



Univerza v Novem mestu
Fakulteta za *zdravstvene vede*

Peto poročilo

Primerjalna analiza in ocena različnih praks v zdravstveni obravnavi pacientov posameznih marginaliziranih skupin v povezavi z duševnim zdravjem - za preprečevanje prisotnosti tabujev, stereotipov in predsodkov, stigmatizacije in diskriminacije deležnikov v zdravstveni dejavnosti

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, 30. 4. 2025

OPIS DELOVNEGA SKLOPA 4

5. Primerjalna analiza in ocena različnih praks v zdravstveni obravnavi pacientov posameznih marginaliziranih skupin v povezavi z duševnim zdravjem - za preprečevanje prisotnosti tabujev, stereotipov in predsodkov, stigmatizacije in diskriminacije deležnikov v zdravstveni dejavnosti

Cilja:

1. Ocena primerov dobrih in slabih praks za celovito integrirano in kontinuirano zdravstveno obravnavo posameznih skupin marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja glede na regulacijske, organizacijske, izobraževalne in medijske omejitve slovenskega prostora;
2. Priprava izbora dobrih praks za zmanjševanje prisotnosti tabujev, stereotipov in predsodkov, stigmatizacije in diskriminacije.

Metode: Da bi pridobili celovite informacije (tako posplošujoče kot poglobljene) o potrebah na področju zagotavljanja celovite integrirane zdravstvene obravnave marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja z vidika regijske dostopnosti v Sloveniji bomo uporabili podatke, zbrane predhodno v okviru DS 4. Ustreznost nabora različnih pobud bomo preverili glede na regulacijske, organizacijske, izobraževalne in medijske omejitve slovenskega prostora ter oblikovali predlog nabora, ki ga bomo preverili z mnenji različnih deležnikov v naslednjem delovnem sklopu.

Postopkovno smo izvedli ta delovni sveženj po naslednjih sklopih

1. Primerjava in identifikacija dobrih praks na področju stigmatizacije, diskriminacije v povezavi z duševnim zdravjem pacientov na podlagi tabujev, stereotipov in predsodkov deležnikov v zdravstveni obravnavi;
2. Izbor dobrih praks na podlagi na regulacijske, organizacijske, izobraževalne in medijske omejitve slovenskega prostora ter oblikovanje predloga nabora;
3. Oblikovanje poročila (Izbor dobrih praks za zmanjševanje prisotnosti tabujev, stereotipov in predsodkov, stigmatizacije in diskriminacije) in diseminacija rezultatov.

Čas trajanja: 3 mesece: 1. 2. 2025–30. 4. 2025

Uvod

Delovni sklop 5 vključuje:

- I. sintezo predlaganih ukrepov v literaturi glede na 1 in 4. poročilo
- II. SWOT ANALIZO sistema za duševno zdravje marginaliziranih odraslih v Sloveniji (drugo poročilo)
- III. Pregled pisnih virov o ukrepih za zmanjševanje stereotipov, predsodkov in diskriminatornega ravnanja (tretje poročilo)
- IV. Predstavitev nekaterih primerov dobre prakse

Zbrana so dosedanja prizadevanja za izpolnitev zahtev v zadnji fazi projekta.

- I. Sinteza predlaganih ukrepov literaturi

Tabela 1: Nabor izvedenih oziroma predlaganih protiukrepov/intervencij glede na priznane kategorije

Kategorije	Izvedeni ali predlagani protiukrepi/intervencije
Zmanjševanje razširjenosti težav v duševnem zdravju v marginaliziranih/ranljivih skupinah	- spremljanje prevalece duševnega zdravja glede na pojavnost v splošni populaciji;
- Promocija zdravja in zmanjševanje tveganj	- preprečevanje viktimizacije v otroštvu;

	- spodbujanje programov odpornosti; - vzpostavitev delovanja delovne skupine, ki se osredotoča na programe promocije duševnega zdravja za marginalizirane ljudi; - zavzemanje za povečanje sredstev, namenjenih promociji duševnega zdravja.
Izboljševanje dostopnosti storitev in njihove ustreznosti - Mreža storitev glede na potrebe ljudi (kaj, kdaj, kako)	- storitve, ki so ponujale informacije in navodila o drugih storitvah, so povečale dostopnost in pripomogle k zmanjšanju občutka »izgubljenosti« znotraj sistemov storitev; - namenjanje pozornosti, da programi za izboljševanje odpornosti ne delujejo idiosinkratično, poveča učinek spodbude k dostopu do kulturno kompetentnih ponudnikov socialnih ali zdravstvenih storitev; - tudi če so zdravstvene storitve na voljo, je treba obravnavati štiri razsežnosti dostopnosti storitev: nediskriminacijo, fizično dostopnost, cenovno dostopnost in dostopnost informacij; - <u>razvoj storitev za izboljševanje dvosmerne komunikacije in prenos informacij med marginaliziranimi ali ranljivimi posamezniki in ponudniki storitev naj vključuje uporabo participativnih metod;</u> - vzpostavitev skrbi za duševno zdravje marginaliziranih/ranljivih skupin v okviru storitev, ki so že vgrajene v skupnosti, olajšuje in pospeši dostop do storitev; - za enakopravnost je potrebna pozornost na horizontalno in vertikalno pravičnost v smislu pogostosti obravnave.
Upoštevanje osebnostnih značilnosti in posebnosti ter individualnih tveganj marginiziranih/ranljivih posameznikov – Na osebo osredotočena oskrba	- prilagoditev ponudbe in izvajanja storitev dejavnikom socialnega konteksta (tabuji, predsodki, diskriminacija, socialna vključenost, socialna podpora, norme); - duševno zdravje marginaliziranih in ranljivih posameznikov je treba razumeti v kontekstu drugih pomembnih osebnih identitet: spolne, etnične, kulturne in verske; - spodbujati (samo)sprejemanje osebne identitete.
Izvajanje ciljno usmerjenih intervencij za usklajeno, kontinuirano, integrirano, kulturno občutljivo oskrbo – Kakovost obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju	- komunikacija po telefonu ali e-pošti ni primerna zaradi predhodnih stroškov, zato je bolje izpeljati osebni obisk; - pomoč pacientom pri napotnicah in izpolnjevanju papirologije za dostop do storitev; - rekonceptualizacija in s tem povezana prerazvrstitev zdravstvenih stanj v Mednarodni klasifikaciji bolezni (ICD-11); - integracija komunikacije in izvedba storitve/posega z namenom vzpostavljanja odnosa sta pripomogli k zmanjšanju osamljenosti pacienta (brez povečanja porabe časa); - skrb za zagotavljanje kulturno občutljivih storitev; - razvoj intervencij za preprečevanje samomora, ki so bolj prilagojeni spolu in kulturi; - zagotavljanje vključenosti uporabnikov.
Zagotavljanje posebnega izobraževanja in usposabljanja – Razvoj specifičnih kompetenc/veščin	- <u>zagotavljanje usposabljanja o vprašanih marginalnih/ranljivih skupin;</u> - obveščanje o pravicah in načelih marginalnih/ranljivih skupin; - aktiviranje strokovnih in uporabniških združenj, ki se ukvarjajo z vprašanji marginalnih/ranljivih skupin;

	- vključevanje vsebin o potrebah marginalnih/ranljivih skupinah po duševnem zdravju in posledicah (ne) zdravljenja v izobraževalne programe za poklice v zdravstvu in socialnem varstvu; - <u>zdravstveni delavci potrebujejo kulturne kompetence, ki odražajo razvoj družbe in potrebe posameznikov v njej;</u> - usposabljanje za kulturno ozaveščanje je lahko koristno, obstaja pa tveganje za reprodukcijo stereotipov in neupoštevanje več identitet in družbenih realnosti, v katerih ljudje živijo svoja življenja; - <u>zmanjševanje stigme med študenti z udeležbo na medgeneracijskem druženju marginaliziranih/ranljivih in njihovih družinskih članov.</u>
Spoštovanje etičnih in moralnih načel ter preprečevanje diskriminatornega vedenja – Etika in morala za enakost, enakopravnost in pravičnost (v zdravstvenem in socialnem varstvu, v družbi)	- krepitev zaupanja med pacientom in zdravstvenim (so)delavcem ter izvajalcem zdravstvene oskrbe; - <u>treba je obravnavati prepričanja zdravstvenih delavcev o nevarnosti in osebni šibkosti marginalnih/ranljivih oseb;</u> - doseganje pravičnosti na področju zdravja zahteva opolnomočenje MV oseb in njihovih zaveznikov; - treba je razpravljati o strategijah destigmatizacije, zlasti v družinskem kontekstu; - uvajanje programov zdravstvenih mediatorjev (dokazi o njihovi učinkovitosti so različni); - skrb za razumevanje lokalnih vprašanj in storitev; - upoštevanje etičnih načel v zdravstveni negi (sočutje, spoštovanje dostojanstva); - razumeti in spoštovati svojo skupnost, njihove ranljivosti na podlagi spoznavanja življenjskih izkušenj skupaj in spoštovanja epidemioloških študij; - razvoj nadaljnjih ukrepov za obravnavo diskriminacije marginaliziranih/ranljivih žensk v rodni dobi.
Povečanje pozornosti in politična angažiranost – Vključenost in zagovorništvo pri upravljanju	- povečanje pozornosti podskupini marginalizirane/ranljive populacije, ki ima težave v duševnem zdravju, medsektorsko usklajevanje; močna politična zaveza za skupno naslavljanje ukrepov; - posebne politike namenjene podpiranju državljskih pravic marginaliziranih/ranljivih skupin, ki lahko pomagajo premagati (sistemske, strukturne) neenakosti; - politični dokumenti ne smejo uporabljati stigmatizirajočo terminologijo in ohraniti stereotipe proti nekaterim marginalnim/ ranljivim skupinam; - pri izboljšanju duševnega zdravja marginaliziranih/ranljivih skupin je treba upoštevati razširjenost predsodkov in diskriminacijo pri dostopu do zdravstvenega varstva ter tudi pri stanovanjih in izobraževanju.
Merjenje učinkovitosti programov/akcij in znanstveno raziskovanje – Na dokazih temelječe delovanje	- vzpostavitev zanesljivega sistema nadzora za oceno napredka; - vzpostavitev primerljivega nabora indikatorjev, povezanih z duševnim zdravjem; - vzpostavitev strogega vrednotenja ukrepov za izboljšanje dostopa do zdravstvenih storitev in sodelovanja z marginaliziranimi/ ranljivimi ljudmi; - <u>raziskovanje, kako lahko izvajalci storitev duševnega zdravja podprejo marginalizirane/ranljive posameznike,</u>

	<u>da razvijejo odpornost in izzivajo družbene diskurze, ki ohranjajo diskriminatorne in stigmatizirajoče prakse, predvsem v storitvah duševnega zdravja;</u> - raziskovanje poti viktimizacije in kako lahko kopičenje več oblik viktimizacije in negativnih dogodkov iz otroštva vpliva na duševno zdravje, pa tudi, kako so lahko marginalizirani/ ranljivi posamezniki (bolj) odporni na kumulativne povzročitelje stresa; - raziskovanje obsega in vplivnih dejavnikov težav v duševnem zdravju med marginaliziranimi/ ranljivimi ljudmi; - analiza kriminala in viktimizacije skupine ter primerjava s splošno populacijo za izvajanje na dokazih temelječih strategij za izboljšanje blaginje skupnosti in socialno vključenost njihovih najbolj ranljivih članov; - nadaljnje stroge post-pozitivistične, zlasti kvantitativne raziskave, za lažje posploševanje in ponovitev prejšnjih študij; - izvajanje poglobljenih kvalitativnih raziskav in identifikacija primerov dobre prakse zagotavljanja varnosti; - več raziskav o duševnem zdravju in dostopu do zdravstvene oskrbe pri marginaliziranih/ranljivih ljudeh; - prihodnje študije morajo biti participativne, da se zagotovijo smernice za duševno zdravstveno varstvo, ki obravnava potrebe marginaliziranega/ranljivega prebivalstva.
--	---

Prepoznanih je bilo osem kategorij: (1) promocija zdravja in zmanjševanje tveganj, (2) mreža storitev glede na potrebe ljudi (kaj, kdaj, kako), (3) na osebo osredotočena oskrba, (4) kakovost obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju, (5) razvoj specifičnih kompetenc/veščin, (6) etika in morala za enakost, enakopravnost in pravičnost (v zdravstvenem in socialnem varstvu, v družbi), (7) vključenost in zagovornišvo pri upravljanju, (8) na dokazih temelječe delovanje, ki so pravzaprav osnovna načela in vodilo o razponu in naboru potrebnih protiukrepev in intervencij za vse ljudi in ne zgolj MV skupine.

II. **SWOT ANALIZA sistema za duševno zdravje marginaliziranih odraslih v Sloveniji**

Ključne slabosti sistema za duševno zdravje marginaliziranih odraslih v Sloveniji so po mnenju respondentov 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. dnevni centrov in stanovanjskih skupin. Iz vidika zaposlitve primanjkuje prilagojenih delovnih mest. Velik problem je tudi prevoz oseb s težavami v duševnem zdravju. Družba je slabše osveščena, prisotni so predsodki glede oseb s področja duševnega zdravja.

1. **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.

2. **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.
3. **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 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.

Za večjo uporabnost SWOT analize smo oblikovali neposredne povezave med ugotovljenimi slabostmi in priložnostmi ter predlaganimi ukrepi, ki ponujajo konkretne rešitve za zmanjševanje stigme in diskriminacije.

Povezave SWOT – Ukrepi

1. **Slabost:** Pomanjkanje kontinuiranega in reflektivnega usposabljanja zdravstvenih delavcev.
Priložnost: Uporaba tujih dobrih praks (npr. Kohrt idr., 2021) z vključevanjem oseb z izkušnjo duševnih motenj v izobraževalne programe.
2. **Predlagan ukrep:** Uvedba rednih usposabljanj in supervizijskih srečanj na delovnem mestu, ki temeljijo na metodi reflektivne prakse in vključujejo neposreden stik z osebami z izkušnjo duševne motnje.
3. **Slabost:** Nezadostna evalvacija obstoječih protokolov za zmanjševanje stigme.
Priložnost: Dostopnost mednarodnih metodoloških pristopov za spremljanje učinkov (OECD, 2025a; WHO, 2023).
4. **Predlagan ukrep:** Vpeljava sistematičnih kazalnikov za spremljanje stigme in diskriminacije v zdravstvu (npr. redno merjenje s pomočjo validiranih vprašalnikov), kar omogoča sprotno prilagajanje ukrepov.
5. **Slabost:** Odsotnost interdisciplinarnega sodelovanja med zdravniki, psihologi, socialnimi delavci in izobraževalci.
Priložnost: Naraščajoča podpora evropskih institucij za celostne pristope k duševnemu zdravju.
Predlagan ukrep: Vzpostavitev stalnih interdisciplinarnih timov v zdravstvenih ustanovah, ki obravnavajo stigma in diskriminacijo ter pripravljajo skupna priporočila za prakso.
6. **Slabost:** Nizka ozaveščenost splošne javnosti o duševnem zdravju.
Priložnost: Dostopnost digitalnih orodij, kampanj in medijskih platform za zmanjševanje stigme.
Predlagan ukrep: Razvoj nacionalne digitalne kampanje, ki vključuje resnične zgodbe oseb z duševnimi motnjami, namenjene zmanjševanju predsodkov in spodbujanju solidarnosti.

III. Pregled pisnih virov o ukrepih za zmanjševanje stereotipov, predsodkov in diskriminatornega ravnanja

Ključni ukrepi za izboljšanje situacije

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

Tabela 2: Nabor analiziranih člankov glede ukrepov za izboljšanje situacije

Avtor	Cilj raziskave	Metoda	Ugotovitve
-------	----------------	--------	------------

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

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

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

Medicinske sestre imajo glede na ugotovitve raziskave Liu idr. (2012, str. 400) bolj pozitiven odnos do dela s starejšimi kot zdravniki. To je morda zato, ker je poslanstvo zdravstvene nege »skrbeti« in ne zdraviti. Vendar pa je raziskava McKenzie in Brown (2014, str. 628–629) o zanimanju študentov zdravstvene nege za delo z bolniki z demenco pokazala nizko namero, da bi izbrali to pot. Razlogi, zakaj študentje niso želeli delati z bolniki z demenco, vključujejo mešanico negativnih stereotipov in predsodkov (npr. dolgočasnost, ponavljajoče se delo, nezmožnost vzpostaviti »povezavo« z bolniki) in ekonomijo (npr. nižja plača kot na drugih specializiranih področjih) (Vina in Lloret, 2010).

Kako pomembna je izobrazba in usposobljenost pri delu z osebami z duševnimi motnjami priča tudi raziskava Basson idr. (2014). Namen te raziskave je bil ugotoviti dejavnike, ki vplivajo na odnos in dojemanje poklicnih medicinskih sester do duševno bolnih. Uporabljena je bila kvantitativna, raziskovalna, opisna zasnova in izvedena je bila presečna raziskava med 60 poklicnimi medicinskimi sestrami, ki so bile stalno zaposlene v psihiatrični bolnišnici v Western Capeu v Južni Afriki. Ugotovitve so pokazale, da so medicinske sestre z diplomsko psihiatrične zdravstvene nege po vpisu poročale o znatno višji vlogi kompetentnosti kot tiste, ki so končale le osnovni štiriletni celovit program zdravstvene nege. Etnična pripadnost medicinskih sester je igrala vlogo pri stereotipizaciji duševno bolnih. Med poklicnimi medicinskimi sestrami, ki so opravile nadaljevalni tečaj duševnega zdravja, in tistimi, ki ga niso, ni bilo opaznih bistvenih razlik. Zato je priporočljivo, da je uvodni program, ki obravnava zmote in negativen odnos do duševno bolnih, obvezen za vse študente že v zgodnjih fazah njihovega usposabljanja.

Glede na preučeno literature se domneva, da stereotipna grožnja zdravstvenega varstva prispeva k zdravstvenim razlikam; posamezniki, ki skrbijo, da jih zdravstveni delavci presojujejo na podlagi rase/etnične pripadnosti, spola, starosti, teže, socialno-ekonomskega statusa ali drugih razlogov (ali kombinacije stereotipov), prav tako poročajo o slabšem samozaznavanju zdravja in je večja verjetnost, da imajo hipertenzijo in simptome depresije v primerjavi z anketiranci, ki ne poročajo o stereotipni grožnji zdravstvenega varstva. Poleg tega stereotipna grožnja zdravstvenega varstva napoveduje večje nezaupanje do izvajalca in nižjo zaznano kakovost oskrbe kar lahko povzroči popolno izogibanje zdravstvenemu varstvu (Abdou idr., 2016b, str. 191).

Čeprav specifični mehanizem, ki vodi do stereotipne grožnje in učinkov stereotipna grožnja zdravstvenega varstva, ni jasen, je ena možna razlaga, povezana s stereotipno grožnjo, težnja po izogibanju stereotipno pomembnim domenam (Aronson idr., 2013, str. 51). Na primer, pacienti, ki jih skrbi, da bi jih ocenjevali glede na

njihovo starost, se lahko izogibajo situacijam, v katerih bi lahko bila v središču pozornosti starost, kot je obisk pri zdravniku. Dodatno skrb vzbujajoče je, če stereotipna grožnja v zdravstvenem okolju vodi do fiziološkega vznburjenja in zmanjšane delovnega spomina, bodo pacienti morda manj sposobni upoštevati in pozneje priklicati pomembne informacije, posredovane med obiskom. Že samo zaradi teh razlogov je 30 lahko koristno vključiti se v timsko oskrbo, da bi olajšali razumevanje pacientov in ustrezno nadaljnjo oskrbo vključno z nadaljnjimi termini za zagotovitev, da pacienti upoštevajo priporočila (Maxfield idr., 2021, str. 572).

Cilj pregleda literature Feyissa in drugi (2019) je bil poiskati, oceniti in opisati poročanje mednarodne literature o ukrepih, ki so obravnavali stigmo in diskriminacijo v zdravstvenih ustanovah. Predlagani ukrepi so:

- usposabljanje vodilnih v zdravstvenih ustanovah,
- modularno interaktivno usposabljanje in razprava z zaposlenimi v zdravstvu,
- usposabljanje osebja in razprava s poudarkom na stigmati,
- delavnice, usposabljanje in razširjanje političnih smernic in izobraževalnih gradiv.

Tudi Bohren in drugi (2022) v svojem prispevku opisujejo pristope za zmanjšanje stigme in diskriminacije v zdravstvenih ustanovah:

- Zagotavljanje informacij za poučevanje izvajalcev zdravstvenih storitev o zdravstvenih razmerah ali manifestacijah in posledicah stigme.
- Izgradnja veščin za ponudnike zdravstvenih storitev za izboljšanje usposobljenosti pri delu s stigmatizirano skupino.
- Sodelujoče učenje za izvajalce zdravstvenega varstva in uporabnike zdravstvenih storitev za vključitev v intervencijo.
- Stik s stigmatiziranimi skupinami za humanizacijo stigmatizirane skupine in spodbujanje izvajalcev zdravstvenih storitev k razvoju empatije.
- Pristop opolnomočenja za izboljšanje mehanizmov obvladovanja uporabnikov zdravstvenih storitev za premagovanje stigme.
- Strukturna ali politična reforma za izboljšanje ali ustvarjanje mehanizmov pravnih sredstev ali prestrukturiranje objektov.

Vsi zdravstveni delavci so dolžni do vsakega pacienta ravnati z največjo skrbnostjo in razumevanjem, saj so vabljeni, da svoje storitve ponudijo posameznikom, ki so zaradi svojega zdravstvenega stanja v ranljivosti. Zlasti pri osebah z duševnimi motnjami imajo zdravstveni delavci dodatno dolžnost, da odločilno prispevajo k zmanjševanju diskriminacije, stereotipov in predsodkov do njih, tako v svojih poklicih kot v družbi (Porfyri idr., 2022).

Strategije za boj proti stigmati so bile kategorizirane v **smislu izobraževanja** (zamenjava mitov o duševnih boleznih z natančnim znanjem), **stikov** (uporaba neposrednih ali posrednih – tj. parasocialnih – interakcij z ljudmi, ki imajo duševne bolezni, da bi izzvali predsodke) in **protestov** (poskusi zatiranja stigmatizirajočih stališč in predstav o duševnih boleznih). Ugotovljeno je bilo, da sta najpogostejše uporabljena izobraževanje in stik. Vendar je treba opozoriti, da se izobraževalni pristopi zelo razlikujejo glede na to, katere informacije želijo posredovati. Programi za opismenjevanje o duševnem zdravju so na primer namenjeni povečanju znanja o težavah z duševnim zdravjem, izboljšanju odnosa in spodbujanju pomoči osebam z duševnimi motnjami. Ukrepe za boj proti stigmati oseb z motnjo v duševnem zdravju se delijo na različne ciljne skupine. Predstavljamo jih v nadaljevanju (Gronholm idr., 2017, str. 250-255).

Ukrepi proti stigmati za širšo javnost – različni programi, akcije in ozaveščanja širše javnosti o duševnih boleznih:

Ukrepi proti stigmati za ključne ciljne skupine, kot so zdravstveni delavci, policaji in študentje, ki zajemajo vrsto ukrepov, vključno s stikom z osebo s težavami v duševnem zdravju, in izobraževanje prek besedila, predavanja, filma ali igre vlog. V naslednjih alinejah so opisani ključni ukrepi proti stigmatizaciji in diskriminaciji oseb z motnjo v duševnem zdravju za zdravstveno osebje, ki jih podajajo Gronholm in drugi (2017, str. 256):

- Predstavitev vsebin proti stigmati.
- Družabni stik v obliki osebnega pričevanja usposobljenega govornika, ki ima izkušnjo z duševno boleznijo.
- Več oblik ali točk socialnega stika (na primer predstavitev govornika v živo in video predstavitev, več točk socialnega stika med udeleženci programa in osebami z izkušnjo z duševnimi boleznimi).
- Osredotočanje na spremembo vedenja s poučevanjem veščin, ki izvajalcem zdravstvenih storitev pomagajo vedeti, kaj naj rečejo in kaj storijo v stiku z osebami z motnjo v duševnem zdravju.
- Razbijanje mitov o osebah z motnjo v duševnem zdravju.

I. Izbor primerov dobrih praks

Primer 1: Prfyri idr., 2025

V neintervencijski, analitični študiji, v kateri je sodelovalo 479 zdravstvenih delavcev iz terciarne bolnišnice v Solunu v Grčiji, je bila zaznana znatna stopnja stigmatizacije med zdravstvenimi delavci vseh poklicev, čeprav z razlikami med posameznimi podskupinami. Izpostavljajo, da bi morale biti izobraževalna prizadevanja in intervencije usmerjene v povečanje ravni empatije, boj proti nevednosti in posledičnim zmotnim predstavam ter v zmanjšanje spremljajočega strahu pred zdravstvenimi delavci. Kot je bilo poročano v prejšnjih študijah, **bi lahko ustrezni izobraževalni programi privedli do izboljšanja doživetja duševnih bolezni in bolnikov, ki trpijo za njimi** (Martínez-Zambrano idr., 2013; Griffiths, 2014; Iammarino idr., 2020; Grandón idr., 2021). Ti postopki bi se morali začeti v obveznem (osnovnem) izobraževalnem sistemu, vendar bi se morali nadaljevati tudi v višjih stopnjah javnega izobraževanja, s posebnim poudarkom na institucionalnem izobraževanju zdravstvenih delavcev. Seminarji vseživljenjskega učenja in kampanje bi lahko zaključile ta izobraževalni trikotnik. Da bi se te spremembe zgodile, se od univerz, bolnišnic in javnih zdravstvenih ustanov zahteva, da si prizadevajo za ustrezno politično ukrepanje (Stuart, 2016). Kljub temu je treba poudariti, da sodobna literatura zavrača sterilen izobraževalni pristop, ki bi lahko prinesel nekatere neželene negativne rezultate (npr. izobraževanje, ki se osredotoča na biogenezo duševnih bolezni, je bilo, kljub temu da je posameznikom odvzelo vzročno »krivdo«, povezano s povečano brezupnostjo glede poteka bolezni in okrepitevijo stigmatizirajočih prepričanj) (Corrigan, 2016; Corrigan, 2018). **Predlagana je kombinacija (Rezvanifar idr., 2022) teoretičnih izobraževalnih postopkov in stika z ljudmi z izkušnjami duševnih bolezni [bodisi v neposredni komunikaciji bodisi prek tehnoloških sredstev (Zare-Bidaki idr., 2022), torej z ljudmi, ki lahko pripovedujejo svojo zgodbo o uspehu, navdihujejo in se neposredno borijo proti stigmati. Med temi posamezniki so zdravstveni delavci, ki trpijo zaradi duševnih bolezni, danes poklicani, da igrajo pomembno vlogo v prizadevanjih za boj proti stigmati (Corrigan, 2016).** Naši rezultati ponujajo dodatno možnost odkrivanja specifičnih značilnosti stigmatizacije med podskupinami in osredotočenja na ciljno usmerjene intervencije, ki temeljijo na njih.

Primer 2: Kohrt idr., 2021

Razvoj intervencije ZMANJŠEVANJE STIGME MED IZVAJALCI ZDRAVSTVENIH VARSTVENIH UKREPOV (RESHAPE)

Razumevanje, kako zmanjšati stigmo med ponudniki zdravstvenih storitev, je zdaj še posebej pomembno zaradi globalnega prizadevanja za vključevanje storitev duševnega zdravja v primarno zdravstveno varstvo tako v državah z visokim dohodkom kot v državah z nizkim in srednjim dohodkom. Ponudniki primarnega zdravstvenega varstva so vse bolj vključeni zaradi pomanjkanja specialistov za duševno zdravje in koristi modelov sodelovalne oskrbe za duševno in telesno zdravje (Kroenke in Unutzer, 2017; Svetovna zdravstvena organizacija, 2016). Za okolja, kjer ponudniki primarnega zdravstvenega varstva nimajo predhodnega usposabljanja na področju duševnega zdravja, je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) razvila intervencijski vodnik in gradiva za usposabljanje v okviru programa za ukrepanje glede vrzeli v duševnem zdravju (mhGAP) (www.who.int/mental_health/mhgap/). Vendar pa je bilo neuspeh pri spodbujanju pozitivnih stališč in zmanjševanju stigme že opazen kot ovira za uspeh mhGAP in podobnih pobud: prisotnost stigme je bila povezana z nizkimi stopnjami odkrivanja duševnih bolezni in slabo klinično usposobljenostjo (Fekadu idr., 2017; Jenkins idr., 2013; Kauye idr., 2014; Kohrt idr., 2018b; Muga in Jenkins, 2008).

Tradicionalno se večina intervencij za stigmo ponudnikov razvija na podlagi okvirov znanja-odnosa-prakse (KAP), ki predpostavljajo, da če ima ponudnik natančnejše biomedicinsko razumevanje duševne bolezni, bo to povzročilo izboljšane odnose in vedenje. Vendar pa obstajajo številni primeri pristopov, ki temeljijo na znanju, ki ne povzročijo sprememb v stališčih in vedenju, nekateri pa imajo tudi negativne učinke (Stuart idr., 2012). Čeprav imajo zdravstveni delavci običajno večje biomedicinsko znanje o duševnih boleznih, to ne ščiti pred stigmatizirajočimi stališči in vedenjem (Henderson idr., 2014; Thornicroft idr., 2016; Ungar idr., 2016). Zato so potrebni drugi pristopi za zmanjšanje stigme med zdravstvenimi delavci.

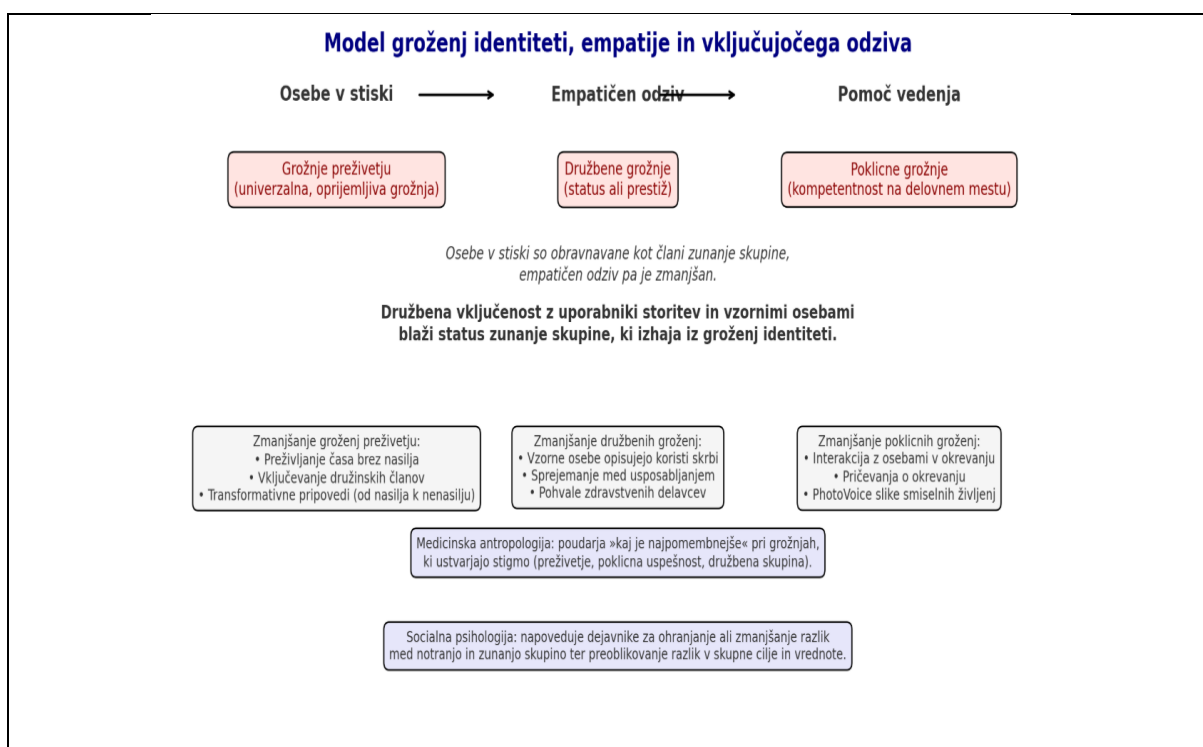
Moralno izkušnjo zdravstvenih delavcev oblikujejo struktura, simboli in rituali v določenem zdravstvenem okolju (Kleinman in Hall-Clifford, 2009). Napisane so bile etnografije o študentih medicine, ki izvajajo rotacije na psihiatriji, specializantih psihiatrije na usposabljanju in osebju urgentnih centrov, ki skrbi za psihiatrične bolnike, in vsaka od teh zajema kompleksno moralno izkušnjo duševnega zdravstvenega varstva znotraj določenih lokalnih svetov (Konner, 1988; Luhrmann, 2000; Rhodes, 1991). Pogosta pripoved je, da sta družbeni status, povezan z zdravilstvom, in samopodoba o sposobnosti lajšanja trpljenja ogrožena pri soočanju s pacientom z

duševno boleznijo – zlasti kadar ta zdravstveni delavec nima psihiatričnega usposabljanja ali orodij za zagotavljanje učinkovite oskrbe.

Teorija socialne psihologije poudarja socialni stik kot aktivno sestavino uspešnih strategij za zmanjševanje stigme. Domneva se, da socialni stik razbija razlike med skupinami znotraj in zunaj skupine (Pettigrew idr., 2011). Intervencije, ki omogočajo socialni stik – zunaj kliničnega odnosa – med ponudniki zdravstvenih storitev in uporabniki storitev s stigmatiziranim stanjem, so se pokazale kot koristne za zmanjšanje stigme in diskriminacije (Corrigan idr., 2012; Henderson idr., 2014; Nyblade idr., 2019). Kvalitativna sinteza učinkovitih intervencij proti stigmati je kot eno ključnih sestavin opredelila več oblik socialnih stikov (Knaak idr., 2014).

Razvili so intervencijo proti stigmati z naslovom ZMANJŠEVANJE stigme med ponudniki zdravstvenih storitev (RESHAPE), ki temelji na teoriji »kaj je najpomembnejše« in socialnih stikov. Razvoj je sledil trem korakom: (1) opredelitev, kaj je najpomembnejše za ponudnike primarnega zdravstvenega varstva; (2) izbira komponent za intervencijo; in (3) zaposlovanje in usposabljanje uporabnikov storitev in drugih moderatorjev za dejavnosti proti stigmati.

Slika 1: Intervencije za zmanjšanje stike med ponudniki zdravstvenih storitev (RESHAPE)



Z uporabo medicinske antropologije in socialne psihologije so ugotovili, da ima olajšano sodelovanje izvajalcev primarnega zdravstvenega varstva z uporabniki storitev duševnega zdravja in ambicioznimi osebami potencial za reševanje groženj preživetju in poklicnim grožnjam ter morebiti socialnim grožnjam. Po podatkih britanskega Sveta za medicinske raziskave je naslednji korak ocena izvedljivosti in sprejemljivosti intervencije s pilotnim preskušanjem (Fletcher idr., 2016). Model »kar je najpomembnejše« obetavno usmerja, kateri elementi so potrebni, in se lahko uporablja za različne skupine deležnikov, vključno z zdravstvenimi delavci, organi pregona, učitelji in delavci v socialnih službah za zmanjšanje stigme.

V prihodnje celovito obravnavanje medosebne, lastne in strukturne stigme zahteva večnivojske pristope (Rao idr., 2019), ker je stigma na enem področju povezana z drugimi področji (Moses, 2010). Obravnavanje stigme samo na enem področju lahko privede do tega, da se ta stigma ponovno pojavi na drugih področjih.

Primer 3: Nyblade, 2019

Trenutna baza dokazov o zmanjševanju stigme v zdravstvenih ustanovah zagotavlja trdno podlago za razvoj in izvajanje intervencij. Vendar pa obstajajo vrzeli, ki zahtevajo nadaljnje delo. Prihodnje naložbe v zmanjševanje stigme v zdravstvenih ustanovah bi morale dati prednost vključevanju strank, ki živijo s stigmatiziranim stanjem

ali vedenjem, in zdravstvenih delavcev, ki živijo s stigmatiziranimi stanji, ter bi morale obravnavati stigmo tako na individualni kot na strukturni ravni.

Pristopi k zmanjševanju stigme, uporabljeni v opredeljenih intervencijah. Iz pregledanih intervencij je izhajalo več ključnih strategij za zmanjšanje stigme v zdravstvenih okoljih.

1. »Zagotavljanje informacij« je obsegalo poučevanje udeležencev o sami bolezni oziroma o stigmi, njenih manifestacijah in njenem vplivu na zdravje.
2. »Dejavnosti za krepitev znanj in spretnosti« so vključevale ustvarjanje priložnosti za zdravstvene delavce, da razvijejo ustrezne veščine za neposredno delo s stigmatizirano skupino.
3. Pristopi »participativnega učenja« so od udeležencev (osebja zdravstvene ustanove ali strank ali obojega) zahtevali aktivno sodelovanje v intervenciji.
4. »Stik s stigmatizirano skupino« se je opiral na vključevanje članov stigmatizirane skupine v izvajanje intervencij za razvoj empatije, humanizacijo stigmatiziranega posameznika in razbijanje stereotipov.
5. Za izboljšanje mehanizmov spoprijemanja strank z namenom premagovanja stigme na ravni zdravstvene ustanove je bil uporabljen pristop »opolnomočenja«.
6. »Strukturni« ali »politični« pristopi so vključevali spreminjanje politik, zagotavljanje kliničnih materialov, sisteme pravnih sredstev in prestrukturiranje ustanov.

Skoraj vsaka intervencija je uporabila več pristopov za zmanjšanje stigme, razen dveh intervencij, ki sta bili zgolj strukturni. Najpogosteje uporabljen pristop je bil stik s stigmatizirano skupino, temu pa je tesno sledilo zagotavljanje informacij in participativno učenje. Pojavili so se omejeni opazni vzorci med geografskimi regijami, med državami z nižjim srednjim dohodkom in državami z višjim dohodkom ali v tem, kako so intervencije kombinirale pristope. Vendar pa so bili kontaktni pristopi uporabljeni v kombinaciji z večino intervencij participativnega učenja in pristopov za krepitev veščin (Tabela 3).

Tabela 3: Uporabljene intervencije za zmanjšanje stigme (Nyblade, 2019)

	Informiranje	Stik	Razvoj spretnosti	Participatorno učenje	Strukturni ukrepi	Opolnomočenje
Izobraževalna gradiva	X					
Didaktično predavanje	X					
Igrana predstavitev		X				
Pričevanja	X	X				
Razprava		X		X		
Interaktivne učne aktivnosti			X	X		
Klinična rotacija	X	X	X	X		
Politike					X	
Zaščitni materiali ali sistemi					X	
Prerazporeditev nalog (task-shifting)					X	
Integracija storitev					X	
Svetovanje						X

Opisani primeri dobrih praks (Porfyri, Kohrt, Nyblade) predstavljajo raznolike pristope k zmanjševanju stigme in diskriminacije na področju duševnega zdravja. Vendar pa šele njihova primerjava omogoča bolj sistematično razumevanje ključnih elementov, ki se v različnih okoljih izkazujejo kot učinkoviti. Porfyri izpostavlja pomen participatornega učenja, kjer so osebe z lastno izkušnjo duševne motnje aktivno vključene v proces izobraževanja

zdravstvenih delavcev. Ta pristop omogoča razvoj empatije, zmanjšuje stereotipe in prispeva k opolnomočenju uporabnikov storitev. Kohrt s sodelavci razvija modele usposabljanja, ki temeljijo na neposrednem stiku z osebami z izkušnjo duševne motnje in hkratni refleksiji strokovnjakov o lastnih predsodkih. Takšna kombinacija praktičnega stika in reflektivne prakse dokazano zmanjšuje stigmatizirajoče vedenje v zdravstvenih timih. Nyblade pa se osredotoča predvsem na sistemske in strukturne ukrepe, kot so razvoj institucionalnih politik proti diskriminaciji, zaščitni protokoli ter mehanizmi za spremljanje in evalvacijo obravnave marginaliziranih skupin. Poseben poudarek daje krepitvi organizacijske kulture, ki spodbuja pravičnost, vključevanje in ničelno toleranco do diskriminacije.«

Primerjava teh treh pristopov pokaže, da imajo kljub razlikam skupne točke: vsi vključujejo kombinacijo izobraževalnih aktivnosti, neposredne izkušnje uporabnikov ter spremembe na institucionalni ravni. V slovenski kontekst bi bilo mogoče prenesti predvsem tri elemente:

- (1) participatorno učenje z vključevanjem oseb z izkušnjo duševnih motenj v izobraževalne programe za zdravstvene delavce,
- (2) redna reflektivna usposabljanja, ki omogočajo ozaveščanje lastnih predsodkov in pristranskosti, ter
- (3) krepitev institucionalnih politik proti diskriminaciji, vključno z vzpostavitvijo kazalnikov za spremljanje stigme in mehanizmov za prijavo diskriminatornih praks.

Ti elementi bi lahko v slovenskem zdravstvenem sistemu zapolnili obstoječe vrzeli, povečali občutljivost za ranljive skupine in dolgoročno prispevali k bolj vključujoči in pravični obravnavi oseb z duševnimi motnjami.

SPLETNE STRANI, TELEMEDICINA, UMETNA INTELIGENCA

V poštrev pridejo tudi ugotovitve, predstavljene v tretjem poročilu, predvsem glede **uvrstile spletne strani »Program Mira« in ostalih spletnih strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje, ki se izkazujejo kot primer dobre prakse. So stičišče vseh ključnih strokovnih informacij in se praviloma pri javno zdravstvenih vprašanjih DZ umeščajo med prve zadetke.**

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

Tabela 4: Akcijski načrta za aktivnosti (Program Mira)

Cilj	Aktivnost	Rok	Nosilec	Viri financiranja
Vzpostaviti nizkopražne vstopne točke	Analiza obstoječih kapacitet in potreb po mobilnih ekipah in kriznih centrih	3 meseci	Ministrstvo za zdravje (MZ), lokalne oblasti	Državni proračun, EU skladi
	Vzpostavitev vsaj 3 pilotnih nizkopražnih vstopnih točk	12 mesecev	Zdravstveni domovi, NVO	Državni in lokalni viri
Izboljšati koordinacijo storitev	Razvoj integriranega informacijskega sistema za izmenjavo podatkov	18 mesecev	NIJZ, Ministrstvo za zdravje	EU projekti, državni proračun
	Imenovanje koordinatorjev obravnave v pilotnih regijah	6 mesecev	Zdravstvene ustanove, CSD	Državni proračun
Izboljšati kadrovske kompetence	Izdelava programa rednih usposabljanj o delu z marginaliziranimi skupinami	6 mesecev	Ministrstvo za zdravje, NVO	Državni in EU skladi
	Izvajanje usposabljanj vsaj 2-krat letno	Kontinuirano	Zdravstveni domovi, NVO	Državni proračun
Spodbujati vključevanje uporabnikov	Vzpostavitev vrstniških svetovalnih skupin	12 mesecev	NVO, lokalne skupnosti	Državni proračun, donacije
	Vključevanje uporabnikov v oblikovanje storitev in evalvacijo	Kontinuirano	Vse vpletene organizacije	-
Razviti stanovanjske programe s podporo	Priprava pilotnega programa "Housing First"	12 mesecev	Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (MDDDS), občine	EU skladi, državni proračun
	Zagotovitev 20 stanovanj s podporo v pilotni regiji	24 mesecev	Občine, NVO	EU projekti, lokalni viri
Vzpostaviti sistem monitoringa in evalvacije	Oblikovanje kazalnikov kakovosti in sistema zbiranja podatkov	6 mesecev	NIJZ, MZ	Državni proračun
	Prva letna evalvacija pilotnih programov	18 mesecev	Neodvisna evalvacijska skupina	Državni proračun

KLJUČNE UGOTOVITVE

1. Izobraževanje in usposabljanje kot temelj zmanjševanja stigme

- Večina dobrih praks (Porfyri, Kohrt, Nyblade) poudarja pomen **celostnih izobraževalnih programov** za zdravstvene delavce, ki vključujejo tudi **stik z osebami z izkušnjo duševne motnje**.
- Za pretvorbo pozitivnih stališč v dosledno in vključujočo oskrbo so potrebne **prilagojene intervencije na več ravneh**: zaščiten čas za dialog o duševnem zdravju, forumi za refleksivno prakso in longitudinalni učni načrti.
- Samo proceduralne podpore (npr. protokoli) niso zadostne za odpravo čustvene negotovosti; učinkovito zmanjšanje stigme zahteva kombinacijo jasnih smernic z izkustvenimi in refleksivnimi komponentami.

2. Socialni stik in participativni pristopi

- Intervencije, ki temeljijo na **osebnem stiku** z uporabniki storitev, dokazano **zmanjšujejo stereotype in spodbujajo empatijo**.
- Posebej učinkovite so kombinacije osebnih pričevanj, interaktivnih učnih aktivnosti in kliničnih rotacij.

- **Participativno učenje**, kjer uporabniki soustvarjajo izobraževalne vsebine, predstavlja enega ključnih elementov prenosa dobrih praks.

3. Strukturni in sistemski ukrepi

- Nyblade (2019) in slovenski primeri (Program MIRA, kampanja *Nisi okej? Povej naprej.*) kažejo, da individualni ukrepi niso dovolj – potrebna je **institucionalna in sistemska podpora**.
- Ključni elementi so: vključevanje uporabnikov v oblikovanje storitev, razvoj kazalnikov spremljanja stigme, zaščiten čas za razprave ter oblikovanje organizacijske kulture ničelne tolerance do diskriminacije.
- Razvoj naj poteka z **nadgradnjo IT podpore, telemedicine in uporabo umetne inteligence**, ki ima obsežne posledice za prakso, preventivo, raziskave in politiko.

4. Digitalna zdravstvena pismenost

- Pomembno je povečevati **digitalno zdravstveno pismenost** s področja duševnega zdravja v vseh skupinah prebivalstva, na načine, ki so prilagojeni njihovim potrebam.
- To mora postati tudi predmet **nadaljnjih raziskav**, saj pomanjkanje digitalnih veščin krepi obstoječe neenakosti in zmanjšuje dostopnost pomoči.

5. Prenosljivost praks v slovenski kontekst

- Primeri dobrih praks niso neposredno prenosljivi, temveč zahtevajo **nacionalno prilagoditev** glede na kulturne, organizacijske in regulativne posebnosti.
- So pa lahko v veliko pomoč pri razvoju slovenskih programov, saj ponujajo **konkretne modele kombiniranja izobraževalnih, participativnih in strukturnih pristopov**, ki zmanjšujejo stigmo in diskriminacijo v zdravstveni dejavnosti.

LITERATURA

1. Agency for Healthcare Research and Quality (b.d.). The Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT) and User's Guide. <https://www.ahrq.gov/health-literacy/patient-education/pemat.html>.
2. Aisling McGrath, A., Matthews, E., Murphy, N., Oostveen, I., Wagemakers, A., Verkooijen, K. (2024). Identification of relevant mental health indicators for European community-based health enhancing physical activity initiatives: An adapted Delphi study. *Mental Health and Physical Activity*, 27, 100638.
3. Alnemary, F. M., Alnemary, F. M., Alamri, A.S. in Alamri, Y. A. (2017). Characteristics of Arabic Websites with information on autism. *Neurosciences (Riyadh)*, 22(2), 143-145.
4. Alvarez-Galvez, J., Salinas-Perez, J.A., Montagni, I. in Salvador-Carulla, L. (2020). The persistence of digital divides in the use of health information: a comparative study in 28 European countries. *International Journal of Public Health*, 5(3), 325-333.
5. Athanasopoulou, C., Suni, S., Hättönen, H., Apostolakis, I., Lionis, C., Välimäki, M. (2016). Attitudes towards schizophrenia on YouTube: A content analysis of Finnish and Greek videos. *Informatics for Health and Social Care*, 41(3), 307-324.
6. Atkins, L., Francis, J., Islam, R., O'Connor, D., Patey, A., Ivers, N., idr. (2017). A guide to using the theoretical domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implementation Sciences*, 12(1), 1–18.
7. Banaji, M. R., in Greenwald, A. G. (2016). *Blindspot: Hidden Biases of Good People*. In Google Books. Random House Publishing Group..
8. Baroni, S., Marazziti, D., Mucci, F. in Dell Osso, L. (2019). Problematic Internet use in drug addicts under treatment in public rehab centers. *World Journal of Psychiatry*, 9(3), 55-64.
9. Bertholet, N. in Cunningham, J.A. (2021). Information technology and addiction science: promises and challenges. *Addiction Science & Clinical Practice*, 16, 7.
10. Batterham, P. J., Ftanou, M., Pirkis, J., Brewer, J.L., Mackinnon, A. J., Beautrais, A., idr. (2015). A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. *Psychological Assessment*, 27(2), 501-512.
11. Berardi, C., Hinwood, M., Smith, A., Melia, A., Paolucci, F. (2021). Barriers and facilitators to the integration of digital technologies in mental health systems: a protocol for a qualitative systematic review. *PLoS ONE*, 16(11), e0259995.
12. Beaunoyer, E., Arsenault, M. D., Lomanowska, A.M., Guitton, M.J.(2017). Understanding online health information: Evaluation, tools, and strategies. *Patient Education and Counseling*, 100(2), 183-189.

13. Bernstein, M. T., Reynolds, K. A., Jakobson, L.S., Petty, S. K., Pryor, T.A.M., Stoesz BM, idr. (2021). Do anxiety websites have the answers people are looking for? *Patient Education and Counseling*, 105(4): 933-941.
14. Brijnath, B., Protheroe, J., Mahtani, K.R., Antoniadis, J. (2016). Do Web-based Mental Health Literacy Interventions Improve the Mental Health Literacy of Adult Consumers? Results From a Systematic Review. *J Med Internet Res*, 20;18(6), e165.
15. Brink, M., Green, A., Bo Bojesen, A., Lamberti, J.S. (2017). Physical Health, Medication, and Healthcare Utilization among 70-Year-Old People with Schizophrenia: A Nationwide Danish Register Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25 (5), 500 – 509.
16. Carrara, B.S., Ventura, C.A.A., Bobbili, S.J., Jacobina, O.M.P., Khenti, A., Mendes, I.A.C. (2019). Stigma in health professionals towards people with mental illness: An integrative review. *Arch Psychiatr Nurs*, 33(4),311-318.
17. Cerminara, C., Santarone, M.E., Casarelli, L., Curatolo, P. in El Malhany. N. (2014). Use of the DISCERN tool for evaluating web searches in childhood epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 41,119-21.
18. Cohen, J., in Struening, E. L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal of abnormal and social psychology*, 64, 349–360.
19. Corrigan, P.W. in Watson, A.C. (2002) Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness. *World Psychiatry*, 1, 16-20.
20. Corrigan, P.W. (2018). *The Stigma Effect: Unintended Consequences of Mental Health Campaigns*. New York: Columbia University Press
21. Corrigan, P.W. (2016). Lessons learned from unintended consequences about erasing the stigma of mental illness. *World Psychiatry*. (2016) 15:67–73.
22. Darmayani, S., Findyartini, A., Widiastih, N., in Soemantri, D. (2020). Stereotypes among health professions in Indonesia: An explorative study. *Korean Journal of Medical Education*, 32(4), 329.
23. da Silva, AA Loch, A.A. (2020). Stigma toward individuals with mental disorders among Brazilian psychiatrists: a latent class analysis. *Braz. J. Psychiatr*, 43 (3).
24. Doll, C.M., Michel, C., Betz, L.T. idr. (2022). The Important Role of Stereotypes in the relation between Mental Health Literacy and Stigmatization of Depression and Psychosis in the Community. *Community Ment Health J*, 58, 474–486.
25. Dueñas-García, O.F., Kandadai, P., Flynn, M. K., Patterson, D., Saini, J., O'Dell, K., idr. (2015). Patient-focused websites related to stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse: a DISCERN quality analysis. *International Urogynecology Journal*, 26, 875-880.
26. Eivergård, K. Enmarker, I., Livholts, M., Aléx, L. (2020). Subordinated masculinities: A critical inquiry into reproduction of gender norms in handovers and rounds in a forensic psychiatric care. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 21-22.
27. Flores, A. R., Langton, L., Meyer, I.H., Romero, A.P., idr. (2020). Victimization rates and traits of sexual and gender minorities in the United States: Results from the National Crime *Victimization Survey*, 2017. *Science Advances*, 6(40), eaba6910.
28. Fontesse, S., Demoulin, F., Stinglhamber, P. M. (2019). Dehumanization of psychiatric patients: Experimental and clinical implications in severe alcohol-use disorders. *Addictive Behaviors*, 89, 216–222.
29. Giulia Galli, G., Lenggenhager, B., Scivoletto, G., Molinari, M., Pazzaglia, M. (2015). Don't look at my wheelchair! The plasticity of longstanding prejudice. *Medical Education*, 49, 12, 1239-1247.
30. Groves, P.S., Bunch, J.L., Sabin, J.A. (2021). Nurse bias and nursing care disparities related to patient characteristics: A scoping review of the quantitative and qualitative evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 30, 23-24, 3385-3397
31. Griffiths, K.M, Carron-Arthur, B., Parsons, A., Reid, R.(2014). Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*. 13:161–75.
32. Grandón, P., Saldivia, S., Cova, F., Bustos, C., Vaccari, P., Ramírez-Vielma, R., idr. Effectiveness of an intervention to reduce stigma towards people with a severe mental disorder diagnosis in primary health care personnel: programme igual-mente. *Psychiatry Res*. (2021) 305:114259.
33. Gupta, R. in Ariefdjohan, M. (2020). Mental illness on Instagram: a mixed method study to characterize public content, sentiments, and trends of antidepressant use. *Journal of Mental Health*, 30, 518-525.
34. Hardman, M. P., Reynolds, K. A., Petty, S. K. idr. (2022). An evaluation of the quality of online perinatal depression information. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22(1), 209.
35. Hao, Y., Wu, Q., Wang, X., Ma, Y., Wang, Y., Peng, P., Wang, X., Yang, Q., Liu, Y., Li, M., He, L.,Q, Zhou Y, Liu T, Chen S. (2023). Stigmatizing attitudes toward mental illness among caregivers of patients with mental disorders in China. *Front Public Health*, 22;11:1071954.

36. Hamilton, S., Pinfold, V., Cotney, J., Couperthwaite, L., Matthews, J., Barret, K., Warren S., Corker, E., Rose, D., Thornicroft, G., Henderson, C. (2016). Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination. *Acta Psychiatr Scand*, 134 (446),14-22.
37. Hamilton, D.L., Sherman, J.W. (1994). Stereotypes. V Wyer, J., Srull, t.k. (ur.). *Handbook of Social Cognition*, 2, Applications (str. 1–68). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
38. Hawke, L.D., Sheikhan, N.Y., MacCon, K., Henderson, J.(2021). Going virtual: youth attitudes toward and experiences of virtual mental health and substance use services during the COVID-19 pandemic. *BMC Health Services Research*, 21(1), 340.
39. Henderson, C., Evans-Lacko, S. in Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777–80.
40. Iammarino C, Johnson J, Zolezzi M, Hasnani Z. (2020). Simulation in mental health interprofessional education. *J Nurs Educ Pract*, 10,10.
41. James, P.B., Wardle, J., Steel, A. idr. (2020). An assessment of Ebola-related stigma and its association with informal healthcare utilisation among Ebola survivors in Sierra Leone: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 20, 182.
42. Kalckreuth, S., Trefflich, F. in Rummel-Kluge, C. (2014) . Mental health related Internet use among psychiatric patients: a cross-sectional analysis. *BMC Psychiatry*, 14, 368.
43. Kickbusch, I., Piselli, D., Agrawal, A., Balicer, R., Banner, O., Adelhardt, M, idr. (2020). The Lancet and Financial Times Commission on governing health futures 2030: growing up in a digital world. *The Lancet*, 398 (10312), 1727-1776.
44. Killip, S. C., Kwong, N.K.R., MacDermid, J. C., Fletcher, A.J. in Carleton, N.R. (2020) The quality, readability, completeness, and accuracy of PTSD websites for firefighters. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7629.
45. Kohrt BA, Turner EL, Rai S, Bhardwaj A, Sikkema KJ, Adekun A, Dhakal M, Luitel NP, Lund C, Patel V, Jordans MJD.(2020) Reducing mental illness stigma in healthcare settings: Proof of concept for a social contact intervention to address what matters most for primary care providers. *Soc Sci Med*,15;250:112852.
46. Kugar, M.A., Cohen, A.C., Wooden, W., Tholpady, S. S., Chu, M. W. (2017). The readability of psychosocial wellness patient resources: improving surgical outcomes. *Journal of Surgical Research*, 218, 43–8.
47. Larkings, J.S., Brown, P.M. (2018). Do biogenetic causal beliefs reduce mental illness stigma in people with mental illness and in mental health professionals? A systematic review. *Int J Ment Health Nurs*, 27(3):928-941.
48. Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand Suppl*, (429), 51-59.
49. 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.
50. Maina, I.W., Belton, TDB, Ginzberg, S., Singh, A., Johns, T. J. (2018). A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the implicit association test. *Social Science & Medicine*, 199, 219-229.
51. Marcelin, J.R., Siraj, D.S., Robert V., Kotadia, S., Maldonado, Y.A. (2019). The Impact of Unconscious Bias in Healthcare: How to Recognize and Mitigate It, *The Journal of Infectious Diseases*, 220 (2), 62–S73
52. Martínez-Zambrano, F., García-Morales, E., García-Franco M, Miguel J, Vilellas R, Pascual G, idr. Intervention for reducing stigma: assessing the influence of gender and knowledge. *World J Psychiatry*. (2013) 3:18–24. 10.5498/wjp.v3.i2.18 [
53. Masedo Gutiérrez, A. I., & Martinez, G. C. (2025). Stigma Toward Severe Mental Illness Among Healthcare Students: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, .
54. Meidert, U., Dönnges, G., Bucher, T., Wieber, F., Gerber-Grote, A. (2023). Unconscious Bias among Health Professionals: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 12, 20(16), 6569.
55. *Mira- nacionalni program duševnega zdravja*. (b.d). <https://www.zadusevnozdravje.si/dusevno-zdravje/kaj-je-dusevno-zdravje/>
56. Montoya, M., Gresh, L., Mercado, J.C., Williams, K.L., Vargas, M.J., Gutierrez, G., idr. (2013). Symptomatic versus inapparent outcome in repeat dengue virus infections is influenced by the time interval between infections and study year. *PLOS, Neglected Tropical Diseases*, 7(8), e2357.
57. Moshagen, M., & Thielsch, M. T. (2010). Facets of visual aesthetics. *International Journal of Human-Computer Studies*, 68(10), 689–709
58. Murphy, L., Clemets, K, Farragher, L., Long, J. (2023). Mental health-related indicators for measuring performance and impact of mental health policy. Dublin: Health Research Board

59. Mutamba, B.B., van Ginneken, N., Smith Paintain, L. idr. (2013). Roles and effectiveness of lay community health workers in the prevention of mental, neurological and substance use disorders in low and middle income countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 13, 412.
60. Nyblade, L., Stockton, M.A., Giger, K. idr. (2019). Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med* 17, 25
61. Peitz, D., Kersjes, C., Thom, J., Hoelling, H., Mauz, E. (2021). Indicators for Public Mental Health: A Scoping Review. *Front Public Health*. Sep 27;9:714497.
62. Porfyri, G. N., Athanasiadou, M., Siokas, V., Giannoglou, S., Skarpari, S., Kikis, M., Myroforidou, A., Anoixa, M., Zerakis, N., Bonti, E., Konsta, A., Diakogiannis, I., Rudolf, J., in Deretzi, G. (2022). Mental health-related stigma discrimination and prejudices among Greek healthcare professionals. *Frontiers in psychiatry*, 13, 1027304.
63. Program Mira, b.d. <https://www.zadusevnozdrazje.si/>.
64. Porfyri, G.N., Athanasiadou, M., Siokas, V., Giannoglou, S., Skarpari, S., Kikis, M., Myroforidou, A., Anoixa, M., Zerakis, N., Bonti, E., Konsta, A., Diakogiannis, I., Rudolf, J., Deretzi, G. (2020). Mental health-related stigma discrimination and prejudices among Greek healthcare professionals. *Front Psychiatry*. 0:13:1027304.
65. Radó, N., Girasek, E., Békási, S., Györffy, Z. (2022). Digital Technology Access and Health-Related Internet Use Among People Experiencing Homelessness in Hungary: Quantitative Survey. *Journal of Medical Internet Research*, 24(10):e38729.
66. Ratcliff, C. (2016). *What are the top 10 most popular search engines? Search Engine Watch*. SEO. <https://www.searchenginewatch.com/2016/08/08/what-are-the-top-10-most-popular-search-engines/>.
67. Raphiphatthana, B., Maulana, H., Howarth, T., Gardner, K. in Nagel, T. (2020). Digital Mental Health Resources for Asylum Seekers, Refugees, and Immigrants: Protocol for a Scoping Review. *JMIR Research Protocols*, 24;9(8), e19031.
68. Reynolds, R. (2015). Technology for teaching Civics and Citizenship: insights from teacher education. *The Social Educator*, 33(1), 26-38.
69. Rehm, J. in Shield, K.D. (2019). Global burden of Disease and the impact of mental and addictive disorders. *Current Psychiatry Reports*, 21(2), 1–7.
70. *Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028. Uradni list RS*, št. 24/18.
71. Rezvanifar, F., Shariat, S.V., Shalbafan, M., Salehian, R., Rasoulilian, M. (2022). Developing an educational package to improve attitude of medical students toward people with mental illness: a delphi expert panel, based on a scoping review. *Front Psychiatry*. (2022) 13:860117.
72. Robillard, J.M. in Feng, T.L. (2017). Health Advice in a Digital World: Quality and Content of Online Information about the Prevention of Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimers Disease*, 55(1), 219-229
73. Romanello, M., McGushin, A., Di Napoli, C., Drummond, P., Hughes, N., Jamart L, idr. (2021). The 2021 report of the Lancet countdown on health and climate change: code red for a healthy future. *The Lancet*, 398(10311),1619–62.
74. Roskar, S., Bracic, M.F., Kolar, U., Lekic, K., Juricic, N.K, Grum, A.T. (2017). Attitudes within the general population towards seeking professional help in cases of mental distress. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(7), 614-621.
75. Rössler, W., Ajdacic-Gross, V., Riecher-Rössler, A., Angst, J., Hengartner, M.P. (2016). Does menopausal transition really influence mental health? Findings from the prospective long-term Zurich study. *World Psychiatry*, 15(2), 146-54.
76. Ryan, T., Chester, A., Reece, J., Xenos, S. (2014). The uses and abuses of Facebook: A review of Facebook addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(3), 133-48.
77. Santomauro, D. F., Herrera, A.M.M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C. in Pigott, D.M. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398, (103), 1700-1712.
78. Siqueira, S. R. G., Abelha, L., Lovisi, G. M., Saruço, K. R. in Yang, L. (2017). Attitudes towards the mentally ill: A study with health workers at a University Hospital in Rio de Janeiro. *Psychiatric Quarterly*, 88(1), 25–38. 79.
80. Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2030 (2023). <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/NOVICE/Strategija-obvladovanja-demence-v-Sloveniji-do-leta-2030.pdf>
81. Strzelecki, A. in Rutecka, P. (2020), "Featured snippets results in Google web search: an exploratory study". *Marketing and Smart Technologies. Computer Science*, 9-18.
82. Sun, J., Yin, X., Li, C., Liu, W., Sun H. (2022). Stigma and Peer-Led Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry*. 5;13:915617.

83. Todor, I. (2013). Opinions about mental illness. *Proc Soc Behav Sci.*, 82, 209-214.
84. Tóth MD, Ihionvien S, Leduc C, idr. (2023). Evidence for the effectiveness of interventions to reduce mental health related stigma in the workplace: a systematic review. *BMJ Open* 13:e067126.
85. Vaccari, P., Ramírez-Vielma, R., Saldivia, S. idr.. (2020). Stigma towards people with a diagnosis of severe mental disorder in primary healthcare centers: perspectives of service users and health teams in Chile. *Int J Ment Health Syst*, 14, 6.
86. Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., Leff J. (1996). Public education for community care. A new approach. *Br J Psychiatry*. 168:441–7.
87. Valverde-Bolivar, E., Simonelli-Muñoz, A.J., Rivera-Caravaca, J.M., Gallego-Gómez, J.I., Rodríguez González-Moro, M.T., García-Arenas, J.J. (2022). Occupational Therapy in Severe Mental Disorder-A Self-Controlled Quasi-Experimental Study. *Healthcare (Basel)*, 8, 10(3), 493.
88. Volbødy, K.G., Hellström, L.C., Berg, M.E., Eplov, L.F. (2022). Structural discrimination against people with mental illness; a scoping review. *SSM-Mental Health*, 2, 100117.
89. Walsh, K., Pryor, T.A.M., Reynolds, K.A. in Walker, J. R. (2019). Searching for answers: how well do depression websites answer the public's questions about treatment choices? *Patient Education and Counseling*, 102(1), 99–105.
90. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). *Uradni list RS*, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS.
91. Zakon o socialnem varstvu (ZSV). *Uradni list RS*, št. 3/07 – uradno prečiščeno besedilo, 23/07 – popr., 41/07 – popr., 61/10 – ZSVarPre, 62/10 – ZUPJS, 57/12, 39/16, 52/16 – ZPPreb-1, 15/17 – DZ, 29/17, 54/17, 21/18 – ZNOrg, 31/18 – ZOA-A, 28/19, 189/20 – ZFRO, 196/21 – ZDOsk, 82/23 in 84/23 – ZDOsk-1.
92. Zupančič, V. (2017). Integrirana skrb za osebe s težavami v duševnem zdravju. *Revija za zdravstvene vede*, 4(1), 31-45.