo zdravstveno pomoč, recimo shizofrenijo, bipolarno motnjo. Veliko vedenjskih težav motenih otrok je pretežno socialne narave ali pa so povezane s šolskimi problemi, medtem ko so njihove zdravstvene težave bolj drugotnega pomena. V tem primeru so socialni in pedagoški posegi ustreznejši.

Otroci, ki dejansko potrebujejo pomoč specialista pedopsihiatra ali njegovih sodelavcev, žal, še dandanes ostajajo brez ustrezne pomoči. Staršem in njihovim otrokom se ponujajo določeni psihoterapevtski prijemi, ki so povsem ali skoraj povsem neučinkoviti (14), medtem ko vse več randomiziranih kontroliranih kliničnih poskusov potrjuje učinkovitost sodobnejših, bioloških ali strukturiranih psiholoških oblik zdravljenja duševnih motenj v otroštvu (15): vedenjske terapije fobij, kognitivno-vedenjske terapije anksioznosti, medosebne terapije depresije,

¹ Podatki in kazalci poslovanja zdravstvenih zavodov Slovenije za leto 2001–2006. Ljubljana: Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, 2002–2007.

² Od sedmih izvajalcev specialistične bolnišnične dejavnosti Univerzitetni klinični center Ljubljana ne izvaja specialistične ambulantne dejavnosti.

izločevalne diete za hiperkinetično motnjo, psihofarmakološke terapije obsesivno-kompulzivne motnje in družinske terapije anoreksije nervoze (16). Če se mladim ne ponudi naštetih oblik zdravljenja, se jih po nepotrebnem prepušča trpljenju, okrnjenemu šolanju, delinkvenci in, še posebej v Sloveniji, samopoškodbam in samomorilnemu vedenju (17). Nezdravljene ali pomanjkljivo zdravljene duševne motnje v otroštvu niso tragedija le za bolnike in njihove družine, temveč pomenijo tudi nezanemarljivo ekonomsko škodo za državo (18). Posledice bodo zanesljivo občutile žrtve mladostniškega kriminala, šolstvo, socialne službe pa tudi druge zdravstvene službe, saj se bo vse več težavnih otrok zato zateklo v pediatrične ustanove. Hiperaktivni otroci se lahko razvijejo v socialno neprilagojene odrasle (19), depresivni otroci pa v depresivne in samomorilno ogrožene odrasle (20). Rezultati longitudinalne študije Dunedin so pokazali, da je približno 70 % odraslih z duševnimi motnjami imelo duševne motnje že v otroštvu (7).

Različne službe se lotevajo reševanja težav duševnih motenj v otroštvu in te si le redko uspejo razdeliti vloge v komplementarne dejavnosti, ki bi bile multidisciplinarno učinkovite. Če ima otrok levkemijo in potrebuje dopolnilno pomoč v izobraževanju, potem pediater in učitelj ustrezno sodelujeta. Če pa je otrok iz problematične družine, težaven doma in moteč v šoli, se socialni delavec, šolnik in psihiater težko dogovorijo, seveda, če se s svojimi specifičnimi terminologijami, filozofijami in teorijami sploh začnejo dogovorjati.

Že tako oteženemu sporazumevanju zagotovo ne pomaga štiristopenjska razdelitev dela otroške psihiatrije, pri čemer naj bi prvo stopnjo predstavljale šola, socialne službe in prostovoljne dejavnosti, naslednje tri pa naj bi pripadale duševnemu zdravstvu, od primarne do terciarne dejavnosti. Družba skrbi za zdrav razvoj otrok preko različnih služb, od katerih je zdravstvo le ena, nič manj pomembno pa ni, denimo, šolanje. Pedopsihiatrija si mora svoje poslanstvo opredeliti tako, da si delo učinkovito porazdeli z drugimi službami, ne pa da delo med le-te pokroviteljsko delegira. Dogovor s preostalimi službami je nujno potreben, saj pedopsihiatriji ni namenjeno zdraviti vsega, kar bi utegnilo zadostiti merilom mednarodnih psihiatričnih diagnostičnih klasifikacij. Zelo priročen primer so vedenjske motnje, ki so najpogostejša otroška psihiatrična diagnoza. Otroci s to motnjo so moteči, agresivni in nesocialni, kar se lahko opredeli tudi kot socialne in vzgojne težave. Temu primerno so za vedenjsko motene otroke socialne in vzgojne rešitve bolj dobrodošle kot pa zdravstveni pristop. Le v redkih primerih je mogoče opredeliti dejanski zdravstveni problem (21).

Razdelitev dela med psihiatri in preostalimi službami se mora doseči na jasn način in prvi korak k danemu cilju je lahko razdelitev otroških duševnih motenj v tri večje kategorije:

1. Primeri, ko naj pedopsihiatrija prevzame vodilno vlogo (npr. anoreksija ali pa obsesivno kompulzivna motnja), čeprav bo povezovanje z ostalimi službami še vedno potrebno;

2. Primeri, ko naj preostale ustanove prevzamejo vodilno vlogo (socialna služba v primeru zlorabljenih ali zanemarjanih otrok; šolstvo v primeru zavračanja šole), pri čemer bo še vedno za nekatere od teh otrok potreben posvet s pedopsihiatrično službo (npr. zaradi komorbidne depresije);
3. Primeri, pri katerih naj bo pristop od vsega začetka večslojen, predvsem ko gre za motnje, ki so kompleksna mešanica zdravstvenih, prosvetnih in socialnih komponent. Čeprav zadošča pri večini primerov z vedenjskimi motnjami že pristop šolnika in socialnega delavca, ima nezanemarljiva manjšina teh otrok prisotne tako dejavnike tveganja (hiperkinetično motnjo) kot tudi posledice (depresijo), katerih se lahko učinkovito loteva pedopsihiatrični tim.

Otroku z duševno motnjo je treba pomagati z ustreznimi in preverjenimi metodami, sicer mu bolj škodimo kot koristimo. Tako klinična izkušnja kot zgodovinske izkušnje v preteklosti nas lahko privedeta do neveljavnih ali celo škodljivih metod zdravljenja. Namen morebitne posodobitve v pedopsihiatriji naj torej ne bo v pridobivanju večje vsote denarja, temveč v ustrezni organizaciji in porabi denarja. Čeprav ne kaže po nepotrebnem zapravljati časa in sredstev z neučinkovitimi posegi, pa pri mladih z duševnimi motnjami nihče ne želi skopariti. Gre torej za dilemo, ki jo lahko reši le smiselen in utemeljen kompromis. V članku bomo opisali, kako oz. kdo naj izvaja pedopsihiatrične storitve, ter ponudili enega od načinov rešitve problema vzdržnosti mreže otroške psihiatrije v Sloveniji.

2 Metode

Po ugotovitvi, da je dani problem X v pristojnosti pedopsihiatrične službe, sledi načrtovanje vrste storitev in potreb, ki se bodo lahko otroku s problemom X ponudile. Obseg tovrstnih storitev bo izhajal iz pogostosti problema X in s pomočjo izračuna iz Enačbe 1 in Enačbe 2 nas bo pripeljal do končnega načrta in še do odgovora na dve dodatni vprašanji: kako pogost je problem X ter ali je ponujena storitev potrjeno učinkovita.

Izračun pedopsihiatričnih potreb za dano duševno motnjo na območju z 250.000 prebivalci (otrok in odraslih), kar predstavlja približno osmino prebivalstva Republike Slovenije, prikazuje Enačba 1 (22). Potrebe po pedopsihiatričnih storitvah so produkt verjetnega števila bolnikov in ocenjenega prispevka terapevta na dani primer z duševno motnjo.

Skupne potrebe po osebju v pedopsihiatriji so izračunane kot produkt vsote potreb za posamezne duševne motnje in količnika, ki pokriva vse dodatne in odvečne preglede, namenjen pa je tudi zadostitvi vseh vzporednih opravil pedopsihiatričnih delavcev: sestankov, posvetov, samopreverjanja, mentorstva, učenja in sprotnega izobraževanja (Enačba 2) (22).

$$P = \check{S} \cdot O \cdot T$$

P načrtovane potrebe za dano duševno motnjo na območju, ki obsega 250.000 prebivalcev

Š število otrok z dano duševno motnjo

O predvideni delež obiskovalcev*

T ocenjen prispevek pedopsihiatra ali sodelavca, ki temelji na pregledu učinkovitosti metod zdravljenja (15) in upošteva dejavnike, kot so npr.: prispevek v primeru ozdravljive duševne motnje, recimo specifične fobije, pomeni enkratno predvideno zdravljenje, medtem ko prispevek v primeru kronične duševne motnje, ko je na voljo le paliativno zdravljenje, recimo medikamentozna in vedenjska terapija v primeru hiperkinetične motnje, pa pomeni začetni pregled, dolgoročno zdravljenje in občasne ponovne preglede

*Kolikšen delež otrok z duševno motnjo X bo dejansko obiskoval pedopsihiatrično službo, kažejo epidemiološke študije, ki potrjujejo predvidevanja, da le 10–20 % otrok z duševnimi motnjami obiše pomoč pri pedopsihiatrični službi (5, 23-26). Včasih je to smiselno, saj lahko otrok in družina s simptomi zadovoljivo shajata. Pogosto pa gre za druge razloge, recimo za nedostopnost službe zaradi geografskih ali socialnih preprek. Reorganizacija pedopsihiatričnih storitev sicer lahko privede do povišanja obiska otrok z duševnimi motnjami s predvidenih 10–20 %, a delež bo vselej zanesljivo nižji od celote.

Enačba 1. Izračun potreb za dano duševno motnjo (22).

$$O = k \cdot \sum P$$

O potrebe po osebju za vsako od treh področij: zdravniškega, individualno-terapevtskega in družinsko-terapevtskega

ΣP vsota načrtovanih potreb za duševne motnje, navedenih v Tabeli 1

k količnik, ki dobljene potrebe pomnoži z namenom omogočanja službenega časa prek časa, ki je namenjen pregledom in zdravljenju, navedene v Tabeli 1*

*Vrednost 2 za količnik zadošča za:

1. preglede otrok, za katere se ugotovi, da nimajo duševne motnje, ki bi potrebovala zdravljenje;
2. preglede otrok z duševnimi motnjami, ki so zelo redke in niso navedene v Tabeli 1;
3. sestanke, posvete, samopreverjanje, mentorstvo, učenje in sprotno izoraževanje.

Enačba 2. Izračun potrebe po osebju za vse duševne motnje skupaj (22).

3 Rezultati in razpravljanje

3.1 Kako pogost je problem X?

Pri odgovoru na to vprašanje ne kaže slepo slediti epidemiološkim študijam, ki nam ponujajo prevalenco danega problema, iz treh razlogov:

1. Precenjena prevalenca. Nekatere epidemiološke študije so prevalenco otroških duševnih motenj precenile, saj so definirale obstoj duševnih motenj le na osnovi simptomov, zanemarile pa prisotnost ali odsotnost stiske otroka oziroma njegovih najbližnjih (6, 8, 27). Ob upoštevanju merila prizadetosti se je v eni od študij 37 % prevalenca čustvenih motenj znižalo na samo 6 % (8).
2. Vpliv učinkovite terapije. Če imamo na voljo metodo učinkovitega – ne paliativnega – zdravljenja, potem nas prevalenca še nezdravljene populacije vodi do precenjevanja potreb. Dejanske potrebe se bodo namreč občutno zmanjšale takoj po uvedbi terapije.
3. Komorbidnost. Približno polovica vseh otrok z duševno motnjo ima težave z vsaj dvema duševnima motnjama (5, 8). Navadno se vsako izmed teh motenj zdravi s priporočenimi terapevtskimi metodami, ki so lahko nasprotujoče si. Včasih pa je dovolj, če se zdravi le eno motnjo, medtem ko se druga pozdravi posredno. V tem primeru potrebe po zdravljenju druge motnje ne bodo odvisne od prevalenca druge motnje, temveč od prevalenca druge motnje ob odsotnosti prve (28).

3.2 Ali je ponujena storitev potrjeno učinkovita?

Weisz in sodelavci (14) so navedli kar nekaj razlogov za skromno učinkovitost ali celo neučinkovitost nekaterih psihoterapevtskih prijemov v vsakodnevni klinični praksi. V klinikah se navadno zanemarijo kognitivno-vedenjski pristopi, ne uporabljajo se usmerjene metode in terapija navadno ni strukturirana ob uporabi terapevtskih priročnikov. Tovrstne napake je mogoče odpraviti, če se pri odločitvi za metodo zdravljenja zanesemo na rezultate randomiziranih kontroliranih terapevtskih študij. Ti trenutno ponujajo najbolj zanesljive in veljavne podatke. Če rezultatov le-teh ni na voljo, potem se lahko začasno zanesemo na manj prepričljive dokaze, na primer na primerjavo različnih kliničnih posegov ob še zadovoljivi kontroli skupini.

Lahko se zgodi, da bo pri danem otroku trenutno najučinkovitejša metoda zdravljenja spodletela. Lahko gre za prepletanje več delnih sindromov v zapleteno klinično sliko, ki še zdaleč ne ustreza diagnostičnim merilom, na katerih temeljijo vse večje raziskave. Lahko gre tudi za svojevrstne družinske okoliščine, zaradi katerih je zanašanje na standardne protokole oteženo. V takih primerih sta tako klinična ocena kot tudi improvizacija nujni, še vedno pa je možno ekstrapolirati iz izkušenj že objavljenih kliničnih primerov.

3.3 Kdo in kako naj izvaja učinkovite metode zdravljenja?

Povpraševanje bo žal še nekaj časa občutno presegalo ponudbe pedopsihiatrične službe. Pri odločanju, katere metode ponuditi znotraj danih finančnih zmožnosti, je zato vredno slediti vnaprej določenim merilom, kot so:

1. Težavnost primera. Ali simptomi vodijo do hudih stisk in težav v socialnem okolju; ali predstavljajo hudo breme za starše?
2. Kroničnost težav. Ali je verjetneje, da bodo simptomi postali kronični; ali pa je mogoče, da bodo spontano izveneli že v bližnji prihodnosti?
3. Verjetna učinkovitost ob upoštevanju cene. Količnik stopnje izboljšanja in porabljenih sredstev je dobro vodilo za usmerjanje sredstev. Pri tem ne smemo zanemariti dolgoročnih učinkov, na primer zmanjšanja verjetnosti brezposelnosti, prestopništva in samomorilnega vedenja.
4. Enakopravnost v pristopu. Otroci z duševnimi motnjami so pogostejše kot ostali otroci slabšega telesnega zdravja, skromnejših intelektualnih sposobnosti in iz manj zavidljivega širšega in ožjega socialnega okolja. Prisotnost povezanih težav ne bi smela vplivati na verjetnost ponudbe pedopsihiatričnih storitev.

Pedopsihiatrične službe oziroma storitve se glede na potrebe nadalje delijo na štiri vrste: pedopsihiatrične ambulate (zunajbolnišnično zdravljenje), bolnišnično svetovanje in posvetovanje, pomoč službam za motnje vedenja ter bolnišnično zdravljenje.

3.3.1 Zunajbolnišnično zdravljenje – pedopsihiatrične ambulate

Pedopsihiatrične zunajbolnišnične storitve (Tabela 1) so namenjene zdravljenju osnovnih duševnih motenj otrok: morebitnih psihotičnih bolezni, depresij, obsesivno-kompulzivnih motenj, anoreksije nervoze, hiperkinetične motnje in nekaterih drugih otroških psihiatričnih obolenj. Tabela 1 (22) prikazuje oceno prevalence dane duševne motnje, izračunano število bolnikov na 250.000 prebivalcev, predvideni delež obiskovalcev, predlagane metode in obseg zdravljenja ter temu primerne potrebe po osebj. Od metod zdravljenja so upoštevani psihofarmaki, strukturirane individualne (medosebne in kognitivno-vedenjske) in družinske psihološke metode, socialno učenje ter dieta. V Tabeli 1 je na podlagi izračuna z Enačbo 1 za vsako posamezno duševno motnjo prikazano tudi, kolikšne so potrebe po osebj, ki se deli na tri področja:

1. Prispevek zdravnika pedopsihiatra je potreben za preglede in zdravljenje, ki navadno zahtevajo medicinsko izobrazbo in usposabljanje, na primer medikamentno zdravljenje. Poleg pedopsihiatrov lahko pri tovrstnem delu sodelujejo tudi pediatri ali splošni psihiatri, še posebej pa specializanti obeh profilov. Nekaj dela odpade še na terapevtsko dieto, ki pa jo lahko izvaja tudi dietetik, klinični psiholog ali medicinska sestra.
2. Prispevek kognitivno-vedenjskega ali individualnega terapevta. Te terapije so združene, saj imajo veliko skupnih lastnosti: so psihološke, so namenjene

predvsem posamezniku, so usmerjene v problematiko 'tukaj-in-zdaj' in ne zahajajo v iskanje predvidevanih, a nedokazanih vzrokov v preteklosti, nudijo praktično pomoč in ne le podporo, so pogosto na voljo standardna zdravljenja z natančnimi priročniki, predvsem pa se njihova učinkovitost dokazuje z naraščajočim številom randomiziranih kontroliranih terapevtskih poskusov. Te storitve lahko nudijo primerno usposobljeni ali še usposablajoči klinični psihologi, psihiatri in medicinske sestre.

3. Prispevek družinskega terapevta, ki nudi psihološko terapijo, ki je usmerjena na družino kot sistem in ne le na njenega člana z dano motnjo. Nudijo jo lahko posebej usposobljeni družinski terapevti iz vrst psihiatrov, kliničnih psihologov in medicinskih sester.

Tabela 1. Pedopsihiatrične zunajbolnišnične storitve (22).

Motnja	Ocena prevalence	Število otrok	Obisk (%)	Predlagane metode zdravljenja	Predlagan obseg zdravljenja (letno ali po osebi)	Potrebe po osebj (delež)
Psihotične bolezni	0,5/10.000 do 15 let	3	100	psihofarmaki in družinska terapija	novi pregledi, mesečno ponovni in 15 sej (Dru)	0,05 Med in 0,1 Dru
Depresija	1 % od 11 do 15 let	175	20	kognitivno-vedenjska, medosebna in psihofarmaki (redko)	7 novih pregledov in 10 sej (Ind)	0,2 Med in 0,4 Ind
Splošna anksioznost in separacijska anksioznost	4 % od 3 do 15 let	200 letno novih	20	kognitivno-vedenjska	novi pregledi in 15 sej (Ind)	0,4 Ind
Specifična in socialna fobija	3 %	100 letno novih	20	vedenjska	novi pregledi in 10 sej (Ind)	0,15 Ind
Postravmatski stresni sindrom	0,5 % kumulativne prevalence do 16 let	17 letno novih	40	kognitivno-vedenjska	novi pregledi in 10 sej (Ind)	0,05 Ind
Obsesivno kompulzivna motnja	0,2 % od 5 do 15 let	70	50	psihofarmaki in kognitivno-vedenjska	4 novi pregledi, redni ponovni in 15 sej (Ind)	0,05 Med in 0,1 Ind
Anoreksija nervoza	0,2 % od 11 do 15 let (dekleta)	17	50	družinska in psihofarmaki (redko)	2 nova pregleda, redni ponovni in 20 sej (Dru)	0,1 Med in 0,4 Dru

Hiperkinetična motnja	1 % od 5 do 15 let	350	50	psihofarmaki, dieta in vedenjska	20 novih pregledov, redni ponovni in 10 sej (Ind)	0,2 Med in 0,2 Ind
Avtistične motnje	0,1 % brez in 0,2 % z duševno zaostalostjo	50 in 100	50 in 80	vedenjska, socialno učenje in psihofarmaki (redko)	12 novih pregledov in ponovni pregledi	0,03 Med in 0,1 Ind
Neavtistične težave duševno zaostalih	0,1 %	50	80	vedenjska in psihofarmaki (redko)	5 novih pregledov in ponovni pregledi	0,02 Med in 0,05 Ind
Predšolske pedopsihiatrične motnje	4 % od 3 do 4 let	280	15	vedenjska	novi pregledi 5 sej (Ind)	0,2 Ind

Legenda / Legend:

Med - prispevek pedopsihiatra ali drugih z osnovno medicinsko izobrazbo

Ind - prispevek kognitivno-vedenjskega ali individualnega

Dru - prispevek družinskega terapevta

Izračunane skupne potrebe po osebju v pedopsihiatrični ambulanti, pri bolnišničnem svetovanju in posvetovanju ter pri pomoči službam za motnje vedenja so prikazane v Tabeli 2 (22). Potrebe po dveh administrativnih delavcih za področje 250.000 prebivalcev temelji tudi na domnevi, da bo njuno delo obsegalo tudi pošiljanje presejalnih vprašalnikov otrokom, staršem in učiteljem, zbiranje preostalih podatkov, torej vse kar je lahko v njuni moči, da olajša prve in vse ponovne klinične preglede.

Kaj pa ostale oblike zdravljenja? Pregled sodobne literature, ki temelji na obstoječih veljavnih in objavljenih rezultatih, ne potrjuje zadovoljive učinkovitosti psihodinamske psihoterapije, terapije z igro ali dramo, delavne terapije, umetnostne in glasbene terapije. Dokazov je gotovo dovolj, da se bodo lahko organizatorji in ponudniki pedopsihiatričnih storitev vsaj zamislili nad porabo dragocenih sredstev za tako pomanjkljivo učinkovite ali celo neučinkovite metode zdravljenja, vsaj dokler ne bo smisel tovrstnih terapij ustrezno dokazan in utemeljen. Dve študiji smo izbrali za oris danega problema. Na eni strani imamo natančno izpeljano študijo popisov otrok s čustvenimi motnjami, ki so bili zdravljeni s približno 300 urami psihoanalize. Delež izboljšanega stanja otrok naj bi bil večji od predvidenega deleža spontano izboljšanih (29), vendar pa se pri takem sklepu pogreša ustrezna kontrola. Na drugi strani imamo veliko zanesljiveje pridobljene dokaze, da se ista

vrsta motenj lahko uspešno zdravi z manj kot 20 urami kognitivno-vedenjskih ali medosebnih terapij (15).

Tabela 2. Predvidene potrebe po pedopsihiatričnem osebju brez bolnišničnih storitev (22).

Službe za 250.000 prebivalcev	Potrebe po osebju
Pedopsihiatrična ambulanta (zunajbolnišnično zdravljenje)	3.3 individualnega terapevta, 1.3 zdravnika, 1.0 družinskega terapevta.
Bolnišnično svetovanje in posvetovanje	individualnega terapevta, 0.2 zdravnika.
Pomoč službam za 'motnje vedenja'	individualnega terapevta, 0.2 zdravnika.
Skupaj (brez bolnišničnih storitev):	5.3 individualnega terapevta, 1.7 psihiatra, 1.0 družinskega terapevta, 2.0 administratorja.

3.3.2 Bolnišnično svetovanje in posvetovanje – konziliarna pedopsihiatrija

Ocene konziliranih dejavnosti so prirejene potrebam področja s približno 250.000 prebivalci ali s splošno bolnišnico, ki obsega med drugim nujno medicinsko pomoč, pediatrični oddelek in pediatrično ambulanto. Delo obsega:

1. Oceno in oskrbo samomorilne ogroženosti. Poskusi samopoškodb so le redko tako imenovani 'klici na pomoč', ki naj bi ga mlada oseba namenila okolici. Taka razlaga prepogosto privede do zavrnitve pomoči v primeru prvega poskusa. (17) Otrok s tovrstnim načinom obvladovanja stresa bo z nezanemarljivo verjetnostjo odrasel v starejšo in temu primerno samomorilno bolj ogroženo osebnost, ki tedaj ne bo poiskala psihiatrične pomoči zaradi neljube prvotne izkušnje. (4-13) Zaradi samomorilno obarvanega vedenja otrok do 16. leta starosti se v angleški urgentni ambulanti, ki pokriva področje 250.000 prebivalcev, predvideva približno en obisk tedensko (22). Če uporabimo križni račun in vanj vnesemo oba nacionalna količnika samomora, lahko v enako velikem slovenskem prostoru pričakujemo podoben primer skorajda vsak drugi dan.
2. Psihosomatika. Psihološki dejavniki imajo pomembno vlogo pri marsikateri somatski bolezni. Stres je lahko eden glavnih dejavnikov pri ponavljajočih se trebušnih bolečinah, glavobolih, lahko pa tudi nenadno poslabša astmo ali sladkorno bolezen. Večino takih primerov obvlada že sam pediater, v bolj zapletenih primerih pa bo posvet s pedopsihiatrom neizbežen.

3. Pomoč pri določenih pediatričnih posegih. Če so za otroke s kronično boleznijo, recimo levkemijo, nekateri posegi vir težko obvladljivih stisk, je mogoče z določenimi kognitivno-vedenjskimi tehnikami, na primer z desenzitizacijo olajšati trpljenje otroka, staršev in osebja.

Večino dela na področju teh treh funkcij lahko opravi terapevt, zaposlen za polni delovni čas, ki je večš kognitivno-vedenjskih ali medosebnih metod psihološkega zdravljenja. Dvakrat tedensko po pol dneva mu lahko pomaga pedopsihiater, zlasti za primere, ki zahtevajo medicinsko izobrazbo. Njuno delo ne pokriva svetovanja v primeru zlorabljenih otrok. Potrebe teh bi morala zadovoljiti socialna služba. (22)

3.3.3 Pomoč službam za vedenjske motnje

Vedenjske motnje so pogost in družbeno drag problem. Najbolje jih je opredeliti kot socialne in vzgojne težave, saj so najboljše rešitve socialno in vzgojno obarvane ter bolj dobrodošle kot pa zdravstveni pristop. Učinkovite prijeme, kot na primer trening starševstva, lahko nudijo različni ustrezno izobraženi profili od socialnih delavcev in šolskih psihologov do strokovnjakov iz vrst pedopsihiatrije. Slednji lahko pomagajo predvsem, ko so z vedenjsko motnjo povezane druge duševne motnje pri otrokih, recimo hiperkinetična motnja, ki napoved izida prve pomembno poslabša, če ni zdravljena s psihostimulansi in vedenjsko terapijo. V preostalih primerih pa popolno zanašanje na pedopsihiatrijo v primeru motečega vedenja nujno pripelje do pomanjkljive skrbi za otroke z osnovnimi duševnimi motnjami.

Na področju 250.000 prebivalcev bi psihoterapevt, ki je zaposlen za polni delovni čas ter usposobljen za strukturirane psihološke terapije, in pomoč pedopsihiatra en dan v tednu predstavljala že zelo radodarno sodelovanje v tripartitnem sistemu (socialne službe, šolstvo in zdravstvo) reševanja vedenjskih motenj. Če v določeni regiji ustrezne službe ne bi prisluhnile potrebam po tripartitnem financiranju in zdravljenju vedenjskih motenj, se lahko enako mero pedopsihiatričnih storitev prenese na zunajbolnišnično pedopsihiatrično službo, ki bi potem prevzela vodenje tistih otrok z motnjami vedenja, ki izhajajo, so povezane ali pa so privedle do drugih duševnih motenj.

3.3.4 Bolnišnično zdravljenje

Zunajbolnišnične storitve ne bodo zadoščale za nekatere otroke s težjimi duševnimi motnjami. Nekaj tednov opazovanja v drugačnem okolju lahko pomembno pomaga pri diagnosticiranju in načrtovanju zdravljenja težjega in bolj zapletenega pedopsihiatričnega primera.

Ocena potreb po bolnišnični ponudbi bo odvisna od kakovosti in obsega zunajbolnišničnega dela. Tako bo uspešna ambulanta, specializirana za motnje hranjenja v danem okolju, uspešno vodila bolnice, ki bi drugje potrebovale sprejem na pedopsihiatrični oddelek (23). Za otroke do 16 let na področju 250.000

prebivalcev bi zadoščala že ena sama pedopsihiatrična postelja (22), kar bi pomenilo, da Slovenija več kot enega pedopsihiatričnega oddelka ne potrebuje, četudi ocenjene potrebe podvojimo in s tem razširimo do 16 postelj.

Omenjenim potrebam primeren pedopsihiatrični oddelok potrebuje stalno prisotnost zdravnika-specializanta pedopsihiatrije, psihiatrije, pediatrije ali šolske medicine. Mentorstvo pri delu mu nudi eden od dveh pedopsihiatrov, ki za delo na oddelku porabita največ dva dni v tednu. Trije dnevi preostanejo obema za terciarno zunajbolnišnično in konziliarno pedopsihiatrijo. Od nezdravniškega osebja bo oddelok za normalno delovanje potreboval še vsaj psihologa in socialnega delavca. Medicinske sestre in tehniki so lahko posebej specializirani za pedopsihiatrične storitve in tudi iz njihovih vrst se lahko upravičeno pričakuje ponudnike strukturirane individualne in družinske terapije.

4 Zaključek

Upravljanje tehtnice med ceno in učinkovitostjo je najbolje optimizirati s primerno mešanico profilov in izkušenj. Neizobraženo in neprimerno osebje znižuje učinkovitost, medtem ko čezmerno izobraženo osebje po nepotrebem dviguje ceno storitev. Vse oblike zdravljenja (medikamentno in psihološko) bi teoretično lahko opravil pedopsihiater, a to bi po nepotrebem dvignilo ceno storitvam, saj je izobraževanje in plačevanje zdravnikov najdražje. Po drugi strani bi varčevanje s prepuščanjem vsega bremena nemedikamentnih pristopov (kognitivno-vedenjskih in medosebnih terapij) ostalemu osebju utegnilo preveč razcepiti delo s posameznim bolnikom. Najbolj primerna bo kompromisna rešitev, po kateri bo pomemben delež otrok, ki ne potrebujejo medikamentnega zdravljenja (in ti so v pedopsihiatriji tudi sicer v večini) lahko spremljalo nezdravniško osebje. Določene otroke, recimo bolnike z obsesivno-kompulzivno motnjo, lahko vodi le pedopsihiater, ki poleg pričakovanega znanja psihofarmakologije obvlada tudi vedenjsko terapijo. Preostali otroci pa bodo ves čas ali le določeno obdobje zdravljenja potrebovali timski pristop, recimo bolnice z anoreksijo nervozo.

Pedopsihiatrija bo dolgoročno pridobila tudi s krepitvijo morebitnega interesa staršev in ostalih svojcev in s spodbujanjem k organiziranju skupin za samopomoč, recimo za hiperkinetične ali avtistične otroke. Sodelovanje s skupinami za samopomoč, objavljanje v njihovih glasilih, predavanje na njihovih shodih kmalu obrodi prve sadove. Organizacije staršev niso oblika socialnega prilagajanja, temveč skupine, ki vplivajo na kakovost in dostopnost služb kot pomemben družbeni dejavnik, ki ima tudi dokazano terapevtsko vrednost. Pedopsihiatrična služba je temu primerno razbremenjena marsikaterega obiska zgolj zaradi stiske. Večje skupine za samopomoč so sposobne organizirati tudi sredstva za posodobitev pedopsihiatrije in klinično raziskovanje.

Določiti vrsto in obseg zdravljenja še ni dovolj. Sledi odločitev, kako naj bo zdravljenje organizirano v danem, v tem primeru slovenskem prostoru. Cilj naj bo čimbolj sodobna, učinkovita, ekonomična in dostopna pedopsihiatrija. Taka pedopsihiatrija lahko najde svoje mesto v prostorih, ki so že zdaj na voljo v Sloveniji. Zdravstvo je tradicionalno razdeljeno na primarne, sekundarne in terciarne storitve in pedopsihiatrične storitve na sekundarni ravni so v Sloveniji organizirane regionalno. Ker so regije različno obsežne, se pri izračunu potreb upošteva odstopanje od optimalnih 250.000 prebivalcev na regijo. Sem spadajo pedopsihiatrične ambulante in dispanzerji, konziliarne storitve in pomoč pri delu z vedenjsko motenimi. Terciarna raven pedopsihiatrije v Sloveniji lahko pokriva nekaj subspecializiranih pedopsihiatričnih ambulant, ki niso nujno del iste krovne institucije, in pa bolnišnični oddelek, ki bi že zaradi ponujanih terciarnih storitev moral imeti kakovost kliničnega oddelka.

Naj bo to raje izziv za promocijo informirane diskusije med vsemi udeleženi pri morebitnem prilagajanju ali celo preoblikovanju pedopsihiatričnih storitev v Sloveniji. Regionalne psihosocialne značilnosti (30, 31), želje in zmožnosti variirajo in tako naj se Slovenija tudi v pedopsihiatriji razlikuje od ostalih delov sveta ter posamezni deli Slovenije med seboj. Socialno skromnejša področja bodo morda potrebovala več pedopsihiatričnih storitev, čeprav je povezava s socialnim prikrajšanjem bistveno nižja za osnovne duševne motnje kot pa za motnje vedenja (32).

Cilj naj bo paleta možnih rešitev, ki se bodo v naslednjem obdobju sproti preverjale in med seboj primerjale, uporabljajoč neodvisne ocenjevalce in veljavne kazalnike. Bolj smiselno kot zadovoljno samoocenjevanje pedopsihiatrične službe je omogočanje sprotnega ocenjevanja pedopsihiatričnih storitev porabnikov (staršev in otrok) in sodelavcev iz vrst šolstva in socialnega dela. Na voljo so presejalni vprašalniki (33), ki omogočajo objektivno oceno posega pedopsihiatrije na določenem področju. Eden od vprašalnikov je že veljavno preveden v slovenščino: Vprašalnik prednosti in težav ali 'Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ' (34).

Današnje metode zdravljenja niso dokončne in nekatere od empiričnih ugotovitev, ki smo jih uporabili za reference, se bodo morda v prihodnosti izkazale za pomanjkljive ali celo napačne. Tedaj bo potrebno stare ocene zamenjati z novimi, zanesljivejšimi in veljavnejšimi podatki. Sprotno prilagajanje novostim in priznavanje zmot je bolj obetavno kot pa slepo zaupanje le osebnim kliničnim izkušnji ali pa celo ideološkim dogmam ter zgodovinskim osebnostim znotraj psihiatrije. Klinik mora slediti novim dognanjem znanosti in nikjer ni videti razloga, zakaj ne bi pedopsihiatrija v Sloveniji sodelovala pri tovrstnih izboljšavah in odkritjih v svetu. Zaradi izrazito homogenega tipa populacije je mogoče pričakovati tehnično in denarno pomoč tudi v okviru mednarodnih raziskovalnih projektov.

Literatura

1. Marušič A, Temnik S. Javno duševno zdravje. Celje: Celjska Mohorjeva družba; Koper: Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije, 2009: 69-70.
2. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene : MKB-10 : deseta revizija. Ljubljana: IVZ RS, 2005.
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
4. Brandenburg NA, Friedman RM, Silver SE. The epidemiology of childhood psychiatric disorders: prevalence findings from recent studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 76-83.
5. Fergusson DM, Horwood J, Lynskey MT. Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 1127-34.
6. Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME et al. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 865-77.
7. Newman DL, Moffitt TE, Caspi A, Magdol L, Silva PA, Stanton WR. Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64: 552-62.
8. Simonoff E, Pickles A, Meyer JM, Silberg JL, Maes HH, Loeber R et al. The Virginia twin study of adolescent behavioral development: influences of age, gender and impairment on rates of disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 801-8.
9. Brauner CB, Stephens CB. Estimating the prevalence of early childhood serious emotional / behavioral disorders: challenges and recommendations. *Public Health Rep* 2006; 121: 303-10.
10. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 85-93.
11. Costello EJ, Foley DL, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45: 8-25.
12. Roberts RE, Roberts CR, Xing Y. Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *J Psychiatr Res* 2007; 41: 959-67.
13. Meltzer H, Gill B, Petticrew M, Hinds K. The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households. London: HMSO, 1995.
14. Weisz JR, Donenberg GR, Han SS, Kauneckis D. Child and adolescent psychotherapy outcomes in experiments versus clinics: why the disparity? *J Abnorm Child Psychol* 1995; 23: 83-106.
15. Phillips J. Help for troubled children and adolescents: epidemiology and treatment studies to guide commissioners and providers. London: The Maudsley Hospital, 1997.

16. Brent D. Effective treatments for suicidal youth: pharmacological and psychosocial approaches. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. New York: Oxford University Press, 2009: 667-76.
17. Spregovorimo o samomoru med mladimi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2009.
18. Konec Juričič N, Podkrajšek D. Izbrani dejavniki tveganja za zdravje otrok in mladostnikov. In: Štern B, editor. Zgodnje odkrivanje in celostna obravnava otrok in mladostnikov, ki jih ogrožajo kronične nenalezljive bolezni, v osnovni zdravstveni dejavnosti: izhodišča za obravnavo osnovnih zdravstvenih tem: zbornik projekta. Ljubljana: CINDI Slovenija, 2007: 13-9.
19. Taylor E, Chadwick O, Heptinstall E, Danckaerts M. Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescents development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 1213-26.
20. Harrington R. Depressive disorder in childhood and adolescence. Chichester: Wiley, 1993.
21. Goodman R. Child mental health: An overextended remit. *BMJ* 1997; 314: 813-4.
22. Goodman R. Child and adolescent mental health services: reasoned advice to commissioners and providers. London: Institute of psychiatry, 1997.
23. Rutter M, Tizard J, Whitmore K. Education, health and behaviour. London: Longman, 1970.
24. Offord DR, Boyle MH, Szatmari P, Rae-Grant NI, Links PS, Cadman DT et al. Ontario child health study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 832-6.
25. Burns BJ, Costello EJ, Angold A, Tweed D, Stangl D, Farmer EM et al. Children's mental health service use across service sectors. *Health Aff* 1995; 14: 147-59.
26. Leaf PJ, Alegria M, Cohen P, Goodman SH, McCue Horwitz S, Hoven CW et al. Mental health service use in the community and schools: results from the four-community MECA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 889-97.
27. Bird HB, Canino G, Rubio-Stipec MY, Gould MS, Ribera J, Sesman M et al. Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1120-6.
28. Kendall PC. Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 100-10.
29. Target M, Fonagy P. Efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 361-71.
30. Marušič A. Suicide mortality in Slovenia: regional variation. *Crisis* 1998; 19: 159-66.
31. Tomšič S, Kovše K, Roškar S, Kofol Bric T, Bajt M, Zorko M et al. Duševno zdravje v Sloveniji. In: Jeriček Klanšček H, Zorko M, Bajt M, Roškar M, editors. Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2009: 20-83.
32. Goodman R, Richards H. Child and adolescent psychiatric presentations of second generation Afro-Caribbeans in Britain: a clinical study. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 362-9.

33. Janjušević P. Vprašalnik prednosti in težav – strenghts and difficulties questionnaire (SDQ). In: Štern B, editor. Zgodnje odkrivanje in celostna obravnava otrok in mladostnikov, ki jih ogrožajo kronične nenalezljive bolezni, v osnovni zdravstveni dejavnosti: izhodišča za obravnavo osnovnih zdravstvenih tem: zbornik projekta. Ljubljana: CINDI Slovenija, 2007: 73-5.
34. Goodman R. The Strenghts and Difficulties Questionnaire: A research note. J Child Psychol Psychiatry 1997; 38: 581-6.