



Univerza v Novem mestu  
Fakulteta za *zdravstvene vede*

**Drugo poročilo:**

**Stanje na področju duševnega zdravja za zagotavljanje celovite integrirane in kontinuirane zdravstvene obravnave marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja z vidika regijske dostopnosti v Sloveniji**

**Vrzeli 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, 14. 5. 2024**

## UVOD POROČILO – URESNIČEVANJE CILJEV

**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 drugega poročanja je bil v skladu z določeno časovnico izveden drugi delovni sklop:

### **DS2. Analiza stanja na področju duševnega zdravja za zagotavljanje celovite integrirane in kontinuirane zdravstvene obravnave marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja z vidika regijske dostopnosti v Sloveniji**

Začrtani cilji v okviru drugega delovnega sklopa:

- Ugotoviti stanje glede pojavnosti in značilnosti vrzeli med potrebami in oskrbo za celovito zdravstveno obravnavo marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja z vidika regijske dostopnosti v Sloveniji;
- Identificirati skupine marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja do celovite integrirane in kontinuirane zdravstvene obravnave kontekstu regijske dostopnosti v Sloveniji;
- Identificirati pobude in primere dobrih praks za premostitev vrzeli med potrebami in oskrbo za celovito zdravstveno obravnavo marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja v Sloveniji v izbranih regijah.

Postopkovno smo izvedli ta delovni sveženj po naslednjih sklopih:

1. Priprava vprašanj, organizacija in izvedba fokusnih skupin,
2. Priprava vprašanj, izvedba poglobljenih intervjujev s strokovnjaki,
3. Priprava vprašanj, izvedba poglobljenih intervjujev s pacienti/uporabniki storitev,
4. Analiza podatkov fokusnih skupin in poglobljenih intervjujev,
5. Analiza dokumentov ter medijskih in drugih objav,
6. Oblikovanje poročila (Stanje na področju duševnega zdravja za zagotavljanje celovite integrirane in kontinuirane zdravstvene obravnave marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja z vidika regijske dostopnosti v Sloveniji) in diseminacija rezultatov.

### **Objave:**

1. Zupančič, V. (2024). Splet kot vir informacij v okviru skupnostne skrbi za duševno zdravje marginaliziranih odraslih. V: Grivec, M. (ur.). Izzivi globalizacije in družbeno–ekonomsko okolje EU. Novo mesto: Univerza Novo mesto.
2. Zupančič, V. (2024). Izvirni znanstveni prispevek na temo analize dokumentov ter medijskih in drugih objav (v delu za objavo v JHS)
3. Zupančič, V. in Karmen, E. (2024). Izvirni znanstveni prispevek na temo kvalitativne analize (v delu za objavo v reviji z IMPAC faktorjem)

## PREDSTAVITEV UGOTOVITEV DS2

### **Stanje na področju duševnega zdravja za zagotavljanje celovite integrirane in kontinuirane zdravstvene obravnave marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja z vidika regijske dostopnosti v Sloveniji**

#### **Uvod**

Duševno zdravje je ena izmed osnovnih človekovih pravic, ki je ključnega pomena za osebni, družbeni in družbenoekonomski razvoj. Je stanje duševnega blagostanja, ki ljudem omogoča, da se spoprimejo s stresom življenja, uresničijo svoje sposobnosti, se dobro učijo in delajo ter prispevajo k svoji skupnosti. Je sestavni del zdravja in dobrega počutja, ki podpira naše individualne in kolektivne sposobnosti sprejemanja odločitev, gradnje odnosov in oblikovanja sveta, v katerem živimo (WHO, 2017; 2022).

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

Mrežo virov pomoči predstavlja tako seznam izvajalcev, na katerem so zbrane uradno registrirane zdravstvene in socialne storitve s področja pomoči v duševnih in drugih stiskah ter krepitve duševnega zdravja, ki so v slovenskem prostoru na voljo uporabnikom brez plačila. V Sloveniji kot izvajalec zdravstvene dejavnosti delujejo: dve univerzitetni psihiatrični kliniki, štiri psihiatrične bolnišnice (PB Vojnik, PB Begunje, PB Ormož, PB Idrija) in 64 zdravstvenih domov in znotraj njih 16 Centrov za duševno zdravje odraslih. Na področju socialnega varstva delujejo socialne službe, ki zagotavljajo podporo in odgovarjajo na socialne in življenjske potrebe ljudi z duševnimi motnjami. Izvajajo dejavnosti preko mreže socialnovarstvenih storitev, ki jih zagotavljajo centri za socialno delo, nevladne organizacije s socialnovarstvenimi programi, sistemi zaposlovanja, razvitih v gospodarskem sektorju preko Zavoda za zaposlovanje in drugih institucij ter sistemi invalidskega varstva (Švab in Makivič, 2023).

Sprejeta je bila Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18–28) (Uradni list RS, št. 24/18), katere namen je premik obravnav iz sekundarnega in terciarnega nivoja na primarno raven zdravstvenega in socialnega varstva, ter specializiranje sekundarnega in terciarnega nivoja zdravstvenega varstva (Švab in Makivič, 2023). Program MIRA pa je Nacionalni program duševnega zdravja, ki celovito ureja področje duševnega zdravja. Usmerjen je v promocijo duševnega blagostanja, preprečevanje duševnih motenj, varovanje človekovih pravic in celostno skrb za ljudi s težavami v duševnem zdravju.

Vlade Republike Slovenije sprejela tudi Strategijo obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2030 (2023) in Akcijski načrt za izvajanje Strategije obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2030 (2024) ter Resolucijo o nacionalnem programu na področju prepovedanih drog 2023–2030 (ReNPPD23–30) (2023) in Akcijski načrt na področju prepovedanih drog za dvoletno obdobje – za leti 2024 in 2025 (2024).

V Sloveniji so velike razlike v dostopnosti do storitev na področju duševnega zdravja, poleg tega pa so zanjo značilne precejšnje socialno-ekonomske in demografske razlike znotraj posameznih geografskih območij. Med posameznimi regijami glede na prisotne socialno-ekonomske dejavnike obstajajo različno velika tveganja za razvoj težav v duševnem zdravju. Poleg prehodnih duševnih stisk, ki pestijo odraslo populacijo, ter stresnih, anksioznih in depresivnih motenj pri odraslih ter demence pri starejših

sta v Sloveniji v ospredju javnozdravstvena problema – škodljiva raba alkohola in samomor (Ministrstvo za zdravje, bd).

Švab in Makivič (NIJZ, 2023) sta v raziskavi o »Oceni stanja na področju storitev za duševno zdravje ugotovili, da je pomanjkanje socialnovarstvenih programov najbolj očitno v gorenjski, notranjski, južno slovenski in spodnji posavski regiji, kjer praktično ni dostopa do stanovanjskih skupin, dnevnih centrov in informacijsko svetovalnih pisarn. Prisotna je tudi neenakomerna dostopnost do zdravstvenih služb in storitev s področja duševnega zdravja. Centrov za duševno zdravje ni še v ljubljanski, gorenjski in dolenski (Dolenjska in Bela Krajina) regiji. Ugotavljata, da je v Sloveniji zaposlenih več kot 1500 strokovnjakov na področju duševnega zdravja, kar pomeni 75 na 100,000 posameznikov (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2023). Polovico teh so medicinske sestre, število psihiatrov je 12 psihiatrov in psihologov 9,3 v na 100,000 posameznikov. Večina dela v institucionalnih okoljih, čeprav se povečuje število zaposlenih na primarni ravni zdravstvenega varstva. Relativno šibka kadrovska zasedba je eden izmed razlogov za čakalne dobe na področju, čeprav se število visoko specializiranih strokovnjakov povečuje (Švab in Makivič, 2023).

Za namen naše raziskave pa je aktualna tudi raziskava o »Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih« (NIJZ, 2020), kjer je govora o številnih zelo heterogenih skupin, ki se soočajo z mnogimi strukturnimi ovirami, vključno z ovirami v dostopu do zdravstvenih ustanov in drugih institucij.

## Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je bil (1) proučiti stanje na področju duševnega zdravja za zagotavljanje celovite integrirane in kontinuirane zdravstvene obravnave marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja z vidika regijske dostopnosti v Sloveniji – s pomočjo kvalitativne študije, ki je obsegala fokusne skupine in polstrukturirane intervjuje z različnimi deležniki.

Dodatno pa smo še (2) proučili, katere spletne strani s področja duševnega zdravja so na voljo pri iskanju vsebin preko spleta v slovenskem jeziku.

Z raziskavo bomo doprinesli k skupnim ciljem projekta:

- ugotoviti stanje glede pojavnosti in značilnosti vrzeli med potrebami in oskrbo za celovito zdravstveno obravnavo marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja z vidika regijske dostopnosti v Sloveniji;
- identificirati skupine marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja do celovite integrirane in kontinuirane zdravstvene obravnave kontekstu regijske dostopnosti v Sloveniji;
- identificirati pobude in primere dobrih praks za premostitev vrzeli med potrebami in oskrbo za celovito zdravstveno obravnavo marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja v Sloveniji v izbranih regijah.

## Definicije

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

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

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

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

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

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

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

#### **Raziskava 1:**

**Kvalitativna študija o pojavnosti in značilnosti vrzeli med potrebami in oskrbo za celovito zdravstveno obravnavo marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja z vidika regijske dostopnosti v Sloveniji**

#### **Teoretično ozadje**

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 pravičnosti v varstvu duševnega zdravja, ki kot del zdravstvenega varstva tradicionalno predstavlja določeno tveganje neenakosti v smislu kakovostnega integriranega zdravstvenega varstva. Drugič, v zvezi z enakostjo v zdravstvu je treba posebno pozornost nameniti socialno marginaliziranim ali zdravstveno ranljivim odraslim, ki so prav tako tradicionalno izpostavljeni tveganju neenakosti v

kakovosti integriranega zdravstvenega varstva. Skupina socialno marginaliziranih ali zdravstveno ranljivih odraslih z duševno motnjo je avtomatično v posebnem položaju, kar pomeni, da bodo najverjetneje izkusili in zaznali neenakost v obravnavi na področju duševnega zdravja z vidika pravičnosti v primerjavi z drugimi uporabniki. Tretjič, na podlagi raziskave (Priebe idr., 2012) ugotovimo, da se ta skupina ljudi z »dvojnimi tveganjem« vsak dan več. Soobstoj več lastnosti pomnoži prikrajšanost med že izključenimi skupinami (Tangcharoensathien idr., 2018). Priebe idr. (2012) je raziskal izkušnje in poglede strokovnjakov v 14 evropskih državah glede obravnavo na področju duševnega zdravja za šest skupin socialno marginaliziranih: dolgotrajno brezposelni; ulični spolni delavci; brezdomci; begunci/prosilci za azil; migranti z neurejenim statusom in člani potujočih skupnosti. Raziskave potrjujejo, da je pojavnost duševnih motenj pri socialno marginaliziranih/zdravstveno ranljivih večja kot v splošni populaciji (Priebe idr., 2012; NAMI; 2019[3]; Silva idr., 2021; Mezzina idr., 2022; Ray, 2022) in da se povečuje 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 četrtnina oseb, ki so v preteklosti že bile v duševni stiski, tudi poiskala pomoč (Rezolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, 2018). Marginalizirani ljudje poročajo o višjih stopnjah viktimizacije in diskriminacije v primerjavi z ljudmi s privilegiranimi identitetami in posledično poročajo tudi o višjih stopnjah bolezni (Flores idr., 2020).

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.

## Metode

Da bi pridobili poglobljen uvid v potrebe na področju o potrebah na področju zagotavljanja celovite integrirane zdravstvene obravnave marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja z vidika regijske dostopnosti v Sloveniji, **smo izvedli tri fokusne skupine**, v katere so bili vključeni zaposleni v centrih za krepitev duševnega zdravja odraslih, v timih skupnostne psihiatrične obravnave, v NVO s področja duševnega zdravja, koordinatori obravnave v skupnosti. Vzorčenje je bilo namensko na podlagi pisne in osebne prošnje.

Tabela 1: Podatki o udeležencih na fokusnih skupinah

|  | Datum in čas izvedbe | Lokacija | Udeleženci | Delovno mesto |
|--|----------------------|----------|------------|---------------|
|--|----------------------|----------|------------|---------------|

|   |                             |                                        |                          |                                                                                                                                                                                                                |
|---|-----------------------------|----------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 22. 3. 2024,<br>12.00–14.00 | Zdravstveni<br>dom iz<br>Posavja       | 6 (5 žensk, 1<br>moški)  | koordinatorka za duševno zdravje v<br>skupnosti-CSD, patronažna medicinska<br>sestra, policistka, direktorica, koordinatorka<br>skupnostne psihiatrične obravnave, reševalec<br>na urgenci                     |
| 2 | 21. 3. 2024,<br>14.00–15.30 | Ministrstvo<br>za zdravje<br>in online | 6 (3 ženske, 3<br>moški) | zastopnik pravic oseb s težavami v duševnem<br>zdravju, 3 zaposleni na področju psihiatrije,<br>koordinatorka obravnave v skupnosti,<br>podsekretarka MDDSZ                                                    |
| 3 | 19. 4. 2024,<br>8.00–9.30   | online                                 | 6 (5 žensk, 1<br>moški)  | vodja programa (zdravnik specialist),<br>patronažna medicinska sestra, 2<br>koordinatorki obravnave v skupnosti,<br>visokošolska učiteljica – docent za področje<br>zdravstvene nege, strokovna delavka iz NVO |

V vsako fokusno skupino je bilo vključenih 6 posameznikov. Postavili smo vprašanja naslednjih tematskih sklopov: (1) SWOT analiza stanja na splošno, (2) SWOT analiza stanja po posameznih marginaliziranih skupinah, (3) primeri slabe/dobre prakse, (4) pobude za izboljšanje na področju zagotavljanja celovite integrirane zdravstvene obravnave marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja z vidika regijske dostopnosti v Sloveniji.

Da bi pridobili poglobljene strokovne informacije, smo **izvedli pol-strukturirane intervjuje s šestimi strokovnjaki** (npr. za področje promocije duševnega zdravja, zgodnje prepoznave in diagnostike na primarni ravni, specialistične ambulantne obravnave, hospitalne obravnave, rehabilitacije in reintegracije), **tremi znanstveniki in odločevalci** (npr. predstavniki Ministrstva za zdravje, predstavniki Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti). Intervjuji so bili izvedeni v mesecih marec, april in maj 2024. Vsi intervjuvanci so strokovnjaki z večletnimi delovnimi izkušnjami, ki delujejo na različnih področjih, njihove vloge pa se prepletajo; uradniki, strokovnjaki, odločevalci, raziskovalci. Do njih smo dostopali načrtno, na podlagi posebne pisne in ustne prošnje za sodelovanje (z natančnim pojasnilom).

Postavili smo vprašanja naslednjih tematskih sklopov: (1) SWOT analiza stanja na splošno, (2) SWOT analiza stanja po posameznih marginaliziranih skupinah, (3) primeri slabe/dobre prakse, (4) pobude za izboljšanje na področju zagotavljanja celovite integrirane zdravstvene obravnave marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja z vidika regijske dostopnosti v Sloveniji.

Da bi pridobili poglobljene informacije s strani uporabnikov storitev na področju duševnega zdravja, smo izvedli pol-strukturirane intervjuje z osmimi uporabniki, in sicer po neposrednem dogovoru ali preko strokovnih delavcev izvajalcev obravnave v skupnosti (nevladne organizacije, center za socialno delo, centri za krepitev duševnega zdravja odraslih). Postavili smo vprašanja naslednjih tematskih sklopov: (1) SWOT analiza stanja na splošno, (2) SWOT analiza stanja po posameznih marginaliziranih skupinah, (3) primeri slabe/ dobre prakse, (4) pobude za izboljšanje na področju zagotavljanja celovite integrirane zdravstvene obravnave marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja z vidika regijske dostopnosti v Sloveniji.

Za izvedbo raziskave smo pridobili soglasje Etične komisije Univerze Novo mesto (UNM 32/24). Vsi udeleženci so podali soglasje za sodelovanje v raziskavi.

Da bi ugotoviti dosedanje aktivnosti na področju smo proučili, katere spletne strani s področja duševnega zdravja so na voljo pri iskanju vsebin preko spleta v slovenskem jeziku. Ob tem smo

pregledali tudi analizo dokumentov, medijskih in drugih objav v zadnjih petih letih in ključne organizacijske/institucionalne spletne strani (npr. izvajalci ministrstva za področje sociale, zdravja in šolstva, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije–Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, srednje zdravstvene šole, fakultete na področju zdravstva in socialnega dela), proučili, katere spletne strani s področja duševnega zdravja so na voljo pri iskanju vsebin preko spleta v slovenskem jeziku. Končno poročilo v tem delu bo pripravljeno do konca meseca.

## **Rezultati**

### **1. Ocena stanja skrbi za ljudi na področju duševnega zdravja na splošno in iz vidika regijske dostopnosti v Sloveniji**

Raziskava je pokazala, da je zaznano izboljševanje skrbi za ljudi na področju duševnega zdravja na splošno. Prisotnih je veliko različnih oblik pomoči ljudem v povezavi z duševnim zdravjem. Prepoznanih je bilo kar nekaj ovir za kakovostno obravnavo oseb s težavami v duševnem zdravju. Zaznava se zmanjševanje stigme. Sicer se opozarja na razlike med regijami, za dokazovanje pa se uporabljajo na nacionalni ravni statistični podatki. Obravnava oseb s težavami v duševnem zdravju je bolj celovita kot v preteklosti. Sicer so mnenja o primernosti obravnave s strani pacientov različna.

Spodaj navajamo naslednje kategorije oziroma ključne ugotovitve (U), podprte s tipično izjavo:

#### **U1: ZAZNANO MANJŠANJE STIGME**

»Glede na to, da imamo v naši regiji že 10 let skupnostno psihiatrično obravnavo se poznajo tudi že učinki le tega in mislim, da je manj stigme in da se ljudje lažje pogovarjajo o duševnih motnjah in tudi poiščejo pomoč. Tudi jaz kot patronažna sestra mi ljudje lažje zaupajo, da imajo težave v duševnem zdravju in potem tudi, ko ponudim pomoč, jo lažje sprejmejo. Mislim, da je stigma manjša in da v bistvu se učinki centra že kar dobro poznajo.« (FS1)

#### **U2: RAZLIKE MED REGIJAMI**

»Regijska dostopnost ni enakomerna, več je ponudbe v centralnih središčih, predvsem na območju Ljubljane. Nova pridobitev, ki centralizacijo malo omili, so novoustanovljeni Centri za duševno zdravje.« (S3)

#### **U3: UPORABA STATISTIČNIH PODATKOV ZA PRIMERJAVO**

»Stanje na splošno ni alarmantno slabo, ni pa izvrstno, odlično, tako v obolevnosti kot v dostopnosti in iskanju pomoči. Regija Posavje ima višji količnik samomorov od povprečja, več smrti, povezanih z alkoholom, pri kmečkem prebivalstvu, oziroma pri nižje izobraženih je prisotno več stigme.« (PO1)

#### **U4: PRISOTNOST VELIKO RAZLIČNIH OBLIK POMOČI LJUDEM V POVEZAVI Z DUŠEVNIM ZDRAVJEM**

»Če gledam na splošno za Slovenijo je Zakon o duševnem zdravju doprinesel veliko z uveljavitvijo različnih oblik pomoči od nadzorovane obravnave do obravnave v skupnosti. Na ta način se ljudem s težavami v duševnem zdravju varuje njihove pravice in svoboščine in skrbi za njihovo zdravje, osebe imajo več možnosti za vključevanje v različne oblike pomoči, ki prej niso bile dostopne, več je oblik pomoči podpore, programov, stigma je nekoliko manjša, vendar je še prisotna.« (FS1)

#### **U5: BOLJ CELOVITA OBRAVNAVA OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU KOT V PRETEKLOSTI**

»Če pa gledam regijsko, je skupnostna psihiatrična obravnava v naši regiji res velik doprinos in so se s tem postavili nekakšni temelji, psihiater na domu je en velik doprinos. In pa to povezovanje služb zdravstva, sociale, zaposlovanja, da se človeka pogleda celostno. Če malo karikiram, ena noga je

zdravstvo, druga sociala, tretja finance. Človeka je treba celostno pogledati in tudi obravnavati, tako da se mi zdi, da je stanje veliko boljše kot je bilo deset, petnajst let nazaj.» (FS1)

#### **U6: OVIRE ZA KAKOVOSTNO OBRAVNAVO**

»Še vedno obstajajo ovire, ki otežujejo dostop do kakovostne obravnave. Povzročajo jih stigma, dolge čakalne dobe, pomanjkanje kadra, dostopnost in premajhna ozaveščenost ljudi o duševnem zdravju. Na področju znotraj posameznih geografskih regij so velike razlike v dostopnosti do storitev na področju duševnega zdravja, za katere so značilne socialno-ekonomske in demografske razlike.« (S1)

#### **U7: IZBOLJŠEVANJE SKRBI ZA LJUDI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA NA SPLOŠNO**

»Skrb za ljudi na področju duševnega zdravja se na splošno povečuje, o tej temi se več govori v medijih, ustanavljajo se nove službe na tem področju, vse več je tudi plačljive ponudbe (psihoterapija) in literature.« (S3)

#### **U8: (NE)PRIMERNOST OBRAVNAVE PO OCENI PACIENTOV -RAZLIČNA MNENJA**

»Po mojem mnenju sem obravnavan povsem primerno, saj so vse zdravstvene ustanove, s katerimi sem v preteklosti sodeloval vedno profesionalno in učinkovito obravnavale moje duševne težave. Vedno so se zanimale za moje počutje.«(P1)

## **2. SWOT analiza stanja na splošno (za vse marginalizirane skupine)**

### **2.1 Ključne prednosti sistema za duševno zdravje marginaliziranih odraslih v Sloveniji**

Raziskava je pokazala, da so ključne prednosti sistema za duševno zdravje marginaliziranih odraslih v Sloveniji udeleženci videli v pozitivnih spremembah v delovanju obstoječih služb. Krepi se ponudba storitev na primarni ravni zdravstvenega varstva, kar ima vpliv na izboljšano regijsko dostopnost do služb za področje duševnega zdravja. Službe bolje medsebojno sodelujejo, pomoč je dostopna brez napotnice. Prizadeva se za zgodnji zajem posameznika v obravnavo s presejalnimi testi. V kontekstu duševnega zdravja se izpostavlja se pomen lekarn. Lokalne skupnosti postajajo bolj ozaveščene o področju duševnega zdravja. Razumevanje potreb pacientov je postalo boljše, obravnava je bolj celostna, bolj kulturno kompetentna obravnava, bolj se skrbi za kakovost življenja oseb s težavami v duševnem zdravju.

Prepoznane so bile naslednje kategorije oziroma ugotovitve, ki smo jih podprli s tipično izjavo:

#### **U1: BOLJ CELOSTNA OBRAVNAVA**

»Jaz bi rekla, da celostna obravnava, službe moramo biti med seboj povezane, da človek ve da sodelujemo, da delamo, da človek ne hodi od vrat do vrat, ampak ena služba pokliče drugo. Na primer Zavod za zaposlovanje, dokler se niso začeli povezovati so osebo gledali samo skozi možnost zaposlitve, niso pa vedeli kako funkcionira čez dan, kako zjutraj vstane, kakšne težave ima. Ko smo se začeli povezovati, so tudi oni začeli na ljudi gledati drugače, jim iskati primernejše zaposlitve. Ta celostna obravnava je zelo pomembna, ker duševno zdravje vpliva na čisto vsa področja.« (FS1)

#### **U2: POZITIVNE SPREMEMBE V DELOVANJU OBSTOJEČIH SLUŽB**

»Prednosti sistema za duševno zdravje marginaliziranih odraslih vključujejo dostopnost do strokovne pomoči, terapevtske pristope glede na njihove potrebe, ozaveščanje in izobraževanje glede duševnega zdravja marginaliziranih skupin in zagotavljanje celostne oskrbe.« (S1)

### **U3: BOLJ KULTURNO KOMPETENTNA OBRAVNAVA**

»Jaz bi pa dodala k celostnem pristopu, da pa vidim, da se je zdaj začelo premikati tudi na tem področju, o tej kulturno kompetentni obravnavi, vidim tudi tukaj, da se omenjajo priseljenci, mi se čedalje bolj srečujemo z različnimi skupinami prebivalcev. Naše obravnave so se že prilagodile kulturnim kompetencam.« (FS1)

### **U4: BOLJŠE RAZUMEVANJE, IZPOLNJEVANJE POTREB PACIENTOV**

»Ključna prednost je iskanje strinjanja, to je mogoče tudi ena osnovnih prednosti nizkopražnega sistema skrbi za duševno zdravje.« (FS1)

### **U5: KREPITEV PONUDBE STORITEV NA PRIMARNI RAVNI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

»Ustanovitev Centrov za duševno zdravje odraslih, nudenje preventivnih pregledov s strani referenčnih ambulant ter Centrov za krepitev zdravja z različnimi delavnicami (stres, depresija, tesnoba ...).« (S2)

### **U6: IZBOLJŠANA REGIJSKA DOSTOPNOST**

»Dostopnost do skrbi za duševno zdravje na primarni ravni in vse večja decentralizacija skrbi.« (S2)

### **U7: BOLJŠE MEDSEBOJNO SODELOVANJE SLUŽB**

»Res je pomembno poudariti, da se službe med seboj povezujemo. V patronažni službi imamo pacienta s shizofrenijo in zelo lepo sodelujemo s Centrom za duševno zdravje, dvojno ga vodimo. Pacient ob podpori naših služb živi sam, v svojem stanovanju, dobro funkcionira.« (FS1)

### **U8: OPAŽANJE POZITIVNIH UČINKOV IZVAJANIH UKREPOV V VSE BOLJ OZAVEŠČENI LOKALNI SKUPNOSTI**

»Dojeli smo razsežnost duševne motnje med ključnimi ljudmi in to imamo primer dobre prakse, ker se to lahko zgodi v vseh poklicnih skupinah in tudi nam. Učinki vseh ukrepov, celostnega pristopa se poznajo. Po tej hospitalizaciji so ljudje v lokalnem okolju videli, da je za vse enak pristop, ne glede na profil. Ko se je ta človek vrnil nazaj na delo, so ljudje videli, da se da tudi duševno motnjo z ustrezno pomočjo obvladati. Na ta način mislim, da se tudi stigma v lokalnem okolju zmanjšuje. Oseba z duševno motnjo, če je dobro vodena lahko opravlja tudi visoko funkcionalna dela.« (FS1)

### **U9: PRIZADEVANJE ZA ZGODNJO OBRAVNAVO, SCREENING**

»Prednost sistema duševnega zdravja, ki ga sedaj z multidisciplinarnimi službami peljemo na primarni ravni je, da lažje in prej detektira pripadnike marginaliziranih skupin, zlasti skupnostna obravnava lahko k temu zelo pripomore, kajti če se čaka, da se stanje poslabša, da pridejo v bolnišnico se lahko veliko zamudi. Prednost je tudi to, da imamo v Centrih za duševno zdravje okrepljeno psihološko podporo.« (PO1)

### **U10: POMEMBNA VLOGA LEKARN**

»Ključne prednosti sistema za duševno zdravje odraslih na splošno v Sloveniji so po mojem mnenju predvsem dobre možnosti dostopa do obravnav v ambulantah. Zelo pomembno vlogo pa predstavljajo tudi lekarne, katere zagotavljajo dostop do vrhunskih zdravil, ki so namenjena za izboljšanje duševnega zdravja.« (P1)

### **U11: SKRIB ZA KAKOVOST ŽIVLJENJA**

»Ključne prednosti so v zgodnjem prepoznavanju in obravnavi, kar preprečuje morebitne zaplete in poslabšanje stanja. Prednost je v celotni obravnavi in preprečevanju stigmatizacije, v podpori posamezniku, družini in skupnostim in posledično v izboljšanju kakovosti življenja.« (P2)

#### **U12: DOSTOPNOST POMOČI BREZ NAPOTNICE**

»Z ustanavljanjem centrov za duševno zdravje po regijah, se je dostopnost do teh storitev močno približala uporabnikom. Zelo pomembno je, da je ta pomoč celovita in dostopna brez napotnice.«(P3)

### **2.2 Ključne slabosti sistema za duševno zdravje marginaliziranih odraslih v Sloveniji**

Raziskave je pokazala, da so ključne slabosti sistema za duševno zdravje marginaliziranih odraslih v Sloveniji po mnenju udeležencev omejen dostop do kakovostnih storitev, premajhna prilagojenost programov potrebam družine in posameznikov, ni zagotovljeno zgodnje/pravočasno vključevanje v ustrezno obliko podpore. Primanjkuje posameznih vrst strokovnjakov, ki bi imeli vse potrebne kompetence. Mreža za duševno zdravje ni dovolj popolnena, premajhna je podpora za razvoj zdravega življenjskega sloga, psihoterapija ni dostopna, prisotno je nezadostno povezovanje med izvajalci storitev. Kot slabost je bila omenjena finančna omejenost pri izvajanju nekaterih programov in prostorska stiska v nekaterih zdravstvenih domovih in prenos upravljanja zdravstvenih domov na lokalno skupnost. Primanjkuje tudi socialnih storitev kot npr. dnevnih centrov in stanovanjskih skupin. Iz vidika zaposlitve primanjkuje prilagojenih delovnih mest. Velika težava je tudi prevoz oseb s težavami v duševnem zdravju. Družba je slabše ozaveščena, prisotni so predsodki glede oseb s področja duševnega zdravja.

Prepoznane so bile naslednje kategorije oziroma ugotovitve, ki smo jih podprli s tipično izjavo:

#### **U1: PREMAJHNA PRILAGOJENOST PROGRAMOV POTREBAM DRUŽINE IN POSAMEZNIKOV**

»Zelo konkretno z mojega vidika pri vsem tem sodelovanju s službami, v enem delu zmanjka. To je pokritost dovolj velike mreže za rehabilitacijo družine in posameznikov. Ni dovolj preprostih programov nevladnih organizacij, kjer bi človek lahko oplemenitil svojo strukturo dneva z nekimi dejavnostmi. Na ta način bi se človek počutil tudi opolnomočen, lahko bi tudi kaj malega zaslužil. Nekaj tega seveda je, vendar je to drugače organizirano, tako da naši pacienti to težko zmorejo, je preveč storilnostno naravnano. Bolj bi morale biti prilagojene individualnim potrebam, kot so stanovanjske skupnosti. Tega v regiji nimamo dovolj. Geografska raznolikost, ljudje ne morejo priti do središč, ker ni javnih prevozov.« (FS1)

#### **U2: POMANJKANJE STORITEV PREVOZA**

»Pri osebah s težavami v duševnem zdravju ima velika večina nizke dohodke, zato si ne morejo privoščiti avtomobila, ali pa zaradi zdravil ne morejo voziti. Javni prevoz je takšen, kakršen je. Ljudje težko dostopajo. Sicer imamo »Sopotnika«, »Prostoferja«, ampak to lahko koristijo samo osebe nad 65 let.« (FS1)

#### **U3: POMANJKANJE PRILAGOJENIH DELOVNIH MEST**

»Področje zaposlovanja, pri delodajalcih je premalo prilagojenih delovnih mest, pa tudi program socialnega vključevanja, tam so po moji oceni kriteriji prezahtevni in ljudje doživljajo še večjo stisko.« (P8)

#### **U4: POMANJKANJE DNEVNIH CENTROV IN STANOVANJSKIH SKUPIN**

»Tudi jaz pogrešam kakšno stanovanjsko skupino v Posavju, kakšen dnevni center, kjer bi se ljudje lahko srečevali, predvsem tisti s šibko socialno mrežo, ali pa tisti, ki imajo slabe odnose s svojci.« (FS1)

#### **U5: POMANJKANJE POSAMEZNIH VRST STROKOVNJAKOV**

»Po mojem mnenju gre predvsem za kadrovske podhranjenosti s strokovnjaki za delo na področju duševnega zdravja, posledično neverjetno dolge čakalne dobe za obravnavo. Potrebna bi bila boljša integracija storitev, sploh preventive, za ohranjanje duševnega zdravja še na druga področja (izobraževanje, socialno delo, zaposlovanje...).« (P2)

#### **U6: PREMAJHNA PODPORA ZA RAZVOJ ZDRAVEGA ŽIVLJENJSKEGA SLOGA**

»Ljudje s težavami v duševnem zdravju, ki niso nikjer aktivno vključeni preveč časa preživijo na družbenih omrežjih, na računalnikih. To so predvsem mlajše osebe in delajo škodo sebi in družbi.« (FS1)

#### **U7: NI ZAGOTOVLJENO ZGODNJE/ PRAVOČASNO VKLJUČEVANJE V USTREZNO OBLIKO PODPORE**

»Predolg je ta čas, da se nekam vključijo, na primer v nevladne organizacije, v rehabilitacijo, kjer bi imele strokovni nadzor. Predolg je ta čas, preden se tako osebo zajezi. Izziv za nas je, da se osebo pravočasno vključi v obravnavo.« (FS1)

#### **U8: OMEJEN DOSTOP DO KAKOVOSTNIH STORITEV**

»Omejen dostop do kakovostnih storitev zaradi pomanjkanja virov, dolgih čakalnih dob, neustrezno usposobljen kader, premalo znanja za delo z marginaliziranimi skupinami, stigma in diskriminacija v družbi ter premalo sodelovanja z različnimi službami.« (S1)

#### **U9: POMANJKANJE USTREZNIH KOMPETENC KADRA IN SLABŠA OZAVEŠČENOST DRUŽBE**

»Omejeni viri pomoči, pomanjkanje znanja ter nerazumevanje s področja dela s specifičnimi marginaliziranimi skupinami, stigma in diskriminacija znotraj družbe, razlike v zdravstveni obravnavi.« (S4)

#### **U10: NEZADOSTNO POVEZOVANJE MED IZVAJALCI STORITEV**

»Nezadostno povezovanje med posameznimi deležniki (npr. psihiatrične bolnišnice in Centri za duševno zdravje.« (S3)

#### **U11: PRISOTNOST PREDSDOKOV**

»Kot ključno slabost vidim predsodke do marginaliziranih skupin.« (S4)

#### **U12: FINANČNA OMEJENOST PRI IZVAJANJU NEKATERIH PROGRAMOV**

»Regijska nepokritost oz. težja dostopnost do nekaterih oblik pomoči, finančna omejenost za izvajanje določenih programov pomoči.« (S5)

#### **U13: NEZADOSTNA MREŽA STORITEV**

»Določene regije niso pokrite z ustreznimi službami in se že kažejo regijske razlike in kažejo se različne potrebe po kadrih v posameznih okoljih, ker je populacija drugačna, več ranljivih skupin na enem mestu. Slabost je to, da kadrovske stvari niso pokrite, Centri potrebujejo svoj čas, da se postavijo. Bolnišnice so lahko blizu in tudi daleč, lahko bi bolje sodelovale. Za določene skupine marginaliziranih nimamo posebej prilagojenih pristopov, sploh za migrante. V Sloveniji imamo na voljo priročnik k »Kulturne kompetence«, ampak bi se dalo še kaj narediti na tem področju.« (PO1)

#### **U14: PROSTORSKA STISKA V NEKATERIH ZDRAVSTVENIH DOMOVIH**

»Primanjkuje kadra, prostorska stiska v obstoječih zdravstvenih domovih za širjenje programov za duševno zdravje.« (P1)

#### **U15: NEDOSTOPNOST DO PSIHOTERAPIJE**

»Kolikor mi je znano, je težava v pomanjkanju kadra. Velik problem pa so nasploh psihoterapije, ki so še vedno samoplačniške in s tem za marsikoga nedostopne.« (P3)

#### **U16: SPREJETE POLITIČNE ODLOČITVE**

»Primarna raven naj b bila temelje zdravstvenega sistema. Zgodila se je napaka, ko so zdravstvene domove prepustili upravljanju lokalni skupnosti.« (S7)

### **2.3 Ključne priložnosti za izboljšave sistema za duševno zdravje marginaliziranih odraslih v Sloveniji**

Raziskava je pokazala, da so ključne priložnosti za izboljšave sistema za duševno zdravje marginaliziranih odraslih v Sloveniji ciljna usmerjenost na marginalne/ranljive skupine in izvajanje palete različnih ukrepov. Država je odgovorna za ureditev situacije. Nujno je zmanjševanje predsodkov pri usmerjanju ljudi s težavami v duševnem zdravju v aktivnosti, ki niso specifično namenjene njim, temveč vsem. To je možno tudi skozi spremembe v vsebinah v izobraževanju in vseživljenjskem učenju na vseh ravneh o področju duševnega zdravja. Potrebno je upoštevati medgeneracijskih razlik pri mreži storitev. Za zaposlovanje oseb s težavami v duševnem zdravju pa so potrebne dodatne spodbude.

Prepoznane so bile naslednje kategorije oziroma ugotovitve, ki smo jih podprli s tipično izjavo:

#### **U1: UPOŠTEVANJE MEDGENERACIJSKIH RAZLIK PRI MREŽI STORITEV**

»Predvsem vidim velik problem mladih, potreben bi bil nek dnevni center, rehabilitacija in pa prevoz je problem. Nismo vsi v središču mesta. V Posavju to manjka. Imamo Ozaro, ampak tam so po večini vključeni starejši in mladi se tam ne počutijo dobro.« (FS1)

#### **U2: SPODBUDE DELODAJALCEM ZA ZAPOSLOVANJE OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU**

»Jaz bi rekla obstoj že obstoječih služb, dodatne programske rešitve, da delodajalci zagotovijo, da se otvorijo programi, ki so prilagojeni potrebam, ki jih mi sedaj zaznavamo.« (FS1)

#### **U3: SPREMEMBE V VSEBINAH V IZOBRAŽEVANJU IN VSEŽIVLJENJSKEM UČENJU NA VSEH RAVNEH**

»Priložnost, ki jo jaz vidim odkar delujem na področju duševnega zdravja je vpeljati vsebine s področja duševnega zdravja v učni kurikulum v osnovne šole, skrb za duševno zdravje, tehnike samopomoči, tehnike sproščanja, mogoče celo na fakultete. Še ena priložnost, ki jo jaz vidim je učenje finančne pismenosti, kjer bi se tudi težave pri ljudeh na drugih področjih lažje reševale. Ta dva področja vidim kot izziv za prihodnost.« (FS1)

#### **U4: ZMANJEŠEVANJE PREDOSDKOV PRI USMERJANJU LJUDI S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU V AKTIVNOSTI, KI NISO SPECIFIČNO NAMENJENE NJIM, TEMVEČ VSEM**

»Ko sem vodila edukativne delavnice, torej tehnike sproščanja, stres, depresija in anksioznost je bil svojčas ukrep predvsem za ljudi, ki so že diagnosticirani, da jih pošiljaš v določene klube, kjer nisi zaznamovani. Mi smo jih usmerjali v Koronarni klub, v Posavsko društvo za preprečevanje osteoporoze, kjer vadijo samo ženske, pridejo v zdravstveni dom, v telovadnico. Mi smo jih zelo aktivno napotovali. Načrtno bi morali identificirati ljudi in jih pošiljati v te klube, kjer se jih ne povezuje z duševnimi

motnjami. Tako smo počeli tudi s tveganimi pivci, da slabo navado zamenjajo z dobro in to je gibanje. To je izziv za prihodnost.« (FS1)

#### **U5: IZVAJANJE PALETE RAZLIČNIH UKREPOV**

»Izvajanje programov izobraževanja in ozaveščanja marginaliziranih skupin, ki zmanjšujejo stigmo in razumejo duševne težave; socialna podpora; spodbujanje vključevanja v delovno okolje; zagotavljanje ustreznega bivanjskega okolja; prilagojeni terapevtski programi, preprečevane revščine, povezovanje različnih organizacij.« (PO2)

#### **U6: CILJNA USMERJENOST NA RANLJIVE SKUPINE**

»Potrebno je dvigniti kulturne kompetence, za osebe z demenco poskušamo najti še boljše načine obravnave, še bolj povezati službe, tako kot je sedaj napisano v »Strategiji za demenco«. To strategijo za demenco in »Nacionalni program duševnega zdravja bi bilo dobro čimbolj povezati, da bi službe čimbolj sodelovale in da bo čim manj podvajanja storitev. Za otroke in mladostnike moramo poskrbeti že na ravni šole in vrtca, preventiva bi morala biti bolj močna. Priložnost je v tem, da smo ciljano pozorni na te ranljive skupine, kajti mi določenih stvari ne sprašujemo rutinsko, ljudje določenih stvari ne zaupajo. Ko se bodo Centri za duševno zdravje popolnili je potrebno videti glede na populacijo, ki jo določen center pokriva, ali je potrebno standardni tim še kaj modificirati.« (PO1)

#### **U7: ODGOVORNOST DRŽAVE ZA UREDITEV POLOŽAJA**

»Država naj bi poskrbela oz. spodbujala izobraževanje mladih za te poklice in pa uredila področje psihoterapije.« (P3)

### **2.4 Glavne nevarnosti/grožnje, s katerimi se sistem sooča pri zagotavljanju učinkovite obravnave**

Raziskava je pokazala, da so glavne nevarnosti/grožnje, s katerimi se sistem sooča pri zagotavljanju učinkovite obravnave, rigidnost obstoječega sistema, paleta vzrokov za omejen dostop do zdravstvenih storitev in nemotiviranost ljudi k vključitvi v obravnavo. Prisotna je stigma, obravnava pa je preveč medikalizirana, potrebno je več promocije telesnega in duševnega zdravja. Po mnenju pacientov imamo pomanjkljivo mrežo storitev na področju duševnega zdravja. Pomanjkljivo je ozaveščanje o pomenu sprotnega preventivnega ravnanja. Postavljanje diagnoze je nepravčasno in dolgotrajno. Število oseb s težavami v duševnem zdravju se povečuje, kadra primanjkuje. Imamo sistemske in kadrovske ovire.

Prepoznane so bile naslednje kategorije oziroma ugotovitve, ki smo jih podprli s tipično izjavo:

#### **U1: RIGIDNOST OBSTOJEČEGA SISTEMA**

»Jaz bi rekla rigidnost obstoječega modela sistema. Za nekatere točke vidimo, da bi jih bilo treba razrahljati. Na primer prestopa iz primarnega sistema na sekundarni in terciarni in obratno. To rigidnost vidim v slabi komunikaciji, slabi predaji dokumentacije, slabo sprejemanje predaj službe. Ambulantni model dela, ali pa bolnišnični model dela rigidno vztraja na nekaterih točkah in je to na račun fleksibilnosti pomoči človeku.« (FS1)

#### **U2: PALETA VZROKOV ZA OMEJEN DOSTOP DO ZDRAVSTVENIH STORITEV**

»Omejen dostop do ustrezne zdravstvene oskrbe, dodatna stigmatizacija in diskriminacija, nezadostno razumevanje duševnih težav, neenakost pri zdravstveni obravnavi, pomanjkanje socialne podpore, revščina, brezposelnost, nasilje, pomanjkanje celostne obravnave, pristopi, ki niso prilagojeni specifičnim potrebam.« (S1)

### **U3: NEMOTIVIRANOST LJUDI K VKLJUČITVI V OBRAVNAVO**

»Neenakost in nedostopnost pri nudenju obravnave ali zdravstvene oskrbe, nemotiviranost ljudi k vključitvi v obravnavo bodisi zaradi stigme ali pomanjkanje uvida v svoje težave.« (S2)

### **U4: SISTEMSKE IN KADROVSKE OVIRE**

»Financiranje ta trenutek v principu ni problem, problem je pomanjkanje kadrov. Nevarnost je ta, da bi zelo spustili kriterije za kvaliteto kadra, pa jih ne izobrazimo, nevarnost je tudi ta, da nam kadri pobegnejo v tujino.« (PO1)

### **U5: PRISOTNOST STIGME**

» Kot nevarnost vidim veliko mero stigme.« (P4)

### **U6: PREVEČ MEDIKALIZIRANA OBRAVNAVA**

»Po mojem mnenju osebni zdravniki brez specialne obravnave pri strokovnjaku za duševno zdravje, ne bi smeli predpisovati farmakologije, sploh ne mladim. Zato velja toliko več finančnih sredstev nameniti za preventivo in ozaveščanju o zdravem življenjskem slogu.« (PO1)

### **U7: POVEČEVANJE ŠTEVILA OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU**

»Statično povečano število mladih s težavami na področju duševnega zdravja, je zaskrbljujoče in je odraz neuravnoteženega sodobnega življenjskega sloga.« (P2)

### **U8: POMANJKANJE KADRA**

»Verjetno so timi na določenih centrih za duševno zdravje zaradi pomanjkanja kadra nepopolni.« (P3)

### **U9: POVEZANOST TELESNEGA IN DUŠEVNEGA ZDRAVJA – ŠE VEČ POTREB PO PROMOCIJI**

»Promocija duševnega zdravja:« sam sem opazil razne načine promocije raznovrstnih dejavnosti za prosti čas, katere nam pomagajo vsaj občasno pozabiti na skrbi in težave v življenju. Nekaterih takih dejavnosti se tudi sam udeležim, predvsem takrat, ko se mi zdijo zanimive že pred dejanskim začetkom.« (P1)

### **U10: POTREBA PO OZAVEŠČANJU O POMENU SPROTNEGA PREVENTIVNEGA RAVNANJA**

»Preventiva premalo zastopana, več delavnic na različne teme (anksioznost, izgorelost, stres, dihalne vaje). Tudi razbremenilni pogovori v skupini z namenom, da veš, da nisi sam v tej zgodbi in se to ne dogaja samo tebi.« (P2)

### **U11: NEPRAVOČASNOST IN DOLGOTRAJNOST DO POSTAVITVE DIAGNOZE**

»Diagnostika duševnih motenj: »pri meni je trajala dlje časa in je bila izjemno zahtevna, saj ni enoznačnih parametrov.« (P2)

### **U12. POMANJKLJIVA MREŽA PO MNENJU PACIENTA**

»Reintegracija in ponovna vključitev v skupnosti: »menim, da ni dovolj dnevnih centrov, premalo nekih organiziranih dejavnosti, kamor bi se lahko pacienti vključevali.« (P2)

## **3. SWOT analiza stanja po posameznih marginaliziranih skupinah**

### **3.1 Kako se potrebe pri zagotavljanju duševno zdravstvene obravnave razlikujejo med posameznimi marginaliziranimi skupinami?**

Raziskava je pokazala, da se potrebe pri zagotavljanju duševno zdravstvene obravnave razlikujejo med posameznimi marginaliziranimi skupinami. Na izražanje potreb vplivajo izkušnje. Specifičnost potreb vsake marginalne skupine terja specifičen odziv. Potrebna je kompetentnost za prilagajanje individualnim potrebam posameznika. Za kader je nujno soočanje z različnostjo in različnimi izzivi (različna znanja, različne storitve). Prisotna je potreba po premeščanju komunikacijskih in kulturnih razlik. Izpostavljena je bila prisotnost stigme in da je za enakost v obravnavi pomemben položaj v družbi. Možnosti za obravnavo različnih skupin je dovolj. Specifične težave posamezne marginalne skupine pa so premagljive. Potrebno je prepoznavanje ranljivosti in prioritizacija zadovoljevanja potreb na drugih področjih za učinkovitost obravnave na področju duševnega zdravja. Nujen je dovoljšen časovni normativ za izvajanje storitev. Sicer je prisotna praksa koriščenje nujne medicinske službe namesto služb za duševno zdravje.

Prepoznane so bile naslednje kategorije oziroma ugotovitve, ki smo jih podprli s tipično izjavo:

#### **U1: ZA ENAKOST V OBRAVNAVI POMEMBEN POLOŽAJ V DRUŽBI**

»Ljudje, ki spadajo v določeno skupino, so lahko nekoliko prikrajšani do teh storitev, predvsem zaradi slabega položaja v družbi. To so lahko na primer brezdomci in brezposelni.« (P1)

#### **U2: MOŽNOSTI ZA OBRAVNAVO RAZLIČNIH SKUPIN JE DOVOLJ**

»Vse marginalne skupine imajo možnosti in priložnosti za vključevanje, ko prepoznajo in se odločijo, da obravnavo potrebujejo. Menim, da je v občini Sevnica možnosti dovolj.« (P2)

#### **U3: PRISOTNOST STIGME**

»Še vedno je med ljudmi prisotna stigma. Pri starejših še bolj. Tudi ozaveščenost starejših je slabša. Tuje govoreči imajo seveda problem s sporazumevanjem. Osebe brez zdravstvenega zavarovanja ne vem, če so upravičene do zdravstvene obravnave. Vse ostale tukaj našteje skupine pa imajo dostopnost do storitev, v kolikor se zato odločijo, oz. so tja napoteni.« (P3)

#### **U4: PREMAGLJIVOST SPECIFIČNIH TEŽAV POSAMEZNE RANLJIVE SKUPINE**

»Menim, da ima vsaka od ranljivih skupin neke določene težave, ki pa so premagljive, izpostavila bi mogoče tujce, zanje je verjetno najtežje, ker ne znajo jezika.« (P4)

#### **U5: DOVOLJŠEN ČASOVNI NORMATIV ZA IZVAJANJE STORITEV**

»Tukaj je na mestu večja pozornost, programi morajo biti organizirani na način, da je dovolj časa za pogovor, za ustvarjanje zaupanja, da potem lahko dobimo oceno stanja. Starejše osebe s težavami v duševnem zdravju imajo potrebe po programih, ki imajo všteti potreben čas.« (FS1)

#### **U6: PREPREČEVANJE ZAPOSTAVLJANJA ALI PRIOTIZIRANJA TEŽAV Z DUŠEVNIM ZDRAVJEM**

»Pri fizični invalidnosti se hitreje pride do pomoči, tudi ni prisotne stigme. Potrebe pri osebah s težavami v duševnem zdravju so bolj zanemarjene v sistemu in se težje odkrivajo in težje zdravijo. Statistike kažejo, da ljudje s težavami v duševnem zdravju tudi do 20 let prej umrejo kot splošna populacija.« (FS1)

#### **U7: KORIŠČENJE NMP NAMESTO SLUŽB ZA DUŠEVNO ZDRAVJE**

»Mogoče bi izpostavil tiste, ki zavračajo dolgotrajnejšo obravnavo in se potem pogosto obračajo na NMP in smo ves čas na isti točki. To je v bistvu začaran krog.« (FS1)

#### **U8: POTREBNA KOMPETENTNOST ZA PRILAGAJANJE INDIVIDUALNIM POTREBAM POSAMEZNIKA**

»Vsaka skupina ljudi, ki jih obravnavamo ima drugačne potrebe. Če izpostavim otročnico, ki ima težave v duševnem zdravju, ali pa starostnika z demenco. Potrebe so različne, mogoče so največja težava tujci, veliko je priseljenih ne samo iz Srbije, Albanije, imamo Ukrajince in tukaj moraš biti previden in si pomagati s Kulturnimi kompetencami (priročnik), da lahko izpelješ obisk. Največ je mladih mamic, ki pridejo k nam tik pred porodom, v bistvu so čisto v novem svetu, kjer se ne znajdejo in smo patronažne sestre prve, ki jim skušamo nekako pomagat.« (FS1)

#### **U9: SPECIFIČNOST POTREB VSAKE MARGINALNE SKUPINE TERJA SPECIFIČEN ODZIV**

»Vsaka marginalizirana skupina se sooča z drugačnimi stiskami in težavami, ki jih ima. Npr. uživalci prepovedanih drog potrebujejo spremljanje in pomoč pri vzdrževanju abstinence, žrtev ekonomskega nasilja pa potrebuje institucijo, ki bi jo zaščitila in razložila njene pravice.« (S2)

#### **U10: POTREBA PO PRIORITIZACIJI ZADOVOLJEVANJA POTREB NA DRUGIH PODROČJIH ZA UČINKOVITOST OBRAVNAVE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA**

»Pri določenih posameznikih iz različnih marginaliziranih skupin je potrebno najprej zadovoljiti potrebe na drugih področjih in urediti osnovne pogoje, da se lahko izvaja obravnava na področju duševnega zdravja.« (PO1)

#### **U11: POTREBE PO PREMEŠČANJU KOMUNIKACIJSKIH IN KULTURNIH RAZLIK**

»Problem so tujci, s katerimi je komunikacija nična, otrok ne more prevajati, ker ni smiselno, da prevaja po navodilu, recimo tistega, ki izvaja nasilje. Največja težava so priseljenci zaradi komunikacije. Tudi kultura njihova je popolnoma drugačna, hierarhija v družini je drugačna.« (FS1)

#### **U12: RAZLIČEN VPLIV IZKUŠENJ NA IZRAŽANJE POTREB**

»Potrebe pri zagotavljanju se razlikujejo pri različnih marginaliziranih skupinah na podlagi njihovih izkušenj, potreb. Razumevanje specifičnih potreb je ključno za oblikovanje ustreznih intervencij in programov, ki lahko zagotovijo celostno obravnavo.« (S1)

#### **U13: NUJNO SOOČANJE Z RAZLIČNOSTJO IN RAZLIČNIMI IZZIVI (RAZLIČNA ZNANJA, RAZLIČNE STORITVE)**

»Soočanje z različnimi oblikami stigme in diskriminacije, kar ovira dostop do ustrezne pomoči; lahko se srečujejo z jezikovnimi ovirami pri komunikaciji; omejitve v dostopu do plačljivih storitev; socialna izolacija in osebe brez podpore družine/skupnosti; posamezniki s travmatičnimi izkušnjami potrebujejo posebno obravnavo; kulturne razlike; dostopnost zdravstvenih storitev; različne ravni izobrazbe.« (S1)

#### **U14: POTREBNO PREPOZNAVANJE RANLIVOSTI**

»Najprej je sploh potrebno detektirati, da je oseba marginalizirana, to je prva stvar in največji izziv, da osebo prepoznaš kot ranljivo, tudi mi sami imamo lahko kontra transferje, lahko se nam preveč smilijo, ali pa premalo. Nevarni so predsodki do posameznih marginaliziranih skupin, potem takemu človeku nismo v korist. Izziv je tudi da strokovnjaki poznajo službe, da jih lahko med seboj mrežijo. Pri teh ljudeh je potrebno vztrajati, jih kontinuirano obravnavati. Izziv je, kadar se ti ljudje selijo in jih službe ne predajo, storitve se lahko podvajajo ali pa ne opravijo.« (PO1)

### **3.2 Priložnosti: Katere so točke sistema, ki so posebej koristne za določene skupine?**

Raziskava je pokazala, da so izmed marginalnih skupin bili s strani udeležencev izpostavljeni predvsem osebe z težavami v duševnem zdravju, starejši, tuje govoreči, brezposelni, invalidi, romi, »uživalci

prepovedanih drog, brezdomci, žrtve nasilja, dolgotrajno bolni ljudje, ljudje na geografsko oddaljenih območjih, »žrtve ekonomskega nasilja, homoseksualci in spolni delavci.

Točke sistema, ki so še posebej koristne za določene skupine, so npr. varne hiše in nizkopražni programi, strokovno kompetentna podpora pri izzivih, ki jih prinaša življenje, koristnost prevozov za geografsko oddaljene ipd. Koristen je razvoj čim širše palete programov in storitev ter medsektorska povezanost.

Prepoznane so bile naslednje kategorije oziroma ugotovitve, ki smo jih podprli s tipično izjavo:

#### **U1: KORISTNOST VARNIH HIŠ IN NIZKOPRAŽNIH PROGRAMOV**

»Jaz bi rekla nizkopražnost, da kdorkoli, ki ima težave v duševnem zdravju lahko pokliče in je preko triažnega postopka sprejet v obravnavo. Da je lahko predlagatelj kdorkoli, to je najbolj svetla točka.« (FS1)

#### **U2: KORISTNOST PREVOZOV ZA GEOGRAFSKO ODDALJENE**

»Jaz bi še vedno izpostavila te prevoze, koliko stvari je bilo na ta način rešljivih za ljudi, ki so geografsko oddaljeni.« (FS1)

#### **U3: RAZVOJ ČIM ŠIRŠE PALETE PROGRAMOV IN STORITEV**

»Točke sistema, ki so lahko posebej koristne za določene skupine: mreža javnih zdravstvenih storitev, socialne storitve, programi za zdravljenje zasvojenosti, humanitarne organizacije, programi za zaposlovanje in izobraževanje.« (S8)

#### **U4: STROKOVNO KOMPETENTNA PODPORA PRI IZZVIH, KI JIH PRINAŠA ŽIVLJENJE**

»Posameznik mora dobiti pomoč od strokovnjakov, ki so večji svojega dela ter strokovno kompetentni, da jim lahko pomagajo pri izzivih, ki jih prinaša življenje.« (S2)

#### **U5: PREKRIVANJE RANLJIVOSTI**

»Ranljive skupine se med seboj prekrivajo, človek, ki ima eno ranljivost, se mu rada pridruži še kakšna.« (PO1)

**Pri starejših** je več demence, depresije in samomora in več osamljenosti in revščine. Za starejše bo »Strategija za demenco nekaj prinesla prav tako dolgotrajna oskrba.« (PO1)

»**Tuje govoreči**, ki se pri nas naselijo imajo lahko zelo različna stališča do duševnega zdravja in iskanja pomoči in pogosto je iskanje pomoči povezano s tem ali imajo prevajalca in se lahko pri intimnih zadevah izgubijo. Invalidi so socialno ekonomsko prikrajšani.« (PO1)

»**Brezposelni** bi potrebovali bolj dostopne programe rehabilitacije in tudi motivacijo za vključitev, ker imajo pogosto brezposelni slabe izkušnje, so ti programi stigmatizirani. Ljudje brez zavarovanja dobijo samo nujno pomoč.« (PO1)

»**Romi imajo svoje specifične**, kočevski, prekmurski, dolenski Romi niso enaki, to so tri različne zgodbe in tudi družine so zelo različne. Imajo različne strategije spoprijemanja.« (PO1)

»**Osebe z duševnimi motnjami** morajo imeti na razpolago službe, ki so kakovostne, dostopne, varne in za njih sprejemljive. Da je čim manj poseganja v osebno svobodo.« (S7)

»**Uživalci prepovedanih drog** so potrebe zelo velike, ker jih ima več kot 70 odstotkov dvojne diagnoze, niso samo telesno, ampak tudi duševno zelo obremenjena populacija in je treba biti pozoren tako na njihovo telesno in duševno zdravje.« (PO1)

»**Brezdomci so problem, predvsem velikih mest**, z njimi se nevladne organizacije ukvarjajo, so duševno in telesno bolni, prav tako odvisniki od alkohola imajo tudi pridružene motnje ker smo mokra družba lahko zelo dolgo prenašamo prekomerno pitje, prepozno odreagiramo z opozarjanjem in motiviranjem.« (PO1)

»**Žrtve nasilja, navadno** ne govorijo o tem, ženske z različnimi potrebami po zaščiti navadno tudi dolgo molčijo in dokler jih ne opolnomočimo da spregovorijo, smo nemočni. Proti volji ne moremo storiti veliko«. (PO1)

»**Dolgotrajno bolni ljudje imajo** podobne težave kot invalidi.« (PO1)

»**Ljudje na geografsko oddaljenih območjih**, problem je ta, da tam ostanejo stari in so odvisni od svoje družine ter so lahko žrtve ekonomskega, fizičnega in psihičnega nasilja«. (PO1)

»**Žrtve ekonomskega nasilja je potrebno opolnomočiti** kot žrtve nasilja v družini, morajo imeti na voljo službe, ki jih opolnomočijo. Homoseksualci navadno imajo težave v duševnem zdravju, zlasti če jih okolje ne sprejema«. (PO1)

»Težko je, če je **nekdo priseljenc in pa zraven še homoseksualec**, ima dva dejavnika, ki mu onemogočata stike z ljudmi, to je zelo ogrožena populacija«. (PO1)

»**Spolni delavci so problematični**, ker je to subkultura, povezano s tveganji biti žrtev ekonomskega, fizičnega, psihičnega nasilja povezano je tudi z drogo. Najbolj so ogroženi prostituti, moški, ki se ukvarjajo s spolnim delom, ker je to delo dvojno stigmatizirano.« (PO1)

## **U6: NUJNOST MEDSEKTORSKE POVEZANOSTI**

»Tukaj je zelo pomembno, da je sistem povezan, da je zdravstveni sistem povezan s šolstvom, socialo, da je to čimbolj pretočen sistem, da človek res dobi tisto, kar mu lahko ponudimo. Tukaj ne bi šla po točkah sistema, pomembno je, da katerakoli točka sistema, kamor človek s težavami vstopi, zna povezati med seboj ustrezne službe.« (PO1)

### **3.3 Katere so slabosti, ki posebej prizadenejo določene skupine?**

Raziskava je pokazala, da je pri izpostavljenih nevarnostih prišlo do prepoznavne tveganj za neenakost za ljudi z neurejenim statusom, tveganja nasilnih ravnanj in pomanjkljive palete podpore za žrtve nasilja. Predstavljeno je bilo tveganje zaradi specifičnih potreb, ranljivosti in izkušenj marginalnih skupin, tveganje neenakosti v obravnavi zaradi stigmatizacije s strani zdravstvenih delavcev. Poudarjeno je bilo, da tveganje zmanjšuje ponudba pomoči na pravi način, tudi v primeru različnih, prekrivajočih se tveganj.

Prepoznane so bile naslednje kategorije oziroma ugotovitve, ki smo jih podprli s tipično izjavo:

#### **U1: TVEGANJE ZA NEENAKOST ZA LJUDI Z NEUREJENIM STATUSOM**

»Osebe, ki nimajo zdravstvenega zavarovanja v centru za duševno zdravje ne moremo obravnavati, pripada jim samo nujna medicinska pomoč. Prednost pa je ta, da če taka oseba pride do nas, se zadeve začnejo hitro urejati, ker imamo multidisciplinarni tim. Pri žrtvah nasilja smo zelo odzivni.« (FS1)

#### **U2: TVEGANJE NASILNIH RAVNANJ IN POMANJKLJIVA PALETA PODPORE ZA ŽRTVE NASILJA**

»Za žrtve nasilja je velik plus to, da imamo Varno hišo, imamo tudi Krizni center za otroke in mladostnike.« (FS2)

### **U3: TVEGANJE ZARADI SPECIFIČNIH POTREB, RANLJIVOSTI IN IZKUŠENJ MARGINALNIH SKUPIN**

»Slabosti, ki prizadenejo določene marginalizirane skupine zaradi njihovih specifičnih potreb, ranljivosti in izkušenj: stigmatizacija, diskriminacija, jezikovne ovire, ekonomske omejitve, socialna izolacija, travma, nasilje, dostopnost zdravstvenih storitev.« (S1)

### **U4: TVEGANJE NEENAKOSTI V OBRAVNAVI ZARADI STIGMATIZACIJE ZDRAVSTVENIH DELAVCEV**

»Predsodki, nepoznavanje kulture in posebnosti ljudi, ki prihajajo iz drugih kultur, njihovih specifik in potreb. Predsodki do ranljivih skupin.« (S4)

### **U5: PALETA RAZLIČNIH, VČASIH PREKRIVAJOČIH SE TVEGANJ**

»Nepoznavanje sistemskih možnosti, geografska nedostopnost služb, nepopolna zdravstvena pomoč zaradi stereotipnih predstav npr. starejši so osamljeni, ne poznajo sistemskih možnosti, imajo slabo socialno mrežo, priseljenci, tuje govoreči imajo težave pri sporazumevanju, nepoznavanju sistemskih možnosti, osebe z različnimi oblikami invalidnosti – slabša fizična dostopnost služb, socialno-ekonomsko prikrajšani posamezniki in družine, brezposelni, nezavarovani – slabša obravnava ali nedostopnost obravnave zaradi finančne prikrajšanosti.« (S3)

### **U6: PONUDBA POMOČI NA NEPRAVI NAČIN**

»Pri ranljivih skupinah moraš biti previden, da jim pomoč ponudiš na tak način, da jih dodatno ne užališ, ponižaš. Da ne povzročiš dodatne stigme, ponižanja. Ljudem je potrebno zagotoviti varno okolje, da bodo lahko zaupali svoje stiske, šele potem jim bomo lahko pomagali, če bodo pomoč sprejeli ali pa tudi ne. Življenjski slog teh ranljivih skupin je tako drugačen in nevaren in je najprej treba delati na opolnomočenju.« (PO 1)

## **4. Primeri dobre in slabe prakse**

### **4.1 Primeri dobre prakse**

Raziskava je pokazala, da izpostavljeni 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 je bil razumevajoč, strokoven, prijazen 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.

Prepoznane so bile naslednje kategorije oziroma ugotovitve, ki smo jih podprli s tipično izjavo:

### **U1: INTEGRIRAN PRISTOP Z SODELOVANJEM IN TIMSKIM DELOM, MEDPOKLICNIM UČENJEM JE PRIMER DOBRE PRAKSE**

»Mi zelo veliko sodelujemo s Centrom za duševno zdravje, ko opazimo težavo na področju duševnega zdravja, jih pokličemo in moram povedat, da se vedno odzovejo in potem s skupnim sodelovanjem dobro rešimo primer. Oseba lahko ostane v domačem okolju, ljudje sprejmejo to pomoč. Ves čas smo v kontaktih, večkrat imamo timske sestanke, to je bilo za našo službo nekaj novega, še bolj za ostale posavske patronažne time. Imamo veliko zgodb s srečnim koncem. To sodelovanje je res en velik doprinos.« (FS2)

### **U2: PRESEGANJE MEDICINSKEGA MODELA**

»Glede dobrih praks ne bi govorila o enem samem primeru, ampak to, da se pri večini primerov ugotovijo potrebe kaj človek v domačem okolju potrebuje, kje ne funkcioniira in da niso samo zdravila in medicinski model tisti, ki pomagajo pri osebi z duševno motnjo. Dobra praksa je, da vstopiš domov, pridobiš zaupanje in potem podpreš tam, kjer je potrebno.« (FS2)

### **U3: DELO PATRONAŽNE MEDICINSKE SESTRE**

»Odličen ukrep je to, da smo uvedli v patronažno obravnavo novorojenčka in otročnice, torej patronaža je ena aktivno zdravstveno socialno varovanje posameznika in skupnosti po definiciji in tukaj je patronaža 24 ur po porodu. Potem spremlja novorojenčka in mamico in izvaja presejanje za poporodno depresijo. Tukaj je vključeno tudi ocenjevanje ranljivosti družine po kriterijih. Patronažne sestre so dolžne to zbirati in tudi analizirati na svojem terenskem območju. Drugo je nosečnost in vodenje nosečnosti v dispanzerjih, tukaj se opazuje tvegano vedenje, predvsem alkohol je tukaj izpostavljen. Ginekologi ali pa tim Dispanzerja za žene gleda še družinsko dinamiko. V referenčnih ambulantah se izvaja presejalni test za odkrivanje anoreksij pri mladih ženskah od 30. leta naprej. Jaz vidim, da nekaj ukrepov imamo. Preventivni ukrepi pa žal niso iz danes na jutri, poznajo se čez deset let.« (FS2)

### **U4: DODAJANJE VSEBIN O DUŠEVNEM ZDRAVJU DRUGIM IZOBRAŽEVALNIM VSEBINAM**

»Kadar imamo predavanja o temeljnih postopkih oživljanja in o uporabi defibrilatorja, bi morali zraven vključiti še nujna stanja v psihiatriji.« (FS2)

### **U5: OBVEZNOST UPORABE CELOVITEGA PRISTOPA PRI OBRAVNAVI**

»Pacient ima težave z odvisnostjo od alkohola, prisotni so bili pogosti padci, služba Nujne medicinske pomoči ga je obravnavala površno zaradi predsodka (odvisnik od alkohola) in ga ob zadnjem padcu niso hospitalizirali, na zahtevo ekipe Skupnostne psihiatrije je bil pacient odpeljan na slikovno diagnostiko, kjer se je izkazalo, da je imel hudo poškodbo hrbtenice (celostna obravnava).« (S2)

### **U6: POVEZOVANJE VIROV ZA NAJBOLJŠO POMOČ**

»Pri delu z osebami z duševnimi motnjami se trudimo delati čim bolj strokovno, predvsem pa razumeti, diagnosticirati in po najboljših močeh pomagati.« (S4)

### **U7: UPOŠTEVANJE PRAVICE DO IZBIRE IN ODLOČANJA PACIENTA**

»Pacienta smo zdravili za hudo depresijo, bil je na temu ali bo živel, ali ne, odvisnik od več vrst droge, prostitut in homoseksualec. Pri njemu smo dejansko delali na preprečevanju samomora in zdravljenju depresije. Zalomilo se nam je, ko bi bilo zanj dobro, da bi se vključil v program zdravljenja odvisnosti, kar je pa on pač odklanjal in ni sprejel. Potem je začel s službami manipulirati. Tukaj smo potem to odrezali to manipulacijo. Smo ga pa zdravili za depresijo in smo ga opolnomočili, da je šel celo za nekaj dni na oddelek na zdravljenje.« (FS3,U1)

### **U8: PRISOTEN RAZUMEVAJOČ, STROKOVEN, PRIJAZEN ODNOS**

Dobra praksa:» razumevajoč odnos do mene s strani psihiatrinje, razumela je bistvo mojih težav, ter mi predpisala ustrezna zdravila, ki so kmalu občutno izboljšala moje počutje.« (P1)

### **U9: OBISK PSIHIATRA NA DOMU IN VKLJUČITEV DRUŽINE**

Dobra praksa:» obisk psihiatra na domu, vključitev celotne družine v podporo pacientu.« (P4)

## **4.2 Primeri slabe prakse**

Raziskava je pokazala, da so bili primeri slabe prakse povezani z neustrezno/pomanjkljivo komunikacijo, z neuspehom pri poskusu vključitve pacientov v obravnavo zaradi napačnega pristopa, zaradi problema samostigmatizacije. Kaže se, da predaja pacienta ustrežnejšim službam ni vedno najboljša rešitev. Slabo sodelovanje med službami na različnih ravneh vodi do prekinitve kontinuitete obravnav. Pri samomoru je treba izpeljati refleksijo in vzročno posledično analizo. Primer slabe prakse je tudi neenako nagrajevanje članov tima.

Prepoznane so bile naslednje kategorije oziroma ugotovitve, ki smo jih podprli s tipično izjavo:

#### **U1: NEENAKOST V NAGRAJEVANJU ČLANOV TIMA**

»K dobri praksi prispeva skupno učenje, model dela, ki je timski model, seveda imamo vsi svoje ordinacijske čase. To je treba poudariti, da vsak strokovnjak v Centru za duševno zdravje odraslih vodi svoje število vključenih in tukaj so še izzivi. Kako izenačiti potem plačne razrede in dopuste. Ampak vseeno je timsko delo tisto in pa skupno učenje.« (FS2)

#### **U2: NEUSPEH PRI POSKUSU VKLJUČITVE PACIENTOV V OBRAVNAVO ZARADI NAPAČNEGA PRISTOPA**

Pacientka, predlagana za obravnavo s strani policije zavrne obravnavo, preden se je le ta začela. Nepravilen pristop pri odklonilni pacientki?« (S1)

#### **U3: SLABO SODELOVANJE MED SLUŽBAMI NA RAZLIČNIH RAVNEH – PREKINITEV KONTINUITETE OBRAVNAVE**

»Slabo sodelovanje med psihiatričnimi bolnišnicami in zdravstvenimi domovi (CDZO), saj bolnišnice po odpustu ne vzpostavljajo kontakta s CDZO glede nadaljnjega psihiatričnega zdravljenja v domačem okolju, ne posredujejo odpustnic, tako zdravljenje velikokrat ne poteka kontinuirano, kar slabo vpliva na sam potek zdravljenja.« (S3)

#### **U4: POMEN REFLEKSije IN VZROČNO POSLEDIČNE ANALIZE OB SAMOMORU PACIENTOV**

»Najbolj boleči so samomori naših pacientov. Ko se zgodi samomor, se vedno vprašamo, ali smo naredili vse, kar bi lahko. Začutimo nemoč, tudi občutke krivde. Pogovori v timu, ki je pacienta obravnaval so zelo koristni in potrebni v takšnih situacijah.« (S4)

#### **U: PREDAJA PACIENTA USTREŽNEJŠIM SLUŽBAM NI VEDNO NAJBOLJŠA REŠITEV**

»Slabo je bilo pri primeru, ki sem ga navedla kot prvi primer dobre prakse to, da ga nismo uspeli zdraviti za sifilis, čeprav smo mu uredili datum pri infektologu in bil je sprejet na oddelku. Tam so ga zaradi vedenjskega incidenta odpustili in ga niso zdravili. To je za nas slaba izkušnja, ker vedno ne moreš vplivati na druge strokovnjake. To je slaba izkušnja z zdravstvenim sistemom. Kljub temu, da pacienta dobro predaš naprej ni garant, da bo steklo tako kot si želimo.« (S4)

#### **U: NEUSTREZNA/POMANJKLJIVA KOMUNIKACIJA**

»Rad bi omenil odnos do mene kot pacienta, ko sem se še zdravil na psihiatriji v Ljubljani. Tam sem imel res velike težave pri komunikaciji. Psihiatrinja ni želela poslušati ne mene, ne mojih svojcev, ter mi je predpisovala napačna zdravila, katera pa so moje počutje samo še poslabšala.« (P1)

#### **U: PROBLEM SAMOSTIGMATIZACIJE**

»Miselnost ljudi, da o duševnih težavah ni dobro govoriti z drugimi.« (P4)

### **5. Zaključna sporočila udeležencev**

Sodelujoči so poudarili, da je v zadnjih letih prišlo do velikega napredka. Razvoj timskega dela, medsebojnega zaupanja in podpore ter pozornost in odzivnost kadra sta pogoj za kakovost skrbi na

področju duševnega zdravja. Treba pa je izdelati regijske načrte pomoči. Marginalne skupne prebivalstva imajo zelo raznolike potrebe, kar je potrebno upoštevati pri načrtovanju, izvajanju, vrednotenju in izboljševanju skrbi. Med konkretnimi priporočenimi akcijami pa izstopata promocija duševnega zdravja za odmik od interneta in pomoč pri pridobitvi ali ohranitvi osebne svobode.

Prepoznane so bile naslednje kategorije oziroma ugotovitve, ki smo jih podprli s tipično izjavo:

#### **U1: RAZVOJ TIMSKEGA DELA, MEDSEBOJNEGA ZAUPANJA IN PODPORE**

»Individualnost v multidisciplinarnosti, se pravi, da se vsak strokovnjak zaveda svojih kompetenc, svojega poslanstva, obenem pa v multidisciplinarnem timu deluje kot enakovreden član.« (FS2)

#### **U2: POZORNOST IN ODZIVNOST KADRA**

»Dostopnost, da se lahko pokličemo, ko prepoznamo te stiske ljudi.« (FS2)

#### **U3: PROMOCIJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA – ODMIK OD INTERNETA**

»Že pri otrocih v OŠ bi začeli otroke usmerjati ven v naravo, v take interesne dejavnosti, da bi jih odmaknili od interneta in družabnih omrežij.« (FS2)

#### **U4: UPOŠTEVANJE RAZNOLIKOSTI POTREB**

»Čeprav ima Slovenija dobro razvit javno zdravstveni sistem, so še vedno prisotne ovire in pomanjkljivosti pri zagotavljanju ustreznih storitev za marginalizirane skupine. Sistem za duševno zdravje bi moral biti dostopen, celovit in prilagojen potrebam prebivalcev, ne glede na njihov socialno-ekonomski položaj ali geografsko lokacijo. Pomembno je, da se upošteva raznolikost potreb ter se zagotovi enakopraven dostop do kakovostnih storitev duševnega zdravja po vsej državi.« (S5)

#### **U5: REGIJSKI NAČRTI SKRBI**

»Morali bi narediti regijske načrte skrbi za duševno zdravje, pa jih nismo naredili, to predvideva »Resolucija.« Jaz bi se zelo zavzela zato, da se ta regijski načrt naredi, kjer se skuša povečevati razumevanje marginaliziranih skupin in se jih tam tudi upošteva.« (PO1)

#### **U6: POMOČ PRI PRIDOBITVI OSEBNE SVOBODE**

»Rad bi se zahvalil svoji psihiatrinji ter vsem sodelavkam v Centru za duševno zdravje, da sem po tem dolgem obdobju zdravljenja ter poti na osebno svobodo zaradi selitve od doma imel tudi možnost podati svoje mnenje na celotno dogajanje v teh razburljivih časih v mojem življenju.« (P1)

#### **U7: VELIK NAPREDEK V ZADNJIH LETIH**

»Po mojem mnenju je v zadnjih letih v Sloveniji na tem področju narejen res velik napredek. Obravnave v domačem okolju - regijski centri so vsekakor velika pridobitev.« (P3)

### **Razprava**

**Kvalitativna analiza stanja na področju duševnega zdravja je pokazala, da je med udeleženci zaznana izboljševanje skrbi za ljudi na področju duševnega zdravja na splošno. Prisotnih je veliko različnih oblik pomoči ljudem v povezavi z duševnim zdravjem, vendar pa je tudi veliko priložnosti za izboljšanje. Zaznava se zmanjševanje stigme. Sicer se opozarja na razlike v stanju populacije med regijami, za dokazovanje pa se uporabljajo na nacionalni ravni statistični podatki. Obravnava oseb s težavami v duševnem zdravju je bolj celovita kot v preteklosti. Sicer so mnenja o primernosti obravnave s strani pacientov različna.**

**Ključne prednosti sistema za duševno zdravje marginaliziranih odraslih v Sloveniji** so udeleženci videli v pozitivnih spremembah v delovanju obstoječih služb. Krepi se ponudba storitev na primarni ravni zdravstvenega varstva, kar ima vpliv na izboljšano regijsko dostopnost do služb za področje duševnega zdravja. Službe bolje medsebojno sodelujejo, pomoč je dostopna brez napotnice. Prizadeva se za zgodnji zajem posameznika v obravnavo s presejalnimi testi. V kontekstu duševnega zdravja se poudarja pomen lekarn. Lokalne skupnosti postajajo bolj ozaveščene o področju duševnega zdravja. Razumevanje potreb pacientov je postalo boljše, obravnava je bolj celostna, bolj kulturno kompetentna obravnava, bolj se skrbi za kakovost življenja oseb s težavami v duševnem zdravju.

**Ključne slabosti sistema za duševno zdravje marginaliziranih odraslih v Sloveniji** so po mnenju udeležencev omejen dostop do kakovostnih storitev, premajhna prilagojenost programov potrebam družine in posameznikov, ni zagotovljeno zgodnje/ pravočasno vključevanje v ustrezno obliko podpore. Primanjkuje posameznih vrst strokovnjakov, ki bi imeli vse potrebne kompetence. Mreža za duševno zdravje ni dovolj popolnena, premajhna je podpora za razvoj zdravega življenjskega sloga, psihoterapija ni dostopna, prisotno je nezadostno povezovanje med izvajalci storitev. Kot slabost je bila omenjena finančna omejenost pri izvajanju nekaterih programov in prostorska stiska v nekaterih zdravstvenih domovih. Primanjkuje tudi socialnih storitev kot npr. dnevnih centrov in stanovanjskih skupin. Iz vidika zaposlitve primanjkuje prilagojenih delovnih mest. Velika težava je tudi prevoz oseb s težavami v duševnem zdravju. Družba je slabše ozaveščena, prisotni so predsodki glede oseb s področja duševnega zdravja.

**Ključne priložnosti za izboljšave sistema za duševno zdravje marginaliziranih odraslih v Sloveniji** so ciljna usmerjenost na marginalne/ranljive skupine in izvajanje palete različnih ukrepov. Država je odgovorna za ureditev situacije. Nujno je zmanjševanje predsodkov pri usmerjanju ljudi s težavami v duševnem zdravju v aktivnosti, ki niso specifično namenjene njim, temveč vsem. To je možno tudi skozi spremembe v vsebinah v izobraževanju in vseživljenjskem učenju na vseh ravneh o področju duševnega zdravja. Potrebno je upoštevanje medgeneracijskih razlik pri mreži storitev. Za zaposlovanje oseb s težavami v duševnem zdravju pa so potrebne dodatne spodbude.

**Glavne nevarnosti/grožnje, s katerimi se sistem sooča pri zagotavljanju učinkovite obravnave** so rigidnost obstoječega sistema, paleta vzrokov za omejen dostop do zdravstvenih storitev in nemotiviranost ljudi k vključitvi v obravnavo. Prisotna je stigma, obravnava pa je preveč medikalizirana, potrebno je več promocije telesnega in duševnega zdravja. Po mnenju pacientov imamo pomanjkljivo mrežo storitev na področju duševnega zdravja. Pomanjkljivo je ozaveščanje o pomenu sprotnega preventivnega ravnanja. Postavljanje diagnoze je nepravočasno in dolgotrajno. Število oseb s težavami v duševnem zdravju se povečuje, kadra primanjkuje. Imamo sistemske in kadrovske ovire.

**Potrebe pri zagotavljanju duševno zdravstvene obravnave** se razlikujejo med posameznimi marginaliziranimi skupinami. Na izražanje potreb vplivajo izkušnje. Specifičnost potreb vsake marginalne skupine terja specifičen odziv. Potrebna je kompetentnost za prilagajanje individualnim potrebam posameznika. Za kader je nujno spopadanje z različnostjo in različnimi izzivi (različna znanja, različne storitve). Prisotna je potreba po premeščanju komunikacijskih in kulturnih razlik. Izpostavljena je bila prisotnost stigme in da je za enakost v obravnavi pomemben položaj v družbi. Možnosti za obravnavo različnih skupin je dovolj. Specifične težave posamezne marginalne skupine pa so premagljive. Potrebno je prepoznavanje ranljivosti in prioritizacija zadovoljevanja potreb na drugih področjih za učinkovitost obravnave na področju duševnega zdravja. Nujen je dovoljšen časovni normativ za izvajanje storitev. Sicer je prisotna praksa koriščenje nujne medicinske službe namesto služb za duševno zdravje.

**Točke sistema, ki so še posebej koristne za določene skupine** so npr. varne hiše in nizkopražni programi, strokovno kompetentna podpora pri izzivih, ki jih prinaša življenje, koristnost prevozov za

geografsko oddaljene ipd. Koristen je razvoj čim širše palete programov in storitev ter medsektorska povezanost.

Pri izpostavljenih nevarnostih je prišlo do prepoznavne tveganj za neenakost za ljudi z neurejenim statusom, tveganja nasilnih ravnanj in pomanjkljive palete podpore za žrtve nasilja. Predstavljeno je bilo tveganje zaradi specifičnih potreb, ranljivosti in izkušenj marginalnih skupin, tveganje neenakosti v obravnavi zaradi stigmatizacije s strani zdravstvenih delavcev. Poudarjeno, da tveganje zmanjšuje ponudba pomoči na pravi način, tudi v primeru različnih, prekrivajočih se tveganj.

Izpostavljeni 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 je bil razumevajoč, strokoven, prijazen 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.

Primeri slabe prakse so bili povezani z neustrezno/pomanjkljivo komunikacijo, z neuspehom pri poskusu vključitve pacientov v obravnavo zaradi napačnega pristopa, zaradi problema samostigmatizacije. Kaže se, da predaja pacienta ustrežnejšim službam ni vedno najboljša rešitev. Slabo sodelovanje med službami na različnih ravneh vodi do prekinitev kontinuitete obravnav. Pri samomoru je treba izpeljati refleksijo in vzročno posledično analizo. Primer slabe prakse je tudi neenako nagrajevanje članov tima.

Sodelujoči so poudarili, da je v zadnjih letih prišlo do velikega napredka. Razvoj timskega dela, medsebojnega zaupanja in podpore ter pozornost in odzivnost kadra sta pogoj za kakovost skrbi na področju duševnega zdravja. Treba pa je izdelati regijske načrte pomoči. Marginalne skupne prebivalstva imajo zelo raznolike potrebe, kar je potrebno upoštevati pri načrtovanju, izvajanju, vrednotenju in izboljševanju skrbi. Med konkretnimi priporočenimi akcijami pa izstopata promocija duševnega zdravja za odmik od interneta in pomoč pri pridobitvi ali ohranitvi osebne svobode.

#### **Ključne ugotovitve**

1. Opažen je napredek na področju duševnega zdravja.
2. Uveljavljata se integriran pristop in multidisciplinarno, medsektorsko delo.
3. Marginalne skupne prebivalstva imajo zelo raznolike potrebe, kar je potrebno upoštevati pri načrtovanju, izvajanju, vrednotenju in izboljševanju skrbi.
4. Mreža za duševno zdravje ni dovolj popolnena, urediti je treba tudi področje psihoterapije.
5. SWOT analiza je pokazala na prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti.
6. Prisotni so primeri dobre in slabe prakse.
7. Na vseh teh točkah je še veliko prostora za izboljšanje.

Ugotovitve bodo v nadaljevanju študije dopolnjene. Pripravljen je zbirnik SWOT ANALIZE za nadaljnje delo.

#### **KLJUČNE PREDNOSTI SISTEMA ZA DUŠEVNO ZDRAVJE MARGINALIZIRANIH ODRASLIH V SLOVENIJI**

bolj celostna obravnava, pozitivne spremembe v delovanju obstoječih služb, bolj kulturno kompetentna obravnava, boljše razumevanje, izpolnjevanje potreb pacientov, krepitev ponudbe storitev na primarni ravni zdravstvenega varstva, izboljšana regijska dostopnost, opazanje pozitivnih učinkov izvajanih ukrepov v vse bolj ozavešeni lokalni skupnosti, prizadevanje za zgodnjo obravnavo, screening, pomembna vloga lekarn, skrb za kakovost življenja, dostopnost pomoči brez napotnice, koristnost varnih hiš in nizkopražnih programov, koristnost prevozov za geografsko oddaljene, razvoj

čim širše palete programov in storitev, strokovno kompetentna podpora pri izzvih, ki jih prinaša življenje, prekrivanje ranljivosti, nujnost medsektorske povezanosti.

#### **KLJUČNE SLABOSTI SISTEMA ZA DUŠEVNO ZDRAVJE MARGINALIZIRANIH ODRASLIH V SLOVENIJI**

premajhna prilagojenost programov potrebam družine in posameznikov, pomanjkanje storitev prevoza, pomanjkanje prilagojenih delovnih mest, pomanjkanje dnevnih centrov in stanovanjskih skupin, pomanjkanje posameznih vrst strokovnjakov, premajhna podpora za razvoj zdravega življenjskega sloga, ni zagotovljeno zgodnje/ pravočasno vključevanje v ustrezno obliko podpore, omejen dostop do kakovostnih storitev, pomanjkanje ustreznih kompetenc kadra in slabša ozaveščenost družbe, nezadostno povezovanje med izvajalci storitev, prisotnost predsodkov, finančna omejenost pri izvajanju nekaterih programov, nezadostna mreža storitev, prostorska stiska v nekaterih zdravstvenih domovih, nedostopnost do psihoterapije, sprejete politične odločitve, tveganje za neenakost za ljudi z neurejenim statusom.

#### **KLJUČNE PRILOŽNOSTI ZA IZBOLJŠAVE SISTEMA ZA DUŠEVNO ZDRAVJE MARGINALIZIRANIH ODRASLIH V SLOVENIJI**

upoštevanje medgeneracijskih razlik pri mreži storitev, spodbude delodajalcem za zaposlovanje oseb s težavami v duševnem zdravju, spremembe v vsebinah v izobraževanju in vseživljenjskem učenju na vseh ravneh, zmanjševanje predsodkov pri usmerjanju ljudi s težavami v duševnem zdravju v aktivnosti, ki niso specifično namenjene njim, temveč vsem, izvajanje palete različnih ukrepov, ciljna usmerjenost na ranljive skupine, odgovornost države za ureditev situacije, upoštevanje palete različnih, včasih prekrivajočih se tveganj, preseganje ponudbe pomoči na nepravi način, pomen refleksije in vzročno posledične analize ob samomoru pacientov, integriran pristop z sodelovanjem in timskim delom, medpoklicnim učenjem, preseganje medicinskega modela, delo patronažne medicinske sestre, dodajanje vsebin o duševnem zdravju drugim izobraževalnim vsebinam, obveznost uporabe celovitega pristopa pri obravnavi, povezovanje virov za najboljšo pomoč, upoštevanje pravice do izbire in odločanja pacienta, prisoten razumevajoč, strokoven, prijazen odnos, obisk psihiatra na domu in vključitev družine.

#### **GLAVNE NEVARNOSTI/GROŽNJE, S KATERIMI SE SISTEM SOOČA PRI ZAGOTAVLJANJU UČINKOVITE OBRAVNAVE**

rigidnost obstoječega sistema, povečevanje števila oseb s težavami v duševnem zdravju, paleta vzrokov za omejen dostop do zdravstvenih storitev, nemotiviranost ljudi k vključitvi v obravnavo, sistemske in kadrovske ovire, pomanjkanje kadra prisotnost stigme, preveč medikalizirana obravnava, povezanost telesnega in duševnega zdravja – še več potreb po promociji, potreba po ozaveščanju o pomenu sprotnega preventivnega ravnanja, nepravočasnost in dolgotrajnost do postavitve diagnoze, pomanjkljiva mreža po mnenju pacienta, neenakost v nagrajevanju članov tima, neuspeh pri poskusu vključitve pacientov v obravnavo zaradi napačnega pristopa, slabo sodelovanje med službami na različnih ravneh – prekinitev kontinuitete obravnave, predaja pacienta ustrežnejšim službam ni vedno najboljša rešitev, neustrezna/pomanjkljiva komunikacija, problem samostigmatizacije.

## Raziskava 2: Vloga interneta v skupnostni skrbi za duševno zdravje marginaliziranih odraslih

Spletne informacije o stanju duševnega zdravja zagotavljajo vlade z ministrstvi in uradi, javni zavodi, neprofitne organizacije, korporacije in zasebniki.

### Teoretično ozadje - Internet in duševno zdravje

V zadnjih 10 letih je hitri razvoj spletnih mest za socialno mreženje, kot so Facebook, Twitter, MySpace itd., povzročil več globokih sprememb v načinu komuniciranja in interakcij med ljudmi (Pantic idr., 2014). Družbeni mediji so postali vse pomembnejše spletno prizorišče za izmenjavo informacij in nasvetov v zvezi z zdravjem, pri čemer se platforme družbenih medijev, kot npr. TikTok, Twitter in Instagram, vse pogosteje uporabljajo za posredovanje sporočil o javnem zdravju (Basch, Hillyer in Jaime, 2020) in za zagovorništvo na področju duševnega zdravja (Koteyko in Atanasova, 2018). Nove tehnologije so ob ustrezni uporabi nedvomno vir, ki lahko močno izboljša kakovost življenja posameznika. Na enak način je treba opozoriti, da neusklajena uporaba interneta predstavlja, zlasti kadar so prisotni predispozicijski psihopatološki dejavniki, resnično tveganje za duševno zdravje subjekta, saj lahko postane težava, ki je izven njegovega nadzora (Baroni idr., 2019). Digitalne neenakosti ne vključujejo le samostojne uporabe interneta, temveč tudi posredne rabe. Pri aktivaciji uporabe interneta prek posrednikov se kažejo kot ključne kategorične neenakosti, ki so povezane z izobrazbo, krajem bivanja, zakonskim stanom in dohodkom gospodinjstva. **Namen tega prispevka je podrobneje prikazati dejstva in izzive glede uporabe spleta kot vira informacij v okviru skupnostne skrbi za duševno zdravje marginaliziranih odraslih.**

### Vloga interneta v skupnostni skrbi za duševno zdravje marginaliziranih odraslih

Spletne informacije o stanju duševnega zdravja zagotavljajo vlade, neprofitne organizacije, korporacije in zasebniki (Montagni idr., 2020). Nemška raziskava psihiatričnih bolnikov je pokazala, da jih nekaj več kot 70 % uporablja internet za dostop do informacij o duševnem zdravju, največkrat za iskanje informacij o zdravlilih (44 %), za iskanje za storitve duševnega zdravja (39 %), za komunikacijo z drugimi bolniki na forumih in klepetalnicah (20 %) ali za komunikacijo s strokovnjaki za duševno zdravje (17 %) (Kalckreuth, Trefflich in Rummel-Kluge, 2014). Natančne informacije o zapletenih vprašanjih, kot so duševne bolezni 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 posegov zdravljenja in lahko poveča tveganje za škodo, zlasti pri mlajših ljudeh, ki so bolj izpostavljeni tveganju za duševno zdravje in so tudi pogostejši uporabniki družbenih medijev (Gupta in Ariefdjohan, 2020).

Marginalizirane skupnosti so predmet varstva pravnega reda, vendar je praktična uporaba posameznih pravnih predpisov nezadostna (Nevická in Mesarčík, 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 duševnih težav 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 (Resolucija 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).

Romi so najpomembnejša etnična manjšina v Evropski Uniji (EU), ki je izpostavljena hudi diskriminaciji, socialni izključenosti in revščini. Vsaj 45 % gospodinjstev nima vsaj enega od naslednjih objektov: stranišča, kuhinje, prhe in elektrike (FRA, 2020b). Agencija evropske Unije za temeljne pravice (FRA) je poročala, da je leta 2021 82 % Romov v državah EU živel v prenatrpanih gospodinjstvih. Kar zadeva zdravje, Romi predstavljajo eno najbolj prikrajšanih manjšinskih skupin v Evropi in imajo najslabše zdravstvene rezultate (McFadden idr., 2018). Macías León in Del Pino-Brunet (2023) ugotavljajo, da imajo 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).

Zaporniki so skupina ljudi, ki nimajo ustreznega dostopa do digitalnih storitev zdravstvenega varstva in socialnega varstva, njihova uporaba interneta pa je nadzorovana. Poleg tega ovire za uporabo digitalnih storitev zdravstvenega varstva in socialnega varstva vključujejo pomanjkanje digitalnih veščin in s tem povezano pomanjkanje znanega nadzora, odnos zapornika in odnos ljudi, ki so mu blizu, pa tudi pomanjkanje zaupanja v digitalne storitve (Rantanen idr., 2021).

Starejši ljudje in tisti z nižjo stopnjo izobrazbe manj verjetno dostopajo do zdravstvenih informacij na spletu (Alvarez-Galvez idr., 2020). Tudi starejši migranti s slabšim zdravjem imajo na splošno več ovir pri uporabi interneta kot njihovi kolegi z boljšim zdravjem (Kouvonen idr., 2022). Digitalni pristopi k duševnemu zdravju lahko ponudijo inovativno pot za zagotavljanje storitev duševnega zdravja težko dosegljivi populaciji, kot so prosilci za azil, begunci in priseljenci (Raphiphatthana idr., 2020).

#### **Uporaba interneta v skupnostni skrbi za duševno zdravje marginaliziranih odraslih**

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. Uvajanje novega dojemanja razdalje med pacientom in klinikom lahko internetno zdravljenje ponudi boljši občutek zaupnosti in ponuja raznoliko vsebino, med katero lahko uporabniki izbirajo (Bertholet idr., 2021). Zelo razširile tudi študije o zlorabah interneta, ki lahko resno škoduje socialnim, psihološkim, delovnim in čustvenim prilagoditvam posameznika (Baroni idr., 2019).

Digitalno duševno zdravje je razmeroma nov koncept, ki se je pojavil v začetku leta 2000 (Della Mea, 2001). Predstavlja uporabo informacijske in komunikacijske tehnologije (IKT) za zagotavljanje storitev duševnega zdravja 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 telepsihatrijo (Raphiphatthana idr., 2020). Več sistematičnih pregledov je pokazalo, da je pristop enako učinkovit kot tradicionalne metode oskrbe pri spodbujanju duševnega zdravja in dobrega počutja splošne populacije (Batterham idr., 2015).

Za ocenjevanje kakovosti zdravstvenih informacij na spletu je bil uporabljen širok nabor metod in ukrepov. Kakovost je različno opredeljena, vendar običajno vključuje ocene popolnosti, verodostojnosti, točnosti, pristranskosti in berljivosti. Nekatere metode zahtevajo strokovno oceno, medtem ko so druge avtomatizirane, vključno z Googlovim PageRank-om, ki upošteva vhodne povezave in temelji na obsegu in kakovosti, položajih na lestvici spletnih mest in ustreznih ključnih besed (Strzelecki, 2020).

Najpogosteje uporabljen instrument je ocenjevalno orodje DISCERN (Charnock idr., 1999), standardiziran instrument, sestavljen iz 16 vprašanj, ki zajemajo ustreznost, vir, pristranskost, izbire

zdravljenja in splošno kakovost pisnih informacij. V nekaterih študijah se je DISCERN izkazal kot zanesljiv in veljaven kazalnik kakovosti spletnega mesta (Ademiluyi, Rees in Sheard, 2003; Griffiths in Christensen, 2005), v drugih pa ne (Cerminara idr., 2014; Dueñas-Garcia idr., 2015; Beaunoyer idr., 2017).

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). Vendar sta zanesljivost in veljavnost teh orodij večinoma ostali neraziskani. V študijah za oceno razumljivosti in izvedljivosti informacij z uporabo Orodja za ocenjevanje izobraževalnih materialov za paciente PEMAT se ugotavlja, da je to slabo celo na spletnih mestih z visoko kakovostjo vsebine (Kirby idr., 2018). Da bi ocenili splošno kakovost spletnega mesta, so v študiji Hardman idr. (2022) 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).

## Namen in cilji raziskave

Cilj raziskave je bil identificirati organizacijske/institucionalne spletne strani, ki vsebujejo vsebine s področja duševnega zdravja in lahko predstavljajo primer dobre prakse za premostitev vrzeli med potrebami in oskrbo za celovito zdravstveno obravnavo marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja.

## Rezultati

Ugotovitve smo predstavili glede na določene ključne besede v Tabeli 1 in Tabeli 2.

Tabela 2: Nabor prvih 10 zadetkov (brez ponovitev) na izbrane ključne besede, 1. del

| Zap. št. | Duševno zdravje (844.000 rez. (0,33 sek.))           | Promocija duševnega zdravja (26.200 rez., 0,26 sek.) | Težave v duševnem zdravju (48.200 rez. (0,28 sek.))  | Motnje v duševnem zdravju (31.200 rez., 0,28 sek.) | Pomoč v duševni stiski (27.600 rez., 0,28 sek.)      |
|----------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 1        | NIJZ                                                 | Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu     | Program Mira                                         | Psihoterapija-ordinacija                           | NIJZ                                                 |
| 2        | Program Mira                                         | NIJZ                                                 | Psihoterapija-ordinacija                             | Program Mira                                       | Program Mira                                         |
| 3        | Concilium: Evropski svet, Svet Evropske unije        | Program Mira                                         | NIJZ                                                 | NIJZ                                               | Psihiatrična klinika Ljubljana                       |
| 4        | Portal gov.si                                        | Ozara Slovenija                                      | Zdravstveni dom za študente                          | Zdravstveni dom za študente                        | Mojpsihoterapevt.si                                  |
| 5        | Evropska komisija                                    | Čili za delo                                         | Družinski center mir                                 | Zveza Sožitje                                      | Psihoterapija-ordinacija                             |
| 6        | Wikipedia                                            | Univerza v Ljubljani, FDV                            | Živ?Živ! (Slovenski center za raziskovanje samomora) | Zakonodaja.com-Zakon o duševnem zdravju            | Šent- Slovensko združenje za duševno zdravje         |
| 7        | Živ?Živ! (Slovenski center za raziskovanje samomora) | PiSRS-Resolucija o nacionalnem programu DZ           | Zveza Sožitje                                        | Družinski center Mir                               | Živ?Živ! (Slovenski center za raziskovanje samomora) |
| 8        | Zdravstveni dom za študente                          | Digitalna knjižnica Slovenije                        | Društvo Stigma                                       | PiSRS-Zakon o duševnem zdravju                     | Nisi okej? Povej naprej.                             |
| 9        | Bureau Veritas Slovenia                              | Vitalno podjetje (sponzorirana vsebina)              | Projekt Trialog                                      | Concilium: Evropski svet, Svet Evropske unije      | Tom telefon                                          |

|    |                   |                      |           |                                        |                       |
|----|-------------------|----------------------|-----------|----------------------------------------|-----------------------|
| 10 | Upravna akademija | Revija socialno delo | Naprej.eu | Omra.si (Družbeno medicinski inštitut) | Hedepy (sponzorirano) |
|----|-------------------|----------------------|-----------|----------------------------------------|-----------------------|

Največ zadetkov je pri uporabi najširšega termina »duševno zdravje«. Med prvih deset zadetkov so se uvrstile spletne strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje NIJZ in programa Mira, različnih uspešnih neprofitnih projektov, NVO, institutov javne uprave in zdravstvenih zavodov, pa tudi Evropske Unije.

Tabela 3: Nabor prvih 10 zadetkov (brez ponovitev) na izbrane ključne besede, 2. del

| Zap. št. | <b>Depresija</b> (8.490.000 rez., 0,31 sek.) | <b>Shizofrenija</b> (182.000 rez., 0,39 sek.) | <b>Bipolarna motnja</b> (24.100 rez., 0,41 sek.) | <b>Psihoza</b> (365.000 rez. (0,47 sek.)) | <b>Samomor</b> (350.000 rez., 0,29 sek.)             |
|----------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 1        | Psihoterapija-ordinacija                     | Psihoterapija-ordinacija                      | Psihoterapija-ordinacija                         | Psihiatrija Leser                         | Wikipedia                                            |
| 2        | Lek.si                                       | Wikipedia                                     | Vizita.si                                        | eZdravje.com                              | Živ?Živ! (Slovenski center za raziskovanje samomora) |
| 3        | Vizita.si                                    | Program Mira                                  | psihiater Leser                                  | Psihoterapija-ordinacija                  | Psihiatrija Leser                                    |
| 4        | Moj.psihoterapevt.si                         | Lundbeck (farmacevtska družba)                | Mojpsihoaterapevt.si                             | Univerza Sigmunda Freuda Ljubljana        | NIJZ                                                 |
| 5        | Vzajemna zdravstvena zavarovalnica           | eZdravje.com                                  | Lundbeck (farmacevtska družba)                   | Mental Health Texas                       | ABC Zdravja                                          |
| 6        | Lekarnar.com                                 | Vizita.si                                     | Program Mira                                     | Draagle (opozorilo, da povezava ni varna) | Pomurec.com                                          |
| 7        | NIJZ                                         | moja-lekrana.com                              | Omra.si                                          | Mlad.si                                   | Dnevnik                                              |
| 8        | BRST Psihologija                             | zdravstveniportal.si                          | Wikipedia                                        | Azienda Servizi Sanitari Trieste          | Fran                                                 |
| 9        | Triglav zdravje                              | Nisi okej? Povej naprej.                      | eZdravje.com                                     | DrogArt                                   | mastermind akademija (sponzorirano)                  |
| 10       | Psihoterapija-Ljubljana.si (sponzorirano)    | Lekarnar.com                                  | Nisi okej? Povej naprej.                         | Termania                                  | Delo.si                                              |

Največ zadetkov je bilo z uporabo ključne besede »depresija«. Višje so se uvrstile spletne strani zasebnih profitnih organizacij in Wikipedija. Pri enem zadetku se je pojavilo opozorilo, da povezava ni varna.

## Razprava

**Spletne strani NIJZ in Programa Mira so stičišče vseh ključnih strokovnih informacij in se praviloma pri javno zdravstvenih vprašanjih duševnega zdravja umeščajo med prve zadetke, pri vprašanjih duševnih bolezni in samomora pa relativno nizko.**

Poleg tega so na visokem mestu spletne strani uspešnih projektov. **Npr. Živ?Živ!** je spletna postaja, kjer o duševnem zdravju 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 duševnega zdravja v Sloveniji. Glavni cilj kampanje je zmanjšati stopnjo stigme duševnega zdravja in spodbuditi ljudi k iskanju pomoči (NIJZa, b.d). Na polu duševnih bolezni prednjačijo profitne organizacije.

To, da je največ zadetkov spletnih strani z uporabo ključne besede »depresija« ni presenetljivo. Približno tretjina prebivalstva ima prirojeno ali zgodaj v življenju pridobljeno nagnjenost za razvoj depresije. Vendar depresije ne razvijejo vsi. To se zgodi pri približno 20 % žensk in 10 % moških. 17 % populacije ima depresijo ali izražene posamezne simptome. Vsako leto za depresijo zboli od 8 do 10 %

ljudi. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije je trenutno v svetu depresivnih 100 milijonov ljudi (Omra, 2024). Za marginalne družbene skupine je treba glede na druge študije upoštevati, da so pogostejši iskalci internetnih vsebin brezdomci s stabilnejšo zdravstveno rešitvijo (Radó idr., 2022). Glede zapornikov Rantanen idr. (2021) poudarjajo, da je treba dati poudarek zlasti podpiranju digitalnih veščin starejših in dolgotrajno zaprtih oseb. V kritični fazi izpusta je poudarjen dostop zapornika do digitalnega zdravstvenega varstva in storitev socialnega varstva, ki omogoča nemoteno integracijo v družbo (Rantanen idr., 2021). Da bi starejšim odraslim, vključno s starejšimi migranti, zagotovili boljši dostop do zdravstvenega varstva, je treba hitro spreminjajoče se naprave, programsko opremo in aplikacije spremeniti in prilagoditi tistim s posebnimi zdravstvenimi potrebami (Kouvonen idr., 2022).

Študija Reynoldsa in sodelavcev (Reynolds idr., 2015) je npr. ugotovila podobno kot mi, da najkakovostnejših informacij morda ni mogoče najti na prvih 10 spletnih mestih, ki jih je uvrstil google.

### **Ključne ugotovitve**

Na podlagi predstavljene raziskave smo ugotovili:

- Primer dobre prakse je visoko kotiranje spletnih strani NIJZ in njihova hitra dostopnost za javnozdravstvena vprašanja.
- Glede na predstavljene rezultate je potrebno, da bi lahko dejansko govorili o primerih dobre prakse, oceniti kakovost spletnih strani. Ne sme se dopustiti, da bi se med prvih deset zadetkov uvrstile povezave, ki niso varne.
- Pri pripravi internetnih vsebin je za posamezne marginalne ali ranljive skupine treba upoštevati njihove življenje pogoje in individualna tveganja ter ločeno proučiti dejavnike glede iskanja in uporabe internetnih vsebin s področja duševnega zdravja.
- Nujna so nadaljnja raziskovanja v smeri analize vsebine dokumentov in medijskih in drugih objav v zadnjih petih letih in ključne organizacijske/institucionalne spletne strani, ki se niso pojavile med prvimi desetimi zadetki, in predlagati izboljšavo dostopnosti.
- Vrednotenje kakovosti informacij o duševnem zdravju in duševnih motnjah, ki so na voljo na družbenih medijih, je nastajajoče področje, ki lahko zahteva nadaljnja prizadevanja pri razvoju metodologije. Ključne spletne strani za področje duševnega zdravja se morajo uvrščati čim višje v seznamu zadetkov spletnih strani ne glede na uporabljeno različico ključnih besed s področja duševnega zdravja.

### **Literatura:**

1. Ademiluyi, G., idr. (2003). Evaluating the reliability and validity of three tools to assess the quality of health information on the Internet. *Patient Educ Couns*, 50(2), 151-155.
2. Alnema, F. M., idr. (2017). Characteristics of Arabic Websites with information on autism. *Neurosciences (Riyadh)*, 22(2), 143-145.
3. Alvarez-Galvez, J., idr. (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.
4. Athanasopoulou, C., idr. (2016). Attitudes towards schizophrenia on YouTube: A content analysis of Finnish and Greek videos. *Inform Health Soc Care*, 41(3), 307-324.

5. Baroni, S., idr. (2019). Problematic Internet use in drug addicts under treatment in public rehab centers. *World J Psychiatry*, 9(3), 55-64.
6. Basch, C. E., idr. (2020). The role of YouTube and the entertainment industry in saving lives by educating and mobilizing the public to adopt behaviors for community mitigation of COVID-19: Successive sampling design study. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), e19145.
7. Batterham, P. J., idr. (2015). A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. *Psychol Assess*, 27(2), 501-512.
8. Beaunoyer, E., idr. (2017). Understanding online health information: Evaluation, tools, and strategies. *Patient Educ Couns*. 100(2), 183-189.
9. Bertholet, N. in Cunningham, J.A. (2021). Information technology and addiction science: promises and challenges. *Addict Sci Clin Pract* 16, 7.
10. Charnock, D., idr. (1999). DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *J Epidemiol Community Health*, 53(2), 105-11.
11. Cerminara, C., idr. (2014). Use of the DISCERN tool for evaluating web searches in childhood epilepsy. *Epilepsy Behav*, 41, 119-21.
12. Della Mea, V. (2001). What is e-health (2): the death of telemedicine? *J Med Internet Res*. 2001, 3(2), E22.
13. Dueñas-Garcia, O.F., idr. (2015). Patient-focused websites related to stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse: a DISCERN quality analysis. *International Urogynecology Journal* , 26, 875-880.
14. Flores, A. R., 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.
15. FRA (2020). Fundamental Rights Report. <https://fra.europa.eu/en/publication/2020/fundamental-rights-report-2020>
16. Griffiths, K. M. in Christensen H. (2005). Website quality indicators for consumers. *J Med Internet Res*, 7(5), e55.
17. Gupta, R. in Ariefdjohan, M. (2020). Mental illness on Instagram: a mixed method study to characterize public content, sentiments, and trends of antidepressant use. *J Ment Health*, 2020 30, 518-525.
18. 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 Info Libr J*. 28(4), 294-301.
19. Hardman, M. P., idr. (2022). An evaluation of the quality of online perinatal depression information. *BMC Pregnancy Childbirth*. 15; 22(1), 209.
20. Kalckreuth, S., idr. (2014) . Mental health related Internet use among psychiatric patients: a cross-sectional analysis. *BMC Psychiatry* 14, 368.
21. Kirby PL, idr. (2018). Evaluating the quality of perinatal anxiety information available online. *Arch Womens Ment Health*. 2018 Dec;21(6):813-820. doi: 10.1007/s00737-018-0875-5. Epub 2018
22. Koteyko, N. in Atanasova, D. (2018) Mental health advocacy on Twitter: positioning in Depression Awareness Week tweets. *Discourse, Context & Media*, 25, str. 52-59.
23. Kouvonen, A., idr. (2022). Health and self-perceived barriers to internet use among older migrants: a population-based study. *BMC Public Health* 22, 574.
24. 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.
25. McFadden, A., idr. (2018). Gypsy, Roma and Traveller access to and engagement with health services: a systematic review. *Eur J Public Health*. 1;28(1), 74-81.
26. Miniwatts Marketing Group (2017). Internet world stats: usage and population statistics. <http://www.internetworldstats.com/stats.htm>.
27. Montagni, I., idr. (2020). Mental health-related digital use by university students: a systematic review. *Telemed. e-Health*, 260 (2), 131-146.

28. Montoya, M., 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.
29. Nevická, D., in Mesarčík, M. (2022). Why are you offline? The issue of digital consent and discrimination of Roma communities during pandemic in Slovakia. *International Journal of Discrimination and the Law*, 22(2), 172-191.
30. Nour, M. M., idr.. (2016). Schizophrenia on YouTube. *Psychiatr Serv*, 1;68(1), 70-74.
31. Pantic I. (2014). Online social networking and mental health. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 17(10), 652-7.
32. 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/>.
33. Rantanen, T., idr. (2021). Prisoners as Users of Digital Health Care and Social Welfare Services: A Finnish Attitude Survey. *Int J Environ Res Public Health*, 21, 18(11), 5528.
34. Raphiphatthana, B., idr. (2020). Digital Mental Health Resources for Asylum Seekers, Refugees, and Immigrants: Protocol for a Scoping Review. *JMIR Res Protoc*, 9(8), e19031.
35. Reavley, N., idr. (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>
36. Radó, N., idr. (2022). Digital Technology Access and Health-Related Internet Use Among People Experiencing Homelessness in Hungary: Quantitative Survey. *J Med Internet Res*. 24(10), e38729.
37. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028. Uradni list RS, št. 24/18.
38. Reynolds, R. (2015). Technology for teaching Civics and Citizenship: insights from teacher education. *The Social Educator*, 33(1), 26-38.
39. 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. *J Alzheimers Dis*, 55(1), 219-229.
40. Roškar, S., idr. (2017). Attitudes within the general population towards seeking professional help in cases of mental distress. *Int J Soc Psychiatry*, 3(7), 614-621.
41. Ryan, T., idr. (2014). The uses and abuses of Facebook: A review of Facebook addiction. *J Behav Addict*, 3, 133–148.
42. Strzelecki, A. in Rutecka, P. (2020), "Featured snippets results in Google web search: an exploratory study". *Marketing and Smart Technologies. Computer Science*, 9-18.
43. Zakon o duševnem zdravju. Uradni list RS, št. 77/08, 46/15 – odl. US, 44/19 – odl. US, 109/23 in 136/23 – ZIUZDS
44. Wang, H. Y., idr. (2019). Digital Nativity and Information Technology Addiction: Age cohort versus individual difference approaches. *Computers in Human Behavior*, 90, 1-9.