



Univerza v Novem mestu
Fakulteta za zdravstvene vede

Prvo poročilo

Vrzi med potrebami in celovito, integrirano in kontinuirano zdravstveno obravnavo različnih skupin marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja

CRP 2023 V3-2311

Prof. dr. Karmen Erjavec

Doc. dr. Vesna Zupančič



javna agencija za znanstvenoraziskovalno
in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Novo mesto, marec 2024

UVOD

Projekt »Identifikacija vrzeli med potrebami in celovito, integrirano in kontinuirano zdravstveno obravnavo različnih skupin marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja z vidika regijske dostopnosti v Sloveniji« poteka v skladu z načrtanimi cilji. Do prvega poročanja je bil v skladu z določeno časovnico izveden prvi delovni sklop:

DS1. Analiza pisnih virov o vrzeli med potrebami in oskrbo za celovito zdravstveno obravnavo marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja: izkušnje v Evropi.

Začrtani cilji v okviru prvega delovnega sklopa:

- proučiti mednarodne izkušnje in ugotoviti stanje glede pojavnosti in značilnosti vrzeli med potrebami in oskrbo za celovito zdravstveno obravnavo marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja v Evropi in širše;
- identificirati skupine marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja v kontekstu celovite integrirane in kontinuirane zdravstvene obravnave;
- identificirati pobude in primere dobrih praks za premostitev vrzeli med potrebami in oskrbo za celovito zdravstveno obravnavo marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja.

Postopkovno smo izvedli ta delovni sveženj po naslednjih sklopih:

- izbor člankov glede na namen raziskave po metodologiji PRISMA,
- poglobljena analiza vsebine izbranih člankov glede na cilje pregledne raziskave,
- priprava preglednega članka,
- oddaja vloge Etični komisiji na UNM FZV (oddaja vloge Komisiji RS za medicinsko etiko bo izvedena po pripravi vseh instrumentov v mesecu februarju, če se bo to pokazalo kot potrebno po obravnavi na Etični komisiji UNM FZV),
- oblikovanje spletne strani projekta na spletni strani Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto: https://fzv.uni-nm.si/raziskovanje/programi_in_projekti/crp_2023_dusevno_zdravje.

Objave:

1. Zupančič, V. (2023). Zdravstvena obravnava marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja. V: Kregar-Velikonja, N. (ur.). Celostna obravnava pacienta = Holistic approach to the patient: zbornik povzetkov = conference proceedings: 13. mednarodna znanstvena konferenca = 13th international scientific conference: Novo mesto, 17. november 2023. Elektronska izd., str. 94. Novo mesto: Založba Univerze v Novem mestu: = University of Novo mesto. Dostopno: <https://www.zalozba-unm.si/index.php/press/catalog/view/63/124/240>
2. Zupančič, V. in Erjavec, K. (2024): Pregledni znanstveni članek (pripravljen za vložitev v postopek oddaje)

PREDSTAVITEV UGOTOVITEV DS1

Vrsta protiukrepov za zmanjšanje neenakosti v skrbi za duševno zdravje za socialno marginalizirane ali zdravstveno ranljive odrasle

UVOD

Breme bolezni zaradi motenj v duševnem zdravju je največje med vsemi zdravstvenimi težavami po svetu in predstavlja 13 % bremena vseh bolezni. Slabo duševno zdravje prizadene skoraj vsakega drugega človeka vsaj enkrat v življenju (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, 2018). Leta 2019 je eden od vsakih osmih ljudi ali 970 milijonov ljudi po vsem svetu živelo z motnjo v duševnem zdravju, pri čemer sta bili najpogostejši anksioznost in depresija. Duševne in nevrološke motnje pri starejših odraslih predstavljajo 6,6 % celotne invalidnosti za to starostno skupino, namreč približno 15 % odraslih, starih 60 let in več trpi za duševno motnjo. Mednarodna poročila in raziskave ter poročila služb v Sloveniji kažejo na pomemben porast duševnih motenj v času med in po epidemiji COVID-19. Leta 2020 se je zaradi pandemije COVID-19 povečalo število ljudi, ki živijo z anksioznimi in depresivnimi motnjami za kar 26 % do 28 % (WHO, 2022).

Vse države članice Svetovne zdravstvene organizacije so zavezane izvajanju »Celovitega akcijskega načrta za duševno zdravje 2013–2030« (2013), katerega namen je izboljšati duševno zdravje s krepitvijo učinkovitega vodenja in upravljanja, zagotavljanje celovite, integrirane in odzivne oskrbe v skupnosti, izvajanjem promocijskih in preventivnih strategij ter krepitev informacijskih sistemov, dokazov in raziskav. Duševno zdravje je ena izmed osnovnih človekovih pravic, ki je ključnega pomena za osebni, družbeni in družbenoekonomski razvoj. Je stanje duševnega blagostanja, ki ljudem omogoča, da se spoprimejo s stresom življenja, uresničijo svoje sposobnosti, se dobro učijo in delajo ter prispevajo k svoji skupnosti. Je sestavni del zdravja in dobrega počutja, ki podpira naše individualne in kolektivne sposobnosti sprejemanja odločitev, gradnje odnosov in oblikovanja sveta, v katerem živimo (WHO, 2017; 2022).

Svetovna zdravstvena organizacija opozarja, da je treba več pozornosti nameniti vsem ključnim področjem: ozaveščanje o duševnem zdravju, da se poveča razumevanje in zmanjša stigma, povečanje dostopa do kakovostne oskrbe na področju duševnega zdravja in učinkovitega zdravljenja ter raziskovanje za odkrivanje novih načinov zdravljenja in izboljšanje obstoječih načinov zdravljenja vseh duševnih motenj. Ljudje z duševnimi motnjami potrebujejo tudi socialno podporo, vključno s podporo pri razvijanju in ohranjanju osebnih, družinskih in socialnih odnosov, podporo pri izobraževalnih programih, zaposlitvi, stanovanjskih razmerah in sodelovanju pri drugih pomembnih dejavnostih (WHO, 2022).

Namen prispevka je bil zapolniti raziskovalno vrzel na področju identifikacije skupin socialno marginaliziranih ali zdravstveno ranljivih odraslih in zbrati že izvedene ali predlagane protiukrepe za zmanjšanje neenakosti v visokokakovostni celostni oskrbi duševnega zdravja za te posameznike z motnjami v duševnem zdravju za celovito, integrirano in kontinuirano zdravstveno obravnavo različnih skupin marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja.

Marginalizirani odrasli na področju duševnega zdravja

Marginalizacija je večplastni koncept, ki se nanaša na izključitev posameznikov ali skupin iz sodelovanja v gospodarskih, družbenih, političnih, kulturnih in drugih oblik človeških dejavnosti (Strassmayr, 2012). Ugotovljeno je, da imajo družbeno marginalizirane skupine običajno višje stopnje duševnih motenj kot splošna populacija in jih je težko vključiti v zdravstveno oskrbo. Zagotavljanje oskrbe na področju duševnega zdravja teh skupin predstavlja poseben izziv, zato so potrebni dokazi o dobri praksi (Priebe idr., 2012).

Stigma in diskriminacija oseb z duševnimi motnjami se kažeta v iskanju pomoči in na vseh področjih življenja, v slabem prepoznavanju njihovih potreb in spregledanju njihovih zahtev. Stigma je širok krovni pojem, ki zajema (1) stereotipe, ki predstavljajo posplošene sodbe, s katerimi si pomagamo pri razvrščanju ljudi v skupine, pogosto ne temeljijo na resničnih dejstvih; (2) predsodke, ki nastanejo, ko sprejmemo stereotipe in hkrati občutimo močna čustva ob osebah, na katere se nanašajo stereotipi, in (3) diskriminacijo, ki je negativno vedenje do osebe, na katero se nanašajo stereotipi in predsodki (Program Mira, b.d.).

Praksa oskrbe pacientov z duševnimi motnjami iz marginaliziranih skupin se v Evropi zelo razlikuje. V okviru projekta PROMO (Strassmayr, 2012) so bile identificirane prvine dobre prakse na tem, kar že obstaja oziroma je bilo predlagano kot izboljšava. Uporabljajo se v vseh sistemih zdravstvenega in socialnega varstva v Evropi in lahko usmerjajo prihodnje politike za izboljšanje skrbi za duševno zdravje družbeno marginaliziranih skupin. Poleg zadostnih virov je za to potrebna ustrezna organizacija tako posameznih storitev kot način usklajevanja in sodelovanja služb na enem področju, programi usposabljanja osebja v različnih službah, zagotavljanje informativnega gradiva in pozitiven odnos zdravstvenih in socialnih delavcev do socialno marginaliziranih skupin.

Podobno kot v tujih študijah se je tudi na slovenskem vzorcu (Roškar idr., 2017) pokazalo, da imajo določene skupine prebivalstva, kot so moški, starejši in ločeni ter osebe iz regij z najslabšimi kazalniki duševnega zdravja in hkrati najbolj obremenjene s samomorom, najbolj izraženo stigmatizacijo do duševnih težav in iskanja pomoči. Poleg tega se je tudi pokazalo, da je le četrtnina oseb, ki so v preteklosti že bile v duševni stiski, tudi poiskala pomoč (Rezolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, 2018). Marginalizirani ljudje poročajo o višjih stopnjah viktimizacije in diskriminacije v primerjavi z ljudmi s privilegiranimi identitetami in posledično poročajo tudi o višjih stopnjah bolezni (Flores idr., 2020).

Zdravstveno varstvo odraslih na področju duševnega zdravja

Na področju duševnega zdravja je v Sloveniji od leta 2008 s sprejetjem Zakona o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 77/08, 46/15 – odl. US in 44/19 – odl. US) prišlo do številnih sprememb. Uvedeni so bili timi skupnostne psihiatrične obravnave, širijo se Centri za krepitev duševnega zdravja odraslih, po potrebi zdravstvene oskrbe na domu pacienta se vključujejo tudi patronažne medicinske sestre. Na Centrih za socialno delo delujejo koordinatorji obravnave v skupnosti. Pacienti imajo po sklepu sodišča tudi možnost nadzorovane obravnave v skupnosti. Nevladne organizacije s področja duševnega zdravja pa so uvrščene med izvajalce obravnave v skupnosti.

Zdravstvena obravnava prihodnosti mora izhajati iz potreb pacientov, biti mora celostna in temeljiti na timskem delu. To je posebej pomembno pri pacientih s kroničnimi stanji, kjer je obravnava lahko razdrobljena in slabše koordinirana. Koordinacijo obravnavamo kot niz premostitvenih dejavnosti, kot jih je opredelila Agencija za raziskave in kakovost zdravstvenega varstva (McDonald idr., 2014). Te dejavnosti vključujejo: (a) vzpostavitev odgovornosti za oskrbo pacientov; (b) komuniciranje z vključenimi deležniki (npr. člani ekipe, uporabniki storitev in družine) in prenos informacij; (c) olajšanje prehodov med ravni; (d) klinično oceno potreb in ciljev; (e) načrtovanje oskrbe, spremljanje oskrbe in odzivanje na spremembe; (f) podpora samoupravljanju; (g) povezovanje z viri skupnosti in usklajevanje virov s potrebami uporabnikov storitev in prebivalstva.

Oblikovanje problema

Prejšnje raziskave so preučevale bodisi socialno marginalizirane skupine (SM) (Priebe et al., 2012; Costa et al., 2014; Cheraghi-Sohi et al., 2020) bodisi zdravstveno ranljive skupine prebivalstva (MV) (Robles et al., 2016; Tangcharoensathien et al., 2018; Mezzina et al., 2022) v različnih kontekstih, pogosto v povezavi z duševnim zdravjem in zdravstveno obravnavo na področju duševnega zdravja (MHC). Hkrati so avtorji poudarili potrebo po individualnih protiukrepih za obravnavo tveganja neenakosti v zdravju ali za kakovost integrirane zdravstvene obravnave (QIHC) (Kilbourne et al., 2018; Del Olmo-Romero et

al., 2019; Levchenko et al., 2020). Manjkajo študije, ki bi zagotovile celovitejšo sliko o tem, katere skupine SM/MV so bile identificirane na področju duševnega zdravja in kateri protiukrepi so bili uvedeni ali predlagani za obravnavo neenakosti, ki jih doživljajo člani SM/MV skupin odraslih z motnjami v duševnem zdravju.

Definicije

Duševno zdravje, bistveni del človekovega razcveta, zajema »stanje dobrega počutja, v katerem vsak posameznik uresniči (svoje) lastne potencialne, se lahko spopada z običajnimi življenjskimi stresi, lahko dela produktivno in plodno ter je sposoben narediti prispevek k (njihovi) skupnosti« (WHO, 2013; Arias et al., 2022). Kot del nacionalnih prizadevanj za krepitev duševnega zdravja je ključnega pomena ne le varovanje in spodbujanje duševnega blagostanja vseh, temveč tudi obravnavanje potreb ljudi z duševnimi motnjami (WHO, 2022).

Duševne motnje so duševno zdravstveno stanje z velikim diagnostičnim pomenom. Te motnje se kažejo v spremembah kognicije, čustev in vedenja ter jih lahko spremljajo boleče izkušnje ali disfunkcija (Vargas et al., 2020). Primeri duševnih motenj vključujejo shizofrenijo, depresijo, bipolarno motnjo, anksiozno motnjo, motnjo hranjenja, motnjo avtističnega spektra in motnjo vedenja (Levchenko et al., 2020; Wu et al., 2023).

Kakovost zdravstvene obravnave na področju duševnega zdravja (MHC) vključuje strukturo ali organizacijo oskrbe, vpliv strukture na klinične procese oskrbe, kot jo izvajajo ponudniki, in rezultate zdravstvene oskrbe na ravni pacienta (Donabedian okvir) (Donabedian, 2005; Kilbourne et al., 2018). Izboljšanje kakovosti MHC je timsko delo, ki zahteva usklajevanje med različnimi ponudniki, vključevanje zagovornikov potrošnikov ter spodbujanje virov in spodbud plačnikov zdravstvenih storitev in sistemov.

Stigma deluje na več ravneh, vključno z intrapersonalnimi ocenami (npr. samo-stigma), medosebnimi dogodki (npr. zločini iz sovraštva) in strukturnimi pogoji (npr. norme skupnosti, institucionalne politike) (Hatzenbuehler et al., 2014).

Marginalizacija je družbeno-kulturna »leča« za razumevanje, zakaj so nekatere skupine SM prikrajšane in so nekatere skupine v družbi privilegirane pred drugimi skupinami. Je hkrati proces in izkušnja, ki je posledica neenakih razmerij moči, kjer so prevladujoče skupine v družbi privilegirane pred drugimi skupinami. Ta proces lahko vključuje več oblik izključenosti, zmanjšano udeležbo v izobraževanju, delu in dostopu do zdravstvenega varstva, kar vodi v nižje zdravstvene in socialne rezultate (McIntosh, 2006).

Skupine MV so izpostavljene večjemu tveganju za bolezni in imajo omejene osebne in družbene vire za obvladovanje njenih posledic za duševno zdravje. Ranljivost za hudo duševno motnjo je večfaktorska in jo poveča interakcija različnih dejavnikov, npr. biološko-razvojnih, socialnih, okoljskih, katerih natančni mehanizmi so večinoma neznani (Zubin et al., 1977; Mezzina et al., 2022).

Enakost v zdravju pomeni, da ima vsak pošteno in pravično možnost biti čim bolj zdrav. To zahteva odstranitev ovir za zdravje, kot so revščina, diskriminacija in njihove posledice, vključno z nemočjo in pomanjkanjem dostopa do dobrih in pošteno plačanih služb, kakovostnega izobraževanja in stanovanj, varnega okolja in zdravstvene oskrbe« (Braveman et al., 2017, str. 2).

METODA

Uporabili smo sistematični pregled literature, ki smo ga izvedli po smernicah PRISMA (Page et al., 2022) v zbirkah podatkov Web of Science (multidisciplinarna zbirka podatkov, ki indeksira članke z visokim faktorjem vpliva), CINAHL (pomembna zbirka podatkov na področju Zdravstvena nega) in PubMed (specializirana zbirka podatkov za biomedicinske vede). Postopek iskanja in analiziranja literature je prikazan z diagramom PRISMA. Rezultati so bili razvrščeni glede na stopnjo dokazov. Uporabljena je bila tematska vsebinska analiza.

Iskanje podatkov

V prvi fazi so bile uporabljene naslednje ključne besede: »marginalizirane skupine«, »ranljive skupine v zdravstvu«, »stigma duševnega zdravja«, »stereotipi duševnega zdravja«, »duševno zdravje«, »zdravstvena oskrba oseb z duševno motnjo«, »kakovost duševnega zdravja«, »stigma in diskriminacija na področju duševnega zdravja«, »kakovost zdravstvene oskrbe«, »zdravstveni delavci«, stereotipi o duševnih delavcih«, »zdravstveni delavci na področju duševnega zdravja«, »stigma in diskriminacija ljudi z duševno motnjo«. V drugi fazi smo uporabili različne kombinacije z logičnim operatorjem IN.

Merila primernosti

Študije so bile vključene, če so izpolnjevale naslednja merila za vključitev in izključitev.

Merila za vključitev:

- vrste študij: empirične študije in sistematični pregledi;
- zasnove študij niso bile omejene in so vključevale tako kvantitativne kot kvalitativne študije, vključno s študijami primerov;
- vrste udeležencev: pacienti, ki sodijo v skupino SM/MV po zgornji definiciji, zdravstveni delavci, ki delajo na področju dela z osebami z duševnimi motnjami;
- vrste rezultatov: protiukrepi za zmanjšanje neenakosti v MHC za odrasle SM/MV;
- jezik: samo študije, objavljene v slovenskem ali angleškem jeziku;
- čas objave: pridobljeno iz vsake baze od 2014 do 2024.

Merila za izključitev:

- članki, ki ne temeljijo na raziskovalnem pristopu;
- študije, ki ne obravnavajo obravnavane teme ali ne obravnavajo protiukrepov za zmanjšanje razlik med odraslimi SM/MV z duševnimi motnjami na področju, ki je pomembno za IQHC;
- študije, ki obravnavajo zelo specifično zdravlilo ali medicinski postopek in ne širše kategorije pravičnosti v MHC;
- članki, ki niso bili dostopni; in besedila, ki so bila razvrščena kot uvodniki, diplomske naloge ali disertacije, ocene, pisma uredniku, mnenjski članki, uvodniki in komentarji;
- v primeru velikega števila zadetkov so bili iz pregleda izločeni članki, ki niso bili med prvimi 100 zadetki po kriteriju vključitve.

Za operacionalizacijo pregleda smo za iskanje izbrali naslednje elektronske baze podatkov: Web of Science; CINAHL in PubMed. Uporabili smo posebno strategijo Iijaka za iskanje znanstvenih člankov na dva načina. Najprej smo skušali ugotoviti, katere družbene skupine na splošno označujemo za marginalne, nato smo posebej poiskali skupine SM/MV odraslih v povezavi z zdravstvenim sistemom, nato pa smo se zožili na področje duševnega zdravja. Drugič, poskušali smo zajeti vidik vedenja zdravstvenih delavcev v odnosu do posameznih skupin odraslih SM/MV v zdravstvenem varstvu, nato pa smo fokus zožili na področje vedenja zdravstvenih delavcev do oseb z motnjami v duševnem zdravju,

potem pa še na področje vedenja zdravstvenih delavcev v psihiatriji do oseb z motnjami v duševnem zdravju.

REZULTATI

V integrativni pregled (Priloga 1) je bilo vključenih 79 študij, od tega 78 znanstvenih člankov in eno poročilo o opravljeni raziskavi.

Na podlagi pregleda literature je bilo identificiranih 18 sklopov skupin SM/MV v povezavi s QIHC na področju MHC (Tabela 1).

Tabela 1: Seznam skupin SM/MV na področju skrbi za duševno zdravje odraslih

Skupine SM/MV (kategorije)		Individualne skupine (kode)
SM/MV skupine	(1) Spol	ženske, moški
	(2) Starost	starejši
	(3) Jezik	tuje govoreči
	(4) Spolna usmerjenost	lezbijke, geji, biseksualci in transspolne osebe
	(5) Posebne potrebe	osebe s posebnimi potrebami
	(6) Invalidnost	osebe s posebnimi potrebami, ki imajo fizične, duševne ali učne težave
	(7) Izobrazba	osebe z nižjo stopnjo izobrazbe
	(8) Profesionalno delo	spolni delavci
	(9) Zakonski stan	oseba ne živi s partnerjem – ločitev; samski ljudje; starši samohranilci z majhnimi otroki
	(10) Zdravstveno stanje	negativno subjektivno zdravstveno stanje, nezavarovani; komorbidni bolniki, osebe z duševnimi motnjami, osebe s spolno prenosljivimi boleznimi, debele osebe, ženske v rodni dobi
	(11) Stanje duševnega zdravja	osebe z duševnimi motnjami, osebe z diagnozo (hude) duševne motnje (shizofrenija idr.), uživalci prepovedanih drog; odvisniki od alkohola, osebe po poskusu samomora, osebe z demenco
	(12) Socialno-ekonomsko stanje	nizek socialno-ekonomski status, socialno-ekonomsko prikrajšani posamezniki in družine, nizki dohodki, finančna obremenitev, brezposelnost
	(13) Migranti in črnci	migranti, priseljenci, temnopolti
	(14) Pripadnost etični manjšini	Romske in popotniške skupnosti
	(15) Osebna ocena	nizek subjektivni socialni status; osamljenost; pomanjkanje čustvene/socialne podpore; zaznana diskriminacija
	(16) Življenjska zgodba, življenjski slog, vera	zaporniki in nekdani zaporniki; ženske z več otroki v rejništvu
	(17) Negativni dogodki	žrtve nasilja v družini, žrtve ekonomskega nasilja, storilci kaznivih dejanj in nasilni bolniki; žrtve nasilja v družini in intimnega partnerja; samomor in samopoškodovanje
	(18) Življenjski prostor	slabša stanovanja, brezdomci, ljudje, ki živijo na ulici, ljudje, ki živijo v regijah z višjo stopnjo samomorov, ljudje, ki živijo na geografsko oddaljenih območjih

Identificiranih je bilo približno 40 kod, ki posameznike kategorizirajo v eno ranljivo skupino. Največ postavk je bilo zabeleženih v kategorijah »zdravstveno stanje« in »duševno stanje«, »socialno-ekonomski status«, »pripadnost etnični manjšini« in »spolna usmerjenost«.

Po številu predmetov, obravnavanih na prikazan način, izstopata dve skupini: glede na spolno usmerjenost (lezbijke, geji, biseksualci in transspolni) in pripadnost etnični manjšini (romske in popotniške skupnosti). Skupina z duševnimi motnjami (SM/MV) se obravnava kot skupina znotraj zdravstvenega sistema ali kot posebna skupina.

Sestavljen je bil rang protiukrepov za zmanjšanje neenakosti za kakovostno integrirano MHC za odrasle s SM/MV.

Tabela 2: Nabor izvedenih oziroma predlaganih protiukrepov/intervencij glede na priznane kategorije.

Kategorije	Izvedeni ali predlagani protiukrepi/intervencije
Zmanjševanje razširjenosti težav v duševnem zdravju v marginaliziranih/ranljivih skupinah - Promocija zdravja in zmanjševanje tveganj	- spremljanje prevalece duševnega zdravja glede na pojavnost v splošni populaciji; - preprečevanje viktimizacije v otroštvu; - spodbujanje programov odpornosti; - vzpostavitev delovanja delovne skupine, ki se osredotoča na programe promocije duševnega zdravja za marginalizirane ljudi; - zavzemanje za povečanje sredstev, namenjenih promociji duševnega zdravja.
Izboljševanje dostopnosti storitev in njihove ustreznosti – Mreža storitev glede na potrebe ljudi (kaj, kdaj, kako)	- storitve, ki so ponujale informacije in navodila o drugih storitvah, so povečale dostopnost in pripomogle k zmanjšanju občutka »izgubljenosti« znotraj sistemov storitev; - namenjanje pozornosti, da programi za izboljševanje odpornosti ne delujejo idiosinkratično, poveča učinek spodbude k dostopu do kulturno kompetentnih ponudnikov socialnih ali zdravstvenih storitev; - tudi če so zdravstvene storitve na voljo, je treba obravnavati štiri razsežnosti dostopnosti storitev: nediskriminacijo, fizično dostopnost, cenovno dostopnost in dostopnost informacij; - razvoj storitev za izboljševanje dvosmerne komunikacije in prenos informacij med marginaliziranimi ali ranljivimi posamezniki in ponudniki storitev naj vključuje uporabo participativnih metod; - vzpostavitev skrbi za duševno zdravje marginaliziranih/ranljivih skupin v okviru storitev, ki so že vgrajene v skupnosti, olajšuje in pospeši dostop do storitev; - za enakopravnost je potrebna pozornost na horizontalno in vertikalno pravičnost v smislu pogostosti obravnave.
Upoštevanje osebnostnih značilnosti in posebnosti ter individualnih tveganj marginiziranih/ranljivih posameznikov – Na osebo osredotočena oskrba	- prilagoditev ponudbe in izvajanja storitev dejavnikom socialnega konteksta (tabuji, predsodki, diskriminacija, socialna vključenost, socialna podpora, norme); - duševno zdravje marginaliziranih in ranljivih posameznikov je treba razumeti v kontekstu drugih pomembnih osebnih identitet: spolne, etnične, kulturne in verske; - spodbujati (samo)sprejemanje osebne identitete.
Izvajanje ciljno usmerjenih intervencij za usklajeno,	- komunikacija po telefonu ali e-pošti ni primerna zaradi predhodnih stroškov, zato je bolje izpeljati osebni obisk;

kontinuirano, integrirano, kulturno občutljivo oskrbo – Kakovost obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju	- pomoč pacientom pri napotnicah in izpolnjevanju papirologije za dostop do storitev; - rekonceptualizacija in s tem povezana prerazvrstitev zdravstvenih stanj v Mednarodni klasifikaciji bolezni (ICD-11); - integracija komunikacije in izvedba storitve/posega z namenom vzpostavljanja odnosa so pripomogli k zmanjšanju osamljenosti pacienta (brez povečanja porabe časa); - skrb za zagotavljanje kulturno občutljivih storitev; - razvoj intervencij za preprečevanje samomora, ki so bolj prilagojeni spolu in kulturi; - zagotavljanje vključenosti uporabnikov.
Zagotavljanje posebnega izobraževanja in usposabljanja – Razvoj specifičnih kompetenc/veščin	- zagotavljanje usposabljanja o vprašanih marginalnih/ranljivih skupin; - obveščanje o pravicah in načelih marginalnih/ranljivih skupin; - aktiviranje strokovnih in uporabniških združenj, ki se ukvarjajo z vprašanji marginalnih/ranljivih skupin; - vključevanje vsebin o potrebah marginalnih/ranljivih skupin po duševnem zdravju in posledicah (ne)zdravljenja v izobraževalne programe za poklice v zdravstvu in socialnem varstvu; - zdravstveni delavci potrebujejo kulturne kompetence, ki odražajo razvoj družbe in potrebe posameznikov v njej; - usposabljanje za kulturno ozaveščanje je lahko koristno, obstaja pa tveganje za reprodukcijo stereotipov in neupoštevanje več identitet in družbenih realnosti, v katerih ljudje živijo svoja življenja; - zmanjševanje stigme med študenti z udeležbo na medgeneracijskem druženju marginaliziranih/ranljivih in njihovih družinskih članov.
Spoštovanje etičnih in moralnih načel ter preprečevanje deskriminatornega vedenja – Etika in morala za enakost, enakopravnost in pravičnost (v zdravstvenem in socialnem varstvu, v družbi)	- krepitev zaupanja med pacientom in zdravstvenim (so)delavcem ter izvajalcem zdravstvene oskrbe; - treba je obravnavati prepričanja zdravstvenih delavcev o nevarnosti in osebni šibkosti marginalnih/ranljivih oseb; - doseganje pravičnosti na področju zdravja zahteva opolnomočenje MV oseb in njihovih zaveznikov; - treba je razpravljati o strategijah destigmatizacije, zlasti v družinskem kontekstu; - uvajanje programov zdravstvenih mediatorjev (dokazi o njihovi učinkovitosti so različni); - skrb za razumevanje lokalnih vprašanj in storitev; - upoštevanje etičnih načel v zdravstveni negi (sočutje, spoštovanje dostojanstva); - razumeti in spoštovati svojo skupnost, njihove ranljivosti na podlagi spoznavanja življenjskih izkušenj skupaj in spoštovanja epidemioloških študij; - razvoj nadaljnjih ukrepov za obravnavo diskriminacije marginaliziranih/ranljivih žensk v rodni dobi.

Povečanje pozornosti in politična angažiranost – Vključenost in zagovornišvo pri upravljanju	- povečanje pozornosti podskupini marginalizirane/ranljive populacije, ki ima težave v duševnem zdravju, medsektorsko usklajevanje; močna politična zaveza za skupno naslavljanje ukrepov; - posebne politike namenjene podpiranju državljskih pravic marginaliziranih/ranljivih skupin, ki lahko pomagajo premagati (sistemske, strukturne) neenakosti; - politični dokumenti ne smejo uporabljati stigmatizirajočo terminologijo in ohranjati stereotipe proti nekaterim marginalnim/ranljivim skupinam; - pri izboljšanju duševnega zdravja marginaliziranih/ranljivih skupin je treba upoštevati razširjenost predsodkov in diskriminacijo pri dostopu do zdravstvenega varstva, ter tudi pri stanovanjih in izobraževanju.
Merjenje učinkovitosti programov/akcij in znanstveno raziskovanje – Na dokazih temelječe delovanje	- vzpostavitev zanesljivega sistema nadzora za oceno napredka; - vzpostavitev primerljivega nabora indikatorjev povezanih z duševnim zdravjem; - vzpostavitev strogega vrednotenja ukrepov za izboljšanje dostopa do zdravstvenih storitev in sodelovanja z marginaliziranimi/ranljivimi ljudmi; - raziskovanje, kako lahko izvajalci storitev duševnega zdravja podprejo marginalizirane/ranljive posameznike, da razvijejo odpornost in izzivajo družbene diskurze, ki ohranjajo diskriminatorne in stigmatizirajoče prakse, predvsem v storitvah duševnega zdravja; - raziskovanje poti viktimizacije in kako lahko kopičenje več oblik viktimizacije in negativnih dogodkov iz otroštva vpliva na duševno zdravje, pa tudi, kako so lahko marginalizirani/ranljivi posamezniki (bolj) odporni na kumulativne stresorje; - raziskovanje obsega in vplivnih dejavnikov težav v duševnem zdravju med marginaliziranimi/ranljivimi ljudmi; - analiza kriminala in viktimizacije skupine ter primerjava s splošno populacijo za izvajanje na dokazih temelječih strategij za izboljšanje blaginje skupnosti in socialno vključenost njihovih najbolj ranljivih članov; - nadaljnje stroge post-pozitivistične, zlasti kvantitativne raziskave, za lažje posploševanje in ponovitev prejšnjih študij; - izvajanje poglobljenih kvalitativnih raziskav in identifikacija primerov dobre prakse zagotavljanja varnosti; - več raziskav o duševnem zdravju in dostopu do zdravstvene oskrbe pri marginaliziranih/ranljivih ljudeh; - prihodnje študije morajo biti participativne, da se zagotovijo smernice za duševno zdravstveno varstvo, ki obravnava potrebe marginaliziranega/ranljivega prebivalstva.

Prepoznanih je bilo osem kategorij: (1) promocija zdravja in zmanjševanje tveganj, (2) mreža storitev glede na potrebe ljudi (kaj, kdaj, kako), (3) na osebo osredotočena oskrba, (4) kakovost obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju, (5) razvoj specifičnih kompetenc/veščin, (6) etika in morala za enakost, enakopravnost in pravičnost (v zdravstvenem in socialnem varstvu, v družbi), (7) vključenost in

zagovorništvo pri upravljanju, (8) na dokazih temelječe delovanje, ki so pravzaprav osnovna načela in vodilo o razponu in naboru potrebnih protiukrepov in intervencij za vse ljudi in ne zgolj MV skupine.

RAZPRAVA

Duševno zdravje je velik javnozdravstveni izziv. Težave v duševnem zdravju lahko pri posameznem članu družbe spremenijo njegovo zaznavanje, čustvovanje, vedenje in ravnanje, ki odstopa od vsesplošnih družbenih norm, kar vodi v obrambno reakcijo ljudi v neposredni in širši okolici. Negativni družbeni odzivi na ljudi z duševnimi boleznimi so morda največja ovira za razvoj programov za duševno zdravje po vsem svetu. Ti škodljivi učinki in z njimi povezana vprašanja človekovih pravic so vedno bolj priznana kot pomembna tarča družbenega ukrepanja.

Prva ugotovitev pri doseganju cilja študije je, da analizirani članek izpostavlja različne skupine SM/MV. Raznolikost skupin SM ali MV glede duševnega zdravja je mogoče pojasniti s kombinacijo socioloških, psiholoških in biomedicinskih perspektiv. Silva idr. (2015) je na podlagi nesistematičnega narativnega pregleda ugotovil, da obstaja statistično značilna povezava s slabšim duševnim zdravjem in naslednjimi dejavniki: nizek dohodek, zakonski ali samski stan, pomanjkanje čustvene/socialne podpore, ženski spol, nizka izobrazba, nizek socialno-ekonomski status, brezposelnost, finančni stres, zaznana diskriminacija, negativno subjektivno zdravstveno stanje, osamljenost, nizek subjektivni socialni status, slabše stanovanjske razmere, višja starost in negativni življenjski dogodki. Stigma, ki obdaja duševno zdravje, lahko nesorazmerno prizadene določene skupine (Knaak et al., 2017; Del Olmo-Romero et al., 2019; Vacari et al., 2020; Martinez-Martinez et al., 2022; Ray 2022). Biološko gledano imajo različne skupine različno dovzetnost za motnje duševnega zdravja zaradi genetskih, nevrobioloških ali fizioloških dejavnikov (Caspi et al., 2003). Individualni psihološki dejavniki, kot so odpornost, mehanizmi obvladovanja in osebna zgodovina (kot je travma), igrajo vlogo pri duševnem zdravju (Luthar et al., 2000). Omejitve sistema zdravstvenega varstva so tudi ključne makro determinacije, vključno z razlikami v dostopu do storitev duševnega zdravja, kakovostjo prejete oskrbe in pristranskostjo ponudnika zdravstvenega varstva ali pomanjkanjem kulturne kompetence (Bourgeois et al., 2017). Nekatere skupine nosijo breme zgodovinske ali družbene travme (npr. avtohtono prebivalstvo, begunci ali skupnosti, ki so doživele sistemski rasizem), kar ima lahko globoke in trajne posledice za duševno zdravje. Ker lahko zakoni in politika zaščitijo ali marginalizirajo določene skupine, so tudi ključni dejavniki. Na primer, politike, ki ne priznavajo posebnih potreb po duševnem zdravju LGBTQ+ posameznikov, lahko privedejo do neustrezne podpore in povečane ranljivosti (Bartlett in Sandland, 2007).

Projekt VulnerABLE se je osredotočil na devet ciljnih skupin, za katere je znano, da imajo slabo zdravje in/ali se soočajo z ovirami pri dostopu do zdravstvene oskrbe. Ti so vključevali naslednje: (1) družine, ki so v ranljivem položaju (npr. starši samohranilci z majhnimi otroki), (2) osebe s fizičnimi, duševnimi ali učnimi težavami ali slabim duševnim zdravjem, (3) revni zaposleni, (4) starejši ljudje, ki so v ranljivem položaju, (5) ljudje v nestabilnih stanovanjskih razmerah (npr. brezdomci), (6) zaporniki (ali nekdanji zaporniki v negotovem položaju), (7) ljudje, ki živijo v na podeželju/odmaknjenih območjih, ki so v negotovem položaju, (8) dolgotrajno brezposelni/neaktivni ljudje (ki niso v izobraževanju, usposabljanju ali zaposleni) in (9) žrtve nasilja v družini ali nasilja v intimnem partnerstvu (Evropska komisija, 2017). Najpogostejše skupine/posamezniki z MV so (NIJZ, 2020, str. 43): (1) starejši prebivalci; (2) priseljenci, tuje govoreči; (3) osebe z različnimi oblikami invalidnosti; (4) socialno-ekonomsko prikrajšani posamezniki in družine; (5) otroci in mladostniki z različnimi ranljivostmi; (6) brezposelni; (7) nezavarovani (osebe brez obveznega zdravstvenega zavarovanja in/ali brez dopolnilnega zavarovanja); (8) Romi; (9) osebe z duševnimi motnjami; (10) uživalci prepovedanih drog; (11)

brezdomci; (12) odvisniki od alkohola; (13) žrtve nasilja v družini; (14) zaporniki in nekdanji zaporniki; (15) ženske z različnimi potrebami po zaščiti; (16) dolgotrajno bolni ljudje; (17) ljudje, ki živijo na geografsko oddaljenih območjih; (18) žrtve ekonomskega nasilja; (19) homoseksualci in (20) spolni delavci. Ko smo te poudarjene seznime dopolnili z drugimi referencami na SM/MV iz drugih člankov, smo dobili izčrpen seznam 18 nizov skupin SM/MV, ki so bile identificirane v povezavi s QIHC na področju MHC. Očitno je, da za našo raziskavo ni uporabno ločevanje skupin SM/MV, saj se dejavniki tveganja prekrivajo in dopolnjujejo znotraj razvrščanja oziroma uporabe posameznih oznak SM/MV. Upoštevati je treba, da se lahko, če so bile ranljivosti že dokazane, posameznim skupinam z ranljivostmi glede na že zaznana tveganja dodajo nove (Silva, 2015; Tangcharoensathien et al., 2018).

Sistematični pregled literature je tudi pokazal, da je nabor protiukrepov zelo obsežen, vendar nikakor ni dokončen. Osem priznanih področij in skupaj 52 ukrepov je lahko v pomoč na vseh ravneh. Prilagajanje posameznih ukrepov nacionalnemu in SM/MV kontekstu je bistvenega pomena. Protiukrepe je treba celovito obravnavati kot del integrirane zdravstveno socialne oskrbe na področju duševnega zdravja za odrasle s SM/MV ter spodbujati kulturno kompetenten etični odnos med zdravstvenimi delavci in v širši družbi. Rezultat je pokazal, da se protiukrepi znotraj vsakega območja ponavljajo/dodajajo neodvisno od skupine SM/MV.

LITERATURA

Booth, J. N., Chesham, R. A., Brooks, N. E., Gorely, T., and Moran, C. N. (2020). A citizen science study of short physical activity breaks at school: improvements in cognition and wellbeing with self-paced activity. *BMC Med*, 18, str. 62.

Cerdá, M., Wall, M., Feng, T., Keyes, K.M., Sarvet, A., Schulenberg, J., O'Malley, P. M., Pacula, R.L., Galea, S., Hasin, D.S. (2017). Association of State Recreational Marijuana Laws with Adolescent Marijuana Use. *JAMA* 1;171(2), str. 142-149.

Chiavegatto Filho, A. D. P., L. Sampson, S. S. Martins, S. Yu, Y. Huang, Y. He, S. Lee, idr. (2017). Neighbourhood characteristics and mental disorders in three Chinese cities: multilevel models from the World Mental Health Surveys. *BMJ Open* 7 (10), e017679.

de Jacq, K., Norful, A. A., Larson, E. 2016. The Variability of Nursing Attitudes Toward Mental Illness: An Integrative Review. *Arch Psychiatr Nurs*, 30(6), str. 788-796.

Durbin, A., Sirotich, F., Lunsy, Y., Durbin, J. (2017). Unmet Needs of Adults in Community Mental Health Care with and Without Intellectual and Developmental Disabilities: A Cross-Sectional Study. *Community Ment Health J*, 53(1), str. 15-26

Hamilton, S., Pinfold, V., Cotney, J., Couperthwaite, L., Matthews, J., Barret, K., Warren, S., Corker E., Rose, D., Thornicroft, G., Henderson, C. 2016. Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination. *Acta Psychiatr Scand*, 134 (446), str. 14-22.

Hampson, M. E., Watt, B. D., Hicks, R. E., Bode, A., in Hampson, E. J. (2018). Changing hearts and minds: The importance of formal education in reducing stigma associated with mental health conditions. *Health Education Journal*, 77(2), str. 198–211.

Heim, E., Henderson, C., Kohrt, B., Koschorke, M., Milenova, M., in Thornicroft, G. (2020). Reducing mental health-related stigma among medical and nursing students in low- and middle-income countries: A systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, E28.

Flores-Flores, O., Zevallos-Morales, A., Carrión, I. idr. (2020). We can't carry the weight of the whole world": illness experiences among Peruvian older adults with symptoms of depression and anxiety. *Int J Ment Health Syst* 14, str. 49.

Fontesse, S., Demoulin, S., Stinglhamber, F., Maurage, P. (2019). Dehumanization of psychiatric patients: Experimental and clinical implications in severe alcohol-use disorders. *Addict Behav*, 89, str. 216-223.

Koutra, K., Mavroeides, G. in Triliva, S. (2022). Mental Health Professionals' Attitudes Towards People with Severe Mental Illness: Are they Related to Professional Quality of Life?. *Community Ment Health J* 58, str. 701–712.

Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E.C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M.E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V., Saxena, S. 2018. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry*, 5(4), str. 357-369.

McDonald, K.M., Schultz, E., Albin, L., Pineda, N., Lonhart, J., Sundaram, V., in Davies, S. (2014). Care coordination measures atlas, Version 4. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Pridobljeno 1. 10. 2023 s svetovnega spleta: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm_atlas.pdf.

Morgan, A.J., Reavley, N.J., Ross, A., Too, L.S., Jorm, A.F. (2018). Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*, 103, str. 120-133.

Morgan, A.J., Reavley, N. J., Jorm, A.F., Beatson, R. (2016). Experiences of discrimination and positive treatment from health professionals: A national survey of adults with mental health problems. *Aust N Z J Psychiatry*, 50(8), str. 754-62.

Porfyri, G.N., Athanasiadou, M., Siokas, V., Giannoglou, S., Skarpari, S., Kikis, M., Myroforidou, A., Anoixa, M., Zerakis, N., Bonti, E., Konsta, A., Diakogiannis, I., Rudolf, J., Deretzi, G. 2022. Mental health-related stigma discrimination and prejudices among Greek healthcare professionals. *Front Psychiatry*, 30;13, 1027304.

Potts, L.C., Bakolis, I., Deb, T. et al. 2022. Anti-stigma training and positive changes in mental illness stigma outcomes in medical students in ten countries: a mediation analysis on pathways via empathy development and anxiety reduction. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 57, str. 1861–1873.

Priebe, S., Matanov, A., Schor, R. idr. (2012). Good practice in mental health care for socially marginalised groups in Europe: a qualitative study of expert views in 14 countries. *BMC Public Health* 12, 248.

Program Mira. Zmotna prepričanja. Pridobljeno 1. 10. 2023 s svetovnega spleta: <https://www.zadusevnozdravje.si/dusevno-zdravje/zmotna-prepricanja/kaj-je-stigma-dusevnih-tezav-in-kako-jo-odpraviti/>.

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028. Uradni list RS, št. 24/18.

Roškar, S., Tančič Grum, A., Poštuvan, V., Podlesek, A., De Leo, D. (2017). The adaptation and implementation of guidelines for responsible media reporting on suicide in Slovenia. *Zdravstveno Varstvo*, 56(1), str. 1-8.

Samartzis, L., Talias, M.A. (2019). Assessing and Improving the Quality in Mental Health Services. *Int J Environ Res Public Health*. 30;17(1), str. 249.

Strassmayr, C. (2012). Mental Health care for socially marginalised people in Europe Results from the European Commission funded PROMO study. Pridobljeno 2. 10. 2023 s svetovnega spleta: https://www.goinginternational.eu/pdfs/fachartikel/strassmayr_christa_mental%20health.pdf.

Valery, K. M., Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry Res*; 290, 113068.

van Boekel, L.C., Brouwers, E.P., van Weeghel, J., Garretsen, H.F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend*, 1;131(1-2), str. 23-35.

WHO. (2022). Mental Health. Pridobljeno 1. 10. s svetovnega spleta: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

WHO. (2017). Mental Health ATLAS 2017. Pridobljeno 1. 10. svetovnega spleta: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514019>.

Zakon o duševnem zdravju. Uradni list RS, št. 77/08, 46/15 – odl. US in 44/19 – odl. US.

Zelko, E., Podojsteršek, J., Švab, I., Kolšek, M., Sever, M. (2017). Razlike v uživanju alkohola med Romi in Neromi v severovzhodni Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(2), str. 116–123.

Zoubaa, S., Dial. B., Ryan-Jones, L., Shah, V. in Yanos, T. P. (2022). On the relationship between experienced microaggressions and mental health stigma among members of marginalized groups, *Counselling Psychology Quarterly*, 35, 4, str. 867-879.

Zupančič, V. (2016). Nevladne organizacije v podporni mreži za osebe z depresijo = Non-governmental organizations within the support network for people with depression: doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Zupančič, V. (2017). Integrirana skrb za osebe s težavami v duševnem zdravju. *Revija za zdravstvene vede*, 4 (1), str. 31-45.