



Univerza v Novem mestu
Fakulteta za *zdravstvene vede*

Tretje poročilo

Izbor dobrih praks za celovito integrirano in kontinuirano zdravstveno obravnavo posameznih skupin marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja

Vrzel 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, 7. 11. 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 tretjega poročanja je bil v skladu z določeno časovnico izveden tretji delovni sklop in pripravljena izhodišča za četrti delovni sklop.

DS 3. PRIDOBITEV ZNANJ IN IZKUŠENJ O VRZELIH MED POTREBAMI IN OSKRBO ZA CELOVITO INTEGRIRANO IN KONTINUIRANO ZDRAVSTVENO OBRAVNAVO POSAMEZNIH SKUPIN MARGINALIZIRANIH ODRASLIH NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Cilja:

1. Ocena primerov dobrih in slabih praks za celovito integrirano in kontinuirano zdravstveno obravnavo posameznih skupin marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja glede na regulacijske, organizacijske, izobraževalne in medijske omejitve slovenskega prostora;
2. Priprava zbira dobrih praks za celovito integrirano in kontinuirano zdravstveno obravnavo posameznih skupin marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja.

Metode:

Da bi pridobili celovite informacije (tako posplošujoče kot poglobljene) o potrebah na področju zagotavljanja celovite integrirane zdravstvene obravnave marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja z vidika regijske dostopnosti v Sloveniji smo uporabili podatke, zbrane predhodno v okviru DS1 in DS 2 po metodah: (1) pregled znanstvene literature za obdobje zadnjih 10 let z namenom identifikacije primerov dobre/slabe prakse; (2) analiza dokumentov medijskih in drugih objav o primerih dobre/slabe prakse, (3) intervjuje v fokusnih skupinah s ključnimi akterji (zaposleni v centrih za krepitev duševnega zdravja odraslih, v timih skupnostne psihiatrične obravnave, v NVO s področja duševnega zdravja) (n = 3 fokusne skupine), (4) poglobljene pol-strukturirane intervjuje s strokovnjaki, znanstveniki in odločevalci (n = 8), (5) poglobljene pol-strukturirane intervjuje z osebami/uporabniki storitev s področja duševnega zdravja (n = 8).

Postopkovno smo ta delovni sveženj izpeljali v naslednjih sklopih:

1. Zbiranje in ocena mednarodnih in nacionalnih dobrih in slabih praks za celovito integrirano in kontinuirano zdravstveno obravnavo posameznih skupin marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja;
2. Izbor dobrih praks na podlagi na regulacijske, organizacijske, izobraževalne in medijske omejitve slovenskega prostora ter oblikovanje predloga nabora primerov dobrih praks, ki jih bomo preverili z mnenji različnih deležnikov v zadnjem delovnem sklopu;
3. Oblikovanje poročila (Izbor dobrih praks za celovito integrirano in kontinuirano zdravstveno obravnavo posameznih skupin marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja) in diseminacija rezultatov;

Čas trajanja: 3 mesece: 1. 7. 2024–30. 9. 2024

DS 4. PRIDOBITEV ZNANSTVENIH DOKAZOV GLEDE PRISOTNOSTI TABUJEV, STEREOTIPOV IN PREDSDOKOV, STIGMATIZACIJE IN DISKRIMINACIJE V ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI DO MARGINALIZIRANIH SKUPIN NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Cilj: Ugotoviti prisotnost tabujev, stereotipov in predsodkov, stigmatizacije in diskriminacije v zdravstveni dejavnosti do marginaliziranih skupin na področju duševnega zdravja.

Metode: Da bi pridobili posplošljive podatke glede prisotnosti tabujev, stereotipov in predsodkov, stigmatizacije in diskriminacije v zdravstveni dejavnosti do marginaliziranih skupin na področju duševnega zdravja, bomo izvedli anketiranje med študenti za poklice v zdravstveni dejavnosti in zaposlenimi.

Instrument smo razvili priložnostno namensko na podlagi do takrat zbranih podatkov in z dodatnim pregledom znanstvenih člankov. Pri dodatnem pregledu smo uporabili naslednje ključne besede:

»merjenje/zaznavanje predsodkov«, »predsodki pri študentih zdravstvenih ved«, »diskriminatorno ravnanje«, »destigmatizacija«, »predsodki pri zdravstvenih delavcih« ipd. ter angleške različice. V okviru pilotnega preverjanja bomo primarno izvedli 3 kognitivne intervjuje in anketiranje na manjšem vzorcu.

Uporabili bomo spletno anketo in v glavni raziskavi pridobili mnenja vsaj 300 študentov za poklice v zdravstveni dejavnosti in vsaj 300 zaposlenih v zdravstveni dejavnosti. Vzorčenje bo namensko priložnostno s pomočjo visokošolskih institucij, združenj študentov in profesionalnih združenj.

Instrument (priloga1) smo oblikovali na podlagi predhodno zbranih podatkov. Podatki bodo analizirani kvantitativno z namenom potrditve in identifikacije prisotnosti tabujev, stereotipov in predsodkov, stigmatizacije in diskriminacije v zdravstveni dejavnosti do marginaliziranih skupin na področju duševnega zdravja.

Postopkovno bomo ta delovni sveženj izpeljali v naslednjih sklopih:

1. Analiza predhodno zbranih podatkov in dopolnitev z dodatnim pregledom pisnih virov,
2. Razvoj in preverjanje namensko razvitega anketnega vprašalnika,
3. Pridobitev soglasij za izvedbo raziskave,
4. Izvedba raziskave med študenti in zaposlenimi v zdravstveni dejavnosti,
5. Analiza podatkov in sinteza ugotovitev,
6. Oblikovanje poročila glede prisotnosti tabujev, stereotipov in predsodkov, stigmatizacije in diskriminacije v zdravstveni dejavnosti do marginaliziranih skupin na področju duševnega zdravja.

Čas trajanja: 4 mesecev: 1. 10. 2024–31. 1. 2025

OBJAVE

1. ZUPANČIČ, Vesna. Splet kot vir informacij v okviru skupnostne skrbi za duševno zdravje marginaliziranih odraslih = The internet as a resource for community-based mental health care for marginalized adults. V: GRIVEC, Malči (ur.). Izzivi globalizacije in družbeno-ekonomsko okolje EU = Globalisation Challenges and the Social-economic Environment of the EU : zbornik povzetkov = book of abstracts : 13. mednarodna znanstvena konferenca = 13th international scientific conference : Novo mesto, 16. maj 2024. Elektronska izd. Novo mesto: Založba Univerze: = University of Novo mesto Press, 2024. Str. 70. ISBN 978-961-6770-74-3. <https://www.zalozba-unm.si/index.php/press/catalog/view/68/133/251>.
 2. ZUPANČIČ, Vesna. Zdravstvena obravnava marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja. V: KREGAR-VELIKONJA, Nevenka (ur.). Celostna obravnava pacienta = Holistic approach to the patient : zbornik prispevkov = conference proceedings : 13. mednarodna znanstvena konferenca = 13th international scientific conference : Novo mesto, 16. november 2023. Elektronska izd. Novo mesto: Založba Univerze: = University of Novo mesto Press, 2024. Str. 681-687. ISBN 978-961-6770-75-0. <https://www.zalozba-unm.si/index.php/press/catalog/book/69>, <https://www.zalozba-unm.si/index.php/press/catalog/view/69/136/255>. [COBISS.SI-ID 201266179]
 3. ZUPANČIČ, Vesna. The violation of the rights of patients with serious mental disorders in an effort to ensure safety : vabljeni predavanja na konferenci "Evidence-Based Medicine in Practice", Medical Simulation Centre at the Medical University of Lublin, 31. 5. 2024.
 4. ROŽMANC, Mateja. Vpliv stigme na kakovost življenja oseb z epilepsijo : magistrsko delo. Novo mesto: [M. Rožmanc], 2024. [7] f., 52 str., [2] f. pril., ilustr. <http://revis.openscience.si/IzpisGradiva.php?id=10504>. [COBISS.SI-ID 195240195]
 5. OPEKA, Janja Nežka. Skupnostna skrb v duševnem zdravju in ukrepanje ob pojavu motenj v duševnem zdravju pri otroku in mladostniku : diplomska naloga. Novo mesto: [J. N. Opeka], 2024. [5] f., 37 str., [7] f. pril., tabele, graf. prikazi. <http://revis.openscience.si/IzpisGradiva.php?id=10309>. [COBISS.SI-ID 184610819]
- V postopku:
6. Zupančič, V. (2024). Stereotipi in predsodki o osebah z motnjo v duševnem zdravju pri zdravstvenih delavcih. Mednarodna znanstvena konferenca, 14. november, FZV Novo mesto.
 7. Zupančič, V. (v postopku). Spletne strani kot vir informacij v okviru skupnostne skrbi za duševno zdravje marginaliziranih odraslih: ocena kakovosti. JHZ
 8. Zupančič V., Erjavec, K. (v postopku) .The Range of Countermeasures to Reduce Inequalities in Mental Health Care for Socially Marginalized or Medically Vulnerable Adults. BMC

**PREDSTAVITEV UGOTOVITEV DS3:
PRIDOBITEV ZNANJ IN IZKUŠENJ O VRZELIH MED POTREBAMI IN OSKRBO ZA CELOVITO
INTEGRIRANO IN KONTINUIRANO ZDRAVSTVENO OBRAVNAVO POSAMEZNIH SKUPIN
MARGINALIZIRANIH ODRASLIH NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA**

Ocena primerov dobrih in slabih praks za celovito integrirano in kontinuirano zdravstveno obravnavo posameznih skupin marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja glede na regulacijske, organizacijske, izobraževalne in medijske omejitve slovenskega prostora.

UVOD

Iz podatkov, zbranih v predhodni fazi projekta, smo izluščili tri področja, ki jih nadalje obravnavamo kot IZHODIŠČE za definiranje primerov dobre prakse za celovito integrirano in kontinuirano zdravstveno obravnavo posameznih skupin marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja glede na regulacijske, organizacijske, izobraževalne in medijske omejitve slovenskega prostora:

1. **ZAGOTAVLJANJE INTEGRIRANE OBRAVNAVE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA**
(dodan primer NHS England)
2. **DIGITALIZACIJA, TELEMEDICINA IN UMETNA INTELIGENCA**
(ocena kakovosti spletnih strani, izbor dveh reprezentativnih člankov)
3. **KAZALNIKI KAKOVOSTI ZA PODROČJE DUŠEVNEGA ZDRAVJA** (izbor štirih primerov)

1. ZAGOTAVLJANJE INTEGRIRANE OBRAVNAVE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Predhodna kvalitativna raziskava (predstavljeno v drugem poročilu) je pokazala, da primeri dobre prakse temeljijo na integriranem pristopu s sodelovanjem in timskim delom, medpoklicnim učenjem in preseganjem medicinskega modela. Pri obravnavah so bili uporabljeni celovit pristop, povezovanje virov za najboljšo pomoč, in upoštevanje pravice do izbire in odločanja pacienta, prisoten pa je bil razumevajoč, strokoven, priazen odnos. Primer dobre prakse vidijo v dodajanju vsebin o duševnem zdravju drugim izobraževalnim vsebinam, obisk psihiatra na domu in vključevanje družine, ter obisk patronažne medicinske sestre.

Podroben seznam izpostavljenih primerov dobre prakse (Ključne izjave so bile predstavljene v prejšnjem poročilu):

- U1: INTEGRIRAN PRISTOP Z SODELOVANJEM IN TIMSKIM DELOM, MEDPOKLICNIM UČENJEM
- U2: PRESEGANJE MEDICINSKEGA MODELA
- U3: DELO PATRONAŽNE MEDICINSKE SESTRE
- U4: DODAJANJE VSEBIN O DUŠEVNEM ZDRAVJU DRUGIM IZOBRAŽEVALNIM VSEBINAM
- U5: OBVEZNOST UPORABE CELOVITEGA PRISTOPA PRI OBRAVNAVI
- U6: POVEZOVANJE VIROV ZA NAJBOLJŠO POMOČ
- U7: UPOŠTEVANJE PRAVICE DO IZBIRE IN ODLOČANJA PACIENTA
- U8: PRISOTEN RAZUMEVAJOČ, STROKOVEN, PRIJAZEN ODNOS
- U9: OBISK PSIHIATRA NA DOMU IN VKLJUČITEV DRUŽINE

Modeli obravnave v Sloveniji so zasnovani tako, da zagotavljajo celovito in dostopno oskrbo za vse paciente, vključno s tistimi, ki so marginalizirani in imajo resne duševne motnje. Kljub temu obstajajo izzivi, kot so razdrobljenost storitev in pomanjkanje virov, ki lahko omejujejo učinkovitost teh sistemov. Integrirana zdravstvena obravnava se osredotoča na celostno povezovanje storitev, kjer sodelujejo različni strokovnjaki za zagotavljanje čim bolj učinkovite oskrbe pacientov. Cilj te obravnave je izboljšanje zdravstvenih izidov s poudarkom na socialno-ekonomsko ogroženih in marginaliziranih skupinah, ki so pogosto izpostavljene slabši kakovosti in dostopnosti do zdravstvenih storitev (Valentijn, 2013). Marginalizirane odrasle osebe s težjimi duševnimi motnjami, kot so shizofrenija, bipolarna motnja in huda depresija, so med najbolj ranljivimi, saj se soočajo z dodatnimi ovirami pri dostopu do ustrezne oskrbe (Walker, 2015). Slovenija se je v zadnjih letih posvetila razvoju in izvajanju integrirane zdravstvene obravnave za osebe z duševnimi motnjami, pri čemer so bili vzpostavljeni

centri za duševno zdravje v skupnosti. Ti centri omogočajo interdisciplinarno sodelovanje med zdravstvenimi delavci, psihiatri in socialnimi delavci, kar omogoča celostno obravnavo pacientov z resnimi duševnimi boleznimi (Ministrstvo za zdravje, 2020). Primer dobre prakse je tudi vključevanje programov za brezdomce z duševnimi motnjami, kjer so zdravstvene storitve prilagojene njihovim specifičnim potrebam, kar prispeva k izboljšanju kakovosti življenja in zdravstvenih izidov (Zaviršek, 2019).

Kljub prizadevanjem za vzpostavitev integrirane obravnave, se Slovenija sooča z večjimi izzivi, vključno s pomanjkanjem kadrov, omejenimi finančnimi viri in slabšo dostopnostjo do storitev v bolj oddaljenih regijah (Zaviršek, 2019). Nekateri centri za duševno zdravje se spopadajo s kadrovsko podhranjenostjo, kar negativno vpliva na obravnavo pacientov. Prav tako je pogosto težko zagotoviti zadostno koordinacijo med socialnimi in zdravstvenimi storitvami, kar vodi do razdrobljene obravnave. Glede na ugotovitve raziskave smo identificirali še dva primera dobre prakse s pregledom literature:

1. **Vključevanje storitev za duševno zdravje v primarno oskrbo**

Mental Health America (MHA)¹ ugotavlja, da lahko zdravljenje celotnega človeka z integracijo skrbi za duševno zdravje in osnovnega zdravstvenega varstva reši življenja, zmanjša negativne zdravstvene rezultate, olajša kakovostno oskrbo ter spodbuja učinkovitost in prihranke stroškov. Velik napredek je bil dosežen pri sprejemanju in izdelavi integrirane oskrbe s prizadevanji *Ameriške uprave za zlorabo substanc in duševno zdravje* ter *Ameriške agencije za raziskave in kakovost zdravstvenega varstva* (AHRQ). Vse več je tudi raziskav, ki dokazujejo skrb vzbujajoče visoke stopnje splošnih zdravstvenih težav in prezgodnje smrti med posamezniki z resnimi duševnimi boleznimi. Nedavni celovit pregled je potrdil, da ljudje z diagnozo motnje v duševnem zdravju umrejo do 20 let pred drugimi posamezniki brez diagnoze s področja motnje v duševnem zdravju.²

V Sloveniji smo v uvajanju centrov za duševno zdravje – kar pomeni, da smo že na poti krepitve vloge primarnega zdravstvenega varstva.

→ **Definicije MHA o stopnjah integracije**

Koordinirana oskrba: Zdravniki, spec. psih. in zdravniki spec. družinske med. izvajajo ločeno zdravljenje v svojih sistemih in ustanovah, vendar pogosto sodelujejo prek telefona, spleta ali drugih komunikacijskih sistemov za izmenjavo informacij.

Kolocirana oskrba: Skupni načrt zdravljenja ali okvir za integracijo psihiatričnega zdravljenja in primarne oskrbe ni prisoten.

Integrirana oskrba: Storitve duševnega zdravljenja so vključene kot del primarne oskrbe z uporabo tesno povezanega timskega dela na kraju samem, v katerem so storitve duševnega zdravljenja in primarne oskrbe na voljo vsem pacientom in pogosto vključene v skupni okvir.

Sodelovalna oskrba: Timska oskrba, ki vključuje partnerstvo med kliničnimi zdravniki (psihiatri) in primarno oskrbo ter pacienti in družinami, kar vključuje skupen načrt zdravljenja. (<http://aims.uw.edu/collaborative-care>).

MHA poziva zagovornike, naj spodbujajo naslednje politike:

- Plačilne politike, meritve kakovosti in smernice za prakso bi morale v vseh zdravstvenih ustanovah vključevati pregled duševnega zdravljenja z drugimi rutinskimi pregledi, kot je pregled krvnega tlaka za odrasle ter pregled vida in sluha za otroke.
- Vse zdravstvena in zasebne zavarovalnice bi morale pokrivati model sodelovalne oskrbe in kode za zaračunavanje splošne integracije duševnega zdravljenja, kot tudi povezane kode za ohranjanje duševnega zdravljenja, zgodnje posredovanje, zdravljenje in upravljanje/usklajevanje oskrbe.
- Napredni modeli primarne oskrbe, vključno z integrirano primarno oskrbo, bi morali v svojo formulo za obvladovanje varnostnih tveganj vključevati tveganje v povezavi z duševnim zdravjem in stanja uživanja substanc ter vključevati rezultate, povezane s preprečevanjem,

¹ <https://mhanational.org/issues/integration-mental-and-general-health-care>

² Chesney, E., Goodwin, G.M. & Fazel, S., "Risk of All-Cause and Suicide Mortality in Mental Disorders: A Meta-Review," *World Psychiatry* 13(2):153-60 (2014). doi: 10.1002/wps.20128. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24890068>

presejanjem in napredkom v okvir merjenja kakovosti in plačila na podlagi vrednosti ter zagotoviti, da ima primarna zdravstvena oskrba čim več spodbud.

- Plačniki bi morali vključiti tudi izvajalce na področju duševnega zdravja in rezultate, povezane s preprečevanjem, presejanjem in napredkom v smeri remisije, v svoje okvire za merjenje kakovosti in plačila na podlagi vrednosti.
- Psihosocialne storitve, storitve, usmerjene v okrevanje in rehabilitacijske storitve bi morale biti vključene v napredno primarno oskrbo, da bi učinkovito obravnavali duševna zdravstvena stanja v integriranem okolju, vključno z vključevanjem strokovnjakov za medsebojno podporo v zdravstveno-negovalnih timih.
- MHA podpira razvoj personaliziranega upravljanja oskrbe in komunikacijskih orodij, ki vključujejo vse načrte prehoda in oskrbe, razvite za posameznika. Ta orodja morajo biti pod nadzorom posameznika. Kadar je primerno, bi morali vodje primerov usklajevati prenos informacij v orodjih v imenu in po navodilih posameznikov, ko se premikajo iz enega okolja oskrbe v drugega.
- Zasebni sektor bi bilo treba spodbujati, da deli svoje izkušnje z usklajevanjem oskrbe, da bi pomagal pospešiti rast integracije v vseh sistemih zdravstvenega varstva, zlasti v okviru sodelovanja z več plačniki.
- Države in lokalne oblasti bi morale spodbujati koalicije skupnosti in sodelovanja več plačnikov/ponudnikov za spodbujanje integracijskih modelov, ki obravnavajo edinstvene potrebe njihovih skupnosti.
- Izobraževanje in usposabljanje ponudnikov bi moralo študente pripraviti na okolja integrirane oskrbe in se odzvati na spreminjajoče se spodbude integrirane zdravstvene oskrbe cele osebe.

2. Izboljšanje dostopa do psihološke/psihosocialne podpore

NHS England³ pripravlja in javno objavlja študije primerov.

Storitve za krizno in akutno duševno zdravje:

- krizne ekipe za odrasle in zdravljenje na domu,
- krizne alternative,
- poenostavitev dostopa do nujne podpore za duševno zdravje,
- odziv policije na incidente, povezane z duševnim zdravjem,
- specializirane skupine za duševno zdravje na urgentnih oddelkih in splošnih bolnišničnih oddelkih,
- klinično voden pregled standardov za nujno in nujno duševno zdravstveno oskrbo,
- nacionalni profili financiranja.

Delo programa »NHS Talking Therapies« za spodbujanje enakosti vključuje ukrepe za zmanjšanje neenakosti pri dostopu, izkušnjah in rezultatih za različne skupine in skupnosti upošteva:

1. **Neenakosti pri dostopu:** različne skupine različno dostopajo do storitev, **pri nekaterih storitvah so premalo zastopane, pri drugih pa preveč.** V NHS Talking Therapies so na primer starejši premalo zastopani po vsej državi.

2. **Neenakost v izkušnjah:** Različne skupine poročajo o različnih stopnjah zadovoljstva z zdravstvenim varstvom, ki so ga deležne.

3. **Neenakost v rezultatih:** Različne skupine, ki prejemajo enako zdravljenje, imajo različne rezultate okrevanja, vendar je z leti prišlo do napredka pri rezultatih za etnične manjšine. Vendar pa podatki tudi kažejo, da je treba še veliko storiti, da bi vsem skupnostim omogočili enak dostop in rezultate.

Iz vidika sodelujočih študentov so bili identificirani še nekateri modeli dobre prakse:

- Housing First (Finska)

Praksa *Housing First* temelji na zagotavljanju stabilne bivalne situacije za osebe brez doma s hkratno podporo na področju duševnega zdravja in socialnih storitev. Finska je ena vodilnih držav na tem področju. Ta model pomaga marginaliziranim osebam, da se osredotočijo na zdravljenje in ponovno

³ NHS England. Adult and older adult mental health. <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/nhs-talking-therapies/advancing-mental-health-equalities/>

integracijo v družbo, saj stanovanje ni pogojeno z izpolnjevanjem določenih predpogojev. Program je bistveno zmanjšal brezdomstvo in izboljšal kakovost življenja (Kaakinen, 2017).

- **BASICS Scotland (Škotska)**

Projekt BASICS v Škotski nudi izobraževanja za zdravstvene delavce in prostovoljce v ruralnih območjih, da bi zagotovili osnovno zdravstveno in duševno oskrbo v teh težje dostopnih krajih. Cilj je zagotoviti hitro intervencijo in zmanjšati potrebo po hospitalizaciji marginaliziranih oseb s težavami v duševnem zdravju, ki živijo v ruralnih predelih (BASICS Scotland, 2020).

- **Trieste Model (Italija)**

Po reformi Basaglia je Italija v Trstu vzpostavila model psihiatrične oskrbe, ki poudarja dezinstytucionalizacijo in skupnostno oskrbo. V tem modelu so bolnišnice nadomeščene z majhnimi, lokalnimi centri za duševno zdravje, ki zagotavljajo podporo in integrirano oskrbo v skupnosti. Model je v Evropi in širše priznan kot izjemno uspešen (Mezzina, 2014).

- **Pathways to Housing (ZDA)**

Model *Pathways to Housing* temelji na *Housing First* pristopu in deluje predvsem v ZDA. Ustanovljen je bil za osebe s hudo duševno boleznijo in brezdomce, kjer zagotavljajo varno in stalno bivalno situacijo brez pogojev za predhodno zdravljenje. Osebe po vselitvi prejmejo podporo zdravstvenih in socialnih delavcev, kar zmanjšuje njihovo odvisnost od nujnih zdravstvenih storitev (Tsemberis, 2010). Zaključimo lahko, da Slovenija uvaja inovacije v smeri identificiranih primerov dobre prakse.

2. DIGITALIZACIJA, TELEMEDICINA in UMETNA INTELIGENCA

Spletne strani kot vir informacij v okviru skupnostne skrbi za duševno zdravje marginaliziranih odraslih: ocena kakovosti

1 Uvod

Digitalizacija zdravstvenega varstva v širšem smislu prispeva k izboljšanju zdravja in dobrega počutja prebivalstva, kar je v skladu s tretjim ciljem Agende Združenih narodov 2030 za trajnostni razvoj (Kickbusch idr., 2021). Svetovna zdravstvena organizacija priznava potencial digitalnih tehnologij za doseganje univerzalne zdravstvene pokritosti (WHO, 2020) in izzive pri izvajanju tako v okoljih z visokimi, a zlasti nizkimi viri. Da bi olajšali pravičen, trajnosten in dolgoročen digitalni prehod sistemov za duševno zdravje prebivalstva, bi morali oblikovalci politik razmisliti o sistemskem pristopu pri sodelovanju med različnimi družbenimi dejavnostmi za krepitev vsesplošne izrabe e-oblik podpore v sistemih skrbi za DZ (Berardi idr., 2024).

Internet je verjetno ena največjih revolucij v zadnjih nekaj letih, saj je preoblikoval način komuniciranja, izmenjave informacij, udeležbe v dogodkih v realnem času na tisoče kilometrov stran ter enostavno in hitro iskanje kakršnih koli informacij (Ryan idr., 2014; Baroni idr., 2019). V zadnjih 15 letih se je število uporabnikov interneta povečalo za 1000 % (Miniwatts Marketing Group, 2017). Nove tehnologije so ob ustrezni uporabi nedvomno vir, ki lahko močno izboljša kakovost življenja posameznika (Baroni idr., 2019). Vse večji dostop do pametnih telefonov je privedel tudi do vse večje uporabe interneta za pridobivanje zdravstvenih informacij (Pew Research Center, 2019). Kar 65 %–80 % odraslih v državah z visokim dohodkom uporablja spletna mesta kot glavni vir zdravstvenih informacij (Reavley idr., 2022). Spletne informacije o stanju duševnega zdravja (DZ) zagotavljajo vlade, neprofitne organizacije, korporacije in zasebniki (Montagni idr., 2020). Nemška raziskava med pacienti z motnjo v DZ je pokazala, da jih nekaj več kot 70 % uporablja internet za dostop do informacij o DZ, največkrat za iskanje informacij o zdravilih (44 %), za iskanje informacij o storitvah DZ (39 %), za komunikacijo z drugimi pacienti na forumih in klepetalnicah (20 %) ali za komunikacijo s strokovnjaki za DZ (17 %) (Kalckreuth, Trefflich in Rummel-Kluge, 2014). Natančne informacije o zapletenih vprašanjih, kot so motnje v DZ in njihovo zdravljenje, je mogoče zlahka prezreti v korist senzacionalnih novic (Wang idr., 2019). Tako lahko širjenje napačnih, netočnih ali nepopolnih informacij o stanju duševnega zdravja zmanjša verjetnost iskanja pomoči, upoštevanje postopkov zdravljenja in lahko poveča tveganje za škodo, zlasti pri mlajših ljudeh, ki so bolj izpostavljeni tveganju za duševno zdravje in so tudi pogostejši iskalci spretnih informacij (Gupta in Ariefdjohan, 2020).

1.1 Internet v skupnostni skrbi za duševno zdravje marginaliziranih odraslih

Digitalno DZ je razmeroma nov koncept, ki se je pojavil v začetku leta 2000 (Della Mea, 2001). Predstavlja uporabo informacijske in komunikacijske tehnologije za zagotavljanje storitev DZ za promocijo zdravja/psihoizobraževanje, preprečevanje/zgodnje posredovanje, krizno posredovanje/preprečevanje samomora, zdravljenje, okrevanje in medsebojno/vrstniško podporo. V literaturi se uporabljajo številni drugi izrazi za opis uporabe tehnologije za takšne namene, vključno z e-zdravjem, e-duševnim zdravjem, telemedicino in telepsihiatrijo (Raphiphatthana idr., 2020). Več sistematičnih pregledov je pokazalo, da je pristop enako učinkovit kot tradicionalne metode oskrbe pri spodbujanju DZ in dobrega počutja splošne populacije (Batterham idr., 2015). Kljub potencialu za izboljšanje DZ in dobrega počutja prebivalstva je bilo težko doseči integracijo digitalnih posegov v storitve za DZ.

Berardi idr. (2024) je na podlagi kvalitativnega sistematičnega pregleda za oblikovanje političnega okvira iz 81 znanstvenih študij identificiral ovire in spodbujevalce pri uvajanju digitalnih tehnologij v sisteme DZ. Na splošno je izvajanje oviralo (1) dožemanje digitalnih tehnologij kot neosebnih orodij, ki dodajajo (2) dodatno breme oskrbe izvajalcem in (3) spreminjajo razmerje relacijske moči, (3) pomanjkanje sredstev in (4) regulativne zapletenosti, ki ovirajo dostop do univerzalne pokritosti. Izvajalci so kot spodbujevalci (1) vključili pristope, osredotočene na osebo, ki upoštevajo interseksijske značilnosti pacientov, npr. spol, razred, invalidnost, resnost bolezni, (2) na dokazih temelječe usposabljanje za izvajalce, (3) sodelovanje med sodelavci, (4) ustrezne naložbe v človeške in finančne vire in (5) politične reforme, ki obravnavajo univerzalni dostop do digitalnega zdravja (Berardi idr., 2024).

Internet sicer omogoča raziskovalcem in klinikom, da dosežejo velike dele prebivalstva, ki ne bi nujno imeli dostopa do standardnega zdravljenja zaradi restriktivnega dostopa, geografske omejitve in stigmatizacije. Internetno zdravljenje lahko ponudi, ob uvajanju novega dožemanja razdalje med pacientom in klinikom, boljši občutek zaupnosti ter ponuja raznoliko vsebino, med katero lahko uporabniki izbirajo (Bertholet idr., 2021). **Zelo so se razširile tudi študije o zlorabah interneta, ki lahko predstavlja najnevarnejšo in najverjetnejšo grožnjo, ki lahko resno škoduje socialnim, psihološkim, delovnim in čustvenim prilagoditvam posameznika (Baroni idr., 2019).**

Praksa v skrbi za DZ marginaliziranih skupin prebivalstva se po Evropi močno razlikuje. **Vsem pa postaja skupno, da se splet vse bolj uporablja kot vir informacij v okviru skupnostne skrbi za DZ marginaliziranih odraslih (Montagni idr., 2020; Reavley idr., 2022).** Podobno kot v tujih študijah se je tudi na slovenskem vzorcu (Roškar idr., 2017) pokazalo, da imajo določene skupine prebivalstva (moški, starejši, ločeni) ter tisti, ki prihajajo iz regij z najslabšimi kazalniki duševnega zdravja in regij, ki so hkrati najbolj obremenjene s samomorom, najbolj izraženo stigmo do motenj v DZ in iskanja pomoči. Poleg tega se je tudi pokazalo, da je le četrtina 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 višji pojavnosti težav v DZ (Flores idr., 2020).

1.2 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je bil identificirati primere dobrih in slabih praks spletnih strani, ki vsebujejo strokovne vsebine s področja DZ, in jih oceniti v okviru prizadevanj za celovito integrirano in kontinuirano zdravstveno obravnavo posameznih skupin marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja glede na regulacijske, organizacijske, izobraževalne in medijske omejitve slovenskega prostora. V predhodni raziskavi (Zupančič, 2024) smo namreč ugotovili, da se med prvih deset zadetkov uvrščajo spletne strani, ki niso varne oziroma so sponzorirane. Največ zadetkov je pri uporabi najširšega termina »duševno zdravje«. Sicer je bil prepoznam primer dobre prakse npr. visoko kotiranje spletnih strani NIJZ in njihova hitra dostopnost za javnozdravstvena vprašanja. Ni pa bila izvedena ocena kakovosti zajetih spletnih strani, kar je namen te raziskave.

2 Metode

V raziskavi je bil uporabljen kvalitativni raziskovalni pristop. Izvedena je bila analiza vsebine izbranih spletnih strani. Spletne strani za to oceno smo identificirali z iskanjem s ključno besedo »duševno

zdravje» v iskalniku Google. Izbrali smo Google, saj je več kot 70 % spletnih iskanj opravljenih s tem iskalnikom (Ratcliff, 2016). Spletne strani so bile izključene, če so bila dvojniki, blogi, forumi, komercialna spletna mesta, gradiva za praktike, izvlečki knjig ali člankov ali so bila nedostopna javnosti (npr. zahtevana je bila prijava). V pregled smo vključili 25 različnih spletnih strani po vrsti glede na zajem iskalnika. Reynolds idr. (2015) so namreč ugotovili, da najkakovostnejših informacij morda ni mogoče najti na prvih 10 spletnih straneh, ki jih je uvrstil google in da je potrebno tako raziskovalce kot potrošnike spodbuditi, da pri dostopu do informacij o DZ pogledajo dlje od prve strani rezultatov iskanja.

Za ocenjevanje kakovosti zdravstvenih informacij na spletu je bil do sedaj uporabljen širok nabor metod in ukrepov. Kakovost je različno opredeljena, vendar običajno vključuje ocene popolnosti, verodostojnosti, točnosti, pristranskosti in berljivosti. Najpogosteje uporabljen instrument je ocenjevalno orodje DISCERN (Charnock idr., 1999; Cerminara idr., 2014; Dueñas-Garcia idr., 2015; Beaunoyer idr., 2017; Strzelecki in Rutecka, 2020). Več študij ocenjevanja kakovosti je vključevalo razvoj orodij po meri za vrednotenje spletnega mesta s kombiniranjem spremenljivk iz več obstoječih ukrepov (Guardiola-Wanden-Berghe idr., 2011; Athanasopoulou idr., 2016) ali razvoj novih sistemov ocenjevanja (Alnemary idr., 2017; Nour idr., 2017). Ti so običajno vključevali različne kombinacije ukrepov verodostojnosti virov (Athanasopoulou idr., 2016; Robillard in Feng, 2017), točnosti informacij (Nour idr., 2017) in popolnosti vsebine (Montoya idr., 2013).

V študiji Hardman idr. (2022), katere model smo izbrali za našo raziskavo, so ocenili spletne strani glede na stopnjo branja (Simple Measure of Gobbledegook; SMOG), kakovost informacij (DISCERN), uporabnost (Orodje za ocenjevanje izobraževalnih materialov za paciente; PEMAT) in vizualno zasnovo (Vizualna estetika inventarja spletnega mesta; VisAWI), kar je v skladu z namenom in cilji naše raziskave, ki je bila izvedena v okviru projekta CRP: CRP 2023: V3-2311: Vrzeli med potrebami in celovito integrirano in kontinuirano zdravstveno obravnavo različnih skupin marginaliziranih odraslih na področju DZ.

Da bi ocenili splošno kakovost spletnega mesta, smo tako, kot v študiji Hardman idr. (2022) ocenili spletne strani glede kakovosti informacij (DISCERN), na berljivost (Simple Measure of Gobbledegook; SMOG), uporabnost (Orodje za ocenjevanje izobraževalnih materialov za paciente; PEMAT) in vizualno zasnovo (Vizualna estetika inventarja spletnega mesta; VisAWI).

Pri tem so bili določeni parametri za oceno posamezne dimenzije in skupno oceno (Tabela 1).

Tabela 1: Merila za razvrščanje spletnih mest

Ocenjevanje	Ocenjevani elementi	Najvišji možni rezultat	Kriteriji za razvrščanje		
			Dobro (A)	Ustrezno (B)	Slabo (C)
DISCERN	Kakovost informacij	5	>4	3-4	<3
SMOG	Berljivost	N/A	6-8	9-10	>10
PEMAT	Razumljivost	100 %	>70 %	50-70 %	< 50 %
	Uporabnost	100 %	>70 %	50-70 %	< 50 %
VisAWI	Vizualni izgled	7	> 6	4-6	< 4
	Skupna ocena	15	≥ 12	9-11	≤ 8

Vir: Hardman idr., 2022.

Ocena kakovosti DISCERN temelji na standardiziranem instrumentu dostopnem prek: http://www.discern.org.uk/general_instructions.php s 16 točkami, s katerimi ocenjujemo vsebino spletne strani na lestevici od 1 (ne, ne izpolnjuje meril kakovosti spletnega mesta) do 5 (da, izpolnjuje merila kakovosti spletnega mesta). Točke so oblikovane kot sklop vprašanj, na katere odgovorimo pri pregledu (Kirby, 2018; Killip idr., 2020).

Berljivost spletnega mesta smo izračunali s pomočjo ocene Simple Measure of Gobbledegook (SMOG) (Bernstein idr., 2021; Kugar idr., 2021). Ta mera označuje leta izobraževanja, ki jih bralec potrebuje za razumevanje gradiva, kar je znano kot raven branja. Pri interpretaciji rezultatov višji rezultati SMOG

ustrezajo višjim stopnjam branja. Rezultate SMOG smo izračunali tako, da smo v spletno orodje dostopno prek: <https://charactercalculator.com/smog-readability/> vnesli angleški prevod 30 stavkov z vsake spletne strani (WebFX, 2024), rezultat smo zaokrožili na celo število.

Uporabnost spletnega mesta smo ocenili z orodjem za ocenjevanje izobraževalnih materialov za paciente (PEMAT), dostopnim prek: <https://www.ahrq.gov/health-literacy/patient-education/pemat.html>. To orodje ocenjuje razumljivost in uporabnost zdravstvenih informacij in ima visoko raven notranje konsistentnosti, zanesljivosti in konstruktne veljavnosti (Shoemaker idr., 2014). Razumljivost je ocena 19 postavk, medtem ko je sposobnost ukrepanja ocena 7 postavk. Vsak predmet se neodvisno oceni z 0 (se ne strinjam) ali 1 (se strinjam). Gradiva veljajo za razumljiva ali primerna za ukrepanje, če pri vsakem ukrepu dosežejo prag 70 % ali več (Walsh idr., 2019).

Vizualno zasnovo spletnega mesta smo ocenili z uporabo Visual Aesthetics of Website Inventory (VisAWI), dostopnega prek: http://www.thielsch.org/download/VisAWI/VisAWI_Manual_EN.pdf, ki je standardizirani instrument z 18 elementi, zasnovan za spletna gradiva (Moshagen in Thielsch, 2010). Ocenjevalci so pozvani, da odgovorijo na vprašanja v zvezi z različnimi elementi oblikovanja z uporabo 7-stopenjske Likertove lestvice (1 = sploh se ne strinjam do 7 = popolnoma se strinjam). Za vsako spletno stran smo izračunali splošni faktor vizualne estetike s povprečenjem ocen za vse elemente (Moshagen in Thielsch, 2010; Bernstein, 2021).

3 Rezultati

3.1 Ocena splošne kakovosti zajetih spletnih strani

Tabela 2 prikazuje uvrstitve spletnih strani, ocene domen in skupne ocene splošne kakovosti navedene v Tabeli 1.

Tabeli 2: Uvrstitve spletnih strani, ocene domen in skupne ocene splošne kakovosti

Spletna stran	Vrstni red iskalnika	Berljivost	Kakovost informacij	Uporabnost		Vizualni izgled	Skupna ocena
				Razumljivost	Uporabnost		
NIJZ	1	9 (B)	5 (A)	85 (A)	80 (A)	6 (A)	12 (A)
Program Mira	2	10 (B)	5 (A)	90 (A)	90 (A)	7 (A)	15 (A)
Portal gov.si MZ	3	7 (A)	4 (B)	72 (A)	68 (B)	5 (B)	10 (B)
Concilium: Evropski svet, Svet EU	4	7 (A)	4 (B)	72 (A)	67 (B)	5 (B)	11 (B)
Wikipedia	7	10 (B)	4 (B)	75 (A)	76 (A)	3 (C)	9 (B)
Živ?Živ! (Slovenski center za raziskovanje samomora)	8	6 (A)	5 (A)	95 (A)	95 (A)	6 (A)	14 (A)
Evropska komisija	9	7 (A)	5 (A)	72 (A)	65 (B)	4 (C)	10 (B)
Nisi okej? Povej naprej.	10	6 (A)	5 (A)	95 (A)	95 (A)	6 (A)	14 (A)
UNICEF Slovenija	11	8 (A)	4 (B)	80 (A)	60 (B)	5 (B)	12 (A)
Motivacija -za.me	12	12 (C)	2 (C)	45 (C)	40 (C)	3 (A)	6 (C)
Skupaj za zdravje	13	9 (B)	5 (A)	95 (A)	88 (A)	7 (A)	14 (A)
Vizita.si	14	9 (B)	4 (B)	75 (A)	75 (A)	4 (B)	10 (B)
Omra.si	15	6 (A)	5 (A)	75 (A)	75 (A)	5 (B)	13 (A)
psihiatrija.doktor24.si	16	6 (A)	5 (A)	60 (B)	55 (B)	6 (A)	12 (A)
Psihoterapija-ordinacija	27	6(A)	5 (A)	85 (A)	80 (A)	4 (B)	12 (A)
Zdravstveni dom za študente	28	9 (B)	4 (B)	75 (A)	80 (A)	5 (B)	11 (B)
Društvo Altra	29	9 (B)	4 (B)	78 (A)	90 (A)	7 (A)	13 (A)
Med.Over.Net	33	9 (B)	4 (B)	68 (B)	67 (B)	6 (A)	10 (B)
Šent- Slovensko združenje za duševno zdravje	34	10 (B)	5 (A)	65 (B)	80 (A)	4 (B)	10 (B)

mlad.si	35	10 (B)	5 (A)	65 (B)	80 (A)	4 (B)	11 (B)
e-zdravje	36	6(A)	5 (A)	85 (A)	80 (A)	4 (B)	12 (A)
Projekt Trialog	37	10 (B)	5 (A)	65 (B)	80 (A)	4 (B)	10 (B)
Lam Medicina dela, prometa in športa	38	9 (B)	4 (B)	75 (A)	80 (A)	5 (B)	11 (B)
Hedepy	42	11 (C)	3 (B)	64 (B)	68 (A)	4 (B)	9(B)
Tom Telefon	49	10 (B)	5 (A)	85 (A)	67 (B)	7 (A)	10 (B)

Enajst spletnih strani je bilo ocenjeno z oceno (A), trinajst z oceno (B) in ena z oceno (C).

3.2 Ocena glede na regulacijske, organizacijske, izobraževalne in medijske omejitve slovenskega prostora

Glede informacij na ravni vlade in resornih ministrstev se na prvo mesto uvršča Ministrstvo za zdravje, sledita Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, ter Ministrstvo za solidarno prihodnost. Izpostavljeni so naslednji regulativni dokumenti Zakon o duševnem zdravju (2008), Zakon o pacientovih pravicah (2008), Zakon o socialnem varstvu (2007), Zakon o dolgotrajni oskrbi (2023), Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018), Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2030 (2023), Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (2011), itd.

Vsebine so omenjene tudi na spletnih straneh Ministrstva za digitalno preobrazbo, Ministrstva za pravosodje, Ministrstva za kulturo in Ministrstva za gospodarski razvoj in tehnologijo. Izpostavljeni so naslednji regulativni dokumenti Zakon o spodbujanju digitalne vključenosti (2022), Zakon o dostopnosti spletišč in mobilnih aplikacij (2018), Zakon o varstvu osebnih podatkov (2022), Zakon o medijih (2006) in Zakon o varstvu potrošnikov (2022).

4 Razprava

Namen raziskave je bil identificirati organizacijske/institucionalne spletne strani, ki vsebujejo vsebine s področja DZ in lahko predstavljajo primer dobre prakse za premostitev vrzeli med potrebami in oskrbo za celovito zdravstveno obravnavo marginaliziranih odraslih na področju DZ. **V nabor 25 zadetkov so se uvrstile spletne strani javni, zasebni in neprofitnih organizacij. Spletna stran »Program Mira« in ostale spletne strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje se izkazujejo kot primer dobre prakse. So stičišče vseh ključnih strokovnih informacij in se praviloma pri javno zdravstvenih vprašanjih DZ umeščajo med prve zadetke.**

Program MIRA je nacionalni program DZ, katerega cilj je krepitev duševnega zdravja in preprečevanje duševnih stisk ter celostna obravnava oseb z motnjo v DZ, povezovanje obstoječih in vzpostavljanje novih služb in struktur za vzpostavitev dobrega podpornega okolja na vseh področjih varovanja DZ v Sloveniji (NIJZ, 2022). Poleg tega so na visokem mestu spletne strani uspešnih projektov. Npr. Živ?Živ! je spletna postaja, kjer o DZ in samomoru pišejo strokovnjaki in ljudje z osebnimi izkušnjami. Je stičišče informacij, raziskav in preventivnih programov (Slovenski center za raziskovanje samomora, 2013). Kampanja Nisi okej? Povej naprej. je prva nacionalna kampanja proti stigmatizaciji DZ v Sloveniji. Glavni cilj kampanje je zmanjšati stopnjo stigme DZ in spodbuditi ljudi k iskanju pomoči (NIJZa, b.d). V nabor 25 zadetkov so se uvrstile tudi sponzorirane spletne strani slabše kakovosti, vsebino teh strani pa bi bilo potrebno nadzorovati oziroma povečati digitalno-zdravstveno pismenost pacientov. Regulacijske, organizacijske, izobraževalne in medijske omejitve slovenskega prostora rezultirajo tako v vsebini kot v uvrstitvi posameznih spletnih strani. Pri tem ni študij, ki bi preverjale, če in koliko zadetkov pogledajo pacienti iz marginalnih skupin. Macías León in Del Pino-Brunet (2023) ugotavljajo, da imajo npr. Romi veliko digitalnih omejitev, od slabe pismenosti do slabih tehničnih pogojev. Ljudje, ki doživljajo brezdomstvo s stabilnejšo stanovanjsko rešitvijo, so praviloma bolj odprti za digitalno tehnologijo in imajo večji dostop do lastnih digitalnih virov kot drugi z manj stabilnimi pogoji (Radó idr., 2022). Starejši ljudje in tisti z nižjo stopnjo izobrazbe manj verjetno dostopajo do zdravstvenih informacij na spletu (Alvarez-Galvez idr., 2020). Da bi bile spletne strani s področja DZ obiskovane s strani marginaliziranih skupin je potrebno sočasno vplivati na tehnične pogoje, digitalno in zdravstveno pismenost

marginaliziranih posameznikov in skupnosti. Digitalni pristopi k DZ lahko ponudijo inovativno pot za zagotavljanje storitev duševnega zdravja težko dosegljivi populaciji, kot so prosilci za azil, begunci in priseljenci (Raphiphatthana idr., 2020). Razumljivost in uporabnost posameznih spletnih strani ima omejeno vrednost pri posameznih marginalnih skupinah.

V nabor 25 zadetkov so se uvrstile tudi sponzorirane spletne strani slabše kakovosti. Potrebno je povečevati digitalno zdravstveno pismenost s področja DZ vseh skupin prebivalstva. Z kontinuiranim medsektorskim pristopom je potrebno na integriran način zagotoviti – da se najkakovostnejše spletne strani s področja DZ avtomatično uvrščajo med prvih deset zadetkov, saj v večini odrasli posameznik pogleda zgolj prvih deset zadetkov spletnih strani. Sicer je na voljo premalo informacij o zdravljenju. Model za ocenjevanje kakovosti je kompleksen, kljub temu pa lahko v našem primeru predstavlja zgolj orientacijsko merilo. Slabše ocene razumljivosti in uporabnosti kažejo, da je treba izboljšati uporabnost spletnih strani, in sicer z dodajanjem povzetkov informacij, vizualnih pripomočkov in oprijemljivih orodij, ki pacientom pomagajo pri iskanju podpore. Zajeta spletna mesta o duševnem zdravju niso prilagojena posameznim skupinam marginaliziranih odraslih, manjka specifičnih vsebin, ki posebej nagovarjajo posamezne skupine marginaliziranih odraslih.

Prednosti in pomanjkljivosti raziskave izhajajo iz raziskovalnega načrta, načrta za vključitev spletnih strani in modela za oceno kakovosti. Drugi iskalniki so morda dali drugačne rezultate, vendar smo sledili precedensu prejšnjih ocen spletnih strani in uporabili le Google, najbolj razširjen iskalnik (Atkins idr., 2017; Hawke idr., 2021). Uporabljeni instrumenti so v angleškem jeziku, potrebna bi bila validacija v slovenskem jeziku. Pri oceni z uporabljenim modelom je možna subjektivnost, kar se zmanjša z vključitvijo več raziskovalcev in upoštevanje povprečja. Priložnosti za nadaljnje raziskovanje vidimo v smeri proučevanja uporabe in razumevanja informacij spletnih strani s področja DZ pri marginaliziranih odraslih.

5 Zaključek s ključnimi ugotovitvami

Na splošno so se spletna mesta v našem vzorcu razlikovala po kakovosti. **Spletna mesta so pogosto presegla priporočeno raven branja, kar nakazuje, da morajo ustvarjalci spletnih mest ustvariti lažje razumljivo vsebino. Poleg tega je bilo premalo informacij o zdravljenju, kar bi pacientom onemogočalo sprejemanje ozaveščenih odločitev o zdravljenju.** Slabe ocene razumljivosti in uporabnosti kažejo, da je treba izboljšati uporabnost spletnih strani, in sicer z dodajanjem povzetkov informacij, vizualnih pripomočkov in oprijemljivih orodij, ki pacientom pomagajo pri iskanju podpore. Zajeta spletna mesta o DZ niso prilagojena posameznim skupinam marginaliziranih odraslih, temveč so namenjena vsem ne glede na njihove osebne okoliščine in družbene situacije. **Potrebno je povečevati digitalno zdravstveno pismenost s področja duševnega zdravja vseh skupin prebivalstva na njim najprimernejši način, kar pa mora biti tudi predmet nadaljnjih raziskovanj.**

Telemedicina in umetna inteligenca

Telemedicina je pokazala primerljivo učinkovitost z zdravljenjem pogostih duševnih motenj z obravnavo v živo iz oči v oči. Medtem ko učinkovitost telemedicine pri mladostnikih ostaja negotova, je še posebej učinkovita pri odraslih. Resnost pogostih duševnih motenj ne vpliva bistveno na učinkovitost telemedicine. Jorgensen idr. (2023)⁴ so na podlagi pregleda 17 študij preverili izkušnje in mnenja ljudi z duševnimi boleznimi glede vloge telemedicine pri njihovem zdravljenju. Intervencije, ki vključujejo teledravje, so številne in vključujejo telefoniranje, elektronsko korespondenco, aplikacije z glasbo ali vajami za pozornost, dostop do zapisov simptomov, programe kognitivne terapije ter pomoč pri strukturiranju vsakdanjega življenja in opravil. Večina študij teledravstvenih praks v skrbi za duševno zdravje je vključevala uporabo spletnih naprav, kot so zasebni mobilni telefoni ali tablice. Izkazalo se je, da je tržni potencial telemedicine močan in pričakujemo, da se bo uvedba v naslednjih letih povečala.

⁴ Wulff Jørgensen, S., Lee, K., Harnow Klausen, S., Nedenskov Petersen, E., Nørgaard, B. (2023). Patients' perspectives on telemedicine in the encounter between healthcare and patients with mental illness: A systematic review. *The European Journal of Psychiatry*, 37 (1), 44-62.

Tu proučene študije so pokazale, da zdravljenje na daljavo uporabnikom zagotavlja vpoglede in veščine za spopadanje s težavami ter jim pomaga pridobiti nove strategije obvladovanja v vsakdanjem življenju. Poleg tega smo ugotovili, da mora telezdravje dopolnjevati in ne nadomeščati osebnega zdravljenja. Študije so na splošno pokazale, da sodelovanje pri uporabi aplikacij pozitivno vpliva na odnos med bolnikom in terapevtom. Uporabniki imajo občutek, da imajo boljši nadzor nad svojim duševnim zdravjem in cenijo možnost spremljanja izboljšav, ko so aplikacije del sodelovanja, kar vodi k večji vključenosti v njihovo zdravljenje. Poleg tega jim vseprisotnost mobilnih telefonov v javnih prostorih omogoča diskreten dostop do zdravljenja.

Več vključenih študij kaže, da uporabniki vidijo prilagodljivost tehnologije telezdravstva kot pridobitev, na primer enostaven dostop do zdravljenja in njegova 24-urna razpoložljivost.

Če se izbere ta pristop, je bistvenega pomena, da imajo tako uporabniki kot zdravstveni delavci dostop do pomoči pri izvajanju rešitve telezdravja, tako da se pacienti počutijo samozavestni pri njeni uporabi.

Umetna inteligenca (UI) se je pojavila kot transformativna sila na različnih področjih in njena uporaba v skrbi za duševno zdravje ni izjema.

Tabela 4: Orodja umetne inteligence za terapijo (Olavade idr., 2024)⁵

Orodja UI	Terapija, ki temelji na klepetalnicah
Woebot	Woebot je chatbot, ki nudi terapijo za depresijo in tesnobo, ki temelji na potrebah oseb z motnjo v duševnem zdravju. V kliničnih preskušanjih se je izkazalo za učinkovito pri zmanjševanju simptomov depresije in anksioznosti.
Wysa	Wysa je klepetalni robot, ki nudi podporo pri zdravljenju različnih duševnih stanj, vključno z depresijo, anksioznostjo, stresom in osamljenostjo. Uporablja kombinacijo pozornosti in pozitivne psihologije, da uporabnikom pomaga izboljšati njihovo duševno zdravje
Talkspace	Talkspace je spletna terapevtska platforma, ki povezuje bolnike z licenciranimi terapevti prek video, besedilnih in zvočnih sporočil. Uporablja UI za povezovanje pacientov s terapevti, ki najbolj ustrezajo njihovim potrebam.
Aplikacije za duševno zdravje	
Moodfit	Moodfit je aplikacija, ki uporablja UI za sledenje in analizo razpoloženja in čustev uporabnikov. Uporabnikom lahko pomaga prepoznati vzorce v njihovem razpoloženju in razviti strategije za obvladovanje svojih čustev.
Happify	Happify je aplikacija, ki uporablja UI za pomoč uporabnikom pri izgradnji odpornosti in sreče. Ponuja različne igre, dejavnosti in vaje, namenjene izboljšanju razpoloženja, počutja in odpornosti uporabnikov.
Headspace	Headspace je aplikacija, ki ponuja vodeno meditacijo in vaje pozornosti. Uporablja UI za prilagajanje meditacijske izkušnje za vsakega uporabnika.
Calm	Calm je aplikacija, ki ponuja vodeno meditacijo in vaje pozornosti. Ponuja tudi druge funkcije za sprostitev in pomoč pri spanju, kot so zgodbe o spanju in zvoki iz okolja.
Shine	Shine je aplikacija, ki nudi osebni dnevni navdih in podporo. Uporablja umetno inteligenco, da spozna potrebe in interese uporabnikov ter nato zagotovi vsebino in vire, prilagojene vsakemu uporabniku
DBT Coach	DBT Coach je aplikacija, ki uporabnikom ponuja orodja in vire za pomoč pri vadbi dialektične vedenjske terapije ki ljudi uči, kako zdravo upravljati svoja čustva, misli in vedenje
Companion	CBT Companion je aplikacija, ki uporabnikom pomaga izvajati kognitivno-vedenjsko terapijo, ki ljudi uči, kako prepoznati in spremeniti negativne miselne vzorce in vedenje.
MindShift CBT	MindShift CBT je aplikacija, ki uporabnikom pomaga izvajati tehnike vedenjske terapije za anksioznost in depresijo. Ponuja vrsto interaktivnih vaj in orodij, ki uporabnikom pomagajo pri obvladovanju simptomov in izboljšanju razpoloženja.
PTSD Coach	PTSD Coach je aplikacija, ki uporabnikom ponuja orodja in vire za pomoč pri obvladovanju posttravmatske stresne motnje (PTSD), stanja duševnega zdravja, ki se lahko razvije pri ljudeh, ki so doživeli ali bili priča travmatičnemu dogodku.

⁵ Olawade, D.B., Wada, O. Z., Odetayo, A., David-Olawade, A.C., Asaolu, J. in Eberhardt, J. (2024). Enhancing mental health with Artificial Intelligence: Current trends and future prospects. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, 3,100099.

SuperBette	SuperBetter je aplikacija, ki uporabnikom pomaga zgraditi odpornost in doseči svoje cilje z igranjem procesa. Ponuja različne izzive in nagrade, ki uporabnikom pomagajo ostati motivirani in napredovati.
	Pametna orodja za duševno zdravje
Kintsugi	Kintsugi uporablja analizo obraza in glasu za zagotavljanje čustvenih povratnih informacij terapevtom v realnem času, kar pomaga pri zgodnjem odkrivanju čustvene stiske.
IBM's Watson Health	IBM-ov Watson Health uporablja AI za napovedovanje napredovanja bolezni in izidov zdravljenja z analizo celovitih podatkov o bolnikih.
Cerebral	Cerebral uporablja AI za podporo terapevtom pri izpopolnjevanju prilagojenih načrtov zdravljenja za bolnike z duševnimi težavami.
Mindstrong Health	Mindstrong Health uporablja AI za analizo interakcij tipkovnice pametnega telefona med teleterapijo, kar terapevtom omogoča vpogled v čustvena stanja
Smartwatch	Pametne ure, opremljene z algoritmi umetne inteligence, spremljajo spremembe vzorcev spanja, telesne dejavnosti in srčnega utripa ter ponujajo dragocene vpoglede za spremljanje duševnega zdravja.
Pear Therapeutics' reset	ReSET podjetja Pear Therapeutics je digitalni terapevtik na recept, ki ga je odobrila FDA in spremlja sodelovanje in napredek pacienta ter omogoča prilagajanje zdravljenja na podlagi podatkov.

Uporaba umetne inteligence pri izboljšanju duševnega zdravja ima obsežne posledice v praksi, raziskavah, preventivi in politiki. V praksi orodja, ki jih poganja umetna inteligenca, zagotavljajo razširljive in prilagojene intervencije, ki učinkovito širijo oskrbo duševnega zdravja **na manj oskrbovano populacijo**. Kljub temu se morajo izvajalci usposobiti za uporabo teh tehnologij in spretno spoštovati etična načela. Umetna inteligenca omogoča analizo obsežnih naborov podatkov v raziskavah, kar omogoča prepoznavanje vzorcev, izboljšanje zdravljenja in ustvarjanje modelov napovedi za omogočanje zgodnjega posredovanja. Vendar pa je ključnega pomena dati prednost zasebnosti podatkov in obravnavati pristranskosti algoritmov.

Izzivi in prihodnje usmeritve v umetni inteligenci za duševno zdravje so dinamični in večplastni. **Vzpostavitev trdnih regulativnih okvirov, zagotavljanje validacije in preglednosti modela ter vlaganje v nenehne raziskave in razvoj so ključni koraki k izkoriščanju celotnega potenciala umetne inteligence pri izboljšanju varstva duševnega zdravja.** Ker se tehnologije umetne inteligence še naprej razvijajo, bodo ta prizadevanja igrala ključno vlogo pri oblikovanju prihodnosti terapije duševnega zdravja, zaradi česar bo bolj dostopna, praktična in etična za posameznike.

Kazalniki za področje duševnega zdravja (dogovor pri predstavitvi prejšnjega poročila)

1 Uvod

Za spremljanje duševnega zdravja prebivalstva je ključna identifikacija ustreznih kazalnikov. Ločimo različne vrste kazalnikov (Tabela 1).

Tabela 1: Različne vrste kazalnikov, opredeljenih v literaturi o duševnem zdravju⁶

	Vrsta indikatorja	Opis
1	Indikatorji vnosa/strukture	Merjenje virov, potrebnih za izvedbo akcije ali posega (oz. politike)
2	Indikatorji procesa	Merjenje ali je pri načrtovanih akcijah/storitvah prišlo do intervencije.
3	Indikatorji izida/izhoda	Opis izida akcije, intervencije, izdelkov (npr. zagotavljanje usposabljanja, oblikovanje standardov, najem potrebne osebe); meriti "kaj"

⁶ Murphy, L., Clemets, K., Farragher, L., Long, J. (2023). Mental health-related indicators for measuring performance and impact of mental health policy. Dublin: Health Research Board

4	Indikatorji rezultatov	Merjenje, ali je ukrep (ali politika) uspešen glede na pričakovane učinke/spremembe kratkoročno, srednjeročno, dolgoročno; izmeriti "zakaj"
5	Indikatorji uspešnosti	Prikaz napredka pri doseganju določenega rezultata, cilja, standarda ali cilja v določenem časovnem okviru. Lahko štejejo za medsektorske kazalnike, saj merijo uspešnost dejanja oz. intervencija glede na vloške, izhode oz. rezultate.
6	Indikatorji kakovosti	Na dokazih temelječa standardizirana orodja za merjenje kakovosti zdravstvenega varstva in zagotavljanje informacij o učinkovitost, varnost in osredotočenost skrbi na ljudi.

Sistem stalnega nadzora je odvisen od kazalnikov, ki vključujejo jasen naslov (1. raven) in jasno opredelitev oz. operacionalizacija z eksplicitnimi koncepti števca in imenovalca (2. raven), ki vodi do eksplicitne podatkovne baze (3. raven), s čimer se omogočijo zasledovane primerjave skozi čas.

V tem poročilu je predstavljen prvi korak opredelitve kazalnikov, kar pomeni, da so bili najprej zbrani indikatorji obdelani na ravni naslova (teoretični koncepti z empirično uporabo na populacijski ravni se imenujejo indikatorji), da bi se odločili o njihovi pomembnosti v naslednjem koraku h končnemu nizu kazalnikov za področje skrbi za duševno zdravje.

1.2 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je bil identifikacija primerov dobre prakse iz vidika spremljanja učinkovitosti sistema skrbi na področju duševnega zdravja za marginalizirane odrasle. Za spremljanje duševnega zdravja prebivalstva je ključna identifikacija ustreznih indikatorjev/kazalnikov kakovosti.

Cilji:

- identificirati primere dobre prakse iz vidika spremljanja učinkovitosti sistema skrbi na področju duševnega zdravja za marginalizirane odrasle,
- zbrati seznam indikatorjev, ki bo podlaga za nadaljnje delo na področju oblikovanja seta kazalnikov kakovosti za področje duševnega zdravja (priprava predloga za naslednji CRP)
- za področje skrbi za duševno zdravje.

2 Metode

Uporabljen je bil nestrukturiran pregled literature v manjšem obsegu. Izbrana so bila tri reprezentativna dela z različnim naborom sodelujočih držav, različnim fokusom in različnim raziskovalnim pristopom. Na tak način smo skušali zaobjeti pester nabor diferentnih indikatorjev.

3 Rezultati

3.1 Kazalniki javnega duševnega zdravja

Po predlogih Svetovne zdravstvene organizacije je nemški nacionalni inštitut za javno zdravje, Inštitut Roberta Kocha (RKI), leta 2019 po naročilu zveznega ministrstva za zdravje začel razvijati koncept za nadzor sistema skrbi za duševno zdravje (MHS). Pri tem so se opirali na delo več držav, ki so bile pionirke pri vzpostavljanju sistemov za spremljanje duševnega zdravja na podlagi indikatorjev, kot so Kanada, Avstralija ali Švica.⁷ Zastavili so si naslednje raziskovalno vprašanje: Katere indikatorje javnega duševnega zdravja je mogoče identificirati na podlagi trenutnega stanja znanja? Da bi vključili že uveljavljene kazalnike nadzora, so proučili spletne strani mednarodnih organizacij [Evropske unije (EU), WHO in Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD)] in inštitutov za javno zdravje 35 držav članic OECD.

⁷ Peitz D, Kersjes C, Thom J, Hoelling H, Mauz E. Indicators for Public Mental Health: A Scoping Review. Front Public Health. 2021 Sep 27;9:714497. doi: 10.3389/fpubh.2021.714497. PMID: 34646802; PMCID: PMC8502920.

Naslednje teme so bile ocenjene kot pomembne:

	Teme	Indikatorji
1	Promocija in preventiva duševnega zdravja	Proračun za promocijo duševnega zdravja Obstoj programov za promocijo duševnega zdravja Prisotnost promocije duševnega zdravja v šolah Prisotnost programov za podporo starševskih veščin Prisotnost programov za preprečevanje samomora Sodelovanje v izbranih ali indiciranih preventivnih programih duševnega zdravja Gibanje proti stigmati
2	Viri za duševno zdravje	Duhovnost Spanje Zdrav življenjski slog [npr. prehrana, telesna dejavnost, uživanje snovi/alkohola] Samoučinkovitost Odpornost Optimizem Osebnost Splošno zaupanje Čustvena inteligenca Samospoštovanje Regulacija čustev Ravnovesje med življenjem in poklicnim življenjem Zadovoljstvo z delovnim okoljem Okolje soseske Zaznana varnost soseske Občutek pripadnosti skupnosti Vključenost skupnosti Politična udeležba Socialna podpora/Socialno omrežje
3	Tveganja za duševno zdravje	Kronične telesne bolezni Kronične bolečine Družinska anamneza duševnih motenj Družinska anamneza vedenja, povezanega s samomorom Travma kritičnih življenjskih dogodkov Škodljive izkušnje iz otroštva Nasilje Diskriminacija Kronični stres Visoka delovna obremenitev Kognitivne motnje Stanovanjski pogoji Stresne razmere v soseski Dohodkovna neenakost v družbi Brezdomstvo Osamljenost
4	Pismenost o duševnem zdravju	Znanje o duševnem zdravju Mesto nadzora duševnega zdravja Odnos do duševnih motenj Odnos do storitev duševnega zdravja / Skrb za duševno zdravje Odnos javnosti do ljudi z duševno motnjo Socialna distanca do oseb z duševnimi motnjami Zaznana upravičenost diskriminacije oseb z duševnimi motnjami Samostigmatizacija Naravnost iskanja pomoči Kompetence samoupravljanja duševnega zdravja
5	Pozitivno duševno zdravje	Sreča Z zdravjem povezana kakovost življenja Življenjsko zadovoljstvo Dobro počutje [npr. čustveno/subjektivno dobro počutje; psihološki, socialni, fizični] Smisel v življenju
6	Psihopatologija	Razširjenost psihološke stiske Razširjenost izgorelosti Pojavnost katere koli duševne motnje (vse F-diagnoze)

		Pojavnost afektivnih motenj Pojavnost anksioznih motenj Pojavnost motenj zaradi uživanja snovi Pojav psihotičnih motenj Pojav osebnostnih motenj Razširjenost anksioznih motenj Razširjenost razpoloženjskih/afektivnih motenj Razširjenost depresije Razširjenost poporodne depresije Razširjenost bipolarnih motenj Razširjenost maničnih epizod Razširjenost motnje uživanja alkohola Razširjenost motnje uživanja snovi Razširjenost motenj pozornosti in hiperaktivnosti Razširjenost obsesivno-kompulzivne motnje Razširjenost shizofrenije Razširjenost psihotične motnje Razširjenost prilagoditvene motnje Razširjenost posttravmatske stresne motnje Razširjenost motenj hranjenja Razširjenost motenj nadzora impulzov Razširjenost somatoformnih in disociativnih motenj Razširjenost osebnostnih motenj Razširjenost motenj spanja Razširjenost katere koli duševne motnje (vse F-diagnoze) Razširjenost hudih duševnih motenj Razširjenost pogostih/visoko razširjenih duševnih motenj Razširjenost depresije in/ali anksioznih motenj Razširjenost kroničnih duševnih motenj Komorbidna telesna bolezen Komorbidna duševna motnja
7	Samopoškodovanje in samomorilnost	Samopoškodovanje Samomorilnost [npr. ideje, načrti] Poskusi samomora Stopnja samomorilnosti splošne populacije Stopnja samomorov pri bolnišničnih bolnikih z duševnim zdravjem in nedavno po odpustu PYLL (Potential years of life lost) zaradi samomora
8	Ponudba in uporaba storitev s področja skrbi za duševno zdravje	Zmogljivosti izvenbolnišničnega varstva duševnega zdravja: delavci na področju duševnega zdravja Zmogljivosti zunajbolnišnične duševne oskrbe: specialisti duševnega zdravja Zmogljivost bolnišničnega varstva duševnega zdravja Število bolnišnic za duševno zdravje Število psihiatričnih enot v splošnih bolnišnicah Število forenzičnih bolnišničnih enot Število ambulant za duševno zdravje pri bolnišnici Kritje storitev za hude duševne motnje Kritje zdravljenja odvisnosti od alkohola in drog Uporaba kakršne koli zdravstvene oskrbe oseb z ugotovljeno duševno motnjo Uporaba ambulantne duševne oskrbe oseb z ugotovljeno duševno motnjo Uporaba primarnega zdravstvenega varstva oseb z ugotovljeno duševno motnjo iz razlogov duševnega zdravja Uporaba primarnega zdravstvenega varstva oseb z ugotovljenimi duševnimi motnjami zaradi telesnega zdravja Uporaba primarnega zdravstvenega varstva in somatske specialistične oskrbe le za osebe z ugotovljeno duševno motnjo Delež psihoterapije v psihiatrični ambulantni dejavnosti Delež farmakoterapije v psihiatrični ambulantni dejavnosti [npr. depresija] Ambulantno zdravljenje s psiho- in farmakoterapijo Uporaba bolnišnične oskrbe oseb z ugotovljeno duševno motnjo Število bolnišničnih primerov Število dni bolnišničnega bivanja Odpust iz bolnišnice zaradi duševnih motenj

		Število dolgotrajnih bolnikov Bolnišnični ponovni sprejemi glede na diagnoze duševnega zdravja Ambulantno naknadno zdravljenje Uporaba psihiatrične dnevne oskrbe Uporaba domačega zdravljenja Skupnostna oskrba pred sprejemom Obiski urgence Uporaba intervencije za samopomoč Oskrbovana stanovanja za osebe z duševnimi motnjami Uporaba rehabilitacijskih ukrepov zaradi duševnih motenj Število dni rehabilitacijskih ukrepov zaradi duševnih motenj Zdravljenje s psihotropnimi zdravili [npr. antidepresivi, antipsihotiki, narkotiki, sedativi in anksiolitiki] Nadomestno zdravljenje z opioidi
9	Potrebe, neizpolnjene potrebe in ovire v skrbi za duševno zdravje	Zaznane potrebe Obnašanje iskanja pomoči zaradi duševnih motenj Zakasnitev zdravljenja Zgodnja intervencija [npr. pri psihozah] Zadovoljene potrebe po duševnem zdravju za odrasle z duševnimi motnjami Neizpolnjene potrebe po duševnem zdravju Število primerov na registriranega psihiatra/psihoterapevta Čakalne dobe ambulantno duševno varstvo Čakalne dobe bolnišnično duševno varstvo Čakalne dobe Psihiatrično dnevno varstvo Čakalne dobe na urgencah Ovire pri dostopu do duševnega zdravja
10	Kakovost oskrbe	Zadovoljstvo pacientov s sistemom duševnega zdravja Meritve izida, o katerih so poročali bolniki Uspeh zdravljenja Opustitev oskrbe za duševno zdravje Izobraževanje in sodelovanje pacientov Vključevanje družinskega in socialnega okolja v obravnavo duševnih motenj Prisilni ukrepi: prisilni sprejem Prisilni ukrepi: obvezno zdravljenje Prisilni ukrepi: osamitev Odkrivanje depresije v primarni oskrbi Upoštevanje smernic za duševne motnje s smernicami za zdravstveno nego Stopnja premestitev iz primarne v sekundarno oskrbo Ambulantno občutljivi bolnišnični primeri
11	Stroški duševnih motenj	Skupni izdatki za storitve duševnega zdravja Neposredni stroški zaradi duševnih motenj Neposredni stroški zaradi duševnih motenj - ambulantna oskrba Neposredni stroški zaradi duševnih motenj – rehabilitacija Posredni stroški zaradi duševnih motenj Nadomestilo zaradi bolezni Invalidska pokojnina iz duševnih razlogov
12	Breme bolezni in umrljivosti	Zguba dela zaradi duševnih razlogov Funkcionalna okvara zaradi razlogov duševnega zdravja Psihično nezdravi dnevi DALY (leta življenja, prilagojena invalidnosti) YLDs (leta življenja z invalidnostjo) Prekomerna smrtnost ljudi z duševnimi motnjami Smrtnost oseb s hudimi psihiatričnimi motnjami Z alkoholom povezane smrti Z drogami povezane smrti
13	Sodelovanje	Delež delovno aktivnih oseb z duševnimi boleznimi Obstoj zaposlitvenih programov za osebe z dolgotrajnimi duševnimi težavami Revščina med osebami z duševnimi boleznimi Delež ljudi v zaporu z duševnimi boleznimi Socialna in politična udeležba pri ljudeh z duševnimi boleznimi Stanovanjski položaj ljudi z duševnimi boleznimi [npr. brezdomstvo] Diskriminacija zaradi duševnih težav Stres, povezan s stigmo

		Obvladovanje stigme
14	Sociodemografske spremenljivke z vplivom na javno duševno zdravje	Starost Spol Regija Enakost dohodka/socialna prikrajšanost okrožja (GINI) Urbanizacija /Reg Migracijsko ozadje/Etnična pripadnost Status razmerja (kot je poroka) Brezposelnost Stopnja izobrazbe Dohodek/revščina Socialno-ekonomski status

Od 181 opredeljenih kazalnikov jih je 134 izhajalo iz nacionalnega sistema kazalnikov vsaj ene države OECD ali mednarodne organizacije. Sedemindeset kazalnikov doslej ni bilo vključenih v obstoječi sistem kazalnikov. Kazalniki so po svoji specifikaciji heterogeni, od zelo specifičnih do zelo širokih. Psihopatologija« in »Ponudba in uporaba skrbi za duševno zdravje« sta bili temi, ki jima je bilo dodeljenih največ kazalnikov, medtem ko sta bili temi z najmanj kazalniki »Pozitivno duševno zdravje« in »Promocija in preprečevanje duševnega zdravja«.

3.2 Kazalniki duševnega zdravja za pobude za telesno dejavnost, ki krepijo zdravje v evropski skupnosti (HEPA)

Drugi nabor se osredotoča na identifikacijo ustreznih kazalnikov duševnega zdravja za pobude za telesno dejavnost, ki krepijo zdravje v evropski skupnosti (HEPA)⁸ v okviru Nizozemske, Irske, Združenega kraljestva in Danske. Nabor je nastav skozi fokusne skupine z različnimi deležniki.

⁸ Aisling McGrath, A., Matthews, E., Murphy, N., Oostveen, I., Wagemakers, A., Verkooijen, K. (2024). Identification of relevant mental health indicators for European community-based health enhancing physical activity initiatives: An adapted Delphi study. *Mental Health and Physical Activity*, 27, 100638.

Slika 1: Indikatorji po socio-ekološkem modelu

Indicators (n=66) categorised by socio-ecological model		Indicator Relevance
Positive Mental Health		
1. Self-rated mental health		Highly Relevant
2. Life satisfaction		Highly Relevant
3. Well-being (Hedonic & Eudemonic)		Highly Relevant
4. Happiness		Relevant
5. Physical self-perceptions		New indicator
6. Enjoyment		New indicator
Mental Health Problems		
1. Depressive disorders		Highly Relevant
2. Anxiety disorders		Highly Relevant
3. Post-traumatic stress disorder		Relevant
4. Alcohol & substance dependence		Relevant
5. Mental disorders		Relevant
6. Suicide		Relevant
7. Self-harm		Relevant
8. Stress		Relevant
9. Psychotic disorders		Moderately Relevant
10. Previous substance dependence		New indicator
11. Severe mental illness		New indicator
12. Subjective cognitive problems		New indicator
13. Other addictions		New indicator
14. Burn-out		New indicator
15. Dementia		New indicator
Individual level		
1. Physical activity		Highly Relevant
2. Control		Highly Relevant
3. Self-efficacy		Highly Relevant
4. Coping		Highly Relevant
5. Self-worth/self-esteem		Highly Relevant
6. Loneliness		Highly Relevant
7. Education		Relevant
8. Nutrition		Relevant
9. Substance use		Relevant
10. General health status		Relevant
11. Resilience		Relevant
12. Optimism		Relevant
13. Mental health literacy		Relevant
14. Existential fears		Relevant
15. Spirituality		Moderately Relevant
16. Emotional intelligence		Moderately Relevant
17. Tobacco use		New indicator
18. Nature connectedness		New indicator
19. Isolation		New indicator
20. Confidence		New indicator

Štirje najbolj ocenjeni kazalniki povezani s socialnim kapitalom (socialna udeležba, socialna mreža, socialna podpora in socialna povezanost). Kar zadeva najpomembnejše kazalnike, ki so jih poročali udeleženci, je samo-ocenjeno duševno zdravje prejelo "soglasje" poleg zadovoljstva z življenjem, stresa, ravni telesne dejavnosti, osamljenosti, socialne udeležbe, socialne mreže, socialne podpore in socialne povezanosti. Ta raziskava kaže na verjetno nizko soglasje v zvezi z načini ocenjevanja rezultatov duševnega zdravja in dobrega počutja s HEPA v evropskem kontekstu.

Tabela 2: Opredelitev indikatorjev glede na socio-ekološki model

	Indikator	Opredelitev	Merilno orodje	Stopnja soglasja
1	Življenjsko zadovoljstvo	Konstrukt subjektivnega dobrega počutja: Stopnja, do katere oseba ocenjuje svojo splošno kakovost življenja kot celoto, namesto svojih trenutnih občutkov	A Single-item measure of life satisfaction, 11-point scale (Office of National Statistics, 2018) The Satisfaction with Life Scale (five item scale; Diener et al., 1985)	100 %
2	Osamljenost	Osamljenost lahko opredelimo kot stanje žalosti, ker smo ali se počutimo sami	3-item UCLA loneliness scale (a 3-item scale measuring dimensions of loneliness: relational connectedness, social connectedness and self-	100 %

			perceived isolation; Hughes et al., 2004; Russell, 1996)	
3	Samoocena duševnega zdravja	Dojemanje posameznika o njegovem splošnem duševnem zdravju	A single item measure of self-rated mental health (five-point scale from excellent to poor; Ahmad et al., 2014) The Mental Health Inventory (MHI-5, 5 scale, subscale of the Short Form-36; Berwick et al., 1991)	100 %
4	Socialna podpora	Kako oseba dojema družino, prijatelje in druge kot razpoložljive vire za zagotavljanje psihološke, materialne in splošne podpore v času stiske.	Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS; 12-item scale, measuring perceptions of support from 3 sources: Family, Friends, and a Significant Other; Zimet et al., 1988)	100 %
5	Socialna povezanost	Občutek pripadnosti in subjektivna vez (psihološka, čustvena, socialna in duhovna), ki jo ljudje čutijo v odnosu do posameznikov in skupin drugih.	The social connectedness scale-Revised (8-item scale measuring feelings of connectedness within the social environment; Lee & Robbins, 1995)	86 %
6	Socialno omrežje	Mreža socialnih interakcij in odnosov osebe.	Social Network Index (13-item questionnaire; Cohen et al., 1997) Lubben Social Network Scale (6 or 12 item scale; Lubben, 1988)	83 %
7	Stres	Stres je fizična in čustvena reakcija, ki jo ljudje doživljajo, ko se v življenju srečujejo z izzivi (ali okoljskim ali fizičnim pritiskom), npr. nasiljem, diskriminacijo ali finančnimi omejitvami.	Single item measure of stress (5-point Likert scale varying from "not at all" to "very much"; Elo et al., 2003) The Perceived Stress Scale (a 10-item questionnaire; Cohen et al., 1983)	57

3.3 Ključni kazalniki uspešnosti avstralske javne službe za duševno zdravje

V nadaljevanju so predstavljeni ključni kazalniki uspešnosti avstralske javne službe za duševno zdravje.⁹

Slika 2: Model ocenjevanja spešnosti avstralske javne službe za duševno zdravje

Figure 1: National Mental Health Performance Framework

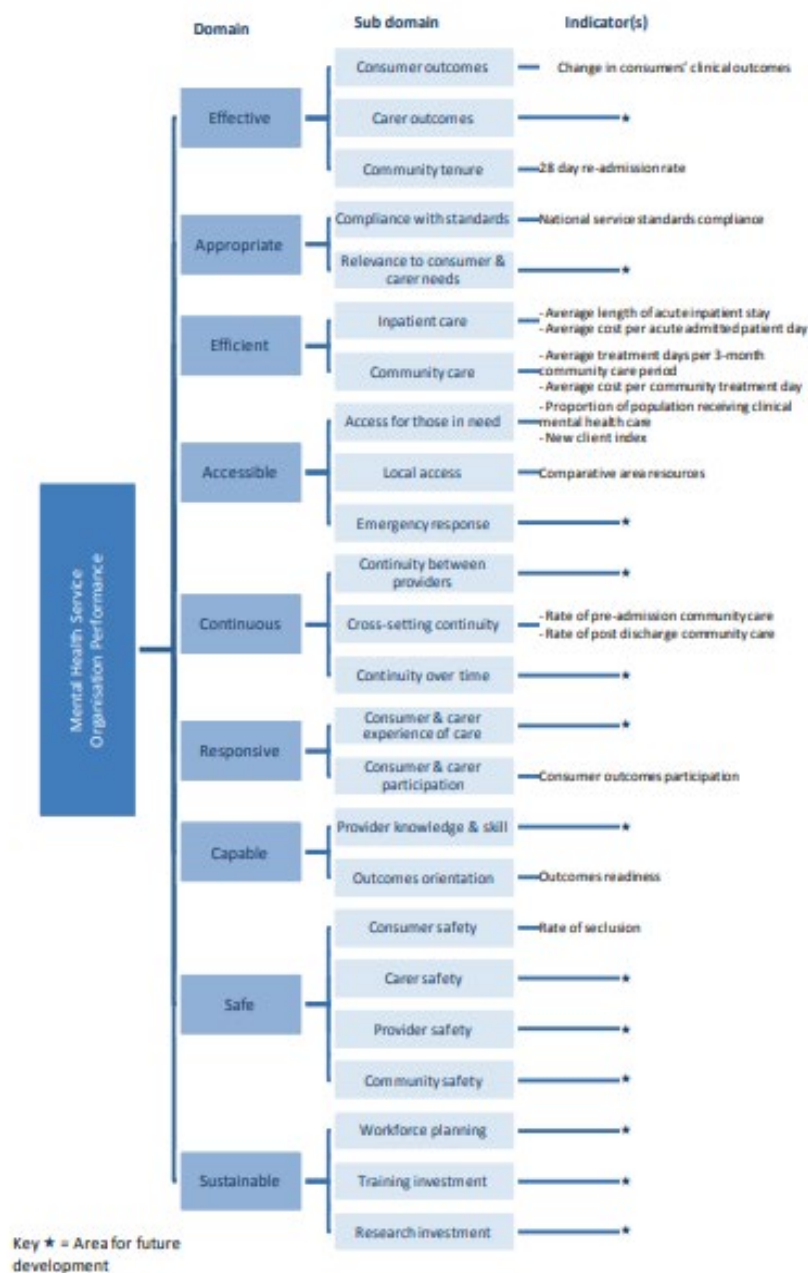
Health Status and Outcomes ('TIER 1')				How healthy are Australians? Is it the same for everyone? Where is the most opportunity for improvement?
Health Conditions	Human Function	Life Expectancy and Well-being	Deaths	
Prevalence of disease, disorder, injury or trauma or other health-related states	Alterations to body, structure or function (impairment), activities (activity limitation) and participation (restrictions in participation)	Broad measures of physical, mental, and social wellbeing of individuals and other derived indicators such as Disability Adjusted Life Expectancy (DALE)	Age or condition specific mortality rates	
Determinants of Health ('TIER 2')				
Environmental Factors	Socio-economic Factors	Community Capacity	Health Behaviours	Person-related Factors
Physical, chemical and biological factors such as air, water, food and soil quality resulting from chemical pollution and waste disposal	Socio-economic factors such as education, employment per capita expenditure on health, and average weekly earnings	Characteristics of communities and families such as population density, age distribution, health literacy, housing, community support services and transport	Attitudes, beliefs knowledge and behaviours (e.g. patterns of eating, physical activity, excess alcohol consumption and smoking)	Genetic related susceptibility to disease and other factors such as blood pressure, cholesterol levels and body weight
Health System Performance ('TIER 3')				
Effective	Appropriate	Efficient		
Care, intervention or action achieves desired outcome	The care, intervention or action provided is relevant to the consumer's and/or carer's needs and based on established standards	Achieving desired results with most cost effective use of resources		
Responsive	Accessible	Safe		
Service provides respect for persons and is consumer and carer orientated: respect for dignity, confidentiality, participate in choices, prompt, quality of amenities, access to social support networks, and choice of provider	Ability of people to obtain health care at the right place and right time irrespective of income, geography and cultural background	Potential risks of an intervention or the environment are identified and avoided or minimised		
Continuous	Capable	Sustainable		
Ability to provide uninterrupted, coordinated care or service across programs, practitioners, organisations and levels over time.	An individual or service's capacity to provide a health service based on skills and knowledge	System or organisation's capacity to provide infrastructure such as workforce, facilities and equipment, and be innovative and respond to emerging needs (research, monitoring)		

Nabor temelji na načelih kakovosti (Slika 3). Ugotovljenih je še precej področij, kjer je potreben razvoj ustreznih indikatorjev (izidi pri izvajalcih, ustreznost glede na potrebe uporabnikov storitev/pacientov, merjenje učinkovitosti v primeru nujne (medicinske) pomoči, zagotavljanje kontinuitete med izvajalci in zagotavljanje kontinuitete iz vidika časa, merjenje izkušenj zdravstvenih delavcev/sodelavcev in uporabnikov storitev, znanje in kompetence uporabnikov/izvajalcev/zdravstvenih (so)delavcev, varnost uporabnikov, izvajalcev, zdravstvenih (so)delavcev, varnost v skupnosti, kadrovsko planiranje, vlaganje v usposabljanje, vlaganje v raziskave.

Slika 3: Nabor indikatorjev

⁹ <https://www.aihw.gov.au/mental-health/resources/mental-health-related-committees>

Figure 2: Summary of 'Tier 3' of the National Mental Health Performance Framework and current indicator set



3.4 Pregled kazalnikov za bolj celovit pristop

Vključujemo še pregled kazalnikov iz raziskave v Avstraliji, Kanadi, Angliji, Novi Zelandiji, Škotski in OECD,¹⁰ ki proučevanje vplivanje indikatorjev na politiko s področja duševnega zdravja. Vodilna vprašanja v raziskavi so bila:

1. Kateri kazalniki se uporabljajo na mednarodni ravni za spremljanje in vrednotenje rezultatov glede skupne vizije?
2. Kakšne so poročane koristi in izzivi v zvezi z uporabo teh indikatorjev za duševno zdravje glede na politike/načrte/strategije?
3. Kako se ti kazalniki uporabljajo za spremljanje in vrednotenje politik/načrtov/strategij duševnega zdravja?

¹⁰ Murphy, L., Clemets, K., Farragher, L., Long, J. (2023). Mental health-related indicators for measuring performance and impact of mental health policy. Dublin: Health Research Board

Podatki so pridobljene na podlagi pregleda pisnih virov. Rezultati na visoki ravni v okviru vsake domene rezultatov, opredeljene v viziji, so naslednji:

1. Področje 1: Promocija, preprečevanje in zgodnje posredovanje:

- a) Pozitivno duševno zdravje, odpornost in psihološko dobro počutje med prebivalstvom kot celota
- b) Pozitivno duševno zdravje, odpornost in psihološko dobro počutje med prednostnimi skupinami prek usmerjene promocije in preventivni mehanizmi
- c) Zmanjševanje stigme in diskriminacije zaradi boljšega razumevanja celotne skupnosti in duševnih težav
- d) Zmanjšane razširjenosti težav z duševnim zdravjem in/ali zmanjšana resnost vpliva(-ov) skozi zgodnje posredovanje in preventivno delo.

2. Področje 2: Dostop do storitev, koordinacija in kontinuiteta oskrbe:

- a) Vsi uporabniki storitev imajo dostop do pravočasnih in z dokazi utemeljenih intervencij.
- b) Storitve so organizirane tako, da večjemu številu ljudi omogočijo osebno ozdravitev.
- c) Storitve so usklajene s pristopom „stopenjske oskrbe“, da se zagotovi kontinuiteta oskrbe, ki bo zagotovila najboljše možne rezultate za vsakega uporabnika storitve in
- d) Zdravstveni rezultati za ljudi z dvojno diagnozo se izboljšajo z zagotavljanjem večjega sodelovanja med duševnim zdravjem in drugimi ustreznimi storitvami.

3. Področje 3: Socialna vključenost:

- a) Uporabniki storitev so spoštovani, povezani in cenjeni v svoji skupnosti.
- b) Povečana sposobnost uporabnikov storitev za upravljanje lastnega življenja [samoodločba] prek močnejše socialne odnosov in občutka namena.
- c) Izboljšani rezultati v zvezi z izobraževanjem, stanovanjem, zaposlitvijo in dohodkom za uporabnike storitev glede na prebivalstvo kot celoto (tj. zmanjšana razlika).

4. Domena 4: Odgovornost in stalne izboljšave:

- a) Duševno zdravje je vključeno kot nacionalna medsektorska prednostna naloga, ki je učinkovito vključena v ključne politike in nastavitve v družbi.
- b) Dinamično poročanje o uspešnosti zagotavlja vidnosti, uspešnosti in vpliva skupne rabe vizije.
- c) Storitve, ki zagotavljajo dosledno visokokakovostno podporo, osredotočeno na osebo, ki ustreza potrebam in imajo zaupanje uporabnikov storitev in družine, skrbnikov in podpornikov.
- d) Nenehne izboljšave so osredotočene na prihodnost in jih poganjajo inovacije z ustreznimi sredstvi sistem duševnega zdravja in z njim povezani sektorji.

4 Zaključek s ključnimi ugotovitvami

1. Izvajanje integrirane obravnave in usmerjanje fokusa na primarno zdravstveno varstvo tudi na področju duševnega zdravja marginaliziranih odraslih je prava pot.
2. Na področju digitalizacije, telemedicine in umetne inteligence nas čakajo številni izzivi.
3. Opredelitev kazalnikov za merjenje na področju duševnega zdravja je izziv s katerem se soočajo v najnaprednejših državah na področju skrbi za duševno zdravje.
4. Glede na fokus našega projekta je za celovito zdravstveno obravnavo marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja najbolj, kot izhodišče, uporaben četrti predstavljeni primer dobre prakse nabora indikatorjev.
5. Predstavljeni primeri dobre prakse so dobro izhodišče za uveljavljanje PDCA modela v prizadevanjih za vzpostavitev kakovostne integrirane skupnostne skrbi na področju duševnega zdravja, kar bi bilo smiselno nadgraditi - za vplivanje na politiko s področja duševnega zdravja. Oblikovan bo predlog na naslednji CRP projekt.

**PREDSTAVITEV UGOTOVITEV DS4:
PRIDOBITEV ZNANSTVENIH DOKAZOV GLEDE PRISOTNOSTI TABUJEV, STEREOTIPOV IN
PREDSODKOV, STIGMATIZACIJE IN DISKRIMINACIJE V ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI DO
MARGINALIZIRANIH SKUPIN NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA**

1 Uvod

Nezavedne pristranskosti so eden od vzrokov za zdravstvene razlike. Zdravstveni delavci imajo predsodke do pacientov zaradi njihove rase, spola ali drugih dejavnikov, ne da bi se tega zavedali (Meidert idr., 2023). Čeprav poklicni etos izvajalcev zdravstvenih storitev vključuje enako obravnavo vseh ljudi ne glede na njihove telesne in duševne lastnosti, obstajajo neenakosti med skupinami ljudi v zdravstveni oskrbi (James, 2017; Maina idr., 2018, str. 219). Sposobnost hitre kategorizacije osebe ali pojava, s katerim se srečamo, je verjetno evolucijski razvoj, ki je zagotovil preživetje (Banaji in Greenwald, 2016). Takšne kategorizacije so dejansko bližnjica v možganih in zato posameznika razbremenijo ponavljajočih se odločitev (Marcelin idr., 2019). Sorodni izrazi v literaturi vključujejo stereotip in predsodek (Groves idr., 2021). Stereotipi so pogosto negativni in preveč posplošeni pogledi na posameznike iz določenih prikrajšanih skupin, npr. revni ljudje so leni. Predsodki so negativna stališča do druge osebe ali skupine, oblikovana pred kakršno koli izkušnjo, in obsegajo tri komponente: afektivno (npr. pristop/izogibanje), kognitivno (npr. predpostavke in prepričanja) in vedenjsko (npr. nagnjenost) (Galli idr., 2015). Negativni stereotipi in predsodki o zdravstvenih stanjih ustvarjajo stigmo, ki lahko povzroči velike ovire pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe (Fontesse idr., 2019). Stigma je razumljena tudi kot širok krovni pojem, ki zajema (1) stereotipe: posplošene sodb, s katerimi si pomagamo pri razvrščanju ljudi v skupine, pogosto ne temeljijo na resničnih dejstvih; (2) predsodke, ki nastanejo, ko sprejememo 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.).

Mnogi ljudje z resnimi duševnimi boleznimi se soočajo z dvojnim izzivom. Po eni strani se borijo s simptomi in motnjami, ki so posledica bolezni. Po drugi strani pa jih izzivajo stereotipi in predsodki, ki izhajajo iz napačnih predstav o motnjah v duševnem zdravju. Zaradi obojega so ljudje z motnjo v duševnem zdravju oropani priložnosti, ki določajo kakovostno življenje: dobrih služb, varnih stanovanj, zadovoljive zdravstvene oskrbe in pripadnosti raznoliki skupini ljudi. Najučinkovitejši pristop k premagovanju predsodkov do pacientov z duševnimi motnjami pa se zdi neposredni stik in sodelovanje zaupanja vrednih oseb (Corrigan in Watson, 2002, str. 16). Osebe z duševnimi motnjami so bile tisočletja stigmatizirane v mnogih kulturah in družbah, kar je dramatično vplivalo na družbeno življenje in samopodobo bolne osebe.

V prispevku podrobneje proučujemo dosedanje aktivnosti na področju prepoznavanja in zmanjševanja stereotipov, predsodkov in diskriminatornega vedenja do oseb z motnjo v duševnem zdravju pri zdravstvenih delavcih.

1.1 Stereotipi in predsodki, stigma in diskriminacija na področju duševnega zdravja

Duševne motnje so veliko bolj kot katera koli druga vrsta bolezni predmet negativnih sodb in stigmatizacije. Stigmatizacija duševno bolnih ima dolgo tradicijo, sama beseda »stigmatizacija« pa kaže na negativne konotacije. V stari Grčiji je bila »stigma« znamka za označevanje sužnjev ali zločincev. Tisočletja družba z osebami, ki trpijo za depresijo, avtizmom, shizofrenijo in drugimi motnjami v duševnem zdravju, ni ravnala veliko bolje kot s sužnji ali zločinci: zapirali so jih, mučili ali ubijali. V srednjem veku je bila motnja v duševnem zdravju obravnavana kot božja kazen: bolni so bili obsedeni s hudičem in so jih zažgali na grmadi ali vrgli v kaznilnice in norišnice, kjer so jih priklenili na stene ali postelje. V času razsvetljenstva so bili duševni bolniki dokončno osvobojeni svojih verig in ustanovljene so bile ustanove za pomoč duševno bolnim. Vendar sta stigmatizacija in diskriminacija dosegli žalostni vrhunec med nacistično vladavino v Nemčiji, ko je bilo na stotine tisoče duševno bolnih ljudi umorjenih ali steriliziranih. Stigmatizacija oseb z motnjo v duševnem zdravju je še vedno pomemben družbeni problem. Splošna populacija je v veliki meri nevedna o tem problemu in strah pred duševno bolnimi ostaja prevladujoč. Čeprav duševno bolnih ne zapiramo, sežigamo ali ubijamo več kot v srednjem veku

ali v nacistični Nemčiji, so naši družbeni standardi in odnosi kljub temu včasih nevredni sodobnih socialnih držav. Strukturna diskriminacija duševno bolnih je še vedno razširjena, bodisi v zakonodaji bodisi v prizadevanjih za rehabilitacijo.

Stigma, povezana z duševno boleznijo, je vseprisotna. Ni države, družbe ali kulture, kjer bi imeli ljudje z motnjo v duševnem zdravju enako družbeno vrednost kot ljudje brez duševnih motenj. V raziskavi, ki je vključevala anketirance iz 27 držav, je skoraj 50 % oseb s shizofrenijo poročalo o diskriminaciji v osebnih odnosih. Do 2/3 teh ljudi je pričakovalo diskriminacijo, ko so se prijavljali za delo ali iskali osebno razmerje. Čeprav je stigma univerzalna, na izkušnje stigmatizirane osebe vpliva kultura. V mnogih nezahodnih državah na primer še vedno prevladuje vloga nadnaravnih, verskih ali magičnih razlag motenj v duševnem zdravju (Rössler, 2016).

Javna stigma je odziv splošne populacije na ljudi z motnjo v duševnem zdravju. Samostigma je predsodek, ki ga ljudje z duševno motnjo obračajo proti sebi. Tako javno kot samostigma lahko razumemo v smislu vseh treh komponent: stereotipov, predsodkov in diskriminacije. »Učinkoviti« so, ker lahko ljudje hitro ustvarijo vtise in pričakovanja posameznikov, ki pripadajo stereotipni skupini (Hamilton in Sherman, 1994). Raziskave kažejo, da zaradi lastne stigme in strahu pred zavrnitvijo s strani drugih mnogi ljudje ne iščejo življenjskih priložnosti zase (Link, 1997). Obstajajo tudi razlike v stigmatizaciji glede na vrsto motnje. Na splošno ljudje želijo ohraniti večjo socialno distanco do osebe s shizofrenijo kot do osebe z depresijo. Iz nejasnih razlogov se je ta socialna distanca v 21. stoletju povečala. Eden od možnih razlogov bi lahko bil, da je proces deinstytucionalizacije povečal javne razprave o skupnostni psihiatriji in s tem povezanim dojemanjem tveganja. Če pogledamo najpogostejše stereotipe, ima približno ¾ populacije negativen odnos do odvisnosti od drog in približno 2/3 do odvisnosti od alkohola in shizofrenije, medtem ko depresija najde več naklonjenosti, verjetno zato, ker jo pozna več ljudi (Rössler, 2016).

Povečana pismenost na področju duševnega zdravja ni zmanjšala stigmatizacije ljudi z duševno motnjo. Kampanje proti stigmi in ozaveščanje za izboljšanje iskanja pomoči pri motnjah v duševnem zdravju in usposabljanja prve pomoči v duševnem zdravju so se običajno osredotočale na izboljšanje zdravstvene pismenosti (Brijnath idr., 2016; Corrigan, 2016). Kljub temu, da se je zdravstvena pismenost v skupnosti vztrajno povečevala, zlasti v smislu povečanega odobrevanja biogenetskih vzročnih modelov, so se zamude ali pomanjkanje iskanja pomoči in stigmatizacija ljudi z duševno motnjo izboljšali manj ali včasih celo poslabšali, torej ostaja resen problem (Corrigan, 2016; Larkings in Brown, 2018; Doll idr., 2022).

1.2 Stereotipi in predsodki in pristranskost in diskriminatorno ravnanje pri zdravstvenih delavcih

Zdravstveni delavci so zadolženi za zdravljenje in podporo pacientom, pri čemer se domneva, da nimajo negativnih stereotipov in predsodkov, povezanih s pacienti in prisotnimi boleznimi. Vendar lahko zdravstveni delavci tako kot drugi člani družbe oblikujejo pozitivne in negativne stereotipe in predsodke, ki lahko vplivajo na razvoj terapevtskega odnosa med pacientom in zdravstvenim delavcem ter lahko vplivajo na kakovost in obseg ponujenih storitev. Izražanje teh stereotipov in predsodkov se razlikuje od posameznika; pri nekaterih je očitna, pri drugih pa je lahko zastrta, subtilna ali prikrita. Nanj vpliva tudi smer odnosa oziroma moč in intenzivnost, s katero se drži določen odnos. Določene vrste diagnoz ali invalidnosti imajo večjo verjetnost, da se o njih oblikujejo negativni stereotipi in predsodki, ki vodijo do slabše obravnave, zavrnitve in razvrednotenja pacientov (Mutamba idr., 2013, str. 987).

Do oblikovanja stereotipov in predsodkov pri zdravstvenih delavcih pa ne pride le v smislu pacienta, temveč tudi v smislu sodelavcev. Učinkovite zdravstvene storitve zahtevajo prizadevanja za povečanje sodelovanja med zdravstvenimi delavci. Ena od ovir za učinkovito sodelovanje so stereotipi. Stereotipi predstavljajo zaznave ali poglede na osebo ali skupino ljudi v tem primeru sodelavcev (Darmayani idr., 2020).

Zdravstveni delavci imajo mešana stališča do oseb z motnjo v duševnem zdravju, ki so primerljiva s stališči splošne javnosti. Izražanje teh stereotipov in predsodkov se razlikuje od posameznika; pri nekaterih je očitna, pri drugih pa je lahko zastrta, subtilna ali prikrita. Zaradi stigmatizirajočega odnosa in vedenja zaposlenih ljudje z diagnozo motnje v duševnem zdravju pogosto poročajo, da se počutijo dehumanizirane in diskriminirane (Fontesse idr., 2019).

V raziskavi Lauber idr. (2006, str. 51) so avtorji naredili oceno stereotipov o osebah z duševnimi boleznimi med strokovnjaki za duševno zdravje, opravili so primerjavo njihovega pogleda s pogledom splošne švicarske populacije in analizo vpliva demografskih dejavnikov, spremenljivk poklica in delovnega mesta (vrsta oddelka, čas zaposlitve in poklicne izkušnje). Večina pozitivnih opisov s strani strokovnjakov s področja psihiatrije je veljala za manj značilne za ljudi z duševno boleznijo, medtem ko je večina negativnih opisov veljala za bolj tipične za te ljudi. Zdravstveni delavci pogosto stereotipe in predsodke uporabljajo tudi, kot obrambni mehanizem. Tak primer je dehumanizacija pri kateri z odvzemom človekovih vrednot, ustvarijo čustveni odmik od pacientov z duševno motnjo in s tem skušajo zmanjšati tveganje za čustveno izčrpanost in izgorelost (Valery, 2020). Tudi v več drugih podobnih raziskavah ugotavljajo, da morajo zdravstveni delavci izboljšati svoj odnos do ljudi z težavami v duševnem zdravju (Siqueira idr., 2017, str. 25; Darmayani idr., 2020).

Strokovnjaki in znanstveniki se strinjajo, da si je treba na vseh ravneh upravljanja zdravstvenega sistema nenehno prizadevati za zagotavljanje možnosti kakovostnega integriranega zdravstvenega varstva za vse ljudi na območju posamezne države. Prvič, posebno pozornost je treba nameniti zagotavljanju tudi število skupin socialno marginaliziranih/zdravstveno ranljivih (Silva idr., 2015).

Posebej nas zanima razmerje med socialno marginaliziranih/zdravstveno ranljivih odraslih in povečanim tveganjem za slabšo kakovost obravnave na področju duševnega zdravja. Zagotavljanje kakovostne zdravstvene obravnave oseb z motnjo v duševnem zdravju je obveznost socialne države, dolžnost strokovnjakov in pravica pacientov.

Podobno kot v tujih študijah se je tudi na slovenskem vzorcu (Roškar idr., 2017) pokazalo, da imajo določene skupine prebivalstva (moški, starejši, ločeni) ter tisti, ki prihajajo iz regij z najslabšimi kazalniki duševnega zdravja in regij, ki so hkrati najbolj obremenjene s samomorom, najbolj izraženo stigmo do duševnih težav in iskanja pomoči. Poleg tega se je tudi pokazalo, da je le četrtna 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).

Raziskovalni problem je prisoten v pomanjkanju podatkov, ki bi nastala v presečišču med potrebami pacientov in ponudbo storitev iz vidika dostopnosti do storitev, kakovostjo zdravstvene obravnave ter pojavnosti in vpliva predsodkov, stereotipov zaposlenih v zdravstveni dejavnosti na stigmatizacijo in diskriminacijo oseb z motnjo v duševnem zdravju ter vlogo formalnih izobraževalcev za poklice v zdravstvu pri preprečevanju stigmatizacije in diskriminatornega ravnanja zaposlenih v zdravstveni dejavnosti. Analiza stanja na področju duševnega zdravja za zagotavljanje celovite integrirane in kontinuirane zdravstvene obravnave marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja iz vidika regijske dostopnosti v Sloveniji je potekala na kvalitativen način s fokusno skupino in poglobljenimi intervjuji z izbranimi skupinami deležnikov.

1.3 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je bil proučiti dosedanje aktivnosti na področju prepoznavanja in zmanjševanja stereotipov, predsodkov in diskriminatornega vedenja do oseb z motnjo v duševnem zdravju pri zdravstvenih delavcih, da dobimo vpogled v razsežnosti problema, oblikujemo paleto uporabljenih raziskovalnih pristopov in povzamemo ključne ukrepe za izboljšanje situacije. Ključni rezultat je pripravljeni anketni vprašalnik za izpeljavo naslednje raziskave.

2 Metode

Uporabljen je bil kvalitativni raziskovalni pristop. Opravili smo nesistematičen pregled znanstvene literature za obdobje zadnjih 10 let, da dobimo vpogled v razsežnosti problema, oblikujemo paleto uporabljenih raziskovalnih pristopov in povzamemo ključne ukrepe za izboljšanje situacije. Za iskanje izvirnih in preglednih znanstvenih člankov v slovenskem in angleškem jeziku smo uporabili kot ključne besede naslednje besedne zveze: »duševno zdravje«, »diskriminatorno vedenje pri zdravstvenih delavcih«, »stereotipi in predsodki pri zdravstvenih delavcih na področju duševnega zdravja«, »merjenje prisotnosti predsodkov in stereotipov«, »zaznavanje diskriminatornega vedenja med zdravstvenimi delavci« itd. V podrobno analizo smo vključili 8 reprezentativnih člankov.

3 Rezultati

Rezultate nestrukturiranega pregleda predstavljamo v dveh ključnih temah: (1) pojavnost stereotipov, predsodkov in diskriminatornega vedenja do oseb z motnjo v duševnem zdravju pri zdravstvenih delavcih in (2) ukrepi za zmanjševanje pojavnosti stereotipov in predsodkov ter diskriminatornega ravnanja med zdravstvenimi delavci do oseb z motnjo v duševnem zdravju.

3.1 Pojavnost stereotipov, predsodkov in diskriminatornega vedenja do oseb z motnjo v duševnem zdravju pri zdravstvenih delavcih

V Tabeli 1 so predstavljene ugotovitve pregleda literature glede pojavnosti stereotipov in predsodkov ter diskriminatornega ravnanja med zdravstvenimi delavci do oseb z motnjo v duševnem zdravju.

Tabela 1: Nabor analiziranih člankov glede pojavnosti stereotipov in predsodkov ter diskriminatornega ravnanja med zdravstvenimi delavci

Avtor	Cilj raziskave	Metoda	Ugotovitve
Meidert idr., 2023.	Pregled raziskav nezavedne pristranskosti, izvedenimi v zadnjih 10 letih	Sistematični pregled literature (87) člankov	V 7 od 87 študij je bila obravnavana pristranost glede duševnih bolezni (Avstralija, Kanada, Japonska, Poljska, ZDA). Ocena nezavedne pristranskosti do duševno bolnih ljudi je potekala z implicitnim merilom: IAT »Implicitni asociacijski test« je bil uporabljen šestkrat in GNAT (Go/No-Go) enkrat.
Poryfyri, 2022.	Ocena odnosa grških zdravstvenih delavcev do duševnih bolezni in ljudi, ki trpijo za njimi.	Neintervencijska, analitična študija, v kateri je sodelovalo 479 zdravstvenih delavcev iz terciarne bolnišnice v Solunu v Grčiji.	Odnos udeležencev do duševnih bolezni je bil ovrednoten z uporabo lestvice mnenj o duševnih boleznih (OMI), lestvice socialne distance (SDS) in poročila o stopnji stika (LCR-12). Zaposleni so pokazali precej slabo pripravljenost za interakcijo s psihiatričnimi pacienti.
Volbdy idr., 2022.	Razjasniti obseg literature o strukturni diskriminaciji ljudi z duševno boleznijo.	Pregled literature je vključeval 124 študij, večinoma iz držav z visokim dohodkom.	Ljudje z duševnimi boleznimi sistematično prejemajo slabšo somatsko obravnavo v primerjavi z ljudmi brez duševnih bolezni.
Valverde-Bolivar idr., 2022.	Ugotoviti obstoj stigmatizirajočih odnosov in vedenj.	Kvantitativna študija, ki je bila uporabljena za analizo stopnje stigme, ki so jo predstavili strokovnjaki z uporabo vprašalnika o pripisovanju (AQ-27). Vzorec je sestavljalo 59 strokovnjakov.	Možno je bilo potrditi obstoj različnih dejavnikov stigme, kot so pomoč, prisila, pomilovanje in izogibanje, ki vplivajo na strokovnjake za duševno zdravje. Stopnja stigme pada z višjo usposobljenostjo strokovnjakov.
Vaccari idr., 2020.	Prepoznavanje, kako se stigmatizirajoč odnos do ljudi z motnjo v duševnem zdravju kaže v centrih primarnega zdravstvenega varstva z vidika pacientov in zaposlenih.	Kvalitativni raziskovalni pristop: fokusne skupine in polstrukturirani intervjuji in triangulacija. V vzorec vključene osebe z psihiatrično diagnozo (24) in zdravstveni delavci iz primarne ravni (13) iz Čila.	Tako uporabniki storitev s področja duševnega zdravja kot zdravstveni delavci zaznavajo diskriminatorno vedenje do ljudi z diagnozo. Način doživljanja diskriminacije pri obeh skupinah drugačen. Uporabniki storitev zaznavajo diskriminacijo v obliki zavračanja in žaljivega vedenja med pozornostjo, medtem ko strokovnjaki diskriminirajo uporabnike storitev tako, da minimalizirajo njihove fizične simptome in jih pripišejo psihiatrični diagnozi. Diskriminacija pretvarja stigmatizacijo duševne bolezni v 15 - do 20 let skrajšanja pričakovane življenjske dobe.
Alvarez-Galvez in Rojas-Garcia, 2019.	Raziskati povezavo med večkratno diskriminacijo in depresijo v Evropi.	Uporabljeni podatki iz 7. kroga Evropske socialne raziskave. Nabor podatkov je sestavljen iz vzorca 40.185 posameznikov, ki so združeni iz skupno 21 držav.	Večkratna diskriminacija poveča tveganje za depresivno motnjo.
Brink idr., 2017.	Raziskali medicinsko komorbidnost, uporabo zdravil in uporabo zdravstvene oskrbe med posamezniki s shizofrenijo, ki so preživeli v starejši starosti, da bi odkrili možne dejavnike, ki prispevajo k njihovi dolgoživosti.	Kvantitativni pristop (kontrola primerov, register). Vsi prebivalci Danske, pri katerih je bila v letih 1970–1979 diagnosticirana shizofrenija (n = 4924, kontrolna skupina = 7087).	V primerjavi s kontrolno skupino so starejši odrasli s shizofrenijo bistveno manj prejemali zdravila za srčno-žilne bolezni in pogostejše prejemali analgetike. Na splošno so bili sprejemni v bolnišnico in število dni hospitalizacije enaki kontrolnim skupinam, vendar z bistveno manj splošnimi zdravstvenimi ambulantnimi stiki.
Eivergård, 2016.	Preučiti, kako se spolno usmerjene diskurzivne norme in predstave o	Zvočni posnetki primopredaje osebja na splošnih psihiatričnih	Pri opisovanju značilnosti pacientov je osebje uporabljalo kulturno običajne besede in koncepte, povezane s tremi temami – dobri pacienti, slabi

	moškosti (re)producirajo v strokovnih pogovorih o moških, za katere skrbijo v forenzični psihiatrični oskrbi, s posebnim poudarkom na osrednji vlogi jezika in spola.	oddelkih (n = 6) in obhodov oddelkov (n = 4)	pacienti in ostali ali biti odpuščen, ter uporabili nekaj podtem. Na ta način osebe konstruira bolnike in njihove situacije ter jih veže na prevladujoče družbene in kulturne strukture in norme.
--	---	--	---

Lastni vir, 2024.

Nabor analiziranih člankov glede pojavnosti stereotipov in predsodkov ter diskriminatornega ravnanja med zdravstvenimi delavci do oseb z motnjo v duševnem zdravju potrjuje pojavnost in tudi posledice prisotnosti pristranskosti, stigme in diskriminacije. Stereotipi in predsodki zdravstvenih delavcev vodijo v manjše zaupanje v zdravstveni sistem in odločitev za nadaljevanje sodelovanja z zdravstvenimi ustanovami (Hamilton, 2016). Osebna prepričanja in drža zdravstvenih delavcev ima tako lahko velik vpliv na oceno ali je ponujeno zdravljenje primerno, na samo vrsto ponujenih intervencij ter napovedi glede zdravljenja in okrevanja (Carrara, 2019).

3.2 Ključni ukrepi za izboljšanje situacije

V Tabeli 2 so predstavljeni do zdaj zbrani ukrepi za zmanjševanje diskriminatornega ravnanja zdravstvenih delavcev.

Tabela 2: Nabor analiziranih člankov glede ukrepov za izboljšanje situacije

Avtor	Cilj raziskave	Metoda	Ugotovitve
Hao idr., 2023.	Raziskave stigmatizirajočega odnosa do depresije, shizofrenije in splošne anksiozne motnje med negovalci pacientov z duševnimi motnjami na Kitajskem.	Presečna študija med 607 negovalci na Kitajskem z uporabo vinjet, ki so opisovale tri duševne bolezni.	Kljub stigmati in želji po socialni distanci, povezani s shizofrenijo, depresijo in GAD, negovalci pogosto pričakujejo pozitivne rezultate. Sprejeti je treba ukrepe za izboljšanje znanja negovalcev o duševnem zdravju in zmanjšanje stigme.
Volbdy idr., 2022.	Razjasniti obseg literature o strukturni diskriminaciji ljudi z duševno boleznijo.	Pregled literature je vključeval 124 študij, večinoma iz držav z visokim dohodkom.	Nujni izobraževalni programi za zdravstveno osebje in novinarje s ciljem spreminjanja neprofesionalnih praks. Potrebne so študije, ki preučujejo morebitno slabše financiranje služb za duševno zdravje, politično zanemarjanje, itd.. Pomemben je prispevek na področju raziskav, ki bi lahko doprinesel k novi vrste intervencij.
De Silva idr., 2020.	Dokazati vpliv stigme duševne bolezni na psihiatrične nujne primere	Nesistematičen pregled literature: pregled obvladovanja psihiatričnih nujnih primerov v primerih javnih nesreč.	Nekateri ukrepi so bili oblikovani za zmanjšanje stigme: izobraževanje, stik z duševno bolnimi, samoupravljanje stigme, protest in družbeni aktivizem, zakonodajna reforma in zagovorništvo
Vaccari idr., 2020.	Ugotoviti, kako se stigmatizirajoč odnos do ljudi z motnjo v duševnem zdravju v centrih primarnega zdravstvenega varstva kaže z vidika prizadetih in delavcev primarnega zdravstvenega varstva.	Kvalitativni raziskovalni pristop: fokusne skupine in polstrukturirani intervjuji in triangulacija. V vzorec so bile vključene osebe z psihiatrično diagnozo (24) in zdravstveni delavci iz primarne ravni (13) iz Čila.	Tako uporabniki storitev kot zdravstveni delavci se strinjajo, da je potrebno več usposabljanja strokovnjakov na področju duševnega zdravja. Potrebna je pridobitev veščin, ki prispevajo k reševanju težkih situacij in znanja, ki demistificira zmotna prepričanja, kar ima za posledico boljše zdravljenje. Nujno je etično-strokovno usposabljanje, povezano z vlogo, ki se pričakuje od zdravstvenih delavcev s strani strokovnjakov, ki so usposobljeni za pacientove pravice in so spoštljivi do uporabnikov storitev ne glede na njihovo diagnozo in/ali situacijo. Tudi uporabniki storitev morajo biti deležni usposabljanja, saj lahko ljudje, ki razumejo svoje pravice, bolje obvladujejo situacije zlorabe in stigme; zato je izobraževanje v tem pogledu pomembno.
Darmayani idr., 2020.	Raziskati dožemanje študentov zdravstvenih delavcev in praktikov v zvezi s stereotipi.	Kvalitativna študija z uporabo fenomenološkega pristopa. Vzorec študentov zdravstvenih poklicev predklinične in klinične stopnje ter zdravstvenih delavcev je bil izbran z metodo vzorčenja z največjo variacijo. Primarno zbiranje podatkov je	Na oblikovanje stereotipov je vplivalo pomanjkanje razumevanja vlog drugih zdravstvenih poklicev, hierarhične kulture, osebnih izkušenj pri prejemanju zdravstvenega varstva in pogleda na skupnost. Stereotipi med zdravstvenimi delavci so povzročali ovire pri komunikaciji zdravstvenega tima in zmanjšali samozavest nekaterih zdravstvenih delavcev. Te stereotipe je mogoče premagati z razvojem kompetenc in izmenjavo znanja med

		potekalo z razpravami v 9 fokusnih skupinah.	strokovnjaki ter z izobraževanjem o vlogah in kompetencah drugih zdravstvenih delavcev, tako da ima vsak poklic podobne cilje glede varnosti pacientov.
Merino idr., 2018.	Proučevanje pristranskosti	Nesistematični pregled, kompilacija.	Implicitna pristranskost prežema sistem duševnega zdravja. Sistemi duševnega zdravja imajo edinstvene grožnje za pravično zagotavljanje storitev in zato zaslužijo pozornost raziskav.
Siqueira idr., 2017.	Proučevanje odnosa skupnosti do duševno bolnih	naključno vzorčenje zdravstvenih delavcev (n = 246), ki delajo v univerzitetni bolnišnici v Rio de Janeiru	Z negativnim odnosom so bile povezane naslednje individualne značilnosti: nižja stopnja izobrazbe in manj kliničnih izkušenj. Na splošno je odnos zdravstvenih delavcev do uporabnikov storitev označen kot pozitiven v primerjavi z drugimi mednarodnimi študijami. Treba je okrepiti izobraževalne programe za zdravstvene delavce, da bi dodatno spodbujali že obstoječ pozitiven odnos do oseb z duševnim zdravjem in izvajanje brazilske politike duševnega zdravja.

Do zdaj zbrani ukrepi za zmanjševanje diskriminatornega ravnanja zdravstvenih delavcev prioritizirajo kot ključni ukrep izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev in uporabnikov storitev. Poudarja se pomen ciljnih raziskav za spodbujanje inovativnih pristopov za zmanjševanje diskriminatornega vedenja med zdravstvenimi delavci.

4 Razprava

Dosedanje aktivnosti na področju prepoznavanja in zmanjševanja stereotipov, predsodkov in diskriminatornega vedenja do oseb z motnjo v duševnem zdravju pri zdravstvenih delavcih so ustvarile dokaze o prisotnosti stereotipov, predsodkov in diskriminatornega vedenja do oseb z motnjo v duševnem zdravju pri zdravstvenih delavcih. Za ugotavljanje prisotnosti stereotipov in predsodkov med zdravstvenimi delavci so že bili razviti vprašalniki. Anketni vprašalnik avtorjev Porfyri idr. (2022), ki je bil uporabljen na populaciji zdravstvenih delavcev v Grčiji. Sestavljen je iz petih delov, ki temeljijo na lestvici mnenj o duševnih boleznih (OMI). OMI je bila izpeljana iz obsežne faktorske analize njene začetne oblike 200 postavk s strani več kot 8000 ljudi z izkušnjami na področju duševnega zdravja – vključuje 51 izjav, prikazanih prek 6-stopenjske Likertove lestvice (Todor, 2013). Odgovori se razlikujejo od 1 (popolnoma se strinjam) do 6 (popolnoma se ne strinjam). Faktorska analiza 51 postavk je razkrila naslednjih pet podlestvic: Faktor A: Avtoritarnost (A, 11 postavk): mnenje, da osebe z duševno boleznijo ne morejo odgovarjati za svoja dejanja in da bi jih morala nadzorovati družba, Faktor B : Neprefinjena dobrohotnost (UB, 14 postavk): odnos, ki bi ga lahko postavili med strpnost in usmiljenje/sočutje; Faktor C: Ideologija duševne higijene (MHI, 9 postavk): mnenje, da je duševna bolezen podobna drugim boleznim in da jo je treba ustrezno zdraviti pri specialistih; Faktor D: Socialna restriktivnost (SR, 10 postavk): mnenje, da je treba psihiatrične bolnike omejiti na nekaterih družbenih področjih, in Faktor E: Medosebna etiologija (IE, 9 postavk): prepričanje, da je lahko pravi vzrok duševne bolezni najti v problematičnih medosebnih odnosih (Cohen in Struening, 1962). Za vsak dejavnik se končni rezultat izpelje s seštevanjem rezultatov vseh vključenih postavk in njihovim odštevanjem od konstantnega števila. Višje ocene kažejo, da se anketiranec bolj nagiba k odnosu, ki ga izraža vsak dejavnik (Arvaniti idr, 2009). Natančneje, višji rezultati za faktorje 1, 2 in 5 kažejo na bolj stigmatizirajoč in stereotipen odnos, medtem ko višji rezultati za faktorja 3 in 4 izražajo ugodnejše dojemanje duševnih bolezni in bolnikov, ki trpijo za njimi. Smiselno je vprašalnik uporabiti tudi na slovenski populaciji.

V raziskavah ugotavljajo, da morajo zdravstveni delavci izboljšati svoj odnos do ljudi z težavami v duševnem zdravju (Siqueira idr., 2017, str. 25; Darmayani idr., 2020). Znotraj zdravstvenega sistema obstaja vizija "dobrih" in "slabih" pacientov, ki namiguje na kulturno konstrukcijo, ki temelji na značilnostih zdravstvenega sistema. Zato, da bi posegli v stigmo, ni treba le razumeti kontekstualnega pomena, ki ga ima, ampak tudi družbene dejavnike, ki prispevajo k njenemu izražanju (Vaccari idr., 2020). Zdravstveni delavci bi morali biti usposobljeni za obravnavo večjih nujnih primerov, kot so samomorilno vedenje, psihomotorična vznemirjenost, fizična omejitev, motnje zlorabe substanc,

psihotični zlomi, epizode razpoloženja, napadi anksioznosti, motnje hranjenja, nujni primeri osebnostnih motenj in duševna zaostalost. Prav tako morajo biti navajeni obravnave različnih populacij, kot so različne starostne skupine (otroci, mladostniki, odrasli in starejši odrasli), oba spola, posamezniki s spolnimi preferencami in težavami s spolno identiteto, brezdomci in tisti iz različnih regij države. (kar lahko vpliva na izražanje informacij in psihopatološko oceno) (De Silva idr., 2020). Darmayani idr. (2020) ugotovili, da so stereotipi med zdravstvenimi delavci povzročali ovire pri komunikaciji zdravstvenega tima in zmanjšali samozavest nekaterih zdravstvenih delavcev. K ugotovitvam so dodali, da je stereotipe mogoče premagati z razvojem kompetenc in izmenjavo znanja med strokovnjaki ter z izobraževanjem o vlogah in kompetencah drugih zdravstvenih delavcev, tako da ima vsak poklic podobne cilje glede varnosti bolnikov.

Omejitev te raziskave je veliko, vendar pa če se navežemo na ugotovitve (Voldby idr., 2022) razpršena konceptualna pozornost in metodološka raznolikost ponazarjata, da raziskave na to temo zahtevajo nadaljnji razvoj in vrednotenje študijskih načrtov in intervencij, da bi učinkovito vplivali na zmanjšanje strukturne diskriminacije. Zaradi stigmatizirajočega odnosa in vedenja zaposlenih ljudje z diagnozo motnje v duševnem zdravju pogosto poročajo, da se počutijo dehumanizirane in diskriminirane. Paleta možnih ukrepov je pestra, njihova učinkovitost pa ni pogosto preverjanja. Zagotavljanje kakovosti zdravstvene obravnave oseb z motnjo v duševnem zdravju je obveznost socialne države in pravica državljanov (Zupančič, 2017, str. 31-45).

4 Zaključek s ključnimi ugotovitvami

Prisotnost stereotipov, predsodkov in diskriminatornega vedenja je bila mnogokrat dokazana tudi z že validiranimi instrumenti.

1. Do zdaj zbrani ukrepi za zmanjševanje diskriminatornega ravnanja zdravstvenih delavcev prioritizirajo kot ključni ukrep izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev in uporabnikov storitev. Izpostavlja se pomen ciljnih raziskav za spodbujanje inovativnih pristopov za zmanjševanje diskriminatornega vedenja med zdravstvenimi delavci.
2. Pri pripravi nabora ukrepov za zmanjševanje pristranskosti in diskriminatornega ravnanja pa bo potrebno nadaljnje proučevanje.
3. Zagotovo pa ugotovitve te raziskave potrjujejo, da gre za aktualno tematiko, kateri je nujno potrebno nameniti raziskovalni prostor, da bi lahko izpeljali na dokazih temelječe ukrepanje.

LITERATURA

1. Agency for Healthcare Research and Quality (b.d.). The Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT) and User's Guide. <https://www.ahrq.gov/health-literacy/patient-education/pemat.html>.
2. Aisling McGrath, A., Matthews, E., Murphy, N., Oostveen, I., Wagemakers, A., Verkooijen, K. (2024). Identification of relevant mental health indicators for European community-based health enhancing physical activity initiatives: An adapted Delphi study. *Mental Health and Physical Activity*, 27, 100638.
3. Alnemary, F. M., Alnemary, F. M., Alamri, A.S. in Alamri, Y. A. (2017). Characteristics of Arabic Websites with information on autism. *Neurosciences (Riyadh)*, 22(2), 143-145.
4. Alvarez-Galvez, J., Salinas-Perez, J.A., Montagni, I. in Salvador-Carulla, L. (2020). The persistence of digital divides in the use of health information: a comparative study in 28 European countries. *International Journal of Public Health*, 5(3), 325-333.
5. Athanasopoulou, C., Suni, S., Hätönen, H., Apostolakis, I., Lionis, C, Välimäki, M. (2016). Attitudes towards schizophrenia on YouTube: A content analysis of Finnish and Greek videos. *Informatics for Health and Social Care*, 41(3), 307-324.
6. Atkins, L., Francis, J., Islam, R., O'Connor, D., Patey, A., Ivers, N., idr. (2017). A guide to using the theoretical domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implementation Sciences*, 12(1), 1–18.
7. Banaji, M. R., in Greenwald, A. G. (2016). Blindspot: Hidden Biases of Good People. In Google Books. Random House Publishing Group. https://books.google.co.ke/books?id=z6WvDAAQBAJ&dq=Banaji+and+Greenwald+Chapter+1:&hl=en&newbks=1&newbks_redir=1&sa=X&ved=2ahUKEwj7rdK-vJ_-AhWackQEHRVeDsAQ6AF6BAgCEAI.

8. Baroni, S., Marazziti, D., Mucci, F. in Dell Osso, L. (2019). Problematic Internet use in drug addicts under treatment in public rehab centers. *World Journal of Psychiatry*, 9(3), 55-64.
9. Bertholet, N. in Cunningham, J.A. (2021). Information technology and addiction science: promises and challenges. *Addiction Science & Clinical Practice*, 16, 7.
10. Batterham, P. J., Ftanou, M., Pirkis, J., Brewer, J.L., Mackinnon, A. J, Beautrais, A., idr. (2015). A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. *Psychological Assessment*, 27(2), 501-512.
11. Berardi, C., Hinwood, M., Smith, A., Melia, A., Paolucci, F. (2021). Barriers and facilitators to the integration of digital technologies in mental health systems: a protocol for a qualitative systematic review. *PLoS ONE*, 16(11), e0259995.
12. Beaunoyer, E., Arsenault, M. D., Lomanowska, A.M., Guitton, M.J.(2017). Understanding online health information: Evaluation, tools, and strategies. *Patient Education and Counseling*, 100(2), 183-189.
13. Bernstein, M. T., Reynolds, K. A., Jakobson, L.S., Petty, S. K., Pryor, T.A.M., Stoesz BM, idr. (2021). Do anxiety websites have the answers people are looking for? *Patient Education and Counseling*, 105(4): 933-941.
14. Brijnath, B., Protheroe, J., Mahtani, K.R., Antoniadis, J. (2016). Do Web-based Mental Health Literacy Interventions Improve the Mental Health Literacy of Adult Consumers? Results From a Systematic Review. *J Med Internet Res*, 20;18(6), e165.
15. Brink, M., Green, A., Bo Bojesen, A., Lamberti, J.S. (2017). Physical Health, Medication, and Healthcare Utilization among 70-Year-Old People with Schizophrenia: A Nationwide Danish Register Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25 (5), 500 – 509.
16. Carrara, B.S., Ventura, C.A.A., Bobbili, S.J., Jacobina, O.M.P., Khenti, A., Mendes, I.A.C. (2019). Stigma in health professionals towards people with mental illness: An integrative review. *Arch Psychiatr Nurs*, 33(4),311-318.
17. Cerminara, C., Santarone, M.E., Casarelli, L., Curatolo, P. in El Malhany. N. (2014). Use of the DISCERN tool for evaluating web searches in childhood epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 41,119-21.
18. Concilium: Evropski svet, Svet EU. Duševno zdravje. <https://www.consilium.europa.eu/sl/policies/mental-health>
19. Cohen, J., in Struening, E. L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal of abnormal and social psychology*, 64, 349–360.
20. Corrigan, P.W. in Watson, A.C. (2002) Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness. *World Psychiatry*, 1, 16-20.
21. Darmayani, S., Findyartini, A., Widiastih, N., in Soemantri, D. (2020). Stereotypes among health professions in Indonesia: An explorative study. *Korean Journal of Medical Education*, 32(4), 329.
22. da Silva, AA Loch, A.A. (2020). Stigma toward individuals with mental disorders among Brazilian psychiatrists: a latent class analysis. *Braz. J. Psychiatr*, 43 (3).
23. Della Mea, V. (2001). What is e-health (2): the death of telemedicine? *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), E22.
24. Doll, C.M., Michel, C., Betz, L.T. idr. (2022). The Important Role of Stereotypes in the relation between Mental Health Literacy and Stigmatization of Depression and Psychosis in the Community. *Community Ment Health J*, 58, 474–486.
25. Društvo Altra (b.d.). *Duševno zdravje za vse, mar res?*. <https://altra.si/dusevno-zdravje-za-vse-mar-res/>
26. Discern. *Quality criteria for consumer health information*. http://www.discern.org.uk/general_instructions.php
27. Dueñas-García, O.F., Kandadai, P., Flynn, M. K., Patterson, D., Saini, J., O'Dell, K., idr. (2015). Patient-focused websites related to stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse: a DISCERN quality analysis. *International Urogynecology Journal*, 26, 875-880.
28. e-zdravje. *Duševno zdravje*. <https://www.ezdravje.com/dusevno-zdravje/>
29. Eivergård, K. Enmarker, I., Livholts, M., Aléx, L. (2020). Subordinated masculinities: A critical inquiry into reproduction of gender norms in handovers and rounds in a forensic psychiatric care. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 21-22.
30. Evropska komisija (b.d). *Duševno zdravje*. https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health_sl
31. Flores, A. R., Langton, L., Meyer, I.H., Romero, A.P., idr. (2020). Victimization rates and traits of sexual and gender minorities in the United States: Results from the National Crime *Victimization Survey*, 2017. *Science Advances*, 6(40), eaba6910.

32. Fontesse, S., Demoulin, F., Stingham, P. M. (2019). Dehumanization of psychiatric patients: Experimental and clinical implications in severe alcohol-use disorders. *Addictive Behaviors*, 89, 216–222.
33. Giulia Galli, G., Lenggenhager, B., Scivoletto, G., Molinari, M., Pazzaglia, M. (2015). Don't look at my wheelchair! The plasticity of longlasting prejudice. *Medical Education*, 49, 12, 1239-1247.
34. Groves, P.S., Bunch, J.L., Sabin, J.A. (2021). Nurse bias and nursing care disparities related to patient characteristics: A scoping review of the quantitative and qualitative evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 30, 23-24, 3385-3397
35. Gupta, R. in Ariefdjohan, M. (2020). Mental illness on Instagram: a mixed method study to characterize public content, sentiments, and trends of antidepressant use. *Journal of Mental Health*, 30, 518-525.
36. Guardiola-Wanden-Berghe, R., Gil-Pérez, J.D., Sanz-Valero, J., Wanden-Berghe, C. (2011). Evaluating the quality of websites relating to diet and eating disorders. *Health Information & Libraries Journal*, 28(4), 294-301.
37. Hardman, M. P., Reynolds, K. A., Petty, S. K. idr. (2022). An evaluation of the quality of online perinatal depression information. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22(1), 209.
38. Hao, Y., Wu, Q., Wang, X., Ma, Y., Wang, Y., Peng, P., Wang, X., Yang, Q., Liu, Y., Li, M., He, L., Q, Zhou Y, Liu T, Chen S. (2023). Stigmatizing attitudes toward mental illness among caregivers of patients with mental disorders in China. *Front Public Health*, 22;11:1071954.
39. 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), 14-22.
40. Hamilton, D.L., Sherman, J.W. (1994). Stereotypes. V Wyer, J., Srull, t.k. (ur.). *Handbook of Social Cognition*, 2, Applications (str. 1–68). Hillsdale, NJ: Erlbaum
41. Hawke, L.D., Sheikhan, N.Y., MacCon, K., Henderson, J. (2021). Going virtual: youth attitudes toward and experiences of virtual mental health and substance use services during the COVID-19 pandemic. *BMC Health Services Research*, 21(1), 340.
42. Hedepý (b.d.). *Preizkusite terapijo iz udobja vašega doma*. https://hedepy.si/?campaignid=20897557911&adgroupid=159732814200&gclid=Cj0KCQjwlvW2BhDyARIsADnle-JkK6LxfJdCIFS83lxN6nFzGAD1sE164bSbQbh-oeTTOa4sdWoY2dMaAj9wEALw_wcB
43. Henderson, C., Evans-Lacko, S. in Thornicroft, G. (2013). Mental Illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777–80.
44. James, P.B., Wardle, J., Steel, A. et al. An assessment of Ebola-related stigma and its association with informal healthcare utilisation among Ebola survivors in Sierra Leone: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 20, 182.
45. Kalckreuth, S., Trefflich, F. in Rummel-Kluge, C. (2014). Mental health related Internet use among psychiatric patients: a cross-sectional analysis. *BMC Psychiatry*, 14, 368.
46. Kickbusch, I., Piselli, D., Agrawal, A., Balicer, R., Banner, O., Adelhardt, M, idr. (2020). The Lancet and Financial Times Commission on governing health futures 2030: growing up in a digital world. *The Lancet*, 398 (10312), 1727-1776.
47. Killip, S. C., Kwong, N.K.R., MacDermid, J. C., Fletcher, A.J. in Carleton, N.R. (2020) The quality, readability, completeness, and accuracy of PTSD websites for firefighters. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7629.
48. Kirby PL, idr. (2018). Evaluating the quality of perinatal anxiety information available online. *Arch Womens Ment Health*, 21(6), 813-820.
49. Kugar, M.A., Cohen, A.C., Wooden, W., Tholpady, S. S., Chu, M. W. (2017). The readability of psychosocial wellness patient resources: improving surgical outcomes. *Journal of Surgical Research*, 218, 43–8. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2017.05.033>.
50. Lam Medicina dela, prometa in športa. *Duševno zdravje: Temelj za kakovostno življenje*. <https://lam.care/blog/dusevno-zdravje-in-krepitev-zdravja/>
51. Larkings, J.S., Brown, P.M. (2018). Do biogenetic causal beliefs reduce mental illness stigma in people with mental illness and in mental health professionals? A systematic review. *Int J Ment Health Nurs*, 27(3):928-941.
52. Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 2006(429), 51-59.
53. Macías, L. A. in Del Pino-Brunet, N. (2023). The Vulnerability of European Roma to the Socioeconomic Crisis Triggered by the COVID-19 Pandemic. *Social Sciences*, 12, (5), 1-12.
54. Maina, I.W., Belton, TDB, Ginzberg, S., Singh, A., Johns, T. J. (2018). A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the implicit association test. *Social Science & Medicine*, 199, 219-229.

55. Marcelin, J.R., Siraj, D.S., Robert V., Kotadia, S., Maldonado, Y.A. (2019). The Impact of Unconscious Bias in Healthcare: How to Recognize and Mitigate It, *The Journal of Infectious Diseases*, 220 (2), 62–S73,
56. Med.Over.Net. (b.d). *Duševno zdravje*. <https://med.over.net/tag/dusevno-zdravje/>
57. Miniwatts Marketing Group (2017). Internet world stats: usage and population statistics. <http://www.internetworldstats.com/stats.htm>.
58. Meidert, U., Dönnges, G., Bucher, T., Wieber, F., Gerber-Grote, A. (2023). Unconscious Bias among Health Professionals: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 12, 20(16), 6569.
59. *Mira- nacionalni program duševnega zdravja*. (b.d). <https://www.zadusevnozdravje.si/dusevno-zdravje/kaj-je-dusevno-zdravje/>
60. mlad.si. (b.d.). *Križišče mladosti*. <https://www.mlad.si/informacije/dusevno-zdravje/>
61. Montagni, I., idr. (2020). Mental health-related digital use by university students: a systematic review. *Telemed. e-Health*, 260 (2), 131-146.
62. Montoya, M., Gresh, L., Mercado, J.C., Williams, K.L., Vargas, M.J., Gutierrez, G., idr. (2013). Symptomatic versus inapparent outcome in repeat dengue virus infections is influenced by the time interval between infections and study year. *PLOS, Neglected Tropical Diseases*, 7(8), e2357.
63. Moshagen, M., & Thielsch, M. T. (2010). Facets of visual aesthetics. *International Journal of Human-Computer Studies*, 68(10), 689–709
64. Motivacija-za.me. (b.d.) *Duševno zdravje je prioriteta*. https://www.motivacija-za.me/delavnica-za-notranji-mir/?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwlvW2BhDyARIsADnle-J7kSnPlkysCK60upLxrkWISifj5-rC6FbyOBd4jfEzaDce07m13AaAktIEALw_wcB
65. Murphy, L., Clemets, K., Farragher, L., Long, J. (2023). Mental health-related indicators for measuring performance and impact of mental health policy. Dublin: Health Research Board
66. Mutamba, B.B., van Ginneken, N., Smith Paintain, L. idr. (2013). Roles and effectiveness of lay community health workers in the prevention of mental, neurological and substance use disorders in low and middle income countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 13, 412.
67. NIJZ (2022). *Program Mira*. <https://nijz.si/programi/program-mira/>
68. NIJZ (b.d.). *Duševni zdravje*. <https://nijz.si/zivljenjski-slog/dusevno-zdravje/>
69. Nisi okej? Povej naprej. (b.d.). *Kaj je duševno zdravje*. <https://nisiokejpovejnaprej.si/dusevno-zdravje/kaj-je-dusevno-zdravje-parent/kaj-je-dusevno-zdravje/>
70. Nour, M. H., Tsatalou, O. M. in Barrera, A. (2016). Schizophrenia on YouTube. *Psychiatric Services*, 68(1), 70–74.
71. Omra.si. (b.d.). *Duševno zdravje*. <https://www.omra.si/o-motnjah/dusevne-motnje/zanimivosti-o-dusevni-motnjah/dusevno-zdravje/>
72. Pew Research Center (2019). *In Emerging Economies, Smartphone and Social Media Users Have Broader Social Networks*. <https://www.pewresearch.org/internet/2019/08/22/in-emerging-economies-smartphone-and-social-media-users-have-broader-social-networks/>.
73. Peitz D, Kersjes C, Thom J, Hoelling H, Mauz E. Indicators for Public Mental Health: A Scoping Review. *Front Public Health*. 2021 Sep 27;9:714497. doi: 10.3389/fpubh.2021.714497. PMID: 34646802; PMCID: PMC8502920.
74. Portal gov.si. (b.d.). *Duševno zdravje*. <https://www.gov.si teme/dusevno-zdravje/>
75. 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., in Deretzi, G. (2022). Mental health-related stigma discrimination and prejudices among Greek healthcare professionals. *Frontiers in psychiatry*, 13, 1027304.
76. Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti. *Uradni list RS*, št. 38/11
77. Projekt Trialog (b.d.). *Kaj je duševno zdravje?*. <https://projekt-trialog.si/nudim-pomoc-kaj-je-dusevno-zdravje/>
78. Program Mira, b.d. <https://www.zadusevnozdravje.si/>.
79. psihiatrija.doktor24.si (b.d.). *Psihoterapija in psihiatrija*. https://psihiatrija.doktor24.si/?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwlvW2BhDyARIsADnle-Kvs0E70Eo2V9V7OUWvZdS-KvEXjazy7-LAHQonmcY6lWwOM_gRsaAvzGEALw_wcB
80. Psihoterapija-ordinacija (b.d.). *Kaj so duševne motnje?*. <https://www.psihoterapija-ordinacija.si/dusevne-motnje/kaj-so-dusevne-motnje>
81. Radó, N., Girasek, E., Békási, S., Györffy, Z. (2022). Digital Technology Access and Health-Related Internet Use Among People Experiencing Homelessness in Hungary: Quantitative Survey. *Journal of Medical Internet Research*, 24(10):e38729.

82. Ratcliff, C. (2016). *What are the top 10 most popular search engines?* Search Engine Watch. SEO. <https://www.searchenginewatch.com/2016/08/08/what-are-the-top-10-most-popular-search-engines/>.
83. Raphiphatthana, B., Maulana, H., Howarth, T., Gardner, K. in Nagel, T. (2020). Digital Mental Health Resources for Asylum Seekers, Refugees, and Immigrants: Protocol for a Scoping Review. *JMIR Research Protocols*, 24;9(8), e19031.
84. Reavley, N., Luwishennadige, M.N. F., Jorm, A. (2022). 9 - *Websites and the validity of mental health care information. Mental Health in a Digital World*, Online: Elsevier. str.191-206. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128222010000095?via%3Dihub>
85. Reynolds, R. (2015). Technology for teaching Civics and Citizenship: insights from teacher education. *The Social Educator*, 33(1), 26-38.
86. Rehm, J. in Shield, K.D. (2019). Global burden of Disease and the impact of mental and addictive disorders. *Current Psychiatry Reports*, 21(2), 1–7.
87. *Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028. Uradni list RS*, št. 24/18.
88. Robillard, J.M. in Feng, T.L. (2017). Health Advice in a Digital World: Quality and Content of Online Information about the Prevention of Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimers Disease*, 55(1), 219-229
89. Romanello, M., McGushin, A., Di Napoli, C., Drummond, P., Hughes, N., Jamart L, idr. (2021). The 2021 report of the Lancet countdown on health and climate change: code red for a healthy future. *The Lancet*, 398(10311),1619–62.
90. Roskar, S., Bracic, M.F., Kolar, U., Lekic, K., Juricic, N.K, Grum, A.T. (2017). Attitudes within the general population towards seeking professional help in cases of mental distress. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(7), 614-621.
91. Rössler, W., Ajdacic-Gross, V., Riecher-Rössler, A., Angst, J., Hengartner, M.P. (2016). Does menopausal transition really influence mental health? Findings from the prospective long-term Zurich study. *World Psychiatry*, 15(2), 146-54.
92. Ryan, T., Chester, A., Reece, J., Xenos, S. (2014). The uses and abuses of Facebook: A review of Facebook addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(3), 133-48.
93. Santomauro, D. F., Herrera, A.M.M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C. in Pigott, D.M. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398, (103), 1700-1712.
94. Siqueira, S. R. G., Abelha, L., Lovisi, G. M., Saruão, K. R. in Yang, L. (2017). Attitudes towards the mentally ill: A study with health workers at a University Hospital in Rio de Janeiro. *Psychiatric Quarterly*, 88(1), 25–38. 95.
96. Skupaj za zdravje. (b.d). *Duševno zdravje*. <https://www.skupajzazdravje.si/kategorija/dusevno-zdravje/>
97. Slovenski center za raziskovanje samomora (2013). *Živ?Živ!. Postaja za razumevanje samomora*. <https://zivziv.si/scsr/>.
98. SMOG Readability. (b.d). The SMOG Readability Formula, a Simple Measure of Gobbledygook. <https://charactercalculator.com/smog-readability/>
99. Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2030 (2023). <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/NOVICE/Strategija-obvladovanja-demence-v-Sloveniji-do-leta-2030.pdf>
100. Strzelecki, A. in Rutecka, P. (2020), "Featured snippets results in Google web search: an exploratory study". *Marketing and Smart Technologies. Computer Science*, 9-18.
101. Šent (b.d.). *Slovensko združenje za duševno zdravje*. <https://www.sent.si/>
102. UNICEF Slovenija. (b.d.). *Projekti v Sloveniji. Duševno zdravje*. <https://unicef.si/dusevno-zdravje/>
103. Tom Telefon. (b.d.). *Kategorija duševno zdravje*. <https://e-tom.si/category/teme/dusevno-zdravje/>
104. Todor, I. (2013). Opinions about mental illness. *Proc Soc Behav Sci.*, 82, 209-214.
105. Vaccari, P., Ramírez-Vielma, R., Saldivia, S. idr.. (2020). Stigma towards people with a diagnosis of severe mental disorder in primary healthcare centers: perspectives of service users and health teams in Chile. *Int J Ment Health Syst*, 14, 6.
- 106.
107. Valverde-Bolivar, E., Simonelli-Muñoz, A.J., Rivera-Caravaca, J.M., Gallego-Gómez, J.I., Rodríguez González-Moro, M.T., García-Arenas, J.J. (2022). Occupational Therapy in Severe Mental Disorder-A Self-Controlled Quasi-Experimental Study. *Healthcare (Basel)*, 8, 10(3), 493.
- 108.
109. Vizita.si. (b.d.). *Kako je duševno zdravje povezano s prehrano in obratno?* <https://vizita.si/dusevnost/kako-je-dusevno-zdravje-povezano-s-prehrano-in-obratno.html>
110. VisAWI (b.d.) VisAWI Manual. http://www.thielsch.org/download/VisAWI/VisAWI_Manual_EN.pdf.

- 111.Volbdy, K.G., Hellström, L.C., Berg, M.E., Eplov, L.F. (2022). Structural discrimination against people with mental illness; a scoping review. *SSM-Mental Health*, 2, 100117.
- 112.Walsh, K., Pryor, T.A.M., Reynolds, K.A. in Walker, J. R. (2019). Searching for answers: how well do depression websites answer the public's questions about treatment choices? *Patient Education and Counseling*, 102(1), 99–105.
- 113.Wang, H. Y., Sigerson, L. in Cheng, C. (2019). Digital Nativity and Information Technology Addiction: Age cohort versus individual difference approaches. *Computers in Human Behavior*, 90, 1-9.
- 114.WebFX (2024). *WebFX. Readability test tool*. <https://www.webfx.com/tools/read-able/smog-index.html>.
- 115.Wikipedia (b.d.). *Duševno zdravje*. https://sl.wikipedia.org/wiki/Du%C5%A1evno_zdravje
- 116.Zakon o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk-1). *Uradni list RS*, št. 84/23.
- 117.Zakon o dostopnosti spletišč in mobilnih aplikacij (ZDSMA). *Uradni list RS*, št. 30/18, 95/21 – ZInfV-A, 189/21 – ZDU-1M in 18/23 – ZDU-10.
- 118.Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr). *Uradni list RS*, št. 77/08, 46/15 – odl. US, 44/19 – odl. US, 109/23 in 136/23 – ZIUZDS.
- 119.Zakon o medijih (ZMed). *Uradni list RS*, št. 110/06 – uradno prečiščeno besedilo, 36/08 – ZPOmK-1, 77/10 – ZSFCJA, 90/10 – odl. US, 87/11 – ZAvMS, 47/12, 47/15 – ZZSDT, 22/16, 39/16, 45/19 – odl. US, 67/19 – odl. US in 82/21.
- 120.Zakon o spodbujanju digitalne vključenosti (ZSDV). *Uradni list RS*, št. 35/22, 40/23 in 30/24.
- 121.Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). *Uradni list RS*, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS.
- 122.Zakon o socialnem varstvu (ZSV). *Uradni list RS*, št. 3/07 – uradno prečiščeno besedilo, 23/07 – popr., 41/07 – popr., 61/10 – ZSVarPre, 62/10 – ZUPJS, 57/12, 39/16, 52/16 – ZPPreb-1, 15/17 – DZ, 29/17, 54/17, 21/18 – ZNOrg, 31/18 – ZOA-A, 28/19, 189/20 – ZFRO, 196/21 – ZDOsk, 82/23 in 84/23 – ZDOsk-1.
- 123.Zakon o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-2). *Uradni list RS*, št. 163/22.
- 124.Zakon o varstvu potrošnikov (ZVPot-1). *Uradni list RS*, št. 130/22.
- 125.Zdravstveni dom za študente (2024). *Duševno zdravje – psihične težave in duševne motnje*. https://www.zdstudenti.si/yourhealth_area/za-svoje-dusevno-zdravje-je-treba-skrbeti/
- 126.Zupančič, V. (v tisku). In Malči, M. (ur.). Izzivi globalizacije in družbeno-ekonomsko okolje EU : zbornik prispevkov : 12. mednarodna znanstvena konferenca : Novo mesto, 18. maj 2024. Novo mesto: Založba Univerze.
- 127.Zupančič, V. (2017). Integrirana skrb za osebe s težavami v duševnem zdravju. *Revija za zdravstvene vede*, 4(1), 31-45.
- 128.Živ?Živ! (Slovenski center za raziskovanje samomora) (b.d.). *Kaj je duševno zdravje?*. <https://zivziv.si/kaj-je-dusevno-zdravje/>



Univerza v Novem mestu
Fakulteta za *zdravstvene vede*



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE



ANKETNI VPRAŠALNIK ZA ZDRAVSTVENE DELAVCE

IN SODELAVCE

Spoštovani,

vljudno vabljeni k izpolnitvi anketnega vprašalnika, ki je namenjen ugotavljanju prisotnosti tabujev, stereotipov in predsodkov, stigmatizacije in diskriminacije v zdravstveni dejavnosti do marginaliziranih skupin na področju duševnega zdravja. Raziskava bo izvedena kot del Ciljno raziskovalnega projekta: CRP 2023 V3-2311: Vrzeli med potrebami in celovito, integrirano in kontinuirano zdravstveno obravnavo različnih skupin marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja. Raziskava ima pridobljeno etično soglasje Komisije UNM za etiko v raziskavah, ki vključujejo delo z ljudmi (št. UNM 32/2024 z dne 20. 2. 2024).

V raziskavi sodelujete prostovoljno. Na vprašanja odgovorite na način, da obkrožite odgovor, ki najbolj velja za vas. Navedbe v moški obliki veljajo za oba spola. Bodite iskreni, da bodo pridobljeni podatki dobra podlaga za izboljšave na področju zagotavljanja kontinuirane zdravstvene obravnave različnih skupin marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja. Ugotovitve bodo predstavljene na način, da prepozna identitete, ne bodo mogoča. Končno poročilo projekta bo objavljeno na spletni strani Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto in Ministrstva za zdravje.

Za dodatne informacije smo vam na voljo:

Doc. dr. Vesna Zupančič (tel. 040 366 580, e-mail: vesna.zupancic@gov.si).

Mateja Košak Gregorič

Patricija Revinšek

I. DEMOGRAFSKI PODATKI (obkrožite za vas ustrezen odgovor)

1. **Spol:** a) M b) Ž
2. **Starost:** a) 30 ali manj b) od 31 do 40, c) od 41 do 50 d) od 51 do 60 e) več kot 60
3. **Družinski status:** a) poročen b) Ločen c) Vdovec d) V razmerju e) Samski
4. **Izobrazba:**
 - a) Bolničar negovalec
 - b) Zdravstveni tehnik
 - c) Zdravstveni administrator
 - d) Diplomirana medicinska sestra
 - e) Fizioterapevt
 - f) Delovni terapevt
 - g) Psiholog
 - h) Zdravnik
 - i) Zobozdravnik
 - j) Drugo: _____
5. **Področje dela:**
 - a) Zdravstveni zavod na primarni ravni
 - b) Zdravstveni zavod na sekundarni/terciarni ravni
 - c) Socialnovarstveni zavod
 - d) Vzgojno izobraževalni zavod
 - e) Drugo: _____
6. **Status zavoda, kjer ste zaposleni:**
 - a) Javni zavod
 - b) Zasebni zavod s koncesijo
 - c) Zasebni zavod
7. **Delovne izkušnje na strokovnem področju:** a) manj kot 5 let b) od 5 do 15 let
c) od 16 do 20 let d) od 21 do 26 let e) več kot 26 let

II. VREDNOTENJE OSEBNIH STALIŠČ PO ŠESTOPENSKI LIKARTOVI LESTVICI (označite stopnjo strinjanja glede na legendo:

- 1- popolnoma se ne strinjam, 2- se ne strinjam, 3 - bolj se ne strinjam kot strinjam, 4 – bolj se strinjam kot ne strinjam, 5- se strinjam, 6-popolnoma se strinjam

Op. V spletni verziji bo tabela razdeljena na pet do šest sklopov.

	Trditve	1	2	3	4	5	6
1	Do živčnih zlomov običajno pride, ko ljudje preveč delajo.						
2	Duševna bolezen je bolezen kot vse druge.						
3	Večina pacientov v psihiatričnih bolnišnicah ni nevarnih.						
4	Čeprav se zdi, da so pacienti, odpuščeni iz psihiatričnih bolnišnic v redu, se jim ne bi smelo dovoliti poročiti.						
5	Če bi imeli starši bolj radi svoje otroke, bi bilo manj duševnih bolezni.						
6	Preprosto je prepoznati nekoga, ki je nekoč imel resno duševno bolezen.						
7	Psihiatrični pacienti pustijo, da jim vladajo čustva, medtem ko normalni posamezniki razmišljajo, kaj storiti.						
8	Ljudje, ki so bili nekoč hospitalizirani na psihiatrični kliniki, niso nič bolj nevarni kot povprečni normalni ljudje.						
9	Ko ima človek težave ali skrbi, je najbolje, da o tem ne razmišlja, ampak se ukvarja s prijetnejšimi stvarmi.						
10	Čeprav se tega običajno ne zavedajo, veliko ljudi duševno zboli, da bi se izognili težavam vsakdanjega življenja.						
11	Pri psihiatričnih pacientih je nekaj, po čemer jih je enostavno ločiti od normalnih ljudi.						

12	Čeprav se pacienti v psihiatričnih bolnišnicah obnašajo smešno, se jim ne smemo smejati.						
13	Večina psihiatričnih pacientov je pripravljena delati.						
14	Pacientov v psihiatričnih bolnišnicah ne bi smeli obiskovati majhni otroci.						
15	Ljudje, ki so uspešni pri svojem delu, le redko zbolijo za duševnimi boleznimi.						
16	Ljudje ne bi duševno zboleli, če bi se izogibali slabim mislim.						
17	Ljudje v psihiatričnih bolnišnicah so v marsičem podobni otrokom.						
18	Več denarja od davkov bi morali porabiti za nego in zdravljenje ljudi s hudimi duševnimi boleznimi.						
19	Glede na simptomatiko bolezni se psihiatrični pacient razlikuje od ostalih pacientov, npr. kardiološkega.						
20	Psihiatrični pacienti prihajajo iz domov, kjer so se starši malo zanimali za svoje otroke.						
21	Ljudje z duševnimi boleznimi se nikoli ne smejo zdraviti v isti bolnišnici kot ljudje s fizičnimi boleznimi.						
22	Vsakdo, ki se močno trudi izboljšati sebe, si zasluži spoštovanje drugih.						
23	Če bi naše bolnišnice imele zelo dobro usposobljene zdravnike, medicinske sestre in pomožno osebje, bi se številni pacienti dovolj pozdravili, da bi živeli zunaj psihiatričnih klinik.						
24	Ženska bi bila neumna, če bi se poročila z moškim, ki ima hudo duševno bolezen, čeprav se zdi, da je popolnoma ozdravel.						
25	Če bi otroke duševno bolnih staršev vzgajali normalni starši, verjetno ne bi duševno zboleli.						
26	Ljudje, ki so bili pacienti v psihiatrični bolnišnici, ne bodo nikoli več takšni, kot so bili.						
27	Veliko psihiatričnih pacientov je sposobnih za kvalificirano delo, tudi če so kakorkoli duševno moteni.						
28	Naše psihiatrične klinike so bolj podobne zaporom kot mestom, kjer lahko duševno bolni prejmejo potrebno oskrbo.						
29	Kdor je v bolnišnici zaradi duševne bolezni, ne bi smel voliti.						
30	Duševna bolezen mnogih ljudi je posledica ločitve ali razveze staršev v otroštvu.						
31	Najboljši način za ravnanje s pacienti v psihiatričnih bolnišnicah je, da se jih drži za zaklenjenimi vrati.						
32	Biti hospitaliziran na psihiatrični kliniki je enako neuspehu v resničnem življenju.						
33	Pacienti v psihiatričnih klinikah bi morali dobiti več prostora za zasebno uporabo.						
34	Če pacient v psihiatrični kliniki koga udari, ga je treba kaznovati, da tega ne stori več.						
35	Če bi otroke normalnih staršev vzgajali duševno bolni starši, bi verjetno postali duševno bolni.						
36	Vsaka psihiatrična klinika bi morala biti obdana z visokimi ograjami in imeti varnostno osebje.						
37	Zakon bi moral ženski dovoliti, da se loči od moža, takoj ko je bil zaradi hude duševne bolezni zaprt v psihiatrični bolnišnici.						
38	Psihiatričnim pacientom, ki zaradi svoje duševne bolezni ne morejo delati, je treba dati denar za preživetje.						
39	Duševna bolezen je običajno posledica neke bolezni živčnega sistema.						

40	Kakor koli pogledate, ljudje s hudimi duševnimi boleznimi niso več pravi ljudje.						
41	Večini žensk, ki so bile nekoč pacientke v duševni bolnišnici, bi lahko zaupali, da bi delale kot varuške.						
42	Večini pacientov v psihiatričnih bolnišnicah je vseeno, kako izgledajo.						
43	Visokošolski profesorji imajo večjo verjetnost, da bodo duševno zboleli, kot poslovneži.						
44	Mnogi ljudje, ki še nikoli niso bili hospitalizirani v psihiatrični kliniki, so bolj bolni kot številni psihiatrični pacienti, ki so bili hospitalizirani.						
45	Čeprav se nekateri psihiatrični pacienti zdijo v redu, je nevarno vsaj za trenutek pozabiti, da trpijo za duševno boleznijo.						
46	Včasih je duševna bolezen kazen za slaba dejanja.						
47	Naše psihiatrične klinike bi morale biti organizirane tako, da bi se pacient počutil tako, kot da živi doma.						
48	Eden glavnih vzrokov za duševne bolezni je pomanjkanje moralne moči ali volje.						
49	Za paciente v psihiatrični bolnišnici je mogoče storiti le malo, razen poskrbeti, da jim je udobno in da so dobro nahranjeni.						
50	Mnogi psihiatrični pacienti bi ostali v bolnišnici, dokler ne bi ozdraveli, tudi če bi vrata ostala odklenjena.						
51	Vsem pacientom v psihiatričnih bolnišnicah je treba z nebolečo operacijo (sterilizacijo) preprečiti rojstvo otrok.						

OCENA STOPNJE PRIPRAVLJENOSTI NA SPECIFIČNE SITUACIJE (Označite stopnjo pripravljenosti glede na legendo: 1-absolutno nepripravljen, 2- precej nepripravljen, 3-delno pripravljen, 4 – absolutno pripravljen).

	Vprašanje	1	2	3	4
1	Ste pripravljeni dati sobo v vašem domu v najem nekomu z duševno boleznijo?				
2	Ste pripravljeni delati z osebo z duševno boleznijo?				
3	Ste pripravljeni imeti za soseda nekoga z duševno boleznijo?				
4	Kako ste pripravljeni na to, da bi skrb za svoje otroke zaupali nekomu z duševno boleznijo skrbel za vaše otroke?				
5	Kako pripravljeni ste na to, da bi se vaši otroci (ne glede na to ali jih imate ali ne) poročili z osebo z duševno boleznijo?				
6	Kako pripravljeni ste na to, da bi nekoga z duševno boleznijo predstavili svojim prijateljem?				
7	Ste pripravljeni predstaviti nekoga z duševno boleznijo in ga priporočiti za delo nekomu, ki ga poznate?				

OPREDELITEV SPECIFIČNE OSEBNE SITUACIJE (Označite trditve, ki veljajo za vas)

	Trditve	1-da	2-ne
1	Nikoli nisem opazoval osebe, za katero sem vedel, da ima duševno bolezen.		
2	Opazoval sem osebo, za katero verjamem, da je morda imela duševno bolezen.		
3	Gledal sem film ali televizijsko oddajo, v kateri je lik upodobil osebo z duševno boleznijo.		
4	Gledal sem dokumentarec o duševnih boleznih.		
5	Pogosto sem opazoval osebe z duševno boleznijo.		
6	Na delovnem mestu sem delal z osebo, ki je imela duševno bolezen.		
7	Med izobraževanjem sem opravil tečaj v zvezi z duševnimi boleznimi.		
8	Moje delo vključuje zagotavljanje storitev/zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi.		
9	Družinski prijatelj ima duševno bolezen.		
10	Imam sorodnika, ki je duševno bolan.		
11	Živim z osebo, ki ima duševno bolezen.		

12	Imam duševno bolezen.		
----	-----------------------	--	--

OCENA STANJA PO ŠESTOPENSKI LIKARTOVI LESTVICI (označite stopnjo strinjanja glede na legendo: 1- popolnoma se ne strinjam, 2- se ne strinjam, 3 - bolj se ne strinjam kot strinjam, 4 – bolj se strinjam kot ne strinjam, 5- se strinjam, 6-popolnoma se strinjam)

	Trditev	1	2	3	4	5	6
1	Duševno zdravje je v družbi pogosto tabu tema, ki se ji sogovorniki izogibajo.						
2	Zaradi strahu pred razkrivanjem ali pa zaradi pomanjkanja informacij o duševnih težavah, se lahko ustvarijo številna zmotna prepričanja.						
3	Mediji pogosto nenamerno širijo zmote in neresnice o duševnih težavah (npr. senzacionalistično poročanje, prikrivanje celotne zgodbe, poudarjanje šokantnih podatkov).						
4	Preko bližnjega stika z ljudmi z duševnimi težavami lahko najbolj učinkovito odpravimo mite in neresnice o duševnih stiskah.						
5	V zdravstveni dejavnosti se borimo proti stigmi duševnih težav.						
6	V zdravstveni dejavnosti prisluhnemo osebam in njihovim izpovedim o soočanju z duševnimi težavami.						
7	Med izobraževanjem za poklice v zdravstvu se naučimo prepoznavati zmotna prepričanja in neresnice o duševnih težavah.						
8	V zdravstveni dejavnosti smo pogosto nosilci stereotipov in predsodkov o psihiatričnih pacientih.						
9	V zdravstveni dejavnosti pogosto stigmatiziramo težave v duševnem zdravju.						
10	V zdravstveni dejavnosti bolj pogosto diskriminiramo paciente zaradi težav v duševnem zdravju kot na drugih področjih družbene dejavnosti.						
11	V zdravstveni dejavnosti paciente iz marginalnih ali ranljivih skupin prebivalstva pogosto negativno diskriminiramo.						
12	Psihiatrične paciente iz marginalnih ali ranljivih skupin prebivalstva obravnavamo bolj deskriminatorno v negativnem smislu glede na ostale psihiatrične paciente.						
13	Marginalizirani ali ranljivi psihiatrični pacienti so s strani zdravstvenih delavcev zaradi strahu pogosto pozitivno diskriminirani glede na ostale paciente.						
14	V zdravstveni dejavnosti so vsi pacienti ne glede na naravo bolezni obravnavani enakopravno.						

OCENA PRISOTNOSTI DISKRIMINATORNEGA RAVNANJA

Označite, kako pogosto je po vaši oceni prisotno diskriminatorno ravnanje zdravstvenih (so)delavcev pri zdravstveni obravnavi pacientov iz posameznih marginalnih skupin zaradi težav na področju duševnega zdravja na posameznih področjih ali pri posameznih skupinah - glede na legendo: 1- ni prisotno, 2- občasno prisotno 3 - precej prisotno, 4 – pogosto prisotno.

	Trditev	1	2	3	4
1	Promocija duševnega zdravja				
2	Preventiva duševnih motenj				
3	Diagnostika motenj v duševnem zdravju				
4	Zdravljenje motenj v duševnem zdravju				
5	Rehabilitacija zaradi motenj v duševnem zdravju				
6	Reintegracija in ponovna vključitev v skupnosti				
8	V otroških in šolskih dispanzerjih				
9	V ambulantah družinske medicine				
10	Na področju medicine dela				
11	Pri ambulantni obravnavi na področju ginekologije				
12	V specialističnih ambulantah				

13	V bolnišnični obravnavi				
14	V porodnišnicah				
15	V psihiatričnih bolnišnicah				
16	Starejši pacienti				
17	Romi				
18	Priseljenci, tuje govoreči				
19	Osebe z različnimi oblikami invalidnosti				
20	socialno-ekonomsko prikrajšani posamezniki				
21	Brezdomci				
22	Homoseksualci				
23	Zaporniki				
24	Spolni delavci				
25	Žrtve nasilja				
26	Dolgotrajno bolni ljudje				
27	Brezdomci				
28	Odvisniki od prepovedanih drog				
29	Vinjeni ali odvisni od alkohola				
30	Osebe brez zdravstvenega zavarovanja				

Vaši komentarji, pripombe, predlogi:

Hvala za sodelovanje!