

Andreja Balaž Gilja
Klinički bolnički centar Rijeka, Odjel za socijalni rad, Rijeka
andreja.balaz.gilja@gmail.com

Pregledni članak



Siromaštvo i socijalna isključenost osoba s duševnim smetnjama

Sažetak

Duševne smetnje jedan su od većih javnozdravstvenih izazova u europskoj regiji, uzevši u obzir njihovu sve veću prevalenciju, višestruke posljedice koje ostavljaju na pojedince i zajednice te sve veća sredstva i ulaganja koja iziskuju. Kod osoba s duševnim smetnjama često se javlja stigma koja je povezana i sa siromaštvom i s duševnim smetnjama, a koja pokreće i održava začarani krug siromaštva i duševne smetnje. Stoga, cilj ovog rada je bio problematizirati neke pokazatelje siromaštva i socijalne isključenosti za osobe s duševnim smetnjama te politike mentalnog zdravlja čiji je zadatak, između ostalog, brinuti o položaju osoba s duševnim smetnjama, kako na lokalnoj tako i na globalnoj razini. Siromaštvo osoba s duševnim smetnjama ne ogleda se samo kroz njihovu nedovoljnu participaciju na tržištu rada i kroz nedostatne materijalne resurse, nego i kroz pristup formalnim i neformalnim izvorima zdravstvene i socijalne podrške, a čiji deficit rezultira socijalnom isključenošću. Zaključno se govori o značaju politike mentalnog zdravlja, koja je prepoznata kao široka, multisektorska politika koja temu kvalitete mentalnoga zdravlja „provlači“ kroz gotovo sve javne resore jedne zemlje.

Ključne riječi: siromaštvo, socijalna isključenost, osobe s duševnim smetnjama, politike mentalnog zdravlja

Poverty and Social Exclusion of People with Mental Illnesses

Summary

Mental illnesses are one of the biggest public health challenges in the European region, according to prevalence, the cost of treatment and rehabilitation, and the disability they cause. The stigma associated with poverty and mental illness triggers and maintains a vicious circle of poverty and mental illness, and poverty and stigma thus increase the victimization. Therefore, the aim of this paper was to problematize some indicators of poverty and social exclusion for people with mental illnesses and mental health policy which main task is to care about the position of people with mental illnesses locally and globally. Poverty of people with mental illnesses is reflected not only through their insufficient participation in the labor market and insufficient material resources, but also through access to formal and informal sources of health and social support, where lack of support results in social exclusion. In conclusion, we wrote about the importance of mental health policy, which is recognized as a broad multi-sectoral policy that “runs” the topic of mental health quality through almost all public departments of a country.

Key Words: poverty, social exclusion, people with mental illness, mental health policy

Uvod

Svjetska zdravstvena organizacija definira mentalno zdravlje 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” (SZO, 2013). Uzevši u obzir ovakvu definiciju, osobe s duševnim smetnjama imaju vrlo nezavidan položaj u društvu zbog stavljanja na marginu i ne pružanja mogućnosti razvoja svog punog potencijala i integracije u društvo, obzirom na prirodu svojih smetnji. Osobe s duševnim smetnjama su osobe sa smetnjama prema važećim međunarodno priznatim klasifikacijama mentalnih poremećaja (MKB-10, DSM-5) (SZO, 2008; Jukić i Arbanas, 2014.; Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, NN, 76/2014), a koje često prati otežana funkcionalnost i narušena kvaliteta života. Iz perspektive osoba s duševnim smetnjama, oznaka “duševna smetnja” potiče na praksu isključivanja, unatoč svim njihovim naporima i želji za pripadanjem (Povjerenstvo za mentalno zdravlje Kanade, 2010; Allen i sur., 2014). Osobe s duševnim smetnjama imaju osjećaj ograničenosti slobode zbog narušenih životnih struktura poput narušenog zdravstvenog stanja, smanjene produktivnosti, otežanog održavanja osobnih odnosa, ograničenog pristupa resursima u zajednici, nemogućnosti da budu prepoznati izvan svoje duševne smetnje i slično (Wharne, Langdridge i Motzkau, 2012). Siromaštvo se koristi se kao pokazatelj životnog standarda unutar modernih društva (Hagenaars i de Vos, 1988; Schofield i sur., 2013), a odnos zdravlje-siromaštvo je složen i višedimenzionalan. Mentalno zdravlje pojedinca oblikovano je različitim društvenim, ekonomskim i fizičkim okruženjem. Ono uključuje uvjete u kojima se ljudi rađaju, žive, rade i stare te pristup javnim servisima koji su pak oblikovani ekonomskim, zdravstvenim, socijalnim, ekološkim i drugim politikama (Allen i sur., 2014). Loše zdravlje može doprinijeti niskom socioekonomskom statusu i lošem životnom standardu (Saunders, 1996; Schofield i sur., 2013), a također život u siromaštvu ili kućanstvu s niskim primanjima povezano je s lošim zdravljem i povećanim rizikom od narušavanja mentalnog zdravlja (Hodgkinson i sur., 2017). Stoga, kako se osobe s duševnim smetnjama i njihove obitelji mogu naći u poziciji izoliranosti, deprivacije i stigmatizacije, pored svih drugih poteškoća vezanih uz svoje zdravstveno stanje i funkcioniranje, u nastavku rada bavit ćemo se nekim pokazateljima siromaštva i socijalne isključenosti za navedenu populaciju te politikama mentalnog zdravlja koje nastoje ublažiti postojeće stanje.

Prevalencija duševnih smetnji

Duševne smetnje jedan su od najvećih javnozdravstvenih izazova u europskoj regiji, sudeći po prevalenciji, troškovima liječenja i rehabilitacije te invalidnosti koju izazivaju (SZO, 2015). Procjenjuje se da je od 870 milijuna ljudi oko 100 milijuna sa anksioznošću i depresijom, oko 21 milijun ima poremećaje štetne upotrebe alkohola, preko 7 milijuna

je s Alzheimerovom bolešću i drugim demencijama, oko 4 milijuna sa shizofrenijom i isto toliko s bipolarno- afektivnim i paničnim poremećajem (SZO, 2005). Trošak za duševne bolesti u Europskoj uniji se procjenjuje na 3-4 % ukupnog bruto društvenog proizvoda (BDP), dok se ekonomsko opterećenje koronarnim bolestima srca, koje su pak vodeći uzročnik smrti u svijetu, procjenjuje na 1 % BDP-a. Većina troškova vezanih uz mentalno zdravlje odnosi se na troškove izvan zdravstvenog sustava, ponajprije zbog sustavnog izostajanja s posla, ZATIM nesposobnosti za rad i ranog umirovljenja (Gruber, 2012B). Problemi s mentalnim zdravljem, uključujući depresiju, tjeskobu i shizofreniju, glavni su uzrok invalidnosti i prijevremenog umirovljenja u mnogim zemljama pa tako i glavni teret gospodarstva (SZO, 2015). U Republici Hrvatskoj najčešće vrste oštećenja kod osoba s invaliditetom, na temelju Zakona o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom (NN, 64/2001) su višestruka oštećenja, oštećenja lokomotornog sustava, rijetke bolesti te mentalna oštećenja to jest duševne smetnje. Osobe s duševnim smetnjama čine oko 24,4% osoba s invaliditetom (oko 143147osoba), a što govori da svaki 35. stanovnik od 1000, ima ozbiljne probleme mentalnog zdravlja (HZJZ, 2021). Kako je narušeno mentalno zdravlje najviše zastupljeno kod osoba u aktivnoj radnoj dobi (20-64 g), to daje jasnu implikaciju kako su mentalno zdravlje i socioekonomske prilike usko povezane i isprepletane.

Začarani krug siromaštva i duševnih smetnji

Sve dok se psihijatrijska skrb prvenstveno bavila liječenjem velikog broja ljudi u velikim, specijaliziranim psihijatrijskim ustanovama, socijalne determinante mentalnog zdravlja su vrlo često bile zanemarivane, vodeći se medicinskim modelom pristupa invaliditetu. Na koncu, tek kada je to rezultiralo nemogućnošću adaptacije osoba s duševnim smetnjama u zajednicu i razvoja sindroma hospitalizma, dio akademske zajednice, koja se bavila temama mentalnog zdravlja, počeo je svoja istraživanja usmjeravati na probleme kao što su beskućništvo, kriminal, napuštenost, nezaposlenost i društvena izolacija (Hansson i sur., 2002; Chaimowitz, 2012; Pratt, 2012). Istraživanja su pokazala da se duševne smetnje i loša ekonomska situacija obično javljaju skupa (Hollingshead i Redlich, 1958; Myers i Bean, 1968; Robichaud i sur., 1994; Topor i sur., 2013). Postoje slaganja i razilaženja oko korelacije između duševnih smetnji i siromaštva. Neki autori se zalažu za hipotezu da duševne smetnje dovode do rizika od siromaštva („social drift“ hypothesis) (Saraceno i Barbui, 1997; Topor i sur., 2013), dok drugi zagovaraju hipotezu gdje siromaštvo može biti značajan čimbenik za narušavanje mentalnog zdravlja i razvoja duševnih smetnji („social causation“ hypothesis) (Cohen, 1993; Boyle, 2011). Čimbenici rizika za mnoge duševne smetnje uvelike su povezani s društvenim nejednakostima (Allen i sur., 2014). Osobito za osobe s duševnim smetnjama to uključuje kroničnost, siromaštvo, nesigurno stanovanje, stigmatu, diskriminaciju i ograničen pristup

odgovarajućim uslugama (Capponi, 1997; Boyd, 2010; Forchuk i sur., 2011; Arboleda-Florez i Stuart, 2012). Prepoznato je da osobe s duševnim smetnjama imaju niže prihode (Brazenor, 2002; Schofield i sur., 2011) i da to značajno smanjuje njihov životni standard. Osobe s duševnim smetnjama se suočavaju s brojim financijskim poteškoćama i često ih prate određena zaduživanja. Iako, vrlo je važno istaknuti kako specifična ponašanja i impulsi vezani uz pojedine duševne smetnje također mogu rezultirati nepromišljenim i neracionalnim financijskim raspolaganjima, što ih također često dovodi u poziciju neimaštine (Harper i sur., 2018). Trajno siromaštvo posebno je značajan izazov s kojim se suočavaju osobe s duševnim smetnjama, koje su češće u prilici iskusi siromaštvo od opće populacije. Također, u većem su riziku od niskih prihoda kućanstva, nezaposlenosti, beskućništva te uključenosti u kaznenopravni sustav (Harper, 2018). Nacionalno istraživanje Leutar i Buljevac (2012) također potvrđuje da je invaliditet identificiran kao jedan od rizika siromaštva. S druge strane, siromašni i socijalno ugroženi nesrazmjerno pate od nepovoljnih posljedica duševnih smetnji (Campion i sur., 2013), što potvrđuje teorija socijalne uzročnosti koja sugerira da siromašni pojedinci mogu razviti psihičke i fizičke zdravstvene probleme kao rezultat života u siromaštvu (Wadsworth i Achenbach, 2005; De Carlo, Kaltman i Miranda, 2013). Siromaštvo i nedostaci u pogledu ekonomskih prilika također imaju emocionalne posljedice, kao i nisko samopoštovanje, niska samoefikasnost, samostigmatiziranje, osjećaj beznađa, depresije i tjeskobe (Brandow, Swarbrick i Nemeč, 2019). Dakle, siromaštvo može pridonijeti riziku od narušavanja mentalnog zdravlja izazivajući dodatni psihosocijalni stres, manjak socijalnog kapitala, izloženost nasilju i niske socijalne potpore (Galea i sur., 2007; Carra i sur., 2018). Prihodi kućanstva samo su jedan od vodećih čimbenika koji utječu na mentalno zdravlje, uz nisku stopu obrazovnih postignuća, materijalnih nedostataka, nezaposlenost (Fryers i sur., 2005), a za starije osobe i sve veće socijalne izolacije (Allen i sur., 2014). Prema tome, međuovisnost siromaštva i duševnih smetnji varira ovisno o kontekstualnim uvjetima pa su tako i pristupi prevenciji, suzbijanju siromaštva i liječenju različiti od države do države, od zajednice do zajednice (Forchuk i sur., 2007). Stigma povezana sa siromaštvom i duševnom smetnjom pokreće i održava začarani krug siromaštva i duševnih smetnji (Ssebunnya i sur., 2009; Gruber, 2012B), a siromaštvo i stigma tako povećavaju viktimizaciju osoba s duševnim smetnjama. Vodeći se definicijom socijalne pravda koja je okarakterizirana kao živjeti život izvan svakodnevnog preživljavanja, sačinjen od samoodređenja, dovoljno adekvatne hrane, adekvatno osiguranog stanovanja, ekonomskog minimuma, smislenog zapošljavanja i pristupa visokokvalitetnim uslugama, evidentno je da ona nije sveprisutna u životima osoba s duševnim smetnjama (Rudnick i sur., 2014). Stoga, iz perspektive socijalnog modela pristupa invaliditetu možemo *de facto* podržati obje hipoteze o povezanosti duševne smetnje i siromaštva. Svakako, dio razloga leži u odnosu društva spram osoba s duševnim smetnjama, gdje je pristup tržištu rada relativno ograničen, a državne

beneficije nedostatne za podmirivanje osnovnih životnih troškova (Harper i sur., 2018). Dakle, društvo, čiji je to zadatak, s jedne strane nije razvilo adekvatne mehanizme integracije osoba s duševnim smetnjama kao punopravnih, aktivnih građana u društvu, a kako bi se prevenirao rizik od siromaštva za datu populaciju. S druge strane, evidentno je da u društvu nisu niti razvijeni mehanizmi za pružanje i dostupnost adekvatnih i pravovremenih usluga mentalnog zdravlja socijalno ugroženom dijelu stanovništva kako bi se utjecalo na očuvanje njihovog zdravlja, pa tako i na zdravlja cijele nacije. Dakle, nezaposlenost i nesudjelovanje na tržištu rada su pokazatelji socijalne isključenosti osoba s duševnim smetnjama, uz druge elemente prikraćenosti - ekonomskog (siromaštva), socijalnih kontakata (socijalna izoliranost) (Štulhofer i Matković, 2006), ali i dostupnosti uslugama mentalnog zdravlja.

Položaj na tržištu rada

Mnoge su studije identificirale vezu između mentalnog zdravlja i participacije na tržištu rada te gubitka osobnog dohotka (Davies i Drummond, 1994; Wright i Lewis, 1995; Knapp, 1997; Patel i Knapp, 1998; Brazenor, 2002; Access Economics, 2003; Goetzel i sur., 2003; Thomas i Morris, 2003; Schofield i sur, 2008). Neka dosadašnja istraživanja pokazala su i da nezaposlenost povećava rizik od obolijevanja od shizofrenije i obrnuto (Agerbo i sur., 2004), a dokazano je i da je rizik od relapsa shizofrenije povezan s nezaposlenošću (Chabungbam i sur., 2007). Teret duševne smetnje negativno utječe na pojedinčevo radno funkcioniranje i zapošljivost, što uzrokuje financijske poteškoće, koje pak mogu dovesti do siromaštva (Carra i sur., 2018). Dva različita procesa smatrana su povezanima s rizikom siromaštva kod osoba s duševnim smetnjama, koja su usko vezana uz tržište rada: „socijalni neuspjeh“ (eng. social underachievement) i „socijalni pad“ (eng. social decline). Socijalni neuspjeh znači da je, zbog ranog početka bolesti, obrazovno postignuće osoba s duševnom smetnjom nisko (Turnbull i sur., 1990; Jones i sur., 1993; Kessler i sur., 1995; Nordt i sur., 2007). Kao rezultat toga: ulazak na tržište rada propada ili postoje samo slabo plaćena radna mjesta na kojima se osobe s duševnim smetnjama mogu zaposliti. Socijalni pad, s druge strane, opisuje gubitak konkurentne zaposlenosti nakon početak bolesti, nakon čega slijede produženo razdoblje nezaposlenosti i poteškoće pri ponovnom ulasku na tržište rada (Jones i sur., 1993; Aro i sur., 1995; Nordt i sur., 2007). Dakle, duševne smetnje povećavaju vjerojatnost da se pojedinac povuče s tržišta rada prerano, zbog ograničenja uzrokovanih zdravstvenim stanjem (Waghorn i Lloyd, 2005.; Schofield i sur., 2013), a periodi nezaposlenosti ili dugih bolovanja stvaraju praznine u životopisu pojedinca, što postaje neprivačnim budućim, potencijalnim poslodavcima (Brandow, Swarbrick i Nemeč, 2019). Podaci o stopama zaposlenosti osoba s duševnim smetnjama u većini europskih država su ograničeni ili nisu dostupni. Iz onog dostupnog vidimo da većina zemalja Europske unije prijavljuje stope zaposlenosti

između 20% i 30% (McDaid, 2008), dok je u Republici Hrvatskoj zaposleno 3,8% osoba s duševnim smetnjama od ukupnog broja osoba s invaliditetom. (HZZ, 2021). Stope nezaposlenosti najviše su među osobama s duševnim smetnjama, u odnosu na druga oštećenja te se kreću od 60% do 90% (Crowther i sur., 2001; Cook i sur., 2005). Zbog predrasuda kojima smo okruženi, vrlo je teško zaposliti ili ponovno zaposliti osobu koja je imala određenu duševnu smetnju (Mangili i sur., 2004, Tsang i sur., 2007). Prema tome, vidimo kako je pravo na rad nerijetko osporavano pravo osobama s duševnim smetnjama te da su jedna od najvećih socijalno isključenih skupina stanovnika (Murphy i sur., 2005; Sanderson i sur., 2006; Gruber, 2012A). Kako oko 1,4 % ukupne europske, radno sposobne, populacije, čine osobe s duševnim smetnjama koje nisu zaposlene, to naglašava važnost sudjelovanja osoba s duševnim smetnjama na tržištu rada kako bi zadržale svoj životni standard (Schofield i sur., 2013). Posebice jer su socijalna prava i usluge, koje osobe s duševnim smetnjama nerijetko ostvaruju, nedostatni za život, a s druge strane mogu doprinijeti pasivnosti te nezainteresiranosti same osobe za pristupanje tržištu rada. Killapsy i suradnici (2014) istraživali su promjene u socijalnoj uključenosti/isključenosti prije i nakon dijagnoze duševne smetnje te su utvrdili da je dijagnoza imala veći negativan utjecaj na integraciju i produktivnost za pojedince koji su prethodno bili (radno) aktivni u svom okruženju. Dakle, uključenost u zajednicu pokazala se statistički značajnom, s obzirom na zaposlenost osoba s invaliditetom. Čak i tamo gdje je razvijena skrb u zajednici, kao i u većem dijelu zapadne Europe, pojedinci s duševnim smetnjama mogu biti jednako zanemareni i izolirani unutar njihove zajednice (McDaid, 2008).

Pristup uslugama mentalnog zdravlja i liječenju

Razlike u društvenim, ekonomskim i ekološkim prilikama dovode do zdravstvenih nejednakosti (Whitehead i Dahlgren, 2006; Allen i sur., 2014). Unatoč velikoj potrebi za uslugama mentalnog zdravlja, osobe koje žive u siromaštvu najmanje su povezane uz visokokvalitetnu skrb za mentalno zdravlje (Hodgkinson i sur., 2017). Prepreke povezane sa siromaštvom, poput nedostatnih sredstava i nedostatka zdravstvenog osiguranja, često sprječavaju korištenje usluga mentalnog zdravlja (Snell-Johns i sur., 2004; De Carlo, Kaltman i Miranda, 2013). To potvrđuju i podaci koji govore da u četvrtini europskih zemalja usluge mentalnog zdravlja nisu dostupne u zajednici. Čak i u razvijenim zemljama s dobro organiziranim zdravstvenim sustavima, između 44% i 70% osoba s narušenim mentalnim zdravljem nije uključeno u liječenje (SZO, 2005). Zdravstveni sustavi, koji su se tradicionalno fokusirali na akutne oblike skrbi, sada se sve više trebaju baviti izazovima pružanja skrbi za osobe s kroničnim duševnim smetnjama (Thorncroft i sur., 2019). Pomak prema deinstitucionalizaciji osoba s duševnim smetnjama, bez prethodne adekvatne pripreme za razvoj usluga

mentalnog zdravlja u zajednici, rezultira kraćim boravcima u bolnici te preranim otpustom, a potom i rehospitalizacijom (Gamielidien i sur., 2020). Unatoč težnji za deinstitucionalizacijom i za pružanjem usluga mentalnog zdravlja u zajednici, u mnogim zemljama većina sredstava namjenjenih za mentalno zdravlje i dalje se preusmjerava velikim psihijatrijskim bolnicama. U specijaliziranim psihijatrijskim bolnicama pristup liječenju se primarno bazira na farmakoterapiji radi ublažavanja akutnih kliničkih simptoma, dok se nedovoljno pažnje ulaže za psihosocijalne potrebe pacijenata (Eaton i sur., 2011). Nažalost, primarni fokus na klinički oporavak i ograničena dostupnost intervencija koje se usredotočuju na rehabilitaciju i osobni oporavak dodatno utječe fenomen pokretnih vrata („revolving door phenomenon“) (Leamy i sur., 2011). Dakle, uslijed zanemarivanja socijalnih determinanti, ponekad i zdravstvenih, te otpuštanja pacijenata s liječenja prije nego što su u potpunosti oporavljeni ili prije nego što su se osigurali socijalni uvjeti za otpust, događa se da se isti pacijent vrlo brzo rehospitalizira. Nerjetko su preuranjeni otpusti upravo vezani za osobe s duševnim smetnjama koje žive u siromaštvu te za koje se nema tko zauzeti, osim eventualno socijalnih radnika u zdravstvenoj ustanovi. Primarna zdravstvena zaštita ima značajnu ulogu u promicanju mentalnog zdravlja izravnim pružanjem usluga te upućivanje na druge specijalizirane službe (Barry i Jenkins, 2007; Allen i sur., 2014). Iako, u trećini europskih zemalja liječenje težih duševnih smetnji nije dostupno od strane obiteljskih liječnika i ne postoje programi edukacije za mentalno zdravlje za obiteljske liječnike ili druge zdravstvene djelatnike primarne zdravstvene zaštite (SZO, 2005). Deegan (1988). Stručnjak za mentalno zdravlje vezano za shizofrene bolesnike, navodi da službe za mentalno zdravlje trebaju aktivno uključivati svoje korisnike u postupak rehabilitacije, a ne da taj proces bude jednosmjernan, samo od stručnjaka prema korisniku. Dakle, inzistira se na aktivnoj ulozi pacijenta/korisnika u procesu liječenja i oporavka. Iako, kod pristupa liječenju moramo, osim socijalno uvjetovanih komponenti, uzeti u obzir i onu intrapersonalnu, a to je strah da od etiketiranja (npr. „psihijatrijsku slučaj“, „luđak“ i sl), koji umanjuje vjerojatnost da će osobe, koje imaju narušeno mentalno zdravlje potražiti stručnu pomoć i liječenje. Tako se osobe s duševnim smetnjama nerijetko povuku i isključivo oslanjaju na neformalne oblike podrške koji su im dostupni u okruženju.

Mreža socijalne podrške

Socijalna podrška osobama s duševnim smetnjama se pokazala izuzetno važnom za promicanje tjelesnog i mentalnog zdravlja, sposobnost suočavanja sa stresom te kvalitete i zadovoljstva životom u zajednici (Bloom, 1990). Socijalna podrška, kao kognitivna ili psihološka karakteristika pojedinca (Sarason, Sarason i Pierce, 1990) percipira se kao višeslojni, složeni konstrukt koji ne uključuje samo broj ljudi s kojima osoba uspostavlja interakcije već i kvalitetu interakcije (O'Reilly, 1988; Berkman i sur., 2014; Tracy i Whittaker,

2015). Istraživanja su pokazala i to da loša socijalna podrška može dovesti do razvoja neurotičnih simptoma kod odraslih osoba svih dobnih skupina (Henderson, 1981; Bowling, 1994). Dakle, svi već postojeći, negativni učinci na zdravlje pogoršavaju se socijalnom isključenošću, diskriminacijom i predrasudama koje društvo ima prema osobama s duševnim smetnjama. Osobe s duševnim smetnjama prati veći rizik od narušavanja osobnih odnosa i stvaranja velikog opterećenja za obitelji te iznadprosječni rizik od beskućništva i kontakta s kaznenopravnim sustavom (McDaid, 2008). Među osobama s duševnim smetnjama mreže podrške često čini manji broj ljudi, što rezultira minimiziranim pristupom socijalnom kapitalu te povećava osjećaj usamljenost (Eklund i Hansson, 2007; Perese i Wolf, 2005 ; Schwartz i Gronemann, 2009). Takve socijalne mreže dijelom su rezultat deficita socijalnih vještina, kao i zaštitnog distanciranja osoba s duševnim smetnjama prema drugima, ali i obrnuto (Gottesman, 1991; Walsh i Connelly, 1996). Evidentno je i kako siromaštvo sprječava uspostavu socijalnih kontakata, budući da osobe s duševnim smetnjama rijetko sebi mogu priuštiti posjet mjestima gdje se ljudi sastaju i družu ili pak pozvati nekoga u svoj dom na objed (Topor i sur., 2013). Dakle, osobama s duševnim smetnjama, osim nedostatka socijalnih vještina, u preuzimanje inicijative za druženja i stvaranje socijalne mreže, otegotnu okolnost predstavlja i njihovo financijsko stanje. Oskudnije mreže podrške, kojima su generalno podložne osoba s duševnim smetnjama, još su dodatno definirane nedostatkom prijatelja, koji često pružaju esencijalni protuotrov usamljenosti i podržavaju osjećaj pripadnosti društvu (Perese i Wolf, 2005). Osobama s duševnim smetnjama pronalaženje osoba pogodnih za uspostavljanje prijateljstva i drugih osobnih veza u svojoj zajednici može predstavljati prevelik izazov, stoga su se u prošlosti često oslanjale na obitelj, njegovatelje i stručnjake, kako bi im pomogli u svim aspektima njihovog života. Iako rodbinske veze gube svoju vrijednost i važnost porastom modernizacije (Leutar i Štambuk, 2007), i dalje se procjenjuje da između 35–75% odraslih osoba s duševnim smetnjama živi s članovima obitelji ili rodbinom (Bengtsson-Tops i Hansson 2001; Kaufman i sur. 2010) i da je još veliki broj obitelji aktivno uključen u život svojih srodnika, unatoč stambenoj odvojenosti. Osjećaj sigurnosti u obitelji i povezanosti njezinih članova uvelike ovisi o dostupnosti i kvaliteti socijalne podrške (Milić Babić, 2012). Iako se obitelj i prijatelji smatraju jednom od najznačajnijih dijelova mreža potpore za osobe s duševnim smetnjama, zanimljivo je kako nalazi istraživanja pokazuju da niti obitelj niti prijatelji ne razumiju probleme mentalnog zdravlja te njihovo odražavanje na ponašanje osobe i stvaranje stereotipa (Morgan i sur., 2017). Thompson i suradnici (2020) također u svom istraživanju potvrđuju da se kod članova mreže podrške osoba s duševnim smetnjama javlja osjećaj bespomoćnosti i nedostatak znanja o duševnim smetnjama. Prema tome, jasno je kako je nedovoljno raditi samo na osnaživanju osoba s duševnim smetnjama u pogledu jačanja njihove mreže podrške, nego je važno i paralelno pružati podršku osobama koje čine tu mrežu.

Utjecaj ekonomske i zdravstvene krize na mentalno zdravlje

Ekonomija i mentalno zdravlje su dva uzročno-posljedično povezana pojma, gdje ekonomske krize mogu imati posljedice po mentalno zdravlje stanovništva, dok s druge strane, problemi mentalnog zdravlja imaju sve značajniji učinak na ekonomske prilike pojedinaca. Ekonomska kriza koja je započela 2007. predstavljala je veliki izazov Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji na području Europe, budući da su mnoge zemlje, uslijed rasta državnog duga, bile prisiljene suočiti se s erom štednje u zdravstvenoj i socijalnoj skrbi (SZO, 2011). Ekonomska kriza povećava socijalno isključenje ranjivih skupina, ljudi s niskim prihodima i ljudi koji žive blizu granice siromaštva. Stoga je razdoblje ekonomske krize rezultiralo time da osobe s duševnim smetnjama iskuse još veću nesigurnost i beznade, loše obrazovanje, nezaposlenost, zaduženost, socijalnu izolaciju i loše stambene uvjete (SZO, 2015). Deinstitutionalizacija skrbi za osobe s duševnim smetnjama, koja se u Hrvatskoj događala u vrijeme recesije, bio je kompleksan zadatak prestrukturiranja stavova u društvu, regulative zdravstvenog i socijalnog osiguranja kao i cjelovite reforme psihijatrijske službe. Deinstitutionalizacija i socijalna inkluzija osoba s duševnim smetnjama u društvo otežane su zbog visokih stopa nezaposlenosti i izraženog siromaštva u društvu, loše razvijene psihijatrije u zajednici i nepostojećih programa pomoći u zapošljavanju osoba s duševnim smetnjama (MHE, 2008; Gruber, 2012A). Ono što se pojavilo u procesu deinstitutionalizacije jeste efekt reinstitutionalizacije, budući da su se pacijenti i po otpustu s liječenja smještali u domove za odrasle osobe (Priebe i sur., 2005), umjesto da je fokus stavljen na njihovu psihosocijalnu rehabilitaciju (Ivezić Štrkalj i sur., 2010). U svrhu smanjenja posljedica ekonomske krize na mentalno zdravlje, europskim zemljama su se sugerirale intervencije u pet ključnih područja: stvaranje aktivnih programa na tržištu rada; programa za podršku obiteljima; kontrolu cijena i dostupnosti alkohola; primarnu zdravstvenu zaštitu osoba s težim duševnim smetnjama te programe otplate dugova (SZO, 2011). Iako se još nismo oporavili od ekonomske krize, obzirom na stratezijske, financijske i praktične nestabilnosti i nekonzistentnosti u području mentalnog zdravlja, iznenada nas je zadesila nova, zdravstvena kriza u obliku pandemije Covid-19. O dugoročnim posljedicama, kako ekonomskim, tako i zdravstvenim, tek će se govoriti kroz nekoliko godina. Cjelokupna reorganizacija života u pogledu novonametnutih obrazaca- nošenje maski, fizičku/socijalnu distancu, izolacije/karantene, zaključavanja (lockdown), cijepljenja, testiranja, covid potvrde koje su pobudile strah od zaraze/smrti, za egzistenciju, gubitci, usamljenost, otuđenost i još puno toga drugog, postalo je plodno tlo za kolektivno narušavanje mentalnog zdravlja zdravog dijela populacije, te rezultira značajnim pogoršanjima stanja kod osoba s duševnim smetnjama (Antičević, 2020). Dakle, ljudi su se našli u nikad većoj potrebi za uslugama mentalnog zdravlja, dok s druge strane, unatoč naporima telemedicine, pristup uslugama nikad nije bio otežaniji. Stoga, politika mentalnog zdravlja pred sobom

ima velike izazove i odgovornosti kako bi se adekvatno odgovorilo na potrebe društva, s ciljem očuvanja mentalnog zdravlja na kolektivnoj razini.

Politika mentalnog zdravlja

Pitanje mentalnog zdravlja trajni je problem koji utječe na formiranje i tijek sadašnje i buduće politike i legislative na globalnoj razini. Unutar nje se isprepliću socijalna politika (Sayce, 2007; Lewis, 2009; Gruber, 2012B), politika zapošljavanja, kvaliteta odnosa stručnjak-bolesnik, ostvarivanje ili kršenje ljudskih prava (Davidson, 2002; Buizza i sur., 2007; Gruber, 2012B) i prava osoba s invaliditetom te drugih marginaliziranih i vulnerabilnih društvenih skupina. Politika mentalnog zdravlja na globalnoj i europskoj razini postaje sve značajnija te se sve više orijentira holističkom pristupu mentalnom zdravlju. Kao takva, politika mentalnog zdravlja postaje širokom multisektorskom politikom koja temu kvalitete mentalnoga zdravlja ugrađuje u sve klasične, javne resore jedne zemlje, u cilju promocije mentalnog zdravlja i prevencije mentalnih poremećaja, potpore rehabilitaciji, resocijalizaciji i socijalnom uključivanju oboljelih te ostvarivanja općih ljudskih prava i uklanjanja diskriminacije i stigmatizacije osoba s nekim duševnim smetnjama (Novak i Petek, 2015). Suvremeni trendovi u razvoju politike mentalnog zdravlja počivaju na temeljima Alma Ata Deklaracije o primarnoj zdravstvenoj zaštiti (SZO, 1978) te Povelji za promocije zdravlja iz Ottawe (SZO, 1986). Potom je na razini Europe donesena je Deklaracija o mentalnom zdravlju i Akcijski plan za mentalno zdravlje Europe (SZO, 2005), čime je stvorena snažna politička potpora unaprjeđenju mentalnog zdravlja u njenim okvirima. Donošenje Deklaracije je rezultiralo i donošenjem Zelenog papira „*Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*“ (Europska Komisija, 2005), koji je predstavljao prvu stepenicu u razvoju službene politike mentalnog zdravlja na razini Europske unije. Tako su se zemlje potpisnice obvezale da će tema zdravlja i njegove promocije kod građana postati prioritet u svim politikama te da će ministarstva zdravlja svih zemalja potpisnica partnerski uključiti u njenu provedbu ostale sektore, građane, institucije te organizacije civilnog društva (Novak i Petek, 2015). Prema posljednjem Akcijskom planu za mentalno zdravlje u Europi, za period od 2013.-2020. godine (SZO, 2015) glavni ciljevi djelovanja zemalja članica Europske unije usmjereni su na poboljšanje mentalnog blagostanja stanovništva i smanjenje tereta duševnih poremećaja, s fokusom na ranjive skupine i skupine rizičnog ponašanja, na poštivanje prava osoba s duševnim smetnjama i pružanje jednakih mogućnosti za postizanje najviše kvalitete života, baveći se stigmom i diskriminacijom te uspostavu dostupnih, sigurnih i učinkovitih usluga kojima se zadovoljavaju mentalne, fizičke i socijalne potrebe i očekivanja osoba s duševnim smetnjama i njihovih obitelji. Smatra se da bi se na taj način trebalo utjecati

na promjene unutar sustava zdravstva i javnog zdravstva, djelovanje na nejednakosti i socijalne odrednice te zagovaranja i osnaživanja osoba s duševnim smetnjama tijekom njihovog životnog ciklusa. Za promjenu na području politike mentalnog zdravlja bitni su multisektorski rad i partnerstva. Dakle, svi sektori društva jedne države nose odgovornost za mentalno zdravlje nacije (SZO, 2015). No, u pregledu dokaza koji se odnose na socijalnu uključenost osoba s duševnim smetnjama u zajednici, Wright i Stickle (2013) identificiraju nepovezanost između politike i prakse. Stoga, evidentno je da se donositelji odluka ne vode praksom temeljenom na dokazima (evidence-based practice). Što se tiče nacionalne razine, kod hrvatskih stručnjaka za mentalno zdravlje još nisu prisutne ni razrađene ideje holističke politike mentalnog zdravlja koje bi se mogle ponuditi donositeljima odluka kao potencijalna rješenja za ovu politiku, već pretežito u praksi opstaje dominacija psihijatrije i medicinskog modela mentalnog zdravlja (Novak i Petek, 2015). Zaštita mentalnog zdravlja i prava osoba s duševnim smetnjama u Hrvatskoj su „na papiru“ obuhvaćena nizom zakona iz područja zdravstva (npr. Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN, 100/2018, 125/2019, 147/2020)), socijalne skrbi (npr. Zakonom o socijalnoj skrbi, (NN, 157/2013, 152/2014, 99/2015, 52/2016, 16/2017, 130/2017, 98/2019, 64/2020, 138/2020)), radnog prava, zapošljavanja (Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom, (NN, 157/2013, 152/2014, 39/2018, 32/2020)) i ljudskih prava (Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, (NN, 76/ 2014)). Iz perspektive zdravstvenog sustava, u nacionalnoj strategiji za razvoj zdravstva 2012-2020 (Ministarstvo zdravlja RH, 2012) problemi mentalnog zdravlja jesu spomenuti, kao i prevalencija nekih od poremećaja, no mentalno zdravlje nije uvršteno među strateške razvojne pravce i prioritete. No, ono što ostaje najzanimljivije jeste činjenica da unatoč globalnom i europskom naglasku na važnost bavljenja mentalnim zdravljem stanovništva, Republika Hrvatska, iako članica Europske unije, aktualno nema Nacionalnu strategiju zaštite mentalnog zdravlja. Prethodna Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja, za period od 2011-2016. godine (Vlada RH, 2010), bila je usmjerena na promotivne aktivnosti razvoja svijesti zdravog načina života, osnivanje centara za mentalno zdravlje na razini primarne zdravstvene zaštite, sprječavanje diskriminacije i poboljšanje uključivanja osoba s mentalnim oštećenjima u društvo. Konkretno evaluacijske podatke o ishodima i promjenama koje je Nacionalna strategija donijela na području mentalnog zdravlja nismo uspjeli pronaći. Državnim beneficijama iz sustava socijalne skrbi i socijalnog osiguranja, samo su djelomično zadovoljene potrebe osoba s duševnim smetnjama te ih nerijetko dovode u pasivan položaj. Dok je s druge strane, iz podataka u području rada i zapošljavanja, vidljivo da se osobe s duševnim smetnjama, kao i druge s invaliditetom, uglavnom zapošljavaju u pomoćnim zanimanjima, što iznova upućuje na neusklađenost obrazovnog sustava s potrebama tržišta rada. U cilju povećanja njihove zapošljivosti i konkurentnosti na tržištu rada, neophodno je osobe s invaliditetom obrazovati za zanimanja zasnovana na

novim znanjima i tehnologijama i potrebnim kompetencijama na tržištu rada (Leutar i Buljevac, 2012). Kako bismo osnažili osobu da funkcionira u radnom i obiteljskom okruženju, potrebno je staviti fokus na održavanje zaposlenja, odnosno zapošljavanje te održavanje ili jačanje socijalne mreže osoba s duševnim smetnjama (Gruber, 2012B).

Zaključak

Kako duševne smetnje predstavljaju rizični čimbenik za siromaštvo, siromaštvo također predstavlja rizik za narušavanje mentalnog zdravlja i razvoj duševnih smetnji. Osobe s duševnim smetnjama nalaze se u začaranom krugu siromaštva i duševne smetnje, koji, između ostalog, prate nedostatak financijskih sredstava, otežan pristup tržištu rada, uslugama mentalnog zdravlja te oskudne mreže socijalne podrške. Stope zapošljivosti za osobe s duševnim smetnjama su vrlo niske. U moru čimbenika koji su odgovorni za to, svakako se ističe stigma, koja predstavlja otegotnu okolnost za zapošljavanje osoba s duševnom smetnjom. Ovakva slika o nama, kao društvu, govori kako ne živimo socijalni model pristupa invaliditetu jer evidentno ne prilagođavamo društvenu sredinu kako bi se ostvarila aktivna participacija osoba s invaliditetom u društvu, nego smo skloniji staviti ih u pasivan položaj omogućivši im određena socijalna prava i usluge, koja im, pritom, nisu ni dovoljno dostupna ni dostatna za dostojanstven život. U pogledu pristupa zdravstvenim uslugama, evidentno je da se liječenje osoba s duševnim smetnjama pretežito svodi na hospitalna liječenje pri specijaliziranim psihijatrijskim ustanovama na čija se održavanja troše enormna sredstva, umjesto da se usmjere na razvoj usluga mentalnog zdravlja u zajednici. Primarni fokus na klinički oporavak, neadekvatna priprema za deinstitutionalizaciju i ograničena dostupnost intervencija koje se usredotočuju na rehabilitaciju i osobni oporavak osoba s duševnim smetnjama, u konačnici rezultiraju recidivima i učestalim hospitalizacijama. Kako primarna zdravstvena zaštita može biti jedini izvor zdravstvene skrbi dostupan u mnogima zemljama, posebno za ljude koji žive u siromaštvu, vrlo je važno na primarnoj razini omogućiti pristup uslugama mentalnog zdravlja. Nadalje, iako se socijalna podrška pokazala vrlo značajnom za mentalno zdravlje i proces oporavka, osobama s duševnim smetnjama mreže socijalne podrške su vrlo oskudne, u nedostatku socijalnog kapitala i nametnute stigme, stoga se pretežno oslanjaju samo na pomoć obitelji. Zbog loših materijalnih prilika, sudjelovanje u društvenom životu poput odlaska u kino, ručanja u restoranima, odlaska na godišnji odmor ili izlete, nije sastavni dio njihovog života, što ih također stavlja u poziciju socijalne izolacije. Duševne smetnje su javnozdravstveni izazov koji nadilazi nacionalne okvire i postaje važno globalno pitanje, posebice u ovim neizvjesnim vremenima zdravstvene krize koja je aktualna, ali i ekonomske krize od koje se nismo adekvatno oporavili, a već vreba nova. Dakle, važno je razumjeti da je dobro mentalno zdravlje ključni pokazatelj ljudskog razvoja, te je potrebno integrirati

mentalno zdravlje i psihosocijalnu perspektivu na svim razinama djelovanja, od interpersonalne do međunarodne. U Hrvatskoj, kao jednoj od članica, položaj osoba s duševnim smetnjama, kao i većini drugih osoba s invaliditetom, nezavidan je, obzirom da su one u znatno većem riziku od siromaštva i socijalne isključenosti u odnosu na opću populaciju. Shvaćanje ozbiljnosti problematike mentalnog zdravlja vidljivo je kroz Hrvatsku zakonsku regulativu, a pogotovo kroz to što ne postoji niti Strategije zaštite mentalnog zdravlja koja bi, između ostalog, davala razvojne smjernice za poboljšanje položaja osoba s duševnim smetnjama.

Literatura

- Agerbo, E., Byrne, M., Eaton, W. W. i Mortensen, P. B. (2004). Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 61(1), str. 28-33.
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R. i Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, 26(4), str. 392-407.
- Arboleda-Florez, J. i Stuart, H. (2012). From sin to science: Fighting the stigmatization of mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), str. 457-63.
- Antičević, V. (2021). Učinci pandemije na mentalno zdravlje. *Društvena istraživanja*, 20(2), str. 423-443.
- Bloom, J. (1990). The relationship between social support and health. *Social Science and Medicine*, 30, str. 635-637.
- Bowling, A. (1994). Social networks and social support among older people and implications for emotional well-being and psychiatric morbidity. *International Review of Psychiatry*, 6, str. 41-58.
- Boyle, M. (2011). Making the world go away, and how psychology and psychiatry benefit. U: M. Rapley, J. Moncrieff i J. Dillon (Ur.), *De-medicalizing misery. Psychiatry, psychology and the human condition*. New York, NY: Palgrave Mcmillan.
- Brandow, C., Swarbrick, M. i Nemec, P. (2019). Rethinking the Causes and Consequences of Financial Wellness for People With Serious Mental Illnesses. *Psychiatric Services*, 71(1), str. 1-3.
- Carra, G., Bartoli, F., Riboldi, I., Trotta, G. i Crocamo, C. (2018). Poverty matters: Cannabis use among people with serious mental illness: Findings from the United States survey on drug use and health, 2015. *International Journal of Social Psychiatry*, 00(0), str. 1-4.
- Campion, J., Bhugra, D., Bailey, S. i Marmot, M. (2013). Inequality and mental disorders: opportunities for action. *Lancet*, 382 (9888), str. 183-184 .
- Chabungbam, G., Avasthi, A. i Sharan, P. (2007). Sociodemographic and clinical factors associated with relapse in schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61(6), str. 587-593.
- Cook, J. A., Leff, H. S. i Blyler, C. R. (2005). Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry*, 62, str. 505-512.
- De Carlo, C., Kaltman, S., Miranda, J. (2013). Poverty and Mental Health: How Do Low-Income Adults and Children Fare in Psychotherapy? *J Clin Psychol*. 69(2), str. 115-126.

- Deegan, P. E. (1988). Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychiatr Rehabil J*, 11, str. 11–19.
- Eaton, J., McCay, L., Semrau, M. i suradnici. (2011). Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 378, str. 1592-603.
- Europska Komisija. (2005). Green paper: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union.
- Forchuk, C., Joplin, L., Schofield, R., Csiernik, R., Gorlick, C. i Turner, K. (2007). Housing, income support and mental health: Points of disconnection. *Health Research Policy and Systems*, 5, 14.
- Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R., i Brugha, T. (2005). The distribution of the common mental disorders: Social inequalities in Europe. *Journal of Public Mental Health*, 1, 14.
- Gamielien, F., Galvaan, R., Myers, B. i Sorsdahl, K. (2020). Exploration of recovery of people living with severe mental illness (SMI) in low-income and middle-income countries (LMIC): a scoping review protocol. *BMJ Journals*, 10(2), str. 1-8.
- Gruber, E. N. (2012A). Moguće intervencije u sustavu skrbi o mentalnom zdravlju s ciljem inkluzije osoba s psihičkim poremećajima u društvo. *Ljetopis socijalnog rada*, 19(1), str. 73-94.
- Gruber, E. N. (2012B). Utjecaj radnog statusa, stupnja obrazovanja i socijalnog kontakta na samoosnaživanje osoba s psihičkim poremećajem. *Sigurnost*, 54(4), str. 349-363.
- Harper, A. (2018). Relegated to chronic poverty: financial difficulties based by people with mental illness in the United States. *Enterp Dev Microfinance*, 29, str. 64–79
- Harper, A., Staeheli, M., Edwards, D., Herring, Y. i Baker, M. (2018). Disabled, Poor, and Poorly Served: Access to and Use of Financial Services by People with Serious Mental Illness. *Social Service Review*, 92(2), str. 202-240.
- Hodgkinson, S., Godoy, L., Beers, L. S. i Lewin, A. (2017). Improving Mental Health Access for Low-Income Children and Families in the Primary Care Setting. *Pediatrics*, 139(1), str. 1-12.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo. (2021). Izvješće o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj.
- Hrvatski zavod za zapošljavanje. (2021). Izvješće o aktivnostima Hrvatskog zadova za zapošljavanje u području zapošljavanja osoba s invaliditetom za period od 1. siječnja do 30. lipnja 2021. godine.

- Ivezić-Štrkalj, S., Muzinić, L. i Filipac, V. (2010). Case management – a pillar of community psychiatry. *Psychiatria Danubina*, 22(1), str. 28-33.
- Jukić, V. i Arbanas, G. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik zaduševne poremećaje, peto izdanje*, DSM-5. Zagreb: Naklada Slap.
- Killapsy, H., White, S., Lalvani, N., Berg, R., Thachil, A., Kallumpuram, S., Nasiruddin, O. i Mezey, G. (2014). The impact of psychosis on social inclusion and associated factors. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(2), str. 148–54.
- Kaufman, A. V., Scogin, F., MacNeil, G., Leeper, J. i Wimberly, J. (2010). Helping aging parents of adult children with serious mental illness. *Journal of Social Service Research*, 36(5), 445–459.
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L. i suradnici (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*, 199, str. 445–452.
- Leutar, Z. i Štambuk, A. (2007). Invaliditet u obitelji i izvori podrške. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 43(1), 47-61.
- Leutar, Z. i Buljevac, M. (2012). Zaposlenost osoba s invaliditetom u Hrvatskoj i zemljama Europske unije. *Društvena istraživanja Zagreb*, 21(1), str. 79-100.
- McDaid, D. (2008). Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problems in Europe. Luxemburg: European Commission.
- Milić Babić, M. (2012). Obiteljska kohezivnost u obiteljima djece s teškoćama u razvoju. *Nova prisutnost: časopis za intelektualna i duhovna pitanja*. 10(2), str. 207-224.
- Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske. (2012). Nacionalna strategija za razvoj zdravstva 2012-2020.
- Montgomery, P., Wuest, A., Forchuk, C., Smith-Carrier, T., Jeng, M., Rudnick, A. (2019). Social Inclusion as Freedom for Persons Living with Mental Illness. *Canadian Journal Of Community Mental Health*, 38(1), str. 250-257.
- Morgan, A. J., Reavley, N.J., Jorm, A. F. i Beaston, R. (2017). Discrimination and support from friends and family members experienced by people with mental health problems: findings from an Australian national survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 52(11), str. 1395-1403.
- Nordt, C., Muller, B., Rossler, W. i Lauber, C. (2007). Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: A naturalistic study. *Social Science & Medicine*, 65, str. 1420-1429.
- Novak, M. i Petek, A. (2015). Mentalno zdravlje kao politički problem u Hrvatskoj. *Ljetopis socijalnog rada*, 22(2), str. 191-211.

- Perese, E. F., i Wolf, M. (2005). Combating loneliness among persons with severe mental illness: Social network interventions' characteristics, effectiveness, and applicability. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, str. 591–609.
- Pratt, L. A. (2012). Characteristics of adults with serious mental illness in the United States household population in 2007. *Psychiatric Services*, 63, str. 1042-1046.
- Priebe, S., Badesconyi, A. i Fioritti, A. (2005). Reinstitutionalisation in mental health care: Comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal*, 330, 126.
- Rudnick, A. i suradnici. (2014). Perspectives of social justice among people living with mental illness and poverty: a qualitative study. *Journal of Poverty and Social Justice*, 22(2), str. 147-157.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G. i Pierce, G. R. (1990). *Social support: An interactional view*. New York: Wiley.
- Schofield, D. J., Shrestha, R. N., Passey, M. E., Earnest, A. i Fletcher, S. L. (2008). Chronic disease and labour force participation among older Australians. *Medical Journal of Australia*, 189, 447–450.
- Schofield, D., Kelly, S., Shrestha, R., Callander, E., Percival, R. i Passey, M. (2011). How depression and other mental health problems can affect future living standards of those out of the labour force. *Aging & Mental Health*, 15, str. 654–662.
- Schofield, D., Callandre, E., Shrestha, N., Percival, R., Kelly, S. i Passey, M. (2013). The association between labour force participation and being in income poverty amongst those with mental health problems. *Aging & Mental Health*, 17(2), str. 250-257.
- Schwartz, C. i Gronemann, O. C. (2009). The contribution of selfefficacy, social support and participation in the community to predicting loneliness among persons with schizophrenia living in supported residences. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46, str. 120–129.
- Svjetska zdravstvena organizacija. (1978). Alma Ata Deklaracije o primarnoj zdravstvenoj zaštiti.
- Svjetska zdravstvena organizacija. (1986). *Povelja zapromociju zdravlja iz Ottawe*.
- Svjetska zdravstvena organizacija. (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions*.
- Svjetska zdravstvena organizacija. (2008). *MKB-10 (Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema)*.
- Svjetska zdravstvena organizacija. (2011). *Impact of economic crises on mental health*.

- Svjetska zdravstvena organizacija. (2013). *What is Mental Health?* World Health Organization.
- Svjetska zdravstvena organizacija. (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013-2020*.
- Štulhofer, A., Matković, T.: Istraživanja socijalne isključenosti-empirijska analiza socijalne isključenosti, U: N. Starc, L. OfakiŠeloŠabić, S. (ur.), *Siromaštvo, nezaposlenost i socijalna isključenost*, UNDP, Zagreb, 2006.
- Thompson, C. M., Pulido, M. D. i Caban, S. (2020). Why Is It Difficult for Social Network Members to Support People Living with Mental Illnesses? Linking Mental Illness Uncertainty to Support Provision. *Health Communication*, str. 1-12. Posjećeno dana 05.10.2021. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10410236.2020.1831166>
- Thornicroft, G., Ahuja, S., Barber, S., Chisholm, D., Collins, P., Docrat, S., Fairall, L., Lempp, H. i Niaz, U. (2019). Integrated care for people with long-term mental and physical health conditions in low income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*, 6(2), str 174-186.
- Topor, S., Andersson, G., Holmqvist, S., Homqvist, S., Mattsson, M., Stefansson, C. F. i Bülow, P. (2013). Psychosis and poverty coping with poverty and severe mental illness in everyday life. *Psychosis*, 2(3), str. 117-127.
- Tracy, E. M. i Whittaker, J. K. (2015). Commentary: Social network analysis and the social work profession. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 6(4), str. 643-654.
- Tsang, H.W. i suradnici. (2007). A cross-cultural study of employers' concerns about hiring people with psychotic disorder: implications for recovery. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 42(9), str. 723-33.
- Vlada Republike Hrvatske. (2010). *Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011.-2016*.
- Wharne, S. J., Langdrige, D. i Motzkau, J. (2012). Decision-making in mental healthcare: A phenomenological investigation of service user perspectives. *The Humanistic Psychologist*, 40, str.153-65.
- Wlash, J. i Connelly, P.R. (1996). Supportive Behaviors in Natural Support Networks of People with Serious Mental Illness. *Health Soc Work*, 21(4), str. 296-303.
- Wright, N. i Stickley, T. (2013). Concepts of social inclusion, exclusion and mental health: A review of the international literature. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 20(1), str. 71-81

Zakon o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom. (2001).

Narodne novine, 64/2001.

Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom. (2020).

Narodne novine, 157/2013, 152/2014, 39/2018, 32/2020.

Zakon o socijalnoj skrbi. (2020). *Narodne novine*, 157/2013., 152/2014., 99/2015.,

52/2016., 16/2017., 130/2017., 98/2019., 64/2020, 138/2020.

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. (2014). *Narodne novine*, 76/2014.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti. (2020). *Narodne novine*, 100/2018, 125/2019, 147/2020.