



Skupni ukrep MENTAL HEALTH TOGETHER

Opredelitev integrirane poti oskrbe

Različica	2.0
Avtor	Nacionalni inštitut za zdravje, Italija
Naloga	5.4
Datum oddaje	30. maj 2026
Vrsta izdelka	Poročilo



Co-funded by
the European Union

Ta skupni ukrep se sofinancira iz
Zdravstvenega programa Evropske unije v
okviru sporazuma o dodelitvi sredstev št.
101162928

Financira Evropska unija. Izražena stališča so izključno stališča avtorjev in ne odražajo nujno stališč Evropske unije ali HaDEA. Zanje ne odgovarjata niti Evropska unija niti organ, ki je dodelil sredstva.

1. Lastnosti dokumenta

Ime projekta:	Mental Health Together
Kratika projekta	MENTOR
Številka projekta:	1011622928
Tema:	Poročilo o izmenjavi znanja
Avtor dokumenta:	Nacionalni inštitut za zdravje, Rim, Italija
Obdobje, ki ga zajema (trajanje):	18/06/2025 - 30/05/2026

1.1. Zgodovina revizij dokumenta

Različica	Datum	Avtorji/sodelujoči	Komentarji
1.0	18.11.2025	ISS	Prvi osnutek
1.1	29.01.2026	ISS/države članice	Revizija
1.2	05.02.2026	ISS/države članice	Revizija
2.0	26.02.2026	Deležniki/ISS/države članice	Končna različica
2.0	26.03.2026	ISS	Prevod
2.0	20.05.2026	NIJZ	Validacija prevoda

1.2. Izjava o izvirnosti

Vsebina tega poročila je izvirna in so jo pripravili izključno sodelavci projekta JA Mentor.



1.3 Kazalo vsebine

1. Lastnosti dokumenta.....	1
1.1. Zgodovina revizij dokumenta	1
1.2. Izjava o izvirnosti.....	1
1.3 Kazalo vsebine.....	2
1.4 Kratice in akronimi.....	4
2. O projektu MENTOR.....	6
2.1. Namen dokumenta.....	6
2.2. Naloga 5.4	7
2.2.1. Opis naloge.....	7
2.2.2. Struktura naloge.....	9
2.2.3. Vzpostavitev naloge.....	9
2.3. Kontakti.....	9
2.3.1. Kontakt koordinatorja	9
2.3.2 Glavni sodelavci in kontakti pri Nalogi 5.4.....	10
D5.4.2. Poročilo o izmenjavi znanja	11
3. Evropska pot integrirane obravnave z na osebo osredinjenim pristopom za spodbujanje socialne vključenosti in kakovosti življenja oseb z motnjami v duševnem zdravju	12
3.1. Izhodišče.....	12
3.2 Izkušnje z metodologijo zdravstvenega proračuna.....	13
3.3. Evropska uporaba osebnega zdravstvenega proračuna	17
3.4. Prehod od standardiziranih paketov storitev k prilagojeni podpori	17
4. KLJUČNE SESTAVINE integrirane poti oskrbe.....	18
4.1. Multiprofesionalni tim	18

4.2. Večdimenzionalna ocena in orodja.....	19
4.2.1. Opredelitev Osební zdravstveni proračun s PRISTOPOM SO-PROGRAMIRANJA IN SO-UPRAVLJANJA.....	20
4.3. Prilagojen in integriran ukrep.....	21
4.4. Opredelitev osebnega zdravstvenega proračuna	23
4.4.1. Izzivi pri razvoju Osební zdravstveni proračun.....	24
4.5. Določitev koordinatorja primera.....	24
4.5.1. Novejša literatura o koordinatorju primera: ključne funkcije in vloge	25
4.5.2. Temeljne funkcije koordinatorja primera.....	25
4.6. Podpis in spremljanje	26
4.6.1. Opredelitev kazalnikov za spremljanje Osební zdravstveni proračun oziroma evropske pilotske študije.....	26
5. OBLIKA integrirane poti oskrbe	27
Zakoniti zastopnik (če je ustrezno).....	33
Koordinator primera (navedite strokovno vlogo)	33
Multidisciplinarni tim	33
Izvajalec storitev tretjega sektorja	34
6. Bibliografija	35
7. Naslednji korak: pilotska izvedba in spremljanje integrirane poti oskrbe	36
7.1. Sinergije.....	36

1.4 Kratice in akronimi

EU	Evropska unija
JA	Skupni ukrep
MENTOR	Mental Health Together
PLE	Osebe z izkušnjo iz prve roke
WP	Delovni paket

Seznam kratic – udeleženci WP5.4	
ASL of Turin	Azienda Sanitaria Locale Città di Torino (Italija)
BIOSISTEMAK	Asociación Instituto De Investigación En Sistemas De Salud-Biosistemak
FFIS	Fundacion para la Formacion e Investigacion Sanitarias de la Region de Murcia
FRCB-IDIBAPS/HCB	Fundació Recerca Clínic Barcelona-IDIBAPS/ Hospital Clínic de Barcelona
FUNDESALUD	Fundacion para la Formacion e Investigacion de los Profesionales de la Salud de Extremadura Fundesalud
GENCAT	Oddelek za zdravje - Generalitat de Catalunya
ICO	Institut Català d'Oncologia
IDIVAL	Fundacion Instituto de Investigacion Marques de Valdecilla
ISS	Istituto Superiore di Sanità
Regija Lombardija	Regione Lombardia
MOSA	Sotsiaalministeerium
NCMHFAD	Centrul National de Sanatate Mintala Si Lupta Antodrog
NHF	Nacionalni zdravstveni sklad
PHC	Državna ustanova Center za javno zdravje Ministrstva za zdravje Ukrajine
PHCI	Primarno zdravstveno varstvo območja prestolnice
ProMIS	Azienda ULSS 4 Veneto Orientale



RDS	Južna regija Danske
SAS	Andaluzijska zdravstvena služba
SHSO-MHS	Organismos Kratikon Ypiresion Ygeias
SMS	Murcijska zdravstvena služba
UNIMIBI	Università degli Studi di Milano-Bicocca

2. O projektu MENTOR

MENTOR si prizadeva spodbujati duševno zdravje z izmenjavo najrazličnejših izkušenj, od političnih pobud do kliničnih in strokovnih praks. Vključuje na dokazih temelječe dobre prakse in pobude prilagaja za doseganje dolgoročne vzdržnosti ter s tem krepi duševno zdravje in dobro počutje na ravni posameznika in prebivalstva.

Cilji MENTOR-ja:

1. Učinkovito razširjati dejavnosti/rezultate MENTOR-ja.
2. Spodbujati vzdržnost in izvajanje rezultatov MENTOR-ja skozi različne sisteme skrbi za duševno zdravje po evropski regiji.
3. Krepi pismenost na področju duševnega zdravja z razvojem političnih priporočil in intervencijskih orodij, namenjenih ranljivim skupinam, ter z bojem proti stigmati.
4. Prispevati k večjemu dostopu do na dokazih podprtih praks ter do inovativnih pristopov spremljanja, promocije in preventive na področju duševnega zdravja za obvladovanje duševno-zdravstvenih stanj v skupnostih.
5. Izboljšati sisteme spremljanja duševnega zdravja za ozaveščanje o težavah v duševnem zdravju in za zagotavljanje zgodnjega odkrivanja ogroženih posameznikov ter podpirati odločanje na podlagi podatkov.
6. Zmanjšati družbene neenakosti s poudarkom na ljudeh s težavami v duševnem zdravju.
7. Spodbujati metode za vrednotenje in izvajanje pristopov MHIAP na nacionalni in regionalni ravni.
8. Opredeliti na dokazih temelječe intervencije za promocijo in preprečevanje težav v duševnem zdravju v ranljivih in splošnih populacijah.
9. Podpirati v okrevanje usmerjeno in vključujočo prakso pri obravnavi oseb z duševno-zdravstvenimi stanji.
10. Izvajati personalizirane in celovite pristope k duševnemu zdravju.

2.1. Namen tega dokumenta

Ta dokument služi kot poročilo o izmenjavi znanja za izdelek 5.4.2 »Opredelitev poti integrirane obravnave« v okviru JA Mental Health Together – _MENTOR Naloga 5.4. Na

podlagi podatkov, zbranih v D.5.4.1 in povzetih v Poročilu o izmenjavi znanja (na voljo na naslednji povezavi: <https://ja-mentor.eu/index.php/recources/>), bodo podrobno opisani ključni elementi poti integrirane obravnave na področju duševnega zdravja, ki vključujejo:

1. člane multidisciplinarne ekipe za začetno oceno;
2. orodja za testiranje in vprašalnike za vrednotenje kliničnih in osebnih izidov;
3. standardizirani format za načrtovanje in spremljanje integriranih socialno-zdravstvenih intervencij.

Pričujoče poročilo o izmenjavi znanja vključuje informacije, zbrane med državami članicami, ki sodelujejo pri nalogi.

Osnutek tega dokumenta bo objavljen na spletni strani Skupnega ukrepa (JA). Deležniki (kot so klinični centri za duševno zdravje, osebe z osebno izkušnjo, nevladne organizacije, občine itd.) bodo povabljene k posredovanju pripomb in predlogov. Vse povratne informacije bo pregledal panel z vidika morebitnih sprememb, s čimer bo dokument zaključen. Končna različica dokumenta bo prevedena v vse evropske jezike držav članic zaradi širše dostopnosti in razumevanja.

2.2. Naloga 5.4

2.2.1. Opis naloge

Pot integrirane obravnave za spodbujanje socialne vključenosti in kakovosti življenja oseb z duševnimi motnjami

Personalizacija je ključni element zdravstvene politike, kot poudarja Svetovna zdravstvena organizacija (WHO). Temelji na pojmovanju zdravstvenega sistema, osredotočenega na človekova načela in pravice, kot so enakost, sodelovanje, samoodločanje in nediskriminacija. To vključuje obravnavo pacientov z vidika na osebo osredinjenega pristopa, poslušanje njihovih potreb ter prepoznavanje njihove sposobnosti in svobode pri izbiri glede lastnega zdravja. Na osebo osredinjen pristop omogoča, da različni sektorji sodelujejo, uporabljajo razpoložljive vire in različne kompetence ter celovito odgovarjajo na potrebe posameznika.

Naloga 5.4 pomaga sodelujočim partnerjem pri opredelitvi in izvedbi poti integrirane obravnave za ljudi z duševnimi motnjami v njihovih državah ter pri pripravi priporočil za spodbujanje zdravja in socialne integracije. Javne politike, različni viri financiranja, zdravstvene, izobraževalne in socialne službe, različni strokovni viri itd. bodo tesno sodelovali in se povezovali. Cilj tega sinergijskega ukrepanja je okrevanje in polna vključitev oseb z duševnimi motnjami v skupnost. Z inovativno metodologijo osebnega

zdravstvenega proračuna zdravstvene in socialne službe sodelujejo pri zagotavljanju integriranih intervencij na naslednjih štirih področjih: zdravstvenih, bivalnih, zaposlovalnih, čustvenih/družbenih/življenjskih in odnosne veščin. Vsako osebo spremlja prilagojen individualni projekt, zasnovan glede na njene specifične potrebe in preference, ki bo črpal razpoložljive javne/zasebne/osebne vire. Osebno opolnomočenje posameznika je zagotovljeno z njegovo polno vključenostjo in soglasjem v vseh fazah pogajanja in odločanja.

Razpoložljivost ali pomanjkanje ekonomskih/materialnih virov (npr. hiša, dohodek, pokojnina, plača, renta itd.) in neformalnih virov (izobrazba, družinska podpora, socialna mreža, osebne spretnosti itd.) se upošteva pri opredelitvi posameznikovih potreb in njegovega osebnega zdravstvenega proračuna. Le-ta je opredeljen kot nabor virov, ki so na voljo posamezniku in njegovi okolici, ter seznam virov/intervencij, ki jih integrirane službe zagotavljajo ali nudijo v času personaliziranega projekta. Projekt se spremlja, periodično vrednoti in temu ustrezno posodablja.

Med nalogo se zbirajo in analizirajo podatki in informacije o javnih politikah ter organizaciji služb za duševno zdravje iz sodelujočih držav. Osebe z izkušnjo bodo aktivno vključene v multidisciplinarni tim, ki bo vrednotil zbrane podatke in opredelil ključne sestavine poti integrirane zdravstveno-socialne obravnave, ki bo izvedena v nekaterih državah članicah.

Osebni zdravstveni proračun je bil doslej preizkušen v različnih državah, vključno z Združenim kraljestvom, Belgijo, Dansko, Italijo, Finsko, Avstrijo, Francijo, Švedsko, Nemčijo, Avstralijo in Združenimi državami Amerike, z različnimi vrstami programov, ki se razlikujejo glede meril vključevanja, povezanih z naročenimi storitvami ali stopnjo posameznikove izbire. Glavni cilj večine programov je bil spodbujati avtonomijo in neodvisno življenje, medtem ko so se drugi programi bolj osredotočali na izboljšanje sistema obravnave za oskrbovalce.

Naloga 5.4 tesno sodeluje z nalogo 5.3, da bi podprla izvajanje tega integriranega pristopa z aktivnim vključevanjem različnih sektorjev javnega zdravstva ter socialnega in izobraževalnega sistema. Projektni partnerji prenašajo izkušnje in pridobljeno znanje v druge države članice prek teh štirih glavnih rezultatov:

- Poročilo o izmenjavi znanja (D.5.4.1), objavljeno na: <https://ja-mentor.eu/index.php/resources/https://ja-mentor.eu/index.php/resources/>;
- Opredelitev ICP (D.5.4.2), osredotočena na ranljive osebe, v pričujočem poročilu;

- Smernice in gradivo za usposabljanje (D.5.4.3), osredotočeno na strokovnjake za duševno zdravje;
- Politična priporočila (D.5.4.4) za nacionalne oblikovalce politik.

2.2.2. Struktura naloge

Naloga JA MENTOR 5.4 je sestavljena iz štirih podnalog: diseminacije ankete in analize (5.4.1), opredelitve poti integrirane obravnave (5.4.2), pilotne izvedbe in spremljanja poti integrirane obravnave (5.4.3) ter opredelitve in diseminacije skupnostno usmerjenih politik duševnega zdravja (5.4.4).

Naloga 5.4 ima vodjo naloge (National Institute of Health, Italy), ki je odgovoren za doseganje rezultatov in ciljev naloge. Nalogi 5.4 se pridružuje enaindvajset držav članic.

2.2.3. Sestava naloge

Naloga 5.4 ima obsežen geografski doseg po Evropi (22 institucij v 10 državah) – Ciper (SHSO-MHS), Danska (RSD), Estonija (MOSA), Nemčija, Islandija (PHCI), Italija (ISS, ProMIS, ASL Turin, UNIMIBI, Lombardy Region), Poljska (NHF), Romunija (NCMHFAD), Španija (Biosistemak, GENCAT, FRCB-IDIBAPS, ICO, IDIVAL, FFIS, SMS, SAS, FundeSalud, SES) in Ukrajina (PHC).

Vse države razen Islandije, Nemčije in Danske aktivno sodelujejo v Delovnem paketu (WP), zato zagotavljajo bolj poglobljeno analizo trenutnega stanja in povezanih izzivov.

Vsaka sodelujoča institucija in država/regija prispevajo k nalogi dragoceno in dopolnjujoče strokovno znanje ter izkušnje. Partnerji imajo potrebna znanja, kvalifikacije in vire za učinkovito izvajanje naloge. Prav tako imajo ustrezna pravna in tehnična pooblastila za izvajanje dejavnosti naloge na nacionalni ravni.

2.3. Kontakti

2.3.1. Kontakt koordinatorja

Ime kontaktne osebe	Vloga v projektu	E-pošta
Maria Luisa Scattoni	Vodja Naloge 5.4	marialuisa.Scattoni@iss.it

2.3.2 Glavni sodelavci in kontakti pri Nalogi 5.4

Ime kontaktne osebe	Institucija	E-pošta
Martina Micai	ISS	martina.micai@iss.it
Francesca Fulceri	ISS	francesca.fulceri@iss.it
Mara Sabbioni	ISS	mara.sabbioni@iss.it
Angela Caruso	ISS	angela.caruso@iss.it
Letizia Gila	ISS	letizia.gila@iss.it
María del Pilar López Acuña	FFIS	mpla1204@gmail.com
Giulio Castelpietra		
Giuseppe Quintavalle	ASL Roma 1	Giuseppe.Quintavalle@aslroma1.it
Doriana Vallone	ASL Roma 1	doriana.vallone@aslroma1.it
Ana Bermejo Martínez	SMS	ana.bermejo@carm.es
Rosa Ayesa Arriola	IDIVAL	rosa.ayesa@idival.org
Claudia Parás Gutiérrez	IISPV	claudia.paras@iispv.cat
Laura Florea	NCMHFAD	florea.laura@cnsn.org.ro
Ane Fullaondo	Biosistemak	ANE.FULLAONDOZABALA@bio-sistemak.eus
Lola Verdoy	Biosistemak	DOLORES.VERDOYBERASTEGUI@bio-sistemak.eus
Juan de la Torre	Biosistemak	JUAN.DELATORREPARDOS@bio-sistemak.eus
Ane Rodríguez	Biosistemak	ANE.RODRIGUEZBODERO@bio-sistemak.eus
Jose Guzman Parra	SAS	jgp00004@gmail.com
Irene López Armenteros	SAS	ireloar@gmail.com
Jonathan Joseph Dawood Hristova	SAS	Jonathanjosepd@gmail.com

Jessica Marian Goodman Casanova	SAS	jmariangoodman@gmail.com
Silvia Matrai	FRCB-IDIBAPS/HCB	smatrai@recerca.clinic.cat
Fleur Braddick	FRCB-IDIBAPS/HCB	fmbooth@recerca.clinic.cat
Hugo López-Pelayo	FRCB-IDIBAPS/HCB	hlopez@clinic.cat
Jörg Utschakowski	Senat Bremna / Ministrstvo za zdravje	joerg.utschakowski@gesundheit.bremen.de
Francisco Gil	ICO	fgil@iconcologia.net
Anna Casellas Grau	ICO	acgrau@iconcologia.net
Gabriele Klärs	BIÖG	gabriele.klaers@bioag.de

D5.4.2. Poročilo o izmenjavi znanja

Pričujoče poročilo o izmenjavi znanja povzema delo komisije, ki ga sestavljajo člani ministrstev, javnih agencij, strokovnjaki s področja duševnega zdravja in socialnega dela, občin ter osebe z izkušnjo iz držav članic, izvedeno v prvem letu Skupnega ukrepa MENTAL HEALTH TOGETHER (MENTOR).

3. Evropska pot integrirane obravnave z na osebo osredinjenim pristopom za spodbujanje socialne vključenosti in kakovosti življenja oseb z duševnimi motnjami

3.1. Izhodišče

Duševno zdravje je primarni cilj evropskih politik in financiranja, glavni cilj sodobnega in učinkovitega zdravstvenega sistema pa je opredeliti čim učinkovitejše metodologije in orodja.

Ustrezno obvladovanje hudih duševnih motenj vodi tudi do znatnega zmanjšanja družbenega in ekonomskega vpliva, ki ga te motnje povzročajo sistemu.

Znanstveni dokazi kažejo na pomen zagotavljanja ustreznih intervencij v skupnostnih okoljih za ljudi s hudimi duševnimi motnjami. Tak pristop preprečuje nepotrebne hospitalizacije in institucionalizacijo, ki pogosto ne prinašajo rešitve, zlasti če trajajo dlje časa. Za učinkovit odziv na kompleksnost duševno-zdravstvene obravnave je bistveno ustvariti strukturne pogoje in inovativne kontekste, ki povezujejo zdravstvene politike in vire s tistimi iz socialnih in skupnostnih storitev.

V tem oziru je bistvena zmožnost skupnosti, da ponudi odgovore, ki povezujejo zdravstvene potrebe s potrebami na področju izobraževanja, zaposlovanja, bivanja in vključevanja v skupnost. Preizkušanje integriranih in personaliziranih poti socialnega vključevanja za ljudi s hudimi duševnimi motnjami, ki so pogosto marginalizirani na trgih dela, stanovanj ter družbeno-kulturnih dejavnosti, je prednostna naloga.

V Evropi so integrirane socialne in zdravstvene intervencije urejene z nacionalno in regionalno zakonodajo ter strateškimi okviri in zajemajo pomoč mladoletnikom z nevropsihiatričnimi motnjami, ljudem z duševnimi motnjami, invalidnostmi, zasvojenostmi, HIV-om/aidsom in avtističnimi motnjami. Gre za izvršljive pravice državljanov, katerih namen je povrniti in/ali ohraniti ter krepiti individualno avtonomijo, preprečevati institucionalizacijo in segregacijo ter preprečiti prenos odgovornosti za obravnavo na tretje osebe, ob hkratnem spodbujanju osebne in skupnostne vključenosti.

V zadnjih letih se vse več pozornosti namenja izkušnjam teritorialnega povezovanja, ki se izvajajo prek organizacijskega modela zdravstvenega proračuna (Health Budget), ene najnaprednejših in najbolj inovativnih rešitev za povezovanje zdravstvenega varstva s sistemi skupnosti na področju duševnega zdravja v Evropi.

Zdravstveni proračun združuje ekonomske, strokovne, človeške in odnosne vire, potrebne za ustvarjanje podpornih odnosnih, družinskih in socialnih kontekstov, ki krepijo socialno vključenost. Gre za generativno orodje, ki podpira personalizirane življenjske projekte in zagotavlja pravico do zdravja z visoko integriranimi in prilagodljivimi socialnimi in zdravstvenimi intervencijami. Model prav tako preoblikuje mrežo storitev, usmerja prerezporejanje virov, preprečuje nove oblike institucionalizacije ter prepoznava priložnosti za socialno-ekonomsko in stanovanjsko vključevanje.

Model zdravstvenega proračuna se zdaj širi po italijanskih regijah, ampak neenakomerno, izkušnje z njim pa se razlikujejo s tehničnih, strokovnih in upravnih vidikov, v načinih financiranja, obsegu preizkušanja in trajanju.

Njegov glavni namen je spodbujati in oživiti področno pomoč na področju duševnega zdravja, pri čemer skupnost deluje kot referenčni okvir, varuje človekove pravice in dostojanstvo ljudi, ki trpijo zaradi duševno-zdravstvenih težav, spodbuja vključujočo in participativno obravnavo, kjer koli je to mogoče, ter izboljšuje kakovost in varnost storitev v korist pacientov, njihovih družin in izvajalcev storitev.

Te strateške smernice je mogoče ob ustreznih prilagoditvah in regulaciji uporabiti za vse projekte, namenjene posameznikom s kompleksnimi socialnimi in zdravstvenimi potrebami, za katere so primerni ukrepi za opolnomočenje in razvoj.

Nacionalni primer, razvit v Italiji (Strategic Guidelines: Designing the Health Budget with a Person-Centered Approach – Proposal of Qualifying Elements), ki zagotavlja upravne in operative smernice za izvajanje zdravstvenega proračuna, je bil preveden in objavljen na spletni strani JA MENTOR in je na voljo na naslednji povezavi: <https://ja-mentor.eu/wp-content/uploads/2025/06/Strategic-guidelines-for-health-budget-Italy-JA-MENTOR-Layout.pdf>.

3.2 Izkušnje z metodologijo zdravstvenega proračuna

Za uvod v temo je bil opravljen pregled mednarodne literature, zbrana pa je bila tudi dokumentacija iz regij in avtonomnih pokrajin za opredelitev »najboljših praks« v okviru priprav na nacionalno konsenzno konferenco.

Sistematični pregled mednarodne literature je identificiral 29 publikacij, povezanih z zdravstvenim proračunom v kontekstu duševnega zdravja, tako s kvalitativnega kot kvantitativnega vidika. V njem so strnjeni nedavni dokazi o intervencijah, izidih in stroškovni

učinkovitosti zdravstvenega proračuna za posameznike z duševnimi motnjami. Od 29 izbranih mednarodnih študij, ki so vključevale približno 11.541 uporabnikov, družinskih članov in strokovnjakov, je bilo enajst študij izvedenih v Združenem kraljestvu, 11 v Združenih državah Amerike, 6 v Italiji in ena v Avstraliji med aprilom 2013 in septembrom 2021. Študije, vključene v sistematični pregled, razkrivajo nekatere omejitve, zaradi katerih je rezultate težko posplošiti. Kot prvo, porazdelitev držav med študijami je reprezentativna le za zahodni svet. Poleg tega je primerjava zdravstvenega proračuna med državami otežena zaradi pomenljivih razlik med njihovimi zdravstvenimi sistemi. Kot drugo, številne študije imajo majhne vzorce, pretežno kvalitativne zasnove, ne uporabljajo validiranih orodij za merjenje izidov in kakovost študij ni vedno zadovoljiva. Kot tretje, vzorci v vključenih študijah niso vedno reprezentativni za proučevano populacijo in pogosto nimajo celovitega opisa fenotipov pacientov. Nazadnje pa se informacije o ekonomskih virih, uporabljenih v zdravstvenem proračunu, pogosto izpuščajo. Ob upoštevanju teh omejitev pa lahko oblikujemo nekaj splošnih zaključkov. Pozitivni izidi za posameznike z duševnimi motnjami, ki uporabljajo zdravstveni proračun, so bili potrjeni, zlasti glede pacientove izbire in nadzora nad lastno potjo okrevanja. Uporaba zdravstvenega proračuna pri teh posameznikih je pokazala različne koristi, vključno z opolnomočenjem pacienta, večjim vključevanjem deležnikov, vključevanjem izvajalcev obravnave in osebja pri opredelitvi zdravstvenega proračuna ter pravočasnim in ustreznim dostopom do zdravljenja. Poleg tega je več študij nakazalo, da so uporabniki izrazili zadovoljstvo z izvajanjem zdravstvenih proračunov.

Poleg tega je v Italiji zdravstveni proračun izboljšal klinične izide uporabnikov, kakovost življenja, vključevanje v plačano delo ter izkušnje pri zaposlovanju in samostojnem življenju, s pozitivnimi učinki, ki se širijo tudi na celotno družino in podporno mrežo. Dokazi so pokazali, da je zdravstveni proračun privedel do pomembnih sprememb pri uporabi virov in personaliziranih pristopov k intervencijam, zaradi česar so privarčevali družine in nacionalni zdravstveni sistemi. V več študijah pa so bili vseeno izraženi tudi pomisleki glede uporabe zdravstvenega proračuna. Družine so upravljanje in postopke zdravstvenega proračuna doživljale kot zahtevne in stresne, prav tako njegovo izvajanje s strokovnjaki, zaradi česar so se počutile manj vključene v obravnavo bližnjih. V nekaterih študijah so strokovnjaki upravljanje zdravstvenega proračuna doživljali kot dodatno obremenitev pri delu.

Bogastvo izkušenj je pokazalo raznolike prakse in pojmovanja zdravstvenega proračuna, odražalo kulture in potrebe lokalnih kontekstov ter zgodovinsko pogojene procese, zlasti na področju duševnega zdravja v povezavi z zapiranjem psihiatričnih bolnišnic. Iz evidentiranih

izkušenj pa se je vseeno pokazala potreba po spodbujanju modela zdravstvenega proračuna, da bi omogočili medresorske organizacijske spremembe v zdravstveno-socialnih službah.

Z regulativnega vidika se je pokazala tudi potreba po usklajevanju in povezovanju določb Kodeksa javnih naročil in Kodeksa tretjega sektorja z upravnimi praksami, ki lahko dosežejo cilje zdravstvenega proračuna. Zdravstvene in socialne prakse morajo biti prilagodljive ter omogočati preoblikovanje storitev za večjo individualizacijo, presojo tveganj/koristi ter inovativno uporabo virov služb in skupnosti, osredotočeno na posameznika.

Zato je bistveno opredeliti upravne postopke, ki omogočajo prožnost in inovacije pri uporabi tega modela. Strategija projekta je tako usmerjena v to, da zdravstveni proračun postane vse bolj jasen in uveljavljen v praksi ter da se spodbuja njegova uporaba in ustrezna vpeljava na regionalni ravni.

Skupni ukrep MENTAL HEALTH TOGETHER (MENTOR) si prizadeva za spodbujanje duševnega zdravja in dobrega počutja z izmenjavo izkušenj v širokem razponu – od političnih pobud do kliničnih in strokovnih praks. Vključuje na dokazih temelječe dobre prakse in jih prilagaja za dolgoročno vzdržnost s ciljem izboljšati izide duševnega zdravja tako na ravni posameznika kot širše populacije.

V okviru te pobude se posebna naloga osredotoča na **Poti integrirane obravnave za spodbujanje socialne vključenosti in kakovosti življenja oseb z motnjami v duševnem zdravju (MHD)**. V tem okviru je bilo pripravljeno **Poročilo o izmenjavi znanja** (na voljo na naslednji povezavi: <https://ja-mentor.eu/index.php/recources/>) s primarnim ciljem oceniti potrebe lokalnega prebivalstva, razpoložljive storitve in relevantne politike. To oceno je izvedel multidisciplinarni panel, ki so ga sestavljali predstavniki ministrstev, javnih agencij, strokovnjakov s področja duševnega zdravja in socialnega dela, občin ter posameznikov z izkušnjo.

Dejavnosti, na osnovi katerih je nastalo poročilo, so se začele s podrobno oceno potreb, storitev in politik, povezanih z duševnim zdravjem v sodelujočih državah in regijah. Panel, ki je zastopal tako javni kot zasebni sektor, je vodil celovit pregled obstoječih okvirov in storitev, ki podpirajo posameznike z motnjami v duševnem zdravju.

Ključni del tega procesa je bilo sooblikovanje ankete, ki so jo družno razvili partnerji. Namen ankete je bil zbrati ključne informacije s treh glavnih področij:

1. potrebe, predlogi in izzivi, ki jih je prepoznalo lokalno prebivalstvo;
2. značilnosti socialnih in zdravstvenih storitev, namenjenih posameznikom z duševnimi motnjami;
3. obstoječe nacionalne politike, povezane z integriranimi socialno-zdravstvenimi potmi obravnave.

Vsi aktivni udeleženci in opazovalci so oblikovali in izpopolnili »**Anketo o opredelitvi poti integrirane obravnave za spodbujanje socialne vključenosti in kakovosti življenja oseb z motnjami v duševnem zdravju**«, pripravljeno v angleščini ter prilagojeno in prevedeno v italijanščino, španščino, ukrajinščino in poljščino.

Anketa je vključevala naslednje sklope:

- 1. del – organizacija zdravstvenih in socialnih storitev/sistemov duševnega zdravja in socialne oskrbe,
- 2. del – vrste intervencij, ki se jih izvaja,
- 3. del – ugodnosti in mehanizmi financiranja,
- 4. del – informacijski sistemi na področju duševnega zdravja in socialnega sektorja,
- 5. del – osebni zdravstveni proračun: nacionalne politike in lokalne izkušnje,
- 6. del – strukturiranje osebnega zdravstvenega proračuna,
- 7. del – lokalne izkušnje z osebnim zdravstvenim proračunom in integrirano zdravstveno-socialno oskrbo,
- 8. del – prednosti in izzivi v trenutnem sistemu.

Skupno je pri anketi sodeloval 401 udeleženec, od tega jo je 67 % (n = 268) izpolnilo v celoti ali delno. Odgovori so bili zbrani od:

- 176 udeležencev iz Ukrajine,
- 39 iz Italije,
- 34 iz Španije,
- 12 iz Poljske,
- po 1 iz Estonije, Nemčije, Romunije in Latvije.

Ocena potreb, storitev in politik duševnega zdravja v sodelujočih državah in regijah skupaj z rezultati ankete, predstavljenimi v Poročilu o izmenjavi znanja, je služila kot podlaga tega dokumenta.

3.3. Uporaba osebnega zdravstvenega proračuna v Evropi

Osebni zdravstveni proračun je inovativna metodologija, pri kateri zdravstvene in socialne službe sodelujejo pri zagotavljanju integriranih intervencij na naslednjih področjih:

- čustvene/družbene/življenjske in medosebne spretnosti,
- izobraževanje - usposabljanje – zaposlovanje,
- nastanitev.

Vsako osebo spremlja prilagojen individualni projekt, zasnovan v skladu z njenimi posebnimi potrebami in preferencami ter z uporabo razpoložljivih javnih/osebnih/zasebnih virov.

Osebno opolnomočenje je treba podpirati z vključevanjem osebe in informiranim soglasjem v vsaki fazi ob ustrezni podpori, ki zagotavlja smiselno sodelovanje tam, kjer je odločanje oteženo.

3.4. Prehod od standardiziranih paketov storitev k prilagojeni podpori

Osebe z duševno-zdravstvenimi stanji soustvarjajo na osebo osredotočene načrte obravnave, usmerjene v okrevanje, in izbirajo storitve, ki se skladajo z njihovimi potrebami, preferencami in življenjskimi cilji, ob podpori usklajenega delovanja na mikro-, mezo- in makroravni, kar spodbuja avtonomijo in vključenost v skupnost.

Ukrepi, zasnovani za obravnavo spreminjajočih se **potreb, preferenc in prizadevanj** osebe, ob upoštevanju njenega specifičnega vedenjskega profila, okoljskega konteksta in osebnih ciljev.

Povezovanje kliničnih, izobraževalnih, socialnih in medosebnih intervencij zahteva usklajenost med storitvami in kontinuiteto skozi čas.

Dinamično orodje, ki usmerja individualne poti obravnave, krepi sodelovanje ter spodbuja **avtonomijo in kakovost življenja** skozi celotno življenje.

4. KLJUČNE ELEMENTI poti integrirane obravnave

Spodaj so navedeni elementi, ki morajo vsi soobstajati za opredelitev zdravstvenega proračuna skupaj z operativnimi elementi, ki vključujejo ustrezne upravne poti in orodja. Ti dve področji morata delovati usklajeno. Za zagotovitev složnost procesa in celovitega izvajanja poti zdravstvenega proračuna je treba ustvariti stične točke med sestavinami klinične obravnave in administrativnimi vidiki.

4.1. Multiprofesionalni tim

Osebni zdravstveni proračun je namenjen posameznikom, ki jih obravnava mreža okrajnih zdravstvenih služb in imajo kompleksne socialne in zdravstvene potrebe¹. V središču osebnega zdravstvenega proračuna je posameznik, obravnavan v kontekstu svoje skupnosti in v celotnem obsegu svojih virov, socialnih in zdravstvenih potreb, odnosov in ciljev, glede katerih lahko uveljavlja pravico do samoodločanja. Osebni zdravstveni proračun podpira individualizirane projekte, usmerjene v spodbujanje bivanja posameznika v domu po lastni izbiri ob vključevanju različnih deležnikov v skupnosti.

Osebni zdravstveni proračun je javno upravljan in usklajevan, da se zagotovi resnična socialno-zdravstvena integracija. Zahtevo za njegovo aktivacijo, ki jo lahko poda tudi posameznik in/ali njegov zakoniti zastopnik, mora vložiti zdravstveni, socialno-zdravstveni ali socialnovarstveni strokovnjak, odgovoren za primer. Cilj je opolnomočiti posameznike, v celoti uresničiti njihove pravice in ohraniti njihove državljanske odgovornosti. Zdravstvene in socialne službe delujejo skupaj v skladu z nacionalnimi/regionalnimi predpisi. Zdravstvene službe zagotavljajo klinično oskrbo in kontinuirano zdravljenje, socialne službe pa dostop do socialnih pravic, prejemkov in podpore v skupnosti. Multiprofesionalni tim je operativno okolje za skupno ocenjevanje, skupno načrtovanje in spremljanje. Postopek usklajuje koordinator primera.

Socialna komponenta zagotavlja državljanske pravice in dolžnosti, zdravstvena komponenta varuje pravico do zdravja, obe pa prispevata k pravici do opolnomočenja. Vsaka služba se pri izvajanju intervencij ravna po lastnih predpisih. Socialno-zdravstveni tim, ki ga sestavljajo vsaj en zdravstveni, en socialno-zdravstveni in en socialni strokovnjak, mora upoštevati posameznikov doprinos in vključevati imenovanega zakonitega skrbnika glede

¹ Kompleksne in socialne in zdravstvene potrebe se nanašajo na situacije, ko se klinično resne in/ali sopojavna stanja pojavljajo skupaj s poslabšano opravičnostjo in družbeno ranljivostjo (npr. negotove bivanjske razmere, nezaposlenost, ekonomske težave, družbena izoliranost). Kompleksnost je zato večdimenzionalna in terja koordinirane, multiprofesionalne in medresorske intervencije.

na njegov mandat in druge, če to želi posameznik. Takšna sestava tima zagotavlja, da posameznik aktivno sodeluje pri oceni potreb in virov ter uveljavlja pravico do samoodločanja v okviru skupne obravnave in opredelitve svojega življenjskega projekta, v katerega lahko zavestno vlaga svoje vire, tudi finančne.

Multiprofesionalni tim naj bo sestavljen takole:

- **zdravstvena komponenta:** vsaj en zdravstveni ali socialno-zdravstveni strokovnjak, odgovoren za oskrbo posameznika, ob upoštevanju morebitnih posebnih komorbidnosti;
- **socialna komponenta:** socialni delavec lokalne skupnosti skupaj z drugimi vzgojno-izobraževalnimi ali socialnimi strokovnjaki, vključenimi v podporo posamezniku.

V anketi MENTOR 5.4 je večina držav pri odgovoru na vprašanje »Ali obstaja multiprofesionalni tim za oceno psihosocialnega delovanja in pripravo načrta obravnave?« poročala, da tak tim obstaja. Med strokovnjaki v timu so najpogostejše psihiatri, psihologi, medicinske sestre, socialni delavci, splošni zdravniki, delovni terapevti, rehabilitacijski terapevti in drugi.

Multiprofesionalni tim mora vključevati vsaj enega strokovnjaka iz zdravstvene komponente in vsaj enega iz socialne komponente.

Na podlagi poročila med predlaganimi strokovnjaki za zdravstveno komponento izstopajo psihiater, psiholog in medicinska sestra, medtem ko se za socialno komponento priporoča socialnega delavca.

Oseba z motnjo v duševnem zdravju mora biti VEDNO osrednji član tima in voditi odločitve na podlagi svojih preferenc; oskrbovalci so vključeni le, če in kakor oseba sama izbere. Sodelovanje je zagotovljeno s skupnim odločanjem, vnaprejšnjim načrtovanjem, podprtim samoupravljanjem in na osebo osredotočeno obravnavo, usmerjeno v okrevanje.

4.2. Večdimenzionalna ocena in orodja

Opolnomočevalni pristop je namenjen vzpostavitvi zaupnega odnosa za izvedbo multiprofesionalne in večdimenzionalne ocene potreb in virov ter za opredelitev zdravstvenega proračuna. Ocena mora biti izvedena v odnosu in dialogu s posameznikom, z uporabo validiranih in standardiziranih orodij ter mora zajeti vsa naslednja področja:

- klinično področje,

- področje psihosocialnega funkcioniranja,
- področje osebnih in skupnostnih potreb ter virov,
- področje kakovosti življenja.

Po diagnozi in opredelitvi načrta zdravstvene obravnave je treba vsakemu posamezniku ponuditi razvoj življenjskega projekta, prilagojenega vsem relevantnim področjem. Če posameznik poda soglasje, mora strokovnjak začeti opredelitev zdravstvenega načrta in načrtovati srečanje med osebo ter multiprofesionalnim timom, ki ga sestavljata vsaj en zdravstveni strokovnjak in en strokovnjak socialne oskrbe.

Pot integrirane obravnave mora temeljiti na preferencah posameznika. Proces se začne z oceno kliničnega stanja in funkcionalnega profila. Nato mora multiprofesionalni tim oceniti posameznikove potrebe in preference. Na koncu mora tim opredeliti intervencije na področjih, ki jih oseba prepozna in prednostno razvrsti (zdravje, bivanje, usposabljanje/izobraževanje/zaposlovanje, učenje/socializacija/afektivnost). Poleg tega mora pot obravnave upoštevati, da lahko duševno-zdravstvene krize vplivajo na družino in družbeno mrežo, zato bodo socialne intervencije izbrane tako, da osebi pomagajo obvladovati družinske in socialne vloge.

Treba je določiti koordinatorja primera (povezovalca) in oceniti osebne ter skupnostne vire posameznika ob upoštevanju kliničnega profila in storitev, ki so na voljo v državi. Na tej stopnji je mogoče določiti osebni zdravstveni proračun.

4.2.1. Opredelitev osebnega zdravstvenega proračuna po PRISTOPU SO-PROGRAMIRANJA in SO-UPRAVLJANJA

Ciljna starostna skupina so osebe, stare 18 let in več, z možnostjo vključitve mlajših oseb v prehodnem obdobju, kadar je to zahtevano in klinično/psihosocialno potrebno.

Srečanje multidisciplinarnega tima vključuje osebo z motnjo v duševnem zdravju za oceno:

- kliničnih stanj,
- funkcionalnega profila,
- kakovosti življenja.

Srečanju sledi skupni proces načrtovanja, razčlenjen v naslednje korake:

1. proučitev potreb in preferenc posameznika;

2. če oseba prosi za intervencije na specifičnih področjih, kot so zdravje, bivalne razmere, usposabljanje/zaposlovanje, izobraževanje, socializacija in vedenje;
3. določitev intervencij na področjih, ki jih je izbral/predlagal vsak subjekt (soustvarjanje);
4. identifikacija razpoložljivih osebnih in skupnostnih virov;
5. postavitve koordinatorja primera (povezovalca) s področja največjega pomena;
6. vzpostavitev osebnega zdravstvenega proračuna in podpis.

V podporo tako oceni kot skupnemu procesu načrtovanja je bil uporabljen nabor standardiziranih orodij. Orodja so bila izbrana tako, da so brezplačna, po možnosti na voljo v več jezikih in že v uporabi v klinični praksi držav članic.

Znanstvena literatura predlaga uporabo naslednjih orodij za ocenjevanje kliničnih stanj, duševnega zdravja in psihosocialnega funkcioniranja (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- Health of the Nation Outcomes Scale (HoNOS; HoNOS secure, HoNOS- ABI, HoNOS-LD, HoNOS 65+).

Znanstvena literatura predlaga uporabo naslednjih orodij za ocenjevanje globalnega funkcioniranja, invalidnosti in funkcionalne prizadetosti (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- GAF (Splošna ocena opravljenosti).

Znanstvena literatura predlaga uporabo naslednjih orodij za ocenjevanje kakovosti življenja (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- WHOQoL-Bref (World Health Organization Quality of Life), na voljo v več jezikih:
<https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>.

4.3. Prilagojen in integriran ukrep

Določa intervencije na področjih, izbranih/predlaganih za vsakega posameznika, ob upoštevanju individualnih potreb in preferenc:

- zdravje,
- bivanjske razmere,
- usposabljanje/izobraževanje/zaposlovanje,
- učenje/socializacija/vedenje.

Opreделите glavni cilj intervencij (kratkoročne in dolgoročne), dan/uro, vključene strokovnjake, razpoložljive vire in kazalnike za spremljanje.

Spodaj navedene intervencije so bile opredeljene predvsem na podlagi ankete MENTOR 5.4 (2. del: *Vrste intervencij*), ki je evidentirala trenutne prakse v sodelujočih državah/regijah članicah. Rezultati ankete so bili izpopolnjeni v razpravah komisije in nato organizirani v štiri domene osebnega zdravstvenega proračuna. Intervencije je treba izbrati s spodnjega seznama:

Zdravstvena intervencija	Bivalna intervencija	Intervencija na področju usposabljanja/izobraževanja/zaposlovanja	Intervencija na področju učenja/socializacije/vedenja
Ambulantna terapija	Podprto bivanje ali oblike asistiranega življenja	Podporne storitve pri delu	Podprti programi zaposlovanja
Psihiatrična bolnišnična obravnava	Usposabljanje za samostojno življenje	Programi poklicnega usposabljanja	Usposabljanje v socialnih veščinah
Upravljanje/spremljanje zdravlil	Prehodni bivalni programi	Iskanje zaposlitve in zaposlitev	Podpora oskrbovalcem
Psihološka intervencija	Dolgotrajne bivalne ustanove	Delavnice za razvoj spretnosti	Stanovanjska pomoč ali podprte oblike bivanja
Kulturna in ustvarjalna terapija	Nujna stanovanjska pomoč	Podprti izobraževalni programi	Skupine vrstniške podpore
Psihološka podpora	Najprej stanovanje	Praksa ali vajeništvo s podporo na področju duševnega zdravja	Programi vključevanja v skupnost
Dnevna bolnišnica	Drugo	Zadruga in socialna podjetja	Programi osebne avtonomije
Skupnostni rehabilitacijski program		Programi prostočasnih dejavnosti	Gibljev delovni čas ali programi prostovoljstva
Skupnostna promocija duševnega zdravja		Mentorski programi ali programi prilagojenega iskanja službe	Skupnostni kulturni program

Spremljanje telesnega zdravja		Prehodni programi za mladostnike	Drugo
Storitev krizne intervencije		Drugo	
Družinska intervencija			
Programi preprečevanja samomora			
Ciljne intervencije za posebne skupine			
Drugo			

Zdravstveni proračun povezuje posameznikovo pot obravnave z njegovim življenjskim projektom. Na podlagi ocen, opravljenih na vseh področjih intervencij (bivalno/bivanjsko okolje, izobraževanje/delo, socializacija ter učenje/izražanje/komunikacija), se skupaj s posameznikom in ob upoštevanju njegovih preferenc pripravi prilagojen »*Individualiziran terapevtsko-rehabilitacijski projekt*«. Projekt opredeljuje ukrepe in cilje za vsako področje in se kot v okrevanje usmerjena pot oskrbe razvija skupaj z življenjskim projektom.

4.4. Opredelitev osebnega zdravstvenega proračuna

Ker obstajajo različni načini za zagotavljanje izidov, mora multiprofesionalni tim predstaviti možnosti in določiti najustreznejši pristop, da bi oseba prejela največ prejemkov in sredstev. Strokovnjaki morajo prepoznati vire, ki so na voljo v skupnosti, in če so na voljo posebni prejemki, osebi zagotoviti ustrezne informacije. Skupaj z osebo je treba analizirati ovire pri dostopanju do njih. Imeti koordinatorske primera lahko olajša prijavo za financiranje, vendar je to lahko izziv za posameznike, ki najprej potrebujejo informacije o tem, kako zaprositi za koordinatorske primera.

Multiprofesionalni tim sestavljata **zdravstveni strokovnjak iz služb za duševno zdravje in socialni delavec iz občine/okraja**.

Tim mora:

- prepoznati razpoložljive vire (strokovne, osebne, ekonomske itd.)

- z vsakim posameznikom **izbrati najustreznejše možnosti** in mu **olajšati dostop** do njih.

4.4.1. Izzivi pri razvoju osebnega zdravstvenega proračuna

Kot je opisano v Poročilu o izmenjavi znanja, so glavni izzivi pri razvoju osebnih zdravstvenih proračunov tesno povezani z razlikami v **okoljih, virih financiranja ter zdravstveno-socialnih sistemih**. V Italiji in Španiji morajo na primer osebni zdravstveni proračuni delovati med centri za skupnostno duševno zdravje, socialnimi službami in lokalnimi občinami, od katerih ima vsak svoja pravila in prednostne naloge, zato je usklajevanje med okolji oteženo. V Ukrajini, na Poljskem, v Romuniji in Latviji je prisotna podobna razdrobljenost, ki pa jo še dodatno komplicirajo šibkejšje skupnostne infrastrukture, zato morajo osebni zdravstveni proračuni združevati bolnišnične storitve, manj razvito socialno oskrbo in pogosto neformalno družinsko podporo. Tudi tokovi financiranja se razlikujejo: v nekaterih delih Italije in Španije sredstva prihajajo večinoma iz regionalnih zdravstvenih proračunov in občin, medtem ko je treba v državah, kot so Poljska, Romunija ali Ukrajina, kombinirati socialne prejemke, invalidske pokojnine in občasna projektna sredstva, kar ustvarja negotovost in neenakost pri dostopu. Nemčija in Estonija predstavljata dodatno plast kompleksnosti, saj se morajo osebni zdravstveni proračuni (ali podobna orodja) umestiti v sisteme, ki v veliki meri temeljijo na zdravstvenem zavarovanju in ločenih shemah socialnega zavarovanja, kar zahteva dogovore med zavarovalnicami, socialnimi službami in lokalnimi oblastmi. Skupno gledano so v Ukrajini, Italiji, Španiji, na Poljskem, v Estoniji, Nemčiji, Latviji in Romuniji izzivi osebnih zdravstvenih proračunov manj povezani s samo idejo kot s potrebo po povezovanju zelo različnih sistemov storitev, usklajevanju številnih in nestabilnih virov financiranja ter krmarjenju med različnimi sistemi zdravstvene in socialne zaščite – od javnih modelov, financiranih iz davkov, do modelov, ki temeljijo na zavarovanju.

JA MENTOR bo spodbujal meddržavno primerjalno analizo za prepoznavanje prenosljivih rešitev med državami/regijami s podobnimi sistemi zdravstvene in socialne zaščite ter pripravil praktične možnosti, ki lahko drugim državam pomagajo pri širjenju osebnega zdravstvenega proračuna.

4.5. Določitev koordinatorja primera

Za zagon osebnega zdravstvenega proračuna je potrebno soglasje, ki se izrazi s sporazumom, ki ga podpiše posameznik in v katerem so podrobno navedeni cilji in zaveze vseh vpletenih strani. Ta sporazum je ključni del osebnega zdravstvenega proračuna.

Med fazo izvajanja mora socialno-zdravstveni tim osebni zdravstveni proračun stalno spremljati in ob aktivnem sodelovanju posameznika najmanj enkrat letno pregledovati. Ta proces spremljanja in pregledovanja usklajuje koordinator primera, ki se ga določi med načrtovanjem. Pri pregledu se upoštevajo tudi kazalniki izidov.

Da bi omogočili uporabo osebnega zdravstvenega proračuna in zagotovili kakovost postopka ter hkrati olajšali njegovo sprejetje v vseh okrajih, je bistveno opredeliti širok in splošen strateški načrt, ki temelji na ustreznih in operativnih elementih, o katerih se je dogovorila delovna skupina. Načrt mora vključevati tudi ustrezno zbiranje bistvenih strateških informacij.

Natančneje, strateški dokument, ki vsebuje smernice, je potrebno deliti prek formalnega sporazuma na Enotni konferenci, skupaj z zavezo regij in avtonomnih pokrajin, da njegovo vsebino sprejmejo s svojimi ukrepi in/ali izvedbenimi načrti. Poleg tega je treba vzpostaviti nacionalni sistem periodičnega spremljanja s strukturiranimi metodami izvajanja in kazalniki kakovosti procesa ter izidov v smislu kakovosti življenja.

- a) Imenovan je znotraj sektorja, v katerem je skoncentrirana večina intervencij (zdravstvo ali socialna oskrba).
- b) Jasno opredeli svojo vlogo tako, da posameznika obvešča o razpoložljivih prejemkih in mu olajšuje dostop do njih, pri čemer uporablja pristop motivacijskega intervjuja za spodbujanje angažiranosti in aktivnega sodelovanja.

4.5.1. Novejša literatura o koordinatorju primera: ključne funkcije in vloge

Koordinatorji primerov zagotavljajo različne oblike podpore, vključno z odnosi, doslednostjo, potrjevanjem, socialno povezanostjo, podporo pri vsakdanjem življenju in poklicno pomočjo. Te oblike podpore so prilagojene edinstvenim potrebam uporabnikov storitev duševnega zdravja, pri čemer so kot temeljne funkcije poudarjeni gradnja odnosov, potrjevanje in dosledno vključevanje (Fitzgerald et al., 2024). Koordinatorji primerov delujejo tudi kot koordinatorji storitev in klientom pomagajo pri krmarjenju med kompleksnimi sistemi za dostop do stanovanja, prejemkov, zdravstvenega varstva in socialne podpore, pogosto v skupnostnih okoljih (Kim et al., 2020).

4.5.2. Temeljne funkcije koordinatorja primera

Koordinatorji primerov za osebe s potrebami na področju duševnega zdravja so odgovorni za vrsto podpornih dejavnosti, med drugim:

- usklajevanje izvajanja načrta obravnave v zdravstvenih, socialnih in skupnostnih službah, da pacienti prejmejo ustrezno in pravočasno podporo;
- vzpostavljanje terapevtskih odnosov, ki spodbujajo zaupanje, potrjevanje in afirmacijo, kar je ključno za angažma in okrevanje pacientov;
- zagovarjanje potreb pacientov, vključno z dostopom do stanovanja, finančne pomoči in socialnih storitev, ter pomoč pri krmarjenju med kompleksnimi sistemi;
- zagotavljanje praktične in čustvene podpore, kot so pomoč v vsakdanjem življenju, poklicna podpora in socialna povezanost;
- spremljanje in ocenjevanje potreb za prepoznavanje sprememb v duševnem stanju ter povezovanje pacientov s specialistično oskrbo, kadar je to potrebno;
- spodbujanje avtonomije in okrevanja z opolnomočenjem pacientov, da sodelujejo pri načrtovanju oskrbe, ter podpiranjem njihove neodvisnosti.

4.6. Podpis in spremljanje

4.6.1. Opredelitev kazalnikov za spremljanje osebnega zdravstvenega proračuna oziroma evropske pilotne študije

Kazalnike se zbira na naslednjih časovnih točkah: **T0 (izhodišče)**: ob sprejemu/začetku zdravljenja in **T1 (spremljanje)**: ob odpustu ali po vnaprej določenem obdobju spremljanja (npr. 6 ali 12 mesecev po T0):

1. število in skupno trajanje obveznih zdravstvenih obravnav / neprostovoljnih namestitev,
2. število in skupno trajanje hospitalizacij,
3. klinični in opravični izidi,
4. ocenjevalna orodja glede na starost:
 - odrasli (>18 let): HoNOS, GAF, WHOQoL BREF,
 - otroci in mladostniki (<18 let): HoNOSCA,
5. obdobje izpostavljenosti zdravljenju,
6. vrsta intervencije in intenzivnost zdravljenja (ure/dnevi).



5. OBLIKA Poti integrirane obravnave

PRIIMEK	IME	DATUM ROJSTVA

DATUM PRVEGA OBRAVNAVANJA _____ DATUM ZADNJE OCENE / SPREMLJANJA

Kode diagnoz MKB _____

RAVEN RESNOSTI

1 2 3

Datum izpolnitve: _____

IME: _____ PRIIMEK: _____

ZAČETNI DATUM: od odobritve _____ DATUM POTEKA: _____

RAVEN INTENZIVNOSTI:

OPREDELJENI AKTERJI SO-UPRAVLJANJA:

PREGLEDI: četrtno _____ polletno _____ drugo _____

OSEBNI PODATKI	
Kraj in datum rojstva	
Spol	
Državljanstvo	



Naslov prebivališča (navedite, če gre za stalno prebivališče)	
Telefonska številka	
E-pošta	
DEMOGRAFSKI PODATKI	
Priznanje invalidnosti in %	
Ocena statusa invalidnosti	
Raven izobrazbe	
Zaposlitev	
Drugi relevantni podatki	
VIRI	
Pokojnina/invalidska pokojnina	
Dodatek za pomoč in postrežbo	
Uporabljena prevozna sredstva	
Drugi viri dohodka (vrsta/znesek)	

VEČDIMENZIONALNA OCENA

DRUŽINSKI ČLANI / REFERENČNE OSEBE			
IME	PRIIMEK	VRSTA RAZMERJA	SKUPNO BIVANJE da/ne

ANAMNEZA / BOLEZNI / STISKE	
Obravnava prevzeta (datum in služba)	
Družinska anamneza	
Osebna anamneza	

Prejšnje zdravstvene intervencije	
Prejšnje socialne intervencije	

OSEBNA OBRAVNAVA		
Vidiki za oceno	Opis ugotovljenega stanja	Prednostne potrebe
<i>Primer</i>	<i>Nesodelovanje, zavračanje zdravljenja, delno ali popolno sodelovanje, ni uporabno</i>	
Dosledno upoštevanje medikamentozne terapije		
Dosledno upoštevanje terapevtskega načrta		

DIAGNOZA	ICD-10	OPIS ICD-10
Glavna diagnoza		
Sekundarna diagnoza		

OCENA PROFILA FUNKCIONIRANJA

OCENA		
Test (npr. HONOS, GAF, WHOQoL BREF)	Datum izvedbe	Rezultati (prosimo, navedite skupne rezultate in rezultate po podlestvicah za vsak test, če so na voljo)

Kratek opis: _____

OCENA PREDNOSTNIH POTREB NA VSAKEM PODROČJU

VIDIKI ZA OCENO		OPIS STANJA	PREDNOSTNE POTREBE
Zdravje			
<i>Primer</i>	<i>jemanje zdravil</i>	<i>Nedоследnost pri jemanju antipsihotične terapije</i>	<i>Spremljanje jemanja zdravil in morebitnih neželenih učinkov</i>
1a			
2a			
3a			
Učenje/socializacija/afektivnost			
<i>Primer</i>	<i>Socialna interakcija</i>	<i>Socialna izolacija</i>	<i>Razvoj smiselnih odnosov</i>
1b			
2b			
3b			
Usposabljanje /izobraževanje/ zaposlovanje			
<i>Primer</i>	<i>Zaposlitev</i>	<i>Vključenost v prakso z nizko zaznano stopnjo zadovoljstva</i>	<i>Smiselne in zadovoljujoče poklicne priložnosti</i>
1c			
2c			
3c			
Bivanje			
<i>Primer</i>	<i>Samostojno življenje</i>	<i>Živi z nepodpornimi starši</i>	<i>Samostojno življenje</i>

1d

2d

3d

POVZETEK, CILJI IN SKUPNO UPRAVLJANO NAČRTOVANJE

a. Področje zdravja

Terminski načrt obravnav (dnevi/ure)	Vključen strokovnjak (npr. psihiater, psiholog, medicinska sestra, socialni delavec)	Razpoložljivi viri	Srednjeročni cilji (do 6 mesecev)	Kazalniki procesa	Dolgoročni cilji (od 6 do 12 mesecev)
---	--	-----------------------	--	----------------------	--

1b

2b

3b

b. Področje učenja/komunikacije/afektivnosti

Terminski načrt obravnav (dnevi/ure)	Vključen strokovnjak (npr. psihiater, psiholog, medicinska sestra, socialni delavec)	Razpoložljivi viri	Srednjeročni cilji (do 6 mesecev)	Kazalniki procesa	Dolgoročni cilji (od 6 do 12 mesecev)
---	--	-----------------------	--	----------------------	--

1b

2b

3b

c. Področje usposabljanja/izobraževanja/zaposlovanja



Terminski načrt obravnav (dnevi/ure)	Vključen strokovnjak (npr. psihiater, psiholog, medicinska sestra, socialni delavec)	Razpoložljivi viri	Srednjeročni cilji (do 6 mesecev)	Kazalniki procesa	Dolgoročni cilji (od 6 do 12 mesecev)
---	--	-----------------------	--	----------------------	--

1b

2b

3b

d. Področje bivanjskih razmer

Terminski načrt obravnav (dnevi/ure)	Vključen strokovnjak (npr. psihiater, psiholog, medicinska sestra, socialni delavec)	Razpoložljivi viri	Srednjeročni cilji (do 6 mesecev)	Kazalniki procesa	Dolgoročni cilji (od 6 do 12 mesecev)
---	--	-----------------------	--	----------------------	--

1b

2b

3b



INTERVENCIJE

Načrtovani ukrepi	OD..... DO.....	Človeški viri in raven intenzivnosti (mesečno skupno število ur)	Mesečni strošek intervencije
-------------------	--------------------	---	---------------------------------

PODPISI

Vloga	Ime in priimek (tiskano)	Podpis
Upravičenec / nosilec projekta	_____	_____

Zakoniti zastopnik (če je ustrezno)

Vloga	Ime in priimek (tiskano)	Podpis
Starš	_____	_____
Skrbnik	_____	_____
Skrbnik za podporo	_____	_____
Drugo (navedite: _____)	_____	_____

Koordinator primera (navedite strokovno vlogo)

Strokovna vloga	Ime in priimek (tiskano)	Podpis
Koordinator primera (vloga: _____)	_____	_____

Multidisciplinarni tim

Strokovna vloga	Ime in priimek (tiskano)	Podpis
Psihiater	_____	_____
Psiholog	_____	_____
Socialni delavec	_____	_____



Strokovna vloga	Ime in priimek (tiskano)	Podpis
Medicinska sestra	_____	_____
Delovni terapevt / edukator	_____	_____
Drugo (navedite: _____)	_____	_____

Izvajalec storitev tretjega sektorja

Vloga	Ime in priimek (tiskano)	Podpis
Ime organizacije	_____	_____
Zakoniti zastopnik	_____	_____

Datum, _____

6. Bibliografija

1. Arya, D. (2020). Case management, care-coordination and casework in community mental health services. *Asian journal of psychiatry*, 50, 101979. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101979>.
2. Fitzgerald, S., Chronister, J., Zheng, Q. M., & Chou, C. C. (2025). The Meaning of Social Support for Mental Health Service-Users: The Case Managers' Perspective. *Community Mental Health Journal*, 61(2), 314-328. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01349-5>.
3. Gelkopf, M., Mazor, Y., & Roe, D. (2022). A systematic review of patient-reported outcome measurement (PROM) and provider assessment in mental health: goals, implementation, setting, measurement characteristics and barriers. *International Journal for Quality in Health Care*, 34(Supplement_1), ii13-ii27.
4. Kim, H., Oh, H., & Lee, H. (2020). Experiences of Case Managers Who Provide Residential Services to People with Mental Disorders Living in Independent Housing. *Stress*. <https://doi.org/10.17547/kjsr.2020.28.4.221>. Seo, M., & Kim, Y. (2022). Effects of Human Rights Sensitivity of case managers on the working relationships with people suffering from mental illness mediated by empathy. *European Psychiatry*, 65, S303 - S303. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.773>.

7. Naslednji korak: pilotna izvedba in spremljanje poti integrirane obravnave

Na podlagi podatkov, zbranih v D.5.4.1, bodo podrobno opisani bistveni elementi poti integrirane obravnave na področju duševnega zdravja (MH), ki vključujejo: 1. člane multidisciplinarne ekipe za začetno oceno; 2. orodja za testiranje in vprašalnike za vrednotenje kliničnih in osebnih izidov; 3. standardizirano obliko za načrtovanje in spremljanje integriranih socialno-zdravstvenih intervencij. Opredeljeni dokument bo objavljen na spletni strani Skupnega ukrepa, da bi se pridobile povratne informacije in predlogi deležnikov, kot so klinični centri za duševno zdravje, osebe z izkušnjo (PLE), nevladne organizacije, občine itd. Vse povratne informacije bo pregledal panel z vidika morebitnih sprememb s ciljem dokončati dokument. Končna različica bo prevedena v vse evropske jezike zaradi širše dostopnosti in razumevanja.

7.1. Sinergije

Razvoj Opredelitve poti integrirane obravnave (podnaloga 5.4.2) v sodelovanju je spodbudil nastanek dragocenih sinergij med projektnimi partnerji in zunanjimi deležniki.

1. Meddržavna izmenjava dobrih praks

Dvotedenska srečanja in stalne razprave so omogočile izmenjavo nacionalnih in regionalnih politik, smernic in strategij, povezanih z integrirano obravnavo duševnega zdravja. To je okrepilo medsebojno učenje in vsebino ankete obogatilo z raznolikimi perspektivami ter zagotovilo njeno relevantnost v različnih zdravstvenih sistemih.

2. Interdisciplinarno sodelovanje

Vključevanje ministrstev, javnih agencij, služb za duševno zdravje, sektorjev socialnega varstva in dela, posameznikov z izkušnjo ter organizacij tretjega sektorja (NVO, prostovoljskih skupin in neprofitnih organizacij) je okrepilo medsektorski pristop.

3. Okrepljene mreže za prihodnje ukrepe

Diseminacija ankete je okrepila povezave med različnimi institucijami in deležniki ter postavila temelje za prihodnja sodelovanja, ki presegajo začetni obseg projekta. Pričakuje se, da bodo ti odnosi v prihodnje olajšali skupne pobude, razvoj politik in raziskave o poteh integrirane obravnave ter strategijah socialne vključenosti.

4. Usklajenost s političnimi in raziskovalnimi okviri



Zbrani podatki prispevajo ne le k projektnim rezultatom, temveč tudi k širšim evropskim in nacionalnim razpravam o politikah izboljšanja služb duševnega zdravja, socialne vključenosti in modelih integrirane obravnave. Znanje, pridobljeno v okviru te pobude, je usklajeno z obstoječimi okviri EU in služi kot referenca za prihodnje raziskave in politična priporočila.

Te sinergije, tako načrtovane kot nepredvidene, so okrepile celoten učinek projekta ter spodbujale usklajen in trajnosten pristop k oskrbi duševnega zdravja na lokalni, regionalni, nacionalni in evropski ravni.



Opredelitev integrirane poti oskrbe

Avtor	Nacionalni inštitut za zdravje, Italija
Naloga	5.4
Datum oddaje	30. maj 2026
Kontakt vodje naloge 5.4	Marialuisa.Scattoni@iss.it



Co-funded by
the European Union

Ta skupni ukrep se sofinancira iz
Zdravstvenega programa Evropske unije v
okviru sporazuma o dodelitvi sredstev št.
101162928

Financira Evropska unija. Stališča so izključno stališča avtorjev in ne odražajo nujno stališč Evropske unije ali HaDEA. Zanje ne odgovarjata niti Evropska unija niti organ, ki je dodelil sredstva.