

Socijalna isključenost osoba s duševnim smetnjama

Ugljarević, Mariana

Master's thesis / Diplomski rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:960196>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-31**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Mariana Ugljarević

SOCIJALNA ISKLJUČENOST OSOBA S DUŠEVNIM
SMETNJAMA

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2022.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA**

Mariana Ugljarević

**SOCIJALNA ISKLJUČENOST OSOBA S DUŠEVNIM
SMETNJAMA**

DIPLOMSKI RAD

Mentorica: Prof. dr. sc. Zdravka Leutar

Zagreb, 2022.

Sadržaj

| | |
|--|----|
| 1. UVOD..... | 1 |
| 2. OSOBE S DUŠEVNIM SMETNJAMA..... | 3 |
| 2.1. Normativni okvir zaštite osoba s duševnim smetnjama..... | 5 |
| 2.2. Stigmatizacija osoba s duševnim smetnjama..... | 7 |
| 3. SOCIJALNA ISKLJUČENOST..... | 11 |
| 3.1. Siromaštvo osoba s duševnim smetnjama..... | 13 |
| 3.2. Osobe s duševnim smetnjama na tržištu rada..... | 15 |
| 3.3. Socijalna dimenzija isključenosti osoba s duševnim smetnjama..... | 19 |
| 4. PRISTUP USLUGAMA MENTALNOG ZDRAVLJA U ZAJEDNICI..... | 23 |
| 4.1. Deinstitutionalizacija..... | 26 |
| 4.2. Primjer dobre prakse..... | 28 |
| 5. ULOGA SOCIJALNOG RADA U ZAŠTITI MENTALNOG ZDRAVLJA..... | 29 |
| 5.1. Izvanbolnička skrb..... | 33 |
| 6. ZAKLJUČAK..... | 35 |
| LITERATURA..... | 39 |

Socijalna isključenost osoba s duševnim smetnjama

Sažetak: Osobe s duševnim smetnjama spadaju među najranjivije i najmarginaliziranije članove društva. Zbog nepredvidivosti pojave duševnih smetnji i činjenice da njihov broj u svijetu svakodnevno raste, od velike je važnosti osigurati im zaštitu kroz različite međunarodne i nacionalne dokumente, kao i iste implementirati u praksi. Brojna istraživanja svjedoče o socijalnoj isključenosti osoba s duševnim smetnjama. U ovom radu obrađuju se teme isključenosti iz pristupa materijalnim resursima, iz svijeta rada te društvenog i kulturnog života. Također im je otežan pristup uslugama za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici. Pruža se pregled literature o stigmatizaciji i institucionalnoj skrbi koje čine glavne prepreke koje onemogućavaju njihovu punu uključenost u svakodnevni život zajednice. Osobito je istaknuta uloga socijalnog radnika u case managementu kao jednom od važnih oblika skrbi o osobama s duševnim smetnjama u zajednici. Socijalni radnici, zajedno s ostalim stručnjacima iz područja mentalnog zdravlja, imaju zadaću boriti se protiv stigmatizacije prema osobama s duševnim smetnjama, pružati im pomoć i podršku u suočavanju sa bolesti te im olakšati svakodnevno funkcioniranje s ciljem uključivanja u zajednicu.

Ključne riječi: socijalna isključenost, duševne smetnje, stigmatizacija, deinstitucionalizacija, case management

Social exclusion of people with mental disorders

Abstract: People with mental disorders belong to the most vulnerable and the most marginalized members of society. Due to the unpredictability of the occurrence of mental disorders and the fact that their number is constantly increasing all over the world, it is of great importance to ensure the protection of persons with mental disorders through various international and national documents, as well as to implement those documents in practice. Numerous studies show the level of their social exclusion. This paper covers topics of exclusion from access to material resources, labor market and social and cultural life. They also face difficulties in accessing mental health services in the community. An overview of the literature on stigmatization and institutional care, which are some of the main obstacles preventing full inclusion in the daily community life, is provided. The role of social worker in case management is particularly highlighted as one of the important methods of community care for people with mental disorders. Together with other mental health experts, social workers are on a mission to fight against stigmatization towards people with mental disorders, providing them with help and support during their dealing with the disease, and also to alleviate their functioning on a daily basis, all with a goal for their inclusion in community life.

Key words: social exclusion, mental disorders, stigmatization, deinstitutionalisation, case management

Izjava o izvornosti

Ja, ___Mariana Ugljarević___ pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica diplomskog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristila drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Mariana Ugljarević

Datum: 5.8.2022.

1. UVOD

Duševne smetnje jedan su od vodećih javnozdravstvenih izazova u Europi, sudeći po njihovoj učestalosti, troškovima liječenja i rehabilitacije te invaliditetu koji mogu uzrokovati (SZO, 2015., prema Balaž Gilja, 2021.). Izvješće o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj navodi podatak kako u Hrvatskoj živi ukupno 586 153 osoba s nekom vrstom invaliditeta, od čega osobe s duševnim smetnjama čine oko 24,4% osoba s invaliditetom. To znači da svaki 35. stanovnik od 1000 stanovnika ima ozbiljne probleme mentalnog zdravlja (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2021.). Na samom početku je bitno spomenuti kako osoba s duševnim smetnjama ne mora nužno biti osoba s invaliditetom te da duševne smetnje predstavljaju invaliditet u slučaju kada su simptomi dugotrajni te znatno utječu na svakodnevno funkcioniranje i smanjuju kvalitetu života pojedinca (Buljevac i Leutar, 2020.). Sam pojam „osoba s duševnim smetnjama“ je izraz koji pripada novoj terminologiji, a cilj je ublažiti stigmatizaciju i staviti naglasak na samu osobu, a ne na bolest (Jerinić, 2017.). Prema službenoj definiciji Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje, duševne smetnje karakterizira klinički značajan poremećaj u kogniciji, regulaciji emocija ili u ponašanju pojedinca koji odražava disfunkcionalnost psiholoških, bioloških ili razvojnih procesa koji se nalaze u pozadini mentalnog funkcioniranja (DSM-V, 2013.).

Mnogi autori slažu se da je **koncept socijalne isključenosti** još uvijek nejasan i višeznačan pojam (Silver, 1994., Rodgers, 1995., Atkinson, 1998., Byrne, 1999., Micklewright, 2002., Poggi, 2003., prema Šućur., 2004.). Ipak, većina se autora usuglasila da su osnovni pokazatelji socijalne isključenosti nesudjelovanje na tržištu rada, ekonomsko siromaštvo i socijalna izolacija (Štulhofer i Matković, 2006., prema Gruber, 2012.). Pojam siromaštva blizak je pojmu socijalne isključenosti, a u većini slučajeva podrazumijeva materijalnu dimenziju, dok je isključenost puno više od nedostatka resursa. Pojedinac može biti isključen iz različitih područja života kao što su zaposlenje, obrazovanje, stanovanje i socijalne veze (Šućur, 2004.). Stigma povezana sa siromaštvom i duševnim smetnjama održava začarani krug siromaštva i duševnih smetnji te pojačava viktimizaciju tih osoba. Konvencija o pravima osoba s

invaliditetom članice obvezuje na podizanje svijesti u svim segmentima društva kroz borbu protiv predrasuda, **stigmatizacije** i diskriminacije osoba s invaliditetom, što se nastoji postići senzibiliziranjem javnosti o pravima osoba s invaliditetom, promicanjem njihovih snaga, vještina i vrijednosti (Zakon o potvrđivanju Konvencije UN-a o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativni protokol uz Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom, NN, MU, 6/2007., 5/2008.). Unatoč tome, društvo još uvijek nema razvijene adekvatne mehanizme za integraciju osoba s duševnim smetnjama u zajednicu, kao ni dostupne usluge mentalnog zdravlja koje bi također pridonijele njihovom socijalnom uključivanju (Štulhofer i Matković, 2006., prema Balaž Gilja, 2021.).

Sve države potpisnice Konvencije o pravima osoba s invaliditetom priznaju jednako pravo na život u zajednici te se obvezuju na poduzimanje svih potrebnih mjera kako bi im olakšale ostvarivanje tog prava. Navedeno uključuje i mogućnost da osobe s invaliditetom samostalno odaberu mjesto svog boravka te s kim će živjeti, zatim pravo na pristup širokom rasponu usluga koje pružaju različite službe potpore u njihovoj lokalnoj zajednici, radi smanjenja izolacije i segregacije iz njihove neposredne zajednice (Zakon o potvrđivanju Konvencije UN-a o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativni protokol uz Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom, NN, MU, 6/2007., 5/2008.). Unatoč tome, kao i osobe s invaliditetom u cjelini, osobe s duševnim smetnjama već su dugi niz godina institucionalizirane i isključivane iz društva. Tek 90-ih godina 20. stoljeća počinje se formirati filozofija inkluzije kojoj glavni cilj postaje izjednačavanje prava osoba s duševnim smetnjama s pravima pripadnika opće populacije te počinje njihovo aktivnije uključivanje u društvo. Dolazi do nastanka socijalnog modela pristupa skrbi za osobe s invaliditetom, a takav model na osobe gleda kroz prizmu njihovih sposobnosti, interesa, prava i potreba, a ne kroz njihove slabe strane i ograničenja (Teodorović i Bratković, 2001., prema Laklija i Barišec, 2014.). Čak i uz pojavu socijalnog modela, osobe s duševnim smetnjama još uvijek ne mogu ostvariti svoja ljudska prava te su izložene različitim oblicima diskriminacije, prvenstveno u području obrazovanja, zapošljavanja, kulturnog života i pristupa javnim mjestima i službama (Radivojević i Raičević, 2007.). Tome velikim dijelom pridonosi i njihova institucionalizacija, koju karakterizira segregacija, izoliranost iz zajednice, manjak privatnosti i osobne

autonomije, pri čemu su na prvome mjestu potrebe institucije, a ne potrebe same osobe (Ćirić Milovanović, 2017.). Prema mišljenju Europske stručne skupine, jedan od glavnih razloga njihove institucionalizacije je nedostatak službi za socijalnu skrb u zajednici, što u konačnici dovodi do diskriminacije i socijalne isključenosti (Europska stručna skupina za prijelaz s institucionalne skrbi na usluge podrške za život u zajednici, 2012., prema Laklija i Barišec, 2014.). Iz tog razloga je **deinstitucionalizacija** pojam koji se neizbježno pojavljuje kada se govori o liječenju osoba s duševnim smetnjama. Ona predstavlja složen i dugotrajan proces prelaska iz ustanova prema pružanju individualizirane i pojedincu prilagođene podrške u zajednici (Ćirić i Milovanović, 2017., prema Buljubašić i sur., 2018.). Važna je za rješavanje problema socijalne isključenosti osoba s duševnim smetnjama i u zaštiti njihovih ljudskih prava, a posebno se odnosi na osobe koje se nalaze na bolničkom liječenju, budući da predstavlja dobru alternativu istome (Stanojković, 2014., prema Buljubašić i sur., 2018.).

Na kraju rada govori se o ulozi socijalnog radnika koja je postala neizbježna u skrbi o osobama s duševnim smetnjama pojavom socijalnog modela invaliditeta. Rezultati brojnih istraživanja pokazuju da su liječenje i rehabilitacija osoba s duševnim smetnjama mnogo uspješniji ako je u interdisciplinarni tim uključen i socijalni radnik (Dudić, 2018.). Posebno je istaknuta uloga socijalnog radnika kao *case managera* u skrbi o osobama s duševnim smetnjama u zajednici. Socijalni radnik trebao bi djelovati u smjeru otklanjanja negativnih stavova okoline prema osobama s duševnim smetnjama te tako postaviti temelj za bolje prepoznavanje smetnji i rano dijagnosticiranje, uspješnije liječenje te ukupnu kvalitetniju integraciju osoba s duševnim smetnjama u zajednicu (Huremović i Mahmutović, 2018.).

2. OSOBE S DUŠEVNIM SMETNJAMA

Duševno, psihičko ili mentalno zdravlje pojam je koji se odnosi na više od samog odsustva bolesti (Božičević i sur., 2012., prema Novak, 2018.). Svjetska zdravstvena organizacija definira ga kao “stanje blagostanja u kojem svaki pojedinac može ostvariti svoj vlastiti potencijal, nositi se s uobičajenim životnim stresovima, raditi produktivno i plodno te biti sposoban dati doprinos svojoj zajednici” (Svjetska

zdravstvena organizacija, 2022.). Mnogo je faktora koji utječu na duševno zdravlje, a to su biološki poput gena i kemijskih procesa u mozgu, životna iskustva poput doživljenog nasilja i traumatskih događaja te obiteljska povijest duševnih smetnji. Poteškoće duševnog zdravlja mogu se javiti u bilo kojem razdoblju života i to u obliku promjena i teškoća u razmišljanju, ponašanju i raspoloženju (Kojović, 2017., prema Novak, 2018.). Prema procjenama, više od 20% odrasle populacije u svijetu pati od nekog problema duševnog zdravlja ili od duševnog poremećaja (Štrkalj Ivezić i sur., 2018.). Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN 76/2014.) navodi da je osoba s duševnim smetnjama “duševno bolesna, nedovoljno duševno razvijena osoba, ovisnik, osoba s duševnim poremećajem ili drugim duševnim smetnjama “ (Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, NN 76/2014.). U prvih dvadeset uzroka invalidnosti, njih pet odnosi se na duševne smetnje, a to su: depresivni poremećaj, alkoholizam, shizofrenija, bipolarni afektivni poremećaj te Alzheimerova bolest i ostale demencije (SZO, 2001., prema Mustajbegović, 2012.). U Hrvatskoj su duševne smetnje već na trećem mjestu prema vrsti oštećenja kod osoba s invaliditetom (Zakon o registru osoba s invaliditetom, NN 64/2001). Navedeno je dijelom zasigurno posljedica Domovinskog rata i razdoblja tranzicije koji su sa sobom donijeli povećanje socijalne nesigurnosti te disfunkcije u obiteljskim odnosima, kao i povećanu uporabu psihoaktivnih sredstava (Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine). Dodatne nepovoljne okolnosti nastale su 2020. i 2021. godine zbog pojave pandemije Covid-19 i učestalih potresa. Očigledna visoka prevalencija duševnih smetnji, njihov rani početak i često kroničan tijek neizbježno predstavljaju velik ekonomski teret za društvo (Štrkalj Ivezić i sur., 2018.). Nerijetko predstavljaju rizični čimbenik za nastanak tjelesnih bolesti, dok su s druge strane, tjelesne bolesti redovito praćene razvojem duševnih smetnji (Jakovljević, 2016.). Navedeno značajno smanjuje kvalitetu života pojedinca, no unatoč svim tim činjenicama, mnoge zemlje raspoložu budžetom za duševno zdravlje manjim od 1% (Okasha i Stefanis, 2005., prema Laklija i Barišec, 2014.). Budući da se radi o fenomenu globalnih razmjera koji pokazuje visoku prisutnost duševnih smetnji u modernom dobu, može se govoriti o tzv. krizi mentalnog zdravlja (Ritossa, 2017.).

2.1. Normativni okvir zaštite osoba s duševnim smetnjama

Osjetljivost položaja osoba s duševnim smetnjama proizlazi iz njihove nemoći i poteškoća pri ostvarivanju zakonom zajamčenih prava, no češće iz smanjene mogućnosti prosuđivanja što je u njihovom najboljem interesu, a ponekad to uključuje i ponašanja kojima ugrožavaju svoj život i zdravlje ili život i zdravlje osoba u svojoj okolini. Zbog tih razloga zakonskim je mehanizmima predviđen njihov prisilni smještaj i liječenje pod određenim uvjetima. Takav smještaj i liječenje predstavljaju ograničenje ili oduzimanje nekih od osnovnih ljudskih prava kao što su pravo na slobodu, kretanje te pravo na autonomiju i samoodređenje. Zbog toga države posebnu pozornost pridaju zaštiti osoba s duševnim smetnjama, nastojeći osigurati mehanizme za njihovu zaštitu (Grozđanić i Tripalo, 2013.).

Ujedinjeni narodi 1993. godine donijeli su dokument pod nazivom Standardna pravila za izjednačavanje mogućnosti za osobe s invaliditetom. Prema tom dokumentu, države su obvezne osobama s invaliditetom osigurati najveći mogući stupanj integracije u sustavu odgoja i obrazovanja. Nadalje, države su obvezne ukloniti zakonske prepreke zapošljavanja osoba s invaliditetom i osigurati im socijalnu sigurnost te sva prava koja imaju i ostali građani (Cvetko i sur., 2000.). Godine 2005. na snagu stupaju Deklaracija o mentalnom zdravlju te Akcijski plan za mentalno zdravlje Europe kojima je stvorena jaka politička potpora za unaprjeđenje mentalnog zdravlja na razini cijele Europe. U Akcijskom planu navedeni su ciljevi kojima će države težiti narednih deset godina, a isti su uključivali slijedeće: 1.) povećanje svijesti o brizi za duševnu dobrobit svih građana, 2.) kolektivno adresiranje nejednakosti i stigme te podrška i osnaživanje pojedinaca s problemima duševnog zdravlja i njihovih obitelji, 3.) osmišljavanje i implementiranje cjelovitog sustava skrbi (promocija, prevencija, tretman, skrb i rehabilitacija), 4.) zagovaranje potrebe za kompetentnom radnom snagom koja je učinkovita na svim područjima života te 5.) uvažavanje iskustava i znanja korisnika usluga i osoba koje skrbe o njima kao važne podloge za daljnje planiranje i razvoj budućih usluga (SZO, 2005., prema Novak i Petek, 2015.). Te aktivnosti su Europsku Uniju potaknule na donošenje *Green papera* koji je usmjeren na strategije unaprjeđenja duševnog zdravlja na razini Europske Unije, a predstavlja prvi korak u razvoju službene

politike duševnog zdravlja. Nadalje, 2008. godine uslijedila je konferencija o duševnom zdravlju na kojoj je prihvaćeno pet prioriternih područja djelovanja, a to su: “prevencija depresije i suicida, mentalno zdravlje mladih i ulaganje preventivnih aktivnosti u obrazovanje, mentalno zdravlje na radnom mjestu, mentalno zdravlje starijih te suprotstavljanje stigmi i socijalnoj isključenosti (SZO, 2009., prema Novak i Petek, 2015.:194).

Hrvatska je jedna od prvih zemalja u svijetu koje su potpisale i ratificirale Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom. Spomenuta Konvencija prvi je međunarodni ugovor o ljudskim pravima koji za predmet ima prava osoba s invaliditetom. U njoj su pobliže pojašnjene obveze država potpisnica obzirom na prava koja već postoje u drugim međunarodnim dokumentima, a čije je učestalo kršenje uočeno kada su u pitanje osobe s invaliditetom (Kos, 2014.). Osnovna načela Konvencije prema kojima se regulira status osoba s invaliditetom u društvu su poštivanje njihovog dostojanstva i autonomije, nediskriminacija, uključenost u sva područja života, jednake mogućnosti, pristupačnost i druga. Konvencija također jamči pravo na obrazovanje, rad i zapošljavanje, sudjelovanje u kulturnom životu, rekreaciji i slobodnim aktivnostima (Konvencija o pravima osoba s invaliditetom, prema Radivojević i Raičević, 2007.). Zaštita prava osoba s duševnim smetnjama u Hrvatskoj obuhvaćena je i nizom zakona koji obuhvaćaju područje zdravstva, socijalne skrbi, kaznenog zakonodavstva, kao i područje zaštite ljudskih prava i prava određenih skupina stanovništva (Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine). Potaknuti pozitivnim razvojem politika za zaštitu duševnog zdravlja, hrvatski zakonodavci 1997. godine donijeli su Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama koji predstavlja prvi zakon koji se bavi isključivo položajem i pravima osoba s duševnim smetnjama (NN 111/1997., prema Ritossa, 2017.). Sljedeći zakon koji valja istaknuti je Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Prema starijoj verziji Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN, 121/2003.) bilo je predviđeno osnivanje Hrvatskog zavoda za mentalno zdravlje kao krovne zdravstvene ustanove za unaprjeđenje duševnog zdravlja. Također je bilo predviđeno da svaki dom zdravlja ima jednu jedinicu za zaštitu duševnog zdravlja, no prema dostupnim podacima, te stavke iz Zakona nisu nikada postale aktivne (Novak i Petek, 2015.). Bitno je spomenuti da funkcija nositelja politike za zaštitu duševnog zdravlja

u Hrvatskoj pripada Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo, no još uvijek ne postoji krovno tijelo koje bi bilo zaduženo isključivo za duševno zdravlje. Vidljivo je da su promocija duševnog zdravlja i ulaganje u kvalitetu života građana nedovoljno naglašeni te se na duševno zdravlje gleda vrlo usko i to najprije iz medicinske perspektive. Prisutan je nedostatak promotivnih aktivnosti i odgovarajućih znanstveno utemeljenih programa na svim razinama prevencije duševnih bolesti. Također, često nedostaje kvalitetna suradnja između psihijatarata, liječnika opće prakse, socijalnih radnika, rehabilitatora i drugih relevantnih struka. Opisano odražava manjak sustavne nacionalne politike duševnog zdravlja u Hrvatskoj (Novak i Petek, 2015.). Svakako je bitno napomenuti da Hrvatska trenutno nema Nacionalnu strategiju zaštite mentalnog zdravlja, a Strateški okvir mentalnog zdravlja 2022.-2030. još je uvijek u nastajanju. Nacrt takvog strateškog okvira kao dodatne nepogodnosti radi kojih je potrebno njegovo hitno donošenje spominje potrese i pandemijsku krizu Covid- 19. Svrha njegovog donošenja je uspostavljanje dugoročnih ciljeva za unaprjeđenje i razvoj modela zaštite duševnog zdravlja radi smanjivanja pojave duševnih bolesti i njima uzrokovanog invaliditeta te povećanje dostupne skrbi (e- Savjetovanja, 2022.).

Brojna istraživanja pokazala su kako postoji veliki nesrazmjer između zakonima zajamčenih prava i njihovog ostvarivanja u praksi. Osobe s duševnim smetnjama su još uvijek marginalizirane, zanemarivane i socijalno isključene u mnogim zemljama (Škorić, 2020.). U Hrvatskoj je još uvijek prisutna neusklađenost između politike i prakse kada se radi o socijalnom uključivanju osoba s duševnim smetnjama u zajednicu te je njihova zaštita u većini slučajeva samo slovo na papiru (Balaž Gilja, 2021.). Unatoč izraženosti problema, njihov se položaj uglavnom regulira u okviru opće zaštite ljudskih prava ili zaštite osoba s invaliditetom kao šire kategorije (Radivojević i Raičević, 2007.). Kako ističu brojni autori, (Kessler i sur., 2009., Whiteford i sur., 2013., Whiteford i sur., 2016., Vigo i sur., 2016., prema Štrkalj Ivezić i sur., 2018.) neprihvatljiva apatija koja je prisutna među vladama mora biti prevladana kako bi se ublažile ljudske, društvene i gospodarske posljedice duševnih bolesti.

2.2. Stigmatizacija osoba s duševnim smetnjama

Postupanje društva prema osobama s duševnim smetnjama oduvijek je bilo obilježeno i danas naveliko prisutnim negativnim stavovima. Kroz povijest se smatralo da su uzrok duševnih smetnji nadnaravne sile te su pojedinci koji su iskazivali takve teškoće bili smješteni u strogo čuvanim institucijama, segregirani i socijalno izolirani (Škugor i Sindik, 2017.). U mentalnim bolnicama bile su izlagane nasilju jer je vladalo uvjerenje da je duševna bolest zlo i da osobama s duševnim smetnjama vladaju zli duhovi (Radivojević i Raičević, 2007., prema Laklija i Barišec, 2014.) te da su nemoralne i manje vrijedne od ostalih ljudi (Okasha i Stefanis, 2005., prema Laklija i Barišec, 2014.). U 13. stoljeću društvo je osobe s duševnim smetnjama, a posebno žene, progonilo kao opsjednute vještice te je takvo postupanje trajalo sve do 18. stoljeća, do kada je preko 100 000 “vještica” bilo spaljeno na lomači (Pennington, 2004., Lončar i Henigsberg, 2007., prema Vučić Peitl i sur., 2018.). U današnjem društvu, znanost je doprinijela razumijevanju bioloških procesa u razvoju duševnih smetnji, no još uvijek su osobe s duševnim smetnjama slabo prihvaćene. Prevladavaju negativni stavovi okoline koji pridonose samostigmatizaciji te otežavaju kvalitetu života, ishod liječenja te njihovu rehabilitaciju (Francišković i Moro, 2009., Begić, 2016., Sesar i sur., 2016., prema Vučić Peitl i sur., 2018.).

Kusow (2007., prema Kos, 2014.), stigmju opisuje kao individualni ili društveni atribut koji označava negativnu karakteristiku ili služi diskreditiranju u određenom socijalnom kontekstu. Tako je stigmatizacija proces kojim društvo pripisuje pojedincu određene negativne vrijednosti, na taj način ga izolirajući iz zajednice i omogućavajući njegovo omalovažavanje (Flegar, 2018., prema Rončević-Gržeta i sur., 2021.). Stigmju je važno spomenuti jer ona stvara značajnu prepreku oporavku i resocijalizaciji osoba s duševnim smetnjama, budući da ne predstavlja samo psihijatrijski problem, već i “odraz zrelosti, tolerancije i humanosti cijele zajednice” (Čatipović i Čatipović, 2007., prema Odorjan i sur., 2018.: 34). Pojedini autori (Killapsy i sur., 2014.) istraživali su promjene u stupnju socijalne uključenosti i isključenosti prije i nakon dijagnoze duševne bolesti te su pronašli značajno smanjenje u dva aspekta socijalne uključenosti, a to su socijalna integracija i produktivnost nakon nastupanja bolesti. Istraživanja su također pokazala da prisutnost više poteškoća istovremeno otežava proces socijalne uključenosti za osobe

s duševnim smetnjama, a one uključuju siromaštvo, nesigurnost stanovanja, stigmatu, diskriminaciju i otežan pristup potrebnim uslugama u zajednici (Capponi, 1997., Livingston i Boyd, 2010., Forchuk i sur., 2011., Arboleda-Florez i Stuart, 2012., prema Montgomery i sur., 2019). Prema autorima Miletić i Sokolić (2017., prema Rončević- Gržeta i sur., 2021.), izravna posljedica stigme je negativan odnos društva prema osobama s duševnim smetnjama. Navedeno se često može vidjeti pri zapošljavanju, osnivanju obitelji, prijateljskih i romantičnih veza. Drugim riječima, stigma nepovoljno utječe na subjektivnu dobrobit, ostvarivanje osobnih i radnih ciljeva te smanjuje priliku osoba s duševnim smetnjama da žive samostalno i neovisno (Markowitz, 1998., Corrigan i Watson, 2002., Corrigan i sur., 2009., Corrigan i sur., 2010., prema Horvat i Štrkalj Ivezić, 2015.). Nadalje, prema istraživanju Brown i sur. (2011., prema Klarin i sur., 2018.), studenti iskazuju negativnije stavove prema osobama s duševnim smetnjama nego prema osobama s tjelesno vidljivim invaliditetom. Ostala istraživanja također ističu duševne smetnje kao vrstu invaliditeta podložniju stigmatizaciji od drugih vrsta invaliditeta, što znatno otežava traženje stručne pomoći (Nišević i sur., 2011., prema Klarin i sur., 2018.). U skladu s time, i rezultati istraživanja Klarin i sur. (2018.) pokazali su kako ispitani studenti najveći stupanj socijalne distance pokazuju prema drugim studentima s duševnim smetnjama.

Stigmatu često potiče zabluda, na primjer, postoji mit da su osobe s duševnim smetnjama nasilne i opasne ili da su njihove smetnje rezultat osobne slabosti (Crisp i sur., 2000., prema Moloney, 2018.). Različita istraživanja svjedoče o tome da se osobama s duševnim smetnjama često pripisuje da su opasne, nepredvidive i nasilne te ih se tako etiketira za cijeli život (Rončević- Gržeta i sur., 2021.). I druga istraživanja svjedoče kako društvo osobe s duševnim smetnjama percipira kao nesposobne za samostalan život i donošenje vlastitih odluka, mentalno slabe te prebacuju krivnju za njihovo stanje na njih same i smatraju da je njihovo stanje neizlječivo (Puljak, 2011., prema Kos, 2014.). Nasuprot tim nalazima su druga istraživanja koja ukazuju na to da će osobe s duševnim smetnjama češće biti žrtve nego počinitelji nasilja (Appleby i sur., 2001., prema Buljevac i sur., 2016.) te su pojedinci s težim duševnim smetnjama u dvostrukom riziku da dožive nasilje od osoba koje nemaju duševne smetnje (Hiday i sur., 1999., prema Buljevac i sur.,

2016.). Također i jezik kojim se opisuju osobe s duševnim smetnjama može biti stigmatizirajući, na primjer opisivanje osobe kao “lude”, “puknute” ili kao “luđaka” (Angermeyer i Matschinger, 2003., prema Moloney, 2018.). Puljak (2011., prema Kos, 2014.) smatra kako postoje razlike u stupnju stigme ovisno o vrsti smetnji te je stigma veća kod shizofrenije nego kod depresije ili anksioznosti.

Stigma ima negativan utjecaj na oporavak osoba koje pate od duševnih smetnji te je iz tog razloga potrebno planiranje programa za borbu protiv stigme na nacionalnoj razini, kakav u Hrvatskoj još uvijek nije donesen. Bez takvog programa, mnoge osobe s duševnim smetnjama ostaju nezaposlene, izolirane i isključene iz života zajednice (Štrkalj Ivezić i sur., 2018.). Kao što je već spomenuto, često se upravo zbog stigme mnoge osobe s duševnim smetnjama ustručavaju tražiti stručnu pomoć, njih čak dvije trećine (Thornicroft, 2007., prema Moloney, 2018.). Ono što može smanjiti stigmatizaciju je osobno iskustvo s osobama koje imaju duševne smetnje (Roth i sur., 2000., prema Rončević- Gržeta i sur., 2021.). Do problema dolazi jer mnogi ljudi nemaju puno kontakata s osobama s duševnim smetnjama, a svoje stavove prema njima stvaraju u skladu s porukama koje šalju mediji i zajednica (Link i Cullen ,1986., prema Rončević- Gržeta i sur., 2021.). Zabrinjavajući je podatak da su stigmatizirajući stavovi jednako prisutni kod stručnjaka u zdravstvu kao i kod opće populacije (Chambers i sur., 2010, prema Rončević- Gržeta i sur., 2021.). Stoga mnogi autori ističu potrebu edukacije, senzibilizacije i informiranja javnosti te povećanja socijalnog kontakta putem suradničkog učenja (Klarin i sur., 2018.). Potrebno je razvijati različite programe integracije u vrtiće, škole, fakultete, vjerske zajednice, športska i kulturna događanja i na taj način smanjivati distancu i razvijati pozitivne stavove (Leutar i sur., 2011.).

Velik problem osobama s duševnim smetnjama čini i samostigmatizacija, a u Zavodu za socijalnu psihijatriju u Klinici za psihijatriju Vrapče postoji program borbe protiv samostigmatizacije koji bi trebalo provoditi i u drugim ustanovama (Štrkalj Ivezić i sur., 2018.). Prema Gruber (2011., prema Gruber 2012.), viša razina samostigmatizacije te manje samopouzdanja može se očekivati kod osoba s duševnim smetnjama koje nemaju prijatelja niti intimnog partnera. Da bi se smanjila samostigmatizacija, a posljedično i socijalna isključenost, potrebno je raditi na intervencijama koje će proširiti socijalnu mrežu osoba s duševnim smetnjama;

stjecanje i zadržavanje prijatelja, njegovanje podržavajućih obiteljskih odnosa, zapošljavanje i održavanje zaposlenja. Također je bitno rano otkrivanje prvih simptoma duševnih smetnji radi što ranijeg liječenja, poticanje osobe na suradnju te osnaživanje kako bi se uspješno prevladala samostigma (Gruber, 2011.). U konačnici, u borbi protiv stigme trebaju sudjelovati svi građani, zdravstveno osoblje, a osobito mladi, mediji te same osobe s duševnim smetnjama (Škugor i Sindik, 2017.).

3. SOCIJALNA ISKLJUČENOST

Pojam socijalne isključenosti prvi se puta spominje u dokumentu Europske komisije iz 1988. godine, prije završetka Drugog programa borbe protiv siromaštva (Commins, 1995., prema Šućur, 2004.). Godinu dana nakon toga, Vijeće ministara usvojilo je rezoluciju o borbi protiv socijalne isključenosti, budući da su mnoge zemlje bile nesklone korištenju pojma “siromaštvo” u razvijenim europskim državama (Šućur, 2004.). Važno je naglasiti da socijalna isključenost nije istoznačnica siromaštvu, već ona podrazumijeva opći izostanak sudjelovanja u životu zajednice. Očituje se u području stanovanja, obrazovanja te pristupa socijalnim i zdravstvenim uslugama. Osobe koje se smatraju isključenima iz društva su neintegrirane u zajednicu te marginalizirane na tržištu rada, a često su žrtve segregacije i diskriminacije (Šućur, 1995.). Također, povezanost dvaju pojmova leži u tome što socijalna isključenost izravno povećava rizik od siromaštva (Gallie i sur., 2003., Šverko i sur., 2004., prema Matković i Štuhofer, 2006.). Autori se još uvijek ne mogu sporazumjeti oko značenja ovog pojma te tako neke zemlje imaju svoju definiciju socijalne isključenosti. Prema definiciji Eurostata, socijalna isključenost je:

“...dinamički proces, najbolje opisan kao kretanje prema nižim razinama: određene nepovoljne okolnosti vode prema isključenosti, koja zatim stvara još veći broj nepovoljnih okolnosti i sve veću isključenost, završavajući s perzistentnim, višestruko deprivirajućim okolnostima. Pojedinci, kućanstva i geografska područja mogu biti isključeni iz pristupa vrijednim resursima kao što su zaposlenje, zdravlje, obrazovanje, socijalni i politički život” (Eurostat Task Force, 1998., prema Šućur, 2004.: 2).

Nadalje, znatan broj autora smatra da isključenost znači neuspjeh u jednom ili više socijalnih sustava, a to su: demokratsko- pravni, radno- tržišni, sustav socijalne dobrobiti te obiteljski i sustav lokalne zajednice (Berghman, 1997., Alden i Thomas, 1998., Choffe, 2001., Vlemnickx i Berghman, 2001., Saraceno, 2001., prema Šućur, 2004.). Općenito se smatra da socijalna isključenost postaje ozbiljan problem ako je pojedinac isključen u više sustava ili u više dimenzija te ako je takva isključenost trajne prirode (Šućur, 2004.).

Govoreći o samim uzrocima socijalne isključenosti, bitno je spomenuti dugotrajnu nezaposlenost, industrijske promjene, raspad tradicionalnih oblika solidarnosti te rastući individualizam (Livre, 1993., prema Šućur, 1995.). Bitno je napomenuti da nesudjelovanje u raspodjeli društvenih dobara nije nužno posljedica osobnih nedostataka osoba koje su isključene, već je najčešće rezultat institucionalnih nejednakosti poput, na primjer, nejednakih prilika za pristup sustavu odgoja i obrazovanja (Bejaković, 2010.). Socijalna isključenost često negativno utječe na društveni život pojedinca, ponekad izravno; gubljenjem kontakta s prijateljima, a ponekad i neizravno; u vidu financijskih teškoća (Bićanić i Franičević, 2005., prema Matković i Štuhofer, 2006.) te smetnji duševnog zdravlja. U cjelini, istraživanja o socijalnoj isključenosti usmjerena su na osobe koje su duže vrijeme nezaposlene, siromašne, osobe koje su prekinule školovanje, osobe s duševnim smetnjama te općenito osobe s nekom vrstom invaliditeta, ovisnike, pojedince kojima je potrebna socijalna pomoć, ali ju ne mogu ostvariti, beskućnike, socijalno izolirane osobe bez obitelji i prijatelja i druge (Šućur, 1995.).

Prema nekim autorima, osobe s duševnim smetnjama su među najisključenijim skupinama u društvu (Sayce, 2001., prema Drobny, 2018.). Isključenje iz sudjelovanja u životu zajednice rezultira povećanom izolacijom i narušenim mentalnim zdravljem (Ured zamjenika, 2004., prema Drobny, 2018.). Dakle, visok stupanj socijalne isključenosti je faktor rizika za lošije duševno zdravlje i razvoj ili pogoršanje već postojećih smetnji (Office of the Deputy Prime Minister, 2004., Morgan i sur., 2007., Boardman, 2011., prema Mezey i sur., 2022.). Nadalje, prema mnogim istraživanjima, socijalna isključenost osoba s duševnim smetnjama povezana je sa stigmom. Negativni stavovi i predrasude društva prema duševnim smetnjama su široko rasprostranjeni te štete i otežavaju život tih osoba (Repper i

Perkins, 2003., prema Drobny, 2018.). Strah od odbijanja ili negativne reakcije može utjecati na volju osoba s duševnim smetnjama da sudjeluju u društvenim, rekreacijskim i poslovnim prilikama, što u konačnici rezultira socijalnim povlačenjem i isključenošću (Mezey i sur., 2022.).

3.1. Siromaštvo osoba s duševnim smetnjama

Prema Scottish Poverty Information Unita (BBC, 2005., prema Bejaković, 2005.), pojedinci su siromašni ako nemaju dovoljno sredstava za sve svoje materijalne potrebe te ako ih uvjeti njihovog života isključuju iz aktivnog sudjelovanja u svakodnevnim aktivnostima zajednice. Konvencija o pravima osoba s invaliditetom (NN 6/2007.) za države potpisnice predviđa poštivanje načela primjerenog životnog standarda i socijalne zaštite. Prema tom načelu, države se obvezuju na priznavanje prava osobama s invaliditetom na primjeren životni standard za njih i njihove obitelji, a navedeno uključuje odgovarajuću prehranu, odijevanje, stanovanje te stalno unaprjeđenje uvjeta života. Također im se priznaje pravo na socijalnu zaštitu bez diskriminacije po osnovi invaliditeta, a to uključuje i osiguravanje jednakog pristupa čistoj vodi, dostupnost financijski pristupačnih usluga i ostalih vrsta pomoći za njihove potrebe proizašle iz invaliditeta. Nadalje, ovo načelo osigurava pristup programima socijalne zaštite i programima za smanjivanje siromaštva te obvezuje državu na pomaganje pojedincima i obiteljima koje žive u siromaštvu (Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativnog protokola uz Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom, NN, MU, 6/2007., 5/2008.).

Kao što je već spomenuto, tri opće prihvaćene sastavnice socijalne isključenosti su siromaštvo, isključenost s tržišta rada i socijalna izolacija. One zajedno čine “začarani krug socijalne isključenosti” tako što međusobno neprestano utječu jedna na drugu. Isključenost obično započinje gubitkom zaposlenja, što vodi prema pogoršanju životnog standarda, a u konačnici prema riziku od siromaštva. Siromaštvo stvara dodatne teškoće prilikom traženja novog zaposlenja te se pojedinci često nađu pogođeni dugotrajnom nezaposlenošću. Nadalje, siromaštvo i isključenost s tržišta rada bitno otežavaju uključivanje u aktivnosti zajednice (Bejaković, 2010.),

o čemu će riječ biti u jednom od poglavlja. U suvremenom svijetu, siromaštvo se koristi kao pokazatelj životnog standarda (Schofield i sur., 2013., prema Balaž Gilja, 2021.). Duševno zdravlje povezano je s fizičkim, ekonomskim i socijalnim okruženjem pojedinca, a uvjeti u kojima ljudi žive te pristup javnim servisima oblikovani su ekonomskim, socijalnim, zdravstvenim i drugim politikama (Allen i sur., 2014., prema Balaž Gilja, 2021.). Tako loše zdravstveno stanje može pridonijeti niskom socioekonomskom statusu i lošem standardu življenja, (Saunders, 1996., Schofield i sur., 2013., prema Balaž Gilja, 2021.). Isto tako je život u siromaštvu povezan sa slabijim zdravljem i većim rizikom od narušenog duševnog zdravlja (Hodgkinson i sur., 2017., prema Balaž Gilja, 2021.). U skladu s time, istraživanja su pokazala da se duševne smetnje i siromaštvo uobičajeno pojavljuju zajedno (Hollingshead i Redlich, 1958., Myers i Bean, 1968., Robichaud i sur., 1994., Topor i sur., 2013., prema Balaž Gilja, 2021.). Uzevši u obzir činjenicu da je narušeno duševno zdravlje najprisutnije kod radno aktivnih osoba u dobi od 20 do 64 godine, može se zaključiti da su duševno zdravlje i socioekonomske prilike usko povezani (Balaž Gilja, 2021.). Osobe s duševnim smetnjama imaju veći stupanj ispadanja iz sustava obrazovanja ili prekida u školovanju (Isohanni i sur., 2001., prema Mezey i sur., 2022.), nezaposlenosti (Meltzer i sur., 2002., Boardman i sur., 2003., Marwaha i sur., 2007., Harvey i sur., 2009., prema Mezey i sur., 2022.), siromaštva i dugovanja u usporedbi s općom populacijom. Siromaštvo, kao što je ranije spomenuto, smanjuje vjerojatnost zapošljavanja, iz razloga što siromašni raspolažu ograničenim materijalnim, kulturnim i interpersonalnim resursima (White, 1991., prema Matković i Štulhofer, 2006.). Prema istraživanju provedenom u Australiji (Stain i sur., 2012., prema Montgomery i sur., 2019.), samački život, zdravstveni problemi, nezaposlenost i niži stupanj obrazovanja povezani su sa otežanim socijalnim funkcioniranjem gotovo dvije trećine odraslih stanovnika sa psihozom. Financijske teškoće utječu na pojavu stresa, budući da izazivaju neprestanu brigu i zabrinutost o novcu. Siromašni pojedinci često govore o psihološkim aspektima svoje situacije koji se odnose na nemoć, izloženost i ranjivost kao terete koje siromaštvo nosi sa sobom (Bejaković, 2010.).

Zabrinjavajući su pokazatelji o učestalosti duševnih smetnji koji govore o teškim ekonomskim posljedicama svjetskih razmjera. Prema njima, u razdoblju od

2011. do 2030. godine očekivan je kumulativni gospodarski gubitak u iznosu od 16,3 bilijuna američkih dolara. Navedeno će značajno utjecati na produktivnost i cjelokupnu kvalitetu života osoba s duševnim smetnjama te će se mnoge od njih naći na granici siromaštva (Bloom i sur., 2011., prema Ritossa, 2017.). Već danas čak 45% osoba s težim duševnim smetnjama živi na granici siromaštva. Iako ih je 30% zaposleno, razina siromaštva je znatno viša nego kod osoba s lakšim duševnim smetnjama ili kod opće populacije. Obzirom na sve, može se zaključiti kako je nužno unaprijediti ekonomsku situaciju osoba s duševnim smetnjama. Potrebni su viši iznosi socijalnih davanja te uključivanje više radno sposobnih osoba s duševnim smetnjama na tržište rada (Richter i Hoffman, 2019.).

3.2. Osobe s duševnim smetnjama na tržištu rada

Konvencija o pravima osoba s invaliditetom (NN, MU, 6/2007., 5/2008.) države potpisnice obvezuje na priznavanje osobama s invaliditetom prava na mogućnost zarađivanja za život od rada u otvorenom, uključujućem i pristupačnom radnom okruženju. Između ostaloga, navedeno se odnosi na zabranu diskriminacije na radnom mjestu, pružanje pomoći u pronalaženju, zadržavanju posla i pri povratku na posao, zatim promicanje samozapošljavanja te zapošljavanja u javnom i privatnom sektoru, razumnu prilagodbu i promicanje programa strukovne i profesionalne rehabilitacije (Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativnog protokola uz Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom, NN, MU, 6/2007., 5/2008.).

Rad zauzima važnu ulogu u životu pojedinca jer omogućava socijalnu interakciju, strukturira vrijeme te je istovremeno izvor samopoštovanja, a ponekad i samoaktualizacije osobe (Jahoda, 1982., prema Kozjak i Lapat, 2018.). Socijalna isključenost se u prvom redu gleda kao isključenost iz tržišta rada, iz razloga što zaposlenje ima veliku ulogu u životu pojedinaca i zajednice. Zanimanje i posao su često među prvim stvarima koje ljudi otkrivaju o sebi i po čemu se definiraju u društvu (Bejaković, 2010.). Prema istraživanju Leutar i sur. (2014.), radni status osoba s invaliditetom pokazao se jednim od najznačajnijih faktora uključenosti u zajednicu. Lock i sur. (2005., prema Leutar i sur., 2014.:105) smatraju da je

zaposlenje “najbolji put suzbijanja siromaštva i socijalne izolacije među radno-aktivnim osobama s invaliditetom”. U većini zemalja Europske unije zaposleno je od 20% do 30% osoba s duševnim smetnjama, dok u Hrvatskoj one čine tek 3,8% od ukupno zaposlenih osoba s invaliditetom (Hrvatski zavod za zapošljavanje, 2021., prema Balaž Gilja, 2021.). Iz toga je vidljivo da je pravo na rad često puta osporavano osobama s duševnim smetnjama. Od ukupne radno sposobne populacije u Europi, 1,4% čine nezaposlene osobe s duševnim smetnjama, a to naglašava važnost njihovog uključivanja na tržište rada kako bi održale svoj životni standard (Schofield i sur., 2013., prema Balaž Gilja, 2021.). S druge strane, prema nekim autorima (Daley i sur., 2018.), stopa nezaposlenost osoba s duševnim smetnjama iznosi 90%, za razliku od osoba s tjelesnim ili osjetilnim oštećenjem, kod kojih je stopa 50% (Daley i sur., 2018.). Prema istraživanju Horvat i Štrkalj Ivezić (2015.) provedenog na osobama s dijagnozom shizofrenije, čak oko 86% ispitanika je u mirovini, nešto manje od 9% je nezaposleno, a samo 3,8% radi honorarno ili na puno radno vrijeme.

Često je vrlo teško zaposliti ili iznova zaposliti osobu (Page., 1995., Wahl, 1999., Dalgin i Gilbride, 2003., prema Gruber, 2012.) koja ima prošlost duševnih bolesti, budući da poslodavci imaju predrasude koje znatno smanjuju mogućnost njihovog zapošljavanja (Corrigan i sur., 2004., prema Gruber, 2012.). Peterson (2007., prema Cheer, 2009.) je proveo istraživanje o iskustvima zaposlenja osoba s duševnim smetnjama. Rezultati ukazuju na diskriminaciju na radnom mjestu, naglašavaju pozitivne strane zaposlenosti te pokazuju kako bi socijalna politika trebala utjecati na uklanjanje prepreka za njihovo zaposlenje. Istraživanje je također dokazalo izravnu povezanost između zaposlenosti i socijalne uključenosti. Unutarnje prepreke za zaposlenje osoba s duševnim smetnjama uključuju nizak stupanj obrazovanja, nisko samopouzdanje te prilike izgubljene radi epizoda izazvanih duševnim smetnjama (Russel i Lloyd, 2004., prema Cheer, 2009.). Široko rasprostranjena diskriminacija i negativni stavovi prema teškoćama duševnog zdravlja smatraju se vanjskim preprekama zaposlenju koje imaju još teži utjecaj na njihovo zapošljavanje (Lapsley i sur., 2002., SEU, 2004., prema Cheer, 2009.). Tako poslodavci iskazuju najveću zabrinutost prema zapošljavanju radnika s “mentalnom retardacijom i emocionalnim teškoćama” (McFarlin i sur., 1991., prema Kozjak i

Lapat, 2018.: 38). Ono što posebno zabrinjava je da su stručnjaci za duševno zdravlje skloni osobe s duševnim smetnjama odvrćati od bavljenja profesionalnim ciljevima tako što više pažnje pridaju njihovim simptomima i slabim stranama, nego snagama i mogućnostima (Evans i Repper, 2000., prema Cheer, 2009.). U velikom broju slučajeva, niska očekivanja stručnjaka za mentalno zdravlje ogledaju se u njihovim stavovima da osobe s duševnim smetnjama nisu sposobne za rad te da nikada neće razviti sposobnosti potrebne za pronalazak i zadržavanje zaposlenja (Lloyd i sur., 2006., prema Cheer, 2009.).

Istraživanja su pokazala kako nezaposlenost uzrokuje smanjeno životno zadovoljstvo, osjećaj bespomoćnosti te narušeno psihičko i fizičko zdravlje kod većine ljudi (Kozjak i Lapat, 2018.). Često se u uzroke nezaposlenosti i gubitka posla osoba s duševnim smetnjama ubrajaju nisko samopouzdanje, prijašnje teškoće u pronalasku posla te strah od povratka bolesti i neuspjeha (Corrigan, 2003., prema Štrkalj- Ivezić i sur., 2011.). Očekivana posljedica nezaposlenosti je manjak financijskih resursa koji kod osoba s duševnim smetnjama može rezultirati siromaštvom, glađu i beskućništvom (Brousseau, 2009., Kirkpatrick i Byrne, 2009., prema prema Cheer, 2009.). Nadalje, nezaposlenost, dugovanja i društvena nejednakost imaju negativan utjecaj na duševnu dobrobit te povećavaju rizik od samoubojstva (Moloney, 2018.). Dosadašnja istraživanja pokazala su da nezaposlenost povećava rizik od pojave shizofrenije (Agerbo i sur., 2004., prema Gruber, 2012.), a dokazano je i da je rizik od povratka shizofrenije veći s nezaposlenošću (Chabungbam i sur., 2007., prema Gruber, 2012.). Duševne smetnje također povećavaju mogućnost da se osoba prije vremena povuče s tržišta rada (Waghorn i Lloyd, 2005., Schofield i sur., 2013., prema Balaž Gilja, 2021.), a dulja nezaposlenost i duga razdoblja odsutnosti s posla radi bolesti dovode do praznina u životopisu, što može odbiti potencijalne poslodavce u budućnosti (Brandow, Swarbrickl i Nemeč, 2019., prema Balaž Gilja, 2021.). Slabije duševno zdravlje zaslužno je za velik postotak dugotrajnih izbivanja s posla, a tek polovica osoba s duševnim smetnjama se nakon šest ili više mjeseci izbivanja i vrati na posao (Blank, 2008., prema Mustajbegović, 2012.). U konačnici, život sa slabijim duševnim zdravljem može negativno utjecati na cjelokupno radno iskustvo i profesionalnu izvedbu. Profesionalni stres značajno utječe na smanjenje dobrobiti i produktivnosti,

na što poslodavci mogu odgovoriti inicijativama koje jednako podržavaju tjelesno i duševno zdravlje. Svjetska zdravstvena organizacija trenutno razvija nove smjernice kako bi osigurala da su takve inicijative provjerene u praksi, a one uključuju upravljanje stresom usmjereno na zaposlenike i njihove supervizore. U kontekstu pandemije Covid- 19, posebnu pozornost treba posvetiti pojedincima koji su ostali bez posla ili onima koji se vraćaju na radno mjesto nakon izbjivanja, gdje svakako spadaju i osobe s duševnim smetnjama. Pandemijom uzrokovano nesigurno zaposlenje, privremena zaposlenost i neadekvatni uvjeti rada povezani su sa slabijim duševnim zdravljem, stresom i depresijom (Svjetska zdravstvena organizacija, 2021.).

Zapošljavanje osoba s invaliditetom utječe na smanjenje socijalnih i drugih davanja te oni na taj način osiguravaju vlastitu egzistenciju i zadovoljavaju svoje potrebe. Pojedinci s invaliditetom koji rade su također društveno aktivniji, povoljnije ekonomske situacije te se lakše prilagođavaju promjenama u svakodnevnom životu (Vlada Republike Hrvatske, 2007., prema Kozjak i Lapat, 2018.). Bitno je imati na umu da većina osoba s duševnim smetnjama želi i voli raditi te da na zapošljavanje gledaju kao na važan čimbenik svog oporavka. Rad im omogućuje puno sudjelovanje u životu zajednice, socijalni kontakt, podršku, status te doživljaj osobnog postignuća (Štrkalj- Ivezić i sur., 2011.). Zaposlenost može rezultirati manjim osjećajem diskriminacije te većim osobnim zadovoljstvom (McQuilken i sur., 2003., prema Gruber, 2012.). Zapošljavanje osoba s duševnim smetnjama dovodi do većeg samopouzdanja, povoljnije ekonomske situacije i smanjenja socijalnih problema (Udruga Svitanje, 2011., prema Gruber, 2012.). Redovno zaposlenje nakon bolničkog liječenja od velike je važnosti za cjelokupno zdravstveno, a posebno psihičko stanje osoba s duševnim smetnjama. Kumulativno, rad ima pozitivan utjecaj na sudjelovanje u svakodnevnim aktivnostima zajednice, smanjuje vjerojatnost ponovne hospitalizacije, olakšava simptome te povisuje samopouzdanje i kvalitetu života (Huremović i Mahmutović, 2018.).

Na stranicama Hrvatskog zavoda za zapošljavanje postoje mjere aktivne politike zapošljavanja koje služe kao podrška deinstitucionalizaciji i socijalnoj isključenosti (Hrvatski zavod za zapošljavanje, 2017., prema Odorjan i sur., 2018.). Bitno je spomenuti i problem manjka programa koji pomažu u zapošljavanju osobama s duševnim smetnjama, budući da mnoge od njih trebaju pomoć prilikom

zapošljavanja u vidu radne i profesionalne rehabilitacije (Štrkalj- Ivezić i sur., 2011.). Glavni cilj profesionalne rehabilitacije za osobe s teškoćama duševnog zdravlja je smanjivanje njihovih funkcionalnih ograničenja koja su izazvana poteškoćama te poticanje osnaživanja s ciljem zapošljavanja i samostalnog življenja (Lovrić i Bagatin, 2011.). Zaštitne radionice pokazale su se nedovoljnima za povećanje profesionalne uključenosti osoba s duševnim smetnjama. S druge strane, zapošljavanje uz podršku te individualno zapošljavanje provjereni su načini na koje je do 50% osoba s duševnim smetnjama uspjelo ostvariti stalan i stabilan posao (Hoffman i sur., 2014., prema Richter i Hoffman, 2019.). Iskustvo programa zaštitnog zapošljavanja u Italiji pokazalo je da je osobama s duševnim smetnjama potrebno učenje na radnom mjestu umjesto formalne edukacije u školskim klupama te intervencije kojima bi im se pružala pomoć prije i poslije pronalaska zaposlenja kako bi im na poslu bilo lakše (Buizza i sur., 2009., prema Gruber, 2012.).

Iz svega navedenog se može zaključiti da društvo još uvijek nije dovoljno senzibilizirano za potrebe osoba s invaliditetom da bi iniciralo njihovu integraciju u zajednicu. Postojeće inicijative lokalne zajednice koje uključuju kreiranje i financiranje programa obrazovanja, zapošljavanja i rehabilitacije osoba s invaliditetom još uvijek nisu dovoljne, što upućuje na nužnost djelovanja relevantnih dionika od lokalne do nacionalne razine (Kiš Glavaš i sur., 2008., prema Leutar i sur., 2011.). Potrebna je bolja komunikacija između centara za socijalnu skrb, zavoda za zapošljavanje, gradskih ureda te Fonda za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom (Gruber, 2012.). Gruber (2012.) preporuča da naglasak tijekom liječenja i rehabilitacije osoba s duševnim smetnjama bude na održavanju zaposlenja i ojačavanju socijalne mreže, budući da su to dvije kategorije koje osobama s duševnim smetnjama pomažu u osnaživanju kako bi se radno i socijalno uključili i pridonijeli životu zajednice.

3.3. Socijalna dimenzija isključenosti osoba s duševnim smetnjama

Socijalna uključenost definira se kao uključenost pojedinca u aktivnosti u zajednici koje osiguravaju socijalne interakcije (Levasseur i sur., 2011., prema Leutar i Buljevac, 2020.). Uključivanje u zajednicu ne podrazumijeva samo fizičku

uključenost, budući da su neki ljudi koji žive u zajednici jednako izolirani i usamljeni kao što su bili tijekom svog smještaja u instituciji. Stoga integracija u zajednicu podrazumijeva interakciju s drugim ljudima u zajednici (Teodorović i Bratković, 2001.). U ostvarivanju što veće razine socijalne uključenosti osoba s invaliditetom u zajednicu, vrlo je bitno podržavajuće, otvoreno, inkluzivno i pristupačno okruženje (Gadžo-Šašić, 2018.). Može se reći i da socijalna uključenost omogućuje sudjelovanje u aktivnostima slobodnog vremena, prijateljstvima i zajednici u cjelini (Lloyd i sur., 2006., prema Cheer, 2009.).

Socijalna podrška može uključivati emocionalnu skrb, materijalnu pomoć, davanje informacija i druženje (Gruber, 2012.). Također se odnosi na “percipiranu brigu, poštivanje ili pomoć koju osoba prima od drugih ljudi ili grupa” (Sarafino, 2002., prema Milić Babić, 2019.: 15). Za osobe s duševnim smetnjama socijalna podrška je iznimno važna u promicanju tjelesnog i duševnog zdravlja, suočavanju sa stresom te radi postizanja više kvalitete i zadovoljstva životom u zajednici (Bloom, 1990., prema Balaž Gilja, 2021.). Ona također štiti i pomaže oporavku od depresije (McLeod i sur., 1992., Holahan i sur., 1995., prema Gruber, 2012.). Povezana je s važnim ishodom kao što su oporavak od bolesti, sposobnost nošenja sa stresom, a isto tako je i nedostatak podrške faktor rizika za takve ishode (Sarason i Sarason, 2009., prema Milić Babić, 2019.). Uži pojam od socijalne podrške je socijalna mreža koja uključuje obitelj, poznanike, susjede te stručnjake koji pružaju profesionalnu pomoć. Kvalitetna socijalna mreža ključna je pri oporavku osoba s duševnim smetnjama te ju je neophodno uključiti kako bi se osobi olakšalo stanje u kojemu se nalazi (Huremović i Mahmutović, 2018.). Stoga bi i stručnjaci koji rade s osobama s duševnim smetnjama trebali biti senzibilizirani na pitanja socijalnog konteksta života pojedinaca (Faith, 1998., prema Gruber, 2012.) i socijalne mreže koja uključuje prvenstveno njihovu obitelj i prijatelje (Evert i sur., 2003., prema Gruber, 2012.). Vrijeme koje su ispitanici istraživanja Cheer (2009.) proveli udaljeni od svoje obitelji i zajednice zbog dugotrajne hospitalizacije utjecalo je na slabljenje socijalnih veza, prilika za uspostavljanje prijateljskih ili intimnih veza te na nezaposlenost. Kao što je već spomenuto, socijalna izolacija može predstavljati veliku prepreku zapošljavanju i izlasku iz kruga siromaštva. Razlozi za to su nedostatak informacija koje se prenose neformalnim kanalima, nepristupačnost sustava socijalnih veza te nemogućnost

posudbe sredstava potrebnih za samozapošljavanje ili nedostatak preporuka za potencijalne buduće poslodavce. Dakle, može se zaključiti da socijalna izolacija nesumnjivo ima nepovoljan utjecaj na zapošljavanje radi gubitka socijalnih veza i mreže potpore potrebne za traženje zaposlenja. Tako su često u socijalnoj mreži isključenih i siromašnih osoba druge osobe koje prate slične okolnosti nezaposlenosti i ranjivosti, a to naveliko otežava izlazak iz siromaštva (Bejaković, 2010.). Šverko i sur. (2006.) ispitivali su utjecaj produljene nezaposlenosti na socijalno uključivanje, a rezultati su pokazali da produžena nezaposlenost u Hrvatskoj osiromašuje i bitno socijalno izolira osobe koje su nezaposlene (Zečirević i sur., 2012.). Prema Morgan i sur. (2007.), socijalne veze i mreže su glavna komponenta za puno sudjelovanje i inkluziju (Cheer, 2009.), a korisnici usluga za mentalno zdravlje smatraju da je biti dio zajednice i imati značajne veze s obitelji i prijateljima jednako važno kao i smanjivanje siromaštva (Sayce, 2001., prema Cheer, 2009.).

Iz dosadašnjih istraživanja vidljivo je da osobama s duševnim smetnjama često nedostaje socijalna podrška (Meltzer i sur., 2002., prema Mezey i sur., 2022.) te da imaju male i nekvalitetne socijalne mreže u usporedbi s osobama bez duševnih smetnji (Bengtsson-Tops i Hansson, 2001., Sweet i sur., 2018., prema Mezey i sur., 2022.). Također je manja vjerojatnost da će biti u stabilnoj intimnoj vezi (Thomas i Randall, 2012., prema Mezey i sur., 2022.) te se često osjećaju usamljeno i izolirano (Meltzer i sur., 2013., Wang i sur., 2018., Alasmawi i sur., 2020., prema Mezey i sur., 2022.). Nerijetko zbog duševne bolesti osoba više ne može ispunjavati uobičajene obiteljske uloge te gubi na svojoj važnosti i utjecaju. Dolazi do značajnog smanjenja intenziteta i učestalosti komunikacije s obitelji koja može reagirati udaljavanjem. To kod osobe može uzrokovati osjećaje usamljenosti, odbačenosti, isključenosti i smanjene obiteljske podrške (Kastenbaum, 2011., prema Huremović i Mahmutović, 2018.). Važno je napomenuti da su stope samoubojstava značajno više kod osoba kod kojih ulogu igraju faktori kao što su usamljenost i socijalna izoliranost (WHO European Framework for Action on Mental Health 2021–2025). Nadalje, osobe s duševnim smetnjama imaju veći rizik od narušenih osobnih odnosa i stvaranja većeg opterećenja za obitelj, a također su suočeni s iznadprosječnim rizikom od beskućništva i kontakta s kaznenopravnim sustavom (McDaid, 2008., prema Balaž Gilja, 2021.). Još jednom se potvrđuje da njihovu mrežu podrške vrlo često čini samo

mali broj ljudi, što dovodi do minimalnog pristupa socijalnom kapitalu i povećanog osjećaja usamljenosti (Perese i Wolf, 2005., Eklund i Hansson, 2007., Schwarz i Gronemann, 2009., prema Balaž Gilja, 2021.). Siromaštvo također sprječava uspostavljanje socijalnih kontakata, iz razloga što osobe s duševnim smetnjama nemaju financijskih sredstava za česte posjete mjestima gdje se ljudi sastaju i družu (Topor i sur., 2013., prema Balaž Gilja, 2021.).

S druge strane, rezultati istraživanja Gruber (2012.) pokazuju da ispitanici s duševnim smetnjama u većini slučajeva imaju najboljeg prijatelja, prijatelja i bliskog člana obitelji. Polovica njih ima bračnog partnera, a navedeni podaci nisu u skladu s prethodnim istraživanjima prema kojima osobe s duševnim smetnjama nemaju prijatelje ili ih imaju vrlo malo, budući da su često diskriminirani i teško sklapaju prijateljstva (Thornicroft, 2009., prema Gruber, 2012.). Sudionici s duševnim smetnjama u istraživanju Cheer (2009.) izjavljuju da žele imati intimne veze i socijalne mreže koje će im pružati razumijevanje i podršku i pomoći im da se ostvare u svojoj zajednici. Iako su obitelj i prijatelji najznačajniji dio njihove mreže podrške, istraživanja pokazuju da oni najčešće ne razumije probleme mentalnog zdravlja te često iskazuju stereotipna ponašanja (Morgan i sur., 2017., prema Balaž Gilja, 2021.). Iz toga je vidljivo da je potrebno raditi i na osnaživanju osoba koje im pružaju podršku. Može se zaključiti kako društvena interakcija smanjuje stres, poboljšava raspoloženje, smanjuje socijalnu izolaciju i pruža priliku za stvaranje novih prijatelja i zaboravljanje na brige (Miller, 2017., prema Kobše i sur., 2018.).

Što se tiče prepreka socijalnoj uključenosti, sudionici istraživanja (Cheer, 2009.) smatraju da stigma i diskriminacija ovdje igraju veliku ulogu. Stigmatizacija izolira osobu iz društva, prepreka je zaposlenju, velika je prepreka u prevenciji samoubojstva te nepovoljno utječe na obiteljske odnose (Corrigan, 2004., prema Škugor i Sindik, 2017.). Tako je u US General Social Survey između 35% i 69% ispitanika navelo da nisu voljni sprijateljiti se, družiti, imati susjeda, osnovati brak ili blisko surađivati s osobom koja pati od shizofrenije (Pescosolido i sur., 2010., prema Moloney, 2018.). Kada se radi o depresiji, 20% do 53% ispitanika dalo je odgovore na ista pitanja (Moloney, 2018.). Nadalje, u istraživanju o stavovima studenata sestrištva prema osobama s duševnim bolestima, većina ispitanika smatra da osobe

s duševnim bolestima ne treba zatvoriti ili izolirati od društva, a čak 13% ih nije sigurno u to (Zagorščak i sur., 2017.).

Od velike je važnosti pobrinuti se za problem velikog broja osoba s težim duševnim smetnjama koje žive u izolaciji. Istraživanja su pokazala da institucionalni smještaj pruža bolju socijalnu skrb u obliku socijalnih veza nego privatni smještaj (Killaspy i sur., 2016., prema Richter i Hoffmann, 2019.). S druge strane, osobe s težim duševnim smetnjama preferiraju neovisan život izvan institucije. Obzirom na navedeno, skrb izvan institucija trebala bi pružati istu količinu skrbi i socijalne potpore koju pružaju i institucije. To znači najprije da treba raditi s korisnicima kako bi izgradili jaku socijalnu mrežu kroz učenje i razvijanje komunikacijskih vještina i jačanje motivacije za uključivanje u društveni život zajednice (Richter i Hoffmann, 2019.).

4. PRISTUP USLUGAMA MENTALNOG ZDRAVLJA U ZAJEDNICI

U drugoj polovici 19. stoljeća i početkom 20. stoljeća, institucije su bile jedino mjesto na kojem se odvijalo liječenje osoba s duševnim smetnjama (Zagorščak i sur., 2017.). Prevladavao je medicinski model skrbi obilježen pretjerano zaštitničkim pristupom sklonom etiketiranju i izdvajanju osoba s duševnim smetnjama iz zajednice te se iz tog razloga u današnje vrijeme sve više zagovara njegovo napuštanje. Umjesto medicinskog, prednost se daje socijalnom modelu usmjerenom na socijalnu inkluziju osoba s duševnim smetnjama i promicanje deinstitucionalizacije. Unutar socijalnog modela preispituju se prepreke koje postoje u društvu te se poduzimaju koraci za njihovo uklanjanje, kako bi osobe s duševnim smetnjama neometano ostvarile svoj puni potencijal (Grozđanić i Rittossa, 2017.). Potpisivanjem Konvencije o pravima osoba s invaliditetom, Hrvatska je preuzela obvezu usvajanja socijalnog modela skrbi koji se temelji na poštivanju osnovnih ljudskih prava i promjeni iz uloge primatelja usluge u aktivnog dionika koji će osigurati dostupne službe podrške u zajednici (MDOMSP, Operativni plan deinstitucionalizacije 2014.- 2016., prema Regionalna dostupnost socijalnih usluga u Hrvatskoj, 2019.). Na tim načelima temelji se i proces deinstitucionalizacije i

socijalnog uključivanja korisnika usluga socijalne skrbi (Regionalna dostupnost socijalnih usluga u Hrvatskoj, 2019.).

Iako postoji velika potreba za uslugama mentalnog zdravlja, siromašne osobe se najmanje vezuju uz kvalitetnu skrb za mentalno zdravlje (Hodgkinson i sur., 2017., prema Balaž Gilja, 2021.). Čak i u razvijenim državama čiji su zdravstveni sustavi dobro organizirani, između 44% i 70% osoba s teškoćama duševnog zdravlja nije u sustavu liječenja (SZO, 2005.). Ipak, socijalni i ekonomski troškovi usluga mentalnog zdravlja sve su veći. Prema procjenama, trošak za usluge mentalnog zdravlja u europskim zemljama iznosi između 3% i 4% bruto nacionalnog proizvoda, bez uključivanja troškova ostalih sektora, kao što su odsustva s posla zbog teškoća mentalnog zdravlja (Gabriel i Liimatainen, 2000., prema Markou i Sarakiniotis, 2018.). Kao i u većini siromašnijih europskih zemalja, i u Hrvatskoj se većina osoba s duševnim smetnjama liječi u sustavu bolničke psihijatrije, što je najskuplji način liječenja koji apsorbira više od 90% svih sredstava za mentalno zdravlje, no ne daje najbolje rezultate (Atlas, 2005., prema Gruber, 2011.).

Velike institucije zdravstvene i socijalne skrbi još uvijek pružaju najveći dio bolničkih i rezidencijalnih usluga za osobe s duševnim smetnjama, unatoč tome što nema značajnih koristi od pružanja skrbi u takvim institucijama. Naprotiv, postoje jasni dokazi o opadanju socijalne funkcije pojedinaca koji su izgubili kontakt sa zajednicom, a također je prisutan i visok rizik od zlostavljanja i kršenja osnovnih ljudskih prava u institucijama (WHO European Framework for Action on Mental Health 2021–2025). Svjetska zdravstvena organizacija smatra da se najbolji rezultati liječenja osoba s duševnim smetnjama dobivaju prilikom liječenja u zajednici, putem raznih usluga i službi koje potiču oporavak i socijalno uključivanje pojedinaca. Zbog nedostatka takvih usluga, osobe u Hrvatskoj su učestalo hospitalizirane, dugo vremena provode na bolničkom liječenju ili se uopće ne liječe. Stoga je važna koordinacija i povezivanje sustava bolničkog i izvanbolničkog liječenja, a naglasak se stavlja na usluge u zajednici (Štrkalj Ivezić, 2022.). U Hrvatskoj je također prepoznata potreba za organizacijom skrbi za mentalno zdravlje u zajednici, no taj model još nije zaživio u praksi. Psihijatrija treba organizirati službu za duševno zdravlje na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini, a liječnici opće prakse zauzimaju važno mjesto u prevenciji. Zbog visoke zastupljenosti duševnih smetnji,

potrebno je da oni budu osposobljeni za prepoznavanje simptoma, liječenje nekompliciranih poremećaja te prepoznavanje pojedinaca koje je potrebno uputiti specijalistu (Štrkalj Ivezić, 2010.). Unatoč tome, jedna trećina europskih država nema razvijene usluge liječenja osoba s duševnim smetnjama od strane liječnika opće prakse. Također ne postoje edukacije o duševnom zdravlju za liječnike opće prakse i druge zdravstvene djelatnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (Svjetska zdravstvena organizacija, 2005., prema Balaž Gilja, 2021.). Bitno je napomenuti da prijelaz na deinstitucionalizaciju bez prethodnog razvoja usluga u zajednici može dovesti do kraćih boravaka u bolnici i do preranog otpusta, a zatim ubrzo i rehospitalizacije (Gamielien i sur., 2020., prema Balaž Gilja, 2021.).

Učinkovite službe za mentalno zdravlje obilježava povezanost i suradnja različitih ustanova i usluga u zajednici, a naglašen je izvanbolnički sustav liječenja i kratkotrajno bolničko liječenje. Služba za mentalno zdravlje u zajednici uključuje dnevne centre, mobilne timove, *case management* ili vođenje slučaja, pomoć kod zapošljavanja te druge usluge namijenjene osposobljavanju korisnika za neovisan život (Štrkalj Ivezić i sur., 2018.). Usluge u zajednici odnose se na sve usluge koje se pojedincima pružaju kako bi se zadovoljile sve njihove potrebe u zajednici u kojoj žive (Ćirić Milovanović, 2017.). Bitno je spomenuti da su usluge dostupnije u urbanim nego u ruralnim sredinama (Knezić i Opačić, 2021.). Kao i u slučaju akutne skrbi o mentalnom zdravlju, dugotrajna skrb i podrška trebaju se pružati u zajednici kroz široku mrežu formalnih i neformalnih pružatelja podrške čije su osnovne zadaće pomoći korisnicima prilikom integracije u život zajednice te jačanje njihovih vještina za neovisan i samostalan život (WHO European Framework for Action on Mental Health 2021–2025). Što se tiče dostupnosti socijalnih usluga za osobe s teškoćama mentalnog zdravlja u zajednici, u istraživanju koje su provele Knezić i Opačić (2021.) 43% ispitanika smatra da je potrebno organizirano stanovanje ili stambena zajednica za osobe s duševnim smetnjama, a 42% ih smatra da je potrebno udomiteljstvo za osobe s duševnim smetnjama. Što se tiče usluga za zaštitu mentalnog zdravlja, najveći broj ispitanika smatra kako su potrebni programi prevencije, grupe podrške te terapijske grupe za ovisnike o kocki i ovisnike o drogama. Od usluga koje pomažu socijalnom uključivanju i rehabilitaciji, ispitanici veliku korist vide u *case managementu* koji uključuje multidisciplinarnu podršku u

domu za osobe s duševnim smetnjama. Nadalje, vrlo bitnim uslugama smatraju i programe resocijalizacije te zapošljavanja i ekonomskog osnaživanja. Ostale usluge važne za korisnike uključuju dnevni boravak ili klub za osobe s duševnim smetnjama u zajednici, osobnu asistenciju, zastupanje osoba s duševnim smetnjama te savjetovanje članova njihovih obitelji.

4.1. Deinstitutionalizacija

Proces deinstitutionalizacije osoba s invaliditetom, a osobito osoba s duševnim smetnjama, u većini zapadnih zemalja započeo je 60-ih i 70-ih godina prošlog stoljeća (Buljevac i sur., 2016.). Prema jednoj od definicija, deinstitutionalizacija se odnosi na proces zatvaranja javnih bolnica i na premještanje pacijenata u zajednicu gdje im se pružaju razne zdravstvene usluge (Encyclopedia of Mental Disorders, 2017., prema Odorjan i sur., 2018.). Glavni razlozi za deinstitutionalizaciju su humanost, financijski razlozi te uspješniji načini liječenja (Open Society Foundations, 2017., prema Odorjan i sur., 2018.). Proces deinstitutionalizacije u Hrvatskoj neki od ispitanika istraživanja Odorjan i sur. (2018.) nazivaju *case management*. *Case management* predstavlja posebnu psihijatrijsku praksu kojoj je cilj liječenje osoba s duševnim smetnjama u zajednici (Štrkalj Ivezić i sur., 2010., prema Odorjan i sur., 2018.). Takvo shvaćanje slaže se s podjelom koja deinstitutionalizaciju psihijatrije dijeli na tri različite komponente, a to su: 1.) prevencija smještaja u psihijatrijske ustanove kroz alternativne oblike liječenja u zajednici, 2.) puštanje natrag u zajednicu pacijenata tek nakon što su za to u potpunosti spremni te 3.) osnivanje i održavanje sustava podrške u zajednici za osobe izvan institucija. U skladu s navedenim, deinstitutionalizacija podrazumijeva zadržavanje osoba s duševnim smetnjama u ustanovama prilikom hospitalizacije što je kraće moguće (Milković, 2007., prema Đečević i sur., 2015.). Uz deinstitutionalizaciju se razvija i model rehabilitacije u zajednici koji razvija ravnopravne mogućnosti i integraciju osoba s duševnim smetnjama (Laklija i Barišec, 2014.). Načelo osnaživanja ključno je u rehabilitaciji (Ivezić Štrkalj, 2010., prema Gruber, 2012.) i u organizaciji psihijatrije u zajednici na temelju *case managementa* (Solomon i Draine, 1994., Gruber i sur., 2008., Ivezić Štrkalj, 2010., prema Gruber, 2012.). Programi koji se oslanjaju na

načelo osnaživanja uključuju grupe samopomoći, klubove te druge oblike izvanbolničkih tretmana (Golik- Gruber, 1997., prema Gruber, 2012.), aktivnu participaciju osoba u istraživanjima, lobiranje i druge aktivnosti (Gruber, 2012.). Veliku ulogu ima i podrška koju osobe s duševnim smetnjama dobivaju od ostalih članova zajednice. Prema istraživanju Grozdanić i Rittossa (2017.), većina ispitanika smatra da im bolničko osoblje pruža veliku podršku prije povratka u zajednicu. Naime, pravo na podršku pri povratku u zajednicu je ključan faktor za smanjivanje vjerojatnosti rehospitalizacije (Guimon, 2010., prema Grozdanić i Rittossa, 2017.). Isto tako je i uspješno osigurana podrška zajednice bitna za ostvarivanje deinstitutionalizacije (Grozdanić i Rittossa, 2017.). Dakle, da bi rehabilitacija bila uspješna, važno je da u zajednici postoji jaka socijalna mreža (Milković, 2007., prema Đečević i sur., 2015.).

Prema Herceg i Martinuš (2010., prema Laklija i Barišec, 2014.), kada osoba jednom završi u instituciji, najčešće tamo i ostane do kraja svog života. Proces deinstitutionalizacije u svrhu zaštite dobrobiti korisnika trebao bi uključivati jačanje programa pomoći i podrške, decentralizaciju usluga, programe dnevnih i poludnevnih boravaka te suradnju bolnica, institucija za smještaj osoba s duševnim smetnjama, udomitelja, centara za socijalnu skrb, samih korisnika te drugih značajnih dionika (Laklija i Barišec, 2014.) U većini europskih zemalja prisutan je proces postupnog smanjenja smještajnih kapaciteta u ustanovama te njihovog transformiranja u centre za pružanje usluga i uključivanje osoba s duševnim smetnjama u život u zajednici. To se postiže multidisciplinarnom suradnjom usmjerenoj na osobu i njenu obitelj te im se pruža podrška, informiranje o bolesti i mogućnostima liječenja te njihovim pravima (Laklija i Barišec, 2014.). Prema Milkoviću (2007., prema Đečević i sur., 2015.) i praksa socijalnog rada prolazi transformaciju iz ustanova za mentalno zdravlje u socijalni rad u zajednici. Također se za svakog korisnika izrađuje individualni plan skrbi kako bi se spriječila ili odgodila institucionalizacija koja nije nužna (Laklija i Barišec, 2014.).

Kao što je spomenuto, liječenje duševnih smetnji još se uvijek u većini slučajeva odvija u bolnicama (Winkler i sur., 2017., prema Štrkalj Ivezić i sur., 2018.). Tako je više od 3000 osoba s duševnim bolestima smješteno u ustanove socijalne skrbi, domove socijalne skrbi i privatne domove, a određen broj njih je u

udomiteljskim obiteljima. U svim tim oblicima smještaja nedovoljno se pozornosti posvećuje oporavku i socijalnom uključivanju te zato dolazi do trenda takozvane transinstitucionalizacije. Unatoč tome, postoje određeni iskoraci prema stanovanju u zajednici i socijalnom uključivanju osoba s duševnim smetnjama (Štrkalj Ivezić i sur., 2018.). Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske i Hrvatski zavod za javno zdravstvo su u suradnji s Institutom Trimbos iz Nizozemske i brojnim stručnjacima između 2016. i 2017. godine proveli *Twining* projekt. Navedeni projekt za cilj je imao unaprjeđenje zdravstvene skrbi za osobe s duševnim smetnjama tijekom postupne deinstitucionalizacije. Rezultati ukazuju na to da je Hrvatskoj potreban sustav koji se temelji na procjeni potreba u koji su uključeni rane intervencije, prevencija, jačanje svijesti javnosti o duševnim smetnjama, program protiv stigme, podrška pojedincima u uključivanju u aktivnosti zajednice te aktivnije sudjelovanje udruga pacijenata u cjelokupnom procesu. Jedna od preporuka *Twining* projekta uključuje liječenje i rehabilitaciju u domu osobe, s ciljem što kraćeg boravka u ustanovi i što bržeg oporavka. To je ostvarivo putem uspostave mobilnih multidisciplinskih timova koji će u domu pacijenta pružati svu potrebnu zdravstvenu skrb (Štrkalj Ivezić i sur., 2018.). U projektu također veliku ulogu imaju stručnjaci po iskustvu zvani još i *peerworkeri* (Štrkalj Ivezić i sur., 2018.). Nažalost, još uvijek postoji samo nekoliko izoliranih primjera implementacije *peer* stručnjaka u Hrvatskoj. Udruga Ludruga trenutno provodi projekt s ciljem osiguravanja dostupnih, educiranih i provjerenih *peer* stručnjaka. Takvi stručnjaci posjećuju domove osoba s duševnim smetnjama gdje im pomažu u kupovini, plaćanju računa te pružaju podršku osobama u akutnoj fazi i članovima njihovih obitelji (Ludruga, 2022.). Uloga stručnjaka po iskustvu važna je jer iskustvo uvelike može doprinijeti liječenju neke druge osobe (*Peer Work Hub*, 2017., prema Odorjan i sur., 2018.). Stručnjak po iskustvu i osoba kojoj je potrebna pomoć mogu se poistovjetiti i time može doći do poboljšanja stanja osobe (Odorjan i sur., 2018.). Stoga je, radi njihove značajne uloge u oporavku osoba s duševnim smetnjama, potreban dodatan razvoj takvog profila stručnjaka (Štrkalj Ivezić i sur., 2018.).

4.2. Primjer dobre prakse

Jedan od glavnih razloga institucionalizacije osoba s duševnim smetnjama je nedostatak službi za socijalnu skrb u zajednici, što rezultira diskriminacijom i njihovim isključivanjem iz društva (Europska stručna skupina za prijelaz s institucionalne skrbi na usluge podrške za život u zajednici, 2012., prema Laklija i Barišec, 2014.). Kada se radi o primjeru uspješne deinstitucionalizacije osoba s duševnim smetnjama, može se spomenuti slučaj Trsta gdje je izvaninstitucionalni oblik skrbi započeo još 70-ih godina dvadesetog stoljeća. Odjel za mentalno zdravlje u provinciji Trst je mreža institucija koja se sastoji od četiri centra za mentalno zdravlje dežurnih 24 sata dnevno i smještenih uz četiri Doma zdravlja. Ostale institucije uključuju još službu za osposobljavanje za rad i boravak, hitnu psihijatrijsku službu, psihijatrijsku bolnicu za osobe s poremećajima prehrane te forenzički odjel zatvorske bolnice. Odjel se sufinancira iz lokalnih proračuna za socijalnu i zdravstvenu skrb te iz državnog proračuna za zdravstvenu skrb, a osoblje se sastoji od psihijatara, psihologa, socijalnih radnika, edukatora, terapeuta i medicinskih sestara. Takav ustroj omogućuje brzu reakciju na hitna stanja te prevenciju dugotrajnog smještaja u bolnicama i domovima socijalne skrbi. Aktivnosti koje se odvijaju na odjelu su kućne i ambulantne posjete, rad mobilnih timova, edukacija korisnika i njihovih obitelji o samopomoći te je moguć i dnevni prijem u krizi ili kao jednodnevni predah za članove obitelji. Prema rezultatima iz 2014. godine, samo 19 osoba dobilo je mjeru prisilnog liječenja, dok se sva ostala skrb odvija na principu otvorenih vrata i nekorištenja prisilnog vezivanja. Oko 200 korisnika godišnje osposobljava se u socijalnim zadrugama i privatnim poduzećima, a 10% od toga ih se zaposli. Isto tako, program za prevenciju smanjio je trend samoubojstava u posljednjih deset godina za 40% te nema beskućnika koji su to postali zbog problema duševnog zdravlja (Škerlić i Sau, 2015., prema Regionalna dostupnost socijalnih usluga u Hrvatskoj, 2019.).

5. ULOGA SOCIJALNOG RADA U ZAŠTITI DUŠEVNOG ZDRAVLJA

Skrb socijalnih radnika o osobama s duševnim smetnjama najčešće se povezuje sa zdravstvenim sustavom te je socijalni rad u izvanbolničkim ustanovama na našim područjima još uvijek nedovoljno razvijen (Buljubašić i sur., 2018.). Kako bi se

ostvarila bolja promocija duševnog zdravlja, potrebna je suradnja psihijatrije s ostalim strukama kao što su javno zdravstvo, socijalni rad, psihologija te ostale relevantne struke (Štrkalj Ivezić i sur., 2010., prema Odorjan i sur., 2018.). Važnost suradnje i uspješnost obavljanja stručnih poslova u timu ključni su za dobrobit pacijenta i za profesiju socijalnog rada u cjelini (Sivrić i Leutar, 2010., prema Milić Babić i Laklija, 2019.). Zbog same prirode duševnih bolesti koje ne zahvaćaju samo pojedinca, već i njegovu obitelj i okruženje, u prošlosti je najviše socijalnih radnika bilo zaposleno na psihijatrijskim odjelima u bolnicama (Ivančević, 1984., prema Zlomislić i Laklija, 2019.). Isto tako, i u današnje vrijeme najveći je broj socijalnih radnika u zdravstvu zaposleno na neurološko- psihijatrijskim odjelima te u psihijatrijskim bolnicama i savjetovalištima (Pražetina i Šimić, 2014., prema Zlomislić i Laklija, 2019.). Prvotna uloga socijalnih radnika na psihijatriji odnosila se na prikupljanje podataka o pacijentu i njegovoj obitelji (Aviram, 2002., prema Zlomislić i Laklija, 2019.). Kasnije se ona proširila na ulogu posrednika između osobe, obitelji i zajednice te facilitatora procesu otpusta pacijenta i skrbi za njih u zajednici (Aviram, 2002., prema Zlomislić i Laklija, 2019.). Ipak, autori se slažu da se o ulozi socijalnog radnika u zdravstvu još uvijek raspravlja (Aviram, 2002., Ornellas, 2014., prema Zlomislić i Laklija, 2019.). U stranoj literaturi postoji nekoliko naziva za socijalni rad u zdravstvu te se tako bolnički socijalni rad odnosi na pružanje socijalnih usluga u bolnicama i srodnim zdravstvenim ustanovama (Dziegielewski, 2013., prema Milić Babić i Laklija, 2019.). Uvođenjem socijalnih radnika u zdravstveni sustav dolazi do sagledavanja šireg ekološkog sustava svakog pojedinca. Tako bolnički socijalni radnici procjenjuju životno okruženje i obiteljsku situaciju pacijenta, njegovo obrazovanje, potencijalni utjecaj dijagnoze na život osobe te prilagodbu uputama liječnika (Beder, 2006., prema Milić Babić i Laklija, 2019.). Danas u osnovnu funkciju socijalnog rada spada uključenost u liječenje osobe, pri čemu se u obzir uzima bio-psiho-socijalni pristup intervencijama i skrbi (Gehlert i Browne, 2006., prema Milić Babić i Laklija, 2019.). Socijalni radnici imaju ključnu ulogu u poboljšanju usluga za osobe s duševnim smetnjama te u konačnom ishodu njihovog duševnog zdravlja. Stoga odnos između socijalnog radnika i pojedinca mora biti usmjeren na oporavak pojedinca, pružanje pozitivne podrške tijekom i nakon hospitalizacije te na osobnu promjenu (Huremović i Mahmutović, 2018.).

Prema Krbavac (2013., prema Novak, 2018.) glavni ciljevi socijalnog radnika u liječenju podrazumijevaju što brži oporavak i povratak pacijenta u njegovu socijalnu sredinu, postizanje visoke kvalitete života u smislu prihoda, zanimanja, odnosa, smještaja i slobodnog vremena, osnaživanje pacijenta te osiguranja kontinuiteta i koordinacije zdravstvenih i socijalnih usluga. U liječenju osoba s duševnim smetnjama u psihijatrijskim ustanovama, socijalni radnici koriste različite metode rada s pacijentima kao što su socijalni rad s pojedincem, socijalni rad s obitelji, socijalni rad s grupom te socijalni rad s lokalnom zajednicom. Kroz individualni rad socijalni radnik dobiva osnovne informacije o pacijentu, njegovom stavu o bolesti, razmišljanjima o budućnosti i druge bitne informacije, a nakon toga ga se uključuje u grupni rad. Također, socijalni radnik u psihijatrijskoj ustanovi primjenjuje individualnu i grupnu socioterapiju, *case management* te zastupa pacijenta s duševnim smetnjama u kontaktu s nadležnim ustanovama koje rješavaju teškoće koje se javljaju tijekom hospitalizacije (Huremović i Mahmutović, 2018.).

Zadaci socijalnog radnika u bolničkim ustanovama uključuju rad s pacijentom od prijema do izlaska iz bolnice, a nerijetko i nakon toga (Buljubašić i sur., 2018.). Prilikom prijema pacijenta, socijalni radnik s njim obavlja razgovor u kojem se upoznaje s pacijentovim obiteljskim i drugim prilikama te na temelju toga izrađuje socijalnu anamnezu. Osim ustanove u kojoj se osoba liječi, socijalni radnik surađuje s nadležnim centrima za socijalnu skrb, obiteljskim liječnicima, domovima za starije osobe i nevladinim organizacijama. Ostvarujući kontakte u navedenim ustanovama, socijalni radnik osobi pruža podršku u ostvarivanju prava iz područja socijalne i zdravstvene zaštite te se tako stvaraju uvjeti za integraciju u lokalnu zajednicu. Zadatak socijalnog radnika je koordinacija sa svim tim ustanovama kako bi se ostvarili uvjeti za otpust i resocijalizaciju osobe u njenu lokalnu zajednicu. Stoga je potrebno da posjeduje dobre komunikacijske vještine i zalaže se za prava i potrebe pacijenata te pruža podršku njemu i članovima obitelji pri komunikaciji s drugim stručnjacima u timu (Huremović i Mahmutović, 2018.). Socijalni radnik u multidisciplinarnom timu sudjeluje u dijagnostičkoj procjeni duševnih bolesti, primjeni kriznih intervencija te pruža stručnu podršku osobama s duševnim smetnjama pri donošenju za njih važnih odluka. Vrlo bitna je uloga promicanja komunikacije i suradnje između članova medicinskog tima, koordinacija

zdravstvenih usluga, kao i promocija pacijentovih prava na odlučivanje i pristup informacijama (Moriarty i sur., 2015., prema Milić Babić i Laklija, 2019.). Prema Ostojić (2012., prema Đečević i sur., 2015.) uloga socijalnog radnika bitna je u prevenciji shizofrenije te socijalni radnici mogu na vrijeme primjetiti rane znakove kao što su socijalna izolacija, pasivnost, gubitak interesa za svakodnevne aktivnosti, iznenadno opadanje kvalitete akademskih ili poslovnih aktivnosti te konzumacija alkohola i psihoaktivnih tvari. Uz navedena znanja i vještine, potrebno je da socijalni radnik pokaže osjetljivost i empatiju te da poštuje pravo na samoodređenje svake osobe s duševnim smetnjama koja se nalazi na liječenju. Dakle, socijalni radnik treba osnaživati pacijente s duševnim smetnjama. Prvi korak za to je prepoznavanje faktora koji doprinose narušenim socijalnim odnosima i stigmatizaciji te rad na njihovom otklanjanju kako bi se osoba mogla vratiti u zajednicu bez stigme i diskriminacije. Socijalni radnici također pružaju podršku osobama s duševnim smetnjama prilikom traženja smještaja ili zaposlenja nakon otpusta iz psihijatrijske ustanove te im pomažu kako bi ostvarili svoja socijalna prava (Huremović i Mahmutović, 2018.). Nadalje, socijalni radnik radi i na pripremi pacijenta za otpust, prilagodbi na uvjete života izvan bolnice, suočavanju s eventualnom promjenom radne sposobnosti i reintegraciji u obiteljsku i društvenu sredinu (Dervišbegović, 2003., prema Buljubašić i sur., 2018.). Prilikom otpusta iz bolnice, njegova zadaća odnosi se na osiguranje izvanbolničkog prihvata pacijenta te pružanje podrške tijekom daljnjeg liječenja i praćenja (Ostojić, 2012.).

Kao što je spomenuto, da bi podržali socijalno funkcioniranje pojedinca, obitelji i zajednice, socijalni radnici danas primjenjuju holistički umjesto jednodimenzionalnog pristupa korisniku (Buljubašić i sur., 2018.). Često se zbog duševne bolesti članovi obitelji mogu početi udaljavati od osobe s duševnim smetnjama te u takvim situacijama uloga socijalnog radnika posebno dolazi do izražaja. Socijalni radnik tada radi na poboljšanju odnosa, s ciljem zbližavanja članova obitelji čiji su odnosi narušeni (Huremović i Mahmutović, 2018.). Nadalje, istraživanja su pokazala da obitelji najteže prihvataju uspostavljanje dijagnoze duševnog poremećaja koji u svim društvima izaziva najviše predrasuda (Zavod za javno zdravstvo Federacije BiH, 2012., prema Sofić i Huskić, 2018.). Neizvjesnost i stigmju još više pojačavaju manjak znanja o duševnoj bolesti, pristupu liječenju,

prognozi i resursima koje nudi zdravstveni sustav. Stoga je ključno pružiti pravovremene i valjane informacije članovima obitelji (Sofić i Huskić, 2018.). Rane intervencije kod ozbiljnih duševnih bolesti mogu biti vrlo učinkovite u prevenciji recidiva, oporavku i općenitoj boljoj kvaliteti života (Sallos i Draper, 2010., prema Sofić i Huskić, 2018.). Socijalni radnici pružaju psihosocijalnu podršku koja se odnosi na proces psihičkog i fizičkog osnaživanja pojedinca i njegove obitelji i društvenog okruženja kako bi u sebi i okolini pronašao snage i resurse za kvalitetno suočavanje sa stresom i uključivanje u svakodnevni život zajednice (Lakić i sur., 2012., prema Sofić i Huskić, 2018.). U skladu s time provode individualne i grupne socioterapije s obiteljima s ciljem psihoedukacije i destigmatizacije (Zlomislić i Laklija, 2019.). Rana podrška obiteljima omogućava lakše i bolje podnošenje teškoća te je zato psihoedukaciju i podršku potrebno osigurati odmah na početku, tijekom tretmana i dalje prema potrebi (Lakić i sur., 2012., prema Sofić i Huskić, 2018.).

U današnje vrijeme u zdravstvu nedostaje socijalnih radnika, a na njihova radna mjesta se nerijetko zapošljavaju osobe drugih struka kao što su npr. medicinske sestre (Pražetina i Šimić, 2014., prema Zlomislić i Laklija, 2019.). Iz tog razloga Komora socijalnih radnika nastoji ukazati na važnost socijalnih radnika u zdravstvu, ističući da se njihovim radom smanjuju troškovi liječenja i rehospitalizacije pacijenata (Hrvatska komora socijalnih radnika, 2014., prema Zlomislić i Laklija, 2019.).

5.1. Izvanbolnička skrb

Liječenje osoba s duševnim smetnjama sve se više usmjerava na izvanbolničko liječenje, a sve više je osoba s blažim problemima duševnog zdravlja ili takozvanim krizama koje ne zahtijevaju hospitalizaciju, što premješta skrb o osobama iz bolnica u zajednicu (Zlomislić i Laklija, 2019.). U skladu s time, aktivnosti socijalnog radnika podrazumijevaju vođenje slučaja, promicanje duševnog zdravlja, organizaciju kampova u svrhu promicanja svjesnosti o važnosti brige o duševnom zdravlju, provođenje preventivnih i edukativnih aktivnosti u zajednici, zagovaranje ljudskih prava osoba s duševnim smetnjama u zajednici te analizu i razvoj politike socijalne skrbi (Zlomislić i Laklija, 2019.). Mnogi autori (Durlak i sur., 2011., Weare

i Nind, 2011., Weissberg i sur., 2013., prema Šerić i sur., 2018.) ističu da su razdoblja djetinjstva i adolescencije ključni za razvoj temelja za stabilno duševno zdravlje i prevenciju mogućih duševnih poremećaja. Stoga je vrlo bitna suradnja socijalnih radnika sa sustavom odgoja i obrazovanja; najčešće surađuju sa školama gdje rade na ranom otkrivanju razvojnih poremećaja i poremećaja u ponašanju, zlouporabe psihoaktivnih tvari i međuvršnjačkog nasilja (Šerić i sur., 2018.). Osim navedenog, socijalni radnici informiraju članove zajednice te ih educiraju o prevenciji nastanka oboljenja, organiziraju rekreativne aktivnosti i volonterski rad u zajednici (Šerić i sur., 2018.). Također je važan rad na suzbijanju predrasuda kroz grupni rad i rad u zajednici (Đečević i sur., 2015.). U skladu s time Milković (2007., prema Đečević i sur., 2015.) ističe socijalni rad kao praktičnu metodu rješavanja različitih oblika diskriminacije s kojima osobe s duševnim smetnjama suočavaju prilikom povratka u zajednicu. Socijalni rad također može pomoći u koordinaciji grupa za samopomoć koje postoje u zajednici (Munjiza, 2012., prema Đečević i sur., 2015.).

Milković (2007.) kao bitnu ulogu socijalnog radnika ističe jačanje resursa i snaga u socijalnom okruženju, budući da su oni povezani s obiteljskom kohezijom, socioekonomskim statusom te problemima nezaposlenosti u čijem rješavanju sudjeluju i socijalni radnici (Đečević i sur., 2015.). U tome osobama s duševnim smetnjama od velike pomoći može biti socijalni radnik koji se pojavljuje u ulози voditelja slučaja ili *case managera*. Vođenje slučaja ili *case management* može se definirati kao oblik prakse socijalnog rada koji, priznajući važnost bioloških i psiholoških čimbenika, u obzir uzima cjelokupnu fizičku i socijalnu okolinu osobe. Cilj vođenja slučaja je olakšati življenje, poboljšati zdravlje, a osobito mentalno zdravlje, osobni rast i funkcioniranje osobe u zajednici (Kanter, 1989., prema Kanter, 2016.). *Case management* koristi se u radu s osobama s dugotrajnim teškoćama u oporavku, a to najčešće uključuje osobe s raznim psihotičnim poremećajima kao što su shizofrenija, bipolarni poremećaj te shizoafektivni poremećaj. Takav model rada uključuje rad s korisnicima u različitim službama u zajednici te u njihovim domovima, sveobuhvatnu procjenu zdravstvenih i socijalnih potreba korisnika, koordinaciju različitih službi u sustavu mentalnog zdravlja i onih u okruženju osobe te stavljanje pojedinca u središte pozornosti kako bi mu se pomoglo da postigne

svoje osobne ciljeve i oporavak (Ryan i Morgan, 2004., prema Štrkalj Ivezić i sur., 2010.). Najčešće su *case manageri* socijalni radnici, psiholozi, medicinske sestre, radni terapeuti, a rijetko i psihijatri (Štrkalj Ivezić i sur., 2010.). *Case manager* podršku pruža u atmosferi povjerenja i optimizma te pomaže osobi u izradi i izvršenju njenog individualnog plana oporavka (Priručnik o stambenom zbrinjavanju osoba s težim duševnim smetnjama, za edukaciju korisnika, obitelji, stručnjaka za mentalno zdravlje, zaposlenika javnih i privatnih institucija te građana, 2017.). Uloga *case managera* je pomoći korisniku da prepozna i osigura svoje unutarnje i vanjske resurse potrebne za neovisan život u zajednici (Rapp i Kisthardt, 1991., prema Štrkalj Ivezić i sur., 2010.). Osobama s duševnim smetnjama i drugim osobama u potrebi često nije lako samostalno se boriti protiv izolacije, pronaći svoje mjesto u društvu, ostvariti socijalna i zdravstvena prava i postići određene vještine za održavanje kućanstva te je zato uloga *case managera* ključna. *Case manager* osobi pomaže da dođe do liječnika opće prakse, psihijatra i drugih specijalista te općenito do medicinske pomoći, da lakše prevlada krizu pogoršanja bolesti, pomaže u prepoznavanju ranih znakova pogoršanja bolesti, pri uzimanju lijekova, u rješavanju nesuglasica sa susjedima i u sličnim situacijama. Također pomaže osobi da pronađe posao, lakše organizira svoje slobodno vrijeme i da se uključi u aktivnosti zajednice u kojoj živi. Nadalje, on pruža podršku korisniku u izgradnji pozitivne interakcije s okolinom te pomaže u izgradnji socijalne mreže i doživljava pripadnosti zajednici, ali isto tako mu pomaže u uspostavljanju granica u odnosima (Priručnik o stambenom zbrinjavanju osoba s težim duševnim smetnjama, za edukaciju korisnika, obitelji, stručnjaka za mentalno zdravlje, zaposlenika javnih i privatnih institucija te građana, 2017.). Učinkovitost *case managementa* u vidu smanjenog broja hospitalizacija potvrdila su brojna istraživanja (Mueser i sur., 1998., Burns i sur., 1999., Issakidis i sur., 1999., UK700 Group, 1999., Burns i sur., 2001., prema Štrkalj Ivezić i sur., 2010.)

6. ZAKLJUČAK

Duševne smetnje u moderno vrijeme predstavljaju jedan su od vodećih javnozdravstvenih izazova u Europi. Podatak da je u Hrvatskoj svaki 35. stanovnik

od 1000 stanovnika osoba s ozbiljnim teškoćama mentalnog zdravlja istovremeno i zabrinjava, ali i potiče na promjene, kao i podaci o razini socijalne isključenosti kojoj su osobe s duševnim smetnjama izložene. Veliki broj osoba sa smetnjama duševnog zdravlja te osjetljivost kojoj su te osobe izložene zbog prirode svojih teškoća dovela je do donošenja mnogih međunarodnih dokumenata čiji je krajnji cilj promocija mentalnog zdravlja i integracija osoba s duševnim smetnjama u sve razine života zajednice. Hrvatska je jedna od prvih potpisnica Konvencije o pravima osoba s invaliditetom koja svim osobama s invaliditetom, pa tako i osobama s duševnim smetnjama, jamči pravo na rad i zapošljavanje, sudjelovanje u kulturnom životu i slobodnim aktivnostima te pravo na odabir mjesta stanovanja prema osobnom izboru svake osobe. Unatoč brojnim nastojanjima, još uvijek je upitna implementacija takvih dokumenata u praksi zemalja te tako osobe s duševnim smetnjama i dalje ostaju jedna od najmarginaliziranijih skupina u društvu. Istraživanja pokazuju kako još uvijek prevladavaju negativni stavovi okoline prema osobama s teškoćama mentalnog zdravlja koji imaju nepovoljan utjecaj na ishode njihova liječenja i uključenje u zajednicu. Potrebno je donošenje i provođenje programa za borbu protiv stigme na nacionalnoj razini, kakav u Hrvatskoj još uvijek ne postoji. Također je od neizmjerne važnosti sustavno informiranje i educiranje javnosti te poticanje kontakata s osobama s duševnim smetnjama kako bi se razbile predrasude društva te oformili novi, pozitivni stavovi.

Iako se oko preciznog značenja pojma socijalne isključenosti mnogi autori niti danas ne mogu složiti, ono što je zajedničko gotovo svim definicijama je činjenica da ona negativno utječe na život pojedinca i podrazumijeva siromaštvo, isključenost iz tržišta rada te socijalnu dimenziju. Te tri sastavnice zajedno čine “začarani krug socijalne isključenosti” tako što međusobno neprestano utječu jedna na drugu. Zabrinjava podatak da čak 45% osoba s težim duševnim smetnjama živi na granici siromaštva te je očito da je nužno unaprijediti ekonomsku situaciju osoba s duševnim smetnjama. Potrebni su viši iznosi socijalnih davanja i uključivanje više radno sposobnih osoba s duševnim smetnjama na tržište rada. Bitno je imati na umu da većina osoba s duševnim smetnjama želi i voli raditi te da na zapošljavanje gledaju kao na važan čimbenik svog oporavka. Stoga je potrebno kreiranje socijalne politike koja će utjecati na uklanjanje prepreka za njihovo zaposlenje. Potrebna je i bolja

komunikacija između centara za socijalnu skrb, zavoda za zapošljavanje i drugih relevantnih dionika, a naglasak tijekom liječenja i rehabilitacije trebao bi biti na održavanju zaposlenja i ojačavanju socijalne mreže. Osobe s duševnim smetnjama su radi hospitalizacija često dugo vremena odvojene od obitelji i prijatelja te tako dolazi do slabljenja njihovih socijalnih veza. Istraživanja pokazuju da se često osjećaju usamljeno, izolirano te je manje vjerojatno da će biti u stabilnoj intimnoj vezi. Stoga je potrebno raditi s korisnicima kako bi izgradili jaku socijalnu mrežu kroz učenje i razvijanje komunikacijskih vještina i jačanje motivacije za uključenje u društveni život zajednice, a veliku ulogu ovdje igraju i suzbijanje stigme i diskriminacije te premještanje skrbi iz institucija u zajednicu.

Prema dostupnim podacima, čak i u razvijenim državama većina osoba s teškoćama duševnog zdravlja nije u sustavu liječenja. Velike ustanove zdravstvene i socijalne skrbi još uvijek pružaju najveći dio bolničkih i rezidencijalnih usluga za osobe s duševnim smetnjama, unatoč tome što nema značajnih koristi od pružanja skrbi u takvim institucijama. Naprotiv, postoje jasni dokazi o opadanju socijalne funkcije pojedinaca koji su izgubili kontakt sa zajednicom, a također je prisutan i visok rizik od zlostavljanja i kršenja osnovnih ljudskih prava. Iz tih razloga je u uključivanju osoba s duševnim smetnjama u zajednicu bitan proces deinstitutionalizacije. Potrebno je težiti organiziranju dugotrajne skrbi i podrške u zajednici kroz široku mrežu formalnih i neformalnih pružatelja podrške čije su osnovne zadaće pomoći korisnicima prilikom integracije u život zajednice te ojačati njihove vještine za neovisan i samostalan život.

Na kraju rada prikazana je uloga socijalnog radnika u skrbi o osobama s duševnim smetnjama. Socijalni radnici imaju ključnu ulogu u poboljšanju usluga za osobe s duševnim smetnjama te u konačnom ishodu njihovog duševnog zdravlja. Stoga odnos s korisnikom mora biti usmjeren na oporavak pojedinca, pružanje pozitivne podrške tijekom i nakon hospitalizacije te na osobnu promjenu. Istraživanja pokazuju da se prisutnošću socijalnih radnika u sustavu zdravstva smanjuju troškovi liječenja i rehospitalizacije pacijenata. Liječenje osoba s duševnim smetnjama sve se više usmjerava na izvanbolničko liječenje, a sve više je osoba s blažim problemima duševnog zdravlja koji ne zahtijevaju hospitalizaciju, što premješta skrb o osobama iz bolnica u zajednicu. Tamo se socijalni radnik može pojaviti u ulozi voditelja

slučaja ili *case managera* kojemu je uloga pomoći korisniku da prepozna i osigura sve unutarnje i vanjske resurse potrebne za neovisan život u zajednici. Iz svega navedenoga, vidljivo je da postoji još puno prostora za unaprjeđenje statusa osoba s duševnim smetnjama i njihovo socijalno uključivanje u sva područja života zajednice. Socijalni radnici imaju važnu ulogu u tom procesu, a posebno kroz svoj rad unutar zajednice gdje mogu pomoći u suzbijanju stigme i predrasuda te služiti kao poveznica između korisnika u potrebi, njegove obitelji i ostalih stručnjaka mentalnog zdravlja čija im je podrška od neizmjerne važnosti kako bi ostvarili neovisan i samostalan život.

LITERATURA

1. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
2. Balaž Gilja, A. (2021). Siromaštvo i socijalna isključenost osoba s duševnim smetnjama. *Socijalne teme*, 1 (8), 115-134.
3. Bejaković, P. (2005). Siromaštvo. *Financijska teorija i praksa*, 29(1), 135-138.
4. Bejaković, P. (2010). *Vodič za socijalnu uključenost*. Zagreb: Institut za javne financije.
5. Božičević, V., Brlas, S. & Gulin, M. (2012). *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja; priručnik za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja*. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“.
6. Bratković, D. & Teodorović, B. (2001). Osobe s teškoćama u razvoju u sustavu socijalne skrbi. *Revija za socijalnu politiku*, 8 (3), 279-290.
7. Buljevac, M., Milić Babić, M. & Leutar, Z. (2016). *Poštivanje prava osoba s invaliditetom smještenih u udomiteljskim obiteljima i obiteljskim domovima*. Zagreb: Pravobranitelj za osobe s invaliditetom.
8. Buljubašić, S., Šerić, N. & Babić, N. (2018, veljača). *Socijalni rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti-ključna karika u procesu deinstitucionalizacije*. Rad izložen na konferenciji: “Socijalni rad u zdravstvu”, Sarajevo.
9. Cheer, J.A. (2009). *The meaning of social inclusion to people wuth enduring mental health problems*. Diplomski rad. Auckland: Massey University, Studij sestrinstva.
10. Cvetko, J., Gudelj, M. & Hrgovan, L. (2000). Inkluzija. *Diskrepancija*, 1 (1), 24-28.
11. Đečević, M., Janković, U. & Čekerevac, A. (2015). The social paradigm in psychiatry as a link between social work and psychiatry in theory and practice. *Ljetopis socijalnog rada*, 22 (3), 371-392.

12. Drobny, J. (2018, svibanj). *Uključivanje osoba s problemima mentalnog zdravlja kroz sport*. Rad izložen na konferenciji: “MENS projekt”, Atena.
13. Dudić, A. (ur.), (2018). *Socijalni rad u zdravstvu*. Sarajevo: Fakultet političkih nauka Univerziteta u Sarajevu.
14. e- Savjetovanja (2022). *Nacrt strateškog okvira razvoja mentalnog zdravlja 2022.- 2030*. Posjećeno 15.7.2022. na mrežnoj stranici e- Savjetovanja: <https://esavjetovanja.gov.hr/ECon/MainScreen?entityId=20208>
15. Gadžo- Šašić, S. (2018). Problemi socijalne inkluzije osoba s invaliditetom. *Društvene i humanističke studije*, 1(4), 87-108.
16. Grozdanić, V. & Rittossa, D. (2017). Prava osoba s duševnim smetnjama u psihijatrijskim ustanovama u Republici Hrvatskoj - empirijska analiza. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, 38 (3), 947-981.
17. Gruber, E.N. (2012). Prijedlog intervencija u sustavu skrbi o mentalnom zdravlju a s ciljem inkluzije osoba s psihičkim poremećajima u društvo. *Ljetopis socijalnog rada*, 19 (1), 73-94.
18. Gruber, E.N. (2012). Utjecaj radnog statusa, stupnja obrazovanja i socijalnog kontakta na samoosnaživanje osoba s psihičkim poremećajem. *Sigurnost*, 54 (4), 349-363.
19. Horvat, K. & Štrkalj-Ivezić, S. (2015). Povezanost osobne stigme i socijalne samoefikasnosti osoba s dijagnozom shizofrenije. *Socijalna psihijatrija*, 43 (3), 0-128.
20. Housing and educational European Road towards civil rights (2016). *Priručnik o stambenom zbrinjavanju osoba s težim duševnim smetnjama, za edukaciju korisnika, obitelji, stručnjaka za mentalno zdravlje, zaposlenika javnih i privatnih institucija te građana*. Posjećeno 27.7.2022. na mrežnoj stranici HERO: <http://www.housing-project.eu/download/curriculum-HR.pdf>
21. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2022). *Izješće o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj* [datoteka s podacima]. Dostupno na mrežnoj stranici Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2021/10/Invalid_2021.pdf (10.7.2022.)
22. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2022). *Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj* [datoteka s podacima]. Dostupno na mrežnoj stranici Hrvatskog zavoda za

javno zdravstvo: <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2019/03/Bilten-mentalne.pdf>

23. Huremović, V. & Mahmutović, S. (2018). Uloga socijalnog radnika u liječenju osoba s duševnim smetnjama. *Društvene i humanističke studije*, 1(4), 109-120.
24. Huremović, V. & Mahmutović, S. (2018, veljača). *Uloga i značaj socijalnog radnika u zdravstvenim ustanovama u tretmanu osoba sa problemom alkoholizma*. Rad izložen na konferenciji: "Socijalni rad u zdravstvu", Sarajevo.
25. Illness. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 38 (1), 24-35.
26. Jakovljević, M. (2016). Nema zdravlja bez duševnog zdravlja: što je to duševno zdravlje? Postoji li posve normalno ludilo, suluda normalnosti, posve normalna glupost i glupa normalnost?. *Zdravstveni glasnik*, 2 (1), 65-71.
27. Jerinić, A. (2017). *Deinstitucionalizacija- humani pristup psihički oboljelim osobama*. Završni rad. Dubrovnik: Sveučilište u Dubrovniku, Stručni studij sestrinstva
28. Kanter, J. (2016). Colette: A Clinical Case Management Perspective. *Clinical Social Work Journal*, 44 (4), 341-344.
29. Klarin, M., Šimić Šašić, S. & Sučić Šantek, I. (2018). Studentska percepcija invaliditeta kroz prizmu socijalne distance, životnih vrijednosti i poštovanja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 54 (2), 71-84.
30. Knezić, D. & Opačić, A. (2021). *Dostupnost socijalnih usluga u Republici Hrvatskoj*. Zagreb: Rehabilitacijski centar za stres i traumu/ Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
31. Kos, M. (2014). Lud, zbunjen, političan i subjekt. *Jahr*, 5 (1), 211-221.
32. Kozjak, A. & Lapat, G. (2018). Mišljenja poslodavaca o zapošljavanju osoba s invaliditetom. *Andragoški glasnik*, 22 (2 (37)), 35-44
33. Laklija, M. & Barišec, A. (2014). Iskustvo udomiteljstva odraslih osoba s duševnim smetnjama iz perspektive udomitelja. *Socijalna psihijatrija*, 42 (1), 50-61.
34. Leutar, I., Penava, T. & Marković, N. (2014). Uključenost osoba s invaliditetom u zajednicu. *Socijalne teme*, 1(1), 89-114.
35. Leutar, Z. & Buljevac, M. (2020). *Osobe s invaliditetom u društvu*. Zagreb: Udžbenici Sveučilišta u Zagrebu.

36. Ludruga (2022). *The Mobile Team for Psychosocial Support in the Community*. Posjećeno 27.7.2022. na mrežnoj stranici Ludruge: <https://ludruga.hr/en/the-mobile-team-for-psychosocial-support-in-the-community/>
37. Markou, E., & Sarakiniotis, P. (2018, svibanj). *Udruga sportova, tjelesna aktivnost i vježbe s mentalnim zdravljem: postojeće politike i prakse u Europskoj Uniji*. Rad izložen na konferenciji: “MENS projekt”, Atena.
38. Matković, T. & Štulhofer, A. (2006). Socijalna isključenost u Hrvatskoj-empirijska analiza. U: Starc, N., Ofak, L. & Šabić, Š. (ur.), *Siromaštvo, nezaposlenost i socijalna isključenost*, Zagreb: UNDP.
39. MENS Project (2018). *12 strateških dokumenata o povezivanju mentalnog zdravlja sa športom i tjelesnim vježbama*. Posjećeno 14.7.2022. na mrežnoj stranici Mental European Network of Sport Events: <https://mensproject.eu/wpcontent/uploads/policy-papers-hr.pdf>
40. Mezey G., White S., Harrison I., Bousfield J., Killaspy H., Lloyd-Evans B. & Payne S. (2022). Modelling social exclusion in a diagnostically-mixed sample of people with severe mental illness. *The International Journal of Social Psychiatry*, 68 (2), 420-428.
41. Milić Babić, M. & Laklija, M. (2019). Socijalni rad u zdravstvu – pogled iz kuta socijalnih radnika zaposlenih u bolnicama. *Jahr*, 10 (1), 9-32.
42. Milić Babić, M. (2019). Socijalna podrška i roditeljstvo. *Socijalne teme*, 1 (6), 13-26.
43. *Modeli deinstitucionalizacije i zaštite mentalnog zdravlja u zajednici* (2017). Podgorica: Akcija za ljudska prava / Human Rights Action (HRA).
44. Moloney, P. (2018, travanj). *Mentalno zdravlje i stigma u Europi*. Rad izložen na konferenciji: “MENS projekt”, Atena.
45. Montgomery, P., Wuest, A., Forchuk, C., Smith- Carrier, T., Jeng (Mo) M. & Rudnick, A. R. (2019). Social Inclusion as Freedom for Persons Living with Mental
46. Novak, A. (2018, veljača). *Prevenција i zaštita mentalnog zdravlja djece i mladih*. Rad izložen na konferenciji: “Socijalni rad u zdravstvu”, Sarajevo.
47. Novak, M. & Petek, A. (2015). Mentalno zdravlje kao politički problem u Hrvatskoj. *Ljetopis socijalnog rada*, 22 (2), 191-221.

48. Odorjan, M., Balabanić, I. & Štefan, T. (2018). Proces deinstitucionalizacije klinika za psihijatriju u Hrvatskoj. *Obnovljeni Život*, 73. (1.), 25-36.
49. Ostojić, D. (2012). Prva epizoda shizofrenije – važnost ranog otkrivanja bolesti: što o tome trebaju znati socijalni radnici?. *Ljetopis socijalnog rada*, 19 (1), 53-72.
50. Radivojević, Z. & Raičević, N. (2007). Međunarodna zaštita osoba s mentalnim poremećajem. *Temida*, 10 (3), 11- 25.
51. Richter D. & Hoffmann H. (2019). Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland: results from the Swiss Health Survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28 (4), 427-435.
52. Rittossa, D. (2017). Ustavnopravna zaštita prava osoba s duševnim smetnjama. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, 38 (3), 1057-1096.
53. Rončević-Gržeta, I., Kušić, I., Fogas, D. & Rebić, J. (2021). Stavovi prema duševno oboljelim osobama. *Medica Jadertina*, 51 (1), 49-58.
54. Sofić, S., & Huskić, F. (2018, veljača). *Psihosocijalna podrška članovima porodice korisnika usluga centara za mentalno zdravlje*. Rad izložen na konferenciji: “Socijalni rad u zdravstvu”, Sarajevo.
55. Šerić, N. & Babić, N. (2018, veljača). *Izazovi i perspektive socijalnog rada u zdravstvu*. Rad izložen na konferenciji: “Socijalni rad u zdravstvu”, Sarajevo.
56. Škorić, M. (2020). The twenty-first century – the beginning of a new era in the protection of human rights of persons with mental health disabilities. *Pravni vjesnik*, 36 (1), 27-45.
57. Škugor, T. & Sindik, J. (2017). Stavovi prema duševnim bolesnicima u društvu – usporedba u odnosu na odabrane socio-demografske čimbenike. *Sestrinski glasnik*, 22 (3), 273-279.
58. Štrkalj Ivezić, S. (2022). Mentalno zdravlje u zajednici. *Epoha zdravlja*, 15 (1), 9-11.
59. Štrkalj Ivezić, S., Jukić, V., Hotujac, LJ., Kušan Jukić, M. & Tikvica, A. (2010). Organizacija zaštite mentalnog zdravlja u zajednici. *Liječnički vjesnik*, 132 (1-2), 38-42.
60. Štrkalj Ivezić, S., Jukić, V., Štimac Grbić, D., Čelić, I., Brečić, P., Silobrčić Radić, M., Bagarić, A. & Čurković, M. (2018). Organizacija liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj. *Acta medica Croatica*, 72 (2), 179-187.

61. Štrkalj Ivezić, S., Mužinić, L. & Filipac, V. (2010). Case Management – a Pillar of Community Psychiatry. *Psychiatria Danubina*, 22 (1), 28-33.
62. Šućur, Z. (1995). Koncept socijalne isključenosti. *Revija za socijalnu politiku*, 2 (3), 223-230.
63. Šućur, Z. (2004). Socijalna isključenost: pojam, pristupi i operacionalizacija. *Revija za sociologiju*, 35 (1-2), 45-60.
64. The World Bank Group (2019). *Regionalna dostupnost socijalnih usluga u Hrvatskoj* [datoteka s podacima]. Dostupno na mrežnoj stranici The World Bank Group: <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/2767416046150063940080022020/original/13Regionalnadostupnostsocijalnihusluga.pdf>
65. Udruga Svitanje (2022). *Istraživanje stigme i diskriminacije zbog psihičke bolesti*. Posjećeno 27.7.2022. na mrežnoj stranici Udruge Svitanje: <https://www.udrugasvitanje.hr/images/istraivanjediskriminacija-converted.pdf>
66. Udruga Svitanje (2022). *Zapošljavanje osoba s invaliditetom zbog psihičkih poremećaja*. Posjećeno 14.7.2022. na mrežnoj stranici Udruge Svitanje: [http://www.udrugasvitanje.hr/images/stories/PDF/Pruzanje%20jednakih%20mogucnosti\(3\).pdf](http://www.udrugasvitanje.hr/images/stories/PDF/Pruzanje%20jednakih%20mogucnosti(3).pdf)
67. V. Grozdanić & D. Tripalo (2013). Novosti u Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu*, 20 (2), 795-820.
68. Vlada Republike Hrvatske (2022). *Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja*
69. Vučić Peitl, M., Tibljaš, D., Prološćić, J. & Habibović, F. (2018). Stigmatizacija duševnih bolesnika od srednjoškolaca* *Preuređeni dio istraživanja diplomskog rada Diplomskog sveučilišnog studija sestrinstvo – promicanje i zaštita mentalnog zdravlja. *Socijalna psihijatrija*, 46 (3), 307-325.
70. WHO (2022). *Mental health: strengthening our response*. Posjećeno 15.7.2022. na mrežnoj stranici Worl Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
71. *za razdoblje od 2011. do 2016. godine*. Preuzeto s: https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//ZPPI/Strategije%20-%20OGP/zdravlje//NAC.STRATEGIJA_ZA%20TITE_MENTALNOG_ZDR.2011-2016..pdf (14.7.2022.)

72. Zagorščak, K., Buhin Cvek, A., Sajko, M. & Božičević, M. (2017). Stavovi i predrasude studenata Studija sestrinstva prema psihički bolesnim osobama. *Socijalna psihijatrija*, 45 (3), 209-216.

73. Zakon o potvrđivanju konvencije UN-a o pravima osoba s invaliditetom i fakultativni protokol uz konvenciju o pravima osoba s invaliditetom. *Narodne novine*, br. 6/2007, 5/2008.

74. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. *Narodne novine*, br. 76/2014.

75. Zlomislić, D. & Laklija, M. (2019). Uloga socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije i čimbenici koji utječu na njihovu spremnost na uključivanje u superviziju. *Ljetopis socijalnog rada*, 26 (1), 107-133.