



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**DELO MEDICINSKIH SESTER NA
PODROČJU SKUPNOSTNE OSKRBE V
PSIHIATRIJI IN DUŠEVNEM ZDRAVJU**

**NURSES WORKING IN COMMUNITY CARE
IN PSYCHIATRY AND MENTAL HEALTH**

Mentor: doc. dr. Branko Bregar

Kandidatka: Barbara Pernek

Jesenice, februar, 2023

ZAHVALA

Najprej bi se rada zahvalila doc. dr. Branku Bregarju za vso strokovno pomoč, koristne nasvete in usmerjanje pri pisanju diplomskega dela.

Zahvalila bi se recenzentki mag. Jožici Ramšak Pajk.

Zahvalila bi se tudi dr. Aleksandri Gačić Belej za lektoriranje diplomskega dela.

Posebna zahvala gre moji družini, ki me je nesebično podpirala in mi stala ob strani, ko sem to najbolj potrebovala.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Delo medicinske sestre v skupnostni obravnavi v psihiatriji poteka v interdisciplinarnem timu ter od nje zahteva številne veščine in spretnosti. Pri svojem delu se mora držati etičnih in pravnih načel. Namen pregleda literature je bil predstaviti delo in odgovornosti medicinske sestre ter pravne okvirje njenega dela.

Cilj: Ugotoviti in preučiti delo medicinskih sester ter raziskati in opisati pravne okvirje pri delu v skupnostni obravnavi v psihiatriji.

Metoda: Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom strokovne literature. Uporabljene so bile ključne besede duševna motnja, psihiatrija v skupnosti, javno zdravstvo in institucionalno varstvo v slovenščini in angleščini, v podatkovnih bazah COBISS, PubMed, Science Direct, Google Scholar in ProQuest. Iskanje je potekalo od marca 2021 do avgusta 2022. Najprej je bilo najdenih 3.882 zadetkov, ki so bili pregledani glede na ustreznost naslova, povzetka in vsebine. Analiza končnih virov, zajetih v pregled literature, je bila opravljena po načelu analize odprtega kodiranja in oblikovanju tem.

Rezultati: V končno analizo pregleda literature je bilo vključenih 14 zadetkov: sedem sistematičnih pregledov nerandomiziranih raziskav, ena posamezna nerandomizirana raziskava, dve opazovalni raziskavi, en sistematični pregled kvalitativnih raziskav, dve posamični kvalitativni raziskavi in eno mnenje avtorjev.

Razprava: Delo medicinske sestre zajema delo v multidisciplinarnem timu. Medicinska sestra načrtuje obravnavo osebe z duševno motnjo. Pri tem mora obvladati komunikacijske veščine in empatijo, spoštovati avtonomijo in vzpostaviti dober terapevtski odnos. Pravna načela njenega dela, ki bi jih pri tem upoštevala, so različna in še ne dodelana. Ob tem se mora držati etičnih načel obravnave osebe z duševno motnjo v skupnostni obravnavi v psihiatriji.

Ključne besede: duševna motnja, psihiatrija v skupnosti, javno zdravstvo, institucionalno varstvo

SUMMARY

Theoretical background: The work of a community mental health nurse takes place in an interdisciplinary team and requires many skills and abilities. In their work, they must adhere to ethical and legal principles. The aim of the literature review was to present the work and responsibilities of nurses and the legal framework governing their work.

Aims: This diploma work aims to identify and examine the work of nurses and explore and describe the legal frameworks for community mental health care.

Methods: A descriptive method was used with a review of professional literature. The keywords »mental disorder«, »community psychiatry«, »public health« and »institutional care« in Slovenian and English were used, to search COBISS, PubMed, Science Direct, Google Scholar and ProQuest databases. The search was conducted between March 2021 and August 2022. Initially, 3882 hits were retrieved and screened for relevance of title, abstract and content. The analysis of the final sources included in the literature review was carried out according to the principle of open coding analysis and the formation of themes.

Results: The final analysis of the literature review covered 14 hits: 7 systematic reviews of non-randomized studies, 1 single non-randomized study, 2 observational studies, 1 systematic review of qualitative studies, 2 individual qualitative studies and 1 author opinion.

Discussion: Nurses work in a multidisciplinary team. Nurses plan the treatment of a person with a mental disorder. In doing so, they must master communication skills and empathy, respect autonomy and establish a good therapeutic relationship. The legal principles of their work, which they take into account, are different and not yet finalized. At the same time, they must adhere to the ethical principles of treating a person with a mental disorder in community care in psychiatry.

Key words: community mental health system, mental health nurse in community, public health

KAZALO

1 UVOD	1
2 EMPIRIČNI DEL	8
2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	8
2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	8
2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	9
2.3.1 Metode pregleda literature.....	9
2.3.2 Strategija pregleda zadetkov.....	9
2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature.....	12
2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature.....	13
2.4 REZULTATI.....	15
2.4.1 PRIZMA-diagram.....	15
2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah.....	16
2.5 RAZPRAVA.....	21
2.5.1 Omejitve raziskave.....	36
2.5.2 Prispevek za prakso in priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo.....	36
3 ZAKLJUČEK	38
4 LITERATURA	39

KAZALO SLIK

Slika 1:PRIZMA diagram.....	16
-----------------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature (primeri podatkovnih baz).....	12
Tabela 2: Hierarhija dokazov	14
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov	16
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah	20

1 UVOD

Duševne motnje so globalna zdravstvena prioriteta ukrepanja, saj prizadenejo 10 % svetovnega prebivalstva (Patel & Saxena, 2014; Drissi, et al., 2020). Težave z duševnim zdravjem lahko opredelimo kot prisotnost psihopatoloških simptomov (American Psychiatric Association, 2013). Duševne motnje se razlikujejo po resnosti, od blagih motenj mišljenja ali vedenja do resnejših duševnih motenj, kot so shizofrenija, bipolarna motnja in depresija s psihotičnimi značilnostmi (Firth, et al., 2019). Duševne motnje so razširjene po vsem svetu. Ocene kažejo, da bo eden od treh posameznikov v življenju razvil duševno motnjo (Chesney, et al., 2014; Steel, et al., 2014; Vigo, et al., 2016). Tudi v Sloveniji je v zadnjih letih opazno izrazito povečanje težav duševnega zdravja in duševnih motenj. Med dejavnike tveganja za pojav duševnih težav sodijo individualni dejavniki (spol, starost, dednost, osebnostne značilnosti, življenjski slog) in dejavniki okolja (hiter način življenja, velika pričakovanja do posameznika, naraščajoče socialno-ekonomske neenakosti, osamljenost starejših in onemoglih oseb) (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028, 2018). Pojavnost duševnih motenj ima toliko negativnih posledic, da jih nekateri primerjajo z globalnim problemom pojava revščine in trdijo, da povzročajo več slabega kot telesne bolezni (Layard, 2018). Resnejše duševne motnje predstavljajo skupino neorganskih psihotičnih motenj, ki so prisotne dlje časa, njihovo zdravljenje traja najmanj dve leti in prispevajo k dokazljivi disfunkciji. Zato sta učinkovita podpora in obvladovanje duševnih motenj bistvena za zmanjšanje bremena resne duševne motnje (Leach, et al., 2020).

Duševno zdravje je stanje dobrega počutja, v katerem posameznik uresničuje svoje potenciale, se spopada z življenjskimi stresi, dela produktivno in plodno ter je sposoben prispevati k skupnosti (World Health Organization, 2018). Raziskovalci duševnega zdravja vse bolj priznavajo, da odsotnost duševne motnje ne pomeni nujno stanja dobrega psihičnega počutja (Vaillant, 2012; Schönfeld, et al., 2016). Duševno zdravje je priznано kot kritična sestavina javnega zdravja (Velten, et al., 2018). Obravnava oseb z duševno motnjo je postavljena pred številne izzive in ovire. V državah z nizkim in srednjim dohodkom še vedno večina oseb z duševno motnjo ne prejme ustrezne obravnave (Drissi, et al., 2020). Med ostale izzive in ovire, ki preprečujejo kakovostno obravnavo oseb z

duševno motnjo, spadajo še stroški (Rowan, et al., 2013), pomanjkanje medicinskih sester na psihiatričnih področjih, neustrezni zdravstveni sistemi, nezadostna prostorska pokritost oseb z duševno motnjo, stigmatizacija in slaba pismenost v povezavi z duševnimi motnjami (Drissi, et al., 2020). Kljub naštetim oviram je potreba po programih promocije zdravja, preprečevanja in zdravljenja duševnih motenj eden od primarnih zdravstvenih izzivov 21. stoletja (Velten, et al., 2018). Tudi v Sloveniji velik izziv za ureditev duševnega zdravja predstavljata nezadostna mreža zdravstvenih in socialnih služb na področju duševnega zdravja ter neenakomerna dostopnost prebivalcev nekaterih področij do virov pomoči (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028, 2018).

Enega izmed večjih izzivov kakovostne obravnave oseb z duševno motnjo predstavljajo stigmatizacija oseb z duševno motnjo in z njo povezani predsodki ljudi o osebah z duševno motnjo. Osebe z duševno motnjo nenehno doživljajo predsodke in diskriminacijo. Raziskovalci so to opredelili kot stigmatizacijo oseb z duševno motnjo (Corrigan & Raop, 2012). Stigmatizacija oseb z duševno motnjo povzroči zmanjšanje življenjskih možnosti in izgubo samostojnosti (Dey, et al., 2020) ter predstavlja oviro pri iskanju pomoči oseb z duševno motnjo (Schnyder, et al., 2017). Stigma in diskriminacija oseb z duševno motnjo se kažeta v iskanju pomoči na vseh življenjskih področjih, v slabem prepoznavanju potreb oseb z duševno motnjo in spregledanju njihovih zahtev (Roškar, et al., 2015). Za zmanjševanje stigmatizacije lahko uporabimo različne pristope: informiranje oziroma izobraževanje o duševnih motnjah, protestiranje proti neustreznim opisovanjem duševnih motenj in vzpostavitev neposrednega stika javnosti z osebami z duševno motnjo. Raziskave so pokazale, da ima največji vpliv na zmanjševanje stigmatizacije duševne motnje prav stik javnosti z obolelo osebo (Rössler, 2016)

Stigmatizacija oseb je tesno povezana z zgodovino duševnih motenj in načinom zdravljenja duševnih motenj v preteklosti. V 19. in 20. stoletju so bili azili glavna oblika obravnave oseb z duševno motnjo. Goffman je v svojem delu opozoril na problematične učinke azilov. Trdil je, da so osebe z duševno motnjo prejele skrbniško obravnavo in celo življenje živele v azilu oziroma psihiatrični bolnišnici z omejenim dostopom do zunanjega sveta (Chow & Priebe, 2013). Življenje oseb z duševno motnjo je narekovala

institucionalna rutina, medtem ko so bile njihove dejavnosti strogo načrtovane (Yohanna, 2013). Goffman je primerjal psihiatrične bolnišnice z zapori, koncentracijskimi taborišči in samostani ter trdil, da so osebe z duševno motnjo trpele zaradi stigme, bile podvržene omejevanju svobode in jim je bila odvzeta običajna družbena vloga (Chow & Priebe, 2013).

Deinstitucionalizacija je med drugim tudi proces prenosa obravnave in podpore oseb z duševno motnjo iz psihiatričnih bolnišnic na področje skupnostne obravnave v psihiatriji. Ta postopek deluje na dva načina. Prvi se osredotoča na zmanjševanje števila oseb z duševnimi motnjami v psihiatričnih bolnišnicah. Drugi poudarja reformo psihiatrične obravnave in razvoj posebnih storitev za zmanjšanje odvisnosti, izolacije in drugih vedenj, ki osebam z duševno motnjo otežujejo prilagajanje na življenje zunaj psihiatrične bolnišnice (Fulone, et al., 2021). Eden od načinov povečanja deinstitucionalizacija je integracija oseb z duševno motnjo iz psihiatrične bolnišnice v skupnostno obravnavo v psihiatriji. Integracija oseb z duševno motnjo obsega tri dimenzije: fizično, socialno in psihološko (Jun & Joung Choi, 2019). Fizična integracija se nanaša na sodelovanje v vsakodnevnih dejavnostih skupnosti in uporabo virov skupnosti. Socialna integracija se nanaša na ohranjanje socialnih odnosov s člani skupnosti in zavedanje podpornih virov v okoliškem okolju. Psihološka integracija se nanaša na razvijanje afektov in občutka pripadnosti, ki pomaga pri razvijanju socialnih odnosov (Cabral, et al., 2018). Od osemdesetih let prejšnjega stoletja je tako skupnostna obravnava temelj psihiatrije (Khandaker, et al., 2013). Deinstitucionalizacija oseb z duševno motnjo je postala zelo razširjena zaradi več pomembnih dejavnikov, in sicer slabih in nehumanih življenjskih pogojev, kršenja človekovih pravic, škodljive prakse zdravljenja (Salisbury, et al., 2016), uveljavitve pravice do zdravljenja v čim manj restriktivnem okolju, napredka na področju antipsihotikov, visokih stroškov zdravljenja in alternativne obravnave na področju skupnostne obravnave v psihiatriji (Yohanna, 2013). Ob tem dolgotrajna hospitalizacija oseb z duševno motnjo vodi v sindrom institucionalizacije ali socialnega zloma in težavno vključitve nazaj v skupnost. Slednje je omogočilo izpustitev oseb z duševno motnjo iz psihiatričnih bolnišnic (Chow & Priebe, 2013). Deinstitucionalizacija vključuje proces zagotavljanja dostopa in razvoja posebnih alternativnih storitev na področju skupnostne

obravnave v psihiatriji za oskrbo telesnega in duševnega zdravja, izboljšanja kakovosti življenja in spodbujanja socialne vključenosti oseb z duševno motnjo (Razzouk, 2019).

Kljub temu psihiatrične bolnišnice še vedno veljajo za bistveno vrsto obravnave v psihiatriji, predvsem v primerih zdravljenja akutnih duševnih motenj in pomanjkanja podpore (Chow & Priebe, 2013). Proces deinstitucionalizacije je bil za številne osebe z duševnimi motnjami uspešen, medtem ko nekatere osebe z duševno motnjo tega niso zmogle, kar se kaže v povečanju brezdomstva, števila samomorov in nasilnih dejanj. Osebe z duševno motnjo, pri katerih deinstitucionalizacija ni bila uspešna, psihiatrične bolnišnice predstavljajo še vedno glavno obliko zdravstvene obravnave (Flory & Friedrich, 2019).

Skupnostna obravnava v psihiatriji je opredeljena kot spodbujanje duševnega zdravja z dostopnostjo, osredotočanjem na cilje in prednosti oseb z duševno motnjo, delujočo na dokazih, usmerjeno v okrevanje ter podporno mrežo in storitve za vključitev v zdravljenje (Thornicroft, et al., 2016). Službe, ki zagotavljajo skupnostno obravnavo v psihiatriji, so bistveni in standardni del storitev duševnega zdravja po vsem svetu. Nanašajo se na širok spekter duševnih zdravstvenih storitev, ki nudijo podporo in zdravljenje oseb z duševno motnjo v skupnosti prek različnih strokovnjakov (Dieterich, et al., 2017). Skupnostna obravnava v psihiatriji poteka v obliki pomoči na domu, koordinacije služb ali dostopa do dnevnega varstva (Phelan, et al., 2015). Namen skupnostne obravnave v psihiatriji je podpreti osebe z duševno motnjo, da postanejo vedno bolj avtonomne pri vodenju vsakdanjega življenja in uresničevanju svojih potencialov za izboljšanje družbene funkcije in normalnosti (Clemmensen & Køppe, 2019). Primarni cilj skupnostne obravnave v psihiatriji je ponuditi intenzivno podporo v domačem okolju namesto sprejema v psihiatrično bolnišnico, in ko pride do sprejema, olajšati zgodnji odpust (Johnson, 2013). Poudarek na preprečevanju ponovitve oziroma poslabšanja duševne motnje je pomemben klinični rezultat za osebe z duševno motnjo. Ne samo, da preprečevanje ponovitve zmanjša tveganje za prihodnje ponovitve, izboljša lahko tudi kakovost življenja in zmanjša stisko oseb z duševno motnjo (Leach, et al., 2020). Skupnostna obravnava v psihiatriji je odvisna od sklopa formalnih odnosov med osebami

z duševno motnjo, psihiatričnimi bolnišnicami ter regionalnimi in občinskimi zdravstvenimi službami (Andresen, et al., 2019).

Diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi imajo pomembno vlogo pri obravnavi oseb z duševno motnjo (Van Veen, et al., 2021) in predstavljajo temeljno osebje za izvajanje skupnostne obravnave v psihiatriji (Usher, et al., 2014). Diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi so ustrezno usposobljene za preprečevanje ponovitve duševne motnje pri osebah z duševno motnjo. Prav tako imajo več neposrednega stika z osebami z duševno motnjo, kot drugi profili poklicev na področju skupnostne obravnave v psihiatriji (Leach, et al., 2020), zato je lahko njihov vpliv na klinične rezultate oseb z duševno motnjo precejšen (Hamilton, et al., 2015; Butterworth, 2018). Osebe z duševno motnjo želijo varno in predvidljivo obravnavo ter opolnomočenje s strani medicinskih sester (Rise, et al., 2013; Ulfseth, et al., 2016). Zaradi narave dela morajo diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi ohranjati dobro fizično in duševno zdravje ter uvajati tehnike obvladovanja, ki bodo krepile njihovo sposobnost učinkovitega obvladovanja stresa (Molehabangwe, et al., 2018). To zmanjšuje raven stresa in izgorelosti. Zato je razumevanje, kako se diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi spopadajo s stresom, povezanim z delom, pomembna strategija na delovnem mestu, ne samo zanje, ampak tudi za organizacije in osebe z duševno motnjo (Al-Sagarat, et al., 2017). Zaradi pomanjkanja delovne sile na področju duševnega zdravja so diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi pogosto edino razpoložljivo osebje za obravnavo oseb z duševno motnjo na področju skupnostne obravnave v psihiatriji. Pomanjkanje usposobljenih diplomiranih medicinskih sester v skupnostni obravnavi predstavlja oviro pri izvajanju skupnostne obravnave v psihiatriji. Zato je potreba po usposabljanju in priložnostih za stalni poklicni razvoj ključnega pomena (Usher, et al., 2014). Pomanjkanje usposobljenih diplomiranih medicinskih sester v skupnostni obravnavi je povzročilo časovne omejitve pri individualni obravnavi oseb z duševno motnjo, saj je omejilo razpoložljivost medicinske sestre za sodelovanje z osebo z duševno motnjo. Slednje lahko ovira gradnjo zaupanja med medicinsko sestro in osebo z duševno motnjo (Thibeault, 2016).

Diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi se spopadajo s številnimi izzivi in stresnimi situacijami, kot so pomanjkanje prevoza, napadi oseb z duševno motnjo,

pomanjkanje osebja, stigmatizacija duševnih motenj, nizka morala, pomanjkanje sredstev in povratnih informacij, intenzivna medosebna vključenost, težave v odnosih in zmožnosti za skupno delo, slab nadzor in neskladnost z zdravili s strani oseb z duševno motnjo, kar vodi do ponovne hospitalizacije (Abdalahim, 2013; Opare, et al., 2016; Kourakos, 2017). Za uspešno delo diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi mora slednja spoštovati vrednote osebe s posebnimi potrebami (Eriksen, et al., 2013), zgraditi terapevtsko zavezništvo (Russinova, et al., 2013; Ness, et al., 2014; Davidson, et al., 2017; Femdal, 2018; Khoury, 2019), podpirati osebe z duševno motnjo pri pridobivanju znanja in veščin, poslušati osebo z duševno motnjo, ne da bi jo pri tem sodila (Williams & Tufford, 2012; Eriksen, et al., 2013), se zavedati stigme (Stuber, et al., 2014) in prepoznavati travme osebe z duševno motnjo (Matsouka, 2021).

V svetovnem merilu so se storitve duševnega zdravja osredotočile na celovito okrevanje v skupnosti (Mc Tiernan & McDonald, 2015). Okrevanje osebe z duševno motnjo je opisano kot proces ponovnega pridobivanja nadzora in smisla v vsakdanjem življenju (Petersen Reed, et al., 2017). Temelj strokovnjakov za spodbujanje in vzdrževanje teh so diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi (Mc Tiernan & McDonald, 2015). Zdravstvena nega je stresen poklic (Kourakos, 2017; Tsaras, et al., 2018) in je povezan s precejšnjim pritiskom zaradi narave poklicnih odgovornosti (Al-Sagarat, et al., 2017; Molehabangwe, et al., 2018). Na področju skupnostne obravnave v psihiatriji je stres povezan z delovnimi obremenitvami, nevarnimi situacijami in konflikti vlog, še posebej z neustrezno socialno in strokovno podporo pri izvajanju zdravstvene nege (Mc Tiernan & McDonald, 2015; Al-Sagarat, et al., 2017; Lamont, et al., 2017). Zato smernice predlagajo, da bi bilo treba na področju psihiatrične zdravstvene nege v skupnosti sprejeti strategije za obvladovanje stresa, povezanega z delom, da bi se izognili občutku preobremenjenosti in izgorelosti. Te strategije, ki jih po svetu imenujejo »strategije spoprijemanja«, predpisujejo način, kako diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi premagujejo stresne in težke okoliščine. Opredeljene so kot niz kognitivnih in vedenjskih postopkov, ki jih slednje uporabljajo za obvladovanje posebnih situacij (Conceicao Martins, et al., 2014).

Trenutno po vsem svetu prihaja do vse večjega premika zdravljenja oseb z duševno motnjo iz psihiatričnih bolnišnic v obravnavo v skupnosti, kar opredeljuje tudi Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028, 2018) in je omenjeno tudi v Zakonu o duševnem zdravju Republike Slovenije (2008). V skladu s tem je ključnega pomena celostni zdravstveni pristop, ki se osredotoča hkrati na duševno in fizično zdravje (World Health Organization, 2013).

Osebe z duševno motnjo si lahko opomorejo z različnimi viri podpore, medtem ko so lahko strokovnjaki za duševne motnje del sistema podpore. Preoblikovanje tradicionalnega modela psihiatričnega zdravljenja je usmerjeno v okrevanje v skupnosti ter zahteva razvoj novega niza vrednost, ciljev storitev in izvajanja prakse v skupnosti (Yen-Ching, et al., 2021). To vključuje vzpostavljanje pozitivnih terapevtskih odnosov z osebami z duševno motnjo, spodbujanje k izražanju svojih občutkov, dajanje upanja, podpiranje njihovih odločitev in spodbujanje, da prevzamejo odgovornost za lastno okrevanje (Cleary, et al., 2013; Tickle, et al., 2014). Takšni modeli storitev se ne osredotočajo le na notranje spremembe v posameznikih, temveč tudi za determinante okoljskega in družbenega zdravja (Piat & Lal, 2012). Zato storitve, usmerjene v okrevanje, vključujejo širok spekter področij, vključno z zdravili, osebno nego, postavljanjem ciljev in socialno interakcijo, ki zahtevajo sodelovanje med različnimi poklici v duševnem zdravju (Cleary, et al., 2013; Le Boutillier, et al., 2015). Kljub nenehnim pozivom k izboljšanju storitev duševnega zdravja po vsem svetu je napredek pri spopadanju s tem izzivom počasen. Ovire za izboljšanje zagotavljanja storitev duševnega zdravja vključujejo obstoječe prednostne naloge javnega zdravja, odpor proti decentralizaciji storitev, izzive pri zagotavljanju storitev duševnega zdravja v primarnih zdravstvenih ustanovah, majhno število usposobljenih strokovnjakov in pomanjkanje učinkovitega vodstva. Zadnja dva ugotovljena izziva sta še hujša zaradi pomanjkanja ustreznih zmogljivosti za usposabljanje in priložnosti za stalni strokovni razvoj (Usher, et al., 2014).

2 EMPIRIČNI DEL

Številne države so vzpostavile nacionalne programe skupnostne obravnave v psihiatriji, vendar se ti programi niso množično izvajali. Kljub dobremu namenu večina programov ne doseže zastavljenih ciljev, se predčasno konča ali obstane le na papirju. Tako še vedno obstaja potreba po inovativnih pristopih, ki izkoriščajo razpoložljiva sredstva, da bi zagotovili, da bi skupnostna obravnava v psihiatriji dosegla osebe z duševno motnjo (Jacob, 2018). Zato smo se odločili, da v diplomskem delu opredelimo način dela diplomiranih medicinskih sester in multidisciplinarnih timov v skupnostni obravnavi ter predstavimo programe dela na področju skupnostne obravnave v psihiatriji.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskave je bil s pregledom literature predstaviti delo in odgovornosti ter pravne okvirje delovanja diplomiranih medicinskih sester v skupnostni obravnavi.

Postavili smo si naslednje cilje:

- ugotoviti in proučiti delo diplomiranih medicinskih sester na področju skupnostne obravnave v psihiatriji,
- raziskati in opisati pravne okvirje pri delu diplomiranih medicinskih sester v skupnostni obravnavi.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Raziskovalni vprašanji sta bili:

- Kakšna je značilnost dela medicinskih sester na področju skupnostne obravnave v psihiatriji?
- Kateri pravni okvirji zavezujejo medicinsko sestro pri delu z osebo z duševno motnjo?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V diplomskem delu smo uporabili sistematični pregled tuje in domače strokovne znanstvene literature.

2.3.1 Metode pregleda literature

Uporabili smo deskriptivno raziskovalno metodo s pregledom domače in tuje strokovne literature. Domačo literaturo smo iskali v slovenski bibliografski bazi COBISS. Pri tem smo uporabili ključne besede: duševna motnja, psihiatrija v skupnosti, javno zdravstvo in institucionalno varstvo. Uporabili smo Boolova operaterja »IN« in »ALI«. Končni iskalni niz se je glasil: »duševna motnja IN psihiatrija v skupnosti ALI javno zdravstvo ALI institucionalno varstvo«. Literaturo v angleškem jeziku smo iskali v bibliografskih bazah Pro Quest, Google Scholar, Pub Med in CINAHL. Ker nam predvidena podatkovna baza CINAHL na zastavljen iskalni niz ni dala zadetkov, smo namesto nje uporabili podatkovno bazo Science Direct. Uporabili smo ključne besede: community mental health system, mental health nurse in community, public health in history treatments in community. Pri iskanju literature smo uporabili Boolova operaterja »AND« in »OR«. Končni iskalni niz se je glasil: »community mental health system« OR »mental health nurse in community« AND »public health« OR »history treatments in community«. Rezultate smo omejili s postavitvijo časovnice iskanja, in sicer smo uporabili vire, ki so bili objavljeni med letoma 2011 in 2022. V pregled literature smo zajeli članke, pri katerih smo lahko dostopali do celotnega besedila. Iz pregleda literature smo izključili knjige.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Pregled literature smo prikazali tabelarično in shematsko. Tabelarični pregled (tabela 1) vsebuje uporabljene podatkovne baze, število zadetkov in izbranih zadetkov za končno analizo. V slovenski bazi smo iskali s ključnimi besedami: duševne motnje, psihiatrija v skupnosti, javno zdravstvo in institucionalno varstvo. V tujih bazah smo iskali s pomočjo naslednjih ključnih besed: »community mental health system«, »mental health nurse in community«, »public health« in »history treatments in community«. Uporabili smo

zadetke, ki so bili objavljeni med letoma 2011 in 2022 ter smo lahko dostopali do celotnega besedila. Iz pregleda literature smo izključili knjižne vire. Z iskalnim nizom smo v vseh uporabljenih bibliografskih bazah dobili 3.882 člankov, ki smo jih naprej preučili glede na ustreznost naslova, povzetka in vsebine. V končno analizo smo tako zajeli 11 člankov, ki smo jih našli s pomočjo podatkovnih baz. Z naključnim iskanjem v brskalniku Google smo našli še dva tuja strokovna članka in Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, ki smo jih uvrstili v pregled literature. Skupno smo v pregled literature uvrstili 14 virov.

V podatkovni bazi COBISS smo z uporabljenim iskalnim nizom in merili: datum objave med leti 2011–2022, dostop do celotnega besedila zadelkov in slovenski jezik dobili devet zadelkov, ki smo jih najprej pregledali po naslovu. Po pregledu naslovov dobljenih zadelkov smo izločili sedem zadelkov in v nadaljnjo analizo zajeli dva zadelka. Po pregledu povzetrov smo ugotovili, da zajeta članka obravnavata našo temo, tako nismo izločili nobenega zadelka. Tako smo dva zadelka vključili v branje po celotnem besedilu. Na osnovi branja celotnega besedila smo v končno analizo uvrstili en zadelok.

V podatkovni bazi ProQuest smo z upoštevanjem iskalnega niza ter vključitvenih in izključitvenih meril dobili 640 zadelkov. Glede na ustreznost naslova smo v nadaljnjo analizo vključili 45 zadelkov. Sledila je analiza povzetrov dobljenih zadelkov. Na osnovi slednje smo iz analize izključili 32 zadelkov in v nadaljnjo analizo uvrstili preostalih 13 zadelkov. Sledilo je branje celotnih besedil, na osnovi česar smo v končno analizo uvrstili tri članke.

V podatkovni bazi PubMed smo z uporabljenim iskalnim nizom ter vključitvenimi in izključitvenimi merili dobili 2.272 zadelkov, ki smo jih najprej pregledali po naslovu. Glede na ustreznost naslova smo v nadaljnji pregled vključili 56 zadelkov. Po branju povzetrov smo za branje v celotnem besedilu uvrstili 16 zadelkov. Po branju v celotnem besedilu smo v končno analizo uvrstili dva zadelka.

V podatkovni bazi Science Direct smo z zastavljenim iskalnim nizom ter upoštevanjem vključitvenih in izključitvenih meril dobili 93 zadelkov. Glede na ustreznost naslova smo v nadaljnjo analizo po ustreznosti povzetka uvrstili 21 člankov. Glede na analizo

povzetkov smo v branje celotnega besedila uvrstili sedem člankov. V končno analizo smo iz podatkovne baze Science Direct uvrstili en članek.

V podatkovni bazi Google Scholar smo z uporabljenim iskalnim nizom in upoštevanjem vključitvenih in izključitvenih meril dobili 868 zadetkov. V nadaljnjo analizo po ustreznosti naslova smo vključili 73 člankov. Sledila je analiza povzetkov uvrščenih člankov. V nadaljnjo analizo po analizi povzetkov smo v končno branje uvrstili 17 člankov. Po branju celotnih besedil smo izločili 13 člankov in v končni pregled literature uvrstili štiri članke.

Z naključnim iskanjem v brskalniku Google smo našli še dva strokovna vira, ki smo ju vključili v pregled literature in ju nismo pridobili z iskanjem po bibliografskih bazah.

V pregled literature smo vključili še dodaten vir, ki ga nismo identificirali ob dobljeni bazi podatkov, vendar lahko z njim organizacijo skupnostne obravnave v psihiatriji zelo dobro spoznamo. Gre za Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028, 2018).

Shematsko smo pregled literature prikazali s pomočjo PRIZMA-diagrama, po zgledu Moher, et al., 2015.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature (primeri podatkovnih baz)

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu	Izbrani zadetki za končno analizo
COBISS	duševna motnja, psihiatrija v skupnosti, javno zdravstvo, institucionalno varstvo	9	2	1
Pro Quest	community mental health system, mental health nurse in community, public health, history treatments in community.	640	13	3
Google scholar	community mental health system, mental health nurse in community, public health, history treatments in community.	868	17	4
PubMed	community mental health system, mental health nurse in community, public health, history treatments in community.	2269	16	2
Science Direct	community mental health system, mental health nurse in community, public health, history treatments in community.	93	7	1
Ostali viri		3	3	3

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Pregled literature je temeljil na zastavljenih raziskovalnih vprašanjih. Osnutek raziskovalnih vprašanj smo si zastavili po naključnem pregledu literature pred končno opredelitvijo teme, saj nam takratni zadetki niso dali skupnega in podrobnega pregleda glede tem, ki ga opredeljujeta raziskovalni vprašanji. Po oblikovanju raziskovalnih vprašanj smo se odločili, da bomo nanju odgovorili s pomočjo sistematičnega pregleda

literature kot uporabljene raziskovalne metodologije. Za sistematični pregled literature smo se odločili, ker združuje rezultate več primarnih raziskovalnih raziskav in se uporablja, kadar na pomembno klinično vprašanje obstajajo številne klinične raziskave, katerih rezultati so si morda nasprotujoči. Sistematični pregled želi zagotoviti pregled ugotovitev posameznih raziskav, pri čemer poudari možne odgovore in morebitne preostale vrzeli v znanju (Aveyard, 2014). Naš sistematični pregled literature temelji na analizi pregledanih raziskav, ki so obravnavale delo, odgovornosti in pravne okvirje delovanja medicinskih sester na področju skupnostne obravnave v psihiatriji. Pri obdelavi podatkov smo uporabili tematsko analizo po Aveyard, 2014. Slednja omogoča iskanje, kritično vrednotenje in povzetek dokazov o določeni temi, kar olajša identifikacijo ustreznih rezultatov in vrzeli, ki usmerjajo razvoj nadaljnjih raziskav ter pomagajo strokovnjakom pri izbiri ravnanj in sprejemanju odločitev z zagotavljanjem kritičnega znanja. Začeli smo iskanje literature po bibliografskih bazah. Pri tem smo v slovenski bibliografski bazi uporabili enak iskalni niz, ki smo ga oblikovali s pomočjo ključnih besed. Pri pregledu posameznih zadetkov v bibliografskih bazah smo dobljene članke ocenili glede dostopnosti, primernosti, kakovosti in končnih ugotovitev. V pregled literature smo vključili le vire, ki so obravnavali našo temo. Ugotovitve člankov smo tematsko analizirali in oblikovali teme. Najprej smo članke prebrali in na osnovi prvega branja oblikovali miselne zaključke. Po drugem branju člankov smo si v njih označevali vsebinsko enake dele besedila, ki so zajemali tematiko našega raziskovanja. Sledilo je odprto kodiranje člankov. Med analiziranjem člankov smo v njih iskali vsebino, ki se je ujemala z našimi cilji in raziskovalnimi vprašanji. Ključni izbrani vsebini smo v procesu kodiranja dodajali kode podobnega pomena. Podobne vsebine smo nato združili v teme in skupne ugotovitve.

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Pri iskanju literature smo se osredotočili na iskanje po recenziranih revijah in publikacijah. Oceno kakovosti pregleda literature smo določili po priporočilih, ki jih navajata Polit & Beck (2018). Hierarhija dokazov po priporočilih Polit & Beck (2018) vsebuje osem ravni. V hierarhiji dokazov raven 1 predstavlja najkakovostnejšo literaturo, medtem ko raven 8 predstavlja najmanj kakovostno literaturo. Natančnejše opredelitve

ravni hierarhije dokazov so predstavljene v tabeli 2, v katero smo vključili tudi ovrednotenje svojih zadetkov. Po hierarhiji dokazov smo ugotovili kakovost svojih člankov. V raven 2 smo vključili sedem člankov, v raven 3 smo uvrstili en članek. Dva članka smo uvrstili v raven 5. V raven 6 smo uvrstili en članek. V raven 7 sta bila uvrščena dva članka in v raven 8 je bil uvrščen en članek.

Tabela 2: Hierarhija dokazov

Raven	Hierarhija dokazov	Število vključenih strokovnih virov	Viri, vključeni v končno analizo
Raven 1	Sistematični pregled randomiziranih kliničnih raziskav	0	
Raven 2	Sistematični pregled nerandomiziranih raziskav	7	Becker & Kösters, 2012; Ng, et al., 2013; Raduha, 2016; Vanner & Keet, 2019; Purtle, et al., 2020; Scheydt & Hegedüs, 2021; Moyo, et al., 2022
Raven 3	Posamezne randomizirane klinične raziskave in posamezne nerandomizirane raziskave	1	Xiang Yang, et al., 2018
Raven 4	Sistematični pregled korelacijskih/opazovalnih raziskav	0	
Raven 5	Posamezne korelacijske/opazovalne raziskave	2	Perry, et al., 2014; McDonald, et al., 2021
Raven 6	Sistematični pregled opisnih/kvalitativnih/fizioloških raziskav	1	Carson Weinstein, et al., 2014
Raven 7	Posamične opisne/kvalitativne/fiziološke raziskave	2	Attepe Özden & Icagasiouglu Coban, 2018; Li, et al., 2022
Raven 8	Mnenja avtorjev	1	Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, 2018

Vir: Polit & Beck, 2018

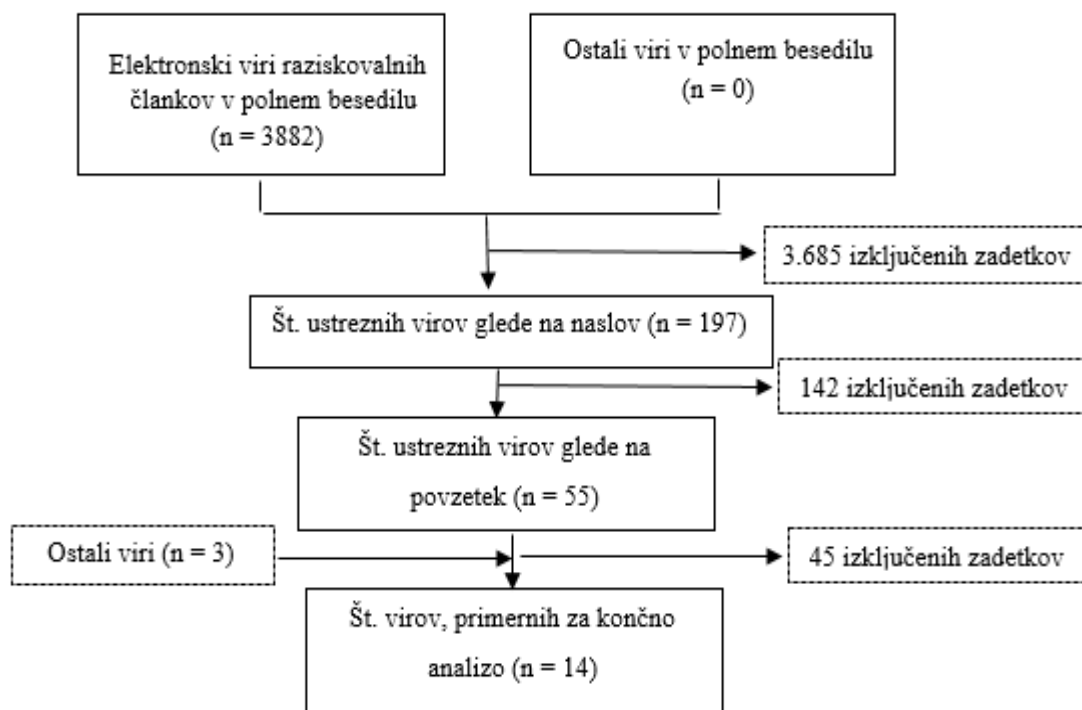
2.4 REZULTATI

V končno analizo smo vključili 13 člankov, ki so obravnavali našo temo, in Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028. V nadaljevanju so rezultati predstavljeni vsebinsko in shematsko.

2.4.1 PRIZMA-diagram

Na sliki 1 smo s PRIZMA-diagramom prikazali postopek pridobivanja in izločevanja virov.

Na sliki 1 sta prikazana PRIZMA-diagram in postopek, s katerim smo prišli do končnega števila člankov, ki smo jih uporabili. Na začetku smo z uporabo ključnih besed v bibliografskih bazah dobili 3.882 zadetkov, ki smo jih glede na ustreznost naslova analizirali in tako izločili 3.685 zadetkov. Preostalih 197 zadetkov smo nato analizirali glede na ustreznost povzetka. S tem smo izločili 142 zadetkov in za nadaljnjo analizo nam je preostalo 55 zadetkov. Preostale zadetke smo v celoti prebrali in glede na ustreznost celotnega besedila izločili 45 zadetkov. V pregled literature smo vključili še dodatne tri vire, ki jih nismo pridobili v nobeni od izbranih podatkovnih baz, ampak smo ga našli z naključnim iskanjem. V končno analizo smo tako vključili 14 zadetkov.



Slika 1: PRISMA diagram
(Moher, et al., 2015)

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

Tabela 3 prikazuje glavne značilnosti in ugotovitve virov, ki smo jih uvrstili v končno analizo pregleda literature.

Tabela 3: Tabelarni prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Xiang Yang et al.	2018	Posamezna nerandomizirana raziskava	48 udeležencev, ki so ali še bodo delovali na področju skupnostne obravnave v psihiatriji na Kitajskem	Medicinske sestre na primarni ravni imajo ključno vlogo pri zagotavljanju zdravstvene vzgoje oseb z duševno motnjo. Medicinske sestre večinoma nimajo ustrezne usposobljenosti in povezave med

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				različnimi profili poklicev niso ustrezno vzpostavljene. Kratek interdisciplinarni program usposabljanja ima zato pomembno vlogo pri poznavanju vlog in kompetenc medicinskih sester v skupnostni obravnavi v psihiatriji.
Purtle, et al.	2020	Sistematičen pregled nerandomiziranih raziskav	Število vključenih raziskav ni opredeljeno	Kljub pozitivnim učinkom skupnostne obravnave v psihiatriji manjkajo konkretne smernice, kaj naj takšna obravnava vsebuje. Raziskava zajema socialne, gospodarske in okoljske intervencije, intervencije zdravstvene prakse in sistema oskrbe skupnostne obravnave v psihiatriji.
Becker & Kösters	2012	Sistematičen pregled nerandomiziranih raziskav	Število vključenih raziskav ni opredeljeno	Raziskava obravnava vprašanja socialne psihiatrije in meni, da so kompleksne intervencije ključne pri oskrbi oseb z duševno motnjo. Terapevtske skupnosti so učinkovita sestavina skupnostne obravnave v psihiatriji.
Moyo, et al.	2022	Sistematičen pregled nerandomiziranih raziskav	49 raziskav, objavljenih med leti 2005 in 2021 v bibliografskih bazah Medline, Cinahl, Embase, Wiley in Ovid.	Pomen terapevtskega odnosa in oseb z duševno motnjo, ki jih pri okrevanju spremljajo medicinske sestre, sta glavni temi raziskave. Zaskrbljenost

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				predstavljata slabša kakovost terapevtskega odnosa in pomanjkanje časa medicinskih sester.
McDonald, et al.	2021	Posamezna opazovalna raziskava	1.129 akutno hospitaliziranih oseb z duševno motnjo v osmih bolnišnicah v New Yorku	Razumevanje potreb oseb z duševno motnjo, ki prehajajo iz bolnišnic v skupnostno obravnavo, lahko prispeva k načrtovanju storitev v skupnosti. Osebe z duševno motnjo imajo edinstvene potrebe, ki so povezane s socialno-demografskimi dejavniki in lahko pomagajo medicinskim sestram izboljšati storitve skupnostne obravnave v psihiatriji.
Perry, et al.	2016	Posamezna korelacijska raziskava	173 oseb z duševno motnjo, ki so se zdravile tri mesece. Primerjava z raziskavo INMHS.	Terapevtsko zaveznitvo je ključna determinanta zdravljenja osebe z duševno motnjo. Mreže skupnosti oblikujejo odločitve o načinu zdravljenja.
Li, et al.	2022	Posamična kvalitativna raziskava	Devet medicinskih sester iz devetih različnih služb skupnostne obravnave v Wuhanu na Kitajskem.	Službe skupnostne obravnave v psihiatriji so ključnega pomena za doseganje okrevanja oseb z duševno motnjo. Pri tem se medicinske sestre srečujejo z ovirami, ki velikokrat niso pojasnjene. Raziskava poda praktično osnovo za izvajanje skupnostne obravnave v psihiatriji.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Ng, et al.	2013	Sistematičen pregled nerandomiziranih raziskav	Število vključenih raziskav ni opredeljeno.	Raziskava poudarja široko paleto partnerstev, ki omogočajo skupnostno obravnavo v psihiatriji, in razvija 10 načel pri vzpostavljanju le-teh.
Carson Weinstein, et al.	2014	Sistematični pregled opazovalnih raziskav	Število vključenih raziskav ni opredeljeno.	Asertivni način zdravljenja v skupnostni obravnavi v psihiatriji služi kot idealna platforma za zagotavljanje primarne in vedenjske zdravstvene oskrbe.
Attepe Özden & Icagasiouglu Coban	2018	Posamična kvalitativna raziskava	11 medicinskih sester v osmih centrih za skupnostno obravnavo v Ankari.	Medicinske sestre v skupnostni obravnavi v psihiatriji ocenjujejo storitve na pozitiven način in nudijo priporočila za izvedbene predpise, ki temeljijo na trenutnem stanju.
Vanner & Keet	2019	Sistematični pregled nerandomiziranih raziskav	Število vključenih raziskav ni opredeljeno.	Skupnostna obravnavo v psihiatriji je celovit pristop k zagotavljanju duševnega zdravja, ki uporablja duševne vire za zagotavljanje pravic oseb z duševno motnjo do dostopne oskrbe in podpore pri okrevanju. Raziskava duševno zdravje opisuje iz šestih perspektiv, ki so v dokumentu opisane.
Scheydt & Hegedüs.	2021	Sistematični pregled nerandomiziranih raziskav	20 raziskav, objavljenih med leti 2018 in 2019, v bibliografskih bazah Cinahl, Medline in Pubmed.	Kakovostna skupnostna obravnavo v psihiatriji potrebuje opis konkretnih nalog in dejavnosti ter področja delovanja medicinskih sester, kar nam poda navedena raziskava.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Raduha	2016	Sistematični pregled nerandomiziranih raziskav	Število vključenih virov ni opredeljeno.	Področje pravne ureditve duševnega zdravja v Sloveniji je nedoločeno in nedosledno in zato so možne številne kršitve slednjega.
Uradni list RS 24/18	2018	Resolucija	Zakonodajna listina	Izoljšanje duševnega zdravja je eden od strateških ciljev politik EU in njenih članic, tudi Slovenije. V Sloveniji še vedno obstajajo velike razlike v dostopnosti storitev duševnega zdravja. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja določa strategije na področju duševnega zdravja do leta 2028.

Po analizi izbranih virov smo določili tri kategorije, in sicer: značilnosti dela diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi, odgovornosti diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi in pravna načela skupnostne oskrbe v psihiatriji. Vsaki kategoriji smo določili kode, ki smo jih našli v izbranih virih. Kategorije in njihove kode so predstavljene v tabeli 4.

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Značilnosti dela diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi	Preprečevanje stigmatizacije, zagovorništvo, ohranjanje dostojanstva in upanja, skupno odločanje, doseganje ciljev in želja, terapevtski odnos, biološke in psihosocialne intervencije, vzdrževanje socialnega delovanja,	Becker & Kösters, 2012; Xiang Yang, et al., 2018; Ng, et al., 2013; Carson Weinstein, et al., 2014; Perry, et al., 2016; Attepe Özden & Icagasiouglu Coban, 2018; Vanner & Keet, 2019; Purtle, et al., 2020; Scheydt & Hegedüs, 2021;

Kategorija	Kode	Avtorji
	spoštovanje, zaupnost, komunikacija, podpora okrevanju	Li, et al., 2022; Moyo, et al., 2022.
Odgovornost diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi	Multidisciplinarno delovanje, sodelovanje z drugimi ustanovami, integracija znanja, psihološko izobraževanje svojcev, nadzor in vodenje, izobraževanje in usposabljanje	Xiang Yang, et al., 2018; Carson Weinstein, et al., 2014; Attepe Özden & Icagasiouglu Coban, 2018; Vanner & Keet, 2019; McDonald, et al., 2021; Li, et al., 2022.
Pravna načela skupnostne oskrbe v psihiatriji	Vladna strategija za dobro duševno zdravje – Nacionalni zdravstveni in bolnišnični načrt 2016–2019 in 2020–2023, predpisi o e-zdravju Deklaracija Svetovne zdravstvene organizacije, program Nacionalno varstvo do leta 2005. Spoštovanje človekovih pravic	Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, 2018; Martinho, et al., 2022 Raduha, 2016 Vanner & Keet, 2019

2.5 RAZPRAVA

V svetu se dostop in kakovost duševnega zdravja med državami in zdravstvenimi sistemi razlikujeta (Gutiérrez-Colosía, et al., 2019). V državah z nizkim in srednjim dohodkom večina oseb z duševno motnjo ne prejme ustreznega zdravljenja (Thornicroft, et al., 2017; Barnett, et al., 2018; Kohrt, et al., 2018). Običajna oskrba oseb z duševno motnjo vključuje bolnišnično oskrbo in zunajbolnišnično oskrbo v ustanovah brez večjih dejavnosti na terenu (tj. obisk na domu) ali vključevanja preferenc oseb z duševno motnjo v oskrbo. Sistemi duševnega zdravja so predvsem v Vzhodni in Srednji Evropi v procesu razvoja in krepitve storitev v skupnosti (World Health Organization, 2013; Ondrej, 2019). Številni sistemi so šli čez sistem deinstitucionalizacije z zamenjavo dolgotrajne in institucionalne bolnišnične oskrbe z alternativami v skupnosti (Gutiérrez-Colosía, et al., 2019). Premik zdravstvene oskrbe iz bolnišnic v oskrbo v skupnosti je namenjen podpori oseb z duševnimi motnjami pri ohranjanju neodvisnosti, spodbujanju izbir in izboljšanju vključenosti (Roth, et al., 2021). Skupnostna obravnava v psihiatriji je opredeljena kot obravnava, ki spodbuja duševno zdravje, tako da so storitve dostopne, se osredotočajo na

cilje osebe z duševno motnjo ter podpirajo mrežo in storitve za vključevanje v zdravljenje (Barnett, et al., 2018; Van Veen, et al., 2021). V Srednji in Vzhodni Evropi so bile storitve v skupnosti pogosto pilotno testirane ali izvajane kratek čas, običajno v obliki skupnostnega centra za duševno zdravje, ki je v obliki centrov za primarno oskrbo ali bolnišnic (Petrea, 2012).

Za zagotavljanje storitev duševnega zdravja v skupnosti obstajajo številni modeli zagotavljanja storitev. Najpogostejša je obravnava v skupnosti, ki se izvaja prek skupin za duševno zdravje. Skupine za duševno zdravje so multidisciplinarne, vključno s poklici, kot so diplomirane medicinske sestre, psihiatri, psihologi in socialni delavci. Prav tako so lahko v skupnostno obravnavo vključeni vrstniški delavci (usposobljene osebe z diagnozo hude duševne motnje) (Barnett, et al., 2018; Roth, et al., 2021). Vrstniška podpora na področju duševnega zdravja je opredeljena kot podpora osebi s težavo v duševnem zdravju, ki jo zagotovijo ljudje z lastnimi izkušnjami s težavo v duševnem zdravju (Gillard & Holley, 2018). Kombinacija strokovnega znanja in interdisciplinarnih delovnih praks ter poklicev omogoča osebi z duševno motnjo celostno oskrbo, ki obravnava njegove zdravstvene, duševne in socialne potrebe (Roth, et al., 2021). V ospredju skupnostne obravnave v psihiatriji je oseba z duševno motnjo, ki predstavlja uporabnika storitev, zato je takšen pristop prilagojen njenim potrebam (Zupančič, 2017).

V prvem raziskovalnem vprašanju smo se spraševali: »Kakšna je značilnost dela medicinskih sester na področju duševnega zdravja in skupnostne obravnave v psihiatriji?« Diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi imajo edinstveno vlogo v skupnostni obravnavi v psihiatriji, saj njihova vloga temelji na širokem poznavanju bioloških, psiholoških in socioloških vidikov duševne motnje ter stisk oseb z duševno motnjo (Bryne, et al., 2013; Santangelo, et al., 2018). Vloga diplomirane medicinske sestre je nujno prilagojena potrebam oseb z duševno motnjo (Vanner & Keet, 2019). Diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi morajo biti zato ustrezno pripravljene zagotoviti celostno, na posameznika osredotočeno oskrbo, in upoštevati v okrevanje usmerjen pristop obravnave (McAllister, et al., 2014; Jasemi, et al., 2017). Naloga diplomirane medicinske sestre je zagotavljanje bioloških in psihosocialnih intervencij osebam z duševno motnjo, da bi preprečili hospitalizacijo in zmanjšali njihovo

izgubo ter izboljšali njihovo delovanje (Attepe Özden & Icagasiouglu Coban, 2018; Purtle, et al., 2020). Praksa skupnostne obravnave v psihiatriji je opredeljena kot aplikacija naborov zmožnosti, ki osebam z duševno motnjo pomaga pri prepoznavanju in prevzemanju odgovornosti za lastno okrevanje, dobro počutje ter pri opredelitvi svojih ciljev in želja. Praksa skupnostne obravnave v psihiatriji, usmerjena v okrevanje, je temelj sodobnega zagotavljanja storitev duševnega zdravja (Kennedy, 2017; Xiang Yang, et al., 2018; Hornik-Lurie, et al., 2018).

Okrevanje osebe z duševno motnjo je predvsem na oboleli osebi, vendar lahko strokovna oskrba in vodenje podpirata rezultate okrevanja (Khoury, 2019). Pristop, usmerjen v okrevanje, se osredotoča na osebo, obravnava stigmatizacijo in omogoča socialno vključenost ter izboljšuje kakovost življenja in sodelovanje v družbi (Boardman & Shepherd, 2012; Dawson, et al., 2016; Ellis & Alexander, 2016). Diplomirana medicinska sestra mora osebi z duševno motnjo pomagati odkriti upanje in sanje, da bo lahko živela bolj smiselno življenje, kljub nerazrešenim simptomom in motnjam (Xiang Yang, et al., 2018; Tanaka, et al., 2018). Varstvo duševnega zdravja, ki spodbuja okrevanje, zahteva, da je vizija okrevanja dostopna praksi medicinskih sester. Naloge diplomirane medicinske sestre na področju okrevanja v skupnostni obravnavi v psihiatriji so: podpora okrevanju, delovanju in identiteti osebe z duševno motnjo, nudenje upanja za ozdravitev, spodbujanje prednosti, talentov in lastnih virov osebe z duševno motnjo, skupno sprejemanje odločitev, delovanje v skupnosti, zagovorništvo, ohranjanje dostojanstva, sodelovanje s svojci ter podajanje in integracija pridobljenega znanja (Vanner & Keet, 2019; Scheydt & Hegedüs, 2021). Zagotavljanje skrbi za duševno zdravje vključuje usklajevanje duševnega zdravja, telesnega zdravja, socialnih storitev in zagotavljanje obravnave v skupnosti (Arya, 2020). V okrevanje usmerjena praksa vključuje opolnomočenje osebe z duševno motnjo, vrstniško podporo, pravico do ozaveščene izbire, spoštovanje individualnih potreb in pravico do etične obravnave (Hornik-Lurie, et al., 2018). Ključna načela prakse v skupnostni obravnavi v psihiatriji so: ublažitev stigme, perspektiva v podporo okrevanju, podporni odnosi in multidisciplinarni timski pristopi (Chester, et al., 2016). Pomemben javnozdravstveni ukrep, ki ga izvaja diplomirana medicinska sestra v okviru skupnostne obravnave v psihiatriji, je dejavno zmanjševanje stigmatizacije duševnih motenj (Vanner & Keet, 2019; Purtle, et al., 2020; Li, et al.,

2022). S preprečevanjem stigmatizacije diplomirana medicinska sestra vzdržuje socialno delovanje in poveča čas, ki ga oseba z duševno motnjo preživi v skupnosti (Attepe Özden & Icagasiouglu Coban, 2018).

Okrevanje oseb z duševno motnjo običajno poteka v osebem okolju in vključuje občutke, kot so upanje, razumevanje kompetenc in spretnost, dejavno in družabno življenje, osebna avtonomija in občutek smiselnega življenja s pozitivnim občutkom samega sebe (Boardman & Shepherd, 2012; Ng, et al., 2013). Nekatere osebe z duševno motnjo so v raziskavah opozorile na pomen upanja in prepričanje, da je okrevanje možno s strani diplomiranih medicinskih sester v skupnostni obravnavi, tudi ko osebe z duševno motnjo same niso bile zmožne videti v prihodnost (Aston & Coffey, 2012; Gunasekara, et al., 2014; Horgan, et al., 2018). Okrevanje je pogosto opisano kot potovanje, ki se vrti okoli moči, talentov in ciljev osebe z duševno motnjo. Diplomirana medicinska sestra je pogosto strokovnjak, ki ima največ stika z osebo z duševno motnjo ter je zato v edinstvenem položaju, da razpravlja in krepi talente osebe z duševno motnjo, še posebej v času, ko ta zmanjša zaupanje vase (Vanner & Keet, 2019). Sprejemanje pristopa okrevanja zahteva, da diplomirane medicinske sestre sodelujejo z osebami z duševno motnjo, da podprejo njihove cilje okrevanja. Razumevanje mnenj in pričakovanj oseb z duševno motnjo lahko oblikuje politiko in prakso duševnega zdravja (Moyo, et al., 2022). Raziskave kažejo pomen: spoštovanja vrednosti osebe z duševno motnjo (Eriksen, et al., 2013), vzpostavljanja terapevtskega zavezništva (Ness, et al., 2014; Davidson, et al., 2017; Femdal, 2018; Khoury, 2019), podpiranja oseb z duševno motnjo pri pridobivanju znanja in veščin za spopadanje z duševno motnjo (Russinova, et al., 2013), poslušanja pripovedi oseb z duševno motnjo brez presojanja na osnovi lastnih vrednot (Williams & Tufford, 2012), zavedanja stigme, ki jo doživljajo osebe z duševno motnjo (Stuber, et al., 2014), in prepoznavanja travmatičnih izkušenj osebe z duševno motnjo (Sumiko, 2021).

Skupnostna obravnava v psihiatriji bi morala vključevati oblikovanje sodelovalnih partnerstev med diplomirano medicinsko sestro v skupnostni obravnavi in osebo z duševno motnjo (Ness, et al., 2014). Slednje poveča osredotočenost na vrednote, preference, prednosti in cilje osebe z duševno motnjo ter okrepi odnos med diplomirano medicinsko sestro v skupnostni obravnavi in osebo z duševno motnjo (Slade, et al., 2015).

Medicinska sestra v skupnostni obravnavi v psihiatriji nudi farmakološko in psihološko obravnavo, kognitivno rehabilitacijo, urejanje veččin vsakodnevnega življenja, dejavno preživljanje prostega časa in psiho-izobraževanje. Omenjene dejavnosti lahko medicinska sestra opravlja prek ambulantnega zdravljenja s 24-urno obravnavo, z dnevno bolnišnično oskrbo in nego na domu (Diaz-Fernández, 2022). Diplomirana medicinska sestra v skupnostni obravnavi lahko obravnava osebo z duševno motnjo tudi v njenem domačem okolju, pri čemer vključuje tako poklicno kot zasebno vlogo osebe z duševno motnjo (Juhila, et al., 2015). Prav tako se od diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi pričakuje, da ne bo le obravnavala osebe z duševno motnjo, temveč tudi njeno družino in skupnost (Tew, et al., 2012). Diplomirana medicinska sestra mora družini nuditi psihološko izobraževanje in usmerjeno podporo (Ng, et al., 2013; Attepe Özden & Icagasiouglu Coban, 2018; McDonald, et al., 2021; Li, et al., 2022). Dokazano je, da vedenjske družinske intervencije prispevajo k zmanjšanju ponovitve duševne motnje in ponovnega sprejema v bolnišnico (Perry, et al., 2016). Diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi morajo zato biti prilagodljive in imeti sposobnost sodelovanja ter vzpostavljanja interakcij. Slednje lahko povzroči, da se pri diplomirani medicinski sestri v skupnostni obravnavi pojavijo napetost in dileme pri zagotavljanju individualnih obravnav oseb z duševno motnjo (Petersen Reed, et al., 2017).

Skupnostna obravnava v psihiatriji, ki jo vodi diplomirana medicinska sestra v vlogi koordinatorja, lahko podpira povečanje splošnega zadovoljstva oseb z duševno motnjo (Arya, 2020; Roth, et al., 2021). To zahteva predanost vsakega člana ekipe, skupno vizijo, jasno razdelitev vlog in skupni namen (Singh, 2018). Vodenje primerov je uveljavljen model za zagotavljanje obravnave in je namenjen vključitvi obravnave in podpore v širok spekter storitev za osebe z duševno motnjo (Carson Weinstein, et al., 2014; Dawson, et al., 2016; Li, et al., 2022). Vodenje primerov v večini primerov prevzame diplomirana medicinska sestra, ki je odgovorna za usklajevanje, povezovanje in dodeljevanje individualizirane oskrbe oseb z duševno motnjo. Diplomirana medicinska sestra v vlogi vodje primerov deluje v multidisciplinarnem timu, ki skrbi za osebo z duševno motnjo, in zagotavlja kontinuiteto oskrbe (Xiang Yang, et al., 2018; McDonald, et al., 2021; Diaz-Fernández, 2022). Programi skupnostne obravnave v psihiatriji vključujejo obiske medicinske sestre na domu, s katerimi medicinska sestra sodeluje pri obvladovanju

stresnih situacij in preventivi duševnega zdravja pri osebah z duševno motnjo. Delo medicinske sestre v skupnostni obravnavi v psihiatriji zahteva delo »od vrat do vrat« ter tako obravnava fizično in duševno zdravje oseb z duševno motnjo, preprečuje zlorabo substanc, sodeluje pri obvladovanju stresnih situacij in prepoznavi začetka duševnih motenj (Van Veen, et al., 2020). Medicinska sestra mora pri svojem delu ob zaznanih potrebah v skupnostno obravnavo vključiti tudi strokovnjake drugih področij, da lahko kakovostno prispeva k izboljšanju kakovosti življenja osebe z duševno motnjo (Vanner & Keet, 2019). Diplomirana medicinska sestra v multidisciplinarnem timu izvaja tudi psihosocialne intervencije. Psihosocialne intervencije so nepogrešljive pri skrbi za osebe z duševno motnjo. Njihov cilj je spremeniti socialno interakcijo, izboljšati socialno mrežo, spodbujati dejavno vlogo osebe z duševno motnjo, okrepiti neodvisnost in opolnomočenje, izboljšati praktične življenjske spretnosti ter se manj osredotočati na simptome in primanjkljaj. Osredotočenost psihosocialnih intervencij je na praktičnih ciljih (Becker & Kösters, 2012).

Zagotavljanje storitev duševnega zdravja in vloga duševnega zdravja sta se v zadnjih letih precej spremenila (Tondora, et al., 2014). Mednarodna uveljavitev filozofije deinstitucionalizacije in okrevanja duševnega zdravja (Ellison, et al., 2018) ter demokratizirajoči učinki gibanj oseb z duševno motnjo (Oates, et al., 2021) so povzročili vse večjo raznolikost vloge v delovni sili za duševno zdravje. V skladu s tem se je sestava sodobnih timov v skupnostni obravnavi v psihiatriji razširila na vrstniške in nevrstniške delavce za podporo duševnemu zdravju (Casey & Webb, 2021). Diplomirana medicinska sestra v skupnostni obravnavi mora biti torej usposobljena za delo v interdisciplinarnem timu (Walsh, et al., 2012; Carson Weinstein, et al., 2014; Zupančič, et al., 2014; Van Veen, et al., 2015). Delovanje multidisciplinarnega tima je zapleteno in zahteva globlje razumevanje različnih poklicev, ki delujejo v timih. Meje med poklici lahko delujejo kot ovira ter negativno vplivajo na komunikacijo in usklajevanje, kar lahko vpliva na varnost oseb z duševno motnjo in integracijo oskrbe (Ellis & Alexander, 2016; Haines, et al., 2018). V Sloveniji v multidisciplinarnem timu skupnostne obravnave v psihiatriji sodelujejo koordinatorji obravnave v skupnosti, ki so zaposleni na centrih za socialno delo, koordinatorji nadzorovane obravnave, ki so zaposleni v psihiatričnih bolnišnicah, in timi skupnostne psihiatrične obravnave v okviru zdravstvenih domov (Zupančič, et al.,

2014). Multidisciplinarne time sestavljajo psihiatri, diplomirane in srednje medicinske sestre, negovalci, farmacevti, socialni delavci ali svetovalci in psihologi (Fortney , et al., 2013; Carson Weinstein, et al., 2014). V obravnavo oseb z duševno motnjo morajo diplomirane medicinske sestre vključiti tudi tesno sodelovanje z bolnišnico in ostalimi ustanovami primarnega zdravstvenega varstva (Attepe Özden & Icagasiouglu Coban, 2018). Diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi v psihiatriji so izvajalke primarnega zdravstvenega varstva. Njihovo delo temelji na obiskih na domu, kjer redno spremljajo morebitne simptome duševne motnje, predlagajo spremembe v načrtu zdravljenja, ko je to potrebno, in komunicirajo o potrebah osebe z duševno motnjo s celotnim multidisciplinarnim timom (Hoeft, et al., 2017). Integracija skupnostne obravnave v psihiatriji je odvisna tudi od pripravljenosti diplomiranih medicinskih sester v skupnostni obravnavi, da sprejmejo spremembe in sodelujejo v multidisciplinarnem timu (Tee & Böckle, 2012).

Pri skupnostni obravnavi v psihiatriji je poudarek na spretnostih in kompetencah vseh sodelujočih v timu ter na spoštovanju avtonomnosti osebe z duševno motnjo (Zupančič, 2017). Celovite storitve duševnega zdravja v skupnosti vodijo do izboljšanja zdravstvenega varstva in rezultatov oseb z duševno motnjo, vključno s kakovostjo življenja, privrženostjo zdravljenju, z dostopnostjo zdravstvenega varstva in s socialnimi rezultati (Roth, et al., 2021). Poleg tega lahko zmanjša število dni, preživetih v bolnišnici, poveča zadovoljstvo oseb z duševno motnjo, zmanjša stopnjo samomorov in število sprejemov v bolnišnico (Van Veen, et al., 2015; Singh, 2018). Ob tem velja poudariti še naslednje koristi skupnostne obravnave v psihiatriji: večja informiranost, motiviranost, vključenost ter spremenljivostna in ustrežnejša obravnava oseb z duševno motnjo (Zupančič, 2017). Znano je, da osebe z duševno motnjo cenijo prispevek diplomiranih medicinskih sester v skupnostni obravnavi pri njihovi obravnavi, saj s svojim delom koristijo zdravju oseb z duševnimi motnjami glede povečanega dostopa do primarne oskrbe (Happell & Platania-Phung, 2019).

Naloga diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi je, da prepozna lastne predsodke osebe z duševno motnjo in se osredotoča na njene težave, da lahko oblikuje pozitiven odnos do podpore osebam z duševno motnjo (Sumiko, 2021). Načrtovanje

obrnave osebe z duševno motnjo temelji na stalnem ocenjevanju, mora biti prilagojenemu posamezniku, obravnavati vrsto vprašanj, ki lahko vplivajo na zdravje osebe in dobro počutje, ter ga mora soustvarjati z osebo z duševno motnjo (Dawson, et al., 2016). Medicinska sestra v skupnostni obravnavi se osredotoča na stabilizacijo osebe z duševno motnjo, z lajšanjem vsakdana osebe z duševno motnjo in izogibanjem ponovitvi duševne motnje (Van Veen, et al., 2020). Vse intervencije, ki jih izvajajo diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi, vključujejo sodelovanje z osebo z duševno motnjo: to sodelovanje je proces, ki se gradi postopoma in ni takojšen (Hartley, et al., 2020; Jiménez, et al., 2022). Diplomirana medicinska sestra v skupnostni obravnavi v psihiatriji mora redno ocenjevati in načrtovati oskrbo osebe z duševno motnjo in njenih svojcev, zagotavljati neposredno oskrbo in svetovanje osebam z duševno motnjo, spremljati in vrednotiti oskrbo (Scheydt & Hegedüs, 2021). Zato je za kakovostno skupnostno obravnavo v psihiatriji terapevtski odnos s pozitivnimi povezavami med zaznano vpletenostjo osebe z duševno motnjo, zadovoljstvom in opolnomočenjem osrednjega pomena (Carson Weinstein, et al., 2014; Bee, et al., 2015; Tambuyzer & Van Audenhove, 2015; Dawson, et al., 2016). Terapevtska povezava ni samo pomoč, temveč je konstrukt, ki se vzpostavi med diplomirano medicinsko sestro v skupnostni obravnavi in osebo z duševno motnjo, z namenom favoriziranja, spodbujanja in krepitev terapevtskega odnosa (Jiménez, et al., 2022). Dober terapevtski odnos je »temeljni kamen« skupnostne obravnave v psihiatriji (Hawamdeh & Fakhry, 2014; McAllister, et al., 2014; Delaney, et al., 2017; Scheydt & Hegedüs, 2021) in je zelo pomemben za pozitivne rezultate oseb z duševnimi motnjami, vendar raziskave kažejo, da so metode za razvoj in vzdrževanje tega odnosa slabe (Hartley, et al., 2020; Van Veen, et al., 2021). Terapevtski odnos vsebuje dve razsežnosti: zavezništvo, povezano z nalogo, in osebno zavezništvo. Prvo se nanaša na vidike načrtovanja zdravljenja, ciljno usmerjenost, razumevanje nalog in vlaganje v terapijo. Drugi se nanaša na medosebni odnos med diplomirano medicinsko sestro in osebo z duševno motnjo, vključno z empatičnim razumevanjem, stopnjo spoštovanja, socialno vezjo in podporo (Perry, et al., 2016). Aktivno poslušanje, empatija in razumevanje individualnih izkušenj oseb z duševno motnjo so ključnega pomena za vzpostavitev kakovostnega terapevtskega odnosa (Delaney, et al., 2017; Hawamdeh & Fakhry, 2014; McAllister, et al., 2019). Uporaba empatije je opredeljena kot močno orodje pri ohranjanju terapevtskega odnosa v primerih

konfliktov med diplomirano medicinsko sestro v skupnostni obravnavi in osebo z duševno motnjo (Gerace, et al., 2018). Terapevtski odnos zagotavljajo še spoštovanje, neformalna komunikacija in zanimanje za težave osebe z duševno motnjo (Molin, et al., 2016; Molin, et al., 2017; Molin, et al., 2018). Medsebojno spoštovanje med diplomirano medicinsko sestro in osebo z duševno motnjo je bistvenega pomena pri načrtovanju terapevtskega odnosa od začetka skupnostne obravnave osebe z duševno motnjo. Vzajemno razumevanje in skupne vrednote lahko izboljšajo terapevtski odnos med diplomirano medicinsko sestro in osebo z duševno motnjo. Razvoj skupne vizije med diplomirano medicinsko sestro in osebo z duševno motnjo, ki jo dosežeta s terapevtskim odnosom, je pomembna za izboljšanje duševnega zdravja in spodbujanje okrevanja (Ng, et al., 2013). Ti atributi vključno z empatijo so skladni z osnovno filozofijo celostne oskrbe in pristopom k praksi, ki je usmerjena v okrevanje osebe z duševno motnjo (Bryne, et al., 2013; Jasemi, et al., 2017). Diplomirana medicinska sestra v skupnostni obravnavi mora izkazovati razumevanje življenjskih izkušenj osebe z duševno motnjo in vzpostaviti odnos brez obsojanja. Občutki osebe z duševno motnjo so pomemben del terapevtskega odnosa (Cutcliffe, et al., 2015). Ko osebe z duševno motnjo čutijo, da so sprejete in jih medicinske sestre spoštujejo kot osebe, je veliko verjetnejše, da bodo sodelovale v terapevtskem zavezništvu (Horgan, et al., 2018). Osebe z duševno motnjo pozitivno prispevajo k terapevtskemu odnosu. Med osebami z duševno motnjo je negativen odnos do zdravljenja povezan s šibkejšim terapevtskim odnosom, medtem ko je močan terapevtski odnos zgrajen na občutku zaupanja osebe z duševno motnjo v diplomirano medicinsko sestro (Perry, et al., 2016). Pomembno je poudariti tudi pomen ustrezne komunikacije diplomirane medicinske sestre. Dobre komunikacije med diplomirano medicinsko sestro in osebo z duševno motnjo ni mogoče preceniti. Pri komunikaciji mora biti diplomirana medicinska sestra pravočasna, primerna in temeljita, z osebo z duševno motnjo mora najti skupni jezik razumevanja. Vloge diplomirane medicinske sestre in osebe z duševno motnjo morajo biti točno določene, saj je tako zaupnost izmenjave informacij učinkovitejša (Ng, et al., 2013; Li, et al., 2022). Pogostejši in daljši stiki med diplomirano medicinsko sestro in osebo z duševno motnjo krepijo terapevtsko zavezo in vodijo k pozitivnim rezultatom obravnave (Perry, et al., 2016). Delo medicinske sestre v skupnostni obravnavi v psihiatriji pogosto poteka v treh fazah. V prvi fazi medicinska sestra poskuša optimalno oceniti zdravstveno stanje osebe z duševno motnjo. V tej fazi

se prav tako medicinska sestra in oseba z duševno motnjo dogovorita, na kakšen način želita komunicirati med seboj (Van Veen, et al., 2020). Medicinska sestra v prvi fazi naredi začetno oceno zdravstvenega stanja skupaj z osebo z duševno motnjo in njenimi svojci (Diaz-Fernández, 2022). V drugi fazi procesa skupnostne obravnave v psihiatriji medicinska sestra in oseba z duševno motnjo razjasnita cilje in naloge procesa ter opredelita potrebe in morebitne težave, ki bi nastale pri doseganju zastavljenih ciljev (Van Veen, et al., 2020). V tej fazi medicinska sestra izdela individualiziran načrt oskrbe osebe z duševno motnjo. Pri tem pogosto uporablja negovalne diagnoze po NANDI (Diaz-Fernández, 2022). Cilj medicinske sestre v tretji fazi procesa skupnostne obravnave je izboljšati socialno stanje in duševno delovanje osebe z duševno motnjo (Van Veen, et al., 2021). Na koncu procesa skupnostne obravnave v psihiatriji mora medicinska sestra oceniti izide procesa in načrtovati nadaljnje ukrepanje (Diaz-Fernández, 2022). Naštete faze se v skupnostni obravnavi v psihiatriji uvajajo zaporedoma ter vključujejo upravljanje odnosov in motivacijske intervjuje, terapijo, osredotočeno na rešitve, ali vodenje primerov in kognitivno vedenjsko terapijo. Poudarek medicinske sestre je na medosebnih stikih osebe z duševno motnjo (Van Veen, et al., 2020).

Diplomirana medicinska sestra v skupnostni obravnavi mora biti tudi ustrezno usposobljena. Najbolj usposobljene so diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi z največ izkušnjami na tem področju. Diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi lahko pridobijo usposobljenost z usposabljanjem (vključno s pripravništvom), pisnimi viri in osebnim ali telenadzorom (Xiang Yang, et al., 2018; Saraceno, et al., 2015; Flis-Aimé, et al., 2018). Ob tem se je treba zavedati, da skupnostna obravnava v psihiatriji nima le koristi za osebo z duševno motnjo, temveč tudi za diplomirano medicinsko sestro v skupnostni obravnavi, in sicer ji omogoča boljše doseganje ciljev, timsko podporo, večjo prilagodljivost in mobilnost ter povratne informacije o vključenosti, kakovosti izvedbe in učinku obravnave (Zupančič, 2017). Pomen in potrebe po ustreznem znanju in veščinah za medicinske sestre, ki se srečujejo z osebami z duševno motnjo, so zapisani in pravno opredeljeni tudi v Resoluciji o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028. Vlaganje v izobraževanje in usposabljanje je ključni element implementacije skupnostne obravnave v psihiatriji ter je hkrati odgovornost vseh ključnih resorjev. Zato je pomembno izobraževalne vsebine o

varovanju duševnega zdravja vključiti še v kurikulum osnovnih in srednjih šol, strokovnih srednješolskih in visokošolskih ravni za poklice v zdravstvu, socialni in družini, vzgoji in izobraževanju, pravosodju in organih pregona. V namen čim večje usposobljenosti medicinskih sester za delo v skupnostni obravnavi v psihiatriji je treba medicinske sestre izobraževati za delo v interdisciplinarnih timih, za zgodnje odkrivanje in obravnavo pogostih duševnih motenj ter triažo. Uvesti je treba dodiplomsko smer izobraževanja na področju zdravstvene nege in socialnega dela oziroma specializacijo s področja duševnega zdravja za zdravstveno nego in dopolnitev usposabljanja medicinskih sester (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028, 2018).

Številne raziskave so opozorile na številna vprašanja, ki se pojavljajo pri izvajanju skupnostne obravnave v psihiatriji. Prvo vprašanje je neustrezno izobraževanje in usposabljanje diplomiranih medicinskih sester v skupnostni obravnavi (Gale & Marshall-Lucette, 2012; Cusack, et al., 2017; Doyle, et al., 2018). Nekatere raziskave navajajo, da je pomembno zagotoviti integrirana izobraževanja o zdravstveni negi v skupnostni oskrbi v psihiatriji že v sklopu dodiplomskih študijskih programov, saj lahko le na ta način dobimo več kompetentnih diplomiranih medicinskih sester v skupnostni obravnavi (Sherwood, 2019; Kang & Joung, 2020). Vključevanje študentov v skupnostno obravnavo v psihiatriji tekom študija omogoča, da pomagajo pri oskrbi oseb z duševno motnjo in s tem dobijo dragocene vpoglede v proces dela skupnostne obravnave v psihiatriji. Takšen način pridobivanja usposobljenih in kompetentnih diplomiranih medicinskih sester v skupnostni obravnavi uporabljajo v Združenem kraljestvu, Avstraliji in Severni Evropi (Terry, 2013). Nujna potreba po delovni sili v skupnostni obravnavi v psihiatriji s spretnostmi, znanjem in odnosom za zagotavljanje strokovnega vodenja pri krmarjenju v spreminjajočem se okolju predstavlja izzive. Težave pri privabljanju zadostnega števila usposobljenih diplomiranih medicinskih sester v skupnostni obravnavi se nenehno opažajo, še posebej v državah z generičnim pristopom k izobraževanju zdravstvene nege. Kot se pogosto zgodi, so ti izzivi deležni bistveno več pozornosti kot strategije in rešitve, ki bi spremenile situacijo (Happell, et al., 2020).

Druga težava je uporaba več opredelitev »modela okrevanja«, saj se enak izraz uporablja tako v akutni bolnišnični oskrbi, rehabilitacijskih enotah kot v skupnostni obravnavi

(Cleary, et al., 2013; Kidd, et al., 2015; Parker, et al., 2017). V vsakem od teh področij, kjer prevladuje biomedicinski model, okrevanje usmerja praksa, ki zahteva spoprijemanje s strahom osebe z duševno motnjo pred spremembami, hkrati reformira konvencionalna prepričanja medicinskih sester (Marynowski-Traczyk, et al., 2013; Hungerford & Fox, 2014). Najpomembnejša ovira za normalizacijo »modela okrevanja« v skupnostni obravnavi v psihiatriji so obstoječe predstave medicinskih sester (Tanaka, 2019). Programi skupnostne obravnave v psihiatriji se v številnih državah še vedno močno osredotočajo na biomedicinske pristope k skrbi za duševno zdravje. Velik poudarek je na preučevanju simptomov in diagnoze, pri čemer praksa in večšine zdravstvene nege pogosto izhajajo iz te paradigme (Happell, et al., 2020).

V drugem raziskovalnem vprašanju smo se spraševali: »Katera pravna načela zavezujejo medicinsko sestro pri delu z osebo z duševno motnjo?« Zakon v vsaki državi oblikuje politike, postopke in smernice, ki se uporabljajo v psihiatrični obravnavi (Cusack, et al., 2017). Proces deinstitucionalizacije je postopno premaknil osredotočenost psihiatrične prakse na okolja obravnave v skupnosti. Sprejetje tega skupnostnega pristopa je spremljala razširitev pravnih okvirjev za sankcioniranje uporabe prisile za olajšanje psihiatričnih preiskav in zdravljenje (Lepping, et al., 2016). Države, kot so Avstralija, Belgija, Anglija, Portugalska in ZDA, že imajo postavljeno zakonodajo, ki vsebuje možnost prisile posameznika v skupnostno obravnavo (Rugkasa & Burns, 2017). Tudi v Sloveniji sodobne psihiatrične smernice vodijo v dve smeri, in sicer: intenzivno zdravljenje v psihiatričnih bolnišnicah in nepretrgano spremljanje oseb z duševno motnjo v skupnosti (Raduha, 2016).

Obvezno ambulantno zdravljenje, pri nas imenovana nadzorovana obravnava, je način neprostovoljne obravnave, pri katerem je upoštevanje načrta zdravljenja pravna obveznost osebe z duševno motnjo v skupnostni obravnavi v psihiatriji (Barnett, et al., 2018). Nadzorovana obravnava v skupnostni obravnavi v psihiatriji pomeni pomemben poseg v temeljne pravice in svoboščine osebe z duševno motnjo. Uporaba tega lahko osebo z duševno motnjo prisili k dejanjem, ki se jih sicer ne bi lotila (Almeida & Molodynski, 2016). Naloga medicinske sestre v skupnostni obravnavi je varovati človekove pravice in jih ne kršiti. Medicinska sestra tesno sodeluje z osebo z duševno

motnjo in lahko kritično oceni, kdaj so njene človekove pravice kršene (Vanner & Keet, 2019). Nadzorovana obravnava je uveljavljena v 75 državah sveta, njen namen je upravljanje zakonsko predpisanega zagotavljanja obravnave osebam z duševno motnjo in visoko stopnjo potreb (Rugkasa, 2016). Natančneje nadzorovana obravnava pooblašča zaposlene v nadzorovani obravnavi v psihiatriji, da določijo pogoje zdravljenja, ki jih mora oseba z duševno motnjo upoštevati. V nasprotnem primeru se mora oseba z duševno motnjo vrniti v psihiatrično bolnišnico. Ta način omogoča diplomiranim medicinskim sestram v nadzorovani psihiatriji, da oblikujejo načrt zdravljenja z odločitvijo, katere pogoje mora oseba z duševno motnjo v skupnosti izpolnjevati. Običajno ta stanja vključujejo jemanje predpisanih zdravil in obiskovanje sestankov, lahko se razširijo tudi na druga življenjska področja, če se to zdi potrebno za doseganje terapevtskih ciljev (Dunn, et al., 2016).

Argumenti v korist nadzorovani obravnavi se osredotočajo na njeno zaznano uporabnost v klinični praksi (Mustafa, 2015) in na zaščito oseb z duševno motnjo, na primer v smislu olajšanja skladnosti z zdravljenjem, spodbujanja manj restriktivnega okolja, zmanjšanja hospitalizacije in preprečevanja sprejemov v psihiatrično bolnišnico (Martinho, et al., 2022). Druge pozitivne utemeljitve vključujejo obveznost družbe, da skrbi za osebe z duševnimi motnjami. Ti argumenti nakazujejo, da osebam z duševno motnjo morda primanjkuje sposobnosti presoje, vpogleda ali odločanja, zaradi česar niso sposobne samostojno sprejemati odločitev glede svojega zdravja (Newton-Howes, 2019). Zato bi bilo posredovanje države upravičeno z njeno dolžnostjo zaščititi osebe z duševno motnjo, ki niso sposobne ravnati v svojo največjo korist (Martinho, et al., 2022).

Začetek skupnostne obravnave v psihiatriji se razlikuje med državami. V državah, kot so Anglija, Švedska in Portugalska, se lahko izvede šele po hospitalizaciji. V drugih državah, kot je Škotska, se lahko uporabi že pred hospitalizacijo (Rugkasa & Burns, 2017). Kljub tem razlikam pogoji na splošno zahtevajo prisotnost duševne motnje, tveganje za škodo sebi ali drugim ter zavrnitev zdravljenja (Martinho, et al., 2022).

Nadzorovana obravnava v skupnostni oskrbi v psihiatriji predstavlja medicinske, pravne, socialne in etične izzive (Newton-Howes, 2019). Kljub temu se etične razprave o

nadzorovani obravnavi v psihiatriji pogosto osredotočajo na načelo avtonomije. Ta razprava se običajno osredotoča na etične utemeljitve za in proti obstoju nadzorovane obravnave v celoti, s čimer postavlja etično razpravo na predklinično raven. Dejstvo je, da nadzorovana obravnava v skupnostni obravnavi v psihiatriji ostaja pravni instrument v več državah, medtem ko se je njena uporaba v zadnjih letih povečala (Dawson, 2016; Rugkasa & Burns, 2017).

Nadzorovana obravnava v psihiatriji predstavlja močno omejevanje svobode osebe z duševno motnjo in samoodločanja. Vendar njenega trenutnega obstoja in uporabe ni mogoče prezreti, zlasti zato, ker je njena baza dokazov v najboljšem primeru sporna. Sredi negotovosti obstoja glede svoje vloge nadzorovana obravnava v psihiatriji upravičuje nadaljnjo razpravo in analizo z namenom etičnega oblikovanja njegovega izvajanja (Martinho, et al., 2022). Kot primer naj navedemo Portugalsko, kjer bi morali spremeniti ustavo, da bi vključili zakon o duševnem zdravju (Almeida & Molodynski, 2016).

Nadzorovana obravnava v psihiatriji je ena izmed najbolj kontroverznih tem v psihiatriji (Mustafa, 2018). Podporniki nadzorovane obravnave v psihiatriji trdijo, da ta oblika terapevtske uveljavitve spodbuja skladnost z zdravljenjem, potencira preprečevanje ponovitve in zmanjša število sprejemov v bolnišnico (Rugkasa, 2016). Poleg tega lahko nadzorovani obravnavi v psihiatriji predstavlja manj prisilno sredstvo kot hospitalizacija, zlasti pri osebah z duševno motnjo, ki imajo težave z vzdrževanjem okrevanja in upoštevanjem načrtov zdravljenja ter so zato pogosto hospitalizirani. Poleg tega lahko nadzorovana obravnava v psihiatriji zmanjša tveganje za poškodbe oseb z duševno motnjo in drugih ter odpravi strah javnosti pred poškodbami, ki jih povzročijo takšne osebe (Rugkasa & Burns, 2017). Poleg tega etična stališča, ki dajejo prednost nadzorovani obravnavi v psihiatriji, temeljijo na ideji, da slednje omogoča dolgotrajnejše zdravljenje, ki je bolj zaželeno kot pogostejše krajše hospitalizacije (Martinho, et al., 2022). Na osnovi tega argumenta drugi poudarjajo, da sta tako avtonomija kot dobrotljivost enakovredni načeli in posledično vrednost avtonomije ne bi smela izpodriniti vrednosti dobrotljivosti. V skladu s tem bi moralo imeti varovanje zdravja osebe z duševno motnjo enako vrednost kot varovanje avtonomije osebe z duševno motnjo in eno ne bi smelo imeti prednosti pred drugim (Lepping, et al., 2016).

Izboljšanje duševnega zdravja je eden od strateških ciljev politik Evropske unije, ki mu je zadnjih nekaj let namenjeno veliko pozornosti in političnih dejavnosti Evropske unije in njenih držav članic. V Sloveniji je v ta namen nastal pravni dokument Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, s katerim se uvajajo regionalni centri za duševno zdravje, ki bodo kadrovsko in vsebinsko nadgradili obstoječe službe za duševno zdravje ter hkrati omogočili sodelovanje in povezanost vseh služb za duševno zdravje. Predlog Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja je povezan z ostalimi obstoječimi pravnimi dokumenti v Republiki Sloveniji, to so: Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 Skupaj za družbo zdravja, Strategija razvoja Slovenije 2030, Strategija dolgožive družbe, Program za otroke, Resolucija o nacionalnem programu za mladino 2013–2022, Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020, Strategija za obvladovanje demence v Sloveniji do leta 2020, Zakon o celostni zgodnji obravnavi predšolskih otrok s posebnimi potrebami ter rešitvami v predlogu Zakona o dolgotrajni oskrbi in Družinski zakonik. Torej v skladu s pravnimi podlagami mora Slovenija spodbujati skrb za duševno zdravje, podpirati socialnovarstvene programe in neformalne oblike pomoči osebam z duševno motnjo v skupnosti, integrirati službe za duševno zdravje v osnovno raven pomoči v zdravstvenih domovih in centrih za socialno delo, omejiti sprejeme v psihiatrične bolnišnice in zavode ter preusmeriti zahteve iz institucionalne v skupnostne oblike obravnave v psihiatriji (Resolucija o Nacionalnem programu za mladino 2013–2022, 2013; Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020, 2013; Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«, 2016; Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje, 2016; Družinski zakonik, 2017; Služba Vlade Republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko, 2017; Vlada Republike Slovenije, 2017; Zakon o celostni zgodnji obravnavi predšolskih otrok s posebnimi potrebami, 2017; Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, 2018; Vlada Republike Slovenije, 2020; Zakon o dolgotrajni oskrbi, 2020). Razen navedenih dokumentov se je Slovenija leta 2005 s podpisom Deklaracije Svetovne zdravstvene organizacije zavezala, da se bo pridružila in sodelovala pri skupnih naporih Evropske unije za izboljšanje zdravstvenega varstva na področju duševnega zdravja (Raduha, 2016). Omeniti velja, da čeprav je skupnostna obravnava v Sloveniji nedorečena in nedosledna, je bila Slovenija med prvimi državami

v svetu, ki je uvajala terapevtske skupnosti. V Sloveniji so se bivalne skupnosti uvajale postopoma in strokovno. Vlada Republike Slovenije je v ta namen sprejela program Nacionalnega varstva do leta 2005. S tem je Slovenija dobila formalno podlago za razširitev skupnostne obravnave v psihiatriji (Raduha, 2016).

Raziskave kažejo, da diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi potrebujejo podporo v obliki ustrezne zakonodaje in smernic, ki upoštevajo spreminjajočo se vlogo diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi (Cusack, et al., 2017).

2.5.1 Omejitve raziskave

Ugotovili smo, da je oblika skupnostne obravnave v psihiatriji po svetu že razvita, vendar so sistemi in način dela nedorečeni oziroma se od države do države razlikujejo. Zato je bilo težko opredeliti sisteme dela in pravne vidike skupnostne obravnave v psihiatriji. Svetovna zdravstvena organizacija je tudi podala smernice, da naj bi države oblikovale politike skupnostne obravnave v psihiatriji, vendar večini držav tega ni uspelo narediti. Zato podrobnejšega opisa pravnih načel in sistemov skupnostne obravnave v psihiatriji ni bilo mogoče opisati z iskalnimi nizi, ki smo jih določili v dispoziciji diplomskega dela.

2.5.2 Prispevek za prakso in priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Vse bolj se priznava potreba po praksah zagotavljanja kakovosti v intervencijah skupnostne obravnave v psihiatriji in kliničnih preizkušanjih zagotavljanja zdravstvenih storitev. Priporočljiva je uporaba formalnih, sistematičnih in merljivih sistemov vrednotenja dela (Flis-Aimé, et al., 2018). Ponudba skupnostne obravnave v psihiatriji je omejena. Obstoječe storitve veljajo za težko dostopne in predstavljajo težave pri uporabi, predvsem zaradi tega, ker so slabo opredeljene in identificirane (Salime, et al., 2022). Tudi v slovenskem prostoru so službe skupnostne obravnave v psihiatriji neenakomerno pokrite, medicinske sestre zaposlene na psihiatričnem področju neustrezno razporejene, kar posledično pomeni različno dostopnost do zdravstvene oskrbe (Zupančič, et al., 2014). Prav zato raziskave kažejo na potrebo po oblikovanju novih modelov oskrbe na področju skupnostne obravnave v psihiatriji. Pri oblikovanju novih modelov oskrbe na področju

skupnostne obravnave v psihiatriji moramo biti pozorni tudi na dodatno usposabljanje diplomiranih medicinskih sester, ki bodo delovale na tem področju. Največ znanja si diplomirana medicinska sestra pridobi z izkušnjami pri delu, vendar je treba učne vsebine vključiti v učne kurikule srednjih šol in zdravstvenih fakultet.

Omeniti velja tudi pomanjkanje raziskav, ki preučujejo skupnostno obravnavo v psihiatriji. Po našem mnenju je pomanjkanje raziskav priložnost za nadaljnje široko raziskovanje področja skupnostne obravnave v psihiatriji tako v slovenskem prostoru kot v tujini.

Ugotovili smo, da je v tujini tematika skupnostne oskrbe v psihiatriji relevantna in pogosto predstavlja predmet raziskav. V slovenskem prostoru je raziskav o skupnostni obravnavi v psihiatriji zelo malo. Zato bi bilo smiselno tudi v slovenskem prostoru narediti večje raziskave o skupnostni obravnavi v psihiatriji in poskrbeti za večjo prepoznavnost le-te. Možnosti za razvoj kakovostne skupnostne obravnave v psihiatriji v Sloveniji je še veliko. Po našem mnenju je najprej treba vzpostaviti ustrezne sisteme skupnostne obravnave v psihiatriji ter izobraziti diplomirane medicinske sestre v skupnostni obravnavi, da bodo lahko v skupnostni obravnavi enakovredni in enakopravni član multidisciplinarnega tima. Ob tem velja poudariti tudi, da je treba skupnostno obravnavo v psihiatriji podrobneje opredeliti tudi v slovenski zakonodaji ter diplomiranim medicinskim sestram v skupnostni obravnavi določiti kompetence, ki jih bodo vodile pri opravljanju njihovega dela.

3 ZAKLJUČEK

Skupnostna obravnava v psihiatriji je namenjena podpori in zdravljenju oseb z duševno motnjo v domačem okolju oziroma skupnosti namesto v psihiatrični ustanovi. Nabor storitev skupnostne obravnave v psihiatriji se od države do države zaradi različnih zdravstvenih sistemov razlikuje. Storitve duševnega zdravja v skupnosti so dostopnejše in učinkovitejše, zmanjšujejo socialno izključenost in imajo verjetno manj možnosti za zanemarjanje in kršitve človekovih pravic v primerjavi s psihiatričnimi bolnišnicami. Medicinska sestra v skupnostni obravnavi v psihiatriji mora obvladati številne veščine in tehnike, s katerimi zagotovi kakovostno obravnavo oseb z duševno motnjo. Zagotavljati mora celostno in etično obravnavo osebe z duševno motnjo. Pri tem se mora osredotočati na osebo z duševno motnjo ter hkrati vključevati v obravnavo še svojce in skupnost. Medicinska sestra pomaga osebi z duševno motnjo pri stigmatizaciji in opolnomočenju. Ob tem mora osebi z duševno motnjo izkazovati veliko mero spoštovanja, podpore, poslušanja in empatije ter z njo zgraditi terapevtsko zaveznitvo. Usposobljenost medicinska sestra pridobi z izkušnjami, ki temeljijo tudi na ustreznem usposabljanju, izobraževanju in pravnih načelih. Pravne vidike v skupnostni obravnavi predstavljajo medicinski, socialni in etični izzivi. Zato so strateški cilji politik Evropske unije in njenih držav članic usmerjeni v krepitev duševnega zdravja in pripravo zakonskih podlag za ureditev le-tega. V Sloveniji v ta namen obstaja dokument Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028.

4 LITERATURA

Abdalahim, A.A., 2013. Stress and coping among psychiatric nurses. *Middle East Journal of Nursing*, 665(1), pp. 1-8.

Agyapong, V., Osei, A., Farren, C. & McAuliffe, E., 2015. Task shifting – Ghana's community mental health workers' experiences and perceptions of their roles and scope of practice. *Global Health Action*, 8(10), pp. 1-15.

Almeida, T. & Molodynski, A., 2016. Compulsory admission and involuntary treatment in Portugal. *BJPsych international*, 13(1), pp. 17-19.

Al-Sagarat, A.Y. et al., 2017. Validating the psychiatric nurses methods of coping questionnaire: Arabic version. *BMC Psychiatry*, 17(1), p. 410.

American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5ed. Washington: American Psychiatric Publishing.

Andresen, J.H., Tjørnhøj-Thomsen, T., Reventlow, S. & Davidsen, A.S., 2019. Challenging care work: General practitioners' perspectives on caring for young adults with complex psychosocial problems. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 25(2), pp. 214-230.

Arya, D., 2020. Case management, care-coordination and casework in community mental health services. *Asian Journal of Psychiatry*, 50(2020), pp. 1-5.

Aston, V. & Coffey, M., 2012. Recovery: what mental health nurses and service users say about the concept of recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(3), pp. 257-263.

Attepe Özden, S. & Icagasiouglu Coban, A., 2018. Community Based Mental Health Services in the eye of community mental health professionals. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(3), pp. 186-194.

Aveyard, H., 2014. *Doing a Literature Review in Health and Social Care- A Practical Guide*. New York: Open University Press.

Aveyard, H., 2014. *Doing A Literature Review In Health And Social Care: A Practical Guide*. United Kingdom: Open University Press.

Barnett, P., et al., 2018. Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), pp. 1013-1022.

Becker, T. & Kösters, M., 2012. Psychosocial interventions in people with severe mental illness: a Bleulerian perspective. *Neuropsychobiology*, 66(1), pp. 70-75.

Bee, P., Brooks, H., Fraser, C. & Lovell, K., 2015. Professional perspectives on service user and carer involvement in mental health care planning: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), pp. 1834-1845.

Boardman, J. & Shepherd, G., 2012. RECOVERY: Implementing recovery in mental health services. *International Psychiatry: bulletin of the Board of International Affairs of the Royal College of Psychiatrists*, 9(1), pp. 6-8.

Bønes, E., Granja, C. & Solvoll, T., 2022. Implementation of the Flexible Assertive Community Treatment (FACT) Model in Norway: eHealth Assessment Study. *Journal of Medical Internet Research*, 24(1), p. e32220.

Bryne, L., Happell, B., Welch, T. & Moxham, L.J., 2013. 'Things you can't learn from books': teaching recovery from a lived experience perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(3), pp. 195-204.

Butterworth, T., 2018. National and International learning from 'Playing our Part': An exercise in consultation and debate with the public and the profession on the work of graduate and registered mental health nurses in the UK. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), pp. 3-6.

Cabral, J., Barreto Carvalho, C., Motta, C. & Sousa, M., 2018. Validation of the Community Integration Scale for Adults with Psychiatric Disorders (CIS-APP-34). *Community Mental Health Journal*, 54(4), pp. 673-681.

Carson Weinstein, L. et al., 2014. Transforming Assertive Community Treatment Into an Integrated Care System: The Role of Nursing and Primary Care Partnerships. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(1), pp. 64-71.

Casey, B. & Webb, M., 2021. Experiences of mental health support workers in mental healthcare practice: Three visual arts narratives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(6), pp. 1018-1028.

Chesney, E., Goodwin, G. & Fazel, S., 2014. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, 13(2), pp. 153-160.

Chester, P. et al., 2016. "What is the work of Recovery Oriented Practice? A systematic literature review". *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(4), pp. 270-285.

Chow, W. & Priebe, S., 2013. Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC Psychiatry*, 169(1), pp. 13-16.

Cleary, M., Horsfall, J., O'Hara-Aarons, M. & Hunt, G., 2013. Mental health nurses' views of recovery within an acute setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(3), pp. 205-212.

Clemmensen, M.B. & Køppe, S., 2019. Normality, subjectivity and mental health: A genealogy of Danish psychiatry, 1938–2017. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 25(2), pp. 231-249.

Conceicao Martins, M., Chaves, C. & Campos, S., 2014. Coping Strategies of Nurses in Terminal Ill. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 113(7), pp. 171-180.

Corrigan, P. & Raop, D., 2012. On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Canadian Journal of psychiatry*, 57(8), pp. 464-469.

Cusack, E., Killoury, F. & Nugent, L.E., 2017. The professional psychiatric/mental health nurse: skills, competencies and supports required to adopt recovery-orientated policy in practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(2), pp. 93-104.

Cutcliffe, J. et al., 2015. Raiders of the Lost Art: A review of published evaluations of inpatient mental health care experiences emanating from the United Kingdom, Portugal, Canada, Switzerland, Germany and Australia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(5), pp. 375-385.

Davidson, L., Tondora, J., Pavlo, A. & Stanhope, V., 2017. Shared decision making within the context of recovery-oriented care. *Mental Health Review Journal*, 22(3), pp. 179-190.

Dawson, J., 2016. Doubts About the Clinical Effectiveness of Community Treatment Orders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(1), pp. 4-6.

Dawson, S., Lawn, S., Simpson, A. & Muir-Cochrane, E., 2016. Care planning for consumers on community treatment orders: an integrative literature review. *BMC Psychiatry*, 16(1), p. 394.

Delaney, K., Shattell, M. & Johnson, M., 2017. Capturing the Interpersonal Process of Psychiatric Nurses: A Model for Engagement. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(6), pp. 634-640.

Dey, M. et al., 2020. Stigmatizing attitudes of Swiss youth towards peers with mental disorders. *PLoS One*, 15(7), p. e0235034.

Diaz-Fernández, S., 2022. The mental health nurse as case manager of a patient with severe schizophrenia. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 32(1), pp. 60-64.

Dieterich, M. et al., 2017. Intensive Case Management for Severe Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 43(3), pp. 698-700.

Doyle, L. et al., 2018. Preparing master-level mental health nurses to work within a wellness paradigm: Findings from the eMenthe project. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), pp. 823-232.

Drissi, N. et al., 2020. Connected Mental Health: Systematic Mapping Study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), p. e19950.

Družinski zakonik, 2017. *Uradni list RS, št. 15/17*. Ljubljana.

Dunn, M. et al, 2016. An empirical ethical analysis of community treatment orders within mental health services in England. *Clinical Ethics*, 61(1), pp. 15-24.

Ellis, H. & Alexander, V., 2016. Eradicating Barriers to Mental Health Care Through Integrated Service Models: Contemporary Perspectives for Psychiatric-Mental Health Nurses. *Archives of Psychiatry Nursing*, 30(3), pp. 432-438.

Ellison, M.L. et al., 2018. Explication and Definition of Mental Health Recovery: A Systematic Review. *Administration and Policy in Mental Health*, 45(1), pp. 91-102.

Eriksen, K.Å. et al., 2013. "We are all fellow human beings": mental health workers' perspectives of being in relationships with clients in community-based mental health services. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(12), pp. 883-891.

Eriksen, K. et al., 2013. "We are all fellow human beings": mental health workers' perspectives of being in relationships with clients in community-based mental health services. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(12), pp. 883-891.

Femdal, I., 2018. The right place? Users and professionals' constructions of the place's influence on personal recovery in community mental health services. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1), p. 26.

Firth, J. et al., 2019. The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *Lancet Psychiatry*, 6(8), pp. 675-712.

Flis-Aimé, R. et al., 2018. A mobile clinic approach to the delivery of community-based mental health services in rural Haiti. *PLoS One*, 13(6), p. e0199313.

Flory, C. & Friedrich, R.M., 2019. *Half a Million Mental Patients Liberated from Institutions to Community Settings Without Provision for Long-Term Care*. [online] Available at: <https://mentalillnesspolicy.org/imd/deinstitutionalization-flory.html> [Accessed 15 March 2022].

Fortney, J. et al., 2013. Practice-based versus telemedicine-based collaborative care for depression in rural federally qualified health centers: a pragmatic randomized comparative effectiveness trial. *The American Journal of Psychiatry*, 170(4), pp. 414-525.

Fulone, I. et al., 2021. Improving Care for Deinstitutionalized People With Mental Disorders: Experiences of the Use of Knowledge Translation Tools. *Policy and practice reviews*, 12(5), pp. 1-10.

Gale, J. & Marshall-Lucette, S., 2012. Community mental health nurses' perspectives of recovery-oriented practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(4), pp. 348-353.

Gerace, A. et al., 2018. Empathic processes during nurse-consumer conflict situations in psychiatric inpatient units: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), pp. 92-105.

Gillard, S. & Holley, J., 2018. Peer workers in mental health services: literature overview. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(4), pp. 286-292.

Gunasekara, I., Pentland, T., Rodgers, T. & Patterson, S., 2014. What makes an excellent mental health nurse? A pragmatic inquiry initiated and conducted by people with lived experience of service use. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(2), pp. 101-109.

Gutiérrez-Colosía, M.R. et al., 2019. Standard comparison of local mental health care systems in eight European countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(2), pp. 210-223.

Haines, A., Perkins, E., Evans, E. & McCabe, R., 2018. Multidisciplinary team functioning and decision making within forensic mental health. *Mental Health review*, 23(3), pp. 185-196.

Hamilton, I., Lloyd, C., Bland, M. & Savage Grainge, A., 2015. The impact of assertive outreach teams on hospital admissions for psychosis: a time series analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(7), pp. 484-490.

Happell, B. et al., 2020. Experts by experience in mental health nursing education: What have we learned from the commune project?. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(6), pp. 675-677.

Happell, B. & Platania-Phung, C., 2019. Review and analysis of the Mental Health Nurse Incentive Program. *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association*, 43(1), pp. 111-119.

Hartley, S., Raphael, J., Lovell, K. & Berry, K., 2020. Effective nurse-patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *International Journal of Nursing Studies*, 10(2), p. 102.

Hawamdeh, S. & Fakhry, R., 2014. Therapeutic relationships from the psychiatric nurses' perspectives: an interpretative phenomenological study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50(3), pp. 178-185.

Hoefl, T., Fortney, J., Patel, V. & Unützer, J., 2017. Task-Sharing Approaches to Improve Mental Health Care in Rural and Other Low-Resource Settings: A Systematic Review. *The Journal of Rural Health*, 34(1), pp. 48-62.

Horgan, A. et al., 2018. 'To be treated as a human': Using co-production to explore experts by experience involvement in mental health nursing education - The COMMUNE project. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(4), pp. 1282-1291.

Hornik-Lurie, T. et al., 2018. Implementing recovery-oriented interventions with staff in a psychiatric hospital: A mixed-methods study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(10), pp. 569-581.

Hungerford, C. & Fox, C., 2014. Consumer's perceptions of Recovery-oriented mental health services: an Australian case-study analysis. *Nursing & Health Sciences*, 16(2), pp. 209-215.

Jacob, C., 2018. Community care for people with mental disorders in developing countries: Problems and possible solutions. *The British Journal of Psychiatry*, 178(4), pp. 296-298.

Jasemi, M., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V. & Keogh, B., 2017. A Concept Analysis of Holistic Care by Hybrid Model. *Indian Journal of Palliative Care*, 23(1), pp. 71-80.

Jiménez, J. et al., 2022. Theoretical approaches to the engagement with patients in case-management programmes and assertive outreach teams: A systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1(1), pp. 1-8.

Johnson, S., 2013. Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(2), pp. 115-123.

Juhila, K., Hall, C. & Raitakari, S., 2015. Interaction during mental health floating support home visits: managing host-guest and professional-client identities in home-spaces. *Social & Cultural Geography*, 17(1), pp. 1-19.

Jun, W.H. . & Joung Choi, E., 2019. The relationship between community integration and mental health recovery in people with mental health issues living in the community: A quantitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(3), pp. 296-307.

Kang, K.I. & Joung, J., 2020. Outcomes of Consumer Involvement in Mental Health Nursing Education: An Integrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), p. 6756.

Kennedy, C.-J., 2017. What is person-centred care and can it be achieved in emergency departments?. *Emergency Nurse: The Journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 24(2), pp. 19-23.

Khandaker, G. et al., 2013. Evaluating care pathways for community psychiatry in England: a qualitative study. *Journal of evaluation in clinical practice*, 19(2), pp. 298-303.

Khoury, E., 2019. Recovery Attitudes and Recovery Practices Have an Impact on Psychosocial Outreach Interventions in Community Mental Health Care. *Frontiers in Psychiatry*, 10(1), p. 560.

Kidd, S., Kenny, A. & McKinstry, C., 2015. Exploring the meaning of recovery-oriented care: an action-research study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(1), pp. 38-48.

Kohrt, B. et al., 2018. The Role of Communities in Mental Health Care in Low- and Middle-Income Countries: A Meta-Review of Components and Competencies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), p. 1279.

Kourakos, M., 2017. Mental health and coping strategies among nursing staff in public health services. *Prog Health Sci*, 7(2), pp. 67-69.

Lamont, S. et al., 2017. 'Mental health day' sickness absence amongst nurses and midwives: workplace, workforce, psychosocial and health characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), pp. 1172-1181.

Layard, R., 2018. Mental Illness Destroys Happiness and is Costless to Treat. V: *Global Happiness Policy Report 2018*. New York: Sustainable Development Solutions Network, pp. 29-53.

Le Boutillier, C. et al., 2015. Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: a systematic review and narrative synthesis. *Implementation Science*, 10(1), p. 87.

Leach, M. et al., 2020. The association between community mental health nursing and hospital admissions for people with serious mental illness: a systematic review. *Systematic Reviews*, 9(1), p. 35.

Lepping, P., Palmstierna, T. & Raveesh, B., 2016. Paternalism v. autonomy - are we barking up the wrong tree?. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 209(2), pp. 95-96.

Lexen, A. & Svensson, B., 2016. Mental health professional experiences of the flexible assertive community treatment model: a grounded theory study. *Journal of Mental Health*, 25(4), pp. 379-384.

Li, C. et al., 2022. Experiences and challenges faced by community mental health workers when providing care to people with mental illness: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 22(1), p. 623.

Martinho, S., Santa-Rosa, B. & Silvestre, M., 2022. Where the public health principles meet the individual: a framework for the ethics of compulsory outpatient treatment in psychiatry. *BMC Medical Ethics*, 23(1), p. 77.

Marynowski-Traczyk, D., Moxham, L. & Broadbent, M., 2013. A critical discussion of the concept of recovery for mental health consumers in the Emergency Department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 16(3), pp. 96-102.

Matsouka, S., 2021. Recovery-oriented nursing care based on cultural sensitivity in community psychiatric nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(2), pp. 563-573.

Mc Tiernan, K. & McDonald, N., 2015. Occupational stressors, burnout and coping strategies between hospital and community psychiatric nurses in a Dublin region. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(3), pp. 208-218.

McAllister, M., Happell, B. & Flynn, T., 2014. Learning essentials: what graduates of mental health nursing programmes need to know from an industry perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24), pp. 3449-3459.

McAllister, S., Glenn, R., Tsianakas, V. & McCrae, N., 2019. Conceptualising nurse-patient therapeutic engagement on acute mental health wards: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 93(1), pp. 106-118.

McDonald, K., Hoenig, J. & Norman, C., 2021. Identifying profiles of need among psychiatric inpatients approaching discharge in New York City: a latent class analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(1), pp. 63-73.

Moher, D. et al., 2015. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4(1), pp. 1-9.

Molehabangwe, K., Pienaar, A. & Sehularo, L., 2018. Nurses' coping mechanisms in a mental health establishment. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 20(2), pp. 1-9.

Molin, J., Garneheim, U. & Lindgren, B.-M., 2016. Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care—patients' perspectives. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being*, 11(1), p. e10.3402.

Molin, J., Graneheim, U., Ringner, A. & Lindgren, B.-M., 2018. Patients' experiences of taking part in Time Together – A nursing intervention in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), pp. 551-559.

Molin, J., Lindgren, B.-M., Hällgren, U. & Ringner, A., 2017. Does 'Time Together' increase quality of interaction and decrease stress? A study protocol of a multisite nursing intervention in psychiatric inpatient care, using a mixed method approach. *BMJ Open*, 28(7), p. e015677.

Moyo, N. et al., 2022. Service User and Carer Views and Expectations of Mental Health Nurses: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), e11001.

Mustafa, F.A., 2015. Why clinicians still use community treatment orders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132(4), pp. 309-310.

Mustafa, F.A., 2018. Compulsory community treatment: beyond randomised controlled trials. *Lancet Psychiatry*, 5(12), pp. 949-950.

Ness, O., Borg, M., Semb, R. & Karlsson, B., 2014. "Walking alongside:" collaborative practices in mental health and substance use care. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), p. 55.

Newton-Howes, G., 2019. Do Community Treatment Orders in Psychiatry Stand Up to Principlism: Considerations Reflected through the Prism of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. 47(1), pp. 126-133.

Ng, C. et al., 2013. Partnerships for community mental health in the Asia-Pacific: principles and best-practice models across different sectors. *Australasian Psychiatry*, 21(1), pp. 37-45.

Nicaise, P., Dubois, V. & Lorant, V., 2014. Mental health care delivery system reform in Belgium: the challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy*, 115(2-3), pp. 120-127.

Nielsen, C. M., Hjorthøj, C., Killaspy, H. & Nordentoft, M., 2021. The effect of flexible assertive community treatment in Denmark: a quasi-experimental controlled study. *Lancet Psychiatry*, 8(1), pp. 27-35.

Nugter, A. et al., 2016. Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *Community Mental Health Journal*, 52(8), pp. 898-907.

- Oates, J. et al., 2021. Factors affecting high secure forensic mental health nursing workforce sustainability: Perspectives from frontline nurses and stakeholders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(6), pp. 1041-1051.
- Ondrej, P., 2019. Mental health reforms in the Czech Republic. *BJPsych International*, 16(1), pp. 4-6.
- Opore, F. Y. et al., 2016. As I see it: the cry of the community psychiatric nurse in Ghana. *Pyrex J Nurs Midwifery*, 2(2), pp. 7-15.
- Osborn, L. & Stein, C., 2017. Community Mental Health Care Providers' Understanding of Recovery Principles and Accounts of Directiveness with Consumers. *The Psychiatric Quarterly*, 88(4), pp. 755-767.
- Parker, S. et al., 2017. Reality of working in a community-based, recovery-oriented mental health rehabilitation unit: A pragmatic grounded theory analysis. *Journal of Mental Health Nursing*, 26(4), pp. 355-365.
- Patel, V. & Saxena, S., 2014. Transforming lives, enhancing communities--innovations in global mental health. *The New England Journal of Medicine*, 370(6), pp. 498-501.
- Perry, B., Pullen, E. & Pescosolido, B., 2016. Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatric Services*, 65(10), pp. 1269-1272.
- Petersen Reed, N., Josephsson, S. & Alsaker, S., 2017. Community mental health work: Negotiating support of users' recovery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), pp. 814-822.
- Petrea, I., 2012. Mental Health in Former Soviet Countries: From Past Legacies to Modern Practices. *Public Health Reviews*, 34(2), p. 5.

Phelan, E., Debnam, K., Anderson, L. & Owens, S., 2015. A systematic review of intervention studies to prevent hospitalizations of community-dwelling older adults with dementia. *Medical Care*, 53(2), pp. 207-213.

Piat, M. & Lal, S., 2012. Service providers' experiences and perspectives on recovery-oriented mental health system reform. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(4), pp. 289-296.

Polit, D. & Beck, C. T., 2018. *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Purtle, J., Nelson, K., Counts, N. & Yudell, M., 2020. Population-Based Approaches to Mental Health: History, Strategies, and Evidence. *Annu Rev Public Health*, 2(1), pp. 201-221.

Raduha, A., 2016. *Problematika zastopanja na področju duševnega zdravja*, Maribor: Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta.

Razzouk, D., 2019. Accommodation and Health Costs of Deinstitutionalized People with Mental Illness Living in Residential Services in Brazil. *PharmacoEconomics - open*, 3(1), pp. 31-42.

Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje, 2016. *Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020*. Ljubljana.

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«, 2016. *Uradni list RS 25-999/2016*. Ljubljana.

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028, 2018. *Uradni list RS*, št. 24/18.

Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013-2020, 2013. *Uradni list RS, št.39/13*. Ljubljana.

Resolucija o Nacionalnem programu za mladino 2013–2022, 2013. *Uradni list RS, št. 90/13*. Ljubljana.

Rise, M. et al., 2013. Same description, different values. How service users and providers define patient and public involvement in health care. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 16(3), pp. 266-276.

Rössler, W., 2016. The stigma of mental disorders. *European Molecular Biology Organization reports*, 17(9), pp. 1250-1253.

Roškar, S., Zorko, M. & Podlesek, A., 2015. Suicide in Slovenia Between 1997 and 2010. *Crisis*, 36(2), pp. 126-134.

Roth, C. et al., 2021. Experiences of healthcare staff providing community-based mental healthcare as a multidisciplinary community mental health team in Central and Eastern Europe findings from the RECOVER-E project: an observational intervention study. *BMC Psychiatry*, 21(1), pp. 525.

Rowan, K., McAlpine, D. & Blewett, L., 2013. Access and cost barriers to mental health care, by insurance status, 1999-2010. *Health Aff (Millwood)*, 32(10), pp. 1723-1730.

Rugkasa, J., 2016. Effectiveness of Community Treatment Orders: The International Evidence. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(1), pp. 15-24.

Rugkasa, J. & Burns, T., 2017. Community treatment orders: Are they useful?. 2(2), pp. 222-230.

Russinova, Z. et al., 2013. Conceptualization and measurement of mental health providers' recovery-promoting competence: the recovery promoting relationships scale (RPRS). *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(1), pp. 7-14.

Salime, S., Clesse, C., Jeffredo, A. & Batt, M., 2022. Process of Deinstitutionalization of Aging Individuals With Severe and Disabling Mental Disorders: A Review. *Frontiers in Psychiatry*, 24(1), p. e813338.

Salisbury, T.T., Killaspy, H. & King, M., 2016. An international comparison of the deinstitutionalisation of mental health care: Development and findings of the Mental Health Services Deinstitutionalisation Measure (MENDit). *BMC Psychiatry*, 16(54), pp. 1-10.

Santangelo, P., Procter, N. & Fassett, D., 2018. Mental health nursing: Daring to be different, special and leading recovery-focused care?. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), pp. 258-266.

Saraceno, B. et al., 2015. Reorganization of mental health services: from institutional to community-based models of care. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 21(7), pp. 477-485.

Scheydt, S. & Hegedüs, A., 2021. Tasks and activities of Advanced Practice Nurses in the psychiatric and mental health care context: A systematic review and thematic analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 118(1), pp. 1-9.

Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N. & Schultze-Lutter, F., 2017. Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of psychiatry: the journal of mental science*, 210(4), pp. 261-268.

Schönfeld, P. et al., 2016. The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *Psychology*, 16(1), pp. 1-10.

Sherwood, D., 2019. Healthcare curriculum influences on stigma towards mental illness: Core psychiatry course impact on pharmacy, nursing and social work student attitudes. *Currents in Pharmacy Teaching & Learning*, 11(2), pp. 198-203.

Singh, S., 2018. Running an effective community mental health team. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(6), pp. 414-422.

Slade, M. et al., 2015. Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult mental health teams (REFOCUS): a multisite, cluster, randomised, controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 2(6), pp. 503-514.

Služba Vlade Republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko, 2017. *Strategija razvoja Slovenije 2030*. 1 ed. Begunje: Cicero.

Steel, Z. et al., 2014. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), pp. 476-493.

Stuber, J., Rocha, A., Christian, A. & Johnson, D., 2014. Predictors of recovery-oriented competencies among mental health professionals in one community mental health system. *Community Mental Health Journal*, 50(8), pp. 909-914.

Sumiko, M., 2021. Recovery-oriented nursing care based on cultural sensitivity in community psychiatric nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(2), pp. 563-573.

Svensson, B., Hansson, L. & Lexen, A., 2018. Outcomes of clients in need of intensive team care in Flexible Assertive Community Treatment in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(3), pp. 226-231.

Tambuyzer, E. & Van Audenhove, C., 2015. Is perceived patient involvement in mental health care associated with satisfaction and empowerment?. *Health Expectations: an*

International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy, 18(4), pp. 516-526.

Tanaka, K., 2019. Experiences of community mental health nurses in Japan as the basis of their nursing philosophies. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(4), pp. 636-643.

Tanaka, K., Hasegawa, M., Nagayama, Y. & Oe, M., 2018. Nursing Philosophy of community mental health nurses in Japan: A qualitative, descriptive study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), pp. 765-773.

Tee, S. & Böckle, E., 2012. 'Closing the gap'--a partnership approach to community care education for long term conditions. *Nurse Education Today*, 32(7), pp. 822-828.

Terry, J., 2013. The pursuit of excellence and innovation in service user involvement in nurse education programmes: report from a travel scholarship. *Nurse Education Practice*, 13(1), pp. 202-206.

Tew, J. et al., 2012. Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence. *The British Journal of Social Work*, 42(3), pp. 443-460.

Thibeault, C., 2016. An Interpretation of Nurse-Patient Relationships in Inpatient Psychiatry: Understanding the Mindful Approach. *Global Qualitative Nursing Research*, 3(3), pp. 1-7.

Thornicroft, G. et al., 2017. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 210(2), pp. 119-124.

Thornicroft, G., Deb, T. & Henderson, C., 2016. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry: official Journal of the World Psychiatric Association*, 15(3), pp. 276-286.

Tickle, A., Brown, D. & Hayward, M., 2014. Can we risk recovery? A grounded theory of clinical psychologists' perceptions of risk and recovery-oriented mental health services. *Psychology and Psychotherapy*, 87(1), pp. 96-110.

Tondora, J., Miller, R., Slade, M. & Davidson, L., 2014. *Partnering for Recovery in Mental Health*. London: John Wiley & Sons.

Tsaras, K. et al., 2018. A cross-sectional study for the impact of coping strategies on mental health disorders among psychiatric nurses. *Health Psychology Research*, 6(1), p. 7466.

Ulfseth, L., Josephsson, S. & Alsaker, S., 2016. Homeward Bound: Enacted Narratives of the Return to Home after a Short-Term Stay at a Psychiatric Centre. *Narrative Inquiry Journal*, 21(1), pp. 22-38.

Usher, K. et al., 2014. An Educational Program for Mental Health Nurses and Community Health Workers from Pacific Island Countries: Results from a Pilot Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(5), pp. 337-343.

Vaillant, G., 2012. Positive mental health: is there a cross-cultural definition?. *World Psychiatry*, 11(2), pp. 93-99.

Valsera Paniagua, D. et al., 2018. Project K: Training for hospital-community safe transition. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(5), pp. 2264-2271.

Van Veen, M. et al., 2015. Cost effectiveness of interpersonal community psychiatric treatment for people with long-term severe non-psychotic mental disorders: protocol of a multi-centre randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 2(15), p. 100.

Van Veen, M. et al., 2021. Effectiveness and cost effectiveness of interpersonal community psychiatric treatment (ICPT) for people with long-term severe non-psychotic

mental disorders: a multi-Centre randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 21(1), p. 261.

Van Veen, M. et al., 2020. A Qualitative Study of the Working Alliance between Patient and Community. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(3), pp. 211-220.

Vanner, S. & Keet, R., 2019. The Role of Nursing in Community Mental Health. *American Journal of Nursing Studies*, 1(1), pp. 4-8.

Velten, J. et al., 2018. Lifestyle choices and mental health: a longitudinal survey with German and Chinese students. *BMC Public Health*, 18(1), p. 632.

Vigo, D., Thornicroft, G. & Atun, R., 2016. Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), pp. 171-178.

Vlada Republike Slovenije, 2017. *Strategija dolgožive družbe*. Ljubljana.

Vlada Republike Slovenije, 2020. *Program za otroke 2020-2025*. Ljubljana.

Walsh, F., Cleary, A. & Dowling, M., 2012. Maximising psychiatric nurses' contribution to interdisciplinary working. *British Journal of Community Nursing*, 17(6), pp. 270-275.

Williams, C. & Tufford, L., 2012. Professional competencies for promoting recovery in mental illness. *Psychiatry*, 75(2), pp. 190-201.

World Health Organization, 2013. *Mental Health Action Plan 2013–2020*, Geneva: WHO.

World Health Organization, 2018. *Mental health: strengthening our response*. [online] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [Accessed 12 March 2022].

Xiang Yang, B., Stone, T. & David, S., 2018. The effect of a community mental health training program for multidisciplinary staff. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(3), pp. 413-417.

Yen-Ching, C., Ling-Hui, C., Su-Ting, H. & Meng-Wen, H., 2021. Professional perspectives on providing recovery-oriented services in Taiwan: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 21(1), p. 154.

Yohanna, D., 2013. Deinstitutionalization of People with Mental Illness: Causes and Consequences. *American Medical Association Journal of Ethics*, 15(10), pp. 886-891.

Zakon o celostni zgodnji obravnavi predšolskih otrok s posebnimi potrebami, 2017. *Uradni list RS, št.41/17*. Ljubljana.

Zakon o dolgotrajni oskrbi, 2020. *Uradni list RS, št.196/12*. Ljubljana.

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr), 2008 Uradni list Republike Slovenije št. 77/08.

Zupančič, V., 2017. Integrirana skrb za osebe s težavami v duševnem zdravju. *Revija za zdravstvene vede*, 4(1), pp. 31-45.

Zupančič, V., Kuhar, D. & Pahor, M., 2014. Lokalne skupnosti in skupnostna skrb na področju duševnega zdravja : perspektiva upravnih subjektov, izvajalcev in uporabnikov. *Družboslovne razprave*, 30(77), pp. 27-48.