

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DIPLOMSKA NALOGA

INSTITUCIONALNE STORITVE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA
V OBČINI ORMOŽ

PATRICIJA RAJH

Ljubljana, 2013

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: Patricija Rajh

Naslov diplomske naloge: Institucionalne storitve na področju duševnega zdravja v občini Ormož

Kraj: Ljubljana

Leto: 2013

Število strani: 218

Število slik: 1

Število razpredelnic: 1

Število tabel: 18

Mentor: Doc. dr. Srečo Dragoš

Ključne besede: uporabnik, duševno zdravje, duševna bolezen, psihiatrična bolnišnica, Psihiatrična bolnišnica Ormož (PBO), hospitalizacija, zdravila, stigma, zaposlitev, socialna mreža, skupnostna psihiatrija, skupnostna obravnava, skupnostne službe, nevladne organizacije (NVO), metode socialnega dela.

Povzetek:

V diplomski nalogi sem poskušala raziskati ter prikazati potrebo po ustanovitvi nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja v občini Ormož. S pomočjo polstrukturiranih intervjujev sem želela spoznati življenjske zgodbe uporabnikov s težavami v duševnem zdravju iz občine Ormož ter njene okolice, ki so hkrati tudi uporabniki Psihiatrične bolnišnice Ormož. Podatki, ki sem jih pridobila, so pokazali, da je večina uporabnikov hospitalizirana zaradi slabega duševnega stanja na pobudo bližnjih oseb. Uporabniki vidijo negativne vidike hospitalizacije v izključitvi iz domačega okolja, pozitivne pa v možnosti za umik in prejemanju strokovne pomoči. Večina bi se jih ponovno odločila za zdravljenje v Psihiatrični bolnišnici Ormož. Največ sprememb je hospitalizacija povzročila na področju zaposlitve in socialne mreže uporabnika. Intervjuvanci pripisujejo velik pomen rednemu uživanju zdravil. Ugotovila sem, da niso vključeni v nevladne organizacije na področju duševnega zdravja, saj jim le te niso dostopne. Imajo pa željo po vključitvi ter si želijo, da bi se v njihovem okolju ustanovila takšna organizacija. Potrebo po ustanovitvi skupnostnih služb v našem okolju pa so izpostavili tudi intervjuvani strokovnjaki s področja duševnega zdravja.

Thesis title: Institutional services in the field of mental health in the municipality of Ormož

Keywords: user, mental health, mental illness, psychiatric hospital, Psihiatrična bolnišnica Ormož - Psychiatric Hospital Ormož (PBO), hospitalization, medicine, stigma, employment, social network, community psychiatry, community treatment, community services, non-governmental organizations (NGO), social work methods.

Abstract:

In my thesis, I researched institutional services in the field of mental health and the need for establishing non-governmental organizations in the field of mental health in the municipality of Ormož. With the help of half-structured interviews, I wanted to learn about the life stories of users with mental health problems in the municipality of Ormož, who are simultaneously users of the Psychiatric Hospital Ormož. The data I obtained, showed that most users were hospitalized on the incentive of their loved ones and the reason for hospitalization being mental distress. The users see the negative aspects of hospitalization in being excluded from their home environment, and positive aspects in the possibility of withdrawing and receiving professional help. Most of them would undergo the treatment at the Psychiatric Hospital Ormož again, if given the choice. The hospitalization causes most changes in the field of user's employment and their social network. The interviewees believe in the importance of regular use of psychiatric medication. I discovered that most of them are not included in non-governmental organizations in the field of mental health, because they are not available to them. They, however, want to be included and wish for such organizations to be established in their respective area. The importance of establishing such community services was also emphasized by the interviewed professionals in the field of mental health.

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DIPLOMSKA NALOGA

INSTITUCIONALNE STORITVE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA
V OBČINI ORMOŽ

Mentor: Doc. dr. Srečo Dragoš

Patricija Rajh

Ljubljana, 2013

PREDGOVOR

Tema duševnega zdravja me spremlja že od otroštva, ko je oče preživel prvo duševno stisko. Zaradi osebne izkušnje me je to področje vedno zelo zanimalo, zato sem se pozneje tudi odločila za študij na Fakulteti za socialno delo (smer Duševno zdravje v skupnosti), kjer sem pridobila strokovno znanje iz tega področja. Živim v okolju, kjer se nahaja psihiatrična bolnišnica, tako, da sem na nek način ves čas obkrožena s to tematiko. Skozi leta sem opazila, da ljudi, ki se srečujejo s težavami v duševnem zdravju ter so hkrati uporabniki Psihiatrične bolnišnice Ormož, spremlja stigma in diskriminacija na več področjih življenja.

S pomočjo opravljenih intervjujev z uporabniki in s strokovnjaki sem ugotovila, da hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici prinese v posameznikovo življenje veliko sprememb. Po odpustu iz bolnišnice se uporabniki srečujejo s stigmo, okrnjeno socialno mrežo, težavami na delovnem mestu, finančnimi težavami, bivalno stisko ipd. Spoznala sem, da mora obravnavati uporabnika poleg zdravljenja z zdravili, vključevati podporo na področju socialnih stisk, kjer pa je nujno sodelovanje z njegovo socialno mrežo ter službami v skupnosti.

V svoji diplomski nalogi sem poskušala raziskati ter prikazati potrebo po ustanovitvi služb v skupnosti oziroma nevladni organizaciji na področju duševnega zdravja v občini Ormož. Z izvajanjem intervjujev, sem pridobila informacije o pojavu težav v duševnem zdravju življenju posameznika, prvi hospitalizaciji in pozitivnih in negativnih vidikih psihiatrične bolnišnice. Spoznala sem tudi kakšne spremembe so se pojavile v uporabnikovem življenju po hospitalizaciji ter s katerimi težavami se srečujejo, ko se vračajo nazaj v svoje domače okolje. Izvedeti sem želela, katere so osebne strategije intervjuvancev za ohranjanje duševnega zdravja. Raziskovala sem, če so vključeni v katero nevladno organizacijo in, če jim je sploh dostopna. Zanimala me je tudi njihova želja po vključitvi v tako organizacijo ter, če bi želeli, da bi delovala v njihovem okolju.

Namen raziskave je opozoriti na pomanjkljivo ponudbo storitev uporabnikom s težavami v duševnem zdravju v občini Ormož.

Zahvaljujem se svojemu mentorju, doc. dr. Sreču Dragošu, za mentorstvo, nasvete in vzpodbudo.

Zahvala gre tudi moji družini, ki me je v času študija podpirala; sošolki/prijateljici Katji, ki mi je med pisanjem diplome nudila oporo ter socialni delavki Anici Megla.

KAZALO

1. TEORETIČNI UVOD.....	8
1.1. Duševno zdravje	8
1.2. Duševna bolezen	9
1.3. Zdravstvena skrb na področju duševnega zdravja	11
1.3.1. Psihiatrična bolnišnica	13
1.3.2. Psihiatrična bolnišnica Ormož.....	15
1.3.3. Zdravila.....	18
1.4. Posledice hospitalizacije	21
1.4.1. Stigma.....	21
1.4.2. Zaposlitev	24
1.4.3. Socialna mreža in reintegracija.....	26
1.4.4. Podaljšana hospitalizacija.....	28
1.5. Skupnostna psihiatrična obravnava.....	29
1.6. Socialnovarstvena skrb na področju duševnega zdravja.....	31
1.6.1. Obravnava v skupnosti	31
1.6.2. Nevladne organizacije	36
1.6.3. Uporabniške organizacije	38
1.6.4. Službe na področju duševnega zdravja v občini Ormož.....	38
1.7. Metode socialnega dela na področju duševnega zdravja	40
1.7.1. Socialno delo v psihiatrični bolnišnici.....	40
1.7.2. Krepitev moči	42
1.7.3. Zagovorništvo	43
1.7.4. Osebno načrtovanje	45
2. PROBLEM	48
2.1. Pobude za raziskavo.....	48
2.2. Opredelitev problema	49

3. METODOLOGIJA.....	51
3.1. Vrsta raziskave in spremenljivke	51
3.2. Merski instrumenti in viri podatkov	51
3.3. Populacija in vzorec.....	52
3.4. Zbiranje podatkov	52
3.5. Obdelava podatkov	53
3.5.1. Označevanje relevantnih delov besedila s kodami	55
3.5.2. Ureditev izjav in oblikovanje ustreznih pojmov po kodah.....	58
3.5.3. Sklepna tabela kodiranja in pojmov	66
4. REZULTATI.....	74
5. RAZPRAVA	93
6. SKLEPI	97
7. PREDLOGI.....	100
8. LITERATURA.....	101
9. PRILOGE	106
9.1. Vprašalnik (polstrukturiran intervju)	106
9.2. Prepis intervjujev	107
9.3. Označevanje relevantnih delov besedila s kodami	144
9.4. Ureditev izjav in oblikovanje ustreznih pojmov po kodah	168
10. POVZETEK	216

Izjava o avtorstvu

KAZALO SLIK

Slika 1.1.: Organizacijska piramida primernih služb na področju duševnega zdravja.....	12
--	----

KAZALO RAZPREDELNIC

Razpredelnica 1.1.: Primerjava modelov - socialno delo v skupnosti in psihiatrija.....	35
--	----

KAZALO TABEL

Tabela 3. 1.: PRED HOSPITALIZACIJO	58
Tabela 3. 2.: PRVA HOSPITALIZACIJA	59
Tabela 3. 3.: PO HOSPITALIZACIJI	59
Tabela 3. 4.: SOCIALNA MREŽA	59
Tabela 3. 5.: REINTEGRACIJA	60
Tabela 3. 6.: PRISOTNOST STIGME	60
Tabela 3. 7.: ZAPOSLOITEV	61
Tabela 3. 8.: PSIHOFARMAKI	62
Tabela 3. 9.: SPREMEMBE V PBO SKOZI VEČKRATNE HOSPITALIZACIJE	62
Tabela 3. 10.: POZITIVNOST/NEGATIVNOST HOSPITALIZACIJE	63
Tabela 3. 11.: POVEZAVA SKUPNOSTI S PBO.....	63
Tabela 3. 12.: ODLOČITEV ZA PONOVO ZDRAVLJENJE V PBO.....	64
Tabela 3. 13.: OSEBNE STRATEGIJE	64
Tabela 3. 14.: STIK Z OSTALIMI UPORABNIKI PBO	64
Tabela 3. 15.: VKLJUČEVANJE V NEVLADNE ORGANIZACIJE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA TER NJIHOVA DOSTOPNOST.....	65
Tabela 3. 16.: ŽELJA PO VKLJUČITVI TER USTANOVITVI NVO V ORMOŽU	65
Tabela 3. 17.: Kode in pojmi pri intervjuvanih uporabnikih	66
Tabela 3. 18.: Kode in pojmi pri intervjuvanih strokovnjakih	71

1. TEORETIČNI UVOD

1.1. Duševno zdravje

Zdravje je pomembna vrednota družbe ter način življenja posameznika. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) definira zdravje kot stanje »popolnega telesnega, psihološkega in socialnega blagostanja« (World Health Organisation, naš prevod). Največkrat zdravje povezujemo s storilnostjo, torej s tem ali smo zmožni opravljati delo. Zato je tudi za državo, dobro zdravje prebivalstva, zelo pomembno. Izdatki za zdravljenje so veliki, hkrati pa bolezen posledično prinese odsotnost z dela, kar se ponovno izkaže kot finančni primanjkljaj v državi.

Svetovna zdravstvena organizacija zdravje obravnava celovito in ne samo v smislu odsotnosti bolezni, ampak kot način življenja, katerega spremlja dobro počutje, sreča in zadovoljstvo.

Žal pa na področju duševnega zdravja ni tako, saj se je na to dolga leta gledalo predvsem kot na bolezen, na ljudi s težavami pa kot na nore, čudne in manjvredne. Duševno zdravje se kaže v vseh oblikah našega življenja; z njim se srečamo v družini, šolah, službi, interakcijah z okolico.

Danes imamo na voljo številne definicije duševnega zdravja, ki se med sabo razlikujejo glede na stroko oziroma vejo znanosti, ki jo imenuje.

Zelena knjiga (2005: 4) opisuje, da ni zdravja brez duševnega zdravja. Duševno zdravje opredeljuje kot sredstvo za državljane, ki jim omogoča, da uresničijo svoje intelektualne in čustvene zmožnosti ter najdejo in izpolnijo svoje vloge v družbi, šoli in na delovnem mestu. V družbah dobro duševno zdravje prispeva k blaginji, solidarnosti in socialni pravičnosti. Nasprotno pa duševne bolezni povzročajo mnoge stroške, izgube in breme za državljane in družbene sisteme.

WHO opisuje duševno zdravje kot: »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik uresničuje svoje sposobnosti, se zmore spopadati z običajnimi naporji življenja, zmore produktivno in uspešno delati ter prispevati k svoji skupnosti.« (World Health Organisation, naš prevod)

Julija 2008 smo dobili prvi nacionalni dokument s področja duševnega zdravja: Zakon o duševnem zdravju (Ur. l. RS, 77/2008), ki opredeli duševno zdravje kot »stanje posameznika oziroma posameznice, ki se kaže v njegovem mišljenju, čustvovanju, zaznavanju vedenju ter dojemanju sebe in okolja.«

Na podlagi zgornjih definicij lahko povzamemo, da biti duševno zdrav pomeni, da se dobro počutimo, produktivno in uspešno delujemo v skupnosti, smo se sposobni spopadati z napori in se soočati s težavami, uživamo življenje, smo zadovoljni sami s seboj ter imamo dobre odnose z ljudmi okrog nas. Vsekakor pa duševno zdravje ne pomeni zgolj to, da nimamo diagnosticirane nobene duševne motnje.

John Bowis (v Ozara 2004: 8) piše, da je mentalno zdravje nekakšna Pepelka, kadar govorimo o zdravju. Nikoli in v nobeni državi ni v središču pozornosti, nikoli in nikjer ni v ospredju proračunov.

Menim, da bi se duševnemu zdravju morala država vedno bolj posvečati, saj glede na gospodarsko krizo v Sloveniji ter naraščajočih razlik lahko pričakujemo, da se bodo težave v duševnem zdravju povečevale. Ljudje se vsak dan srečujejo z negotovostjo (predvsem na področju zaposlitve), stalnimi spremembami, pritiski na delovnem mestu/šolah, kar močno vpliva na to, da se vedno večje število ljudi sreča z duševnimi stiskami. Omenjeni družbeni dejavniki so pogost vzrok uživanja alkohola, hkrati pa je Slovenija vodilna tudi v številu samomorov, ki je žal prevečkrat izbran kot način izhoda v duševni stiski.

Stresni dogodki, s katerimi se ljudje soočamo, so praviloma nepredvidljivi in nanje večinoma nimamo neposrednega vpliva; imamo pa možnost, da vplivamo na to, kako stresne dogodke doživljamo. V preventivnih programih bi morali več pozornosti nameniti učenju strategij spoprijemanja s stresnimi dogodki in tehnikam za reševanje problemov (Kamin in drugi 2009: 49).

1.2. Duševna bolezen

Ob pojmu »duševne bolezni« večina ljudi najprej pomisli na razne psihiatrične diagnoze, kot so na primer depresija, shizofrenija, bipolarna motnja... Na podlagi številnih definicij o duševnem zdravju, bi lahko izpostavili, da se le te kažejo v zmanjšani sposobnosti soočanja z življenjskimi ovirami ter soočanja z vsakdanjostjo.

Zelena knjiga (2005: 4) med duševne bolezni šteje duševne težave in bremena, oslABLJENO delovanje, ki se povezuje s stisko, simptome ter duševne motnje, ki jih je moč diagnosticirati, kot so shizofrenija in depresija.

Glede na stroko imamo več različnih pojmovanj ter med seboj tekmujočih pogledov na to, kaj je duševna bolezen. Razlikovanja se pojavijo že pri uporabi besede »bolezen«, saj nekateri strokovnjaki svetujejo uporabo drugih izrazov, kot je na primer »kriza«.

»Duševna bolezen« je medicinsko stanje, ki zmoti človekovo mišljenje, čustvovanje, razpoloženje ter sposobnost za vsakodnevno delovanje. Med težke duševne bolezni štejemo depresijo, shizofrenijo, bipolarno motnjo, obsesivno kompulzivno motnjo, borderline,... Pojavi se lahko pri ljudeh v različni starosti, rasi, religiji ter prihodku in ni rezultat osebne šibkosti, pomanjkanja karakterja ali revščine. (National Alliance on Mental Illness, naš prevod)

Zakon o duševnem zdravju (Ur. l. RS, 77/2008) v 2. členu opredeljuje duševno motnjo kot začasno ali trajno motnjo v delovanju možganov, ki se kaže kot spremenjeno mišljenje, čustvovanje, zaznavanje, vedenje ter dojemanje sebe in okolja. Neprilagojenost moralnim, socialnim, političnim ali drugim vrednotam družbe se sama po sebi ne šteje za duševno motnjo.

Lamovčeva (1998: 15) pravi, da je duševna bolezen v spoznavnoteoretskem smislu zaenkrat le domneva. Ne moremo je niti dokazati niti ovreči.

Opisuje (prav tam 15, 16) več razlogov, zaradi katerih, ne bi smeli govoriti o »duševni bolezni«:

- V skoraj 100 letih se znanstvenikom ni posrečilo najti biološke podlage, ki bi dokazovala, da so krize zares rezultat bolezni, krizo samo pa je neustrezno poimenovati bolezen.
- Domneva o bolezni škodi osebam, ki so tako označene. Vodi v življenjsko stigmatizacijo, ki deluje kot samouresničujoča se prerokba. Tudi v skladu z logiko se zdi ustreznejše, da ne govorimo o tem, česar ne vemo.
- Izraz »kriza« je primernejši zato, ker pomeni začasno nezmožnost posameznika, da bi opravljal svoje naloge oziroma skrbel zase. Izraz »duševna bolezen« daje vtis trajne nezmožnosti. Tako jo tudi pojmuje splošna javnost, kar ustvarja nevzdržne stereotipe. Večina oseb, ki so preživele eno ali več kriz, je namreč večino časa zmožna povsem ustreznega delovanja.

- Sedanje klasifikacije »duševnih bolezni« so sestavljene na podlagi nebistvenih, zunanjih znamenj, zato ustvarjajo nepopisno zmedo. Na njihovi podlagi ne moremo predvideti niti poteka niti izida krize in so za vse praktične namene neuporabne. Koristne so le za ožigosanje njihovih nosilcev. Psihosocialni prijem ne uporablja medicinskih diagnoz, temveč kontekstualizirane opise problemov in stisk.
- Jezik psihiatričnih opisov je poniževalen in v človeškem smislu razvrednoti in razosebi uporabnike. Opisi, ki so podani izključno s položaja zunanjega opazovalca, izničijo subjektivnost posameznika in pospešujejo paternalistični odnos. Posameznik ni več obravnavan kot človek z določenimi težavami, temveč le kot privesek svoje diagnoze.

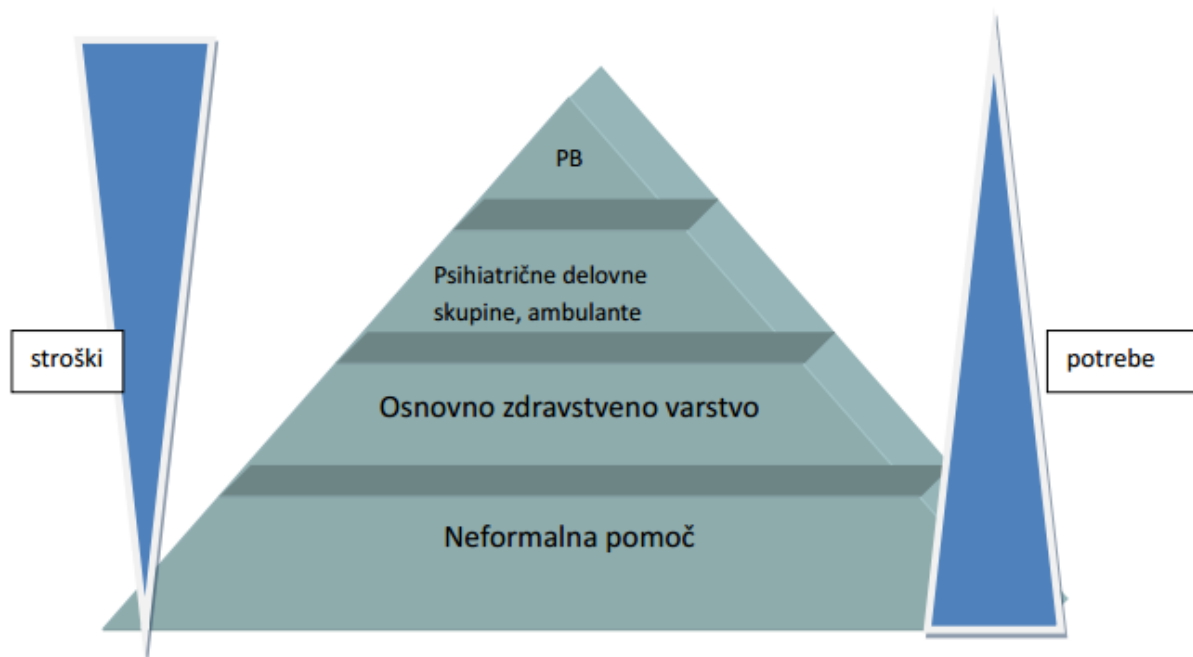
»Duševna bolezen« je hkrati več in manj kot si navadno predstavljamo pod besedo bolezen. Več je zato, ker ne zajema le motenosti specifične vitalne funkcije, temveč prizadene celotno človekovo osebnost, poruši pa tudi celotno mrežo njegovih medosebnih odnosov ter življenjskih stremeljenj. Pri ostalih boleznih so vsa ta področja prizadeta le delno, zato navadno zadostuje, da zdravljenje usmerimo le na bolezen samo. Motnja, ki prizadene osebnost, potrebuje še drugačno obravnavo (Lamovec in Flaker 1993: 87-88).

Največji razkol in nasprotovanje je moč opaziti med medicinskim in socialnim vidikom »duševne bolezni«. Medicinski vidik se osredotoča samo na bolezen, njeno simptomatiko ter na to, kaj je s človekom narobe. Socialni vidik pa išče rešitve v družbi s krepitvijo moči uporabnikov ter z osredotočanjem na medosebne odnose.

1.3. Zdravstvena skrb na področju duševnega zdravja

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr) določa sistem skrbi za osebe s težavami v duševnem zdravju. V grobem lahko ta sistem razdelimo na zdravstveni in socialni ter na javne/vladne in nevladne organizacije.

Slika 1.1.: Organizacijska piramida primernih služb na področju duševnega zdravja



Vir: Švab, V. Skupnostna psihiatrija., str. 34

Večino potreb na področju psihiatričnih težav razrešujejo ljudje v neformalnih mrežah. Kadar to ne zadostuje, se obrnejo na osnovno zdravstveno varstvo, ki ga podpira mreža lokalnih služb za duševno zdravje in psihiatrične konziliarne službe v splošnih bolnišnicah. Pomoč v duševni stiski pa zagotavljajo tudi psihiatrične bolnišnice (PB). Cena teh storitev je obratno sorazmerna pogostosti njihove uporabe (Švab, V. Skupnostna psihiatrija., str. 34).

V Sloveniji je sistem zdravstvenega varstva organiziran tako, da se posameznik ob pojavu kakršnihkoli zdravstvenih težav najprej sreča z izbranim splošnim ali družinskim zdravnikom, ki ga šele ob resnejših ali dolgotrajnejših težavah napoti na zdravljenje k specialistom ali v bolnišnico. Pomoč neposredno pri specialistu psihiatru pa lahko zavarovanci poiščejo tudi sami brez napotnice svojega izbranega splošnega zdravnika. S tem ukrepom se je skušalo povečati dostopnost psihiatričnih služb (Kamin in drugi 2009: 98).

»Mreža javne zdravstvene službe na področju duševnega zdravja na primarni ravni zajema ambulantne splošne in družinske medicine, ambulate za zdravstveno varstvo otrok in mladine, dispanzerje za mentalno higieno ter centre za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (t.i. metadonske ambulate), na sekundarni ravni pa zajema specialistične psihiatrične, psihoterapevtske in psihološke ambulate, psihiatrične bolnišnice in Psihiatrično kliniko Ljubljana ter svetovalna centra za mladostnike v Ljubljani in Mariboru. Dejavnost poteka tudi v socialnih zavodih.« (Jeriček Klanšček in drugi 2009: 84)

»Mreža javne zdravstvene službe na področju duševnega zdravja je dostopna vsem prebivalcem Slovenije. Vendar je v mreži značilna neenakomerna razporeditev izvajalcev in zdravstvenih delavcev.« (prav tam 91)

Po podatkih inštituta za varovanje zdravja (Tomšič in drugi 2008) so »duševne bolezni« razlog za približno 2% obiskov pri zdravniku na primarni ravni (v ambulantah splošne medicine), 2,7% obiskov na sekundarni ravni (psiholog, psihiater, psihoterapevt) in 3,9% bolnišničnih zdravljenj. Povprečno trajanje zdravljenja v bolnišnici je daljše od 39 dni. Prebivalci Slovenije se najpogosteje zdravijo v bolnišnicah zaradi težjih duševnih motenj (npr. shizofrenija), shizotipskih in blodnjavih motenj; duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja alkohola ter depresije. Med zdravljenimi v bolnišnicah prevladujejo moški.

1.3.1. Psihiatrična bolnišnica

Glavno vlogo v zdravstvu na področju duševnega zdravja ima klasična ustanova duševnega zdravja, to je psihiatrična bolnišnica, katero vodijo strokovnjaki (navadno psihiatri). Bolnišnica je financirana s strani države in se uvršča med javne/vladne organizacije.

V Sloveniji imamo šest psihiatričnih bolnišnic, druge nastanitve za osebe z duševnimi motnjami pa so opredeljene kot ustanove za odrasle s posebnimi potrebami (teh je trenutno sedem), veliko oseb z duševnimi motnjami pa najdemo tudi v domovih za starostnike, katerih število se redno povečuje. Psihiatrične bolnišnice so razporejene tako, da imajo prebivalci Koroške, Primorske in Dolenjske regije do njih zaradi oddaljenosti težjo dostopnost, kot to velja za povprečje. Tudi zunajbolnišnična oskrba je v teh predelih pomanjkljiva. Državljanom Slovenije tako ni omogočena enakopravna dostopnost do psihiatrične oskrbe (Marušič 2009: 80-81).

Uporabniki psihiatričnih bolnišnic in drugih totalnih ustanov se za to obliko pomoči navadno ne odločijo sami.

»Odhod v ustanovo je po navadi pobuda drugih, zlasti ljudi iz neposrednega okolja v povezavi s strokovnjaki.« (Flaker in drugi 2008: 35)

Metka Faganelj But v Dnevi mariborske psihiatrije (2002: 157) opredeli slabe in dobre strani sprejema v psihiatrično bolnišnico. Slaba stran je v tem, da bolnika odtegnemo iz njegove

družine, ker diagnoza in hospitalizacija še bolj prizadene njegove sposobnosti, saj bolnika stigmatizira. Smisel hospitalizacije v akutni fazi pa je zaščita bolnika in okolice pred agresivnimi dejanji, izločitev stresnih dejavnikov ter zmanjšanje socialnih in legalnih posledic psihotičnega vedenja.

Če se najprej osredotočim na negativne vidike hospitalizacije, je največja težava v tem, da je uporabnik izključen iz domačega okolja za dalj časa, saj so hospitalizacije zaradi duševnih kriz zelo dolge, celo najdaljše od vseh hospitalizacij. Psihatrija na dolgi rok povzroči socialno izključenost ljudi, rutina in nemoč pa v institucijah izniči občutek samostojnosti.

»Med učinki hospitalizacije je zelo pogosta pasivizacija posameznika, ki se je navadil, da potrpežljivo čaka, kaj bodo drugi z njim naredili.« (Lamovec 1995: 251)

Flaker in Urek (1988: 41) opozarjata na delovno terapijo, ki jo ponujajo bolnišnice, kot pomoč pri okrevanju, ko pravita, da ne smemo spregledati osnovne napake le teh, to je, da se dogajajo znotraj institucije. Tam zajamejo namreč nečastno, disciplinsko funkcijo. Drugače tako prijetnim stvarjem, kot so npr. pletenje, risanje, asociiranje ob glasbenih temah, pogovori v skupinah itd. se namreč zgodi, da postanejo pripravi vzvodi za upravljanje z ljudmi in možnost za ugotavljanje kdo je bolj in kdo manj priden, zavzet, ubogljiv,...

Psihiatrične bolnišnice so pogosto geografsko ločene od skupnosti ter so postavljene na rob mest ali vasi. Negativni vidik je institucionalizem ter vloga pacienta kot bolnika, skromno socialno okolje, čas brezdelja, premalo osebja ter njihova preobremenjenost. Na drugi strani pa je hospitalizacija lahko za uporabnika učinkovita v smislu priložnosti za umik iz stresnega okolja. Bolnišnično zdravljenje bi lahko bilo dosti bolj kvalitetno, če bi obstajali majhni oddelki, kratke hospitalizacije, veliko osebja ter pomoč usmerjena ne le na uporabnikovo težavo temveč tudi v njegovo naravno okolje, od koder najverjetneje težava izvira.

»Pacient«, ki pride v psihiatrični zavod, je v težkem depresivnem stanju že zaradi lastnih psiholoških in socialnih problemov. Je zmeden, občutljiv, prizadet zaradi vsega, kar se mu dogaja. Rahlja se mu že tako negotova identiteta, uničen je njegov občutek spoštovanja lastne osebnosti, ki že prej ni bil močan. Svoje doda k temu še mistificiranje funkcije psihiatričnih zavodov. Psihiatrični zavod je svet zase, v katerem vladajo posebni arhaični zakoni. Hkrati je proizvod določene družbe in po drugi strani zaprt svet, ločen od te iste družbe. (Flaker in Urek 1988: 35-37)

»Med psihiatrom in njegovim zapornikom ni možen človeški razgovor. Namesto tega je uporabnikov govor neke vrste klinično gradivo, njegove besede pa so semantični izločki bolezni, ki jih je treba preučiti.« (Lamovec 1995: 17)

Flaker (1996: 435) se tukaj opira na Rodeta, ko pravi, da so psihiatrične diagnoze nezanesljive, spreminjajo se tako s časom kot ocenjevalci, imajo nešteto pomanjkljivosti, s katerimi so praktično neuporabne za jasno določanje in razmejitev obveznih ukrepov na področju duševnega zdravja.

Mnogi danes težijo k temu, da naj bo psihiatrična bolnica rešitev le v skrajni sili ter zadnji ukrep, saj preveč zmanjša možnost za kvalitetno in produktivno življenje uporabnika. Strokovnjaki, ki zagotavljajo pomoč ljudem s težavami v duševnem zdravju, bi se morali v večji meri posluževati socialnega modela pomoči, ki temelji na krepitvi moči uporabnika; ne pa več toliko medicinskega modela, ki je popolnoma usmerjen v bolezen ter njeno ozdravitev.

Socialni model pomoči pri nastanku duševne krize pripisuje največji pomen socialnim dejavnikom, ki vključujejo tako neposredno okolje, v katerem posameznik živi, kot tudi družbo kot celoto, ki proizvaja določene socialne in ekonomske pritiske. »Psihične motnje« preučuje v odvisnosti od narave medosebnih stikov. Obravnava je usmerjena predvsem na spreminjanje socialnega okolja. Skupnostni model ima bistveno načelo, da posameznika ne smemo izločiti iz njegovega vsakdanjega okolja, temveč mu omogočiti še večje število družabnih stikov (Lamovec 1995: 51-53).

1.3.2. Psihiatrična bolnišnica Ormož

Iz spletne strani Psihiatrične bolnišnice Ormož povzemam nekaj osnovnih informacij o delovanju organizacije.

Zgradba psihiatrične bolnišnice stoji na zahodnem robu mesta Ormož. Zgradil jo je nemški viteški križniški red leta 1898 ter je od ustanovitve naprej delovala kot splošna bolnišnica, potem pa jo je vlada preuredila in preimenovala v Bolnišnico za tuberkulozo (TBC) in pljučne bolezni. V prvi polovici prejšnjega stoletja je upadlo število bolnikov obolenih za jetiko, nato pa se je pokazala potreba po psihiatrični bolnišnici. Na pobudo Sekretariata za zdravstvo je bila ormoška TBC bolnišnica preusmerjena v psihiatrično. 1. oktobra 1966 je bil ustanovljen

psihiatrični oddelek kot sestavni del ptujske bolnišnice. Namen bolnišnice je bil, da zagotavlja psihiatrično oskrbo in zdravljenje prebivalcem ožjega ormoškega in ptujskega območja, dela bistriškega in gornjeradgonskega območja, Ljutomera z okolico in Prekmurja. Psihiatrični oddelek je bil ustanovljen s 120 posteljami, leta 1969 se je število postelj zaradi potreb povečalo na 140, 1972 na 150 in leta 1973 na 160 postelj. Največji problem v bolnišnici so bili vsekakor slabi higienski pogoji (na 25-30 bolnikov 1 kopalna kad, 2 WC-ja...), prenatrpane sobe (8-10 postelj), pomanjkanje funkcionalnih prostorov, ambulant ter prostorov za skupinsko delo.

Danes je Psihiatrična bolnišnica Ormož specializirana bolnišnica za zdravljenje duševnih motenj oseb starejših od 18 let. Najpogostejše motnje, ki zahtevajo bolnišnično zdravljenje so psihoze, za katere je temeljno in značilno izkrivljeno mišljenje, zaznavanje in neustrezno čustvovanje; razpoloženske motnje; duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi; duševnih motenj, ki jih povzročajo možganske bolezni in poškodbe (npr. demence); ter nevrotske, stresne in somatomorfne motnje ter motnje prehranjevanja.

V diagnostiki uporabljajo specifične tehnike pogovora, informacije svojcev oziroma ustreznih služb, preglede kliničnih psihologov, socialnih delavcev, delovnih terapevtov, laboratorij,... Diagnostika in zdravljenje trajata od nekaj dni do nekaj mesecev; v povprečju okrog 45 dni. Po odpustu je možno zdravljenje nadaljevati ambulantno. Zdravljenje poteka v obliki posamičnih in skupinskih strukturiranih pogovorov, uporabo zdravil, izobraževanj o duševnih motnjah in specifičnih oblik zdravljenja prilagojenih posamezniku in njegovi duševni motnji.

K bolnišnici gravitira okrog 220.000 prebivalcev iz Pomurja (Murska Sobota, Lendava, Gornja Radgona, Ljutomer) in ormoško – ptujskega območja, sprejemajo pa tudi bolnike od drugod.

Osnovna dejavnost bolnišnice je prevencija, diagnosticiranje in rehabilitacija duševnih bolezni in motenj.

Uporabljajo različne metode zdravljenja:

- psihofarmakoterapija,
- individualna in skupinska psihoterapija,
- socioterapija,
- aktivacijska in miljejska terapija,
- zdravstvena nega in vzgojno-zdravstveno delo,
- socialno delo.

Med pregledom internetne strani sem našla še nekaj zanimivosti, ki jih želim izpostaviti:

- Vhodna vrata se zaklepajo v zimskem času ob 19.00 uri, v letnem pa ob 22.00 uri.
- Sestavni del zdravljenja so tudi izhodi, ki so praviloma preko sobote in nedelje. Na izhod vpliva poleg dolžine zdravljenja in bolezenskega procesa še: odnos do sobolnikov, osebja, aktivnosti na delovni terapiji, pri krožkih... Izhode dovoljuje terapevtska skupnost, izjemoma pa zdravnik.
- Medsebojno razumevanje in timsko delo je osnova celotnemu delovanju bolnišnice.
- Medsebojne žalitve, grožnje in neprimerno vedenje ni dopustno.
- Osebe mora imeti enak in human odnos do vseh bolnikov.
- Če bolnik smatra, da je v bolnišnici proti svoji volji in se mu krati svoboda, ima pravico, da se pisno pritoži na Temeljno sodišče Maribor, Enota v Ormožu.

Okvirni urnik dela na posameznem oddelku:

- ob 7.00 vstajanje bolnikov,
- od 7.00 do 7.30 jutranja telovadba in umivanje,
- od 07.30 do 8.30 zajtrk in delitev zdravil,
- od 8.30 do 10.00 vizita, terapevtska skupnost, skupinski sestanki,
- od 10.00 do 13.00 delovna terapija,
- od 13.00 do 13.30 kosilo,
- od 13.30 do 18.45 rekreacija (muziko-terapija, dramski krožek, šahovski krožek, pevski krožek, namizni tenis),
- ob 16.00 popoldanska malica,

- od 18.45 do 19.00 večerja,
- od 19.00 do 20.00 gledanje TV dnevnika,
- od 20.00 do 21.00 osebna higiena,
- ob 21.00 delitev zdravil,
- od 22.00 do 7.00 počitek.

Ob sprejemu na varovani oddelek dobi bolnik bolniško perilo, svoje perilo in obutev pa mora oddati proti reverzu. Razen bolnika ali njegovega spremljevalca podpišeta reverz še dve medicinski sestri. Na odprtem odseku je po dogovoru z zdravnikom zaželeno, da ima bolnik svojo obleko. Bolnik mora oddati tudi vse predmete, za katere smatrajo, da niso potrebni na varovanem odseku, oziroma da so lahko nevarni.

1.3.3. Zdravila

Psihiatrična zdravila se uporabljajo za zdravljenje simptomov »duševnih motenj«, kot so shizofrenija, depresija, bipolarna motnja, ADHD. Včasih jih poimenujejo psihotropna ali psihoterapevtska zdravila. Pozdravijo le simptome bolezni, ne pa celotne motnje, vendar izboljšajo počutje ljudi, tako da lahko bolje funkcionirajo. Zdravila različno delujejo na različne ljudi; nekateri jih uživajo samo kratek čas, drugi (npr. ljudje s shizofrenijo) pa dalj časa; nekateri trpijo za stranskimi učinki, drugi pa spet ne (National Institute of Mental Health, naš prevod).

Jemanje psihiatričnih zdravil ob pojavu duševnih težav je v Sloveniji precej razširjena oblika pomoči. Zdravila so danes v ustanovah za duševno zdravje prevladujoča oblika medicinske obravnave in v grobem lahko rečemo, da je že vsak drugi človek prejel recept za zdravila za zdravljenje duševnih motenj. Glavno besedo imajo še vedno psihiatri, vendar pa so vedno bolj pomembni tudi drugi profili strokovnjakov z drugačnimi pogledi (psihologi, socialni delavci, delovni terapevti). Psihiater bi moral »pacienta« obravnavati kot partnerja v terapevtskem procesu in zdravljenje bi moralo potekati v smeri najboljše koristi za uporabnika, ki pa je treba tudi dobro informirati.

Zakon o pacientovih pravicah (Ur. l. RS, št. 15/2008) v 20. členu opredeli, da ima pacient pravico, da je zaradi uresničevanja pravice do samostojnega odločanja o zdravljenju in pravice do sodelovanja v procesu zdravljenja obveščen o:

- svojem zdravstvenem stanju in verjetnem razvoju ter posledicah bolezni ali poškodbe,
- cilju, vrsti, načinu izvedbe, verjetnosti uspeha ter pričakovanih koristih in izidu predlaganega medicinskega posega oziroma predlaganega zdravljenja,
- možnih tveganjih, stranskih učinkih, negativnih posledicah in drugih neprijetnostih predlaganega medicinskega posega oziroma predlaganega zdravljenja, vključno s posledicami njegove opustitve,
- morebitnih drugih možnosti zdravljenja,
- postopkih in načinov zdravljenja, ki v Republiki Sloveniji niso dosegljivi ali niso pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Pravilnik o pravicah in dolžnostih pacientov v Psihiatrični bolnišnici Ormož (izvleček) v 3. členu prav tako govori, da ima vsak posameznik ves čas trajanja zdravljenja v Psihiatrični bolnišnici Ormož pravico izvesti diagnozo svoje bolezni in za obseg, način, kakovost ter predvideno trajanje zdravljenja, razen, če lečeči zdravnik oceni, da bi to vplivalo negativno na potek zdravljenja.

Priča smo različnim pogledom na uporabo psihofarmakov. Jaz se ustavim že pri uporabi termina »zdravila«. Kako to, da se psihofarmaki imenujejo »zdravila«, če so pa na drugi strani psihiatrične diagnoze označene kot »neozdravljive«?

Marušič zagovarja (2009: 83), da je razvoj psihofarmakoterapije osebam z duševno motnjo omogočil ustrežnejše spoprijemanje z vsakdanjim življenjem in s tem tudi zgodnejši odpust iz psihiatrične bolnišnice.

Res je, da zdravila na začetku izboljšajo počutje uporabnika, ampak če človek ne reši zadev, ki ga bremenijo (npr. nesrečen zakon, služba), se bo slabo počutje vrnilo in potreboval bo večjo dozo zdravil.

Lamovčeva (1995: 20) omenja, da se pojavi tako imenovani sindrom »vrtečih se vrat«, saj s pomočjo nevroleptikov psihiatrom uspe ublažiti nekatere najbolj moteče spremljevalne pojave

krize, nato pa se posamezniki vrnejo v okolje, v katerem je kriza nastala. Krize same ne poskušajo razrešiti, zato nenavadno ne mine dolgo, ko se znova pojavi.

Nacionalna raziskava, katera se je izvajala v petih psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji je raziskovala pojav ponovnih hospitalizacij v 7 dneh po predhodnem odpustu iz bolnišnice. V bolnišnici Ormož so prišli do podatkov, da je v letu 2006 bilo odpuščenih 1080 pacientov, ponovnih hospitalizacij je pa bilo 36. Vzroke ponovne hospitalizacije so videli v opustitvi zdravil, neustreznem socialnem okolju (ne sprejemanje pacienta s strani svojcev, partnerja,...) ter pogost recidiv se pojavi pri uporabnikih, ki živijo sami in nimajo ustreznega nadzora in podpore (Psihiatrična bolnišnica Ormož. Delež nenačrtovanega ponovnega sprejema v isto bolnišnico v 7 dneh po odpustu zaradi iste diagnoze ali zapletov, povezanih s to boleznijo.).

Flaker (2012: 232) psihofarmake opredeljuje kot zelo razširjene legalne droge, katere so ljudje v bolnišnicah prisiljeni uživati. Pravi, da je to povezano s finančnim kapitalizmom in z dobički farmacevtske industrije. Vsako leto ima več ljudi diagnoze, za katere dobivajo in jemljejo velike doze dragih zdravil. Ni še povsem jasno ali ta zdravila delujejo, je pa povsem jasna njihova družbena funkcija, to je pomirjanje in normalizacija ljudi.

»Izkušnje ljudi, ki jemljejo zdravila so različne, dobre in slabe. Nekateri pravijo, da brez njih ne bi mogli živeti, da jih potrebujejo, da lahko normalno živijo; drugi jih pa doživljajo kot kemični prisilni jopič, občutek imajo, da jih omejujejo.« (prav tam 233)

»Začetno jemanje zdravil zaradi boljšega počutja in lažje premostitve psihične krize se kasneje velikokrat sprevrže v jemanje zdravil zaradi pritiska okolice (družine, prijateljev, psihiatra, itn.).« (Flaker in drugi 2008: 337)

»Neizogibnost« ustanov ima svojo disciplinsko funkcijo: »Da ne bi bila več v bolnici, bom redno hodila na kontrole in ubogala svojega psihiatra. Redno jemljem minimalna zdravila.« (prav tam 30)

Lešnik (v Foucault 1998: 269) pravi, da farmacevtska industrija skoraj vsak dan proizvede novo odrešilno zdravilo za to ali ono psihično težavo, veliko resnih težav pa povzroči kar sama, zlasti s stranskimi učinki zdravil, zaradi katerih so potrebna vedno nova.

1.4. Posledice hospitalizacije

»Institucionalno kariero uporabnikov dolgotrajne oskrbe zaznamujejo sledeči dejavniki: usoda nalepke, stigmatiziranost, življenje pod vplivom zdravil, nenehna vezanost in povezanost s formalnimi oblikami pomoči, odsotnost posameznikove življenjske zgodbe in nezmožnost prevzemanja različnih družbenih vlog.« (Flaker in drugi 2008: 344)

Osebe s težavami v duševnem zdravju javnost predstavlja in dojema kot nevarne, drugačne, nepredvidljive. Prav tako se ta oseba več ne more sproščeno vključevati v socialne stike z družbo, saj bo ta od sedaj naprej analizirala vsak njegov odziv ter v govoru uporabnika iskala simptome »bolezni«. Uporabnik se sooča s številnimi degradacijami, prisiljen je postati tak, kot ga hočejo drugi; pojavi se težava z iskanjem službe, stanovanja.

1.4.1. Stigma

Pojem stigma se uporablja za lastnost, ki je hudo diskreditirajoča ter povzroča posebno neskladnost med navidezno in dejansko socialno identiteto. Navidezna socialna identiteta so domneve o tem, kdo bi posameznik lahko bil; dejanska socialna identiteta pa vsebuje lastnosti posameznika, za katere bi lahko dokazali, da jih ima. Oseba, ki ima lastnost, po kateri se razlikuje od drugih v kategoriji oseb, v katero bi se lahko uvrstila, se spremeni v nekoga manj zaželenega. V naših mislih je iz popolne, običajne osebe reducirana na pomanjkljivo in nepopolno (Goffman 2008: 12).

Goffman (2008: 13) razlikuje tri vrste stigme: telesno odbojnost, značajske slabosti, ki so osebi pripisane na podlagi znanih dejstev in skupinsko stigmo rase, narodnosti in veroizpovedi. »Duševne motnje« lahko uvrstimo v skupino »značajskih lastnosti«.

Težave v duševnem zdravju so v našem okolju močno stigmatizirane. Okolica ob srečanju s posameznikom, ki ima diagnozo psihiatrične bolezni, najprej pomisli na to, da je ta oseba nevarna, nora, nepredvidljiva. Zaradi takih reakcij družbe, večina ljudi svoje težave skriva. Stigmatizacija in socialna izključenost sta pogost vzrok, da posamezniki v duševni stiski pomoči ne iščejo.

Zalokar (1985: 53) pravi, da tistih, kateri pa se odločijo, da poiščejo pomoč, pa se sedaj poleg problemov, s katerimi so prišli k psihiatru, drži stigma, ki jim zapira vrata do tega, kar bi najbolj potrebovali. Pravi celo, da bi taka stigma uničila veliko zdravih ljudi.

Švabova (1996: 3-5) našteva vrste nezmožnosti, ki spremljajo življenje osebe, katera se sooči s težavami v duševnem zdravju:

- *Notranje ali primarne nezmožnosti*, ki so posledica »bolezni« same. Na primer: motnje mišljenja, hitre menjave razpoloženja, vrivanje nehotenih in motečih misli, psihomotorna upočasnenost;
- *Sekundarne socialne nezmožnosti* so spremenjeno vedenje, ki nastaja zaradi prilagajanja ali odziva na pričakovanje drugih, na socialne ovire in stigmatizacijo, s katero se ljudje v duševni stiski soočajo. Socialne nezmožnosti so predvsem motnje odnosa do samega sebe, sprememba pogleda nase, pomanjkanje samospoštovanja in samozaupanja;
- *Terciarne socialne odpovedi* so odgovor na duševno stisko. To so: stigmatizacija, siromašenje socialne mreže, revščina, nezaposlenost in pomanjkanje prostora v družbi.

»Človekove pravice temeljijo na dostojanstvu, spoštovanju, enakosti, poštenosti in neodvisnosti vsakega posameznika. Osebe z duševno motnjo so pogosto žrtve stigmatizacije in z njo povezane diskriminacije. Država je dolžna, da z ustrezno zakonodajo tudi za osebe z duševno motnjo omogoči učinkovito zdravljenje in enakopravno vključevanje v družbo.« (Psihiatrična klinika Ljubljana 2009: 27)

Stigmo, ki jo pridobi oseba s težavami v duševnem zdravju ter oseba, ki se je zdravila v psihiatrični bolnišnici, dobro opisuje Božič (1991: 138), ki pravi, da je stigma kot posebna identiteta, v kateri »nenormalna« drugačnost prekrije vse ostale lastnosti. Posameznik se ji upira, jo zavrača in je ne čuti kot verodostojno informacijo o svoji osebnosti. Je identiteta, ki je noče, pa se je vendar ne more znebiti, ne zavreči, vse dokler tega ne stori okolje, ki to identiteto proizvaja. Stigma se vzpostavi z odnosom okolja in samo tako lahko spet izgine.

Stigmo povzroča nevednost ljudi v skupnosti, saj načeloma ignoriramo in se norčujemo iz stvari, katerih ne poznamo.

Na konstrukcijo drugačnosti, družbenega izločanja in stigmatiziranja imajo velik vpliv interakcijski prekrški. Ko govorimo o njih, imamo v mislih niz prekrškov, ki bi jim lahko rekli tudi vljudnostni; delamo jih vsi, dnevno, brez izjeme in jih hkrati popravljamo z opravičili, pojasnili. Raznoterost prekrškov, v katere se zapletejo ljudje s psihiatrično zgodovino, je velika. Najbolj razglašeni so seveda tisti, ki imajo opraviti z glasovi, ki jih drugi ne slišijo, vizijam, ki so drugim očem zastrte, zamislami in domišljijami, ki so za nas realne, pa si jih drugi ne morejo zamisliti. Na voljo imamo več alternativ stigmativni interakciji: osnovna taktika je, da osebo, ki dela interakcijske prekrške, pustimo pri miru; druga alternativa je »dedramatizacija« - prekrškom ne dodajamo dramatičnih pomenov; v interakciji se osredotočimo na objektivno relevantna vidike interakcijskih situacij; sprejemamo druge interpretacijske okvirje; izrazimo zanimanje za nenavadna doživetja; nenavadne dogodke lahko postavimo v okvire, ki so dostopni vsem; sprejemamo drugačnost, vključujemo humor in izkažemo spoštovanje (Flaker in drugi 2008: 231-251).

Lamovčeva opisuje (1996: 201), da pod vplivom psihiatričnega mita o »neozdravljivosti« ljudi nalepijo uporabniku dosmrtno etiketo, ki je izražena v samem pojmu »duševni bolnik«. To ni motnja, ki jo občasno ima, to je nekaj, kar je postal. Motnja in oseba sta se zlili v eno, v očeh ljudi pa je ostala le še motnja.

Eriksson (v Flaker in drugi 2007: 33) govori o vlogi duševnega bolnika, katera je sestavljena iz številnih protislovij:

- težko dokaže svojo bolezen (ni vidnih znakov, zato jih mora poudariti);
- težko zapusti vlogo in se vrne v svojo staro vlogo (ljudje smatrajo, da je duševna bolezen »neozdravljiva«, za igranje vloge dobi nagrado – npr. bolniška, manjši pritiski za uspešnost itd. - , zaradi stigme je omejen pri prevzemanju drugih vlog);
- nova vloga se gradi na mestu, ki ga zaseda v bolnišnici (socializira se v vlogo stanovalca bolnišnice, nekoga ki je nemočen in potreben nadzora).

Na stigmatiziranost ljudi s težavami v duševnem zdravju še vedno najbolj vpliva hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici.

»Če razvrednotene ljudi v velikem številu nagnetemo v isto ustanovo, to še poveča zaznano stigmatiziranost. Ločevanje od drugih poveča prepad med obema svetovoma in ovira resnično integracijo tudi potem, ko se posameznik vrne v skupnost. Stigma, ki se drži osebe, povzroči,

da vsakdo opazi le stigmo, ne vidi pa človeškega bitja, na katero je nalepljena.« (Lamovec 1995: 197, 198)

Urek (2006: 137, 139) omenja neke vrste »samostigmatizacijo« ter hkrati predlaga, kako to preprečiti, ko govori o tem, da se ljudje s psihiatrično diagnozo ali s katero drugo stigmo namreč pogosto predstavljajo z njo. Take zgodbe spodbujajo institucije ali programi, ki temeljijo na prepričanju, da so hendikep, bolezen ipd. nespodbitna objektivna dejstva, ki prekrivajo vsa druga življenjska področja. Človek sam postane ta problem. Za strokovnjake pa je pomembno, da zbiramo izkušnje, ki so zunaj diagnostičnih ocen, in gradimo na pripovedovanju, ki bo človeka destigmatiziralo, in bo torej oblika krepitve moči.

Oseba, ki je stigmatizirana kot uporabnica psihiatričnega zavoda, mora ves čas dokazovati, da ni taka, kot jo opisujejo stereotipi.

Lamovčeva (1998: 41) pravi, da človek s psihiatrično izkušnjo utrpí največji možen upad socialnega ugleda v širokem obsegu socialnih vlog. Ljudje ga ocenjujejo kot trajno nagnjenega k nadaljnjim krizam in nezmožnega, da v zvezi s tem karkoli ukrene. Stigma bolnice je večja od zapora.

»Posledice stigmatizacije in izključenosti so zelo različne ter imajo velik vpliv na (ne)kakovost življenja posameznika: brezposelnost, nizek socialni položaj, manjše možnosti, da si ustvarijo družino, slabe bivalne razmere, manjši dostop do izobraževanja in izpopolnjevanja ter druge posledice. Da bi zmanjšali socialno izključenost oseb s težavami v duševnem zdravju, mora posameznik imeti enak dostop do ekonomskih in družbenih dobrin oziroma možnosti biti deležen spoštovanja drugih članov družbe ter biti deležen pomoči, da se v njem ponovno utrdi upanje na kakovostnejše življenje, v katerem bo lahko razvil svoje možnosti.« (Nacionalni program duševnega zdravja 2009: 15)

1.4.2. Zaposlitev

Vsi potrebujemo zaposlitev ter občutek zadovoljstva ob tem, da delamo to, kar si želimo. Delo nam da vsakdanji ritem, po katerem si lahko strukturiramo dan, identiteto, prijatelje, sodelavce, čustva. Najpomembneje je pa to, da nam da občutek koristnosti.

Osebe s težavami v duševnem zdravju se zelo pogosto soočijo z diskriminacijo na trgu delovne sile, ki je danes pravo bojišče konkurence. Zelo pogost izid hospitalizacije je izguba zaposlitve ter invalidska upokojitev.

Kljub pravni varnosti ob bolniškem staležu je lahko delovno mesto nekaterih ljudi zaradi dolgotrajnih hospitalizacij, bolniške ipd. ogroženo. Delavcu je treba omogočiti, da se čim prej in v čim boljši formi vrne na delovno mesto, da ga ohrani in ne izgubi. Ob daljši odsotnosti upadejo delovne spretnosti in delovna kondicija (Flaker in drugi 2008: 159).

»Podatki kažejo, da so »duševne motnje« eden izmed vodilnih vzrokov za odsotnost iz dela in zgodnjo invalidsko upokojitev.« (Marušič 2009: 70)

»Popolna upokojitev poleg tega, da posameznika razbremeni delovnih obveznosti in pritiskov, osebo hkrati izključi iz delovnega okolja ter tako zmanjša količino njenih socialnih stikov in možnosti za sopotrjevanje, integracijo in ne nazadnje tudi za doprinos k celotni družbi, s čimer zagotovo bistveno prispeva k celostni sliki o duševnem zdravju v državi.« (Jeriček Klanšček in drugi 2009: 66)

»Vodilna skupina vzrokov za prvo kategorijo invalidnosti so diagnoze iz skupine duševnih in vedenjskih motenj.« (prav tam 67)

Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 106/1999) v 60. členu invalidnost razvršča v naslednje kategorije:

- I. kategorija – če zavarovanec ni več zmožen opravljati organiziranega pridobitnega dela ali, če je pri njem podana poklicna invalidnost, nima pa več preostale delovne zmožnosti;
- II. kategorija – če je zavarovančeva delovna zmožnost za svoj poklic zmanjšana za 50% ali več;
- III. kategorija – če zavarovanec z ali brez predhodne poklicne rehabilitacije ni več zmožen za delo s polnim delovnim časom, lahko pa opravlja določeno delo vsaj s polovico polnega delovnega časa oziroma če je zavarovančeva delovna zmožnost za svoj poklic zmanjšana za manj kot 50% ali, če zavarovanec še lahko dela v svojem poklicu s polnim delovnim časom, vendar pa ni zmožen za delo na delovnem mestu, na katerega je razporejen.

Upokojitev in bolniški stalež sta statusa, ki jih dobijo ljudje z dolgotrajnimi stiskami kot nadomestna. Čeprav se je formalno mogoče vrniti v aktivni delovni status, se to zgodi le redko. Status invalida je precej nepovraten, zato se ga večina skuša izogniti, po drugi strani je

pa to edini način za nekatere, kako ustvariti vsaj delno osnovo za eksistenco (Flaker in drugi 2008: 165-166).

V procesu okrevanja je ključna delovna rehabilitacija. V prvi vrsti zaradi ekonomskih razlogov ter zato, da posamezniki lahko dokažejo, da so enakovredni člani skupnosti.

1.4.3. Socialna mreža in reintegracija

»Naravne socialne mreže sestavljajo družina, sorodniki, soseska, prijatelji, sodelavci, klubi in društva, v katere je človek včlanjen. Izoblikovale so se organsko skozi življenje posameznika na temelju biološke pripadnosti, osebnih medčloveških vezi in zakoreninjenosti v kraj in delo, skozi članstvo v skupinah, ki ga je prineslo vsakdanje življenje. Naravne socialne mreže so njegove življenjske okoliščine. Človek se bo najprej obrnil nanje na njemu običajen, znan način.« (Čačinovič Vogrinčič 1994: 73)

Osebe, ki se soočajo s težavami v duševnem zdravju, imajo skromno socialno mrežo ter socialne stike večinoma omejene le na najnujnejšo komunikacijo. Ljudje se zaradi stigmatiziranosti izogibajo socialnim stikom in se izolirajo od preostale okolice. Pogosto se dogaja tudi, da zanemarijo potrebe po higieni, zdravju ter zaposlitvi (v primeru, da jo še sploh imajo). Okolica se prav tako znajde v situaciji, ko ne ve kako ravnati (naj bo to zaradi predsodkov, stigme ali nepoučenosti).

Flaker s sodelavci (Flaker in drugi 2008: 281-284) opisuje, da je osamljenost včasih glavna stiska, ki jo občutijo ljudje s potrebo po dolgotrajni oskrbi. Pravi, da hospitalizacija veliko prispeva k osamitvi, saj uporabnika preobrazi v duševnega bolnika ter zbudi na obeh straneh, tako pri protagonistu kot pri njegovih bližnjih, občutek izdajstva temeljne zaveze družine ali prijateljstva. Ta proces je manj usoden in dramatičen pri prijateljih in znancih, vendar kljub temu obstaja verjetnost, da bodo prijatelja zapustili oziroma pretrgali stike. Eno najbolj bolečih spoznanj, ki jih prinese prvi odpust iz psihiatrične bolnišnice je, kako krhka konstrukcija so naše mreže poznanstev in tudi prijateljev.

V takih primerih ima zelo pomembno vlogo strokovna obravnava, ki bi morala uporabnikom zagotoviti socialno rehabilitacijo ter oporo v skupnosti in ne nazadnje tudi informiranje širše okolice o težavah v duševnem zdravju. Socialna mreža ima ključno vlogo v procesu

rehabilitacije, saj je pomembna za občutek lastne vrednosti, podporo v težkih trenutkih ter osnovno dobro počutje med drugimi ljudmi, s katerimi lahko preživi vsakdan. Socialna opora je pomemben dejavnik, ki vpliva na naše telesno in duševno zdravje.

»Posebno pri kroničnih psihozah je treba pri duševnih bolnikih poskrbeti za socialno reintegracijo. Prvi korak na tej poti je odstranjevanje predsodkov, ki jih imajo ljudje do duševnih bolezni. Ob soočenju s psihozo ljudje dostikrat reagirajo s strahom ali celo paniko. Ni redko, da se bolnikom izogibajo, ali pa jih ponižujejo, ravnaajo z njimi kot z otroki, jih zapostavljajo ali celo preganjajo.« (Zalokar 1985: 30)

»S široko pahljačo raznih dejavnosti bolnika trgamo iz osamljenosti, v katero ga je pahnila delno bolezen sama po sebi, delno pa okolje, ki je bolnika tudi s svoje strani izoliralo.« (prav tam 31)

Uporabniki se izogibajo tudi intimnim stikom, saj ne vedo kako ravnati; če partnerju povejo na začetku vzpostavitve stika, da imajo težave v duševnem zdravju, so zagotovo zavrnjeni, če pa povejo kasneje, so pa obtoženi neiskrenosti.

Glasser veliko težo na poti rehabilitacije daje ravno socialni mreži, ko pravi, da »proti učinkovitemu zdravljenju nastopajo destruktivne družbene sile, kot so predsodki, razlikovanje in revščina pa tudi pretirano omejevanje stroškov pri javnih in zasebnih zavarovanjih. Javni dialog se vrti predvsem okoli zagotavljanja, da ljudje jemljejo svoja zdravila, le malo pa je govora o pomoči, da bi se vrnil v ustvarjalno življenje. S tem pospešujemo le uresničevanje napovedi o poti navzdol, potem pa dvignemo roke in krivdo pripišemo bolni osebi ali sami bolezni, ki, da ni ozdravljiva. Čeprav obstaja mnogo poti do ozdravljenja, nekaj dejavnikov izstopa. To so dom, služba, prijatelji in vključenost v skupnost. Sem spada tudi upanje, ponovno priučeni optimizem in neodvisnost.« (Glasser 2007: 17)

Mnogo uporabnikov se omeji le še na družbo oseb, katere so spoznali v času stiske v bolnišnici, saj lahko z njimi izmenjajo izkušnje ter doživljanja in se ob njih ne počutijo manjvredne. Vendar s tem tvegajo, da bodo ustvarili subkulturo v očeh skupnosti in bodo postali marginalizirani.

»Večina ljudi se skoraj instinktivno umakne iz bližine razvrednotenih ljudi. Na ta način jih izločimo iz družbe, zato niso deležni običajnih izkušenj, kar še bolj osiromaši njihove socialne spretnosti. Ločevanje tudi zmanjšuje strpnost družbe do drugačnosti, saj poskrbi, da se nam ni

treba soočati z njo. Tako lažje pozabimo tudi na razvrednotene ljudi, hkrati pa pozabimo tudi na dejstvo, da smo jih izločili. Naša družba je družba apartheida.« (Lamovec 1995: 198)

Razmisliti je treba o novih načinih spodbujanja osamljenih oseb k iskanju različnih vrst socialne opore. Pri tem je poleg nestrokovne pomoči s strani svojcev in prijateljev potrebno omogočiti tudi možnost vključevanja v razna interesna društva in druge nevladne organizacije (Kamin in drugi 2009: 78).

»Socialna opora je definirana kot pomoč, ki jo posameznik pričakuje – potrebuje – od drugih ljudi. Človek pričakuje in išče socialno oporo v skupnosti ljudi, s katerimi je v tesnih stikih, v socialni mreži torej. Socialno mrežo pa tvorijo odnosi, ki jih ima posameznik z drugimi ljudmi, pogostost stikov z njimi, povezanost med člani.« (Čačinovič Vogrinčič 1994: 73)

Šugman Bohinc in Tajnšek (2007: 104) opisujeta metodo eko zemljevida, ki je nekakšna hitra vizualna ocena stanja in potreb v življenjskem svetu uporabnika ter nam pokaže kdo je s kom povezan in na kakšen način, pa tudi, kako uporablja vire v svojem okolju. S pomočjo njega uporabnik in socialna delavka opredeljujeta vključenost v okolje in dostop do virov, ki so potrebni za doseganje zastavljenih ciljev.

Tudi raziskave opozarjajo na vse večjo pomembnost in vlogo socialne mreže ter okolja v procesu obravnave posameznega uporabnika. Nacionalna raziskava psihiatričnih bolnišnic, ki sem jo že prej omenjala, je pripeljala do postavitve izboljšav. Bolnišnica Ormož vidi priložnosti za izboljšave glede zmanjšanja števila ponovnih hospitalizacij v boljšem sodelovanju s svojci, ponovni uvedbi edukacije in skupin za svojce, boljši kadrovski zasedbi zdravnikov, v sodelovanju s socialno službo in drugimi pomembnimi službami v skupnosti, tudi s policijo (nadzor narkomanskega trga) ter boljše sodelovanje s splošnimi zdravniki ter z zdravniki v domovih starejših občanov (Psihiatrična bolnišnica Ormož. Delež nenačrtovanega ponovnega sprejema v isto bolnišnico v 7 dneh po odpustu zaradi iste diagnoze ali zapletov, povezanih s to boleznijo.).

1.4.4. Podaljšana hospitalizacija

Neurejenost razmer v skupnosti pred predvidenim odpustom iz bolnišnice lahko pripelje do podaljšane hospitalizacije.

Na spletni strani Psihiatrične bolnišnice Ormož se nahaja kazalnik na podlagi raziskave o podaljšani hospitalizaciji, katerega tukaj na kratko povzemam (Podaljšana hospitalizacija oz. čakanje na odpust po akutni obravnavi pacienta v letu 2006).

Podaljšana hospitalizacija je število dni od dneva, določenega za odpust, do dejanskega odpusta pacienta. Veliko je takih primerov, ko pacient zaradi psihične in socialne oškodovanosti ne more bivati oz. počakati doma na nastanitev v njemu primerno institucijo, ostane po končanem zdravljenju še določen čas v bolnišnici.

Raziskava je pokazala, da se tudi v bolnišnici Ormož pojavljajo taki primeri, največ jih je pa na psihogeriatrskem oddelku, zaradi čakanja na sprejem in namestitev v domsko varstvo. Pojavijo pa se tudi pri ostalih uporabnikih, ki se po odpustu nimajo kam vrniti. Ob takih primerih je bolnišnica pogosto nemočna, saj bolnika ne more preprosto kar odpustiti, če mu dane razmere ne dopuščajo dostojnega življenja.

Zaradi podaljšane hospitalizacije je potrebna dodatna angažiranost socialne službe. Ponujajo rešitve na področju socialne anamneze pacienta (ugotavljanje dejanskih razmer, v katerih oseba živi), sodelovanje z drugimi službami, povezovanje s službami na terenu (CSD, patronažna služba, nevladne organizacije), izdelava individualnega načrta, pomoč pri urejanju skrbništva, urejanje institucionalnega varstva pred odpustom, intenzivno sodelovanje z morebitnimi svojci oz. skrbniki, treningi socialnih veščin in pogovorne skupine kot priprava bolnika na življenje po odpustu, psihična opora pacienta in dodatna pozornost na rizične skupine pacientov.

1.5. Skupnostna psihiatrična obravnava

Pojem skupnostne psihiatrije ali duševnega zdravja v skupnosti (Marušič 2009: 83) obsega zdravljenje na področju duševnega zdravja, ki ga ponuja skupnost. Področje pokrivajo psihiatrija, zdravstvena nega, zdravstvena vzgoja, socialno delo in delovna terapija ter druga področja, ki raziskujejo in sledijo potrebam psihiatrije v funkcionalno in geografsko opredeljeni populaciji.

Program skupnostne psihiatrične obravnave (Skupnostna psihiatrična obravnava 2011: 26) poskuša zmanjšati posledice »bolezni« in omogoča takojšen odziv na morebitna poslabšanja stanja, ki se pojavijo v procesu obravnave. Delovna skupina se ukvarja z intenzivnim

spremljanjem pri zdravljenju in obvladovanju »bolezni«, vsakdanjo pomočjo pri reševanju običajnih življenjskih težav in vpliva na okolje preko izobraževanja družin in širjenja socialne mreže v omejenem časovnem obdobju. Za celostno izvajanje programa je potrebno zagotoviti mrežo socialnih, nevladnih in zdravstvenih storitev.

Švabova (1996: 50) trdi, da noben posamezen strokovnjak nima dovolj potrebnih znanj, da bi lahko omogočil celostno podporo kroničnim duševnim bolnikom.

Zdravnik, psiholog, socialni delavec, medicinska sestra in delovni terapevt so člani tima, ki z izdelanim individualnim načrtom, z vplivom na okolje in preko izobraževanja družin pripomorejo k bistvenemu zmanjševanju hospitalizacij ter trajanju le teh.

Švabova (1996: 21) omenja družbeno skrb; to je sistem služb, pripravljen za definirano populacijo, ki naj z multidisciplinarnim delom v delovni skupini omogočijo zgodnjo diagnozo, takojšnje zdravljenje, nepretrgano skrb ter socialno podporo. Namenjena je osebam z dolgotrajnimi ali ponavljajočimi se duševnimi motnjami. Temelji na dostopnosti in povezavi med službami za duševno zdravje. Temeljna naloga družbene skrbi je povezava med medicinskimi in socialnimi službami ter posebej z osnovnim zdravstvom.

Marušič (2009: 84) pravi, da tako kot poteka kontinuirano zdravljenje v okviru institucionalne psihiatrije z varovanega oddelka na odprti oddelek in z varovanega na dnevni oddelek, tako mora ostati kontinuirano tudi po odpustu iz bolnišnice, sprva v stanovanjske skupine z vse manj ur sestrške oskrbe in nadzora psihiatra, pa vse do samostojnih stanovanjskih skupin in navsezadnje do življenja v svojem stanovanju s svojci ali brez njih, vendar vselej z obiski ključnega delavca, ki skrbi, da oseba ne bi zašla v recidiv. Zvezni prehodi med posameznimi fazami rehabilitacije so bolj naravni in manj boleči kot nenadni preskoki, saj sovpadajo z biološkim procesom remisije. Zdravljenje v skupnostni psihiatriji mora biti integrirano med elementi oskrbe (psihiatrično zdravljenje in nega, delovna terapija, socialno delo) ter vozlišči oskrbe (ključni delavec, svojci, sodelavci, psihiatrični tim) ter tudi širše (splošni zdravnik, zobozdravnik, šola, služba). Multidisciplinarni tim usmerja človeka in njegove bližnje koordinirano in v celoti, vključno z njegovim slogom življenja, ki naj prepreči ponovitev dane ali nastop nove bolezni.

Predlaga tudi, da če želimo v prihodnje preudarno gospodariti z denarjem, ki je na voljo za zdravstveno varstvo na področju duševnega zdravja, bi morali glavni poudarek nameniti nadaljevanju razvoja socialne terapije, tako da bo ta slonela na tesnem povezovanju med socialnimi službami in sedanjimi nevladnimi organizacijami za skupnostno psihiatrijo na eni

strani ter psihiatričnim timom na drugi. Začela bi se že med zdravljenjem v bolnišnici, nato pa postopno intenzivirala med postopnim odpustom na odprti oddelek, v dnevno bolnišnico in v vse bolj sproščeno skupnostno oskrbo. Istočasno z zviševanjem samostojnosti osebe z duševno motnjo bi se intenzivirala tudi zaposlenost od občasnih zaposlitev med delovno terapijo, do priložnostnih del, posebnih del za osebe s kronično duševno motnjo do polovične in polne zaposlitve (prav tam 99-100).

1.6. Socialnovarstvena skrb na področju duševnega zdravja

Organizacija služb za duševno zdravje združuje skupnostne in bolnišnične oblike obravnave, katere omogočajo osebam s težavami v duševnem zdravju nepretrgano zdravstveno obravnavo, nastanitev, zaposlitev, socialno podporo in integracijo. Najbolj pomembno v tem procesu je sodelovanje uporabnika, kjer ima ključno vlogo on sam, ne pa strokovnjak, saj uporabnik sam najbolje ve, kaj potrebuje ter česa si želi.

Poleg psihiatrične bolnišnice, se z duševnim zdravjem ukvarjajo tudi nevladne organizacije, uporabniške organizacije ter organizacije duševnega zdravja v skupnosti.

Nevladne organizacije vodijo strokovnjaki, najbolj pogosto so to socialni delavci, financirane so pa s strani donatorjev, članov ter delno države. Uporabnikom ponujajo skupine za samopomoč, dnevne centre, stanovanjske skupine ter zaščito pravic uporabnikov.

Uporabniške organizacije so vodene s strani uporabnikov ter so prav tako financirane z donatorji, člani in državo. Obsegajo podobne storitve kot nevladne organizacije.

Organizacije duševnega zdravja v skupnosti vodijo strokovnjaki različnih profilov ter so financirani s strani države ter delno z donatorji. Uporabnikom zagotavljajo celovito skrb za potrebe na določenem območju.

1.6.1. Obravnava v skupnosti

»Skupnostna obravnava je organizacija služb za duševno zdravje, ki zagotavlja učinkovito obravnavo oseb z duševnimi motnjami za opredeljeno skupino prebivalstva v skladu z

njihovimi potrebami. Vključuje zdravstvene, socialne in druge službe, zdravljenje, rehabilitacijo ter formalne in neformalne mreže pomoči. Skupnostna obravnava je torej organizacija mreže interdisciplinarnih služb, ki zagotavljajo zdravstveno in socialno varstvo, delovno usposabljanje, zaposlovanje, izobraževanje, nastanitev s podporo in druge rehabilitacijske storitve predvsem osebam s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami, ki tako pomoč najbolj potrebujejo. Izvajajo jo javne službe socialnega in zdravstvenega varstva, zaposlovanja in izobraževanja. Sredstva za skupnostno obravnavo so javna, torej državna sredstva.« (Švab, V. Skupnostna psihiatrija., str. 4)

Ena izmed novosti, ki nam jih je prinesel Zakon o duševnem zdravju (Ur. l. RS, št. 77/2008) je ureditev obravnave v skupnosti.

V 91. členu (ZDZdr) je zapisano, da je obravnava v skupnosti izvajanje pomoči osebam, ki ne potrebujejo več zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ali nadzorovani obravnavi, vendar potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave.

Obravnavo v skupnosti največkrat izvajajo koordinatorji obravnave v skupnosti.

Po 93. členu zakona (ZDZdr) je koordinator obravnave v skupnosti, posameznik, ki ga za spremljanje in koordiniranje obravnave v skupnosti za posamezno osebo določi pristojni center za socialno delo. Oseba, katera je obravnavana v skupnosti v sodelovanju s koordinatorjem ter multidisciplinarnim timom (psihiater, patronažna sestra, predstavnik centra za socialno delo in nevladnih organizacij, najbližja oseba) pripravi načrt obravnave.

Javornik (2003: 44) opisuje skupnostno skrb kot izraz, ki se nanaša na vse oblike pomoči, ki jih odrasla oseba potrebuje, da bi lahko varno in neodvisno živel v lastnem okolju, lastni lokalni skupnosti oziroma svoji soseščini, takrat, ko ima zaradi oviranosti, bolezni ali posebnih potreb (ranljivosti, prizadetosti, izrednih življenjskih okoliščinah) določene težave pri neodvisnem funkcioniranju.

Flaker opredeljuje štiri sklope ciljev duševnega zdravja v skupnosti (Flaker v Hameršak 2005: 10):

- Izboljšanje položaja ljudi z duševno stisko.
- Spreminjanje uslug in služb duševnega zdravja, da bodo služile predvsem njihovim potrebam, hotenjem, željam in nujam.

- Družbeno prevrednotenje in drugačno vrednotenje norosti, duševne stiske ter drugačnosti.
- Odpravljanje in preprečevanje tistih procesov v družbi, ki bi utegnili kogarkoli pripeljati v destruktivne krize, osebni propad, kot tudi usposabljanje vseh ljudi za bolj ustvarjalno soočenje z življenjskimi izzivi ter s stresom.

»Duševno zdravje v skupnosti naj sloni na:

- Normalizaciji, ne pa predsodkih in diskriminaciji;
- Širšem družbenem razumevanju: kampanje proti stigmi, javna edukacija in ozaveščanje;
- Primarno skupnostni oskrbi (ob podpori institucionalne);
- Multidisciplinarnih timih;
- Ustrezni metodah dela: načrtovanje skrbi, ocena potreb.« (Marušič 2009: 87)

Marušič (prav tam 79) piše o dnevni bolnišnični oskrbi, katera je učinkovita zamenjava za zdravljenje v bolnišnici in je kot vrsta pomoči zunaj bolnišnice uspešno zmanjšala število in trajanje sprejemov. Pravi, da se z zunajbolnišnično in dnevno oskrbo lahko izognemo sprejemom, kar je pa že velik prispevek k pocenitvi in tudi prijaznosti duševnozdravstvene mreže.

Lavš opisuje (1996: 3) spreminjanje struktur – za več dnevnišnih centrov, več oblik zaposlovanja in več skupnostnih služb. Hkrati gre za spreminjanje načina obravnave, ki naj vključuje več pogovorov in manj zdravil. Potrebno pa je tudi spremeniti odnos strokovnjakov za duševno zdravje:

- a) Vplivanje na službe duševnega zdravja od zunaj
 - Zloraba človekovih pravic
 - Nasprotovanje EKT in zdravilom
 - Nasprotovanje prisilnemu zdravljenju
 - Dostop do informacij in pravica do zagovornika
 - Zavzemanje za reformo zakonodaje o duševnem zdravju

b) Vplivanje na službe duševnega zdravja od znotraj

Uporabniške skupine se vključujejo v načrtovalske skupine in imajo večji nadzor nad vsakodnevnim upravljanjem služb, usposabljanjem delavcev na področju duševnega zdravja.

c) Službe, ki jih vodijo uporabniki

Dajejo nasvete, informacije ter zagovorništvo. Uporabniki upravljajo dnevne centre, krizne hiše in zavetišča. So podpora lastnim članom (Lavš 1996: 3).

»Skupnostne službe imajo pred institucionalnimi prednost glede:

- dostopnosti, predvsem za skupino ljudi, ki imajo dolgotrajne psihične težave in manjše zmožnosti,
- manjše verjetnosti zanemarjanja in drugih kršitev človekovih pravic,
- boljšega odkrivanja primerov,
- lažjega ocenjevanja kliničnega in socialnega dela,
- boljših rezultatov glede vključevanja sestavin sistema,
- večjega pregleda nad učinkovitostjo porabe proračunskih sredstev za določeno skupino prebivalstva,
- manjšega števila »izgubljenih« pacientov,
- lažje obravnave na domu,
- večje zavzetosti in pripadnosti osebja,
- boljše povezanosti služb,
- manjše uporabe kriznih posegov in bolnišnične obravnave,
- boljše izobraženosti pacientov in osebja,
- večje podpore svojcev,
- opredeljene odgovornosti za vsakega pacienta,

- boljšega sporazumevanja med osebjem, pacienti in svojci in boljšega usklajevanja med primarnim in sekundarnim zdravstvenim varstvom.« (Thornicroft & Tansella v Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2011-2016: 28).

Spodnja razpredelnica primerja model duševnega zdravja v skupnosti in psihiatrijo.

Razpredelnica 1.1.: Primerjava modelov - socialno delo v skupnosti in psihiatrija

	Duševno zdravje v skupnosti	Psihiatrija
Prostor	V skupnosti. Integriran.	Bolnišnica ali ordinacija. Izoliran.
Akterji	Razni strokovnjaki, bližnji.	Zdravnik in pacient.
Razmerja	Enakopravni odnosi.	Prevlada zdravnika.
Metode	Take, ki zagotavljajo obravnavanje pojavov znotraj njihovega konteksta.	Zdravljenje. Pojavi reducirani na telo bolnika.

Vir: Flaker in drugi (2007: 21)

Razvidno je, da obravnava v skupnosti uporabniku zagotavlja vključenost, samostojnost, enakopravnost, sodelovanje s strokovnjaki in bližnjimi; psihiatrija pa ravno nasprotno, uporabnik je izoliran od skupnosti, ima vlogo pacienta in je nemočen.

»To, kar je skupno vsem situacijam duševnega zdravja v skupnosti, je skupnostno načelo. Skupnostno načelo pomeni, da je prostor delovanja kjerkoli v skupnosti, važno je predvsem to, da ljudi z našim delovanjem ne izoliramo in ločimo od drugih. V smislu akterjev to pomeni, da sodelujejo pri različnih procesih zelo raznolike in pisane zbirke akterjev – strokovnjakov, uporabnikov, svojcev, prostovoljcev ipd. Hkrati je značilnost tega načela tudi v tem, da so ti akterji v razmeroma in vsaj a priori enakopravnih odnosih in da se k skupnim ciljem trudijo s skupnimi močmi. Predmet delovanja ni več individuum in njegova bolezen oz. motnja, temveč skupnost. Tudi če je delovanje usmerjeno na posameznika, se ga še vedno razume kot posameznika v skupnosti.« (Flaker in drugi 2007: 21).

Prednosti skupnostne skrbi so že dolgo časa jasne in očitne, vendar še vedno nevladne organizacije dobijo zelo malo sredstev za kvalitetno izvajanje zastavljenih programov in storitev.

Lamovčeva (1995: 350-52) pravi, da si družba želi hitrih rezultatov in ni pripravljena vlagati denarja v izboljševanje medosebnih odnosov. Spoznanja so, da toplo in spodbudno okolje, ki omogoča samostojno odločanje, v večji meri preprečuje nadaljnje krize kot nevroleptiki ter da osebe v krizi mnogo hitreje okrevajo v družbi zdravih ljudi, kot pa če so prisiljene deliti tesen prostor s številnimi osebami, ki so prav tako v akutni krizi.

Flaker (2012: 274) se opira na Deklaracijo za področje duševnega zdravja za Evropo, ki zahteva spremembe služb duševnega zdravja. Politiki in stroki nalaga prizadevanje za vključevanje in enakopravnost, zagotavljanje storitev v skupnosti in ne več zgolj v velikih institucijah. Nalaga tudi prednostne naloge, med katerimi so na primer, kolektivno odpraviti stigmatizacijo, diskriminacijo in neenakopravnost in dajati podporo ljudem s težavami v duševnem zdravju in njihovim družinam, da lahko pri tem sodelujejo. Le te naloge pa zelo težko uresničimo brez dezinstitutionalizacije.

Nacionalni program duševnega zdravja (2009: 12) navaja, da »nepretrgana obravnava oseb s hudimi psihotičnimi motnjami, ki imajo pogoste ponovitve bolezni, so hospitalizirane proti svoji volji, slabo sodelujejo pri zdravljenju in imajo dvojne diagnoze z odvisnostjo ali pogostimi zlorabami psihoaktivnih snovi, zagotavlja boljšo kakovost obravnave, pravočasne nujne posege, izboljša kakovost njihovega življenja, vpliva na število ponovnih sprejemov v psihiatrično bolnišnico in lahko skrajša obdobja hospitalizacije ali ta celo ni potrebna. Psihiatrično zdravljenje v lokalnem okolju osebe je nujno za zgodnje prepoznavanje poslabšanja motenj, takojšnjo psihiatrično obravnavo in visoko prilagodljivost psihiatričnega zdravljenja konkretni osebi. Za tako zdravljenje je treba zagotoviti mrežo zdravstvenih, socialnovarstvenih, izobraževalnih in drugih storitev. Pri obravnavi v skupnosti je pomembna vloga nevladnih organizacij, ki so tudi prve v Sloveniji vpeljale skupnostno obravnavo za osebe s težavami v duševnem zdravju v začetku devetdesetih let.«

1.6.2. Nevladne organizacije

Del izvajalcev, ki izvajajo storitve in programe za osebe s težavami v duševnem zdravju, sestavljajo tudi nevladne organizacije. Razvoj le teh je bil odgovor na potrebe uporabnikov, ko so po vrnitvi iz psihiatrične bolnice potrebovali podporo v skupnosti, v katero so se vrnili.

Flaker (v Ozara 2004: 18) pravi, da so nevladne organizacije nastale kot gibanja na koncu osemdesetih let prejšnjega stoletja. Vloga njih je bila predvsem v uvajanju inovacij, ki so pomenile temeljne obrate v pristopu in organizaciji storitev na področju duševnega zdravja. Od leta 1992 naprej so na naš prostor vpeljale stanovanjske skupine, dnevne centre, skupine za samopomoč, socialna podjetja, individualno načrtovanje, zagovorništvo in osebno asistenco.

Veliko dejavnosti in storitev v t.i. sekundarni in terciarni preventivi (preprečevanje ponovitve in poslabšanja bolezni) lahko prevzamejo nevladne organizacije. V Sloveniji jo večinoma izvajajo prostovoljci, kažejo pa se potrebe po višji stopnji usposobljenosti in profesionalizaciji večjega dela dejavnosti. Na področju duševnega zdravja v Sloveniji, deluje 44 stanovanjskih skupin s približno 200 uporabniki, 22 dnevnih centrov, ki jih obiskuje okrog 380 uporabnikov in 14 svetovalnih in informativnih pisarn, ki jih obiskuje okoli 400 uporabnikov in 50 svojcev. Znotraj zavodov, CSD-jev, društev in drugih nevladnih organizacij pa deluje okrog 20 skupin za samopomoč (Marušič 2009: 80-81).

»Vodilo za delovanje nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja je najpogosteje dopolnjevanje medicinskega modela s psihosocialnim in skupnostnim delom, ki izhaja manj iz diagnoz in več iz opisov problemov in situacij uporabnika in krejitvi njegove moči v osebni uspešnosti in socialnem vključevanju. Kvaliteta dela v programih socialnega varstva v nevladnih organizacijah na področju duševnega zdravja je odvisna tudi od usposobljenosti izvajalcev programov, zlasti na področju socialnega dela, vložka dela, ki ga prispevajo prostovoljci, finančnih sredstev in drugih okoliščin, ki lahko vplivajo na razvoj dobrih ali pa tudi slabih praks pri delu z uporabniki.« (Smonker 2007: 47)

»Za razliko od psihiatrične obravnave, ki temelji na medicinskem modelu, ki išče pomanjkljivosti oziroma bolezenska stanja; skupnostne službe temeljijo na socialnem modelu, ki pri ljudeh išče vire in moč. S svojimi storitvami poskušajo podpreti uporabnike tam, kjer si to želijo, izboljšati kvaliteto življenja, povečati integracijo in zmanjšati število ponovnih hospitalizacij.« (Tancek in drugi 2008: 130)

Nevladne organizacije omogočajo individualiziran pristop, ki upošteva razlike v potrebah uporabnikov in zagotavlja večjo izbiro storitev, tudi možnost, da določeno storitev posameznik odkloni. Namen in cilj programov nevladnih organizacij je, da se ljudem s težavami v duševnem zdravju zagotovijo skupnostno orientirani programi, ki bi jim olajšali

prehod iz bolnišnice nazaj v domače okolje in čim večjo samostojnost ter kakovostno življenje s težavami v duševnem zdravju.

Videmšek (v Ozara 2004: 6) opisuje, da je program stanovanjskih skupin omogočil številnim posameznikom, da so ponovno pridobili spretnosti za samostojno življenje in jih izkoristili po odhodu iz stanovanjske skupine. Stanovanjska skupina je prehodna oblika obravnave, ki nadomesti ali dopolni funkcijo doma in uporabniku omogoči prehod v samostojno življenje. Dnevni center uporabniku pomaga strukturirati dnevni čas, mu naloži neko obveznost ter omogoči priložnost za pridobivanje vsakdanjih spretnosti ter širjenja socialne mreže. Pisarne za informiranje in svetovanja krepijo moč uporabnikov ter dajejo podporo v taki obliki, kot jo posamezniki potrebujejo.

Videmšek (prav tam) dodaja, da strokovna delavka vzpostavi stik z uporabnikom že v času, ko je ta v bolnišnici. Zagotovi varnost, da uporabniki vedo, da bodo podprti v trenutku, ko izstopijo iz bolnišnice. Delo je individualno.

1.6.3. Uporabniške organizacije

Lamovčeva (1997b: 205) uporabniško organizacijo opredeli kot skupino oseb, ki jih družijo psihiatrična zgodovina, in ta skupina si zastavlja lastne cilje in strategije ter sama sprejema vse pomembne odločitve. V idealnem primeru je neodvisna od strokovnjakov in ustanov, čeprav je znano, da je dosti skupin nastalo s pomočjo strokovnjakov. Dokler torej vse pomembne odločitve sprejemajo uporabniki, skupino še vedno lahko opredelimo kot uporabniško.

Dejavnosti uporabniških skupin so družabnost, javno nastopanje, izobraževanje, zagovorništvo, skupine za samopomoč, rehabilitacija, svetovanje, plačano delo, povezovanje z drugimi uporabniškimi organizacijami in stanovanjske skupine (prav tam 208).

1.6.4. Službe na področju duševnega zdravja v občini Ormož

Na območju občine Ormož obstaja malo organizacij, ki delujejo na področju duševnega zdravja. V Ormožu se nahaja Psihiatrična bolnišnica Ormož, v okviru katere deluje

skupnostna psihiatrija, klinično psihološka ambulanta ter psihiatrična ambulanta na Ptuju. Obravnavo v skupnosti pokrivajo koordinatorke iz Centrov za socialno delo Ptuj in Murska Sobota.

Nevladnih organizacij, ki bi delovale na področju duševnega zdravja, v občini Ormož ni. Najbližji organizaciji (Ozara) sta na Ptuju (oddaljenost od Ormoža cca. 27 kilometrov) in v Ljutomeru (oddaljenost od Ormoža cca. 20 kilometrov).

OZARA Slovenija trenutno uporabnikom ponuja:

- 16 stanovanjskih skupnosti (namenjene so uporabnikom z dolgotrajnimi težavami, ki potrebujejo občasno ali stalno podporo pri bivanju in organiziranju vsakdanjega življenja. Vključujejo se lahko polnoletni bolniki v remisiji, ki potrebujejo prilagojeno namestitev in strokovno pomoč, ker nimajo ustreznega bivalnega okolja, ustrezne socialne mreže in jim ni mogoče pomagati na domu.) Najdemo jih v Mariboru, Novem mestu, Celju, Murski Soboti, Jesenicah ter Ptuju.
- 5 dnevnih centrov: Murska Sobota, Ptuj, Maribor, Slovenj Gradec, Brežice (osnovni namen je druženje in koristno preživljanje prostega časa preko skupinskih dejavnosti)
- 13 pisarn za informiranje in svetovanje (strokovna pomoč na terenu, ki zajema vse od pomoči pri osnovnih opravkih do svetovanja, kam se obrniti ob poslabšanju bolezni)
- Prostočasne dejavnosti: namenjene skupnemu preživljanju prostega časa (Ozara).

Ozara Ptuj uporabnikom zagotavlja stanovanjsko skupino ter dnevni center, Ljutomer pa storitve Pisarne za informiranje in svetovanje.

Organizacije so za uporabnike s težavami v duševnem zdravju, kateri živijo v občini Ormož, precej oddaljene. Dostop do njih jim največkrat onemogoča finančni strošek zaradi prevoza.

Švabova (Skupnostna psihiatrija., str. 9) govori o principih skupnostne psihiatrije, med katerimi je omenjena tudi »dostopnost«, ki pomeni, da so službe v zadostni bližini, da jih je mogoče doseči brez večjih stroškov, da pred vstopom ni čakalnih dob, posebej ne predolgih in birokratskih, ter da so službe enako dostopne vsem, ki jih potrebujejo, brez diskriminacije.

Jeriček Klanšček in drugi (2009: 101) ugotavljajo, da:

- Teritorialna pokritost s psihiatričnimi službami je neenakomerna.
- Mreža izvajalcev, ki izvajajo programe in storitve za duševno zdravje, ni vsem enako dostopna; zdravstveni delavci so v mreži izrazito neenakomerno porazdeljeni.
- Služb za duševno zdravje v lokalni skupnosti in drugih nestacionarnih psihiatričnih služb v skupnosti (službe za rehabilitacijo) ni ali pa jih je premalo.
- Nevladne organizacije imajo različne psihosocialne programe, ki so pomemben del preventivnih in promocijskih aktivnosti.
- Koordinacija psihosocialnih programov različnih nevladnih organizacij je pomanjkljiva.
- Ni registra nevladnih organizacij in ustreznega vrednotenja njihovih programov.
- Pomanjkljivo sodelovanje med nevladnimi in vladnimi ustanovami ter združenji s tega področja.

1.7. Metode socialnega dela na področju duševnega zdravja

1.7.1. Socialno delo v psihiatrični bolnišnici

Naloge socialne delavke v psihiatrični bolnišnici obsegajo udejstvovanje na oddelku in sodelovanje na vizitah, kar omogoča, da lahko osebno spozna posameznika in se hkrati seznani z njegovimi težavami v duševnem zdravju. Socialno delo v bolnišnici zahteva individualni pristop ter krepitev moči uporabnika; temeljna naloga je strokovno pomagati ljudem, ki so se znašli v duševni stiski, da povrnejo in razvijejo svoje sposobnosti za aktivno in enakopravno vključevanje v družbeno življenje. Z uporabo metod socialnega dela, uporabnik, svojci ter socialna delavka soustvarjajo rešitve v izvirnih delovnih projektih pomoči. Naloga socialnega dela v času bolnišnične obravnave je zagotavljanje podpore uporabnikom in njihovim bližnjim pri soočanju z novimi razmerami. Prav tako socialne delavke pomagajo pri iskanju ustreznih oblik podpore in storitev, ki bi omogočile uporabniku vrnitev v domače okolje ali preselitev v zanj sprejemljivejšo stanovanjsko rešitev. Njihovo delovanje je usmerjeno v omogočanje večje izbire, v krepitev moči in odločanju o lastnem življenju. Delujejo tudi v smeri za družbene spremembe, ki povečujejo socialno pravičnost in izboljšujejo položaj posameznikov, družin in skupnosti.

»Delo z duševnimi pacienti, zaradi njihove stigmatizacije, nerazumevanja širše okolice in tudi tabujev, od socialnega delavca zahteva pozitiven odnos do pacientov, sposobnost vživljanja v njihove stiske ter sposobnost in pripravljenost timskega dela. Socialna služba deluje kot vmesni člen podpore, svetovanja in povezovanja med pacientom/pacientko, institucijo, mrežo pomoči, družino in skupnostjo.« (Psihiatrična klinika Ljubljana 2009: 389)

»Socialno delo teži k opredelitvi socialnih težav:

- neurejena dokumentacija
- neurejeno finančno stanje
- neurejeni pogoji bivanja
- težave na delovnem področju
- pomoč pri nadaljevanju prekinjenega študija
- neurejene družinske razmere.« (prav tam 391)

Socialna služba v bolnišnici se mora ves čas povezovati z zunanjimi službami (CSD, ZPIZ, ZZS, šola, občina, nevladne organizacije,...). Pomembno je tudi delo s svojci, družino. Vloga družine je v procesu obravnave uporabnikov s težavami v duševnem zdravju izrednega pomena, saj je družina načeloma prva, ki opazi spremembe in ki običajno tudi poišče strokovno pomoč. Dobro sodelovanje med svojci, strokovnjaki in uporabnikom omogoča tako pomoč svojcem v premagovanju njihovih lastnih stisk kot pri prepoznavanju in sprejemanju duševne stiske člana družine.

Usmerjena je na prednosti in sposobnosti posameznika, da se lažje vključi v skupnost. Ne osredotoča se na raziskovanje razlogov za nastanek stiske in njenih posledic.

Rapoša Tajnšek (2007: 7, 8) opisuje, da s pomočjo socialnega dela želijo uporabniki izboljšati kakovost svojega življenja; želijo si povečati prihodke, želijo dobiti delo, izboljšati želijo bivalne razmere, pridobiti različna sredstva in pripomočke, ki jih potrebujejo za samostojno življenje, si zagotoviti nove ali dopolnjene storitve, povečati želijo svoj vpliv in kontrolo nad lastnim življenjem, doseči bolj zadovoljive medosebne odnose v družini, v skupnosti ali v delovnem okolju.

Socialno delo je lahko uspešno le, če poleg mikro ravni (posameznika, družine, skupine) upošteva še mezo raven socialnega okolja, ki vključuje neformalne in formalne vire in mreže

pomoči v življenjskem okolju in skupnosti, in makro raven, ki vključuje družbeni in politični kontekst obravnave socialnih problemov (prav tam 10).

Flaker (2013: 111) navaja, da je za socialno delo najbolj pomembno to, da spoznamo kako ljudje živijo, kako delujejo v svojem domačem okolju, skupnosti, s kakšnimi prostorskimi ureditvami se srečujejo, kaj jim je na voljo (tudi na povsem socialnem področju – ustanove, skupine, načini združevanja). Ena od bistvenih operacij socialnega dela je prav ustvarjanje zemljevidov človeških življenj. Socialni delavci v ustanovah so tisti, ki morajo vzpostaviti stik z izvirnim, domačim okoljem; ter gredo k uporabnikom domov ter spoznajo, kje živi ter kdo so ljudje okrog njega. Je strokovnjak za stike s svojci ter bližnjimi. Opravljajo pa tudi birokratsko delo, saj so pomočniki ljudem pri urejanju njihovih socialnih pravic. Socialni delavci moramo spoznati, kako ljudje živijo, hkrati pa se moramo v njihovem življenjskem svetu orientirati, vedeti, kakšne so povezave, položaji, mreže med različnimi akterji, sredstvi, viri, silami in drugimi okoliščinami življenja, skratka na tem terenu se moramo znati gibati, ga uporabljati in v njem delovati. Bistvenega pomena je spremljanje posameznika po odpustu iz bolnišnice.

1.7.2. Krepitev moči

Socialno delo je specializirano za izvajanje pomoči, zato je (ne)moč drugih osrednje vprašanje njenih storitev. Človek je družbeno bitje, zato je nenehno odvisen od drugih. Krepitev moči lahko razumemo kot teoretsko in veščinsko prizadevanje za prerezporeditev moči uporabnikov socialnih storitev v smeri večje avtonomije njihovega življenja (individualnega ali kolektivnega). Je regulacija razmerij odvisnosti, ne pa njihovo odpravljanje, saj šele v odvisnosti do drugih lahko uresničimo svoje interese (Dragoš 2005: 36, 37).

Mesec (2006: 239) opisuje termin »empowerment«, ki pomeni dajanje ali dodajanje moči. Uporabnik, ki je prej prišel po pomoč, bo odslej prihajal po moč.

Izraz »opolnomočenje« ni več v uporabi, saj ima preozki pomen ter predstavlja le enega izmed možnih načinov krepitev moči; to je redistribucija virov moči z enega akterja na drugega. Mogoči so še štirje drugi načini ravnanja z viri moči v smeri krepitev položaja uporabnika: aktiviranje obstoječih virov, kreiranje novih virov, povečevanje dostopnosti virov in mediacija (Dragoš 2005: 38, 39).

Jelka Škerjanc (1996) pravi, da krepitev moči pomeni možnost odločanja o treh bistvenih življenjskih vprašanjih: Kje bom živel? Kaj bom delala? Kdo me bo pri tem podpiral?

Sodobne teorije socialnega dela, kot najpomembnejše akterje procesa, imenujejo uporabnike. Poudarek je na enakopravnem odnosu med vsemi udeleženi v procesu iskanja rešitev.

Koncept krepitev moči nam omogoči, da se srečujemo z ljudmi tam, kjer so, in se jim pridružimo v njihovem jeziku in z njimi potrjujemo njihove talente, želje, cilje spretnosti. Pomembno pri konceptu krepitev moči je, da nam lahko ljudje, s katerimi delamo, dajo najboljši odgovor o samem poimenovanju. Najsodobnejše poimenovanje je »*expert by experience*«, kar pomeni strokovnjak zaradi (oz. na podlagi) izkušnje. Izkušnje poudarjamo z namenom, da bi zagotovili večje vrednotenje izkušnje, in zato, da bi izkušnje postale prednost in ne slabost. S tem se pozornost od (težav, problemov ali bolezni) preusmeri na to, česar strokovnjaki zvečine nimajo (Videmšek 2008: 210).

Flaker s sodelavci (2013: 46) pravi, da se krepitev moči začne, ko začnemo načrtovati. Uporabniku je potrebno dati vso moč v procesu, v katerem ima aktivno vlogo in je gospodar načrtovanja. On je tisti, ki odloča o tem, kako bo načrtovanje potekalo in izraža želje ter cilje. Je glavni soustvarjalec načrta.

1.7.3. Zagovorništvo

Krepitev moči je ena izmed ključnih nalog metode zagovorništva. Razmerja moči med uporabniki, ustanovami in svojci so pogosto nesorazmerna, zato imajo zagovorniške službe pomembno vlogo pri večanju moči uporabnikov.

Posamezniki postanejo uporabniki socialnega dela zato, ker sami ne morejo rešiti svojih težav; socialni delavci pa se kot člani dominantne družbene skupine (opremljene s profesionalnim znanjem) vse bolj zavedajo potrebe po redistribuciji moči v korist šibkejše strani, svojih uporabnikov (Dragoš 2005: 36, 37).

Zagovorništvo je metoda, po kateri se socialno delo razlikuje od drugih pomagajočih poklicev, kot so na primer psihologija, medicina,... Na področju duševnega zdravja ima

pomembno vlogo, saj se ljudje s težavami v duševnem zdravju pogosto znajdejo v situaciji, ko ostanejo brez moči.

Zagovorništvo daje posamezniku podporo pri soočanju z zunanjim svetom, tj. družino, ustanovami duševnega zdravja in socialnega dela, delodajalci, stanodajalci itn. Pomeni pa tudi zaščito notranjega sveta uporabnika ali uporabnice, njihove samoopredelitve, samopodobe in stališč o svetu in sebi. Zagovornik torej sprejema iskalca pomoči kot osebo, ki sama odloča o sebi. Tak pristop omogoči uporabniku uveljaviti večji vpliv nad svojim življenjem, ki ga institucije po pravilu ne dajejo. Tako se krepi njegova samozavest in aktivni pristop ter zmanjšajo psihične posledice stigmatizacije. Zagovornik praviloma ne dela stvari namesto uporabnika, temveč skupaj z njim; to mnoge opogumi, da se pozneje sami soočijo s spornim ravnanjem drugih, ob zavesti, da imajo nekoga, na katerega se lahko obrnejo. Zagovornik je oseba, ki je povsem na strani uporabnika in skuša doseči, da se njegove potrebe in želje upoštevajo (Lamovec 1997a: 53).

»Ena temeljnih nalog zagovorništva je opozarjati javnost na neustrezno skrb na področju duševnega zdravja, od kršitev človeških in zakonskih pravic do pomanjkanja služb za terensko delo in nerešenih vprašanj v zvezi s stanovanjsko problematiko.« (prav tam 57)

»Zagovornik je po svoji funkciji brezpogojno na strani uporabnika. Iz tega logično sledi, da ne more biti hkrati tudi na strani institucije. Srednje poti ne more biti, načini delovanja pa so seveda lahko različni, kar je stvar pragmatičnih odločitev.« (Flaker in Lamovec 1993: 51)

Pomembno je, da zagovorniška služba deluje tam, kjer jo ljudje potrebujejo; da je dostopna v okolju, kjer se uporabniki nahajajo (npr. v psihiatrični bolnišnici). Da lahko ljudje poiščejo pomoč zagovornika, je nujno, da je služba dostopna ter da so uporabniki seznanjeni o pravicah, saj pogosto sploh ne vedo, da so bile njihove pravice kršene.

Poznamo več vrst zagovorništva: laično, profesionalno, kolektivno, samozagovorništvo, občansko ter neodvisno zagovorništvo.

Zakon o duševnem zdravju (Ur. l. RS, 77/2008) je uvedel profil zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja, kateri opravlja naloge, ki jih opisuje metoda zagovorništva.

Zastopnik pravic oseb na področju duševnega zdravja je posameznik, ki varuje pravice, interese in koristi osebe. Poleg nalog, za katere se z osebo dogovorita v pisnem pooblastilu, opravlja zastopnik predvsem naslednje naloge:

- osebo na primeren način informira o:
 - pravici do dopisovanja in uporabe elektronske pošte,
 - pravici do pošiljanja in sprejemanja pošilk,
 - pravici do sprejema obiskov,
 - pravici do uporabe telefona,
 - pravici do gibanja,
- osebi daje konkretne nasvete in pojasnila glede uveljavljanja pravic,
- osebi svetuje glede uveljavljanja pravic,
- prizadeva si za spoštovanje pravic oseb,
- preverja:
 - ali se za osebo vodi evidenca o omejevanju pravic, ki jih določa zakon o duševnem zdravju
 - ali se za osebo vodi evidenca o uporabi posebnih varovalnih ukrepov, ki jih določa zakon o duševnem zdravju
 - ali se za osebo vodi evidenca o zdravljenju s posebnimi metodami zdravljenja, ki jih določa zakon o duševnem zdravju,
- predlaga izvedbo upravnega nadzora nad odreditvijo in izvedbo posebnega varovalnega ukrepa (Zastopnik pravic oseb na področju duševnega zdravja).

1.7.4. Osebno načrtovanje

Osebno načrtovanje in izvajanje storitev je metoda, ki na podlagi raziskovanja življenjskega sveta oblikuje cilje in načrtuje uporabo tistih sredstev, ki jih ima človek na voljo, kot tistih, ki jih mora še pridobiti, da bi svoje cilje dosegla. Poteka v nenehnem dialogu in delovnem odnosu z uporabnikom, dosledno upošteva njegovo voljo in način, ki krepi njegovo moč ter širi možnosti človeka, ki mu je načrt namenjen (Flaker in drugi 2013: 19).

Značilnosti metode so prečnost (povezuje dogodke na ravni konkretnega življenjskega sveta z dogodki v institucionalni sferi življenja), reflektivnost in refleksivnost (načrtovanje in izvajanje odraža posameznikov dejanski življenjski svet ter hkrati tudi njegovo usmerjenost, želje in stališča) ter proaktiven pristop (ne izhajamo zgolj iz stiske, težave, temveč so ključni cilji, s katerimi lahko premagamo težavo in stopimo v novo stvarnost (prav tam 21-26).

Osebno načrtovanje lahko poimenujemo tudi individualno načrtovanje, saj se osredotoča na življenjski svet posamezne osebe in je individualno delo uporabnika in strokovnega delavca.

Individualno načrtovanje socialno varstvenih storitev z udejanjanjem uporabnikovih ciljev predvideva sodelujoč odnos med prejemniki storitev in strokovnimi delavci. V tem odnosu zadrži uporabnik vpliv nad potekom procesa zagotavljanja storitve in tudi vpliv v svojem življenju, saj udejanja cilje, ki si jih je sam postavil (Škerjanc 2006: 94).

Proces individualnega načrtovanja storitev in udejanjanja ciljev ima naslednje značilnosti: poteka na uporabnikovo željo, uporabnik ohrani vpliv nad načrtovanjem storitev in udejanjanjem ciljev, posameznik izboljšuje kakovost svojega življenja z aktivnim sodelovanjem, je akcijsko raziskovanje, s spiralno ponavljajočimi se fazami načrtovanja, izvedbe, ocene, ponovnega načrtovanja, uporabnica je lastnica načrta in ga lahko kadarkoli spremeni (prav tam 54).

Individualno načrtovanje socialno-varstvenih storitev obsega tri različne metode dela:

- Individualni načrt z udejanjanjem ciljev. Zapisovanje načrta poteka ob doslednem zagotavljanju vpliva uporabnika pri tem. Ta metoda je uporabna za uvajanje sprememb pri večjih življenjskih prelomnicah, v kompleksnejših življenjskih situacijah, za načrtovanje sprememb preko večvrstnih ciljev na različnih življenjskih področjih, ali za spremembo, ki se v celoti opre na en cilj – preselitev iz zavoda v skupnost na primer.
- Ad hoc načrtovanje je uporabno za prepoznavanje in uvajanje manjših ali posamičnih sprememb v vsakdanjem življenju. Te spremembe se dogajajo znotraj obstoječih okoliščin oziroma življenjskih danosti.
- Načrtovanje na zalogo je metoda individualnega načrtovanja storitev, s katero posameznik ureja okoliščine svojega življenja za obdobje, ko nanje sam ne bo mogel vplivati neposredno. Uporabna je tedaj in v tistih življenjskih situacijah, ko je vpliv na odločitve zmanjšan zaradi spremenljivih stanj, ki jih povzročajo težave v duševnem

zdravju, ob napredujoči (terminalni) bolezni ali zaradi spremljajočih pojavov staranja (prav tam 57).

2. PROBLEM

2.1. Pobude za raziskavo

Duševno zdravje v skupnosti je področje, ki me zelo zanima ter se me dotika tudi na osebni ravni. Zaradi neposredne izkušnje s svojim očetom, ki ima težave v duševnem zdravju, sem se odločila za študij na Fakulteti za socialno delo (smer Duševno zdravje v skupnosti) ter kot zaključek mojega izobraževanja izdelati diplomsko nalogo na temo duševnega zdravja. Skozi odraščanje sem brskala po informacijah o različnih »psihiatričnih diagnozah«, spoznavala simptome ter posledice duševnih stisk ter si skušala čim bolj približati očetovo realnost. Ob spremljanju njegovega okrevanja skozi leta sem večkrat bila v stiku s Psihiatrično bolnišnico Ormož, kjer je do danes bil že večkrat hospitaliziran. Zaradi sprememb in potreb, ki sem jih opazila v njegovem življenju ter življenju ostalih uporabnikov Psihiatrične bolnišnice Ormož, sem se odločila, da opravi raziskavo v okviru svoje diplomske naloge.

V drugem in tretjem letniku študija na Fakulteti za socialno delo sem v okviru obvezne prakse obiskovala Psihiatrično bolnišnico Ormož. V tem času sem organizacijo spoznala tudi s strokovnega vidika. Med praktičnim usposabljanjem sem opazila, da se večkrat pojavi težava, kam napotiti uporabnike, ko zaključijo s hospitalizacijo, saj se veliki večini zgodi, da ostanejo brez stalnega prebivališča, brez zaposlitve ter brez socialne mreže, kajti, le ta jih je sedaj potisnila na rob družbe. Tudi moja mentorica na učni bazi me je opozorila na to problematiko ter me usmerila in mi dala idejo za raziskovanje.

Težava se pojavi sploh za uporabnike, ki bivajo v občini Ormož, saj okolje na tem območju ponuja uporabnikom s težavami v duševnem zdravju le oskrbo v psihiatrični bolnišnici, ki pa še dodatno poveča stigmo uporabnikov. Nevladne organizacije na območju občine Ormož bi prispevale k zmanjšanju stigme uporabnikov in številnih, ponavljajočih se hospitalizacij, pridobivanju kompetenc za samostojno življenje ter k preprečevanju izoliranosti od širše družbe. Hkrati bi tudi socialna služba v PBO in koordinatorji na področju duševnega zdravja v skupnosti imeli več možnosti za izvajanje pomoči in usmerjanje uporabnikov po končani hospitalizaciji v PBO. Najbližji nevladni organizaciji na področju duševnega zdravja sta trenutno od Ormoža oddaljeni 27 kilometrov (Ozara Ptuj) ter Pisarna za informiranje ter svetovanje (Ozara Ljutomer) 20 kilometrov; kar je vsekakor predaleč glede na finančne ovire ter časovno omejenost uporabnikov.

2.2. Opredelitev problema

Vprašanja, na katera sem poskušala odgovoriti z raziskavo ter teme, ki so me zanimala, so:

- Spoznati, kakšno je bilo življenje uporabnikov pred prvo hospitalizacijo; preden so se srečali z težavami v duševnem zdravju ter preden so prejeli strokovno pomoč.
- Kako je prišlo je do prve hospitalizacije in kdo je bil pobudnik za njo?
- Kako se je spremenilo življenje uporabnikov po hospitalizaciji?
- Kdo so pomembni ljudje v uporabnikovem življenju; kdo sestavlja njihovo socialno mrežo?
- S katerimi ovirami/težavami se srečujejo, ko se vračajo iz PBO nazaj v skupnost?
- Če so trenutno v delovnem razmerju in do kakih sprememb je prišlo na področju zaposlitve po hospitalizaciji?
- Uporaba ter pomembnost psihofarmakov.
- Prisotnost stigme.
- Kako se je PBO spremenila od takrat, ko so bili prvič hospitalizirani?
- Pozitivni in negativni vidiki hospitalizacije.
- Če bi se ponovno odločili za zdravljenje v PBO?
- V kolikšni meri so v stiku s skupnostjo v času hospitalizacije in, če se družijo z ostalimi uporabniki PBO?
- Kakšne so posameznikove osebne strategije za ohranjanje duševnega zdravja, ko so v domačem okolju?
- Če se vključujejo v NVO na področju duševnega zdravja ter kakšna je dostopnost le teh?
- Ali imajo željo po vključitvi v NVO (v primeru, da se trenutno ne vključujejo v NVO)?

- Ali se jim zdi ideja/predlog o ustanovitvi NVO v Ormožu smiselna?
- Potrebe po ustanovitvi nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja v občini Ormož.
- Skupnostna psihiatrija.
- Sodelovanje med organizacijami na področju duševnega zdravja.
- Metode dela strokovnjakov na področju duševnega zdravja.

3. METODOLOGIJA

3.1. Vrsta raziskave in spremenljivke

Raziskava je kvalitativna, v kateri sem zbirala besedne opise, ki se nanašajo na raziskovalni pojav. Osnovno gradivo za raziskavo so intervjuji oziroma zgodbe ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju in so bili vsaj enkrat hospitalizirani v Psihiatrični bolnišnici Ormož ter intervjuji strokovnih delavcev, ki delajo na področju duševnega zdravja.

Ob zbiranju življenjskih zgodb intervjuvanih oseb sem upoštevala njihovo doživljanje obravnave v PBO ter posledice in spremembe v življenju posameznika, ki so nastale po prvi hospitalizaciji.

Raziskava je hkrati tudi primerjalna, saj primerja življenja ljudi pred in po hospitalizaciji.

3.2. Merski instrumenti in viri podatkov

Merski instrument raziskave je polstrukturiran intervju, za katerega sem si vnaprej določila nekaj opornih točk oziroma tem pogovora, katere so me vodile do informacij, ki sem jih želela s posameznim intervjujem pridobiti. Izvedba intervjujev je potekala v obliki pogovora. Vprašanja za uporabnike so se nanašala na težave v duševnem zdravju, doživljanje hospitalizacije in oskrbe v PBO, na spremembe v uporabnikovem življenju po odpustu iz bolnišnice, vključevanje v skupnost po odpustu iz bolnišnice ter na nevladne organizacije na področju duševnega zdravja. Skušala sem pridobiti celoten vpogled v uporabnikovo zgodbo; to je, od začetka pojava duševne stiske pa do danes. Ključni del intervjuja je vprašanje o potrebah in željah po nevladnih organizacijah ter društvih, skupinah, ki bi delovale na področju duševnega zdravja v občini Ormož. Osredotočala sem se tudi na osebno mnenje ter doživljanje, saj sem želela pridobiti uporabniški vidik glede potreb in zadovoljstva s trenutnim zagotavljanjem pomoči ob pojavu težav v duševnem zdravju.

Dolžina trajanja intervjujev se je med posameznimi izvedbami razlikovala, saj je bilo odvisno od tega, koliko so bili sogovorniki pripravljeni povedati o zastavljenih temah pogovora ter predvsem od tega, v kakem zdravstvenem stanju so bili v času izvedbe intervjujev.

Vir podatkov za mojo raziskavo so bili tudi trije intervjuji s strokovnimi delavci, in sicer, s psihiatrom in socialno delavko iz PBO ter socialno delavko iz Ozare Ljutomer. Pogovor je potekal o hospitalizaciji, metodah dela, psihofarmakih, spremembah v PBO, stigma uporabnikov, skupnostni psihiatriji, terenskem delu, potrebah po nevladnih organizacijah v občini Ormož in o sodelovanju med organizacijami.

3.3. Populacija in vzorec

Merilo za izbiranje sogovorcev za populacijo moje raziskave, je bilo, da ima oseba dolgotrajne težave v duševnem zdravju, da je bila vsaj enkrat hospitalizirana v PBO ter da živi v občini Ormož.

Vzorec raziskave je vseboval sedem oseb iz občine Ormož, ki so preživeli vsaj eno krizo v duševnem zdravju ter so bili hospitalizirani v PBO. Osebne podatke, kot sta ime in priimek, sem zaradi anonimnosti sodelujočih v raziskavi zamolčala.

Strokovni vidik na področje raziskave so mi omočili intervjuju s strokovnimi delavci; in sicer s psihiatrom in socialno delavko iz Psihiatrične bolnišnice Ormož ter socialno delavko, zaposleno v Ozari Ljutomer.

3.4. Zbiranje podatkov

Zbiranja podatkov sem se najprej lotila z intervjuvanjem oseb, katere sem osebno poznala iz zasebnega življenja ali sem jih spoznala tekom obvezne študijske prakse v drugem in tretjem letniku študija, ki sem jo opravljala v PBO. Nadaljnje iskanje oseb je potekalo po metodi snežne kepe, kar pomeni, da so mi intervjuvane osebe pomagale vzpostaviti stik še z ostalimi uporabniki, ki so ustrezali mojim merilom populacije. Nekaj oseb za intervju sem pridobila s pomočjo PBO ter socialnih delavk v bolnišnici, ki sta mi omogočili stik z uporabniki, ki so bili trenutno hospitalizirani ter podatke o tistih, ki so trenutno bivali doma, vendar so bili v preteklosti hospitalizirani v PBO.

Strokovni vidik raziskovalnega problema mi je omogočil intervju s psihiatrom (intervju sva opravili s sošolko prejšnje študijsko leto v času prakse) in s socialnima delavkama.

Podatki o sogovornikih:

- Moški, delno invalidsko upokojen. Večkrat hospitaliziran v PBO. Živi sam, v lastnem stanovanju v občini Ormož.
- Moški, polno invalidsko upokojen. Večkrat hospitaliziran v PBO. Živi sam, v lastnem stanovanju v občini Ormož.
- Moški, polno invalidsko upokojen. Večkrat hospitaliziran v PBO. Živi sam, v lastni hiši v občini Ormož.
- Moški, polno invalidsko upokojen. Večkrat hospitaliziran v PBO. Živi z bratom v lastni hiši v občini Ormož.
- Ženska, nezaposlena. Trenutno hospitalizirana v PBO. Pred tem že večkrat hospitalizirana. Živi z mamo v občini Ormož.
- Ženska, nezaposlena. Trenutno hospitalizirana v PBO. Pred tem že večkrat hospitalizirana. Živi s hčerko v okolici Ormoža.
- Moški, polno invalidsko upokojen. Enkrat hospitaliziran v PBO. Včasih je živel v Ormožu, vendar se je sedaj preselil v svoje stanovanje na Ptuj (vzrok: dostop do dnevnega centra Ozare).
- Psihiater, zaposlen v PBO.
- Diplomirana socialna delavka, zaposlena v PBO.
- Diplomirana socialna delavka (strokovna delavka), zaposlena v Ozari - Pisarna za informiranje in svetovanje Ljutomer.

3.5. Obdelava podatkov

Vsebinsko podatkov, ki sem jih pridobila z intervjuji uporabnikov, sem obdelala tako, da sem izpisala stavke, izjave ter dele stavkov, ki so pomembni ter se nanašajo na vprašanja moje raziskave. Tem izjavam sem nato pripisala kode, ki označujejo okoliščine življenja ljudi s težavami v duševnem zdravju:

- Pred hospitalizacijo
- Prva hospitalizacija
- Po hospitalizaciji
- Socialna mreža
- Reintegracija
- Prisotnost stigme
- Zaposlitev
- Psihofarmaki
- Spremembe v PBO skozi čas
- Pozitivnost/negativnost hospitalizacije
- Povezava skupnosti s PBO
- Odločitev za ponovno zdravljenje v PBO
- Osebne strategije
- Stiki z ostalimi uporabniki PBO
- Vključevanje ter dostopnost NVO na področju duševnega zdravja
- Želja po vključitvi v NVO ter predlog ustanovitve le te v občini Ormož

Kasneje sem kodam pripisala skupne pojme.

Iz intervjujev s strokovnjaki sem prav tako izpisala dele izjav ali stavkov, ki se nanašajo na raziskovalna vprašanja ter raziskovalno problematiko. Njihovim izjavam sem postavila naslednje kode:

- Iskanje pomoči
- Spremembe
- Potrebe

- Metode dela
- Psihofarmaki
- Sodelovanje z drugimi organizacijami
- Skupnostna psihiatrija
- Nevladne organizacije
- Hospitalizacija
- Terensko delo
- Status uporabnikov
- Stigma

Tudi tem kodam sem nato pripisala skupne pojme.

3.5.1. Označevanje relevantnih delov besedila s kodami

UPORABNIKI

Intervju št. 1

Ja,...bilo je zelo hudo, ker je pač shizofrenija že bila prisotna, sam pa pač tega ne veš in ne veš kaj se ti dogaja. In pač imaš toti občutek, pri paranoidni shizofreniji....preganjavico. Da je pač svet proti tebi. (PRED HOSPITALIZACIJO)

...potem pa ko si ti enkrat hospitaliziran pa dobiš tista zdravila prava in to, proti bolezni....potem pa se vse to skup malo umiri.....ampak nekje v podzavesti pa ti to vse ostane za nazaj. (PO HOSPITALIZACIJI)

Ja, najbolj moja zdravnica, psihiatrinja.... (SOCIALNA MREŽA)

Največ prostega časa pa preživim s svojima hčerama ter bivšo ženo. (SOCIALNA MREŽA)

V stiku sem tudi s svojo družino – največ z bratom Brankom; starša pa sta na žalost že pokojna. (SOCIALNA MREŽA)

...žena je ugotovila, da tak več ni mogoče živeti in sva začela iti k zdravnikom in so zdravniki rekli, da je to shizofrenija.... (PRVA HOSPITALIZACIJA)

...bilo je dosti boljše kot pred hospitalizacijo, ker so bili glavni simptomi ozdravljeni pa tudi zdravnica mi je vse razložila kak pa kaj je bolezen. (PO HOSPITALIZACIJI)

...imaš tisti strah, kak te bo zdaj okolje sprejelo pa kak živeti zunaj bolnice (REINTEGRACIJA)

...imaš tisti občutek, da imaš tisti pečat, da si bolan; ker so duševne bolezni še vedno tabu. Še vedno, kljub temu, da je to moderna družba, da je dosti vsega že napisanega; dosti je informacij, kaj so duševne bolezni in tak dalje, ampak, še je to prisotno. Nekak so še tote ustanove pač postrani gledane. Bolnišnice in tak dalje; vse kaj je v zvezi z duševnimi boleznimi. (PRISOTNOST STIGME)

...so se trudili; da so me poskušali razumeti, ampak nisi več tisti človek kot pred boleznijo. Ne pred hospitalizacijo, ampak tisto bolj nazaj, ko še simptomi niso bili prisotni; shizofreni, shizofrene blodnje. (PRISOTNOST STIGME)

Po prvi hospitalizaciji sem šel nazaj v službo, delal sem 8 ur. Na srečo sem imel tako delo, da sem kljub temu zmogel. Vzdrževanje. Da ni bilo tak fizično težko. Pozneje pa so se tudi stvari spremenile z leti. Je pa res, da se mi je enkrat zelo poslabšalo, tak da so me morali upokojiti za 4 ure..... (ZAPOSLITEV)

Bil sem pa zelo utrujen, od zdravil. Imel sem Leponex zdravilo in je močno vplivalo na utrujenost. (PSIHOFARMAKI)

...to pa je pač sprožilo, pri sodelavcih, vodstvu, nerazumevanje. Za 4 ure te nekak postrani gledajo. (PRISOTNOST STIGME)

Mam pa zdaj tudi druga zdravila, tak da nisem več tak utrujen; delo zmorem ampak sem po službi malo izčrpan. Samo 4 ure, pa me izčrpa. Morem kako uro ali dve, doma, pač malo zaspati. Ko si utrujen, se simptomi bolj izrazito pojavijo. (PSIHOFARMAKI)

Zdaj se v bolnišnici manj duševnih bolnikov zdravi; ampak je več takšnih pacientov, ki imajo druge težave; zaradi stresa, pritiskov v službi, zaradi drugih psihičnih težav. Tote klasične duševne bolezni, psihoze; tega je pa dosti dosti manj in je...tudi ti pacienti manj razumejo tiste, ki imajo resne bolezni. To se je zdaj spremenilo v bolnišnici. (SPREMEMBE V PBO SKOZI ČAS)

Prednost je tota, da prideš pač v toto okolje in veš, da si tam, imaš tisti svoj ritem življenja v bolnišnici; delovna terapija, krožki, razne druge delavnice, pogovor z zdravnikom, zdravila. Tak, da po določenem času pač okrevaš. Tak daleč, da si pač spet sposoben za življenje izven bolnišnice. (POZITIVNOST HOSPITALIZACIJE)

Za kake slabosti bi pa težko rekel, da so....slabost je pač to, da si iz domačega okolja....ampak verjetno je to pač prisotno, da si želiš, da si v bolnici in da se pozdraviš. Tak da nekih slabosti, ne moreš preveč reči, da so. (NEGATIVNOST HOSPITALIZACIJE)

Ni problem dobiti izhod v mesto, za urejanje privatnih zadev. Glede tega je super, da imaš v bolnici vse pogoje, da nisi izoliran, v smislu; zdaj si v bolnici in ne smeš nikamor. (POVEZAVA SKUPNOSTI S PBO)

Ja, absolutno. (ODLOČITEV ZA PONOVRNO ZDRAVLJENJE V PBO)

Ja, prvo kaj je, je to, da pač redno jemlješ zdravila. Točno tak, kot je pač določeno. Pa da redno greš na sprejem/kontrolo v bolnico k zdravniku. Pa pač poskušaš odmisлити črne misli, če se pač pojavljajo pa misli paranoje; ker veš da pač niso resnične, da so bolezenske. Pa da skrbiš za sebe; za osebno higieno, za duševno, tudi lahko rečem, higieno. Spremljaš dnevnik pa tota dogajanja, ki se dogajajo...(OSEBNE STRATEGIJE)

Čim bolj se pač poskušaš vesti normalno, kot zdrav človek, čeprav imaš pač zdravila in bolezen. (PRISOTNOST STIGME)

Prej sem jih več, sedaj pa jih v bolnišnici veliko manj. Ampak vedno najdem koga s kom se pogovarjam. Ja, telefonsko ostanem v stiku; osebno glih ne, po telefonu pa ja. Se pogovarjam z enim iz Ptuja, Ljutomera. (STIKI Z OSTALIMI UPORABNIKI PBO)

Ne. (VKLJUČEVANJE V NVO)

Trenutno, mislim da ne. Zaenkrat pa ne. Zato, ker v bližini ni nobene takšne skupnosti, ne Ozare....do prve kaj pa je, je pa malo predaleč. (DOSTOPNOST NVO)

Ja, zakaj pa ne. (ŽELJA PO VKLJUČITVI)

O ja... za Ormož bi bilo to zelo dobrodošlo. Saj prostori bi se že verjetno našli. Pač rabili bi enega idejnega vodjo. (PREDLOG USTANOVITVE NVO V ORMOŽU)

Razumevanje. Da nisi ožigosan. To verjetno lahko spremeni čas. In nič drugega. Pa to, da so ti ljudje pripravljeni razumeti bolezen. Na žalost pa ni tako. Vsi filmi so v srednjeveškem času, še vedno so bolnice predstavljene kot mučenje. Ni sodobnega prikaza. (PRISOTNOST STIGME)

(preostali del je v prilogah)

3.5.2. Ureditev izjav in oblikovanje ustreznih pojmov po kodah

UPORABNIKI:

Tabela 3. 1.: PRED HOSPITALIZACIJO

(Tukaj vse izjave vsebujejo kratke opise življenja; izkušenj, počutja ter stanja intervjuvanih oseb pred prvo hospitalizacijo v Psihiatrični bolnišnici Ormož.)

Vprašanci:	Življenje vprašancev pred prvo hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici Ormož:	Pojmi:
Intervju št. 1	Ja,...bilo je zelo hudo, ker je pač shizofrenija že bila prisotna, sam pa pač tega ne veš in ne veš kaj se ti dogaja. In pač imaš toti občutek, pri paranoidni shizofreniji... preganjavico. Da je pač svet proti tebi.	Huda duševna stiska

Tabela 3. 2.: PRVA HOSPITALIZACIJA

(Izjave sogovornikov na vprašanje, kaj je pripeljalo do prve hospitalizacije v Psihiatrični bolnišnici Ormož ter kdo je bil pobudnik za to.)

Vprašanci:	Prva hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici Ormož ter pobudniki:	Pojmi:
Intervju št. 1	...žena je ugotovila, da tak več ni mogoče živeti in sva začela iti k zdravnikom in so zdravniki rekli, da je to shizofrenija...	Pobudnik - žena Obisk zdravnika

Tabela 3. 3.: PO HOSPITALIZACIJI

(Izjave o tem, kako se je življenje intervjuvanih oseb spremenilo po hospitalizaciji.)

Vprašanci:	Življenje po hospitalizaciji/po odpustu iz psihiatrične bolnišnice Ormož:	Pojmi:
Intervju št. 1	...potem pa ko si ti enkrat hospitaliziran pa dobiš tista zdravila prava in to, proti bolezni....potem pa se vse to skup malo umiri.....ampak nekje v podzvesti pa ti to vse ostane za nazaj. ...bilo je dosti boljše kot pred hospitalizacijo, ker so bili glavni simptomi ozdravljeni pa tudi zdravnica mi je vse razložila kak pa kaj je bolezen.	Zdravila Odsotnost simptomov krize Seznanjenost z boleznijo

Tabela 3. 4.: SOCIALNA MREŽA

(Izjave, ki nam povedo, katere osebe sestavljajo socialno mrežo intervjuvanca ter kdo so pomembni ljudje v njegovem življenju.)

Vprašanci:	Osebe, ki sestavljajo socialno mrežo vprašanih:	Pojmi:
Intervju št. 1	Ja, najbolj moja zdravnica, psihiatrinja....	Psihiatrinja

	Največ prostega časa pa preživim s svojima hčerama ter bivšo ženo.	Hčer Bivša žena
	V stiku sem tudi s svojo družino – največ z bratom Brankom; starša pa sta na žalost že pokojna.	Brat

Tabela 3. 5.: REINTEGRACIJA

(Izjave sporočajo podatke o tem, kako se je vrniti v skupnost po hospitalizaciji v PBO; s katerimi ovirami/težavami se srečujejo ob vrnitvi v skupnost.)

Vprašanci:	Reintegracija uporabnikov; ovire pri vračanju nazaj v skupnost:	Pojmi:
Intervju št. 1	...imaš tisti strah, kak te bo zdaj okolje sprejelo pa kak živeti zunaj bolnice.	Strah pred skupnostjo

Tabela 3. 6.: PRISOTNOST STIGME

(V izjavah je moč zaznati stigmatiziranost uporabnikov PBO.)

Vprašanci:	Prisotnost stigme po hospitalizaciji v PBO:	Pojmi:
Intervju št. 1	...imaš tisti občutek, da imaš tisti pečat, da si bolan; ker so duševne bolezni še vedno tabu. Še vedno, kljub temu, da je to moderna družba, da je dosti vsega že napisanega; dosti je informacij, kaj so duševne bolezni in tak dalje, ampak, še je to prisotno. Nekak so še tote ustanove pač postrani gledane. Bolnišnice in tak dalje; vse kaj je v zvezi z duševnimi boleznimi. ...so se trudili; da so me poskušali razumeti, ampak nisi več tisti človek kot pred	Pečat Tabu Informiranost družbe Stigmatiziranost institucije Občutek manjvrednosti

	boleznijo. Ne pred hospitalizacijo, ampak tisto bolj nazaj, ko še simptomi niso bili prisotni; shizofreni, shizofrene blodnje. ...to pa je pač sprožilo, pri sodelavcih, vodstvu, nerazumevanje. Za 4 ure te nekak postrani gledajo. Čim bolj se pač poskušaš vesti normalno, kot zdrav človek, čeprav imaš pač zdravila in bolezen. Razumevanje. Da nisi ožigosan. To verjetno lahko spremeni čas. In nič drugega. Pa to, da so ti ljudje pripravljeni razumeti bolezen. Na žalost pa ni tako. Vsi filmi so v srednjeveškem času, še vedno so bolnice predstavljene kot mučenje. Ni sodobnega prikaza.	Nerazumevanje na delovnem mestu Konstrukt normalnosti Zdravila Informiranost družbe
--	---	---

Tabela 3. 7.: ZAPOSILITEV

(Izjave o zaposlitvi intervjuvancev; izvemo ali so v delovnem razmerju, če so upokojeni – polovično ali polno; katera dela so opravljali,...)

Vprašanci:	Zaposlitev intervjuvanih; ali so v delovnem razmerju ali pa so upokojeni:	Pojmi:
Intervju št. 1	Po prvi hospitalizaciji sem šel nazaj v službo, delal sem 8 ur. Na srečo sem imel tako delo, da sem kljub temu zmogel. Vzdrževanje. Da ni bilo tak fizično težko. Pozneje pa so se tudi stvari spremenile z leti. Je pa res, da se mi je enkrat zelo poslabšalo, tak da so me morali upokojiti za 4 ure...	Delna invalidska upokojitev

Tabela 3. 8.: PSIHOFARMAKI

(Izjave o uporabi ter pomembnosti zdravil v procesu okrevanja/zdravljenja ter njihov vpliv na osebo.)

Vprašanci:	Psihofarmaki; uporaba ter pomembnost psihiatričnih zdravil:	Pojmi:
Intervju št. 1	Bil sem pa zelo utrujen, od zdravil. Imel sem Leponex zdravilo in je močno vplivalo na utrujenost. Mam pa zdaj tudi druga zdravila, tak da nisem več tak utrujen; delo zmorem ampak sem po službi malo izčrpan. Samo 4 ure, pa me izčrpa. Morem kako uro ali dve, doma, pač malo zaspati. Ko si utrujen, se simptomi bolj izrazito pojavijo.	Stranski učinki Stranski učinki

Tabela 3. 9.: SPREMEMBE V PBO SKOZI VEČKRATNE HOSPITALIZACIJE

(Intervjuvanci opišejo spremembe, ki so se pojavile od časa ko so bili prvič hospitalizirani ter do danes v smislu osebja, oskrbe, zdravil, prostorov, odnosov,...)

Vprašanci:	Spremembe v PBO skozi večkratne hospitalizacije:	Pojmi:
Intervju št. 1	Zdaj se v bolnišnici manj duševnih bolnikov zdravi; ampak je več takšnih pacientov, ki imajo druge težave; zaradi stresa, pritiskov v službi, zaradi drugih psihičnih težav. Tote klasične duševne bolezni, psihoze; tega je pa dosti dosti manj in je... tudi ti pacienti manj razumejo tiste, ki imajo resne bolezni. To se je zdaj spremenilo v bolnišnici.	Več duševnih stisk Razlike med uporabniki

Tabela 3. 10.: POZITIVNOST/NEGATIVNOST HOSPITALIZACIJE

(Pojmi opredelijo pozitivne in negativne vidike hospitalizacije in okrevanja v PBO.)

Vprašanci:	Pozitivnost hospitalizacije (+):	Negativnost hospitalizacije (-):	Pojmi:
Intervju št. 1	Prednost je tota, da prideš pač v toto okolje in veš, da si tam, imaš tisti svoj ritem življenja v bolnišnici; delovna terapija, krožki, razne druge delavnice, pogovor z zdravnikom, zdravila. Tak, da po določenem času pač okrevaš. Tak daleč, da si pač spet sposoben za življenje izven bolnišnice.	Za kake slabosti bi pa težko rekel, da so....slabost je pač to, da si iz domačega okolja....ampak verjetno je to pač prisotno, da si želiš, da si v bolnici in da se pozdraviš. Tak da nekih slabosti, ne moreš preveč reči, da so.	Umik (+) Okrevanje (+) Strukturiranost dneva (+) Izločenost iz okolja (-)

Tabela 3. 11.: POVEZAVA SKUPNOSTI S PBO

(Odgovori intervjuvanih oseb o povezanosti s skupnostjo, ko so hospitalizirani v Psihiatrični bolnišnici Ormož.)

Vprašanci:	Povezava skupnosti s PBO:	Pojmi:
Intervju št. 1	Ni problem dobiti izhod v mesto, za urejanje privatnih zadev. Glede tega je super, da imaš v bolnici vse pogoje, da nisi izoliran, v smislu; zdaj si v bolnici in ne smeš nikamor.	Izhod Ne - izoliranost

Tabela 3. 12.: ODLOČITEV ZA PONOVRNO ZDRAVLJENJE V PBO

(Ali bi se intervjuvane osebe ponovno odločile za zdravljenje v PBO v primeru ponovne krize.)

Vprašanci:	Odločitev za ponovno zdravljenje v PBO v primeru ponovitve krize:	Pojmi:
Intervju št. 1	Ja, absolutno.	Odločitev za ponovno zdravljenje

Tabela 3. 13.: OSEBNE STRATEGIJE

(Kako intervjuvanci ohranjajo svoje duševno zdravje, ko so v skupnosti.)

Vprašanci:	Osebne strategije ter načini ohranjanja duševnega zdravja:	Pojmi:
Intervju št. 1	Ja, prvo kaj je, je to, da pač redno jemlješ zdravila. Točno tak, kot je pač določeno. Pa da redno greš na sprejem/kontrolo v bolnico k zdravniku. Pa pač poskušaš odmisli črne misli, če se pač pojavljajo pa misli paranoje; ker veš da pač niso resnične, da so bolezenske. Pa da skrbiš za sebe; za osebno higieno, za duševno, tudi lahko rečem, higieno. Spremljaš dnevnik pa tota dogajanja, ki se dogajajo...	Pomembnost zdravil Neupoštevanje simptomov duševne stiske Skrb za sebe Obveščenost

Tabela 3. 14.: STIK Z OSTALIMI UPORABNIKI PBO

(Ali se intervjuvane osebe družijo z ostalimi uporabniki PBO; ostanejo v stikih po vrnitvi nazaj v skupnost.)

Vprašanci:	Stik z ostalimi uporabniki PBO:	Pojmi:
Intervju št. 1	Prej sem jih več, sedaj pa jih v bolnišnici veliko manj. Ampak vedno najdem koga s kom se pogovarjam. Ja, telefonsko ostanem	Druženje z uporabniki Telefonski stik

	v stiku; osebno glih ne, po telefonu pa ja. Se pogovarjam z enim iz Ptuja, Ljutomera.	
--	---	--

Tabela 3. 15.: VKLJUČEVANJE V NEVLADNE ORGANIZACIJE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA TER NJIHOVA DOSTOPNOST

(Pojmi o vključenosti uporabnikov v NVO na področju duševnega zdravja.)

Vprašanci:	Vključevanje v NVO (da/ne):	Zakaj ne/dostopnost:	Pojmi:
Intervju št. 1	Ne.	Trenutno, mislim da ne. Zaenkrat pa ne. Zato, ker v bližini ni nobene takšne skupnosti, ne Ozare....do prve kaj pa je, je pa malo predaleč.	Nevključenost v NVO Nedostopnost NVO

Tabela 3. 16.: ŽELJA PO VKLJUČITVI TER USTANOVITVI NVO V ORMOŽU

(Izjave intervjuvanih uporabnikov o njihovem mnenju glede predloga ustanovitve NVO na področju duševnega zdravja v Ormožu.)

Vprašanci:	Želja po vključitvi v NVO:	Predlog o ustanovitvi NVO v Ormožu:	Pojmi:
Intervju št. 1	Ja, zakaj pa ne.	O ja....za Ormož bi bilo to zelo dobrodošlo. Saj prostori bi se že verjetno našli. Pač rabili bi enega idejnega vodjo.	Želja po vključitvi Podpora predlogu

(preostali del je v prilogah)

3.5.3. Sklepna tabela kodiranja in pojmov

UPORABNIKI

V tabeli sem razčlenila skupne pojme kodiranja glede na intervjuvance in področje kodiranja.

Tabela 3. 17.: Kode in pojmi pri intervjuvanih uporabnikih

Intervjuvanci	Intervju št. 1	Intervju št. 2	Intervju št. 3	Intervju št. 4	Intervju št. 5	Intervju št. 6	Intervju št. 7
Kode							
Pred hospitalizacijo	Huda duševna stiska	Huda duševna stiska	Huda duševna stiska	Delo Huda duševna stiska	Študij Delo Huda duševna stiska Vrnitev v domači kraj Zadovoljstvo	Zakonska razveza	Delo Zdravstvene težave Vrnitev v domači kraj
Prva hospitalizacija	Pobudnik - žena Obisk zdravnika	Pobudnik-bližnji	Pojav krize	Vojska Pojav krize	Pojav krize Obisk zdravnika Pobudnik-bližnji	Pobudnik - skrbniki	Pobudnik - prostovoljno Pojav krize
Po hospitalizaciji	Zdravila	Zdravila	Izboljšanje	Večkratna	Brezposelnost	Nov socialni	Preselitev

	Odsotnost simptomov krize Informiranost o bolezni	Upad delovne zmogljivosti Strah Nezadovoljstvo s samim seboj Izboljšanje stanja	stanja Upad delovne zmogljivosti	hospitalizacija Diagnoza		stik	
Socialna mreža	Psihiatrinja Hčer Bivša žena Brat	Brat Prijatelji/ prijateljice Uporabnik	Brat	Brat	Brat Stric Starši Želja po samoti	Hčer Starši Osamljenost Prijatelj	Uporabnik Brat Prijatelji Znanci
Reintegracija	Strah	Težava Občutek manjvrednosti Stigma Konstrukt normalnosti Težava	Težava	/	Integracija v skupnost je lažja kot odhod v bolnišnico Stigma Želja po samoti Izolacija	Težava Integracija v skupnost je lažja kot odhod v bolnišnico Sprejemanje	Odhod v novo okolje

Prisotnost stigme	Pečat Tabu Informiranost družbe Stigmatiziranost institucije Občutek manjvrednosti Nerazumevanje na delovnem mestu Konstrukt normalnosti Zdravila Informiranost družbe	Občutek manjvrednosti Nesprejemanje s strani bližnjih Konstrukt normalnosti Prikrajsanost Občutek manjvrednosti	/	/	Konflikt Stigma Nemoč	/	Nerazumevanje
Zaposlitev	Delna invalidska upokojitev	Polna invalidska upokojitev Upad delovne zmogljivosti	Delna invalidska upokojitev Polna invalidska upokojitev	Polna invalidska upokojitev	Nezaposlenost	Nezaposlenost	Polna invalidnost upokojitev

			Upad delovne zmogljivosti				
Psihofarmaki	Stranski učinki	Pomembnost zdravil Toleranca do zdravil	Pomembnost zdravil	/	Neinformiranost Nemoč	Pomembnost zdravil	Pomembnost zdravil
Spremembe v PBO skozi čas	Več duševnih stisk Razlike med uporabniki	/	/	/	Prenova Izboljšanje	Izboljšanje	/
Pozitivnost/negativnost hospitalizacije	Umik (+) Okrevanje (+) Strukturiranost dneva (+) Izločenost iz okolja (-)	Umik (+) Izločenost iz okolja (-) Reintegracija (-)	Pomoč (+)	Pomoč (+)	Sprejemanje starejših (+) Hrana (+) Socialna delavka (+) Površnost zdravnikov (-) Nemoč (-) Nespoštljivost osebja (-)	Zadovoljstvo (+) Izločenost iz okolja (-)	Zadovoljstvo (-)

					Poniževanje (-) Prisila (-) Nasilje (-)		
Povezava skupnosti s PBO	Izhod Ne - izoliranost	Želja po samoti	/	/	Želja po samoti	Izhod	/
Odločitev za ponovno zdravljenje v PBO	Odločitev za ponovno zdravljenje	Odločitev za ponovno zdravljenje	Odločitev za ponovno zdravljenje	Odločitev za ponovno zdravljenje	/	Odločitev za ponovno zdravljenje	/
Osebnostne strategije	Pomembnost zdravil Neupoštevanje simptomov duševne stiske Skrb za higieno Obveščenost	Aktivnost	Aktivnost	/	/	Pomembnost zdravil	Pomembnost zdravil
Stiki z ostalimi uporabniki PBO	Druženje Telefonski stik	Želja po samoti	/	/	/	Druženje	/
Vključevanje ter dostopnost NVO na področju duševnega zdravja	Izključenost Nedostopnost NVO	Izključenost Nedostopnost NVO	Izključenost Nedostopnost NVO	Izključenost Nepoznavanje NVO Nedostopnost NVO	Izključenost Nedostopnost NVO	Izključenost Nepoznavanje NVO	Vključenost Nedostopnost NVO
Želja po vključitvi v	Želja po	Želja po	Želja po	Želja po	Želja po	Želja po	Podpora

NVO ter predlog ustanovitve le te v občini Ormož	vključitvi Podpora predlogu	vključitvi Podpora predlogu	vključitvi Podpora predlogu	vključitvi Podpora predlogu	vključitvi Podpora predlogu	vključitvi Podpora predlogu	predlogu
--	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	----------

STROKOVNJAKI

V tabeli sem razčlenila skupne pojme kodiranja glede na intervjuvance in področje kodiranja.

Tabela 3. 18.: Kode in pojmi pri intervjuvanih strokovnjakih

Intervjuvanci	psihiater (PBO)	univ. dipl. soc. del. (PBO)	dipl. soc. del.; strokovna delavka (PIS Ozara Ljutomer)
Kode			
Iskanje pomoči	Slabo duševno stanje Upad delovne zmogljivosti	Pobudnik – bližnji, delodajalec Slabo duševno stanje Pobudnik – prostovoljno, zdravnik	/
Spremembe	Diskriminacija Spremembe diagnoz	Izgled Prostori Kapaciteta Boljši standard bivanja Povečanje kadra Aktivnosti Ambulantno zdravljenje	/
Potrebe	Preobremenjenost	Potreba po organizacijah	Preobremenjenost

	Potreba po organizacijah		Potreba po organizacijah
Metode dela	EMDR metoda Skupnost Zdravila Institucija Ambulantno zdravljenje	Individualno delo Skupina za svojce Koordinatorji	Informativni razgovor Osebna pomoč Socialna oskrba na terenu Razbremenilni razgovor Zagovorništvo Prosti čas Skupina Skupnost Svetovanje
Psihofarmaki	Prejem zdravil Informiranost Pomembnost zdravil Delovanje zdravil	Delovanje zdravil Zavračanje zdravil	/
Sodelovanje z drugimi organizacijami	CSD Ozara Koordinator Kriminalist	Glasbene skupine Šole Ozara Ptuj Ozara Murska Sobota	CSD Koordinator
Skupnostna psihiatrija	Izvajanje skupnostne psihiatrije Socialna psihiatrija Oblika skupnostne službe	Število uporabnikov Skupnostni tim Pogostost obiskovanja	/

	Skupnost	Vloga socialne delavke	
Nevladne organizacije	Funkcija NVO	Potreba po NVO	Potreba po NVO
Hospitalizacija	Potrebe po zasedenosti postelj Socialna stiska Ukrep sodišča Prostovoljnost Duševna stiska	Sprejem Vikend izhodi Izhodi	/
Terensko delo	/	/	Dostopnost Pomurje/Prekmurje Nevključenost občine Ormož
Status uporabnikov	/	Nizki dohodki	Zaposleni Nezaposleni Invalidsko upokojeni
Stigma	/	Predsodki Upad stigme	Upad stigme Informiranje družbe Sprejemanje Stigma bolnišnice

4. REZULTATI

UPORABNIKI

Intervju št. 1

Pred hospitalizacijo: Preden je poiskal strokovno pomoč, mu je bilo zelo težko; opisuje, da je imel preganjavico in, da je imel občutek, da je »ves svet proti njemu«. Pravi, da je shizofrenija že bila prisotna, vendar se tega takrat ni zavedal.

Prva hospitalizacija: Pobuda za hospitalizacijo je bila s strani zdravnika in žene.

Po hospitalizaciji: Čas po hospitalizaciji opiše kot spremembo na boljše, saj so se takrat zaradi uživanja zdravil umirili simptomi shizofrenije. Po hospitalizaciji je lahko razumel kakšne težave ima, saj mu je zdravnica predstavila shizofrenijo.

Socialna mreža: Kot pomembne ljudi v svojem življenju je izpostavil svojo psihiatrinjo, katera je najbolj zaslužna za njegovo okrevanje in trenutno počutje. Pomembno vlogo imata tudi njegovi hčerki, bivša žena in brat Branko.

Reintegracija: Ob vračanju iz bolnišnice v skupnost se sooča s strahom, kako ga bo okolje sprejelo in kako bo živel zunaj bolnišnice.

Prisotnost stigme: Opisuje, da ima po hospitalizaciji občutek, da nosi pečat, ker je bolan. Pravi, da je težava je v tem, da so "duševne bolezni" še vedno tabu tema. Kljub informiranosti javnosti o težavah v duševnem zdravju je stigmatiziranost še vedno prisotna, tudi glede psihiatričnih ustanov ter vsega, kar je povezano z »duševnimi boleznimi«. Pravi, da so ga ljudje skušali razumeti, vendar ni bil več isti človek kot je bil pred duševno stisko. Sooča se z nerazumevanjem na delovnem mestu. Trudi se vesti čim bolj "normalno", kljub temu, da ima zdravila in diagnozo. Želi si razumevanja ter, da ne bi bil več ožigosan; da bi ljudje bili pripravljeni razumeti »bolezen«.

Zaposlitev: Po prvi hospitalizaciji je nadaljeval z osem urnim delovnikom. Sprva je to fizično lahko opravljal, saj delo ni bilo tako naporno – bil je vzdrževalec. Pozneje se mu je zdravstveno stanje zelo poslabšalo, zato so ga morali delno invalidsko upokojiti, za štiri ure.

Psihofarmaki: Pravi, da je bil od psihiatričnih zdravil sprva zelo utrujen; imel je zdravilo Leponex, ki je močno vplivalo na utrujenost. Sedaj ima druga zdravila, zaradi katerih ni več tako utrujen ter lahko ob jemanju le teh opravlja službo; vendar je po opravljenem delovniku izčrpan. Po navadi mora po službi počivati, saj pravi, da se takrat, ko je utrujen, simptomi bolezni bolj izrazito pojavijo.

Spremembe v PBO skozi čas: Izpostavi, da se je včasih v PBO zdravilo več »pravih duševnih bolnikov«; torej, ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Danes je pa več takih, ki imajo druge težave, kratkotrajne stiske, krize zaradi stresa ter pritiskov službi. Težava se pojavi v tem, da ti uporabniki ne razumejo tistih, ki imajo trajno duševno krizo.

Pozitivnost/negativnost hospitalizacije: Prednosti so, da je v bolnišnici okolje, ki ima določen ritem: delovna terapija, krožki, druge delavnice, pogovor z zdravnikom; in pripomore k temu, da lahko okrevaš do te mere, da se lahko vrneš v domače okolje. Negativne stvari glede bolnišnice je težko našel, vendar je kljub temu izpostavil to, da si izključen iz domačega okolja.

Povezava skupnosti s PBO: Pove, da nikoli ni težava dobiti dovoljenje za izhod v mesto (npr. za urejanje privatnih zadev). To izpostavi kot dobro stran bolnišnice, saj nisi povsem izoliran v smislu, da ne bi smel stopiti iz bolnišnice.

Odločitev za ponovno zdravljenje v PBO: Absolutno bi se spet odločil za zdravljenje v PBO v primeru ponovitve duševne krize.

Osebnostne strategije: Kot najbolj pomembno strategijo za ohranjanje duševnega zdravja izpostavi redno jemanje zdravil po navodilih zdravnice ter redno obiskovanje kontrol v PBO. Pomembno je tudi to, da skušaš odmisлити črne misli, v primeru, da se pojavi paranoja ter, da se zavešaš, da te misli niso resnične. Trudi se tudi skrbeti za sebe v smislu osebne in duševne higiene ter spremljati poročila, dnevnik. Pravi, da je pomembno, da je na tekočem z dogajanjem po svetu.

Stiki z ostalimi uporabniki PBO: Včasih je imel več prijateljev v bolnišnici, danes pa občutno manj. Kljub temu še vedno najde nekoga s kom se lahko pogovarja ter po hospitalizaciji ostane z njimi v stiku prek telefona.

Vključevanje ter dostopnost NVO na področju duševnega zdravja: Se ne vključuje v nevladne organizacije na področju duševnega zdravja, zato, ker ni nobene v njegovi bližini. Prva, najbližja je preveč oddaljena.

Želja po vključitvi v NVO ter predlog ustanovitve le te v občini Ormož: Ima željo po vključitvi v nevladno organizacijo na področju duševnega zdravja v skupnosti ter meni, da bi taka organizacija bila za občino Ormož zelo dobrodošla.

Intervju št. 2

Pred hospitalizacijo: Pove, da je bilo življenje dobro, vendar sčasoma ni bil več sposoben skrbeti sam zase. Pravi, da je bil v svojem svetu.

Prva hospitalizacija: Do odločitve za prvo hospitalizacijo je prišlo na pobudo bližnjih. Pravi, da sam ni zmozel ter da so bližnji videli, da je čisto drugačen.

Po hospitalizaciji: Po hospitalizaciji se je zelo izogibal družbe ter jemal je zdravila. Pove, da ni bil več tako sposoben za delo, kot je bil prej. Pojavila se je tudi trema, strah, stres ter nezadovoljstvo sam s sabo, ker ni bil več tako fizično sposoben. Pravi, da je sedaj boljše, saj lahko skrbi sam zase.

Socialna mreža: Ima brata, prijatelje in prijateljice. Druži se s sosedi ter Zvonkom, ki ima podobno bolezen.

Reintegracija: Pravi, da se je težko vključiti nazaj v družbo. Pojavi se nerazumevanje ter samozavedanje o tem, da si drugačen, da nisi zdrav. Opaža, da je bila največja sprememba pri bližnjih, saj ne morejo sprejeti, da je sedaj drugačen, da ni isti kot prej. Pove, da je sedaj bolje, ker že dolgo ni bil v bolnišnici in je lahko ostal v »normalnem«. Lahko je bil v svojem okolju, kjer je vse poznal. Omeni, da se je težko vklopiti nazaj v skupnost ter priti v svoj ritem. Še vedno mu je težko v večji družbi.

Prisotnost stigme: Prisotnost stigme se kaže v izjavi, ko pove, da obstaja nerazumevanje ter samozavedanje o tem, da je drugačen in da ni zdrav. Tudi bližnji niso mogli sprejeti, da je sedaj drugačen. Pove, da so starši bili vedno nezadovoljni z njim. Izjavi, da je finančno in družbeno prikrajšan ter da v bolnici lahko razmišlja o tem, kaj je naredil narobe, kaj družba zahteva od njega.

Zaposlitev: Včasih je delal v rudniku v Velenju, potem pa ni bil več zmožen za delo, zato so ga invalidsko upokojili.

Psihofarmaki: Sprva je imel odpor do zdravil, potem pa jih je sprejel, prav tako tudi svojo "bolezen". Pove, da s časom človek postane navajen zdravil, zato vedno rabi druga, nova zdravila.

Spremembe v PBO skozi čas: Odgovori mi, da je imel včasih odpor do zdravil in bolezni na sploh, potem je pa to sprejel in je bilo boljše.

Pozitivnost/negativnost hospitalizacije: Pozitivno je, da se lahko v bolnišnici odklopi ter razmisli določene stvari. Negativno je pa to, da je družba v bolnici popolnoma drugačna od tiste zunaj, v skupnosti. Pove, da je težko, da sprva sploh sprejmeš dejstvo, da nekaj ni v redu s tabo potem pa še to, da se navadiš okolja v bolnici. Na koncu še nastopi težava glede vrnitve nazaj v skupnost.

Povezava skupnosti s PBO: Pove, da si ne želi obiskov, ko je hospitaliziran.

Odločitev za ponovno zdravljenje v PBO: V primeru ponovne krize bi se odločil za zdravljenje v PBO.

Osebne strategije: Pravi, da dosti kolesari. Omeni, da je pozimi najtežje vzdrževati duševno zdravje; poleti pa je lažje, saj lahko gre v naravo.

Stiki z ostalimi uporabniki PBO: Ko je v bolnici je rad sam, mu paše samota. Pove, da je že po naravi tak ter da težko sprejema nove kontakte. Raje se druží z ljudmi, ki ji že pozna.

Vključevanje ter dostopnost NVO na področju duševnega zdravja: Nameraval se je vključiti v NVO, v Ozaro na Ptuj, vendar se ni, saj je Ptuj predaleč, kar je pa povezano tudi s financami oziroma s stroški prevoza. Pravi, da ni mogoče, da bi se vsak dan vozil tako daleč.

Želja po vključitvi v NVO ter predlog ustanovitve le te v občini Ormož: Želi si, da bi lahko obiskoval tako društvo/organizacijo, saj bi potem imel neko dodatno obveznost ter bi bil v družbi, ki ima podobne težave. Ideja o ustanovitvi take organizacije v občini Ormož se mu zdi dobra ter pove mi, da se je včasih govorilo, da bi se naj razvilo nekaj podobnega, ampak na koncu iz tega nič ni bilo.

Intervju št. 3

Pred hospitalizacijo: Pred hospitalizacijo se je počutil slabo, bil je napet ter nervozen. Imel je slabe občutke. Pove, da je bilo stanje nevzdržno.

Prva hospitalizacija: Zgodilo se je leta 2002, ko se je pojavila »bolezen«.

Po hospitalizaciji: Pove, da po hospitalizaciji stanje ni bilo najboljše, vendar se je lahko vrnil nazaj v svoje okolje. Po zdravljenju ni bil več sposoben opravljati dela, saj ni zmogel napora.

Socialna mreža: Na obisk prihaja brat in sosed.

Reintegracija: Pravi, da se mu je bilo težko vključiti nazaj v skupnost, vendar se je zelo trudil, da bi premagal to »bolezen«.

Prisotnost stigme: Ne dobim konkretnega odgovora na temo stigme, vendar opazim, da se gospod opiše, kot osebo, ki ni sposobna več skrbeti sama zase.

Zaposlitev: Nekoč je bil zaposlen v sadjarstvu, vendar so ga potem zaradi »bolezni« invalidsko upokojili za štiri ure, kasneje pa za polni delovni čas. Pravi, da dela zdaj več ne bi zmogel opravljati. Če bi pa ostal v službi, bi pa ves čas hodil na bolniško, kar pa bi bilo slabo za podjetje, v katerem bi bil zaposlen.

Psihofarmaki: Pove, da v bolnici dobi zdravila ter da je pomemben red in disciplina.

Pozitivnost/negativnost hospitalizacije: Pozitivnost bolnice vidi v tem, da ljudem pomaga. Bolnico vidi kot prostor, kjer se zagotavlja pomoč takim bolnikom, ki niso več sposobni skrbeti za sebe. Pravi, da bolnica postavi take ljudi na noge. Negativnih stvari pa ne izpostavi.

Odločitev za ponovno zdravljenje v PBO: Pove, da bi se ponovno odločil za zdravljenje v PBO ter da se po navadi za hospitalizacijo odloči sam.

Osebne strategije: Trudi se, da bi bil stabilen in pri močeh.

Vključevanje ter dostopnost NVO na področju duševnega zdravja: Je že slišal za take organizacije, vendar nikoli ni bil vključen v njih.

Želja po vključitvi v NVO ter predlog ustanovitve le te v občini Ormož: Pove, da bi moral poskusiti in se vključiti v kaj takega ter da bi bilo dobro, če bi kaj podobnega imeli v Ormožu.

Intervju št.4

Pred hospitalizacijo: Bil je v vojski, od koder so ga poslali domov kot nesposobnega vojaka; kmalu za tem je pa »zbolel«.

Prva hospitalizacija: V bolnico je šel kmalu za tem, ko je prišel domov iz vojske.

Po hospitalizaciji: Pove, da je po prvi hospitalizaciji šel domov, kjer se mu je kriza spet ponovila, tako da se je moral vrniti nazaj v bolnišnico, kjer je bil šest mesecev.

Socialna mreža: Živi z bratom.

Zaposlitev: Njegova zaposlitev v preteklosti je bila v sladkorni tovarni v Ormožu ter v nekem podjetju na Kerenčiču; za tem je pa šel v vojsko. Ko je zbolel, so ga invalidsko upokojili.

Pozitivnost/negativnost hospitalizacije: Pove, da je v bolnici bilo dobro in da mu tam pomagajo. Negativnih stvari o bolnici ne izpostavi.

Odločitev za ponovno zdravljenje v PBO: Bi se odločil.

Vključevanje ter dostopnost NVO na področju duševnega zdravja: Pove mi, da takih organizacij sploh ne pozna. Društvo mu predstavim in, ko mu povem, da so taka društva na Ptuju in Ljutomeru, se odzove, da mu je to predalet ter da se ne bi mogel tako daleč voziti z mopedom.

Želja po vključitvi v NVO ter predlog ustanovitve le te v občini Ormož: Ima željo po vključitvi ter v primeru ustanovitve v Ormožu se bi vključeval.

Intervju št. 5

Pred hospitalizacijo: Gospa je živela v Ljubljani v študentskem domu, kjer je tudi delala in skrbela zase. To, da ni bila odvisna od nikogar ji je zelo veliko pomenilo ter počutila se je odlično. Vendar pove, da so drugi opazali, da nekaj ni v redu z njo, saj ni nič jedla ter spala. Drugi so začeli »komplicirati«, da se mora vrniti nazaj domov.

Prva hospitalizacija: Neka študentka je opazila, da »nekaj ni v redu z njo«. Tudi domači so to opazili, zato je stric poklical znanca, ki je bil zdravnik. Nato so jo hospitalizirali.

Po hospitalizaciji: Pravi, da je po hospitalizaciji ostala brez službe in brez kruha/denarja.

Socialna mreža: V pogovoru omenja brata, strica ter starše; čeprav poudari, da je rada sama ter da zaradi tega nima družbe.

Reintegracija: Pove, da ji je lažje ko se vrača nazaj v skupnost, kot takrat, ko gre v bolnico. Omeni tudi, da sedaj vsi v skupnosti že vedo, kje je bila (v bolnici). Spet poudari, da ima rada mir in da v skupine, kjer so ljudje, ki jih ne pozna, ne hodi ter se jih raje izogiba.

Prisotnost stigme: V pogovoru opazim, da imajo bližnji zelo pokroviteljski odnos do nje, saj pove, da v trenutku, ko doma kaj ni prav, jo pošljejo v bolnico. Pravi, da te doktor zapečati za vedno, ko piše stvari o tebi, ki niso resnične. Pove, da vsi v okolju vedo, kje je bila (v PBO).

Zaposlitev: V preteklosti je delala doma, v času študentskega življenja pa je v Ljubljani čuvala otroke.

Psihofarmaki: O zdravilih, ki jih je morala uživati je nikoli niso poučili. Zdravila uživa pod maminim nadzorom. Poudari, da je v bolnici glavno to, da »žreš« tablete; osebje pa se ti sploh ne posveča. Tablete uživa pod prisilo; tudi injekcije je prejemale prisilno.

Spremembe v PBO skozi čas: Pove, da je sedaj veliko lažje, ko je bolnišnica nova, saj je v preteklosti bila grozna, bilo je kot v mučilnici. Tudi osebje se je menjalo, je sedaj mlajše; pa staro osebje se je spremenilo. Sedaj je boljše.

Pozitivnost/negativnost hospitalizacije: Dobra stran bolnišnice je, da sprejmejo starejše ter skrbijo za njih. Pove, da tudi dobro kuhajo ter pohvali dejstvo, da upoštevajo vegetarijance. Socialno delavko opiše kot dobro, ker se posveti uporabniku. Negativne stvari, katere je izpostavila, pa so, da je doktor površen, saj osebe sploh ne pozna in jo »šopa« z zdravili. Pove, da se v bolnici osebje laže ter te prisili, da podpišeš soglasje glede sprejema na varovani oddelek. Občutek ima, da jo bodo pretepli, če ne bo podpisala soglasja in, če ne bo jedla hrane. Težava je tudi v tem, da ima doktor vso moč, da lahko dirigira, upravlja z življenjem uporabnikov. Negativnost je v tem, da uporabnike silijo v določene programe in jim ne dovolijo iti domov. Želi si, da bi sestre bile bolj spoštljive do uporabnikov, saj jih obravnavajo tako, kot da so manjvredni, kot da so nižja rasa. Želi si, da bi ukinili bolnišnico. Pravi, da vsem tukaj gre samo za zaslužek. Ne poslušajo, saj jim je rekla, da njeno telo ne sprejema injekcije, pa so ji jo kljub temu vsilili. Pravi, da si tukaj ponižan do konca ter da šele tukaj začneš pridobivati glasove in prisluhe. Pod prisilo si bolan, pove.

Povezava skupnosti s PBO: Pravi, da je rada sama.

Odločitev za ponovno zdravljenje v PBO: Na to vprašanje ne dobim odgovora, vendar bi lahko na podlagi doživljanja bolnišnice sklepali, da se ne bi sama odločila za hospitalizacijo.

Osebne strategije: Na to vprašanje mi odgovori, da mora pod maminim nadzorom jesti tablete.

Stiki z ostalimi uporabniki PBO: Pove, da ima rada mir.

Vključevanje ter dostopnost NVO na področju duševnega zdravja: Pravi, da se ni nikoli vključevala v podobne organizacije, z izjemo, ko se je enkrat udeležila piknika Ozare. Organizacije ji niso dostopne, saj nima avtomobila.

Želja po vključitvi v NVO ter predlog ustanovitve le te v občini Ormož: Pove mi, da se ne vključuje v družbo ljudi, ki jih ne pozna. Tudi za dostop do Ormoža bi potrebovala prevoz.

Intervju št. 6

Pred hospitalizacijo: Pove, da je pred tem živela z partnerjem, s katerim je sedaj razvezana, ker si je našel drugo žensko. Kmalu za tem je »zbolela«.

Prva hospitalizacija: Za prvo hospitalizacijo so poskrbeli skrbniki pri katerih je bivala in imela v najemu stanovanje.

Po hospitalizaciji: Potem si je našla novega partnerja, s katerim je živela štiri leta.

Socialna mreža: Pove mi, da ima iz prvega zakona dve hčerki in eno hčerko z drugim partnerjem. Trenutno živi skupaj s šestnajst letno hčerko. Včasih jo obišče tudi kakšen prijatelj, drugače je pa večino časa sama.

Reintegracija: Pove, da se je težko vrniti nazaj v okolje, vendar je težje iti v bolnico. Ko pride domov iz bolnice jo vsi lepo sprejmejo.

Prisotnost stigme: V pogovoru zasledim skrb o tem, kako jo sprejema hčer. Dobim občutek, da se je hčer sramuje.

Zaposlitev: Štiri leta je opravljala delo na železniški postaji kot čistilka. Pomagala je tudi pri delu okoliškim kmetom. Sedaj več ne dela.

Psihofarmaki: Pove, da uživa tablete.

Spremembe v PBO skozi čas: Spremembe so nastale; hrana se je spremenila, bolnico so obnovili, tudi doktorji so se spremenili. Pove, da je sedaj boljše ter da jo vsi razumejo.

Pozitivnost/negativnost hospitalizacije: V bolnici je z vsem zadovoljna; ljudje se v redu ter hrana je zelo dobra. Negativno se ji zdi edino to, da ne moreš biti doma. Omenja domotožje.

Povezava skupnosti s PBO: Pove, da gre skoraj vsak vikend domov.

Odločitev za ponovno zdravljenje v PBO: Se bi odločila za ponovno zdravljenje, saj ji bolnica pomaga.

Osebne strategije: Uživanje tablet. Pove mi tudi, da zelo rada poje, se pogovarja sama s sabo ter z živalmi, čeprav se to zdi nekaterim čudno.

Stiki z ostalimi uporabniki PBO: Pravi, da se tukaj razume z vsemi.

Vključevanje ter dostopnost NVO na področju duševnega zdravja: Ne pozna NVO.

Želja po vključitvi v NVO ter predlog ustanovitve le te v občini Ormož: Ko ji opišem delovanje NVO, se navduši ter si želi, da bi se lahko vključila v kaj podobnega, saj bi se potem lahko družila z ostalimi uporabniki. Pove, da bi se vključevala, če bi obstajalo tako društvo.

Intervju št. 7

Pred hospitalizacijo: Življenje pred hospitalizacijo opiše kot zanimivo ter raznoliko, vendar se mu je naenkrat vse podrlo zaradi hude pljučnice. Posledično je zaradi dolge odsotnosti izgubil službo ter se moral izseliti iz Ljubljane, kjer je živel in bil zaposlen. Vrniti se je moral nazaj domov, v Ormož. To je doživel kot šok.

Prva hospitalizacija: Za prvo hospitalizacijo se je odločil sam, saj ni več videl izhoda. Imel je hudo depresijo, samomor pa ni videl kot pametne rešitve.

Po hospitalizaciji: Po zdravljenju je s pomočjo socialne delavke našel najemniško stanovanje na Ptuj.

Socialna mreža: V Ozari se druží z ostalimi uporabniki. Ima dva brata ter prijatelje, ki so ga obiskovali v času hospitalizacije v PBO. Vsi so mu bili v oporo.

Reintegracija: Pove, da je po hospitalizaciji šel direktno na Ptuj.

Prisotnost stigme: Pravi, da je le par ljudi, ki lahko razumejo težave v duševnem zdravju, ostalim je pa vseeno.

Zaposlitev: Pred hospitalizacijo je delal na televiziji in radiu kot kostumograf. Zaradi pljučnice je izgubil stanovanje ter službo.

Psihofarmaki: Zdravila uživa redno, tako kot mu je naročila zdravnica.

Spremembe PBO skozi čas: Sedaj je bil prvič hospitaliziran, tako da nima izkušnje oziroma vednosti o tem.

Pozitivnost/negativnost hospitalizacije: Pove, da je bil zadovoljen s »tretmanom« ter da mu je bilo vse pozitivno, še posebej njegova psihiatrinja, ki je bila super. Negativnosti ne vidi.

Odločitev za ponovno zdravljenje v PBO: Konkretnega odgovora ne dobim, vendar lahko sklepamo, da bi se odločil za ponovno zdravljenje, glede na doživljanje bolnišnice ter pomoči, ki jo je tam prejel. Prav tako se je tudi sedaj sam odločil za hospitalizacijo.

Osebnostne strategije: Redno jemanje zdravil, ki ga ohranja pri konstanti in obiskovanje dnevnega centra Ozare. Pove, da ko prideš iz bolnice nisi povsem zdrav, zato se moraš sam znajti in si pomagati. Omeni, da zelo rad kuha.

Stiki z ostalimi uporabniki PBO: Z ostalimi uporabniki se družijo v dnevnem centru Ozare.

Vključevanje ter dostopnost NVO na področju duševnega zdravja: Trenutno je vključen v dnevni center Ozare. Pove, da v Ormožu ni nič podobnega, do Ptuja je pa daleč pa tudi povezave javnega prevoza so slabe.

Želja po vključitvi v NVO ter predlog ustanovitve le te v občini Ormož: Pove, da ne bi bilo slabo, če bi se kaj takega razvilo v Ormožu.

STROKOVNJAKI

Intervju št. 8 (dr. med., spec.; psihiater zaposlen v PBO)

Iskanje pomoči: Zdravnik pove, da delo opravlja v psihiatrični ambulanti (na Ptuj in v Ormožu), kamor prihajajo uporabniki na preglede, včasih tudi brez predhodnega naročila ter običajno v slabem psihičnem stanju. Kot povod za iskanje pomoči izpostavi težavo, ki se pojavi glede funkcionalnosti uporabnika (predvsem na delovnem mestu). Uporabniki si želijo, da bi lahko bili enako delovno zmogljivi, kot so bili pred pojavom krize in da bi lahko izpolnjevali pričakovanja drugih.

Spremembe: Po opisih doktorja, se je Psihiatrična bolnišnica Ormož do danes zelo spremenila. V preteklosti naj bi bila zelo ortodoksna ter nespoštljiva do pravic uporabnikov. Omenja tudi pojav sprememb pri samih opredelitvah diagnoz; pravi da je shizofrenija imela včasih popolnoma drugačen potek kot danes; spremenilo naj bi se celo ime diagnoze.

Potrebe: Opazna je preobremenjenost, saj je povedal, da ima zelo natrpan delovnik (25-30 uporabnikov na dan). Natrpan delovnik povezuje posledično s slabim sodelovanjem z drugimi organizacijami na področju duševnega zdravja, s katerimi bi po njegovem mnenju morali ves čas sodelovati. Težavo vidi tudi v tem, da država ne podpira sistema skupnostne psihiatrije;

kot na primer, da bi njemu dodelili koncesijo za neke vrste center za duševno zdravje; to pa zato, ker potem bolnišnice ne bi imele dela.

Metode dela: Posluži se EMDR (»Eye Movement Desensitization and Reprocessing«) metode, katera bi naj bila zelo učinkovita pri zdravljenju hudih posttravmatskih stanj. V procesu pomoči simptome zdravstvenega stanja uporabnika povezuje z zunanjimi okoliščinami. Sebe opredeli kot zelo socialno psihiatrično usmerjenega zdravnika. Doda kritičen pogled na zdravljenje v psihiatrični bolnišnici, saj pravi, da uporabniki konkretno dobijo le malo pomoči; zgolj strokovno nego ter zdravila. Izpostavi težavo, da uporabnikom ne posredujejo veščin ter ne širijo diskurza razvoja, socializacije; temveč diskurz ležernosti, pasivnosti, bolezni in invalidnosti. Pravi, da se zaradi dela v ambulantni, srečuje le z »lažjo psihiatrično populacijo«. V primeru, ko pa se sreča z psihotičnimi uporabniki, takrat pa obvezno vključi delo s svojci.

Psihofarmaki: Njegovo delo v ambulantni vključuje izdajanje receptov za psihiatrična zdravila. Pove, da vsak uporabnik prejme njegovo telefonsko številko v primeru, da zdravilo ne bi ustrezalo. Rednemu jemanju zdravil pripisuje velik pomen, saj pravi, da ljudje, ki zdravljenja ne sprejmejo, na nek način propadejo. Pomembno se mu zdi, da psihiater uporabniku na razumljiv način predstavi pomen uživanja zdravil ter mu s tem zagotovi, da bo lahko ob terapiji razmeroma »normalno« živeti. Pravi, da zdravila delujejo na tem, da nevrološke sisteme uporabnikov v krizi spravijo nazaj v red.

Sodelovanje z drugimi organizacijami: Pravi, da malo sodelujejo z drugimi strokami; ko pa, potem pa predvsem s CSD Ptuj, Ozara Ptuj, koordinatorji ter včasih tudi s kriminalisti.

Skupnostna psihiatrija: Predstavi kritičen pogled na to, da se pri nas uvaja skupnostna psihiatrija, vendar se kljub temu bolnišnice še vedno oklepajo svoje unikatnosti. Absurd vidi v tem, da bolnišnice hočejo izvajati skupnostno psihiatrijo. Sam ima idejo o majhnih centrih, kjer bi bili zaposleni psihiater, psiholog, socialna delavka ter patronažna sestra. Vendar pravi, da taka oblika ne dobi podpore, saj bi potem bolnišnice izgubile vlogo, ne bi imele dela. Izpostavi, da je na splošno v slovenski psihiatriji zelo malo socialno psihiatričnega razmišljanja.

Nevladne organizacije: Omeni Ozaro Ptuj, kjer ljudje sedaj živijo ter posledično zaradi tega več ne »visijo« v psihiatričnih bolnišnicah, kot so prej.

Hospitalizacija: Zaradi padca rodnosti se znižuje stopnja hospitalizacije ter posledično zaradi tega sedaj hospitalizirajo ljudi, ki prej nikoli ne bi potrebovali bolnišničnega zdravljenja. Pravi, da je psihiatrična bolnišnica postala »blažilec socialne stiske, odlagališče za socialno problematiko in nadomestilo za zavetišča«. Zato več ne velja ta stereotip, da ljudi prisilno hospitalizirajo, vendar je vedno več tega, da ljudje sami pridejo in celo kasneje nočejo oditi. Dogaja se tudi to, da posamezniku sodišče izreče ukrep prepovedi približevanja ter nato nemudoma ta oseba pristane v bolnišnici. Še vedno pa vidi potrebo po hospitaliziranju ljudi, ki bi lahko v stanju krize ogrožali druge ljudi.

Intervju št. 9 (univ. dipl. soc. del., zaposlena v PBO)

Iskanje pomoči: Pomoč v psihiatrični bolnišnici poiščejo uporabniki, ki se srečajo s prehodno duševno stisko ali tisti, ki trpijo za dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Slednji so večinoma hospitalizirani na pobudo bližnjih oseb; uporabniki s prehodno stisko pa se za hospitalizacijo pogosto odločijo sami ali pa jih napoti lečeči zdravnik.

Spremembe: Psihiatrična bolnišnica Ormož se je spremenila glede izgleda, kapacitet, kadra, načina dela,... Danes bolnišnica nima več zamreženih oken, oddelki sprejmejo manj uporabnikov in sobe so bolj prostorne. Varovani oddelek sprejme pol manj uporabnikov kot jih je včasih. Uporabniki niso več oblečeni v bolnišnične pižame, ampak so v svojih lastnih oblačilih. Imajo tudi več možnosti za dnevne aktivnosti. Standard bivanja v bolnišnici se je izboljšal in kader strokovnjakov se je povečal. Zaradi večjega števila zaposlenih strokovnjakov je možno tudi več individualnega dela. Zmanjšalo se je število recidivov in povečalo izvajanje ambulantnega zdravljenja.

Metode dela: Socialna delavka je omenila individualno delo z uporabniki. V bolnišnici deluje tudi skupina za svojce, ki omogoča individualne razgovore z zdravnikom. Pomembno vlogo imajo koordinatorji, ki se aktivno vključujejo v proces obravnave uporabnika.

Psihofarmaki: Zdravila imajo veliko vlogo v procesu obravnave v bolnišnici. Recidivi ob odpustu so redkejši, če uporabnik uživa zdravila.

Sodelovanje z drugimi organizacijami: Socialna služba v PBO veliko sodeluje z Ozaro Ptuj in Ozaro Murska Sobota. Bolnišnico pa skušajo povezati s skupnostjo in približati okolju s sodelovanjem z raznimi glasbenimi skupinami, vrtci, šolami; tako, da jih povabijo v bolnišnico, kjer pripravijo nastope.

Skupnostna psihiatrija: V PBO se izvaja skupnostna psihiatrija, katero vodi tim socialne delavke, medicinske sestre in psihologinje. Trenutno je vključenih 30 uporabnikov, ki jih obiskujejo enkrat tedensko. Vloga socialne delavke je, da uporabnika seznani s pravicami, spozna njegovo okolje, spremlja odnose v socialni mreži.

Nevladne organizacije: Nevladnih organizacij na območju občine Ormož ni. S strani uporabnikov je veliko povpraševanje po namestitvah v stanovanjske skupine.

Hospitalizacija: Uporabniki so ob sprejemu hospitalizirani na odprti oddelek, v primeru da ne ogrožajo sebe. V času, ko so uporabniki v bolnišnici, imajo možnost vikend izhoda ter prav tako lahko bolnišnico zapustijo tudi med tednom, če morajo iti v mesto po opravkih.

Status uporabnikov: Po hospitalizaciji pride do sprememb na področju zaposlitve, zato se uporabniki pogosto soočajo z težavami glede nizkih dohodkov.

Stigma: Predsodki so še vedno prisotni, čeprav je stigme manj kot včasih.

Intervju št. 10 (strokovna delavka, dipl. soc. del.; zaposlena v Pisarni za informiranje in svetovanje Ozara Ljutomer)

Potrebe: Izpostavljena je bila potreba po več strokovnih delavcih, vendar država oziroma ministrstvo tega noče financirati. V Ozari Ljutomer je zaposlena ena socialna delavka ter sodelavka, ki je zaposlena preko javnih del. Intervjuvanka pravi, da sama ne bi zmogla opravljati vsega dela, ker je obveznosti preveč. Izpostavi tudi potrebo po večjih nevladnih organizacijah v tem predelu države.

Metode dela: Ozara Ljutomer zagotavlja sledeče storitve: informativni razgovor, osebna pomoč ter socialna oskrba na terenu, razbremenilni razgovor, zagovorništvo ter prostočasne aktivnosti; zraven pa spadajo še Klub svojcev, Klub prostovoljcev, Skupine za samopomoč, delo z družino in svojci. Svetovanje lahko poteka v pisarni, na terenu, po elektronski pošti pa tudi po telefonu. To velja tudi za druge storitve. Največ uporabnikov se vključuje v storitve: informativni razgovor, osebna pomoč, delo na terenu, prostočasne aktivnosti in skupine za samopomoč. Ob četrtkih se v prostorih Ozare zbere skupina uporabnikov, kjer se družijo ter pogovarjajo.

Sodelovanje z drugimi organizacijami: Največ sodelovanja je s CSD-ji ter koordinatorji. S PBO pa zelo redko sodelujejo, skoraj nikoli.

Nevladne organizacije: Potreba po večjem številu takih organizacij.

Terensko delo: Največ storitev izvajajo na terenu, kar intervjuvanka vidi kot veliko prednost, da lahko pridejo k uporabnikom domov, saj se jih večina sooča s težavo dostopanja do organizacije ter posledično tudi s stroški prevoza. Pozitivna stran terenskega dela je tudi v tem, da se uporabniki v svojem okolju bolje počutijo. Terensko delo Ozare Ljutomer pokriva celotno Pomurje in Prekmurje. Zaenkrat še niso obiskali nobenega uporabnika iz občine Ormož; bil je le en primer, ko so sodelovali z gospodom iz Središča ob Dravi, vendar je tudi ta kasneje s sodelovanjem prekinil, saj ni mogel usklajevati službe ter obiskovanja Ozare.

Status uporabnikov: Izmed 117 ljudi vključenih v Ozaro Ljutomer jih je zaposlenih le približno 5. Ostali so nezaposleni ali invalidsko upokojeni.

Stigma: Stigma se s časom zmanjšuje zaradi dobre seznanjenosti družbe z duševnimi krizami. Danes se dogaja celo to, da si skupnost želi, da bi v njihovem okolju delovala organizacija na področju duševnega zdravja. Izpostavi pa, da ima bolnišnica kljub temu še vedno velik vpliv na stigmatiziranost uporabnikov; nevladne organizacije pa ne več tako.

Odgovori na vprašanja, na katera sem poskušala odgovoriti z raziskavo ter teme, ki so me zanimale:

- Spoznala sem uporabnikovo življenjsko zgodbo pred in po hospitalizaciji ter preden so se srečali z težavami v duševnem zdravju. Večina intervjuvanih oseb mi je življenje pred hospitalizacijo opisalo kot težko zaradi že prisotne duševne stiske. Življenje pred hospitalizacijo je predvsem vključevalo drugačen status (zaposlena oseba, študentka, zakonec,...), ki se je po pojavu težav v duševnem zdravju spremenil.
- Do prve hospitalizacije v PBO je pri večini vprašanih pripeljalo slabo duševno stanje/zdravje. Ena izmed intervjuvanih oseb se je za prvo hospitalizacijo odločila sama, ostali so pa do oskrbe v PBO prišli na pobudo bližnjih oseb ali znancev. Socialna delavka ter psihiater iz PBO sta povedala, da uporabniki pomoč poiščejo po navadi v slabem duševnem stanju ter zaradi želje, da se vrnejo v stanje pred pojavom stiske. Pobudniki so večinoma bližnje osebe, delodajalci, soseska ali lečeči zdravnik.
- Življenje uporabnikov po hospitalizaciji se je spremenilo predvsem v smislu, da so prejeli psihiatrična zdravila, ki so jim pomagala odstraniti negativne simptome duševne stiske, zaradi česar so se posledično bolje počutili. Spremenila se je delovna zmogljivost; fizično niso več zmogli opravljati del, ki so jih pred hospitalizacijo lahko.

Omenjajo strah pred vključevanjem v skupnost in izgubo zaposlitve. Prišlo je do sprememb v socialni mreži; ena intervjuvana oseba se je začela izogibati družbe, v enem primeru je prišlo do razveze. Strokovnjaki prav tako omenjajo, da se zgodi sprememba predvsem glede statusa uporabnikov; velika večina postane brezposelna ali invalidsko upokojena. Uporabniki imajo posledično nizke dohodke, ki jih dodatno omejujejo pri enakopravnem vključevanju v skupnost.

- Pomembni ljudje v uporabnikovem življenju ter osebe, ki sestavljajo njihovo socialno mrežo so večinoma sorodniki (otroci, brat, sestra, starši) ter prijatelji, sosedje in v dveh primerih je bila izpostavljena zdravnica/psihiatrinja v PBO. Ena intervjuvana oseba je pa večkrat poudarila, da je rada sama ter da nima družbe.
- Ovire, s katerimi se srečujejo uporabniki, ko se vračajo iz PBO nazaj v skupnost/domače okolje, so predvsem strah pred tem, kako jih bo okolica sprejela ter kako se vključiti nazaj v družbo. Dve intervjuvani osebi pa sta povedali, da je težje iti v bolnico, kot pa se iz nje vračati nazaj v skupnost.
- Prisotnost stigme se v zgodbah intervjuvanih oseb pojavi pri pripovedovanju o tem, da imajo občutek, da nosijo pečat ter, da javnost še vedno ni pripravljena sprejemati »duševnih bolezni«. Uporabnik omeni tudi stigmatiziranost PBO. Dva uporabnika pravita, da se poskušata vesti čim bolj normalno. Pri enem uporabniku se je pojavilo nerazumevanje na delovnem mestu, saj ga sodelavci ne sprejemajo. Uporabnik mi je pripovedoval tudi o tem, da so bolezen najtežje sprejeli njegovi bližnji. Pri intervjuvani uporabnici je razvidna pokroviteljska drža bližnjih ter upravljanje drugih z njenim življenjem. Omeni tudi, da doktor uporabnika za vedno zapečati s tem, da mu postavi diagnozo. Strokovnjaki pravijo, da se stigma zmanjšuje, saj so ljudje seznanjeni o duševnem zdravju, vendar imajo kljub temu še vedno razvite predsodke do uporabnikov. Psihiatrična bolnišnica nosi večjo stigmo kot nevladne organizacije.
- Spremembe po hospitalizaciji na področju zaposlitve so se pojavile pri vseh intervjuvanih uporabnikih; štiri osebe so po hospitalizaciji postale polno invalidsko upokojene, ena oseba invalidsko upokojena za polovični delovni čas, dve osebi pa pred hospitalizacijo nista bili v delovnem razmerju. Spremembo glede zaposlenosti povezujejo s pojavom težav v duševnem zdravju in uživanjem psihofarmakov, saj zaradi tega niso več bili sposobni opravljati dela. Strokovna delavka iz PIS Ozara

Ljutomer pove, da je izmed 117 vključenih uporabnikov, zaposlenih le 5. Vsi ostali zaposleni so pa postali nezaposleni ali invalidsko upokojeni.

- Uporaba psihofarmakov se pojavi pri vseh intervjuvanih osebah. Rednemu uživanju psihiatričnih zdravil pripisujejo velik pomen. Le ena intervjuvana oseba nasprotuje uživanju psihofarmakov, vendar jih kljub temu mora uživati pod prisilo. Učinke zdravil opažajo glede večje utrujenosti, upada delovne zmogljivosti ter pri tem, da odstranijo neprijetne simptome »bolezni«. Tudi psihiater mi pove, da vsi uporabniki prejmejo zdravila ter da je uživanje le teh pomembno, če želi uporabnik »normalno« živeti naprej. Socialna delavka iz PBO pove, da so recidivi ob rednem uživanju zdravil bistveno redkejši.
- Metode dela, ki se jih poslužujejo delavci so odvisne od profila strokovnjakov in organizacije. Psihiater omenja EMDR metodo, ambulantno zdravljenje, zdravila in pogovor z uporabniki. Pove, da je potrebno v proces obravnave vključevati tudi socialno mrežo uporabnika. Socialna delavka poudari, da imajo v obravnavi veliko vlogo koordinatorji ter da je vedno več individualnega dela. Ozara Ljutomer pa uporabnikom zagotavlja naslednje storitve: informativni razgovor, osebna pomoč ter socialna oskrba na terenu, razbremenilni razgovor, zagovorništvo ter pristočasne aktivnosti; zraven pa spadajo še Klub svojcev, Klub prostovoljcev, Skupine za samopomoč, delo z družino in svojci.
- Na vprašanje, kako se je PBO spremenila od takrat, ko so bili prvič hospitalizirani pa do danes, so mi odgovorile le tri osebe. Dve osebi sta izpostavili pozitivne spremembe glede izgleda in obnove PBO ter izboljšanja osebja, zdravnikov, v smislu odnosa do uporabnikov. Ena intervjuvana oseba je omenila spremembo glede uporabnikov PBO. Pravi, da je danes več takih, ki imajo le kratkotrajne duševne krize, včasih je pa bilo več tistih z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, s katerimi se je lažje poenotil in so ga lažje razumeli. Psihiater je PBO v preteklosti opisal kot ortodoksno in nespoštljivo do pravic uporabnikov. Socialna delavka iz PBO je povedala, da se je bolnišnica precej spremenila po izgledu: ni več zamreženih oken, sobe so večje in imajo manj postelj, oddelki so manjši, uporabniki nosijo svoja oblačila namesto bolnišničnih pižam in imajo več možnosti za dnevne aktivnosti. Na splošno se je izboljšal standard bivanja v bolnišnici. Tudi število zaposlenih strokovnjakov se je povečalo ter s tem tudi metode dela; sedaj je več individualnega dela in ambulantnega zdravljenja ter manj recidivov.

- Pozitivni in negativni vidiki hospitalizacije v PBO, ki so jih izpostavili uporabniki, so:

Pozitivni vidiki:

- v bolnišnici je določen ritem življenja
- delovna terapija, krožki, delavnice, pogovor s psihiatrom, zdravila
- se pripraviš na življenje zunaj bolnišnice
- lahko se odklopiš ter razmisliš določene stvari
- pomaga ljudem
- sprejemajo starejše in skrbijo za njih
- dobra hrana in upoštevanje vegetarijancev
- dobra socialna delavka, ki se posveti uporabnikom in jih posluša
- super psihiatrinja
- prijazno osebje

Negativni vidiki:

- nisi v domačem okolju
- drugačna družba, kot je v skupnosti
- težave z vračanjem nazaj v domače okolje
- površnost doktorjev
- agresivno osebje
- poniževanje
- prisila
- zdravila
- domotožje

Štiri intervjuvane osebe niso izpostavile nobenega negativnega vidika hospitalizacije, ena oseba je pa izrazila izrazito negativno stališče do PBO. Psihiater pravi, da so hospitalizacije danes postale rešitev socialne stiske. Hospitalizirani so uporabniki, ki nimajo rešene stanovanjske problematike ter posledično ostajajo zelo dolgo v bolnišnici. Izpostavi tudi problem, da bolnišnica uporabnikom ne posreduje veščin; ne širi diskurz razvoja, socializacije ampak diskurz ležernosti, pasivnosti, bolezni, invalidnosti.

- Za ponovno zdravljenje v PBO v primeru krize bi se odločilo pet intervjuvanih oseb. Od dveh oseb nisem dobila konkretnega odgovora na to vprašanje, vendar na podlagi izrazito pozitivnega/negativnega stališča do PBO lahko sklepam, da se ena izmed teh oseb bi odločila, ena pa ne.
- V kolikšni meri so uporabniki v stiku s skupnostjo v času hospitalizacije ter če se družijo z ostalimi uporabniki PBO so mi odgovorili štirje uporabniki. Dve osebi sta izpostavili, da sta raje sami ter da se izogibata družbe. Ena oseba je pa poudarila da ni težko dobiti dovoljenja za izhod v mesto ter meni, da v bolnici vsekakor uporabnik ni izoliran; prav tako mi je tudi druga intervjuvana oseba povedala, da gre skoraj vsak vikend domov. Socialna delavka mi prav tako pove, da imajo uporabniki možnost vsak vikend iti domov (k temu jih tudi spodbujajo) ter tudi med tednom ni problem dobiti dovoljenja za izhod v mesto.
- Posameznikove osebne strategije za ohranjanje duševnega zdravja v času, ko niso v bolnišnici, so različne. Tri osebe so za ključno pravilo izpostavile dejstvo, da moraš redno ter po navodilu zdravnice uživati psihiatrična zdravila. Druge metode pa so, da obiskuješ kontrole v bolnišnici, odmisliš temne misli, skrbiš za higieno, se ukvarjaš s športom ter se družiš.
- V NVO na področju duševnega zdravja se trenutno vključuje le ena izmed intervjuvanih oseb, dve osebi pa ne poznata tovrstnih organizacij. Ostale intervjuvane osebe poznajo Ozaro na Ptuj, vendar se ne vključujejo v njo. Pri vseh intervjuvanih osebah se pojavi težava glede dostopanja do nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja, saj so precej oddaljene od občine Ormož; uporabniki pa nimajo finančnih sredstev, ki bi jim lahko omogočila obiskovanje le teh. Strokovna delavka iz Ozare Ljutomer pove, da je trenutno vključenih 117 uporabnikov, vendar noben izmed teh ne prihaja iz občine Ormož. Meni, da bi bilo potrebno ustanoviti več nevladnih

organizacij na tem območju. Socialna delavka iz PBO prav tako poudari potrebo po več nevladnih organizacijah, saj je povpraševanje s strani uporabnikov veliko in tudi socialna služba bi imela več možnosti pri zagotavljanju pomoči uporabnikom po odpustu iz bolnišnice.

- Željo po vključitvi v društva in nevladne organizacije na področju duševnega zdravja imajo vse intervjuvane osebe.
- Ideja, predlog o ustanovitvi NVO v Ormožu se zdi vsem intervjuvanim osebam smiselna ter bi se tudi vključili v njo, če bi obstajala.
- Sodelovanje med organizacijami je pomanjkljivo. Psihiater pravi, da zaradi natrpanega delovnega urnika ne ostane dovolj časa za sodelovanje z drugimi organizacijami, ki pa bi bilo potrebno. Največ sodelovanja poteka med PBO z Centri za socialno delo, Ozaro Ptuj, Ozaro Murska Sobota in koordinatorji. Ozara Ljutomer prav tako največ sodeluje z Centrom za socialno delo in koordinatorji. Sodelovanja med PBO in Ozaro Ljutomer ni.
- Skupnostna psihiatrija je v PBO razvita in sicer vključuje 30 uporabnikov, ki jih skupnostni tim obiskuje enkrat tedensko. Tim sestavljajo socialna delavka, psihologinja in medicinska sestra. Vloga socialne delavke je, da spozna uporabnikovo okolje, socialno mrežo, odnose v njej, uporabnika seznani z pravicami,... Psihiater pravi, da skupnostne psihiatrije ne bi smela izvajati bolnišnica, ampak centri za duševno zdravje.
- Ozara Ljutomer opravlja terensko delo, ki pa ne vključuje nobenega uporabnika iz občine Ormož. Terensko delo omogoča, tako kot skupnostna psihiatrija, dostop službe uporabnikom, strokovnjaki pa imajo možnost spoznati uporabnikovo okolje.

5. RAZPRAVA

UPORABNIKI

Informacije, ki sem jih pridobila na podlagi opravljenih intervjujev z uporabniki, so me pripeljale do ugotovitev, da so vse vprašane osebe pred hospitalizacijo trpele zaradi težav v duševnem zdravju. To je bil tudi povod za prvo hospitalizacijo v PBO, katero so večinoma sprožili bližnji; le ena oseba se je za hospitalizacijo odločila sama. O tem piše tudi Flaker (Flaker in drugi 2008: 35), ko pravi, da je odhod v ustanovo po navadi pobuda drugih, zlasti ljudi iz neposrednega okolja v povezavi s strokovnjaki.

Pri vseh intervjuvanih osebah se je po hospitalizaciji ter pojavu težav v duševnem zdravju spremenil njihov življenjski status ter način življenja. Statusi oseb so se spremenili iz zaposlene osebe v invalidsko upokojene, iz zdravega v »bolnega« člana skupnosti, iz enakovrednega v stigmatiziranega člana skupnosti,... Lamovčeva (1998: 41) pravi, da človek s psihiatrično izkušnjo utрпи največji možen upad socialnega ugleda v širokem obsegu socialnih vlog.

Socialne mreže uporabnikov so raznolike, vendar okrnjene; najpogosteje so to družinski člani ter nekaj prijateljev in sosedov. Flaker (Flaker in drugi 2008: 281) pravi, da hospitalizacija veliko prispeva k osamitvi, saj uporabnika preobrazi v »duševnega bolnika«. Težava s katero se uporabniki srečujejo po hospitalizaciji je vračanje v domače okolje, saj jih pri tem spremlja strah ter sram. Iz okolice opažajo nerazumevanje ter zavračanje. Soočajo se s stigmo, katero jim prinese diagnoza ter zdravljenje v PBO. Vsi intervjuvani uporabniki so se srečali tudi s spremembo v delovnem razmerju, saj jih je večina sedaj invalidsko upokojenih ali nezaposlenih. Marušič (2009: 70) pravi, da so duševne motnje eden izmed vodilnih vzrokov za odsotnost z dela in zgodnjo invalidsko upokojitev.

Psihofarmaki imajo veliko vlogo v procesu zdravljenja v PBO. Vsi intervjuvanci, z izjemo ene osebe, so povedali, da je pomembno, da redno uživaš zdravila po navodilih zdravnice. Zdravila jemljejo redno, kljub temu da so opazili, da so zaradi njih utrujeni ter da jim je upadla delovna zmogljivost. Veliko vlogo pri tem ima dejstvo, da zdravila odpravijo neprijetne simptome duševnih stisk. Ena oseba je pa izrazila izredno negativno stališče do psihofarmakov, saj je rekla, da jih odkrito zavrača, vendar jo prisilijo, da jih mora zaužiti. Od treh oseb sem pridobila informacije o tem, da se je bolnišnica spremenila po izgledu ter

odnosu osebja do uporabnikov ter tudi v tem, da je sedaj več uporabnikov takih, ki poiščejo pomoč zaradi kratkotrajnih kriz, ne pa zaradi dolgotrajnih težav v duševnem zdravju.

Pridobila sem veliko pozitivnih in nekaj negativnih mnenj o bolnišnici ter hospitalizaciji, med katerimi bi izpostavila, da so pozitivne predvsem to, da bolnica ljudem pomaga, da imajo dobro hrano ter da se lahko tja umakneš, v smislu da imaš mir pred zunanjim svetom. Negativni pa so, da uporabnik ni v domačem okolju ter da je osebje nespoštljivo. Pridobila sem več pozitivnih mnenj kot negativnih, zato me ni niti presenetil podatek, da bi se večina ponovno odločila za zdravljenje v PBO.

Bolnišnica je povezana s skupnostjo na način, da uporabniki lahko sprejemajo obiske ter gredo na vikend izhode in/ali imajo dnevne izhode v mesto. Nekaterim uporabnikom ugaja izolacija, zato si v času hospitalizacije ne želijo obiskov.

Med osebne strategije, kako vzdrževati duševno zdravje, ko nisi v PBO, spada redno jemanje zdravil, ukvarjanje s športom, skrb za sebe, spremljanje dogajanja po svetu, druženje.

Večina uporabnikov bi se ponovno odločila za hospitalizacijo v PBO v primeru ponovne duševne krize. Omejitve dobljenih ugotovitev glede na uporabljen metodologijo bi izpostavila predvsem pri tem rezultatu, saj menim, da so odgovori uporabnikov takšni, ker ne poznajo drugih vrst pomoči oz. storitev.

V NVO se trenutno vključuje le ena oseba. Ostalim intervjuvanim uporabnikom so NVO preveč oddaljene od njihovega kraja bivanja.

Intervjuvanci imajo željo po druženju in vključevanju v NVO ter si želijo, da bi kaj takega obstajalo v občini Ormož.

STROKOVNJAKI

Intervjuji s strokovnjaki so me vodili do ugotovitev, da večina uporabnikov poišče strokovno pomoč zaradi zmanjšanja »funkcionalnosti« ter slabega duševnega stanja.

Še vedno se največ hospitalizacij zgodi na pobudo bližnjih oseb, redko se osebe same odločijo za to.

PBO je v preteklosti izgledala ter delovala drugače kot danes. Včasih je bilo več diskriminacije in nespoštljivega odnosa do uporabnikov. Spremenil se je tudi izgled

bolnišnice: ni več zamreženih oken, sobe so večje in imajo manj postelj, oddelki so manjši, uporabniki nosijo svoja oblačila namesto bolnišničnih pižam. Imajo več možnosti za dnevne aktivnosti. Na splošno se je izboljšal standard bivanja v bolnišnici. Tudi število zaposlenih strokovnjakov se je povečalo ter s tem tudi metode dela; sedaj je več individualnega dela in ambulantnega zdravljenja ter manj recidivov.

Opazila sem, da so strokovni delavci preobremenjeni z delom, saj bi moralo biti za tako veliko število uporabnikov zaposlenih več strokovnjakov. Prav tako imajo na voljo premalo organizacij s katerimi bi lahko sodelovali (predvsem se pojavlja potreba po nevladnih organizacijah). Največjo oviro predstavlja država, ker finančno ne podpira razširitve kadra ali razvoja novih organizacij.

Metode dela z uporabniki, ki imajo težave v duševnem zdravju so si med sabo različne z vidika medicinskega in socialnega modela. Izpostavljene medicinske metode so EMDR ter terapija z psihiatričnimi zdravili, katero pa spremlja tudi vključevanje skupnosti uporabnika. Metode socialnega vidika so pa predvsem razgovor, osebna pomoč, zagovorništvo, delo z družino in svojci, svetovanje, krepitev moči.

Ugotovila sem, da imajo psihiatrična zdravila veliko vlogo. Prejme jih skoraj vsak uporabnik, ki poišče pomoč pri psihiatru. Psihiater je vlogo zdravil predstavil kot pripomoček za »normalno« življenje, ki deluje na tem, da nevrološke sisteme uporabnika "spravi v red". Po besedah socialne delavke pa naj bi bili recidivi po odpustu iz bolnišnice veliko redkejši ob rednem jemanju zdravil.

Sodelovanja med organizacijami so pomanjkljiva. PBO največ sodeluje z CSD-ji, koordinatorji ter Ozaro Ptuj. Ozara Ljutomer pa prav tako najpogosteje sodeluje s CSD-ji ter koordinatorji. Sodelovanja med PBO in Ozaro Ljutomer ni.

Skupnostna psihiatrija se počasi razvija, vendar je izpostavljen nesmisel v tem, da jo izvaja psihiatrična bolnišnica; psihiater predlaga uvedbo centrov za duševno zdravje, ki bi lahko izvajali socialno psihiatrijo. Pravi, da je največja težava v tem, da v takem sistemu bolnišnice več ne bi imele dela. Bolnišnice so sedaj postale nekakšni blažilci socialne stiske ter nadomestilo za zavetišča. Vedno več je hospitaliziranih uporabnikov brez urejenih socialnih razmer, zaradi česar posledično ne želijo biti odpuščeni. Pogosto so hospitalizirani tudi uporabniki z ukrepom prepovedi približevanja. Hospitalizacija pa ima še vedno pomembno vlogo v primerih, ko uporabnik ogroža sebe ali ljudi okrog sebe. PBO ima trenutno 30 uporabnikov vključenih v skupnostno psihiatrijo.

Največ dela na terenu opravlja Ozara Ljutomer (na območju Pomurja in Prekmurja). Prednost je v tem, da uporabnike lahko obišče na domu, kjer se počutijo bolje ter hkrati nimajo težav z dostopanjem do organizacije. Trenutno v njihovo delovanje ni vključen noben uporabnik iz občine Ormož.

Status uporabnikov se s pojavom težav v duševnem zdravju in hospitalizacijo spremeni. Večina jih izgubi zaposlitev. Izmed 117 uporabnikov vključenih v Ozaro Ljutomer, je zaposlenih le še 5.

Kot omenjajo Flaker in drugi (2008: 159), je delovno mesto ljudi zaradi dolgotrajnih hospitalizacij, bolniške, kljub pravni varnosti ob bolniškem staležu, ogroženo. Delavcu je treba omogočiti, da se čim prej in v čim boljši formi vrne na delovno mesto, da ga ohrani in ne izgubi. Ob daljši odsotnosti upadejo delovne spretnosti in delovna kondicija.

Stigma je še vedno prisotna, vendar se počasi zmanjšuje vzporedno s seznanjenostjo družbe o duševnih stiskah ter z delovanjem nevladnih organizacij. Psihiatrična bolnišnica ima nasprotno vlogo, saj prispeva k stigmatiziranosti. Lamovčeva (1995: 197) pravi: »Če razvrednotene ljudi v velikem številu nagnetemo v isto ustanovo, to še poveča zaznano stigmatiziranost.«

6. SKLEPI

Na podlagi prebrane literature, osebnih izkušenj, zgodb uporabnikov in intervjujev s strokovnjaki, sem med raziskovanjem in pisanjem diplome, prišla do naslednjih sklepov:

UPORABNIKI

- Preden uporabniki poiščejo strokovno pomoč, se soočajo z bolečino in duševno stisko.
- Prva hospitalizacija se pogosto zgodi na pobudo bližnjih oseb v povezavi s strokovnjaki; zelo redko se zgodi, da se uporabniki sami odločijo za hospitalizacijo.
- Obravnava v psihiatrični bolnišnici vpliva na stigmo »duševnega bolnika«.
- Uporabniki se po hospitalizaciji srečujejo s strahom glede vrnitve nazaj v skupnost, saj se zavedajo stigme, ki nastane zaradi zdravljenja v PBO.
- Po hospitalizaciji se pojavijo spremembe na področju socialne mreže uporabnikov ter zaposlitve; spremlja jih stigma, srečujejo se z diskriminacijo, pojavijo se v manjvrednih položajih in so osamljeni.
- Večina uporabnikov po hospitalizaciji izgubi zaposlitev ali se invalidsko upokoji.
- Po hospitalizaciji uporabniki postanejo redni uživalci psihiatričnih zdravil.
- Rednemu uživanju zdravil na poti okrevanja uporabniki pripisujejo velik pomen.
- Zdravila imajo še vedno najpomembnejšo vlogo v procesu bolnišnične obravnave.
- Pozitivnost PBO uporabniki vidijo v možnosti za umik iz družbe ter prejemu strokovne pomoči, negativnost pa v izključenosti iz domačega okolja, stigmatiziranosti in težavah pri reintegraciji v skupnost.
- Večina uporabnikov bi se ponovno odločila za zdravljenje v PBO.
- PBO se je skozi čas zelo spremenila v smislu strukture, izgleda, odnosa strokovnjakov.
- Uporabniki imajo pomanjkljive informacije o delovanju skupnostnih služb na področju duševnega zdravja.

- Na območju občine Ormož obstaja malo možnosti za vključevanje v skupnostne službe in nevladne organizacije na področju duševnega zdravja.
- Če bi uporabniki imeli več možnosti za sodelovanje s skupnostnimi službami, se verjetno ne bi v tako velikem številu odločali za hospitalizacijo.
- Nevladne organizacije na področju duševnega zdravja so težko dostopne uporabnikom iz občine Ormož.
- Uporabniki imajo željo po vključevanju v NVO na področju duševnega zdravja.

STROKOVNJAKI

- Večina uporabnikov poišče strokovno pomoč zaradi slabega duševnega stanja.
- Največ hospitalizacij se zgodi na pobudo bližnjih oseb, lečečega zdravnika, delovnega okolja ali soseske.
- PBO se je spremenila po izgledu, obsegu kadra in metodah dela.
- Strokovni delavci so preobremenjeni z delom.
- Na voljo je premalo organizacij na področju duševnega zdravja, s katerimi bi lahko sodelovali.
- Obstaja potreba po nevladnih organizacijah na področju duševnega zdravja.
- Država finančno ne podpira razširitve kadra ali razvoja novih organizacij na področju duševnega zdravja.
- Medicinske metode dela so EMDR terapija ter terapija z psihiatričnimi zdravili, katero spremlja tudi vključevanje skupnosti uporabnika.
- Metode socialnega dela so razgovor, osebna pomoč, zagovorništvo, delo z družino in svojci, svetovanje, krepitev moči, koordinatorsvo.
- Psihiatrična zdravila imajo veliko vlogo v procesu obravnave, prejme jih skoraj vsak uporabnik, ki poišče pomoč pri psihiatru.
- Sodelovanja med organizacijami so pomanjkljiva.

- PBO največ sodeluje z CSD-ji, koordinatorji ter Ozaro Ptuj. Ozara Ljutomer pa prav tako najpogosteje sodeluje s CSD-ji ter koordinatorji. Sodelovanja med PBO in Ozaro Ljutomer ni.
- Bolnišnice so postale »blažilci socialne stiske ter nadomestilo za zavetišča«.
- Večina uporabnikov po hospitalizaciji izgubi zaposlitev ali se invalidsko upokoji.
- Stigmatiziranost ljudi s težavami v duševnem zdravju je še vedno prisotna, vendar se počasi zmanjšuje vzporedno s seznanjenostjo družbe o duševnih stiskah ter z delovanjem nevladnih organizacij.
- Psihiatrična bolnišnica prispeva k stigmatiziranosti.

7. PREDLOGI

Iz ugotovitev in sklepov predlagam naslednje:

- Uporabnike ter njihove svojce je potrebno dobro seznaniti in izobraziti o duševni krizi, opozorilnih znakih, načinih zdravljenja, zdravilih in njenih učinkih.
- O duševnem zdravju je potrebno izobraziti tudi družbo, saj se bo na ta način zmanjšala stigma ter diskriminacija ljudi s težavami v duševnem zdravju.
- V času hospitalizacije bi morali uporabniki sodelovati v odločanju in procesu obravnave.
- Strokovnjaki bi morali delovati po konceptu krepitev moči ter s tem omogočati uporabnikom, da (p)ostanejo samostojni ter ohranijo sposobnosti potrebne za enakopravno življenje v skupnosti.
- Hospitalizacije bi morale biti čim krajše in redkejše, zato je potrebno v proces obravnave vključevati socialno mrežo uporabnika ter skupnost, v kateri živi.
- Zaposliti bi bilo treba več strokovnjakov na področju duševnega zdravja.
- Ustanoviti je treba več skupnostnih služb, ki bi omogočile lažjo integracijo v skupnost po hospitalizaciji in zmanjšale število ponovnih hospitalizacij.
- Uporabnike je potrebno dobro informirati o obstoječih skupnostnih službah na področju duševnega zdravja.
- V občini Ormož je potrebno ustanoviti nevladno organizacijo na področju duševnega zdravja.
- Organizacije na področju duševnega zdravja bi morale medsebojno več sodelovati.
- Smiselno bi bilo primerjati zadovoljstvo s PBO med uporabniki iz občine Ormož ter uporabniki iz drugih krajev, kjer se imajo možnost vključevati v nevladne organizacije.

8. LITERATURA

- Božič, D. (1991), *E. Goffman: Stigma - zapiski o upravljanju poškodovane identitete (prikaz)*. V: Urek, M., Zaviršek, D., Pribac, I. (ur.), *Subpsihiatricne študije*. Časopis za kritiko znanosti 19, 138-139: 137-154.
- Čačinovič Vogrinčič, G. (1994), Socialne mreže in socialna opora. V: Polič, M., (ured.) Psihološki vidiki nesreč. Ljubljana: Uprava Republike Slovenije za zaščito in reševanje.
- Dragoš, S. (2008), Moč – navodila za uporabo. V: Lešnik, B. (ured.). Krepitev moči. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo
- Urek, M. in Flaker, V. (ur.) (1989), Hrastovski anali za leto 1987. Ljubljana: RK ZSMS.
- Flaker, V. (1993), Zagovorništvo v akciji: Proces emancipacije. Socialno delo, 32, 3-4: 39-51.
- Flaker, V., Lamovec, T. (1993), Kaj je duševna bolezen?. Socialno delo, 32, 3-4: 87-92.
- Flaker, V. (1996), Podmene obveznih ukrepov na področju duševnih stisk in njihove transformacije. Socialno delo 35, 5: 433-444.
- Flaker, V., Kodele, T., Kranjec B., Smole, A., Cigoj Kuzma., N., Urek.. M. (2007), Krepitev moči v teoriji in praksi. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J., Urek, M. (2008), Dolgotrajna oskrba: Očrt potreb in odgovorov nanje. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V. @Boj za (2012), Direktno socialno delo. Ljubljana: Založba /*cf.
- Flaker, V., Mali, J., Rafaelič, A., Ratajc, S., Balantič, K., Udovič, N. (2013), Osebno načrtovanje in izvajanje storitev. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V. (2013), K taksonomiji (storitev) socialnega varstva, (delovno gradivo), *Varianta 2.1.0*, 13.5.2013. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Glasser, W. (2007), Psihijatrija je lahko nevarna za vaše duševno zdravje. Maribor: MCA.
- Goffman, E. (2008), *Stigma. Zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Dialogi, letnik 9. Maribor: Založba Aristej.

- Hameršak, P. (2005), Preselitev iz institucionalnih v skupnostne oblike skrbi. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Javornik, S. (2003), Duševno zdravje in delo v skupnosti. V: Zbornik predavanj projekta Skupnostna skrb za uporabnike psihiatričnih služb na Krasu. Ljubljana: Slovensko združenje za duševno zdravje ŠENT, 44-47.
- Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M., Roškar, S. (2009), Duševno zdravje v Sloveniji. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Kamin, T., Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M., Roškar, S., Dernovšek, M. Z. (2009), Duševno zdravje prebivalcev Slovenije. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Lamovec, T., Flaker, V. (1993), Ali v Sloveniji potrebujemo zagovorništvo? V: Duševno zdravje v skupnosti – zagovorništvo. Socialno delo, 32, 3-4: 31-39.
- Lamovec, T. (1995), Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup. Ljubljana: Lumi.
- Lamovec, T. (1996), Duševno zdravje v skupnosti skozi oči uporabnikov. Socialno delo, 36, 3: 197-216.
- Lamovec, T. (1997a), Razvoj zagovorništva za uporabnike psihiatrije v Sloveniji. Socialno delo: 36, 1: 53-60.
- Lamovec, T. (1997b), Cilji in dejavnosti evropskih organizacij uporabnikov psihiatrije. Socialno delo, 36, 3: 205-213.
- Lamovec, T. (1998), Psihosocialna pomoč v duševni stiski. Ljubljana: VŠSD.
- Lavš, K. (1996), Kako začeti: priročnik z nasveti za uporabnike služb duševnega zdravja pri ustanavljanju in vključevanju v skupine samopomoči. Maribor: Ozara.
- Lešnik, B. (1998), Fragmenti o norosti, seksualnosti in sebi. V: Michel Foucault (1998), Zgodovina norosti v času klasicizma. Ljubljana.
- Marušič, A. (2009), Javno duševno zdravje. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
- Mesec, Blaž (2006), Očarani z močjo. Socialno delo, 45, 3-5: 235-247.
- NAMI - National Alliance on Mental Illness. Mental Illnesses. Dostopno prek: http://www.nami.org/Template.cfm?Section=By_Illness (15. julij 2013).

National Institute of Mental Health. Mental Health Medications. Dostopno prek: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/mental-health-medications/index.shtml#pub2> (31. julij 2013).

Ozara Slovenije (2004), *Živeti s težavami v duševnem zdravju* / [urednik Staš Ravter]: Ozarinih deset let, Maribor Design Studio.

Ozara Slovenija, Nacionalno združenje za kakovost življenja. Dostopno prek: <http://www.ozara.org/> (29. julij 2013).

Psihiatrična bolnišnica Ormož. Dostopno prek: <http://www.pb-ormoz.si/index.php> (29. julij 2013).

Psihiatrična bolnišnica Ormož. Delež nenačrtovanega ponovnega sprejema v isto bolnišnico v 7 dneh po odpustu zaradi iste diagnoze ali zapletov, povezanih s to boleznijo. Dostopno prek: <http://www.pb-ormoz.si/PDF/kazalnik-pon-hospitalizacija.pdf> (30. julij 2013).

Psihiatrična bolnišnica Ormož. Podaljšana hospitalizacija oz. čakanje na odpust po akutni obravnavi pacienta v letu 2006. Dostopno prek: <http://www.pb-ormoz.si/PDF/kazalnik-pod-hospitalizacija.pdf> (30. julij 2013).

Psihiatrična klinika Ljubljana (2009), *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju : učbenik* / [urednika Peter Pregelj in Radojka Kobentar]. 1. izd. - Ljubljana : Rokus Klett.

Psihiatrična klinika Ljubljana in Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. (2011), *Skupnostna psihiatrična obravnava*. Zbornik predavanj z recenzijo. Ljubljana, marec 2011. Str. 26-29.

Smonker, T. (2007), *Perspektiva moči na področju duševnega zdravja v skupnosti*. Socialno delo, 46,1-2: 47-55.

Škerjanc, J. (1996), *Zgodba o ekologiji in moči*. Socialno delo, 35, 4: 283-288.

Škerjanc, J. (2006), *Individualno načrtovanje z udejanjanjem ciljev: Pomen uporabniškega vpliva pri zagotavljanju socialno-varstvene storitve*. Ljubljana: Center RS za poklicno izobraževanje.

Šugman Bohinc, L., Rapoša Tajnšek, P., Škerjanc, J. (2007), Življenjski svet uporabnika. Raziskovanje, ocenjevanje in načrtovanje uporabe virov za doseganje zelenih razpletov. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

ŠVAB, V. (1996), Duševna bolezen v skupnosti. Radovljica: Didakta; [Ljubljana]: ŠENT.

Švab, V. Skupnostna psihiatrija. Dostopno prek: [http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/STROKOVNI_CLANKI - razni/Skupnostna psihiatrija - Vesna Svab.pdf](http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/STROKOVNI_CLANKI_-_razni/Skupnostna_psihiatrija_-_Vesna_Svab.pdf) (30.7.2013).

Tancek, M., J. Sommeregger, B., Kerznar, M., Marinč, A., (2008), Novi Paradoks in stanovanjske skupine v Sloveniji.

Tomšič, S., Kovše, K., Roškar, S., Kofol Bric, T., Bajt, M., Zorko, M. In Štokelj, R. (2008), Duševno zdravje v Sloveniji. V: H. Jeriček Klanšček, M. Zorko, M. Bajt in S. Roškar (ur.), Duševno zdravje v Sloveniji (20-84). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Urek, M. (2005), Zgodbe na delu. Pripovedovanje, zapisovanje in poročanje v socialnem delu. Ljubljana.

Videmšek, P. (2008), Krepitev moči kot temeljno orodje socialnega dela. Socialno delo, 47, 3-6: 209-217.

Zalokar, J. (1985), Kratek pregled psihiatrije. Psihiatrična bolnišnica Idrija.

World Health Organisation. Mental health. What is mental health? Dostopno prek: <http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html> (27. junij 2013).

ZAKONI IN PRAVILNIKI

Nacionalni program za duševno zdravje. 2009. Republika Slovenije. Ministrstvo za zdravje

Pravilnik o pravicah in dolžnostih pacientov v Psihiatrični bolnišnici Ormož (izvleček). Dostopno prek: <http://www.pb-ormoz.si/pravice.php> (29. julij 2013).

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2011-2016. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2011/resoluc_dusevno_o_zdravje/Resolucija_dusevno_zdravje_060411.pdf (22. julij 2013).

Zakon o duševnem zdravju (2008). Ur. l. RS, št. 77/2008: 11097-11110.

Zakon o pacientovih pravicah (2008). Ur. l. RS, št. 15/2008. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?stevilka=455&urlid=200815> (29. julij 2013).

Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (1999). Ur. l. RS, št. 106/1999. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=1999106&stevilka=4965> (29. julij 2013).

Zelena knjiga (2005). Izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva. Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_sl.pdf (16. julij 2013).

9. PRILOGE

9.1. Vprašalnik (polstrukturiran intervju)

- Kako bi opisali svoje življenje pred hospitalizacijo?
- Kako je prišlo do prve hospitalizacije ter kdo je bil pobudnik za njo?
- Kako se je Vaše življenje spremenilo po prvem odpustu iz psihiatrične bolnišnice?
- S katerimi ovirami/težavami se srečujete, ko se vračate iz bolnišnice nazaj v svoje domače okolje?
- Je prišlo do sprememb v vašem odnosu z družino, prijatelji, sodelavci?
- So se pojavile spremembe na delovnem mestu?
- Kdo so pomembni ljudje v vašem življenju?
- Ali v bolnišnici navežete stike z ostalimi uporabniki in po odpustu tudi ostanete v stiku z njimi?
- Ali prihaja do velikih sprememb med posameznimi hospitalizacijami?
- Katere prednosti in slabosti hospitalizacije bi izpostavili?
- Bi se ponovno odločili za zdravljenje v psihiatrični bolnišnici, če bi se kriza ponovila?
- Kakšen je stik s skupnostjo v času hospitalizacije?
- Kako skrbite za svoje duševno zdravje, ko niste v bolnišnici? Kakšne so vaše osebne strategije?
- Se vključujete v društva in nevladne organizacije na področju duševnega zdravja (npr. Ozara)?
- So Vam omenjene nevladne organizacije dostopne? Imate možnost vključevanja v njih?
- Imate željo po vključevanju v NVO na področju duševnega zdravja?
- Kaj menite o tem, da bi taka organizacija delovala v občini Ormož?

9.2. Prepis intervjujev

UPORABNIKI

Intervju št. 1

Patricija Rajh (6.5.2013)

Moški, delno invalidsko upokojen. Večkrat hospitaliziran v PBO. Živi sam, v lastnem stanovanju v občini Ormož.

1. *Kakšno je bilo vaše življenje pred hospitalizacijo?*

Ja,...bilo je zelo hudo, ker je pač shizofrenija že bila prisotna, sam pa pač tega ne veš in ne veš kaj se ti dogaja. In pač imaš toti občutek, pri paranoidni shizofreniji....preganjavico. Da je pač svet proti tebi. To je pred hospitalizacijo,... potem pa ko si ti enkrat hospitaliziran pa dobiš tista zdravila prava in to, proti bolezni....potem pa se vse to skup malo umiri.....ampak nekje v podzvesti pa ti to vse ostane za nazaj.

2. *Kdo so pomembni ljudje v vašem življenju?*

Pomembni ljudje? Ja, najbolj moja zdravnica, psihiatrinja. Mislim, da bi lahko njo izpostavil nekak kot najbolj pomembno in najbolj zaslužno za moje okrevanja pa za to, da sem zdaj v takšnem stanju, kot sem; da imam službo, da lahko normalno funkcioniram. Največ prostega časa pa preživim s svojima hčerama ter bivšo ženo. V stiku sem tudi s svojo družino – največ z bratom Brankom; starša pa sta na žalost že pokojna.

3. *Kako je prišlo do prve hospitalizacije ter kdo je bil pobudnik za njo?*

Ja, do prve hospitalizacije....ja, tako daleč, da je žena ugotovila, da tak več ni mogoče živeti in sva začela iti k zdravnikom in so zdravniki rekli, da je to shizofrenija... in tak v bistvu, to so prvi začetki pred hospitalizacijo. Tak sem tudi prišel do bolnice.

4. *Kako se je Vaše življenje spremenilo po prvem odpustu in bolnišnice?*

Ja... bilo je dosti boljše kot pred hospitalizacijo, ker so bili glavni simptomi ozdravljeni pa tudi zdravnica mi je vse razložila kak pa kaj je bolezen. Da je to pač bolezen ampak imaš tisti strah, kak te bo zdaj okolje sprejelo pa kak živeti zunaj bolnice.

5. *S katerimi ovirami/težavami se srečujete, ko se vračate iz bolnišnice nazaj v svoje domače okolje?*

Vedno imaš tisti občutek, da imaš tisti pečat, da si bolan; ker so duševne bolezni še vedno tabu. Še vedno, kljub temu, da je to moderna družba, da je dosti vsega že napisanega; dosti je informacij, kaj so duševne bolezni in tak dalje, ampak, še je to prisotno. Nekak so še tote ustanove pač postrani gledane. Bolnišnice in tak dalje; vse kaj je v zvezi z duševnimi boleznimi.

6. *Je prišlo do sprememb tudi v vašem odnosu z družino, prijatelji, sodelavci?*

Ja. Čeprav moram reči, da so se trudili; da so me poskušali razumeti, ampak nisi več tisti človek kot pred boleznijo. Ne pred hospitalizacijo, ampak tisto bolj nazaj, ko še simptomi niso bili prisotni; shizofreni, shizofrene blodnje.

7. *Kaj pa spremembe v službi?*

Po prvi hospitalizaciji sem šel nazaj v službo, delal sem 8 ur. Bil sem pa zelo utrujen od zdravlil. Imel sem Leponex zdravilo in je močno vplivalo na utrujenost. Na srečo sem imel tako delo, da sem kljub temu zmogel. Vzdrževanje. Da ni bilo tak fizično težko. Pozneje pa so se tudi stvari spremenile z leti. Je pa res, da se mi je enkrat zelo poslabšalo, tak da so me morali upokojiti za 4 ure... to pa je pač sprožilo, pri sodelavcih, vodstvu, nerazumevanje. Za 4 ure te nekak postrani gledajo. Mam pa zdaj tudi druga zdravila, tak da nisem več tak utrujen; delo zmorem ampak sem po službi malo izčrpan. Samo 4 ure, pa me izčrpa. Morem kako uro ali dve, doma pač malo zaspati. Ko si utrujen, se simptomi bolj izrazito pojavijo.

8. *V primeru, da ste bili že večkrat hospitalizirani: ali prihaja do sprememb med posameznimi hospitalizacijami?*

Ja, nekih sprememb ni bilo; treba je bilo iti večkrat v bolnišnico, saj kljub zdravilom pa zdravljenju, v različnih obdobjih je pač prišlo do poslabšanja bolezni. Pa je trebalo iti v bolnico in to je pač ena razlika duševnega zdravlja; prehajanja iz boljšega na slabše in iz slabšega na boljše. To so pač ta nihanja, ki te utrudijo pa...

9. *Kaj pa v smislu bolnišnice; do kakih sprememb je prišlo od takrat ko ste bili prvič hospitalizirani in danes?*

Zdaj se v bolnišnici manj duševnih bolnikov zdravi; ampak je več takšnih pacientov, ki imajo druge težave; zaradi stresa, pritiskov v službi, zaradi drugih psihičnih težav. Tote klasične duševne bolezni, psihoze; tega je pa dosti dosti manj in je... tudi ti pacienti manj razumejo tiste, ki imajo resne bolezni. To se je zdaj spremenilo v bolnišnici.

10. *Katere prednosti in slabosti hospitalizacije bi izpostavili?*

Prednost je tota, da prideš pač v toto okolje in veš, da si tam, imaš tisti svoj ritem življenja v bolnišnici; delovna terapija, krožki, razne druge delavnice, pogovor z zdravnikom, zdravila. Tak, da po določenem času pač okrevaš. Tak daleč, da si pač spet sposoben za življenje izven bolnišnice. Za kake slabosti bi pa težko rekel, da so... slabost je pač to, da si iz domačega okolja... ampak verjetno je to pač prisotno, da si želiš, da si v bolnici in da se pozdraviš. Tak da nekih slabosti, ne moreš preveč reči, da so.

11. *Kakšen je stik s skupnostjo v času hospitalizacije?*

Ni problem dobiti izhod v mesto za urejanje privatnih zadev. Glede tega je super, da imaš v bolnici vse pogoje, da nisi izoliran, v smislu; zdaj si v bolnici in ne smeš nikamor.

12. *Če bi lahko čas zavrteli nazaj; ali bi se ponovno odločili za zdravljenje v psihiatrični bolnišnici?*

Ja, absolutno.

13. *Kako skrbite za svoje duševno zdravje, ko niste v bolnišnici? Kakšne so vaše osebne strategije?*

Ja, prvo kaj je, je to, da pač redno jemlješ zdravila. Točno tak, kot je pač določeno. Pa da redno greš na sprejem/kontrolo v bolnico k zdravniku. Pa pač poskušaš odmisлити črne misli, če se pač pojavljajo pa misli paranoje; ker veš, da pač niso resnične, da so bolezenske. Pa da skrbiš za sebe; za osebno higieno, za duševno, tudi lahko rečem, higieno. Spremljaš dnevnik pa tota dogajanja, ki se dogajajo... Čim bolj se pač poskušaš vesti normalno, kot zdrav človek, čeprav imaš pač zdravila in bolezen.

14. *Ali v bolnišnici navežete stike z ostalimi uporabniki in po odpustu tudi ostanete v stiku z njimi?*

Prej sem jih več, sedaj pa jih v bolnišnici veliko manj. Ampak vedno najdem koga s kom se pogovarjam. Ja, telefonsko ostanem v stiku; osebno glih ne, po telefonu pa ja. Se pogovarjam z enim iz Ptuja, Ljutomera.

15. *Ali poznate skupnostno psihiatrično obravnavo in delo s koordinatorko v skupnosti? Ste kdaj bili vključeni v tako obravnavo?*

Poznam ja; ampak nisem še bil del tega. Smo pa v bolnišnici imeli pogovor s terapevtko pa vsaki teden muzikoterapijo. Pa moja zdravnica je organizirala vsaki teden tako skupino njenih pacientov. Lahko smo vprašali kaj koli o svoji bolezni, če nas je kaj zanimalo o zdravlilih, o zdravljenju.

16. *Se vključujete v društva in nevladne organizacije (npr. Ozara)?*

Ne.

17. *So vam omenjena društva, skupine za samopomoč, uporabniške skupine, na voljo/so vam dostopne?*

Trenutno, mislim da ne. Zaenkrat pa ne.

18. *Zakaj pa ne?*

Zato, ker v bližini ni nobene takšne skupnosti, ne Ozare... do prve kaj pa je, je pa malo predaleč.

19. *Ali bi se vključevali v njih, če bi imeli to možnost?*

Ja, zakaj pa ne.

20. *Kaj menite o tem, če bi imeli tako društvo/organizacijo v Ormožu?*

O, ja... za Ormož bi bilo to zelo dobrodošlo. Saj prostori bi se že verjetno našli. Pač rabili bi enega idejnega vodjo.

21. *Kaj bi vi konkretno potrebovali oz. kaj si želite, da bi vam bilo na voljo?*

Razumevanje. Da nisi ožigosan.

22. *Imate idejo, kako bi to dosegli?*

To verjetno lahko spremeni čas. In nič drugega. Pa to, da so ti ljudje pripravljeni razumeti bolezen. Na žalost pa ni tako. Vsi filmi so v srednjeveškem času, še vedno so bolnice predstavljene kot mučenje. Ni sodobnega prikaza.

Intervju št. 2

Patricija Rajh (13.5.2013)

Moški, polno invalidsko upokojen. Večkrat hospitaliziran v PBO. Živi sam, v lastnem stanovanju v občini Ormož.

1. *Kakšno je bilo vaše življenje pred hospitalizacijo?*

Bilo je dobro. Bil sem sam za sebe. Potem pa se je začela sprememba. Nisem več bil zmožen, da bi na primer sam za sebe skrbel.

2. *Kako je prišlo do prve hospitalizacije ter kdo je bil pobudnik za njo?*

Bližnji so poskrbeli za to. Sam tak nisem mogel... bil sem v svojem svetu. Oni so vidli, da sem čist drug, tak da se me bližnji dali v hospitalizacijo.

3. *Kako se je Vaše življenje spremenilo po prvem odpustu in bolnišnice?*

Fejst. Zdravila so pa fejst sem se družbe izogibal. Pa nisem več bil tak sposoben za delo kot prej. Pa tisto tremo pa strah imaš, prej tega ni bilo. Mislim, da je to nastalo zaradi nezadovoljstva sam s sabo, ker nisem več nič zmogel. Pa stres.

4. *S katerimi ovirami/težavami se srečujete, ko se vračate iz bolnišnice nazaj v svoje domače okolje?*

Nazaj vklopiti se v družbo. V družbo se vklopiti je težje, kot je bilo prej.

5. *Je prišlo do sprememb tudi v vašem odnosu z družino, prijatelji, sodelavci?*

Z bližnjimi ja, s prijatelji pa tudi... nerazumevanje pa... že sam pri sebi, češ, da si pač drugačen pa ne-zdrav. Potem pa še mislim, da pri bližnjih, je največja sprememba. Ne morejo sprejeti tega, da si pač drugačen, nisi isto kot prej.

6. *Kaj pa spremembe v službi?*

Ja, upokojili so me... invalidsko. Delal sem prej v rudniku v Velenju, potem pa nisem več bil zmožen za delo, pa so me upokojili, invalidsko. Zdaj pa sem tak samostojen, sam živim; sem šel v stran od staršev. Mam še brata, on se je pa že prej odselil od doma. Doma sem vedno bil tista točka... nikoli nič ni bilo vred; skoz so starši bili nezadovoljni; če sem

delal kaj al pa če nisem nič. Mislim, drugačen sem pač bil pa niso mogli tega sprejeti pa... Zdaj je boljše, sam za sebe skrbim pa sam sem in ni nobenega kreganja.

7. *Kdo so pomembni ljudje v vašem življenju?*

Ja, prijatelji pa prijateljice. Sosed iz Litmerka pa Zvonko, ki ima podobno bolezen pa imava tisti kontakt pa razumevanje. Drugače z drugimi, pa če se s kom srečam, se pač pozdravimo.

8. *Ali v bolnišnici navežete stike z ostalimi uporabniki in po odpustu tudi ostanete v stiku z njimi?*

Od začetka, ko sem bil prvič, drugič pa tretjič, takrat sem. Zdaj nazadnje, marca, pa nisem. Bolj mi je pasala samota, nisem hotel družbe. Sem že po naravi bolj tak, da sem raje za sebe. Težko neki kontakt na novo sprejemem; bolj se držim tistih starih, že obstoječih.

9. *Ali prihaja do velikih sprememb med posameznimi hospitalizacijami?*

Od začetka sem bil vsako leto tam, da je že tisti odpor od zdravil; ko pa sprejmeš zdravila pa bolezen, potem je pa to drugače. Zdaj je minilo 10 let, da nisem bil v bolnišnici. To je bilo dobro, da nisem rabil hospitalizacije in sem ostal v normalnem svetu; nisem se rabil vklopiti nazaj v ta svet. Bil sem doma v svojem okolju, kjer poznaš vse.

10. *Katere prednosti in slabosti hospitalizacije bi izpostavili?*

Prednost je, čeprav so zdravila pa stranski učinki, je boljše da jih ješ, ker te gor drži... vzdržuje ti energijo. Če jih ne jem, sem bolj nezmožen. Potem bi bilo še slabše... bil bi v svojem svetu, izogibal bi se družbe. Slabosti pa so to, da je pač težko vsak dan na novo začeti pa da se trudiš da ne padeš nazaj v depresijo. Ne moreš več tak delati... finančno si prikrajšan, družbeno. Glede bolnice je sprememba velika; tota družba pa tam tista družba... je čisto drugače. Ker prvo tisto, da sprejmeš, da vidiš da nisi dobro; potem pa še to, da se tam navadiš, potem pa spet nazaj, da se navadiš nazaj v okolje. Zdaj je bilo 10 let vred, potem pa sem se moral odločiti za hospitalizacijo. Počasi postaneš navajen zdravil, potem pa rabiš druga, nova. Težko je...prvo da se odločiš da greš, da vidiš da več ne moreš sam, da rabiš pomoč. Potem je pa težko da se nazaj vklopiš, da prideš nazaj v svoj ritem. Drugače dosti kolesarim, če se le da.

11. *Če bi lahko čas zavrteli nazaj; ali bi se ponovno odločili za zdravljenje v psihiatrični bolnišnici?*

Ja.

12. *Kakšen je stik s skupnostjo v času hospitalizacije?*

Spet odpor. Ko sem v bolnici nimam rad obiskov. Lahko se odklopiš pa razmisliš določene stvari. Kaj si sam naredil narobe pa družba... kaj družba zahteva od tebe.

13. *Kako skrbite za svoje duševno zdravje, ko niste v bolnišnici? Kakšne so vaše osebne strategije?*

Ja, pozimi je najtežje. Poleti lahko zunaj kolesarim pa kam grem kako kavo spit. Ampak vse hitro, nikjer nimam obstanka. Težko mi je nekje v večji družbi; sploh če je glasno. Tak da če že grem na kavo, jo spijem pa že grem dalje. V bistvu me ženejo neki novi cilji. To mam vedno, ampak je bolj malo tistega kar lahko uresničim. Mogoče malo živim v oblakih.

14. *Ste že kdaj slišali za skupnostno psihiatrično obravnavo ali pa koordinatorko v skupnosti? Ste bili del tega?*

Ne, nisem še slišal. Sem pa videl, da imajo to v tujini, mislim da v Angliji ali v Franciji, nisem zihér. Eno oddajo sem gledal o tem, ki so hodili na dom. Mislim, da bi to bilo super... če bi psihiatrinja prišla k meni domov, bi vidla kako sem jaz v svojem okolju pa bolj sproščen, domač si v svojem okolju.

15. *Se vključujete v društva in nevladne organizacije (npr. Ozara)?*

To sem se mislim vključiti ampak se nisem, ker je na Ptuj predaleč. Prevoz pa stroški. Sem pa šel par krat na začetku. Socialna delavka mi je predlagala, ampak mi je bilo predaleč, potem pa pač več nisem hodil. Ker ni mogoče, da bi vsak dan hodil tak daleč. Bilo bi dobro, če bi lahko hodil kam tak, imel bi neko dodatno obveznost pa bil bi v družbi, ki ima neke podobne težave. Bilo bi dobro, ampak tu v Ormožu ni nič takega. Včasih se je govorilo, da bodo neki center odprli v bolnici ampak s tega nikoli nič ni bilo.

16. *Kaj bi Vi konkretno potrebovali oz. kaj si želite, da bi Vam bilo na voljo?*

Hmm, da bi boljše bilo, da bi lahko bil samostojen pa finance boljše. To je največji problem. Pokojnina je majhna. Včasih imam dosti idej ampak zaradi financ ne gre. Imel bi kak vikend, da bi lahko šel kam v naravo. Mislim, da so finance največji problem.

Intervju št. 3

Patricija Rajh (14.5.2013)

Moški, polno invalidsko upokojen. Večkrat hospitaliziran v PBO. Živi sam, v lastni hiši v občini Ormož.

1. *Kako bi opisali vaše življenje preden ste bili prvič hospitalizirani v PBO?*

Ja. Bilo je res slabo počutje pa napetost, nervoza. Slabi občutki.

2. *Kako je pa sploh prišlo do prve hospitalizacije?*

Ja, bilo je nevzdržno. To je bilo leta 2002, takrat sem šel prvič v bolnišnico, v psihiatrično bolnišnico Ormož. Takrat se mi je začela ta bolezen pa...

3. *Se je Vaše življenje kaj spremenilo po odpustu iz psihiatrične bolnišnice?*

Am... ni bilo glih najboljše, ampak bilo je, kako bi rekel... bilo je res spremenljivo; da sem lahko šel nazaj v okolje.

4. *Se je bilo težko vključiti nazaj v domače okolje?*

Ja, bilo je sicer težko ampak sem se trudil da bi premagal bolezen.

5. *Kaj pa spremembe glede službe?*

Ja, nisem bil več sposoben opravljati dela. Bil sem v preveliki depresiji in nisel zmogel napora. Prej sem pa delal v sadjarstvu.

6. *Torej, ste upokojeni?*

Ja. Prvo so me upokojili za štiri ure, potem pa sem mel komisijo v Mariboru... potem pa so me za osem ur upokojili.

7. *Če bi imeli možnost, bi se raje vrnili nazaj v službo, ali vam odgovarja upokojitev?*

Ja, mislim, da ne bi zmogel. Potem bi pa ves čas hodil na bolniško, to pa ne bi bilo dobro za podjetje.

8. *Kje pa vidite dobre strani hospitalizacije in kje slabe?*

Bolnica je pač... bolnica. Pomaga ljudem. Se pač dajo zdravila pa red in disciplina mora biti. Bolnišnica je pač pomoč za take bolnike, ki nismo več sposobni za sebe skrbeti pa to... pa nas na noge postavijo.

9. Se bi ponovno odločili za zdravljenje v bolnici?

Ja.

10. Se sami odločite za obisk bolnišnice, ko ste v stiski?

Ja. Sam se odločim. Toliko še sem po navadi pri močeh, da se odločim...

11. Ko pa ste doma, kako skrbite za svoje duševno zdravje?

Trudim se, da bi bil kolko tolko stabilen pa pri močeh.

12. S kom pa preživite največ časa; s kom se družite?

Brat pride več krat k meni. Pa jaz sem vsakega obiska veseli pa se kaj pogovorimo pa...

13. Ste kdaj bili vključeni v društva, kot je npr. Ozara?

Vem za njih, ampak nisem nikoli bil vključen.

14. Zakaj pa ne?

Moral bi se odločiti pa enkrat probati.

15. Če bi tako društvo obstajalo v Ormožu...?

Ja, bližje bi bilo. To bi bilo dobro.

16. Ste že slišali za skupnostno psihiatrično obravnavo?

Ne.

Intervju št. 4

Patricija Rajh (14.5.2013)

Moški, polno invalidsko upokojen. Večkrat hospitaliziran v PBO. Živi z bratom v lastni hiši v občini Ormož.

1. Kako bi opisali vaše življenje preden ste bili prvič hospitalizirani v PBO?

Bil sem v vojski.

2. Kako je pa sploh prišlo do prve hospitalizacije?

Iz vojske so me domov poslali kot nesposobnega vojaka potem pa sem zbolel.

3. Kje pa ste bili v vojski?

V Kumanovem. 1982 leta.

4. Torej, ko ste prišli iz vojske ste šli v bolnico....

Ja, poslali so me domov kot nesposobnega vojaka. Potem sem šel v bolnico, iz bolnice domov, potem pa sem spet zbolel pa sem bil šest mesecov tam, potem pa se več ne spomnim kako je bilo. Duševna psihoza je moja bolezen.

5. Torej, ko ste prišli iz bolnišnice, ste se vrnili nazaj v službo?

Ja. Pred vojsko sem delal v sladkorni tovarni, potem na Kerenčiču, za tem pa sem šel v vojsko. Iz vojske pa domov, potem pa sem zbolel in sem šel v penzijo. Invalidsko sem upokojen.

6. Se bi ponovno odločili za zdravljenje v bolnici?

Ja, v bolnici je dobro bilo. Zdaj sem bil od aprila pa do maja.

7. Se sami odločite za obisk bolnišnice, ko ste v stiski?

Ja, tam ti pomagajo. Saj je fajn bilo.

8. S kom pa preživite največ časa; s kom se družite?

Živim z bratom.

9. Ste kdaj bili vključeni v društva, kot je npr. Ozara?

Ne, ne... tega niti ne poznam.

10. To je društvo, kjer bi se lahko čez dan družili z ljudmi, ki imajo podobne težave v duševnem zdravju pa bi skupaj kaj delali... Imate željo se vključiti v kakšno tako društvo?

Ja, bi se ja...

11. Sedaj tako društvo obstaja na Ptujju.

Joj, to pa je daleč. To jaz ne morem z mopedom, je predaleč.

Intervju št. 5

Patricija Rajh (18.6.2013)

Ženska, nezaposlena. Trenutno hospitalizirana v PBO. Pred tem že večkrat hospitalizirana. Živi z mamo v občini Ormož.

1. *Kakšno je bilo vaše življenje pred hospitalizacijo?*

Jaz sem živela v Ljubljani v študentskem domu. Sem začela delati za sebe in prvič sem imela občutek, da jem čisto svoj kruh, ki mi ga noben ne bo naprej dajal, češ »jaz sem delal za tebe«. Sem sama služila in se mi je zdelo tako lepo, da nisem vedela al sem na nebu al na zemlji. In nisem mogla potem jesti... to je bil pravi post. Nisem mogla jesti pa spati ne. No, in zato so me potem... je ena študentka rekla, da nekaj ni v redu z mano, če nočem niti juhe pojesti. No, to je vse.

2. *Kaj ste pa študirali?*

Geografijo in sociologijo. To je že 20 let nazaj.

3. *Kako je prišlo do prve hospitalizacije ter kdo je bil pobudnik za njo?*

Ja nič, na sprehod sem hotela iti pa me je brat prijel pa pelal nazaj domov. Da z mano nekaj ni v redu pa spala nisem, pa jedla ne. Stric je pa poznal enega dohtarja tu, potem je pa prišel doktor pa me samo malo potipal po rokah pa je šel z mano. Nisem vedela kateri doktor je. No, zdaj je že pokojni. Pa so me dali sem notri. Čist brez veze; niti a niti b nisem rekla; samo da pač sem morem iti. Ker staršem pač ni bilo jasno zakaj ne jem pa ne spim. Pa zakaj sem tiho... nobenemu ni bilo nič jasno kaj je z mano. Meni je pa bilo samo lepo v Ljubljani; tam pa so začeli komplicirati, da morem iti domov pa da morajo po mene priti. Prelepo mi je bilo; samo to nisem vedla, al sem na nebu al na zemlji. Tak mi je bilo lepo. Fiksala se nisem.

4. *Kako se je Vaše življenje spremenilo po prvem odpustu in bolnišnice?*

Ja, potem sem bila brez šole pa brez kruha. Potem sem delala doma, potem pa sem šla spet nazaj v Ljubljano.

5. *Vam niso nikoli povedali kakšna zdravila prejimate?*

Ne. Nikoli mi niso povedali. Majo vse sorte tukaj. Pa ne zaradi sebe, starši so to hoteli. Čim smo se kaj skregali sem že bila tu notri. Staršev sem se bala, pa ateka.

6. *S katerimi ovirami/težavami se srečujete, ko se vračate iz bolnišnice nazaj v svoje domače okolje?*

Eh, ko grem mi je lažje.

7. *Je prišlo do sprememb tudi v vašem odnosu z družino, prijatelji, sodelavci?*

Eh,... to že vsi na vasi vedo, kje sem bila pa tak. Boljše mi je samo to, da mam nek svoj mir. To je že bilo toliko krat, da sem že vse pozabila.

8. *Kje ste pa delali? Ste (bili) zaposleni?*

Doma sem delala, kot otrok, celo življenje. Dokler sem lahko. Potem sem čuvala otroke v Ljubljani. To sem še lahko, več pa ne morem. Sem zdelana, zgarana iz otroštva.

9. *Fakulteto ste pa zaključili?*

Eh, ne... nisem, ker se še izpiti takrat niso začeli. En kolokvij imam napravljen. Zato, ker me niso pustili nazaj.

10. *Kdo so pomembni ljudje v vašem življenju? S kom preživite največ časa?*

Jaz sem rada sama. Nimam družbe.

11. *Ali v bolnišnici navežete stike z ostalimi uporabniki in po odpustu tudi ostanete v stiku z njimi?*

Eh... saj pozitivno je vsaj to, da sprejmejo starejše pa jih potem pedinajo pa to. To je pohvalno, ne. Drugače pa je to tak... jaz mam rada mir.

12. *Ali prihaja do velikih sprememb med posameznimi hospitalizacijami?*

Jaz sem že bila tu 27 krat, ziher. Če se jim doma ni kaj zdelo al pa kaj takega, so me pač sem notri dali. Je pa zdaj dosti lažje, ko je vse novo. Prej pa je bilo groza. To je bila prava mučilnica. Osebe je zdaj mlajše, stari pa so se tudi spremenili. Se je kar veliko spremenilo. Zdaj je boljše. Samo doktor je površen. On te sploh ne pozna pa te tu šopa z tabletami. Pa lažejo; on je doktor pa te zapečati, ko napiše nekaj, kaj ni res. On to napiše in te zapečati za vedno. Ti si lahko čisto tiho, on pa tam nekaj piše pa čečka. Pa prisilijo

te, da podpišeš da greš na zaprti oddelek. »Podpiši, podpiši!!« Maš občutek, da te bodo pretepli, če ne boš podpisal. Da te bodo zmlatili, če ne boš jedel.

13. *Katere prednosti in slabosti hospitalizacije bi izpostavili?*

Eh,... negativne so to, da se vsi tak držijo tam pa doktor je bog. On vse dirigira z tvojim življenjem... kao bog se dela. No, dobro kuhajo mogoče pa to, da poslušajo vegetarijance. Negativno je pa to, da te v nekaj silijo, v tiste njihove programe. Pa tulijo pa derejo se »vzemi tablete«, češ »požri tableto«. Pa silijo te z vsem, pa ne smeš domu pa... ne vem... Če je pa res to.

14. *Kakšen je stik s skupnostjo v času hospitalizacije?*

Jaz sem rada sama.

15. *Se vključujete v društva in nevladne organizacije (npr. Ozara)?*

Ne. Šla sem samo enkrat k Ozari, ko so meli piknik. Veš kak je, če so ljudje, ki jih ne poznam, pač ne grem. Bolj se jih umikam. Ker če čutim samo enega tam, ki mi tam ne odgovarja, se mi že vse sesuje. Pa čim pisnem jaz kaj proti komu se tak sliši.

16. *Torej, če bi kakšno podobno društvo bilo v Ormožu, se bi vključevali?*

Hmmm... niti avta nimam. To (psihiatrično bolnišnico) bi lahko spremenili v nek počivalni dom pa da sestre ne bi bile tak... skoraj šokantne... da bi bile bolj spoštljive do ljudi. Tu nas jemljejo tako, kot da smo nižja rasa. Oni pa so nad nami. Po mene so na primer prišli z rešilcem pa policijo. Ker me mama 3 dni ni vidla pa ni vedla, če jem tablete ali ne. Pa zdaj, pri 40-ih letih, sem mogla pod njenim nadzorom jesti tablete. Vsega pa vam ne smem povedati, ker je potem vse še samo huje. Socialna delavka je dobra. Ona se ti posveti; tu pa se ti ne posvečajo... pač moraš žreti tablete. Saj sploh ne vejo v čem je problem; ti samo moraš tu ležati pa da majo oni službo. To naredite, ukinite to bolnišnico!!

17. *Saj, gospa...*

Ja, ker to je krivica. Ker te brez veze nekdo tretji, pa te samo šopa. Jaz ne vem no, vsem se gre samo za zaslužek. Tu je zaposlenih ogromno ljudi; parkirišče je skoraj tako kot v neki fabriki; kaj pa delajo pa bog ve kaj. Pa sem prišla sem pa takoj injekcijo v rit. Pa sem jim povedala, da je moje telo ne prenese injekcije; tu se pa neumni delajo, samo, da te zaboli.

Tu si ponižan do konca. Pa naj je tisti tablete, ki mu to pomaga. Jaz pa to pod prisilo, toliko tablet pa injekcij pa vsega.

18. *Kako skrbite za svoje duševno zdravje, ko niste v bolnišnici?*

Ja, pod maminim nadzorom jem tablete. Ona pa še »cumpra« vse sorte zraven. To je strašno. Šele tu (v bolnišnici) dobivajo prisluge pa privide. Kak to? Pa, »bolani ste«, prepričuje doktor pacienta. Pod prisilo si bolan. Kje je tu logika? Zdravstvo nima tu logike. Razumeš? »Bodi bolan, da ne bom jaz lačen!« To je to. Vsi se bojijo revščine, pa da ne bi službe zgubili. Nasilje je tu. Sem razmišljala, da bi raje šla v zapor; tam imaš vsaj pravico do »ne jesti«. To je spet prisila, ker če ne moreš jesti, pač ne moreš jesti

Intervju št. 6

Patricija Rajh (18.6.2013)

Ženska, nezaposlena. Trenutno hospitalizirana v PBO. Pred tem že večkrat hospitalizirana. Živi s hčerko v okolici Ormoža.

1. *Kakšno je bilo vaše življenje pred hospitalizacijo?*

Ja, to je že dolgo nazaj. Takrat sva se s partnerjem razvezala, s katerim sma prej 13 let skup živela. Pa si je našel drugo žensko. Ona je svoje otroke pustila drugemu partnerju, jaz pa nisem šla od hiše pa sem vztrajala, dolgo. Potem pa sem jaz zbolela, on je pa že prej hodil sem, v Ormož po tablete. Pa mi je rekel naj vzamem njegove tablete, ampak nisem. Jaz sem se borila... za skupnost. Potem pa so mi doma nekaj nastavili, sem se zastrupila z tabletami; nekaj so mi namešali v juho. In sem bila čisto fertik. Jaz sem prišla sem za svoje otroke. No, potem pa sem se vrnila nazaj domov na domačijo. Jaz nisem mogla tega gledati, da je ona hodila k nam pa še deco so mi čisto obrnili od mene. Dve hčerki, ena je 28 ena pa 24 let. Potem pa sem se spravila skup pa sem si našla eno stanovanje, pa sem pač šla. Vzela sem si hčerko s sabo; bilo ji je strašno težko, da je mogla v stran od hiše, meni pa tudi.

2. *Kako je prišlo do prve hospitalizacije ter kdo je bil pobudnik za njo?*

Skrbniki so me sem spravili... ti, pri katerih sem si našla stanovanje. Po navadi se ne odločim sama; zdaj nazadnje me je hčerka poslala sem.

3. *S katerimi ovirami/težavami se srečujete, ko se vračate iz bolnišnice nazaj v svoje domače okolje?*

Ja, težko je. Ampak je huje iti od doma sem. Ko pridem iz bolnice domov me vsi lepo sprejmejo.

4. *Kakšen je stik s skupnostjo, ko ste v bolnici?*

Pa grem skoraj vsaki vikend domu. Toti vikend bom tudi najverjetneje šla.

5. *Je prišlo do sprememb tudi v Vašem odnosu z družino, prijatelji, sodelavci?*

Našla sem si drugega partnerja. Sva 4 leta skupaj živela. On je že imel hišo, potem pa sva še dalje skup gradila pa dajala denar v to hišo v kateri sedaj živim. Potem sem zanosila,

pred tem pa sem še splavila; mrtvega otroka sem rodila. Hudo je bilo. Včasih se čudim, da še sploh sem, koliko hudega se mi je zgodilo. No, zato pa sem toliko krat tu. Se le močno držim. Takih problemov ne bi rada nobenemu privoščila. Dosti je bilo hudega. Ivica (hčerka) je takrat šla nazaj k babici živeti, pa so pač hodili k meni na obiske.

6. *Kaj pa spremembe v službi?*

Štiri leta sem hodila v Maribor v službo, čistiti na železniško postajo. Mlada sem bila, 18 let stara. Hudo je bilo. Zaslužila sem enega zelenega, jurja. Da sem si lahko neko malenkost kupila. S totim prvim pa sem potem živela skupaj pa sem bila doma. Malo sem hodila tudi okoli kmetom pomagat delat.

7. *Kdo so pomembni ljudje v vašem življenju?*

Ja, tisti moj partner, s katerim sva mela 9 mesecev staro hčerko, se je obesil. Pa sem ostala sama. Večino časa sem sama. Hčerka živi pri meni, 16 let bo stara v jesen. Lepo se uči, pridna je v gimnaziji. Včasih pride kakšen prijatelj. Sam ne moreš biti. Samota te ogroža, moreš nekoga imeti v življenju. Te pa se včasih pogovarjam sama s sabo, pa si pojem. Mislim, da hčerko to verjetno včasih moti. Tudi to smrt sem mogla sama skozi dati. Pa non stop smo se kregali. Tudi pil je rad. 15 let bo zdaj od smrti. In se sekiraš pa moraš imeti kakšnega človeka, da ti pomaga. Človeka nujno nucaš, da ti kaj pomaga. Ženska ne more vsega sama.

8. *Ali v bolnišnici navežete stike z ostalimi uporabniki in po odpustu tudi ostanete v stiku z njimi?*

Tu se razumem z vsemi.

9. *Ali prihaja do velikih sprememb med posameznimi hospitalizacijami?*

Zdaj sem že četrtič. Fejst se je spremenilo, tudi pri hrani. Pa obnovili so. Tudi doktori so se spremenili. Boljše je zdaj. Vsi te razumejo.

10. *Katere prednosti in slabosti hospitalizacije bi izpostavili?*

Dobro je v bolnici vse. Ampak to je, da nisi doma. Nič ne najdem takega, da bi bilo kaj slabega tu. Vredni ljudje so, hrana je najboljša. Ne moreš reči, da kaj ni v redu. Edino domotožje. Ponavadi sem okvirno 2 meseca tukaj.

11. *Če bi lahko čas zavrteli nazaj; ali bi se ponovno odločili za zdravljenje v psihiatrični bolnišnici?*

Ja, meni bolnica pomaga.

12. *Kako skrbite za svoje duševno zdravje, ko niste v bolnišnici? Kakšne so vaše osebne strategije?*

Ja hudo je, ko moraš iti. Tablete pač jem.

13. *Se vključujete v društva in nevladne organizacije (npr. Ozara)?*

Kaj je to? Ne vem kaj je to.

14. *To je društvo, kjer bi se lahko srečevali ter družili z ljudmi, ki imajo podobne težave kot vi. Kaj menite o tem, da bi bilo podobno društvo tukaj, v Ormožu?*

Ja, to bi bilo fajn. Se družiti.

15. *Kaj bi vi konkretno potrebovali oz. kaj si želite, da bi vam bilo na voljo?*

Ja, to bi bilo fejn, da bi se malo družili. Seveda bi šla, s piciklom bi se pelala. Pa tak rada pojem... tak rada. To bi bilo super.

Intervju št. 7

Patricija Rajh (1.7.2013)

Moški, polno invalidsko upokojen. Enkrat hospitaliziran v PBO. Včasih je živel v Ormožu, vendar se je sedaj preselil v svoje stanovanje na Ptuj (vzrok: dostop do dnevnega centra Ozare).

1. Kako bi opisali svoje življenje pred prvo hospitalizacijo v bolnišnici Ormož?

Ja, zanimivo. Zelo raznoliko. Delal sem vse mogoče in se mi je pač naenkrat vse podrlo. Zaradi pljučnice. Naenkrat sem pozimi dobil visoko vročino in potem sem šel v bolnico in so rekli, da je to pljučnica... in je bila težka pljučnica, tako da sem bil skoraj dva meseca v bolnici. In po tistem se mi je vse podrlo v Ljubljani.

2. Aha, torej ste živeli v Ljubljani?

Ja, v Ljubljani sem živel. Delal sem na televiziji, pa na radiu; ampak v glavnem na filmu, radio, gledališče, ples.

3. Kaj ste pa delali?

Kot kostumograf. Smo ogromno predstav naredili, tudi filmov, slovenskih nadaljevanj, vsega... In potem sem izgubil službo, v bistvu stanovanje še prej, ker nisem imel ne sredstev, ne nič. In delati nisem mogel, ker sem bil tak slab in tak se je to začelo. In potem sem moral nazaj v Ormož, tja, kjer sem bil rojen. Drugače ne bi šel; nisem imel namena nikoli. Bi ostal v Ljubljani. Pa kjer koli drugje, samo v Ormož pa... to je bila zadnja.

4. Zakaj pa?

Zato, ker je tam stara hiša. Ampak to je bila pač edina možnost, da sem tam preživel eno leto. Samo potem je bilo iz dneva v dan slabše. Preveliki šok je bil naenkrat. Ormoža nisem več bil navajen.

5. Kako je pa prišlo do tega, da ste šli v psihiatrično bolnišnico Ormož?

Ja, ker se mi je depresija jačala, sem enostavno šel v bolnico... sam... samoiniciativno. Ker drugega izhoda pač nisem videl, ker samomor je pač... to je bilo zelo blizu vse skupaj. In

se pač šel v Ormož v bolnico in so me tam sprejeli. Potem pa smo začeli urejati vse druge stvari.

6. *Ste bili zadovoljni z prejeta pomočjo v bolnišnici?*

Ja, ja. Zdaj je to bilo prvič v življenju, to je kakšno leto pa pol nazaj.

7. *Ko ste se vračali iz bolnišnice nazaj v domače okolje, je bilo težko?*

Ne, takrat sem šel direktno na Ptuj. Prek socialnega smo zrihtali tako, da sem našel stanovanje tu, na Ptuj. Imam najemniško stanovanje, sem, v Ozaro pa hodim pač zaradi družbe.

8. *Hodite vsak dan sem?*

Ja, vsak dan je odprto, razen ob vikendih in praznikih. Do dveh je odprto in vsak lahko dela kaj hoče. Jaz največkrat skuham, pa zdaj smo si velik vrt naredili in potem na vrtu malo tak delamo... Zdaj že raste, tak da jeseni bo že marsikaj zrastle.

9. *Kaj pa potem delate ob vikendih?*

Nič. (smeh) V glavnem ne delam nič. Malo na sprehod pa malo tak naokoli. V glavnem, čas mine.

10. *Glede bolnice, bi izpostavili kaj negativnega/pozitivnega?*

Jaz sem v glavnem bil zelo zadovoljen z tretmanom. Pozitivno mi je bilo vse. Negativnega nisem našel nič. Vsi, osebje, zdravniki, vsi so bili v redu. Sploh pa moja zdravnica, dr. Kocjanova, ona je super. Saj imam še zdaj pri njej kontrole na pol leta.

11. *Torej vam okolje na Ptuj odgovarja, ali bi se vrnil nazaj v Ormož?*

Ne, v Ormož ne... ampak zato, ker Ormož pač nima... potem bi se moral voziti pa ne vem kaj vse. Veze so pa tak slabe do Ptuja. V glavnem, ne bi bilo slabo, če bi bil kakšen takšen mali oddelek, samo... Saj tudi druge regije imajo centre, npr. Slovenj Gradec, potem v Murski je tudi. Ormož je pač... ni za mene mesto no.

12. *Kaj pa če bi, na primer Ozara obstajala v Ormožu, tako kot je tukaj?*

Ja, če bi drugače uredili stvari, potem ja; zdaj je pa pač tak kot je. Trenutno je tak.

13. Kako pa sedaj, ko niste v bolnišnični oskrbi; kako sami skrbite za svoje duševno zdravje?

Ja, zdravila jem redno v glavnem. Po navodilu zdravnice. Pa da hodim pač sem. S tem, da jemljem zdravila, to je glih važno, da me ohrani pri tisti konstanti, ki smo jo določili v bolnici. Je pač tak, ni tako da bi prišel iz bolnice in bi bil naenkrat v redu. Potem moraš se znajti sam in si pomagati. Krize pa zdaj nimam. So bili razni šoki, sploh glede finančnih pomanjkljivosti; in tega brez tablet ne bi zdržal. Tako kot prej nisem.

14. Mi lahko še kaj več poveste o delovanju Ozare?

Ja, Ozara je pač dnevni center. Tako kot več teh Ozar po Sloveniji. V glavnem so tu zaposlene mentorice za določene stvari, socialne delavke, ki pač pomagajo. In s tem sem zadovoljen. Tu nas je okrog 25 do 30. Tu skuhamo vsak dan za toliko ljudi. Potem pojemo, eni ostanejo potem še tukaj, eni gredo domov; pač vsak po svoje. Enkrat jih pride več, drugič manj. Eni hodijo vsak dan, drugi bolj redko. Topla malica je pa vsak dan.

15. Kje pa vi stanujete?

Tukaj blizu, čisto v centru. Stanovanje je v redu, sem zadovoljen. Zdaj sem zaprosil tudi za neprofitno stanovanje. Bomo vidli zdaj, če bo kaj. Stroškov bi tako bilo le manj. Do zdaj sem najemnino nekak krpal s socialno pomočjo; zdaj pa sem v penziji. S penzijo pa dodatkom pa zdaj gre to približno skozi. Tak da mi za življenje bolj malo ostane. So bili že težki časi pa tudi dobri časi. Včasih je bilo boljše pa smo uživali, zdaj pa je čas, da malo zategnemo pasove.

16. Imate v Ormožu kakšne sorodnike?

Ne, imam dva brata, ampak sta se oba odselila iz Ormoža. Tam, v Pušencih, zdaj samo stoji stara hiša, podira se.

17. Kaj pa bi lahko rekli glede stigme?

Ne. Mislim, da sem tudi, ko sem bil v bolnici... dobil sem dosti obiskov od bratov pa od prijateljev pa sošolcev, tak da so to vsi rekli, da je v redu, da sem šel v bolnico. Enostavno sem šel poiskat zdravnico in sem rekel, da imam krizo. Kaj pa češ drugega. Sem mel depresije že prej, ker sem pač delal v takem, da si enkrat up enkrat pa down. To pa vidiš, ko si tak v slabem stanju; je pa le par takih ljudi, ki to razumejo, vsem ostalim pa je vseeno. V bolnici sem pa imel podporo od znancev. To je normalno. Več ljudi bi se moralo iti zdraviti. Vidim po cesti pa tak. So primerni za bolnico. Ker to ni nič tak hudega. Saj pa pač greš v bolnico... isto kot če te boli roka. Bolnica je pač bolnica. Vsak ima pač svoje težave.

STROKOVNJAKI

Intervju št. 8

Patricija Rajh, Katja Rogan (17.5.2012)

Psihiater (dr. med., spec.), zaposlen v Psihiatrični bolnišnici Ormož

1. Kako poteka vaše delo z uporabniki? Kakšen je prvi stik z njimi?

Včasih se zgodi, da pridejo tudi brez predhodnega naročila; to pomeni, da pridejo v ambulantno, običajno v slabem psihičnem stanju, v akutni stiski. Sicer je tako, da na Ptujju nimamo urgentne ambulante, ampak urgentna ambulanta je, s strani dežurnega zdravnika, tukaj v bolnišnici. Ampak, če vidimo, da je nekdo hudo prizadet, potem iz Ptujja ne bomo pošiljali v Ormož; ampak potem kar pogledam tam.

2. Aha, Vi še na Ptujju delate?

Ja, še na Ptujju. 2 do 3 dni v Ormožu, 2 dni pa na Ptujju.

3. Poznamo vas kot strokovnjaka na svojem področju; ste doktor medicine, specialist psihiatrije, psihoterapevt, družinski terapevt, EMDR terapevt, predavatelj, imate inštitut za socialno psihiatrijo in psihotravmatologijo, avtor mnogih strokovnih in znanstvenih člankov in verjetno bi se še kaj našlo. Zanima naju kje najdete motivacijo in energijo za vse to?

Pred leti je bila to ena potreba po preživetju v intelektualnem pomenu. Ko sem se preselil v Ormož... puh... to ni bila najboljša izkušnja v mojem življenju. Takrat je bila ta bolnišnica precej drugačna kot je danes; bi rekel da zelo ortodoksna, tudi nespoštljiva do pravic uporabnikov in tako. In potem so nastali precejšnji konflikti med mano in takratno upravo bolnišnice; in da bi preživel, sem se takrat začel znanstveno strokovno usposablјati, aktivirati, publicirati in delati doktorat in tako, zato, ker sem se potem naslovil na drugo strokovno in znanstveno skupnost, ki mi je dajala tudi neko potrditev in verifikacijo. Zdaj zadnje čase pa delam veliko tudi zato, da bi finančno preživel.

4. V kolikšni meri pri svojem delu uporabljate terapevtske pogovore poleg zdravljenja z zdravili?

Ja, jaz sem sicer družinski terapevt; ampak moram reči, da družinske partnerske terapije zadnje čase ne delam, zaradi tega, ker moj interes se je čisto premaknil na področje

psihotravmatologije. In v bistvu, koliko časa imam za psihoterapijo; delam psihoterapijo z žrtvami hudega nasilja. Tako, da delam samo te EMDR terapije; 3,4 terapije paralelno, običajno v času dežurstva; ali pa v ponedeljek, četrtek po koncu ambulate. Ampak jaz imam ambulanto, kot sta vidli, danes ob pol devetih smo začeli; zdaj sem končal in vmes ni bilo niti za kavo časa. Ko delamo, delamo 25 – 30 bolnikov na dan; enostavno takšen naval je, da drugače ne gre.

5. Bi nama lahko razložili, ka pomeni ta EMDR terapija?

To pomeni »Eye Movement Desensitization and Reprocessing«; to je ena posebna terapevtska metoda za zdravljenje teh posebnih hudih posttravmatskih stanj, ki je zelo učinkovita. Tako, da s tem se da v bistvu predelati na ta način, da ostane sicer en komplementirani spominski material, ki pa nima potem čustvenega vpliva na posameznika. Meni se zdi »ful« pomembno; zdaj imam eno pacientko; zdaj končujema eno terapijo, ki se je začela kot terapija spolne zlorabe od starejšega brata; ona je bila takrat 5 ali 6 let, ko se je začelo. In ko smo končali to terapijo, te spolne zlorabe; nikakor da se terapijo konča ne... in potem sem ji povedal, da še 3 mesece bo potem pa bo konec... in potem se je izkazalo, da je še kar nekaj; in potem sem ponovno začel z EMDR-jem. In potem je prilezlo ven, da je bila mogoče pri treh letih prisotna, ko je njen oče nekoga »zaštil« in so ga potem na skrivaj zakopali. To je prišlo na plan dobesedno kot »okostnjak iz omare«. Edino bi rekel, da ni katarze; ker sicer se je spomnila tudi tega, kam so tega človeka pokopali. Ampak tisti del kleti, kam so ga zakopali je bil zasut in so sedaj na njem zgradili vikend; tako da ni več možno priti do tega okostnjaka. Čeprav njena prvotna želja je bila, da bi temu človeku omogočili neki dostojen pogreb. In tudi nismo uspeli ugotoviti kdo je; čeprav smo zadevo predstavili kriminalistom in poiskali podatke iz arhivov; ampak niso uspeli razbrati kdo bi to lahko bil. Je pa zanimivo, da vse te dogodke, ki se jih sploh ni spominjala prej; je uspela opisati do take potankosti, kot da bi se to včeraj zgodilo. Na milimeter bi znala opisati vsako dlako na obrazu tistega človeka in natančno kako se je odvijalo, kako je on izgledal, kaj je storil, kako se je ona počutila ob tem. Celi prostor zna opisati z višine kljuke, mogoče. Zelo zanimivo no... in to je ena taka metoda s katero se da dejansko razkriti zelo hude dogodke iz preteklosti, katere s takimi besednimi terapevtskimi metodami nikoli. Pacientka, ki je vedno doživljala neke kozmične halucinacije vonjav... šele potem v EMDR smo ugotovili, da takrat, ko so jo posiljevali, se je neka paradižnikova mezga žgala na štedilniku; in iz celega tega dogodka

je njej ostal samo tisti vonj. In potem, ko je prišlo do nekega sprožilnega dogodka, potem se je ta vonj pojavil v njenem nosu.

6. *V socialnem delu se daje velik poudarek krepitvi moči uporabnikov. Zanima naju v kolikšni meri imajo v psihiatrični bolnici uporabniki vpliv na svoje zdravljenje in ali ga lahko nadzorujejo? So seznanjeni s stranskimi učinki?*

Seveda, saj jaz delam samo ambulantno, tako da vsak, ki dobi recept, dobi zdravilo. Vsak dobi mojo telefonsko številko, lahko me pokliče, če je kaj koli narobe. Če sam ugotovi, da mogoče z kakšno boleznijo to zdravilo ne gre skupaj. Imamo farmakologa tukaj v hiši. Tako, da to res ni problem. Se pa trudimo, da predpisujemo taka zdravila, ki nimajo nekih hudih stranskih učinkov; če pa že, potem pa že vprašamo in se dobro pozanimamo preden ukrepamo.

7. *Ali se simptome uporabnikovega zdravstvenega stanja povezuje tudi z zunanjimi okoliščinami oz. okoliščinami v katerih oseba živi?*

Ja seveda! Absolutno. To vedno; jaz sem zelo socialno psihiatrično usmerjen. Ogromno delamo na tem. Mnogo sodelujemo s ptujskim centrom, Ozaro, koordinatorji; tudi z določenimi kriminalisti delamo na tem... tako, da sodelujemo ja.

8. *Kakšno je vaše mnenje o dezinstitutionalizaciji in kaj bi bila boljša alternativa kot popolno zaprtje psihiatričnih bolnišnic?*

Ja, jaz mislim, da se to v Sloveniji, iz nekih meni čisto neznanih razlogov, pelje na zelo čuden način. Po eni strani se kao uvaja neka skupnostna psihiatrija, po drugi strani pa se psihiatrične bolnice tako trdovratno oklepajo svoje unikatnosti ali pa izključivosti na področju duševnega zdravja. V 90. letih, ko je bil še profesor Gokart, se je čutila neka želja po modernizaciji, reformi slovenske psihiatrije; vendar po njegovi smrti je prišlo do zelo radikalne rekonzervatizacije psihiatričnih ustanov. Praktično iz bolnišnic so odšli vsi tisti, ki so bili ne tako psihoterapevstko usmerjeni. Socialno psihiatričnega razmišljanja pa v slovenski psihiatriji nikoli ni bilo. Jaz mislim, da razen mene in doktor Švabove, ni ljudi, ki bi tako razmišljali. In mislim, da tudi midva ne bi brcnila v žogo. Tako, da jaz zdaj habilitiram v Kopru iz bio. psihiatrije, da bi dobil učiteljski naziv. Psihiatrija se zapira pred tem, da bi taki ljudje prišli do katedre ali položaja, da bi lahko tako znanje posredovali. Imamo hudičeve dobre centre za ambulantno oskrbo; v Ljubljani, Mariboru, tudi na Ptuj; in potem v 90. letih se je to vse skupaj sesulo, saj so imeli nekateri psihiatri

koncesijo in so odšli. Država tudi ni motivirana zato, da bi dodelila koncesijo nekomu, ki bi potem usposabljal takšen sistem. Da bi jaz npr. dobil koncesijo za majhen center za duševno zdravje. V Litvani je na primer drugače, kjer država motivira strokovnjake za to. Bolnišnice so začele izgubljati to funkcijo, ki so jo imele prej; npr. ljudje v ptujski Ozari sedaj tam živijo in več ne visijo po bolnišnicah, kot so prej. Pozna se tudi padec rodnosti, ki prinaša nižje število novih primerov; znižuje stopnjo hospitalizacije. In ker njih ni, potem hospitalizirajo ljudi, ki prej nikoli niso hodili sem. Smo postali blažilci socialne stiske, odlagališče za socialno problematiko in nadomestilo za zavetišča in to hudičevo dragi! In potem nekomu izrečejo ukrep prepovedi približevanja in gre v bolnišnico. Eh.... In tukaj dobijo zelo malo od nas, razen medikamentov, strokovne nege in kaj še?! Ne posredujemo veččin... Problem, je, da ta ustanova ne širi diskurz razvoja, socializacije; ampak diskurz ležernosti, pasivnosti, bolezni, invalidnosti. Torej, če se tukaj ugnezdiš; nikogar več ne vlačimo sem na silo, ljudje sami radi pridejo sem.

9. *8. Maja 2012 je potekal v DZ posvet o skupnostni psihiatriji (v sodelovanju z DZ ga je organiziralo slovensko združenje za duševno zdravje – Šent); kot so povedali govorci, so se v tovrstni obliki dela z duševnimi bolniki pokazali bistveno boljši rezultati, saj je vsak bolnik obravnavan kot celota. Celostna rehabilitacija v takšni obliki dela je boljša, bolniki pa se tudi lažje vključujejo nazaj v vsakdanje življenje. Izkušnje še kažejo, da so tudi cenovno učinkovitejše, manj je hospitalizacij, manjša je stigmatizacija. Kakšno je vaše mnenje o tem?*

Zdaj spet hočejo bolnišnice prevzeti to vlogo nase; da bi oni bili tisti, ki bi to izvajali. Pa to je noro! To bi mogli biti mali luštni centri; psihiater ali dva, psiholog, socialni delavec, kaka patronažna sestra,... in bi to krasno funkcionirali. Ampak potem bolnišnice ni bi imele dela. Bolnišnica bi ostala, saj se ta geriatrična problematika povečuje.

10. *Kakšno vlogo ima po vašem mnenju sodelovanje z drugimi strokami?*

Mi malo sodelujemo z drugimi strokami. Zaradi tega, ker ni časa; jaz nimam časa, da grem na neki tim, ker enostavno ne gre časovno skozi. Morali bi pa nenehno sodelovati, se dnevno slišati; da bi to bilo vse skupaj prepleteno. Jaz psihiatrijo bolj vidim v socialni.

11. *Kako ravnate, če uporabnik zavrača predpisana zdravila?*

V bolnišnici, npr. na varovanem oddelku, imamo zakonsko pravico, da mu jo damo. Saj je razumljivo, mi ne moremo dovoliti, da nekdo v svojem stanju ogroža druge ljudi. Lahko napade koga, postane samomorilsko naravnan.

12. V teh primerih je pa bolnišnica verjetno nujna... Kako bi pa bilo s takimi primeri v stanju dezinstitutionalizacije?

Ja saj, bolnišnice bi morale vedno obstajati. Če je nekdo depresiven in neha jemati zdravila, potem čas dela deluje proti njemu. Shizofrenija je imela par let nazaj čisto drugačen potek kot ga ima danes. Zdaj se je ta bolezen celo tako spremenila, da bo dobila novo ime. Ampak v petih letih od človeka ni nič ostalo. In če jim to tako posreduješ, da jim zagotavljaš, da bo živel razmeroma normalno življenje ob rednem jemanju zdravil. Tako, da če imamo mi drugačen odnos potem ne bi smel biti to problem.

13. Sodelovanje z uporabnikovo socialno mrežo – kaj menite o tem?

Svojce vključimo pri starejših. Zdaj morate vedeti, da jaz delam ambulantno in delam predvsem z lažjo psihiatrično populacijo. Jaz imam v svojem spektru zelo malo psihotičnih pacientov. Če pa jih imam, pa seveda sodelujem s svojci. Pri starejših je pa vedno potrebno, da sodelujemo.

14. Ali se v okviru psihiatrične obravnave uporabnika ustanavljajo krizni timi?

Krizni timi... ja. Na CSD-ju; mene povabijo zraven na te timske obravnave. Tudi jaz pokličem včasih pa prosim za ukrep ali pa celo za kako timsko obravnavo. Moja žena dela na centru, tak da smo vedno tudi v stiku.

15. Kaj menite o besedah Tanje Lamovec: »Zdravila ljudi naredijo poslušne«?

V bistvu to izhaja iz tistih predpostavk Foucalta,... to so te izvirne antipsihiatrične teorije iz 60. let, ko se je govorilo da psihiatrija predstavlja neki nadzor nad razmišljanjem ljudi in kreativnostjo ljudi. Da v bistvu je to del nadzora nad družbenim diskurzom. Jaz mislim, da če pogledamo nazaj, da bi to absolutno veljalo. Da takrat na vzhodu in zahodu je bilo to prisotno. Ampak danes ni več takšen problem. Obstajajo različni sistemi kako gledamo na normalno/nenormalno. Danes je v ospredju problem funkcionalnosti; vedno več ljudi hodi k meni, zato ker ne funkcionira. Oni čutijo to, da v določeni tekmi, delovnem mestu; enostavno ne morejo biti kos nekim pričakovanjem in zato potrebujejo pomoč, da bi lahko delali, ljubili, da ne bi bili razdražljivi. Če smatramo, da kapitalizem hoče od človeka

nekaj, kar ne ustreza popolnoma njegovi nevrobiologiji, seveda da ne. Tudi jaz bi zdaj raje bil doma; ampak če hočem preživeti potem moram delati. Seveda, kapitalizem pričakuje od nas veliko; čeprav smo si sami krivi. Zdravila delujejo na tem, da bi te nevrološke sisteme spravili v red, ki pa pri duševnih bolnikih ni v redu. Podoben način, ko dobimo tablete za kako drugo bolezen; npr. holesterol.

Intevju št. 9

Patricija Rajh (16.7.2013)

Univ. dipl. soc. del., zaposlena v Psihiatrični bolnišnici Ormož

- 1. Kdo je v večini primerov pobudnik za prvo hospitalizacijo v PBO; je to uporabnik ali kdo drug?*

To je statistično težko reči, vendar so to večinoma najbližji, delovno okolje ter soseska. To seveda velja za tiste, ki trpijo za dolgotrajno psihotično motnjo; saj tisti, ki se soočajo z prehodno krizo/stisko, po navadi pomoč poiščejo sami, jih napoti lečeči zdravnik ali pa so preusmerjeni iz drugih oddelkov (npr. iz internega oddelka). V primeru, da ne ogrožajo sebe, so sprejeti na odprti oddelek.

- 2. Kakšne spremembe prinese hospitalizacija v uporabnikovo življenje?*

Spremembe se pojavijo predvsem na trgu delovne sile ter v socialni mreži. Še vedno pa se pojavljajo predsodki.

- 3. Kakšno vrednost ima redno jemanje zdravil v procesu okrevanja?*

To je vprašanje medicinske stroke, vendar je res, da so recidivi ob odpustu manjši ob rednem jemanju zdravil.

- 4. Kakšne spremembe so se zgodile glede PBO same; kako je bilo nekoč in kako je danes?*

Spremembe so se zgodile; npr. ni več zamreženih oken, ki so včasih že na prvi pogled sporočale, da gre za neko specifično ustanovo. Tudi oddelki so zmanjšani; sobe imajo več prostora ter manj postelj; vsaka soba ima svoje sanitarije. Varovani oddelek je zmanjšal kapaciteto za polovico; včasih je bila možna hospitalizacija tridesetih uporabnikov, danes je možno le petnajst uporabnikov bivati v tem oddelku. Tudi obleka se je menjala; včasih so vsi nosili pižame, danes uporabniki nosijo svoja oblačila. Na splošno je standard bivanja v bolnišnici zdaj boljši. Tudi kader se je povečal, zaradi česar je več individualnega dela; ustanovila se je tudi skupina za

svojce, ki omogoča tudi individualne razgovore z zdravniki. Več je možnosti tudi za rekreacijo ter drugih dnevnih aktivnosti.

Sedaj je tudi manj recidivov in je več ambulantnega zdravljenja uporabnikov.

5. Se pojavijo težave pri reintegraciji uporabnikov po odpustu iz PBO?

Absolutno. Čeprav je stigme veliko manj kot včasih, ima okolica razvite predsodke ter težava je sploh pri dohodkih oseb, saj so le ti zelo nizki in onemogočajo kvalitetno integracijo.

6. Kakšen je stik skupnosti z bolnišnico?

Novost, ki jo je prinesel Zakon o duševnem zdravju so koordinatorji, ki se aktivno vključujejo v obravnavo uporabnikov bolnišnice. Stik s skupnostjo je pa uporabnikom omogočen tudi z rednimi vikend izhodi. Tudi med tednom lahko zapustijo bolnišnico ter gredo po opravkih v mesto; pomembno je le, da o tem obvestijo osebje v bolnišnici. Bolnišnica je pa s skupnostjo povezana tudi v smislu, da so večkrat povabljeni razne pevske, glasbene skupine, vrtec, šole. Tudi v bolnišnici je ustanovljena pevska skupina, ki večkrat nastopa.

7. Kako je pa s sindromom »vrtečih se vrat«?

»Sindrom vrtečih se vrat« se pojavlja sploh v primerih, ko uporabnik zavrača terapijo. Vendar je tega danes občutno manj, kot pa je bilo včasih. Do recidivov prihaja tudi zaradi težav v okolju; neurejeni družinski odnosi, zaposlitev,...

8. Kako sodelujete z nevladnimi organizacijami na področju duševnega zdravja?

Sodelujemo z Ozaro Ptuj in Murska Sobota. Uporabniki se lahko tam vključujejo v dnevni center ali stanovanjske skupine.

9. Kam lahko socialna služba v PBO usmeri uporabnika po odpustu oz. po končani hospitalizaciji?

Tukaj ima zelo pomembno vlogo koordinacija, tako, da uporabnika seznanim s tem. Je pa težava na našem območju, da uporabniku nimamo kaj ponuditi, saj ni nevladnih organizacij. Res je, da k nam zahajajo uporabniki tudi iz drugih krajev (Murska Sobota, Ptuj), tako, da tistim lahko ponudimo Ozaro. Tukaj, v občini Ormož je pa težava. S strani uporabnikov je veliko povpraševanje po namestitvi v stanovanjske skupnosti, vendar ni dovolj kapacitet. Težava je predvsem za tiste uporabnike, ki nimajo socialne mreže, saj jih nimamo kam napotiti po odpustu iz bolnice.

Po zakonu o preprečevanju nasilja v družini nekateri uporabniki pridobijo ukrep prepovedi približevanja ter so hkrati tudi hospitalizirani v bolnišnici. Ko bi morali tega uporabnika odpustiti iz bolnišnice, ga nimamo kam napotiti, saj se zaradi ukrepa sodišča ne sme vrniti domov.

10. Kako je razvita skupnostna psihiatrija v PBO ter koliko oseb je vključenih?

Na terenu se obiskuje trenutno 30 uporabnikov. Skupnostni tim sestavlja socialna delavka, psiholog in medicinska sestra. Uporabnike tim obiskuje enkrat tedensko. Vloga socialne delavke je, da uporabnika usmeri, seznani o pravicah in možnostih, spremlja odnose v socialni mreži, spozna uporabnikovo okolje.

Intervju št. 10

Patricija Rajh (8.7.2013)

Dipl. soc. del.; strokovna delavka, zaposlena v Pisarni za informiranje in svetovanje Ozara Ljutomer.

1. Za začetek bi Vas prosila, če mi lahko malo predstavite delovanje Ozare.

Ozara ima tri programe: Stanovanjska skupina, Dnevni center ter Pisarna za informiranje in svetovanje. Storitve pa so informativni razgovor, osebna pomoč ter socialna oskrba na terenu, razbremenilni razgovor, zagovorništvo ter prostočasne aktivnosti; zraven pa spadajo še Klub svojcev, Klub prostovoljcev, Skupine za samopomoč, delo z družino in svojci. To se pa deli zaradi tega, ker te storitve lahko izvajamo socialni delavci, kateri imamo strokovni izpit pa tisti, ki tega strokovnega izpita nimajo. Tisti, kateri ga nima, lahko opravlja samo socialno oskrbo na terenu. Svetovanje lahko poteka v pisarni, na terenu, po elektronski pošti pa tudi po telefonu. To velja tudi za druge storitve.

2. Katerega načina pa se uporabniki največ poslužujejo?

Na terenu izvajamo največ storitev. To je glih ta prednost, da lahko gremo mi do njih in če se le da, ponudimo največ storitev na terenu. Zdaj, ali jim je predaleč, ali je to povezano s stroški ali pa zato, ker se v svojem okolju najbolje počutijo. Zato so tudi različni programi; dnevni center je namenjen zato, da osebe čim več časa tam preživijo; stanovanje zato, da se nekak ta situacija reši; ostalo pa pač delo na terenu, kar ponuja naš program.

3. Kakšno območje pa pokriva vaše delo na terenu?

Celotno Pomurje oz. Prekmurje. Je pa zaradi tega, ker so manjše občine pri nas; od Maribora do Ormoža, do Razkrižja, Lendave, Goričkega, Murske Sobote.

4. V Murski Soboti je pa dnevni center?

Ja. Od našega programa se pa koristi, sploh tisti, ki še hodijo v službo; z njimi se dobivamo po ali pa pred službo in to v tistem kraju, kateri je njim najbližji. Kakih 6-8 oseb je še vedno zaposlenih. S tistimi se dobimo že okrog sedmih zjutraj ali pač po službi. Odvisno. Eni pa delajo samo 4 ure.

5. Koliko uporabnikov pa imate v Ormožu?

Nobenega. Ormož pa ne.

6. *Zakaj pa ne?*

Enkrat je bilo v Središču ob Dravi; en gospod je prihajal sem, je pa tudi še vedno v delovnem razmerju. In mu je bilo težko to usklajevati.

7. *Koliko ljudi se pa na splošno vključuje v vaš program?*

V polletju je bilo 117 oseb; od tega 4 mladoletni. Se pa jih vključuje največ v te storitve: informativni razgovor, osebna pomoč, delo na terenu, prostčasne aktivnosti in tudi te skupine za samopomoč. Različne osebe koristijo več stvari, ne samo eno. Je pa bilo na primer 8 takih oseb, ki so koristile samo skupino za samopomoč ter nič ostalega. Večinoma pa kombinirajo storitve.

8. *Skupina za samopomoč se izvaja tu, v vaših prostorih?*

Ja, ena tukaj deluje, pri nas. Druga pa je, da sodelujemo z domom starejših v Ljutomeru, kjer to skupino obiskujejo tiste članice, ki nimajo svojcev. Delujemo pa nekak razbremenilno ali pa da okrepimo spomin. Se gremo različne uganke, spomin, pogovor o preteklosti. V tej skupini je 6 oseb.

9. *Kako dolgo pa že deluje ta pisarna?*

Od leta 2005. To je zdaj že 8 let. V začetku je bilo le 2x na teden, od leta 2007 pa je bilo 5x na teden. Delovni čas pa je od ponedeljka do petka, od sedmih/osmih pa do treh/štirih.

10. *Kdo je pa zaposlen tukaj?*

Jaz, socialna delavka; vse ostalo pa je preko programa javnih del. Zaradi tega, ker ministrstvo pač ne sofinancira še enega strokovnega sodelavca.

11. *Potreba bi pa bila?*

Ja. Potrebe so zelo velike. Po navadi glede te zaposljivosti; v Ljutomeru so na leto odobrene 3 do 4 javna dela. Drugače ni mogoče, da to ena oseba zmore, zraven vseh ostalih aktivnosti. Ker moje ostale obveznosti so še, da hodim na supervizijo, da se udeležujem sestankov z vodjo programa. Vseh PIS-ov v Sloveniji je pa 13: Ljutomer, Celje, Ravne na Koroške, Jesenice, Kranj, Nova Gorica, Brežice, Sevnica, Novo Mesto,

Črnomelj in Ljubljana. Namen je pa, da se celotna Slovenija poveže; ali z našimi programi ali pa še z dnevnimi centri ter stanovanjsko. Odvisno kakšna je potreba v kateri skupnosti.

12. Kje pa potekajo supervizije?

V Ljubljani. Vsi se tam zberemo; vodi pa Jani Bras, katerega pa tudi na vsaki dve leti menjujemo zaradi higiene dela. Je pa koristno, ker tam pač dobiš neke smernice o problemih, kako jih sproti reševati. Ali delo z uporabniki ali organizacijsko delo. Vedno pride prav.

13. Kako pa zgleda konkretno vaše delo, delo socialne delavke tukaj?

To delo se nekako deli. Je strokovno (da se sam izobražuješ, da se povezuješ z ostalimi institucijami, pisanje zakonskih poročil – razpisi za občine, ministrstva, evalvacije), organizacijsko (znotraj same enote, kdo kam gre), delo z uporabniki (to se že prej omenjene storitve pa prostočasne aktivnosti) pa še izobraževanja. Zraven moramo nenehno pridobivati donacije, urejanje stvari neposredno za uporabnika (vloge za prvo socialno pomoč, varstveni dodatki, ZPIZ, izobraževanja; kar koli pač uporabnika dotika; tudi informiranje o zakonih).

14. Kaj bi pa lahko rekli glede stigme uporabnikov?

Lahko bi rekli da se že zmanjšuje. Ni več tistih nekih hudih predsodkov, zato ker smo zdaj v tem obdobju že skoraj vsi seznanjeni kaj pomeni depresija ali ostale bolezni. Imamo malo več razumevanja. Tako zdaj jih že sprejemajo in celo želijo v svojem lokalnem okolju, da je na primer Ozara, naj deluje. Čeprav ja, bolnica ima malo večjo težavo; nevladne organizacije pa ne tako.

15. Večina jih tudi izgubi zaposlitev.

Ja, večina jih res. Zdaj izmed teh naših 117 ljudi, jih je zaposlenih maksimalno 5. Ostale pa lahko opredelimo kot nezaposlene ali pa invalidsko upokojene. Ta prosti čas je zato zelo pomemben.

16. Menite, da je potreba po več nevladnih organizacijah tukaj?

Ja, je, sigurno. Zdaj je bil tudi ta regionalni posvet, ki bo podlaga za nacionalni program; da bomo lahko izrazili našo potrebo po tem.

17. Vidim, da ima te tukaj nekakšen dnevni prostor. Deluje to tako, da pridejo uporabniki sem ter se tukaj družijo?

Ob četrtnih ja. Takrat je skupina, vendar je to tak, da če ima kdo kako težavo, potem o njej spregovori, drugače pa bolj, da se vidijo. Na skupini se midve sedaj že malo bolj umikava z besedami, ampak prepustiva, da oni sami izrazijo pa vodijo. Dobimo se vsak četrtek od desetih do dvanajstih. Dnevni center na Ptujju pa se razlikuje v tem, da imajo vodene delavnice, katere vodijo mentorji; likovna, kuharska... Nama pa to zaradi terenskega dela enostavno ne znese. Zdaj čez poletje imamo edino fitnes v programu, to je 2x na teden. Imamo tudi piknik organiziran. Vsak mesec imamo eno izobraževanje. V termah imamo tudi prostočasne dejavnosti, enkrat na tri mesece. To je malo pestro pa se izmenjuje. Večinoma so to brezplačne ali pa z minimalnih zneskom. Zdaj, ali to plača Ozara ali pa je minimalni prispevek uporabnika.

18. Kako pa sodelujete z bolnico Ormož?

Mene zelo redko pokličejo. Skoraj nikoli. Več sodelujem s centri ter s koordinatorko. Se mi zdi da oni bolj sodelujejo s Ptujem. Nas redko pokličejo. Imela sem enkrat tam predstavitev, ampak se ni dobro izšlo. Namen je bil, da bi enkrat do trikrat na mesec hodili tja, da bi nas ljudje videli in spoznali. Ker je čisto drugače, če nas spoznajo, da vejo da se lahko na nas obrnejo.

9.3. Označevanje relevantnih delov besedila s kodami

UPORABNIKI

Intervju št. 1

Ja,...bilo je zelo hudo, ker je pač shizofrenija že bila prisotna, sam pa pač tega ne veš in ne veš kaj se ti dogaja. In pač imaš toti občutek, pri paranoidni shizofreniji....preganjavico. Da je pač svet proti tebi. (PRED HOSPITALIZACIJO)

...potem pa ko si ti enkrat hospitaliziran pa dobiš tista zdravila prava in to, proti bolezni....potem pa se vse to skup malo umiri.....ampak nekje v podzavesti pa ti to vse ostane za nazaj. (PO HOSPITALIZACIJI)

Ja, najbolj moja zdravnica, psihiatrinja.... (SOCIALNA MREŽA)

Največ prostega časa pa preživim s svojima hčerama ter bivšo ženo. (SOCIALNA MREŽA)

V stiku sem tudi s svojo družino – največ z bratom Brankom; starša pa sta na žalost že pokojna. (SOCIALNA MREŽA)

...žena je ugotovila, da tak več ni mogoče živeti in sva začela iti k zdravnikom in so zdravniki rekli, da je to shizofrenija.... (PRVA HOSPITALIZACIJA)

...bilo je dosti boljše kot pred hospitalizacijo, ker so bili glavni simptomi ozdravljeni pa tudi zdravnica mi je vse razložila kak pa kaj je bolezen. (PO HOSPITALIZACIJI)

...imaš tisti strah, kak te bo zdaj okolje sprejelo pa kak živeti zunaj bolnice (REINTEGRACIJA)

...imaš tisti občutek, da imaš tisti pečat, da si bolan; ker so duševne bolezni še vedno tabu. Še vedno, kljub temu, da je to moderna družba, da je dosti vsega že napisanega; dosti je informacij, kaj so duševne bolezni in tak dalje, ampak, še je to prisotno. Nekak so še tote ustanove pač postrani gledane. Bolnišnice in tak dalje; vse kaj je v zvezi z duševnimi boleznimi. (PRISOTNOST STIGME)

...so se trudili; da so me poskušali razumeti, ampak nisi več tisti človek kot pred boleznijo. Ne pred hospitalizacijo, ampak tisto bolj nazaj, ko še simptomi niso bili prisotni; shizofreni, shizofrene blodnje. (PRISOTNOST STIGME)

Po prvi hospitalizaciji sem šel nazaj v službo, delal sem 8 ur. Na srečo sem imel tako delo, da sem kljub temu zmogel. Vzdrževanje. Da ni bilo tak fizično težko. Pozneje pa so se tudi stvari spremenile z leti. Je pa res, da se mi je enkrat zelo poslabšalo, tak da so me morali upokojiti za 4 ure..... (ZAPOSLITEV)

Bil sem pa zelo utrujen, od zdravil . Imel sem Leponex zdravilo in je močno vplivalo na utrujenost. (PSIHOFARMAKI)

...to pa je pač sprožilo, pri sodelavcih, vodstvu, nerazumevanje. Za 4 ure te nekak postrani gledajo. (PRISOTNOST STIGME)

Mam pa zdaj tudi druga zdravila, tak da nisem več tak utrujen; delo zmorem ampak sem po službi malo izčrpan. Samo 4 ure, pa me izčrpa. Morem kako uro ali dve, doma, pač malo zaspati. Ko si utrujen, se simptomi bolj izrazito pojavijo. (PSIHOFARMAKI)

Zdaj se v bolnišnici manj duševnih bolnikov zdravi; ampak je več takšnih pacientov, ki imajo druge težave; zaradi stresa, pritiskov v službi, zaradi drugih psihičnih težav. Tote klasične duševne bolezni, psihoze; tega je pa dosti dosti manj in je...tudi ti pacienti manj razumejo tiste, ki imajo resne bolezni. To se je zdaj spremenilo v bolnišnici. (SPREMEMBE V PBO SKOZI ČAS)

Prednost je tota, da prideš pač v toto okolje in veš, da si tam, imaš tisti svoj ritem življenja v bolnišnici; delovna terapija, krožki, razne druge delavnice, pogovor z zdravnikom, zdravila. Tak, da po določenem času pač okrevaš. Tak daleč, da si pač spet sposoben za življenje izven bolnišnice. (POZITIVNOST HOSPITALIZACIJE)

Za kake slabosti bi pa težko rekel, da so....slabost je pač to, da si iz domačega okolja....ampak verjetno je to pač prisotno, da si želiš, da si v bolnici in da se pozdraviš. Tak da nekih slabosti, ne moreš preveč reči, da so. (NEGATIVNOST HOSPITALIZACIJE)

Ni problem dobiti izhod v mesto, za urejanje privatnih zadev. Glede tega je super, da imaš v bolnici vse pogoje, da nisi izoliran, v smislu; zdaj si v bolnici in ne smeš nikamor. (POVEZAVA SKUPNOSTI S PBO)

Ja, absolutno. (ODLOČITEV ZA PONOVRNO ZDRAVLJENJE V PBO)

Ja, prvo kaj je, je to, da pač redno jemlješ zdravila. Točno tak, kot je pač določeno. Pa da redno greš na sprejem/kontrolo v bolnico k zdravniku. Pa pač poskušaš odmisлити črne misli, če se pač pojavljajo pa misli paranoje; ker veš da pač niso resnične, da so bolezenske. Pa da skrbiš za sebe; za osebno higieno, za duševno, tudi lahko rečem, higieno. Spremljaš dnevnik pa tota dogajanja, ki se dogajajo...(OSEBNE STRATEGIJE)

Čim bolj se pač poskušaš vesti normalno, kot zdrav človek, čeprav imaš pač zdravila in bolezen. (PRISOTNOST STIGME)

Prej sem jih več, sedaj pa jih v bolnišnici veliko manj. Ampak vedno najdem koga s kom se pogovarjam. Ja, telefonsko ostanem v stiku; osebno glih ne, po telefonu pa ja. Sem pogovarjam z enim iz Ptuja, Ljutomera. (STIKI Z OSTALIMI UPORABNIKI PBO)

Ne. (VKLJUČEVANJE V NVO)

Trenutno, mislim da ne. Zaenkrat pa ne. Zato, ker v bližini ni nobene takšne skupnosti, ne Ozare....do prve kaj pa je, je pa malo predaleč. (DOSTOPNOST NVO)

Ja, zakaj pa ne. (ŽELJA PO VKLJUČITVI)

O ja....za Ormož bi bilo to zelo dobrodošlo. Saj prostori bi se že verjetno našli. Pač rabili bi enega idejnega vodjo. (PREDLOG USTANOVITVE NVO V ORMOŽU)

Razumevanje. Da nisi ožigosan. To verjetno lahko spremeni čas. In nič drugega. Pa to, da so ti ljudje pripravljeni razumeti bolezen. Na žalost pa ni tako. Vsi filmi so v srednjeveškem času, še vedno so bolnice predstavljene kot mučenje. Ni sodobnega prikaza. (PRISOTNOST STIGME)

Intervju št. 2

Bilo je dobro. Bil sem sam za sebe. Potem pa se je začela sprememba. Nisem več bil zmožen, da bi na primer sam za sebe skrbel. (PRED HOSPITALIZACIJO)

Bližnji so poskrbeli za to. Sam tak nisem mogel... . Oni so vidli da sem čist drug, tak do se me bližnji dali v hospitalizacijo. (PRVA HOSPITALIZACIJA)

...bil sem v svojem svetu. (PRED HOSPITALIZACIJO)

Zdravila so, pa fejest sem se družbe izogibal. Pa nisem več bil tak sposoben za delo kot prej. (PO HOSPITALIZACIJI)

Pa tisto, tremo pa strah imaš, prej tega ni bilo. (PO HOSPITALIZACIJI)

...nezadovoljstva sam s sabo, ker nisem več nič zmogel. Pa stres. (PO HOSPITALIZACIJI)

Nazaj vklopiti se v družbo. V družbo se vklopiti je težje, kot je bilo prej. (REINTEGRACIJA)

....nerazumevanje pa...že sam pri sebi, češ, da si pač drugačen pa ne zdrav. Potem pa še mislim, da pri bližnjih, je največja sprememba. Ne morejo sprejeti tega, da si pač drugačen, nisi isto kot prej. (PRISOTNOST STIGME, REINTEGRACIJA)

Ja, upokojili so me...invalidsko. Delal sem prej v rudniku v Velenju, potem pa nisem več bil zmožen za delo, te pa so me upokojili, invalidsko. (ZAPOSLITEV)

Zdaj pa sem tak samostojen, sam živim; sem šel v stran od staršev. (PO HOSPITALIZACIJI)

Mam še brata. (SOCIALNA MREŽA)

...so starši bili nezadovoljni; če sem delal kaj al pa če nisem nič. Mislim, drugačen sem pač bil pa niso mogli tega sprejeti pa.... (PRISOTNOST STIGME)

Zdaj je boljše; sam za sebe skrbim pa sam sem in ni nobenega kreganja. (PO HOSPITALIZACIJI)

Ja, prijatelji pa prijateljice. Sosedo iz Litmerka pa Zvonko, ki ima podobno bolezen, pa imava tisti kontakt pa razumevanje. (SOCIALNA MREŽA)

...mi je pasala samota, nisem hotel družbe. Sem že po naravi bolj tak, da sem raje za sebe. Težko neki kontakt na novo sprejemem; bolj se držim tistih starih, že obstoječih. (STIKI Z OSTALIMI UPORABNIKI PBO)

...je že tisti odpor od zdravil; ko pa sprejmeš zdravila pa bolezen, potem je pa to drugače. (PSIHOFARMAKI)

Zdaj je minilo 10 let, da nisem bil v bolnišnici. To je bilo dobro, da nisem rabil hospitalizacije in sem ostal v normalnem svetu; nisem se rabil vklopiti nazaj v ta svet. Bil sem doma v svojem okolju, kjer poznaš vse. (REINTEGRACIJA)

Prednost je, čeprav so zdravila pa stranski učinki, je boljše da jih ješ, ker te gor drži....vzdržuje ti energijo. Če jih ne jem, sem bolj nezmožen. Potem bi bilo še slabše...bil bi v svojem svetu, izogibal bi se družbe. (PSIHOFARMAKI)

...finančno si prikrajšan, družbeno. (PRISOTNOST STIGME)

...tota družba pa tam tista družba...je čisto drugače. Ker prvo tisto, da sprejmeš, da vidiš da nisi dobro; potem pa še to, da se tam navadiš, potem pa spet nazaj, da se navadiš nazaj v okolje. (NEGATIVNOST HOSPITALIZACIJE)

Počasi postaneš navajen zdravil, potem pa rabiš druga, nova. (PSIHOFARMAKI)

...je pa težko da se nazaj vklopiš, da prideš nazaj v svoj ritem. (REINTEGRACIJA)

...dosti kolesarim, če se le da. (OSEBNE STRATEGIJE)

Ja. (ODLOČITEV ZA PONOVRNO ZDRAVLJENJE V PBO)

Ko sem v bolnici nimam rad obiskov. (POVEZAVA SKUPNOSTI S PBO)

Lahko se odklopiš pa razmisliš določene stvari. (POZITIVNOST HOSPITALIZACIJE)

Kaj si sam naredil narobe pa družba...kaj družba zahteva od tebe. (PRISOTNOST STIGME)

Težko mi je nekje v večji družbi; sploh če je glasno. (REINTEGRACIJA)

...sem se mislil vključiti, ampak se nisem, ker je na Ptuj predaleč. Prevoz pa stroški. Sem pa šel par krat na začetku. Socialna delavka mi je predlagala, ampak mi je bilo predaleč,

potem pa pač več nisem hodil. Ker ni mogoče, da bi vsak dan hodil tak daleč.
(DOSTOPNOST NVO)

Bilo bi dobro, če bi lahko hodil kam tak...imel bi neko dodatno obveznost pa bil bi v družbi, ki ima neke podobne težave... (ŽELJA PO VKLJUČITVI V NVO)

Bilo bi dobro, ampak tu v Ormožu ni nič takega. Včasih se je govorilo, da bodo neki center odprli v bolnici ampak s tega nikoli nič ni bilo. (PREDLOG USTANOVITVE NVO V ORMOŽU)

Intervju št. 3

Ja. Bilo je res slabo počutje pa napetost, nervoza. Slabi občutki. Ja, bilo je nevzdržno. (PRED HOSPITALIZACIJO)

To je bilo leta 2002; takrat sem šel prvič v bolnišnico, v psihiatrično bolnišnico Ormož. Takrat se mi je začela ta bolezen pa... (PRVA HOSPITALIZACIJA)

Am...ni bilo glih najboljše, ampak bilo je, kako bi rekel...bilo je res spremenljivo; da sem lahko šel nazaj v okolje. (PO HOSPITALIZACIJI)

Ja, bilo je sicer težko ampak sem se trudil da bi premagal bolezen. (REINTEGRACIJA)

Ja, nisem bil več sposoben opravljati dela. Bil sem v preveliki depresiji in nisem zmogel napora. (PO HOSPITALIZACIJI)

Prej sem pa delal v sadjarstvu. Prvo so me upokojili za štiri ure, potem pa sem mel komisijo v Mariboru...potem pa so me za osem ur upokojili. (ZAPOSLITEV)

Ja, mislim, da ne bi zmogel. Potem bi pa ves čas hodil na bolniško, to pa ne bi bilo dobro za podjetje. (ZAPOSLITEV)

Bolnica je pač...bolnica. Pomaga ljudem. Bolnišnica je pač pomoč za take bolnike, ki nismo več sposobni za sebe skrbeti pa to...pa nas na noge postavijo. (POZITIVNOST/NEGATIVNOST HOSPITALIZACIJE)

Se pač dajo zdravila pa red in disciplina mora biti. (PSIHOFARMAKI)

Ja. (ODLOČITEV ZA PONOVRNO ZDRAVLJENJE V PBO)

Ja. Sam se odločim. Toliko še sem po navadi pri močeh, da se odločim... (ODLOČITEV ZA PONOVRNO ZDRAVLJENJE V PBO)

Trudim se, da bi bil kolko tolko stabilen pa pri močeh. (OSEBNE STRATEGIJE)

Brat pride več krat k meni. Pa jaz sem vsakega obiska veseli pa se kaj pogovorimo pa... (SOCIALNA MREŽA)

Vem za njih, ampak nisem nikoli bil vključen. (VKLJUČEVANJE V NVO)

Moral bi se odločiti pa enkrat probati. (ŽELJA PO VKLJUČITVI V NVO)

Ja, bližje bi bilo. (DOSTOPNOST NVO)

To bi bilo dobro. (PREDLOG USTANOVITVE NVO V ORMOŽU)

Intervju št. 4

Bil sem v vojski. (PRED HOSPITALIZACIJO)

Iz vojske so me domov poslali kot nesposobnega vojaka potem pa sem zbolel. (PRED HOSPITALIZACIJO)

Potem sem šel v bolnico, iz bolnice domov, potem pa sem spet zbolel pa sem bil šest mesecov tam, potem pa se več ne spomnim kako je bilo. Duševna psihoza je moja bolezen. (PO HOSPITALIZACIJI)

...poslali so me domov kot nesposobnega vojaka. Potem sem šel v bolnico... (PRVA HOSPITALIZACIJA)

Pred vojsko sem delal v sladkorni tovarni, potem na Kerenčiču, za tem pa sem šel v vojsko. Iz vojske pa domov, potem pa sem zbolel in sem šel v penzijo. Invalidsko sem upokojen. (ZAPOSLITEV)

Ja, v bolnici je dobro bilo. (POZITIVNOST HOSPITALIZACIJE)

Ja, v bolnici je dobro bilo. (ODLOČITEV ZA PONOVO ZDRAVLJENJE V PBO)

Ja, tam ti pomagajo. Saj je fajn bilo. (POZITIVNOST HOSPITALIZACIJE)

Živim z bratom. (SOCIALNA MREŽA)

Ne, ne... tega niti ne poznam. (VKLJUČENOST V NVO)

Ja, bi se ja... (ŽELJA PO VKLJUČITVI V NVO, PREDLOG USTANOVITVE NVO V ORMOŽU)

Joj, to pa je daleč. To jaz ne morem z mopedom, je predaleč. (DOSTOPNOST NVO)

Intervju št. 5

Jaz sem živela v Ljubljani v študentskem domu. Sem začela delati za sebe in prvič sem imela občutek, da jem čisto svoj kruh, ki mi ga noben ne bo naprej dajal, češ »jaz sem delal za tebe«. Sem sama služila in se mi je zdelo tako lepo, da nisem vedela al sem na nebu al na zemlji. In nisem mogla potem jesti...to je bil pravi post. Nisem mogla jesti pa spati ne. (PRED HOSPITALIZACIJO)

No, in zato so me potem...je ena študentka rekla, da nekaj ni v redu z mano... (PRVA HOSPITALIZACIJA)

...pa me je brat prijel pa pelal nazaj domov. (SOCIALNA MREŽA)

Da z mano nekaj ni v redu pa spala nisem, pa jedla ne. (PRED HOSPITALIZACIJO)

Stric je pa poznal enega dohtarja tu... (SOCIALNA MREŽA)

...potem je pa prišel doktor pa me samo malo potipal po rokah pa je šel z mano. Nisem vedela kateri doktor je. Pa so me dali sem notri. Čist brez veze; niti a niti b nisem rekla; samo da pač sem morem iti. (PRVA HOSPITALIZACIJA)

...nobenemu ni bilo nič jasno kaj je z mano. Meni je pa bilo samo lepo v Ljubljani; tam pa so začeli komplicirati, da morem iti domov pa da morajo po mene priti. Prelepo mi je bilo; samo to nisem vedla, al sem na nebu al na zemlji. Tak mi je bilo lepo. Fiksala se nisem. (PRED HOSPITALIZACIJO)

Ja, potem sem bila brez šole pa brez kruha. (PO HOSPITALIZACIJI)

...sem delala doma... (ZAPOSLITEV)

Ne. Nikoli mi niso povedali. Majo vse sorte tukaj. (PSIHOFARMAKI)

Čim smo se kaj skregali sem že bila tu notri. (PRISOTNOST STIGME)

Staršev sem se bala, pa ateka. (SOCIALNA MREŽA)

Eh, ko grem mi je lažje. (REINTEGRACIJA)

Eh,...to že vsi na vasi vedo, kje sem bila pa tak. (REINTEGRACIJA, PRISOTNOST STIGME)

Doma sem delala, kot otrok, celo življenje. Potem sem čuvala otroke v Ljubljani. (ZAPOSLITEV)

Jaz sem rada sama. Nimam družbe. (SOCIALNA MREŽA)

Eh...saj pozitivno je vsaj to, da sprejmejo starejše pa jih potem pedinajo pa to. To je pohvalno, ne. (POZITIVNOST HOSPITALIZACIJE)

....jaz mam rada mir. (REINTEGRACIJA)

Če se jim doma ni kaj zdelo al pa kaj takega, so me pač sem notri dali. (PRISOTNOST STIGME)

Je pa zdaj dosti lažje, ko je vse novo. Prej pa je bilo groza. To je bila prava mučilnica. Osebe je zdaj mlajše, stari pa so se tudi spremenili. Se je kar veliko spremenilo. Zdaj je boljše. (SPREMEMBE V PBO SKOZI ČAS)

Samo doktor je površen. On te sploh ne pozna pa te tu šopa z tabletami. Pa lažejo... Ti si lahko čisto tiho, on pa tam nekaj piše pa čečka. Pa prisilijo te, da podpišeš da greš na zaprti oddelek. »Podpiši, podpiši!!« Maš občutek, da te bodo pretepli, če ne boš podpisal. Da te bodo zmlatili, če ne boš jedel. (NEGATIVNOST HOSPITALIZACIJE)

...doktor pa te zapečati, ko napiše nekaj kaj ni res. On to napiše in te zapečati za vedno. (PRISOTNOST STIGME)

Eh,... negativne so to, da vsi tak držijo tam pa doktor je bog. On vse dirigira z tvojim življenjem...kao bog se dela. (NEGATIVNOST HOSPITALIZACIJE)

No, dobro kuhajo mogoče pa to, da poslušajo vegetarijance. (POZITIVNOST HOSPITALIZACIJE)

Negativno je pa to, da te v nekaj silijo, v tiste njihove programe. Pa tulijo pa derejo se »vzemi tablete«, češ »požri tableto«. Pa silijo te z vsem, pa ne smeš domu pa....ne vem....Če je pa res to! (NEGATIVNOST HOSPITALIZACIJE)

Jaz sem rada sama. (POVEZAVA SKUPNOSTI S PBO)

Ne. Šla sem samo enkrat k Ozari, ko so meli piknik. (VKLJUČEVANJE V NVO)

Veš kak je, če so ljudje, ki jih ne poznam, pač ne grem. (ŽELJA PO VKLJUČITVI V NVO)

Bolj se jih umikam. Ker če čutim samo enega tam, ki mi tam ne odgovarja, se mi že vse sesuje. Pa čim pisnem jaz kaj proti komu se tak sliši. (REINTEGRACIJA)

...niti avta nimam. (DOSTOPNOST NVO)

...da sestre ne bi bile tak....skoraj šokantne...da bi bile bolj spoštljive do ljudi. Tu nas jemljejo tako, kot da smo nižja rasa. Oni pa so nad nami. Po mene so na primer prišli z rešilcem pa policijo. (NEGATIVNOST HOSPITALIZACIJE)

Pa zdaj, pri 40-ih letih, sem mogla pod njenim nadzorom jesti tablete. (PSIHOFARMAKI)

Socialna delavka je dobra. Ona se ti posveti; (POZITIVNOST HOSPITALIZACIJE)

...tu pa se ti ne posvečajo...pač moraš žreti tablete. Saj sploh ne vejo v čem je problem; ti samo moraš tu ležati pa da majo oni službo. (PSIHOFARMAKI)

To naredite, ukinite to bolnišnico!! (NEGATIVNOST HOSPITALIZACIJE)

....vsem se gre samo za zaslužek. Tu je zaposlenih ogromno ljudi; parkirišče je skoraj tako kot v neki fabriki; kaj pa delajo pa...bog ve kaj. (NEGATIVNOST HOSPITALIZACIJE)

Pa sem prišla sem pa takoj injekcijo v rit. Pa sem jim povedala, da je moje telo ne prenese injekcije; tu se pa neumni delajo, samo da te zaboli.

Tu si ponižan do konca. (NEGATIVNOST HOSPITALIZACIJE)

Pa naj je tisti tablete, ki mu to pomaga. Jaz pa to pod prisilo, toliko tablet pa injekcij pa vsega. (PSIHOFARMAKI)

Ja, pod mamnim nadzorom jem tablete. Ona pa še »cumpra« vse sorte zraven. To je strašno. (PSIHOFARMAKI)

Šele tu (v bolnišnici) dobivajo prisluhe pa privide. Kak to? Pa, »bolani ste«, prepričuje doktor pacienta. Pod prisilo si bolan. Kje je tu logika? Zdravstvo nima tu logike. Razumeš? »Bodi bolan, da ne bom jaz lačen!« To je to. Vsi se bojijo revščine, pa da nebi službe zgubili. Nasilje je tu. Sem razmišljala, da bi raje šla v zapor; tam imaš vsaj

pravico do »ne jesti«. To je spet prisila, ker če ne moreš jesti, pač ne moreš jesti.
(NEGATIVNOST HOSPITALIZACIJE)

Intervju št. 6

... sva se z partnerjem razvezala, s katerim sma prej 13 let skup živela. Pa si je našel drugo žensko. Ona je svoje otroke pustila drugemu partnerju, jaz pa nisem šla od hiše pa sem vztrajala, dolgo. Potem pa sem jaz zbolela... (PRED HOSPITALIZACIJO)

...Dve hčerki; ena je 28 ena pa 24 let. (SOCIALNA MREŽA)

Skrbniki so me sem spravili....ti, pri katerih sem si našla stanovanje. (PRVA HOSPITALIZACIJA)

Ja, težko je. Ampak je huje iti od doma, sem. Ko pridem iz bolnice domov me vsi lepo sprejmejo. (REINTEGRACIJA)

Pa grem skoraj vsaki vikend domu. Toti vikend bom tudi najverjetneje šla. (POVEZAVA SKUPNOSTI S PBO)

Našla sem si drugega partnerja. Sva 4 leta skupaj živela. (PO HOSPITALIZACIJI)

Ivica (hčerka) je takrat šla nazaj k babici živet, pa so pač hodili k meni na obiske. (SOCIALNA MREŽA)

Štiri leta sem hodila v Maribor v službo čistit na železniško postajo. Mlada sem bila, 18 let stara. Hudo je bilo. Zaslužila sem enega zelenega, jurja. Da sem si lahko neko malenkost kupila. Malo sem hodila tudi okoli kmetom pomagat delat. (ZAPOSLITEV)

...moj partner, s katerim sma mela 9 mesecev staro hčerko, se je obesil. Pa sem ostala sama. Večino časa sem sama. Hčerka živi pri meni, 16 let bo stara v jesen. Včasih pride kakšen prijatelj. Sam ne moreš biti. (SOCIALNA MREŽA)

Te pa se včasih pogovarjam sama s sabo, pa si pojem. (OSEBNE STRATEGIJE)

Tu se razumem z vsemi. (STIK Z OSTALIMI UPORABNIKI PBO)

Fejst se je spremenilo, tudi pri hrani. Pa obnovili so. Tudi doktori so se spremenili. Boljše je zdaj. Vsi te razumejo. (SPREMEMBE V PBO SKOZI ČAS)

Dobro je v bolnici vse. Vredi ljudje so, hrana je najboljša. Ne moreš reči da kaj ni v redu. (POZITIVNOST HOSPITALIZACIJE)

Ampak to je, da nisi doma. Edino domotožje. Po navadi sem okvirno 2 meseca tukaj.
(NEGATIVNOST HOSPITALIZACIJE)

Ja, meni bolnica pomaga. (ODLOČITEV ZA PONOVRNO ZDRAVLJENJE V PBO)

Tablete pač jem. (OSEBNE STRATEGIJE, PSIHOFARMAKI)

Kaj je to? Ne vem kaj je to. (VKLJUČEVANJE V NVO)

Ja, to bi bilo fajn. Se družiti. (ŽELJA PO VKLJUČITVI V NVO)

Ja, to bi bilo fejn, da bi se malo družili. Seveda bi šla, s piciklom bi se pelala. Pa tak rada pojem...tak rada. To bi bilo super. (PREDLOG USTANOVITVE NVO V ORMOŽU)

Intervju št. 7

Ja, zanimivo. Zelo raznoliko. Delal sem vse mogoče in se mi je pač naenkrat vse podrlo. Zaradi pljučnice. Naenkrat sem pozimi dobil visoko vročino in potem sem šel v bolnico in so rekli da je to pljučnica...in je bila težka pljučnica, tako da sem bil skoraj dva meseca v bolnici. In, po tistem se mi je vse podrlo v Ljubljani. (PRED HOSPITALIZACIJO)

Delal sem na televiziji, pa na radiu; ampak v glavnem na filmu, radio, gledališče, ples. Kot kostumograf. Smo ogromno prestav naredili, tudi filmov, slovenskih nadaljevanj, vsega....In potem sem izgubil službo, v bistvu stanovanje še prej, ker nisem imel ne sredstev, ne nič. In delati nisem mogel, ker sem bil tak slab in tak se je to začelo. (ZAPOSLOITEV)

In potem sem moral nazaj v Ormož, tja, kjer sem bil rojen. Drugače ne bi šel; nisem imel namena nikoli. Bi ostal v Ljubljani. Pa kjer koli drugje, samo v Ormož pa.....to je bila zadnja. (PRED HOSPITALIZACIJO)

Ja...ker se mi je depresija jačala, sem enostavno šel v bolnico....sam....samoiniciativno. Ker drugega izhoda pač nisem videl, ker samomor je pač...to je bilo zelo blizu vse skupaj. In se pač šel v Ormož v bolnico in so me tam sprejeli. Potem pa smo začeli urejati vse druge stvari. (PRVA HOSPITALIZACIJA)

Ne, takrat sem šel direktno na Ptuj. (REINTEGRACIJA)

Prek socialnega smo zrihtali tako, da sem našel stanovanje tu, na Ptuju. Imam najemniško stanovanje... (PO HOSPITALIZACIJI)

...sem, v Ozaro pa hodim pač zaradi družbe. (VKLJUČENOST V NVO, SOCIALNA MREŽA)

Ja, vsak dan je odprto, razen ob vikendih in praznikih. Do dveh je odprto in vsak lahko dela kaj hoče. Jaz največkrat skuham, pa zdaj smo si velik vrt naredili in potem na vrtu malo tak delamo...Zdaj že rase, tak da jeseni bo že marsikaj zrastle. (VKLJUČENOST V NVO)

Jaz sem v glavnem bil zelo zadovoljen z tretmanom. Pozitivno mi je bilo vse. (POZITIVNOST HOSPITALIZACIJE)

Negativnega nisem našel nič. (NEGATIVNOST HOSPITALIZACIJE)

Vsi, osebje, zdravniki, vsi so bili v redu. Sploh pa moja zdravnica, dr. Kocjanova, ona je super. Saj imam še zdaj pri njej kontrole na pol leta. (POZITIVNOST HOSPITALIZACIJE)

Ne, v Ormož ne....ampak zato, ker Ormož pač nima....potem bi se moral voziti pa ne vem kaj vse. Veze so pa tak slabe do Ptuja. (DOSTOPNOST NVO)

V glavnem, ne bi bilo slabo, če bi bil kakšen takšen mali odderek, samo.... Saj tudi druge regije imajo centre, npr. Slovenj Gradec, potem v Murski je tudi. Ormož je pač...ni za mene mesto no. (PREDLOG USTANOVITVE NVO V ORMOŽU)

Ja, zdravila jem redno v glavnem. Po navodilu zdravnice. Pa da hodim pač sem. S tem, da jemljem zdravila, to je glih važno, da me ohrani pri tisti konstanti, ki smo jo določili v bolnici. Je pač tak, ni tako da bi prišel iz bolnice in bi bil naenkrat v redu. Potem moraš se znajti sam in si pomagati. Krize pa zdaj nimam. So bili razni šoki, sploh glede finančnih pomanjkljivosti; in tega brez tablet ne bi zdržal. Tko kot prej nisem. (OSEBNE STRATEGIJE, PSIHOFARMAKI)

...imam dva brata, ampak sta se oba odselila iz Ormoža. (SOCIALNA MREŽA)

...ko sem bil v bolnici...dobil sem dosti obiskov od bratov pa od prijateljev pa sošolcev, tak da so to vsi rekli, da je v redu da sem šel v bolnico. (SOCIALNA MREŽA)

...je pa le par takih ljudi, ki to razumejo, vsem ostalim pa je vseeno. (PRISOTNOST STIGME)

V bolnici sem pa imel podporo od znancev. To je normalno. (SOCIALNA MREŽA)

STROKOVNJAKI

Intervju št. 8 (psihiater, zaposlen v PBO)

...se zgodi, da pridejo tudi brez predhodnega naročila; to pomeni, da pridejo v ambulantno; običajno v slabem psihičnem stanju, v akutni stiski. (ISKANJE POMOČI)

Takrat je bila ta bolnišnica precej drugačna kot je danes; bi rekel, da zelo ortodoksna, tudi nespoštljiva do pravic uporabnikov in tako. (SPREMEMBE)

...danes sem ob pol devetih začel; zdaj sem končal in vmes ni bilo niti za kavo časa. Ko delamo, delamo 25 – 30 bolnikov na dan; enostavno takšen naval je, da drugače ne gre. (POTREBE)

»Eye Movement Desensitization and Reprocessing«; to je ena posebna terapijska metoda za zdravljenje teh posebnih hudih posttravmatskih stanj, ki je zelo učinkovita. (METODE DELA)

...jaz delam samo ambulantno, tako da vsak, ki dobi recept, dobi zdravilo. (PSIHOFARMAKI)

Vsak dobi mojo telefonsko številko, lahko me pokliče, če je kaj koli narobe. Če sam ugotovi, da mogoče z kakšno boleznijo to zdravilo ne gre skupaj. (PSIHOFARMAKI)

Simptome uporabnikovega zdravstvenega stanja se povezuje z zunanjimi okoliščinami. To vedno; jaz sem zelo socialno psihiatrično usmerjen. (METODE DELA)

Mnogo sodelujemo z ptujskim centrom, Ozaro, koordinatorji; tudi z določenimi kriminalisti. (SODELOVANJE Z DRUGIMI ORGANIZACIJAMI)

Po eni strani se kao uvaja neka skupnostna psihiatrija, po drugi strani pa se psihiatrične bolnice tako trdovratno oklepajo svoje unikatnosti. (SKUPNOSTNA PSIHIATRIJA)

Socialno psihiatričnega razmišljanja pa v slovenski psihiatriji nikoli ni bilo. Jaz mislim, da razen mene in doktor Švabove, ni ljudi, ki bi tako razmišljali. (SKUPNOSTNA PSIHIATRIJA)

Država tudi ni motivirana zato, da bi dodelila koncesijo nekomu, ki bi potem usposabljal takšen sistem. Da bi jaz npr. dobil koncesijo za majhen center za duševno zdravje. (POTREBE)

Bolnišnice so začele izgubljati to funkcijo, ki so jo imele prej; npr. ljudje v ptujski Ozari sedaj tam živijo in več ne visijo po bolnišnicah, kot so prej. (NEVLADNE ORGANIZACIJE)

Pozna se tudi padec rodnosti, ki prinaša nižje število novih primerov; znižuje stopnjo hospitalizacije. In ker njih ni, potem hospitalizirajo ljudi, ki prej nikoli niso hodili sem. (HOSPITALIZACIJA)

Smo postali blažilci socialne stiske, odlagališče za socialno problematiko in nadomestilo za zavetišča in to hudičevo dragi! (HOSPITALIZACIJA)

In potem nekomu izrečejo ukrep prepovedi približevanja in gre v bolnišnico. Eh.... (HOSPITALIZACIJA)

In tukaj dobijo zelo malo od nas, razen medikamentov, strokovne nege in kaj še?! (METODE DELA)

Ne posredujemo veščin... Problem, je, da ta ustanova ne širi diskurz razvoja, socializacije; ampak diskurz ležernosti, pasivnosti, bolezni, invalidnosti. (METODE DELA)

Torej, če se tukaj ugnezdíš; nikogar več ne vlačimo sem na silo, ljudje sami radi pridejo sem. (HOSPITALIZACIJA)

To bi mogli biti mali luštni centri; psihiater ali dva, psiholog, soc. delavec, kaka patronažna sestra,...in bi to krasno funkcioniralo. Ampak potem bolnišnice ni bi imele dela. (SKUPNOSTNA PSIHIATRIJA)

Mi malo sodelujemo z drugimi strokami. (SODELOVANJE Z DRUGIMI ORGANIZACIJAMI)

Zaradi tega, ker ni časa; jaz nimam časa, da grem na neki tim, ker enostavno ne gre časovno skozi. Morali bi pa nenehno sodelovati, se dnevno slišati; da bi to bilo vse skupaj prepleteno. (POTREBE)

Jaz psihiatrijo bolj vidim v socialni. (SKUPNOSTNA PSIHIATRIJA)

Zdaj spet hočejo bolnišnice prevzeti to vlogo nase; da bi oni bili tisti, ki bi to izvajali. Pa to je noro! (SKUPNOSTNA PSIHIATRIJA)

Saj je razumljivo, mi ne moremo dovoliti, da nekdo v svojem stanju ogroža druge ljudi. (HOSPITALIZACIJA)

Shizofrenija je imela par let nazaj čisto drugačen potek kot ga ima danes. Zdaj se je ta bolezen celo tako spremenila da bo dobila novo ime. (SPREMEMBE)

Ampak v petih letih od človeka ni nič ostalo. In če jim to tako posreduješ, da jim zagotavljaš da bo živel razmeroma normalno življenje ob rednem jemanju zdravil. Tako, da če imamo mi drugačen odnos potem ne bi smel biti to problem. (PSIHOFARMAKI)

...jaz delam ambulantno in delam predvsem z lažjo psihiatrično populacijo. (METODE DELA)

Jaz imam v svojem spektru zelo malo psihotičnih pacientov. Če pa jih imam, pa seveda sodelujem s svojci. (METODE DELA)

Danes je v ospredju problem funkcionalnosti; vedno več ljudi hodi k meni zato, ker ne funkcionira. Oni čutijo to, da v določeni tekmi, delovnem mestu; enostavno ne morejo biti kos nekim pričakovanjem in zato potrebujejo pomoč, da bi lahko delali, ljubili, da ne bi bili razdražljivi. (ISKANJE POMOČI)

Zdravila delujejo na tem, da bi te nevrološke sisteme spravili v red; ki pa pri duševnih bolnikih ni v redu. Podoben način, ko dobimo tablete za kako drugo bolezen; npr. holesterol. (PSIHOFARMAKI)

Intervju št. 9 (socialna delavka, zaposlena v PBO)

...so to večinoma najbližji, delovno okolje ter soseska. To seveda velja za tiste, ki trpijo za dolgotrajno psihotično motnjo. (ISKANJE POMOČI)

...tisti, ki se soočajo z prehodno krizo/stisko, po navadi pomoč poiščejo sami, jih napoti lečeči zdravnik ali pa so preusmerjeni iz drugih oddelkov (npr. iz internega oddelka). (ISKANJE POMOČI)

V primeru, da ne ogrožajo sebe, so sprejeti na odprti oddelek. (HOSPITALIZACIJA)

Spremembe se pojavijo predvsem na trgu delovne sile ter v socialni mreži. (STATUS UPORABNIKOV)

Še vedno pa se pojavljajo predsodki. (STIGMA)

...so recidivi ob odpustu manjši ob rednem jemanju zdravil. (PSIHOFARMAKI)

Spremembe so se zgodile; npr. ni več zamreženih oken, ki so včasih že na prvi pogled sporočale, da gre za neko specifično ustanovo. Tudi oddelki so zmanjšani; sobe imajo več prostora ter manj postelj; vsaka soba ima svoje sanitarije. Varovani oddelek je zmanjšal kapaciteto za polovico; včasih je bila možna hospitalizacija tridesetih uporabnikov, danes je možno le petnajst uporabnikov bivati v tem oddelku. Tudi obleka se je menjala; včasih so vsi nosili pižame, danes uporabniki nosijo svoja oblačila. Na splošno je standard bivanja v bolnišnici zdaj boljši. (SPREMEMBE)

Tudi kader se je povečal. (SPREMEMBE)

...zaradi česar je več individualnega dela; ustanovila se je tudi skupina za svojce, ki omogoča tudi individualne razgovore z zdravniki. (METODE DELA)

Več je možnosti tudi za rekreacijo ter drugih dnevnih aktivnosti. Sedaj je tudi manj recidivov in je več ambulantnega zdravljenja uporabnikov. (SPREMEMBE)

Čeprav je stigme veliko manj kot včasih, ima okolica razvite predsodke. (STIGMA)

...težava je sploh pri dohodkih oseb, saj so le ti zelo nizki in onemogočajo kvalitetno integracijo. (STATUS UPORABNIKOV)

Novost, ki jo je prinesel Zakon o duševnem zdravju so koordinatorji, ki se aktivno vključujejo v obravnavo uporabnikov bolnišnice. (METODE DELA)

Stik s skupnostjo je pa uporabnikom omogočen tudi z rednimi vikend izhodi. Tudi med tednom lahko zapustijo bolnišnico ter gredo po opravkih v mesto; pomembno je le, da o tem obvestijo osebje v bolnišnici. (HOSPITALIZACIJA)

Bolnišnica je pa s skupnostjo povezana tudi v smislu, da so večkrat povabljene razne pevske, glasbene skupine, vrtec, šole. Tudi v bolnišnici je ustanovljena pevska skupina, ki večkrat nastopa. (SODELOVANJE Z DRUGIMI ORGANIZACIJAMI)

»Sindrom vrtečih se vrat« se pojavlja sploh v primerih, ko uporabnik zavrača terapijo. (PSIHOFARMAKI)

Do recidivov prihaja tudi zaradi težav v okolju; neurejeni družinski odnosi, zaposlitev,... (POTREBE)

Sodelujemo z Ozaro Ptuj in Murska Sobota. Uporabniki se lahko tam vključujejo v dnevni center ali stanovanjske skupine. (SODELOVANJE Z DRUGIMI ORGANIZACIJAMI)

Tukaj ima zelo pomembno vlogo koordinacija, tako, da uporabnika seznanim s tem. (METODE DELA)

Je pa težava na našem območju, da uporabniku nimamo kaj ponuditi, saj ni nevladnih organizacij. (NEVLADNE ORGANIZACIJE, POTREBE)

S strani uporabnikov je veliko povpraševanje po namestitvi v stanovanjske skupnosti, vendar ni dovolj kapacitet. (NEVLADNE ORGANIZACIJE)

Težava je predvsem za tiste uporabnike, ki nimajo socialne mreže, saj jih nimamo kam napotiti po odpustu iz bolnice. (NEVLADNE ORGANIZACIJE)

Na terenu se obiskuje trenutno 30 uporabnikov. Skupnostni tim sestavlja socialna delavka, psiholog in medicinska sestra. Uporabnike tim obiskuje enkrat tedensko. Vloga socialne delavke je, da uporabnika usmeri, seznani o pravicah in možnostih, spremlja odnose v socialni mreži, spozna uporabnikovo okolje. (SKUPNOSTNA PSIHIATRIJA)

Intervju št. 10 (socialna delavka, zaposlena v PIS Ozara Ljutomer)

Storitve so informativni razgovor, osebna pomoč ter socialna oskrba na terenu, razbremenilni razgovor, zagovorništvo ter prostočasne aktivnosti; zraven pa spadajo še Klub svojcev, Klub prostovoljcev, Skupine za samopomoč, delo z družino in svojci. (METODE DELA)

Svetovanje lahko poteka v pisarni, na terenu, po elektronski pošti pa tudi po telefonu. To velja tudi za druge storitve. (METODE DELA)

Na terenu izvajamo največ storitev. To je glih ta prednost, da lahko gremo mi do njih in če se le da, ponudimo največ storitev na terenu. (TERENSKO DELO)

...ali jim je predaleč, ali je to povezano s stroški ali pa zato, ker se v svojem okolju najboljše počutijo. (TERENSKO DELO)

...delo na terenu pokriva celotno Pomurje oz. Prekmurje. Je pa zaradi tega, ker so manjše občine pri nas; od Maribora do Ormoža, do Razkrižja, Lendave, Goričkega, Murske Sobote. (TERENSKO DELO)

Kakih 6-8 oseb je še vedno zaposlenih. S tistimi se dobimo že okrog sedmih zjutraj ali pač po službi. Odvisno. Eni pa delajo samo 4 ure. (STATUS UPORABNIKOV)

Nobenega. Ormož pa ne. (TERENSKO DELO)

Enkrat je bilo v Središču ob Dravi; en gospod je prihajal sem, je pa tudi še vedno v delovnem razmerju. In mu je bilo težko to usklajevati. (TERENSKO DELO)

Se pa jih vključuje največ v te storitve: informativni razgovor, osebna pomoč, delo na terenu, prostočasne aktivnosti in tudi te skupine za samopomoč. (METODE DELA)

...ministrstvo pač ne sofinancira še enega strokovnega sodelavca. Potrebe pa so. (POTREBE)

Drugače ni mogoče, da to ena oseba zmore, zraven vseh ostalih aktivnosti. Ker moje ostale obveznosti so še, da hodim na supervizijo, da se udeležujem sestankov z vodjo programa. (POTREBE)

Lahko bi rekli da se že zmanjšuje. Ni več tistih nekih hudih predsodkov, zato ker smo zdaj v tem obdobju že skoraj vsi seznanjeni kaj pomeni depresija ali ostale bolezni. Imamo malo več razumevanja. (STIGMA)

Tako zdaj jih že sprejemajo in celo želijo v svojem lokalnem okolju, da je na primer Ozara, naj deluje. Čeprav ja, bolnica ima malo večjo težavo; nevladne organizacije pa ne tako. (STIGMA)

...izmed teh naših 117 ljudi, jih je zaposlenih maksimalno 5. Ostale pa lahko opredelimo kot nezaposlene ali pa invalidsko upokojene. (STATUS UPORABNIKOV)

...potreba po več nevladnih organizacijah je, sigurno. (POTREBE, NEVLADNE ORGANIZACIJE)

Ob četrtkih je skupina, vendar je to tak, da če ima kdo kako težavo, potem o njej spregovori, drugače pa bolj, da se vidijo. (METODE DELA)

Mene zelo redko pokličejo. Skoraj nikoli. (SODELOVANJE Z DRUGIMI ORGANIZACIJAMI)

Več sodelujem s centri ter s koordinatorko. (SODELOVANJE Z DRUGIMI ORGANIZACIJAMI)

9.4. Ureditev izjav in oblikovanje ustreznih pojmov po kodah

UPORABNIKI

Tabela 1: PRED HOSPITALIZACIJO (Tukaj vse izjave vsebujejo kratke opise življenja, izkušenj, počutja ter stanja intervjuvanih oseb pred prvo hospitalizacijo v Psihiatrični bolnišnici Ormož.)

Vprašanci:	Življenje vprašancev pred prvo hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici Ormož:	Pojmi:
Intervju št. 1	Ja,...bilo je zelo hudo, ker je pač shizofrenija že bila prisotna, sam pa pač tega ne veš in ne veš kaj se ti dogaja. In pač imaš toti občutek, pri paranoidni shizofreniji....preganjavico. Da je pač svet proti tebi.	Huda duševna stiska
Intervju št. 2	Bilo je dobro. Bil sem sam za sebe. Potem pa se je začela sprememba. Nisem več bil zmožen, da bi na primer sam za sebe skrbel. ...bil sem v svojem svetu.	Huda duševna stiska
Intervju št. 3	Bilo je res slabo počutje pa napetost, nervoza. Slabi občutki. Ja, bilo je nevzdržno.	Huda duševna stiska
Intervju št. 4	Bil sem v vojski. Iz vojske so me domov poslali kot nesposobnega vojaka potem pa sem zbolel.	Delo Huda duševna stiska
Intervju št. 5	Jaz sem živela v Ljubljani v študentskem domu. Sem začela delati za sebe in prvič sem imela občutek, da jem čisto svoj kruh, ki mi ga noben ne bo naprej dajal, češ »jaz sem delal	Študij Delo

	za tebe«. Sem sama služila in se mi je zdelo tako lepo, da nisem vedela al sem na nebu al na zemlji. In nisem mogla potem jesti...to je bil pravi post. Nisem mogla jesti pa spati ne. ...nobenemu ni bilo nič jasno kaj je z mano. Meni je pa bilo samo lepo v Ljubljani; tam pa so začeli komplicirati, da morem iti domov pa da morajo po mene priti. Prelepo mi je bilo; samo to nisem vedla, al sem na nebu al na zemlji. Tak mi je bilo lepo. Fiksala se nisem.	Huda duševna stiska Vrnitev v domači kraj Zadovoljstvo
Intervju št. 6	... sva se z partnerjem razvezala, s katerim sma prej 13 let skup živela. Pa si je našel drugo žensko. Ona je svoje otroke pustila drugemu partnerju, jaz pa nisem šla od hiše pa sem vztrajala, dolgo. Potem pa sem jaz zbolela...	Zakonska razveza
Intervju št. 7	Ja, zanimivo. Zelo raznoliko. Delal sem vse mogoče in se mi je pač naenkrat vse podrlo. Zaradi pljučnice. Naenkrat sem pozimi dobil visoko vročino in potem sem šel v bolnico in so rekli da je to pljučnica...in je bila težka pljučnica, tako da sem bil skoraj dva meseca v bolnici. In, po tistem se mi je vse podrlo v Ljubljani. In potem sem moral nazaj v Ormož, tja, kjer sem bil rojen. Drugače ne bi šel; nisem imel namena nikoli. Bi ostal v Ljubljani. Pa kjer koli drugje, samo v Ormož pa.....to je bila zadnja.	Delo Zdravstvene težave Vrnitev v domači kraj

Tabela 2: PRVA HOSPITALIZACIJA (Izjave sogovornikov na vprašanje, kaj je pripeljalo do prve hospitalizacije v Psihiatrični bolnišnici Ormož ter kdo je bil pobudnik za to.)

Vprašanci:	Prva hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici Ormož ter pobudniki:	Pojmi:
Intervju št. 1	...žena je ugotovila, da tak več ni mogoče živeti in sva začela iti k zdravnikom in so zdravniki rekli, da je to shizofrenija...	Pobudnik - žena Obisk zdravnika
Intervju št. 2	Bližnji so poskrbeli za to. Sam tak nisem mogel... Oni so vidli da sem čist drug, tak do se me bližnji dali v hospitalizacijo.	Pobudnik- bližnji
Intervju št. 3	To je bilo leta 2002; takrat sem šel prvič v bolnišnico, v psihiatrično bolnišnico Ormož. Takrat se mi je začela ta bolezen pa...	Pojav krize
Intervju št. 4	...poslali so me domov kot nesposobnega vojaka. Potem sem šel v bolnico...	Vojska Pojav krize
Intervju št. 5	No, in zato so me potem...je ena študentka rekla, da nekaj ni v redu z mano... ...potem je pa prišel doktor pa me samo malo potipal po rokah pa je šel z mano. Nisem vedela kateri doktor je. Pa so me dali sem notri. Čist brez veze; niti a niti b nisem rekla; samo da pač sem morem iti.	Pojav krize Obisk zdravnika Pobudnik- bližnji
Intervju št. 6	Skrbniki so me sem spravili....ti, pri katerih sem si našla stanovanje.	Pobudnik - skrbniki
Intervju št. 7	Ja...ker se mi je depresija jačala, sem enostavno šel v bolnico... sam... samoiniciativno. Ker drugega izhoda pač nisem videl, ker samomor je pač...to je bilo zelo blizu vse skupaj. In se pač šel v Ormož v bolnico in so me tam sprejeli. Potem pa smo začeli urejati vse druge stvari.	Pobudnik - prostovoljno Pojav krize

Tabela 3: PO HOSPITALIZACIJI (Izjave o tem, kako se je življenje intervjuvanih oseb spremenilo po hospitalizaciji.)

Vprašanci:	Življenje po hospitalizaciji/po odpustu iz psihiatrične bolnišnice Ormož:	Pojmi:
Intervju št. 1	...potem pa ko si ti enkrat hospitaliziran pa dobiš tista zdravila prava in to, proti bolezni....potem pa se vse to skup malo umiri.....ampak nekje v podzavesti pa ti to vse ostane za nazaj. ...bilo je dosti boljše kot pred hospitalizacijo, ker so bili glavni simptomi ozdravljeni pa tudi zdravnica mi je vse razložila kak pa kaj je bolezen.	Zdravila Odsotnost simptomov krize Informiranost o bolezni
Intervju št. 2	Zdravila so, pa fejest sem se družbe izogibal. Pa nisem več bil tak sposoben za delo kot prej. Pa tisto, tremo pa strah imaš, prej tega ni bilo. ...nezadovoljstva sam s sabo, ker nisem več nič zmogel. Pa stres. Zdaj je boljše; sam za sebe skrbim pa sam sem in ni nobenega kreganja.	Zdravila Upad delovne zmogljivosti Strah Nezadovoljstvo s samim seboj Izboljšanje stanja
Intervju št. 3	Am...ni bilo glih najboljše, ampak bilo je, kako bi rekel...bilo je res spremenljivo; da sem lahko šel nazaj v okolje. Ja, nisem bil več sposoben opravljati dela. Bil sem v preveliki depresiji in nisel zmogel napora.	Izboljšanje stanja Upad delovne zmogljivosti

Intervju št. 4	Potem sem šel v bolnico, iz bolnice domov, potem pa sem spet zbolel pa sem bil šest mesecov tam, potem pa se več ne spomnim kako je bilo. Duševna psihoza je moja bolezen.	Večkratna hospitalizacija Diagnoza
Intervju št. 5	Ja, potem sem bila brez šole pa brez kruha.	Brezposelnost
Intervju št. 6	Našla sem si drugega partnerja. Sva 4 leta skupaj živela.	Nov socialni stik
Intervju št. 7	Prek socialnega smo zrihtali tako, da sem našel stanovanje tu, na Ptuju. Imam najemniško stanovanje...	Preselitev

Tabela 4: SOCIALNA MREŽA (Izjave, ki nam povedo, katere osebe sestavljajo socialno mrežo intervjuvanca ter kdo so pomembni ljudje v njegovem življenju.)

Vprašanci:	Osebe, ki sestavljajo socialno mrežo vprašanih:	Pojmi:
Intervju št. 1	Ja, najbolj moja zdravnica, psihiatrinja.... Največ prostega časa pa preživim s svojima hčerama ter bivšo ženo. V stiku sem tudi s svojo družino – največ z bratom Brankom; starša pa sta na žalost že pokojna.	Psihiatrinja Hčer Bivša žena Brat
Intervju št. 2	Mam še brata. Ja, prijatelji pa prijateljice. Sosedo iz Litmerka pa Zvonko, ki ima podobno bolezen, pa imava tisti kontakt pa razumevanje.	Brat Prijatelji/prijateljice Uporabnik
Intervju št. 3	Brat pride večkrat k meni. Pa jaz sem vsakega obiska veseli pa se kaj pogovorimo pa...	Brat
Intervju št. 4	Živim z bratom.	Brat
Intervju št. 5	...pa me je brat prijel pa pelal nazaj domov. Stric je pa poznal enega dohtarja tu... Staršev sem se bala, pa ateka. Jaz sem rada sama. Nimam družbe.	Brat Stric Starši Želja po samoti
Intervju št. 6	...dve hčerki; ena je 28 ena pa 24 let. Ivica (hčerka) je takrat šla nazaj k babici živet, pa so pač hodili k meni na obiske.	Hčer Starši

	...moj partner, s katerim sma mela 9 mesecev staro hčerko, se je obesil. Pa sem ostala sama. Večino časa sem sama. Hčerka živi pri meni, 16 let bo stara v jesen. Včasih pride kakšen prijatelj. Sam ne moreš biti.	Osamljenost Prijatelj
Intervju št. 7	...sem, v Ozaro pa hodim pač zaradi družbe. ...imam dva brata, ampak sta se oba odselila iz Ormoža. ...ko sem bil v bolnici...dobil sem dosti obiskov od bratov pa od prijateljev pa sošolcev, tak da so to vsi rekli, da je v redu da sem šel v bolnico. V bolnici sem pa imel podporo od znancev.	Uporabnik Brat Prijatelji Znanci

Tabela št. 5: REINTEGRACIJA (Izjave sporočajo podatke o tem, kako se je vrniti v skupnost po hospitalizaciji v PBO; s katerimi ovirami/težavami se srečujejo ob vrnitvi v skupnost.)

Vprašanci:	Reintegracija uporabnikov; ovire pri vračanju nazaj v skupnost:	Pojmi:
Intervju št. 1	...imaš tisti strah, kak te bo zdaj okolje sprejelo pa kak živeti zunaj bolnice.	Strah
Intervju št. 2	Nazaj vklopiti se v družbo. V družbo se vklopiti je težje, kot je bilo prej. nerazumevanje pa...že sam pri sebi, češ, da si pač drugačen pa ne zdrav. Potem pa še mislim, da pri bližnjih, je največja sprememba. Ne morejo sprejeti tega, da si pač drugačen, nisi isto kot prej. Zdaj je minilo 10 let, da nisem bil v bolnišnici. To je bilo dobro, da nisem rabil hospitalizacije in sem ostal v normalnem svetu; nisem se rabil vklopiti nazaj v ta svet. Bil sem doma v svojem okolju, kjer poznaš vse. ... je pa težko da se nazaj vklopiš, da prideš nazaj v svoj ritem. Težko mi je nekje v večji družbi; sploh če je glasno.	Težava Občutek manjvrednosti Stigma Konstrukt normalnosti Težava
Intervju št. 3	Ja, bilo je sicer težko ampak sem se trudil da bi premagal bolezen.	Težava
Intervju št. 4	/	/
Intervju št. 5	Eh, ko grem mi je lažje.	Integracija v skupnost je lažja kot odhod v bolnišnico

	Eh,...to že vsi na vasi vedo, kje sem bila pa tak. jaz mam rada mir. Veš kak je, če so ljudje, ki jih ne poznam, pač ne grem. Bolj se jih umikam. Ker če čutim samo enega tam, ki mi tam ne odgovarja, se mi že vse sesuje. Pa čim pisnem jaz kaj proti komu se tak sliši.	Stigma Želja po samoti Izolacija
Intervju št. 6	Ja, težko je. Ampak je huje iti od doma, sem. Ko pridem iz bolnice domov me vsi lepo sprejmejo.	Težava Integracija v skupnost je lažja kot odhod v bolnišnico Sprejemanje
Intervju št. 7	Ne, takrat sem šel direktno na Ptuj.	Odhod v novo okolje

Tabela št. 6: PRISOTNOST STIGME (V izjavah je moč zaznati stigmatiziranost uporabnikov PBO.)

Vprašanci:	Prisotnost stigme po hospitalizaciji v PBO:	Pojmi:
Intervju št. 1	...imaš tisti občutek, da imaš tisti pečat, da si bolan; ker so duševne bolezni še vedno tabu. Še vedno, kljub temu, da je to moderna družba, da je dosti vsega že napisanega; dosti je informacij, kaj so duševne bolezni in tak dalje, ampak, še je to prisotno. Nekak so še tote ustanove pač postrani gledane. Bolnišnice in tak dalje; vse kaj je v zvezi z duševnimi boleznimi. ...so se trudili; da so me poskušali razumeti, ampak nisi več tisti človek kot pred boleznijo. Ne pred hospitalizacijo, ampak tisto bolj nazaj, ko še simptomi niso bili prisotni; shizofreni, shizofrene blodnje. ...to pa je pač sprožilo, pri sodelavcih, vodstvu, nerazumevanje. Za 4 ure te nekak postrani gledajo. Čim bolj se pač poskušaš vesti normalno, kot zdrav človek, čeprav imaš pač zdravila in bolezen. Razumevanje. Da nisi ožigosan. To verjetno lahko spremeni čas. In nič drugega. Pa to, da so ti ljudje pripravljeni razumeti bolezen. Na žalost pa ni tako. Vsi filmi so v srednjeveškem času, še vedno so bolnice	Pečat Tabu Informiranost družbe Stigmatiziranost institucije Občutek manjvrednosti Nerazumevanje na delovnem mestu Konstrukt normalnosti Zdravila Informiranost družbe

	predstavljene kot mučenje. Ni sodobnega prikaza.	
Intervju št. 2	nerazumevanje pa...že sam pri sebi, češ, da si pač drugačen pa ne zdrav. Potem pa še mislim, da pri bližnjih, je največja sprememba. Ne morejo sprejeti tega, da si pač drugačen, nisi isto kot prej. ...so starši bili nezadovoljni; če sem delal kaj al pa če nisem nič. Mislim, drugačen sem pač bil pa niso mogli tega sprejeti pa.... ...finančno si prikrajšan, družbeno. Kaj si sam naredil narobe pa družba...kaj družba zahteva od tebe.	Občutek manjvrednosti Nesprejemanje s strani bližnjih Nesprejemanje s strani bližnjih Konstrukt normalnosti Prikrajšanost Občutek manjvrednosti
Intervju št. 3	/	/
Intervju št. 4	/	/
Intervju št. 5	Čim smo se kaj skregali sem že bila tu notri. Eh,...to že vsi na vasi vedo, kje sem bila pa tak. Če se jim doma ni kaj zdelo al pa kaj takega, so me pač sem notri dali. ...doktor pa te zapečati, ko napiše nekaj kaj ni res. On to napiše in te zapečati za vedno.	Konflikt Stigma Nemoč Nemoč
Intervju št. 6	/	/
Intervju št. 7	...je pa le par takih ljudi, ki to razumejo, vsem ostalim pa je vseeno.	Nerazumevanje

Tabela št. 7: ZAPOSLOITEV (Izjave o zaposlitvi intervjuvancev; izvemo ali so v delovnem razmerju, če so upokojeni – polovično ali polno; katera dela so opravljali,...)

Vprašanci:	Zaposlitev intervjuvanih; ali so v delovnem razmerju ali pa so upokojeni:	Pojmi:
Intervju št. 1	Po prvi hospitalizaciji sem šel nazaj v službo, delal sem 8 ur. Na srečo sem imel tako delo, da sem kljub temu zmogel. Vzdrževanje. Da ni bilo tak fizično težko. Pozneje pa so se tudi stvari spremenile z leti. Je pa res, da se mi je enkrat zelo poslabšalo, tak da so me morali upokojiti za 4 ure...	Delna invalidska upokojitev
Intervju št. 2	Ja, upokojili so me...invalidsko. Delal sem prej v rudniku v Velenju, potem pa nisem več bil zmožen za delo, te pa so me upokojili, invalidsko.	Polna invalidska upokojitev Upad delovne zmogljivosti
Intervju št. 3	Prej sem pa delal v sadjarstvu. Prvo so me upokojili za štiri ure, potem pa sem mel komisijo v Mariboru...potem pa so me za osem ur upokojili. Ja, mislim, da ne bi zmogel. Potem bi pa ves čas hodil na bolniško, to pa ne bi bilo dobro za podjetje.	Delna invalidska upokojitev Polna invalidska upokojitev Upad delovne zmogljivosti
Intervju št. 4	Pred vojsko sem delal v sladkorni tovarni, potem na Kerenčiču, za tem pa sem šel v vojsko. Iz vojske pa domov, potem pa sem zbolel in sem šel v penzijo. Invalidsko sem upokojen.	Polna invalidska upokojitev
Intervju št. 5	...sem delala doma... Doma sem delala, kot otrok, celo življenje. Potem sem čuvala otroke v Ljubljani.	Nezaposlenost
Intervju št. 6	Štiri leta sem hodila v Maribor v službo	

	čistiti na železniško postajo. Mlada sem bila, 18 let stara. Hudo je bilo. Zaslužila sem enega zelenega, jurja. Da sem si lahko neko malenkost kupila. Malo sem hodila tudi okoli kmetom pomagat delat.	Nezaposlenost
Intervju št. 7	Delal sem na televiziji, pa na radiu; ampak v glavnem na filmu, radio, gledališče, ples. Kot kostumograf. Smo ogromno predstav naredili, tudi filmov, slovenskih nadaljevanj, vsega....In potem sem izgubil službo, v bistvu stanovanje še prej, ker nisem imel ne sredstev, ne nič. In delati nisem mogel, ker sem bil tak slab in tak se je to začelo.	Polna invalidnost upokojitev

Tabela št. 8: PSIHOFARMAKI (Izjave o uporabi ter pomembnosti zdravil v procesu okrevanja/zdravljenja ter njihov vpliv na osebo.)

Vprašanci:	Psihofarmaki; uporaba ter pomembnost psihiatričnih zdravil:	Pojmi:
Intervju št. 1	Bil sem pa zelo utrujen, od zdravil. Imel sem Leponex zdravilo in je močno vplivalo na utrujenost. Mam pa zdaj tudi druga zdravila, tak da nisem več tak utrujen; delo zmorem ampak sem po službi malo izčrpan. Samo 4 ure, pa me izčrpa. Morem kako uro ali dve, doma, pač malo zaspati. Ko si utrujen, se simptomi bolj izrazito pojavijo.	Stranski učinki Stranski učinki
Intervju št. 2	...je že tisti odpor od zdravil; ko pa sprejmeš zdravila pa bolezen, potem je pa to drugače. Počasi postaneš navajen zdravil, potem pa rabiš druga, nova.	Pomembnost zdravil Toleranca do zdravil
Intervju št. 3	Se pač dajo zdravila pa red in disciplina mora biti.	Pomembnost zdravil
Intervju št. 4	/	/
Intervju št. 5	Ne. Nikoli mi niso povedali. Majo vse sorte tukaj. Pa zdaj, pri 40-ih letih, sem mogla pod njenim nadzorom jesti tablete. ...tu pa se ti ne posvečajo...pač moraš žreti tablete. Saj sploh ne vejo v čem je problem; ti samo moraš tu ležati pa da majo oni službo.	Neinformiranost Nemoč Nemoč

	Pa naj je tisti tablete, ki mu to pomaga. Jaz pa to pod prisilo, toliko tablet pa injekcij pa vsega. Ja, pod maminim nadzorom jem tablete. Ona pa še »cumpra« vse sorte zraven. To je strašno.	Nemoč Nemoč
Intervju št. 6	Tablete pač jem.	Pomembnost zdravil
Intervju št. 7	Ja, zdravila jem redno v glavnem. Po navodilu zdravnice.	Pomembnost zdravil

Tabela št. 9: SPREMEMBE V PBO SKOZI VEČKRATNE HOSPITALIZACIJE
(Intervjuvanci opišejo spremembe, ki so se pojavile od časa ko so bili prvič hospitalizirani ter do danes v smislu osebja, oskrbe, zdravil, prostorov, odnosov,...)

Vprašanci:	Spremembe v PBO skozi večkratne hospitalizacije:	Pojmi:
Intervju št. 1	Zdaj se v bolnišnici manj duševnih bolnikov zdravi; ampak je več takšnih pacientov, ki imajo druge težave; zaradi stresa, pritiskov v službi, zaradi drugih psihičnih težav. Tote klasične duševne bolezni, psihoze; tega je pa dosti dosti manj in je...tudi ti pacienti manj razumejo tiste, ki imajo resne bolezni. To se je zdaj spremenilo v bolnišnici.	Več duševnih stisk Razlike med uporabniki
Intervju št. 2	/	/
Intervju št. 3	/	/
Intervju št. 4	/	/
Intervju št. 5	Je pa zdaj dosti lažje, ko je vse novo. Prej pa je bilo groza. To je bila prava mučilnica. Osebj je zdaj mlajše, stari pa so se tudi spremenili. Se je kar veliko spremenilo. Zdaj je boljše.	Prenova Izboljšanje
Intervju št. 6	Fejst se je spremenilo, tudi pri hrani. Pa obnovili so. Tudi doktorji so se spremenili. Boljše je zdaj. Vsi te razumejo.	Izboljšanje
Intervju št. 7	/	/

Tabela št. 10: POZITIVNOST/NEGATIVNOST HOSPITALIZACIJE (Pojmi opredelijo pozitivne in negativne stvari hospitalizacije ter okrevanja v PBO.)

Vprašanci:	Pozitivnost hospitalizacije (+):	Negativnost hospitalizacije (-):	Pojmi:
Intervju št. 1	Prednost je tota, da prideš pač v toto okolje in veš, da si tam, imaš tisti svoj ritem življenja v bolnišnici; delovna terapija, krožki, razne druge delavnice, pogovor z zdravnikom, zdravila. Tak, da po določenem času pač okrevaš. Tak daleč, da si pač spet sposoben za življenje izven bolnišnice.	Za kake slabosti bi pa težko rekel, da so....slabost je pač to, da si iz domačega okolja....ampak verjetno je to pač prisotno, da si želiš, da si v bolnici in da se pozdraviš. Tak da nekih slabosti, ne moreš preveč reči, da so.	Umik (+) Okrevanje (+) Strukturiranost dneva (+) Izločenost iz okolja (-)
Intervju št. 2	Lahko se odklopiš pa razmisliš določene stvari.	...tota družba pa tam tista družba...je čisto drugače. Ker prvo tisto, da sprejmeš, da vidiš da nisi dobro; potem pa še to, da se tam navadiš, potem pa spet nazaj, da se navadiš nazaj v okolje.	Umik (+) Izločenost iz okolja (-) Reintegracija (-)
Intervju št. 3	Bolnica je pač...bolnica. Pomaga ljudem. Bolnišnica je pač pomoč za take bolnike, ki nismo več sposobni za sebe skrbeti pa to...pa nas na noge postavijo.	/	Pomoč (+)
Intervju št. 4	Ja, v bolnici je dobro bilo.	/	Pomoč (+)

	Ja, tam ti pomagajo. Saj je fajn bilo.		
Intervju št. 5	Eh...saj pozitivno je vsaj to, da sprejmejo starejše pa jih potem pedinajo pa to. To je pohvalno, ne. No, dobro kuhajo mogoče pa to, da poslušajo vegetarijance. Socialna delavka je dobra. Ona se ti posveti;	Samo doktor je površen. On te sploh ne pozna pa te tu šopa z tabletami. Pa lažejo... Ti si lahko čisto tiho, on pa tam nekaj piše pa čečka. Pa prisilijo te, da podpišeš da greš na zaprti oddelek. »Podpiši, podpiši!!« Maš občutek, da te bodo pretepli, če ne boš podpisal. Da te bodo zmlatili, če ne boš jedel. Eh,...negativne so to, da vsi tak držijo tam pa doktor je bog. On vse dirigira z tvojim življenjem...kao bog se dela. Negativno je pa to, da te v nekaj silijo, v tiste njihove programe. Pa tulijo pa derejo se »vzemi tablete«, češ »požri tableto«. Pa silijo te z vsem, pa ne smeš domu pa....ne vem....Če je pa res to! ...da sestre ne bi bile tak....skoraj šokantne...da bi bile bolj spoštljive do ljudi. Tu nas jemljejo tako,	Sprejemanje starejših (+) Hrana (+) Socialna delavka (+) Površnost zdravnikov (-) Nemoč (-) Prisila (-) Nespoštljivost osebja (-)

		kot da smo nižja rasa. Oni pa so nad nami. Po mene so na primer prišli z rešilcem pa policijo. To naredite, ukinite to bolnišnico!! vsem se gre samo za zaslužek. Tu je zaposlenih ogromno ljudi; parkirišče je skoraj tako kot v neki fabriki; kaj pa delajo pa...bog ve kaj. Pa sem prišla sem pa takoj injekcijo v rit. Pa sem jim povedala, da je moje telo ne prenese injekcije; tu se pa neumni delajo, samo da te zaboli. Tu si ponižan do konca. Šele tu (v bolnišnici) dobivajo prisluhe pa privide. Kak to? Pa, »bolani ste«, prepričuje doktor pacienta. Pod prisilo si bolan. Kje je tu logika? Zdravstvo nima tu logike. Razumeš? »Bodi bolan, da ne bom jaz lačen!« To je to. Vsi se bojijo revščine, pa da nebi	Poniževanje (-) Prisila (-) Poniževanje (-) Prisila (-)
--	--	--	---

		službe zgubili. Nasilje je tu. Sem razmišljala, da bi raje šla v zapor; tam imaš vsaj pravico do »ne jesti«. To je spet prisila, ker če ne moreš jesti, pač ne moreš jesti.	Nasilje (-) Prisila (-)
Intervju št. 6	Dobro je v bolnici vse. Vredi ljudje so, hrana je najboljša. Ne moreš reči da kaj ni v redu.	Ampak to je, da nisi doma. Edino domotožje. Po navadi sem okvirno 2 meseca tukaj.	Zadovoljstvo (+) Izločenost iz okolja (-)
Intervju št. 7	Jaz sem v glavnem bil zelo zadovoljen z tretmanom. Pozitivno mi je bilo vse. Vsi, osebje, zdravniki, vsi so bili v redu. Sploh pa moja zdravnica, dr. Kocjanova, ona je super. Saj imam še zdaj pri njej kontrole na pol leta.	Negativnega nisem našel nič.	Zadovoljstvo (-)

Tabela št. 11: POVEZAVA SKUPNOSTI S PBO (Odgovori intervjuvanih oseb o povezanosti s skupnostjo v času, ko so hospitalizirani v Psihiatrični bolnišnici Ormož.)

Vprašanci:	Povezava skupnosti s PBO:	Pojmi:
Intervju št. 1	Ni problem dobiti izhod v mesto, za urejanje privatnih zadev. Glede tega je super, da imaš v bolnici vse pogoje, da nisi izoliran, v smislu; zdaj si v bolnici in ne smeš nikamor.	Izhod Ne - izoliranost
Intervju št. 2	Ko sem v bolnici nimam rad obiskov.	Želja po samoti
Intervju št. 3	/	/
Intervju št. 4	/	/
Intervju št. 5	Jaz sem rada sama.	Želja po samoti
Intervju št. 6	Pa grem skoraj vsaki vikend domu. Toti vikend bom tudi najverjetneje šla.	Izhod
Intervju št. 7	/	/

Tabela št. 12: ODLOČITEV ZA PONOVRNO ZDRAVLJENJE V PBO (Ali bi se intervjuvane osebe ponovno odločile za zdravljenje v Psihiatrični bolnišnici Ormož v primeru ponovne krize.)

Vprašanci:	Odločitev za ponovno zdravljenje v PBO v primeru ponovitve krize:	Pojmi:
Intervju št. 1	Ja, absolutno.	Odločitev za ponovno zdravljenje
Intervju št. 2	Ja.	Odločitev za ponovno zdravljenje
Intervju št. 3	Ja. Ja. Sam se odločim. Toliko še sem po navadi pri močeh, da se odločim...	Odločitev za ponovno zdravljenje
Intervju št. 4	Ja, v bolnici je dobro bilo.	Odločitev za ponovno zdravljenje
Intervju št. 5	/	/
Intervju št. 6	Ja, meni bolnica pomaga.	Odločitev za ponovno zdravljenje
Intervju št. 7	/	/

Tabela št. 13: OSEBNE STRATEGIJE (Kako intervjuvanci ohranjajo svoje duševno zdravje, ko so v skupnosti.)

Vprašanci:	Osebne strategije ter načini ohranjanja duševnega zdravja:	Pojmi:
Intervju št. 1	Ja, prvo kaj je, je to, da pač redno jemlješ zdravila. Točno tak, kot je pač določeno. Pa da redno greš na sprejem/kontrolo v bolnico k zdravniku. Pa pač poskušaš odmisлити črne misli, če se pač pojavljajo pa misli paranoje; ker veš da pač niso resnične, da so bolezenske. Pa da skrbiš za sebe; za osebno higieno, za duševno, tudi lahko rečem, higieno. Spremljaš dnevnik pa tota dogajanja, ki se dogajajo...	Pomembnost zdravil Neupoštevanje simptomov bolezni Skrb za higieno Obveščenost
Intervju št. 2	...dosti kolesarim, če se le da.	Aktivnost
Intervju št. 3	Trudim se, da bi bil kolko tolko stabilen pa pri močeh.	Aktivnost
Intervju št. 4	/	/
Intervju št. 5	/	/
Intervju št. 6	Tablete pač jem.	Pomembnost zdravil
Intervju št. 7	Ja, zdravila jem redno v glavnem. Po navodilu zdravnice. Pa da hodim pač sem. S tem, da jemljem zdravila, to je glih važno, da me ohrani pri tisti konstanti, ki smo jo določili v bolnici. Je pač tak, ni tako da bi prišel iz bolnice in bi bil naenkrat v redu. Potem moraš se znajti sam in si pomagati. Krize pa zdaj nimam. So bili razni šoki, sploh glede finančnih pomanjkljivosti; in tega brez tablet ne bi zdržal. Tko kot prej nisem.	Pomembnost zdravil

Tabela št. 14: STIK Z OSTALIMI UPORABNIKI PBO (Ali se intervjuvane osebe družijo z ostalimi uporabniki PBO; ostanejo v stikih po vrnitvi nazaj v skupnost.)

Vprašanci:	Stik z ostalimi uporabniki PBO:	Pojmi:
Intervju št. 1	Prej sem jih več, sedaj pa jih v bolnišnici veliko manj. Ampak vedno najdem koga s kom se pogovarjam. Ja, telefonsko ostanem v stiku; osebno gluh ne, po telefonu pa ja. Sem pogovarjam z enim iz Ptuja, Ljutomera.	Druženje Telefonski stik
Intervju št. 2	...mi je pasala samota, nisem hotel družbe. Sem že po naravi bolj tak, da sem raje za sebe. Težko neki kontakt na novo sprejemem; bolj se držim tistih starih, že obstoječih.	Želja po samoti
Intervju št. 3	/	/
Intervju št. 4	/	/
Intervju št. 5	/	/
Intervju št. 6	Tu se razumem z vsemi.	Druženje
Intervju št. 7	/	/

Tabela št. 15: VKLJUČEVANJE V NEVLADNE ORGANIZACIJE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA TER NJIHOVA DOSTOPNOST (Pojmi o tem, ali so se kdaj vključevali v NVO na področju duševnega zdravja.)

Vprašanci:	Vključevanje v NVO (da/ne):	Zakaj ne/dostopnost:	Pojmi:
Intervju št. 1	Ne.	Trenutno, mislim da ne. Zaenkrat pa ne. Zato, ker v bližini ni nobene takšne skupnosti, ne Ozare....do prve kaj pa je, je pa malo predaleč.	Izključenost Nedostopnost NVO
Intervju št. 2	...sem se mislil vključiti, ampak se nisem...	...ker je na Ptuj predaleč. Prevoz pa stroški. Sem pa šel par krat na začetku. Socialna delavka mi je predlagala, ampak mi je bilo predaleč, potem pa pač več nisem hodil. Ker ni mogoče, da bi vsak dan hodil tak daleč.	Izključenost Nedostopnost NVO
Intervju št. 3	Vem za njih, ampak nisem nikoli bil vključen.	Ja, bližje bi bilo.	Izključenost Nedostopnost NVO
Intervju št. 4	Ne, ne....tega niti ne poznam.	Joj, to pa je daleč. To jaz ne morem z mopedom, je predaleč.	Izključenost Nepoznavanje NVO Nedostopnost NVO
Intervju št. 5	Ne. Šla sem samo enkrat k Ozari, ko so meli piknik.	...niti avta nimam.	Izključenost Nedostopnost NVO
Intervju št. 6	Kaj je to? Ne vem kaj je to.	/	Izključenost Nepoznavanje NVO
Intervju št. 7	...sem, v Ozaro pa	Ne, v Ormož ne....ampak	Vključenost

	hodim pač zaradi družbe.	zato, ker Ormož pač nima....potem bi se moral voziti pa ne vem kaj vse. Veze so pa tak slabe do Ptuja.	Nedostopnost NVO
--	---------------------------------	---	-------------------------

Tabela št. 16: ŽELJA PO VKLJUČITVI TER USTANOVITVI NVO V ORMOŽU
(Izjave intervjuvanih uporabnikov o njihovem mnenju glede predloga ustanovitve NVO na področju duševnega zdravja v Ormožu.)

Vprašanci:	Želja po vključitvi v NVO:	Predlog o ustanovitvi NVO v Ormožu:	Pojmi:
Intervju št. 1	Ja, zakaj pa ne.	O ja....za Ormož bi bilo to zelo dobrodošlo. Saj prostori bi se že verjetno našli. Pač rabili bi enega idejnega vodjo.	Želja po vključitvi Podpora predlogu
Intervju št. 2	Bilo bi dobro, če bi lahko hodil kam tak...imel bi neko dodatno obveznost pa bil bi v družbi, ki ima neke podobne težave...	Bilo bi dobro, ampak tu v Ormožu ni nič takega. Včasih se je govorilo, da bodo neki center odprli v bolnici ampak s tega nikoli nič ni bilo.	Želja po vključitvi Podpora predlogu
Intervju št. 3	Moral bi se odločiti pa enkrat probati.	To bi bilo dobro.	Želja po vključitvi Podpora predlogu
Intervju št. 4	Ja, bi se ja...	Ja, bi se ja...	Želja po vključitvi Podpora predlogu
Intervju št. 5	Veš kak je, če so ljudje, ki jih ne poznam, pač ne grem.	/	Želja po vključitvi
Intervju št. 6	Ja, to bi bilo fajn. Se družiti.	Ja, to bi bilo fejn, da bi se malo družili. Seveda bi šla, s piciklom bi se pelala. Pa tak rada pojem...tak rada. To bi bilo super.	Želja po vključitvi Podpora predlogu
Intervju št. 7	/	V glavnem, ne bi bilo slabo, če bi bil kakšen takšen mali oddelek,	Podpora predlogu

		samo.... Saj tudi druge regije imajo centre, npr. Slovenj Gradec, potem v Murski je tudi. Ormož je pač...ni za mene mesto no.	
--	--	---	--

STROKOVNJAKI

Tabela 17: ISKANJE POMOČI (Izjave o prvem stiku uporabnika s strokovnjakom in o vzrokih/povodih iskanja pomoči.)

Vprašanci:	Iskanje pomoči:	Pojmi:
psihiater (PBO)	...se zgodi, da pridejo tudi brez predhodnega naročila; to pomeni, da pridejo v ambulantno; običajno v slabem psihičnem stanju, v akutni stiski. Danes je v ospredju problem funkcionalnosti; vedno več ljudi hodi k meni zato, ker ne funkcionira. Oni čutijo to, da v določeni tekmi, delovnem mestu; enostavno ne morejo biti kos nekim pričakovanjem in zato potrebujejo pomoč, da bi lahko delali, ljubili, da ne bi bili razdražljivi.	Slabo duševno stanje Upad delovne zmogljivosti
univ. dipl. soc. del. (PBO)	...so to večinoma najbližji, delovno okolje ter soseska. To seveda velja za tiste, ki trpijo za dolgotrajno psihotično motnjo. ...tisti, ki se soočajo z prehodno krizo/stisko, po navadi pomoč poiščejo sami, jih napoti lečeči zdravnik ali pa so preusmerjeni iz drugih	Pobudnik – bližnji, delodajalec Slabo duševno stanje Slabo duševno stanje Pobudnik – prostovoljno,

	oddelkov (npr. iz internega oddelka).	zdravnik
dipl. soc. del.; strokovna delavka (PIS Ozara Ljutomer)	/	/

Tabela 18: SPREMEMBE (Izjave o tem, kako se je PBO spremenila skozi čas ter do kakih sprememb prihaja na področju duševnega zdravja.)

Vprašanci:	Spremembe:	Pojmi:
psihiater (PBO)	Takrat je bila ta bolnišnica precej drugačna kot je danes; bi rekel, da zelo ortodoksna, tudi nespoštljiva do pravic uporabnikov in tako. Shizofrenija je imela par let nazaj čisto drugačen potek kot ga ima danes. Zdaj se je ta bolezen celo tako spremenila da bo dobila novo ime.	Diskriminacija Spremembe diagnoz
univ. dipl. soc. del. (PBO)	...ni več zamreženih oken, ki so včasih že na prvi pogled sporočale, da gre za neko specifično ustanovo. Tudi oddelki so zmanjšani; sobe imajo več prostora ter manj postelj; vsaka soba ima svoje sanitarije. Varovani oddelek je zmanjšal kapaciteto za polovico; včasih je bila možna hospitalizacija tridesetih uporabnikov, danes je možno le petnajst uporabnikov bivati v tem oddelku.	Izgled Prostori Kapaciteta

	Tudi obleka se je menjala; včasih so vsi nosili pižame, danes uporabniki nosijo svoja oblačila. Na splošno je standard bivanja v bolnišnici zdaj boljši. Tudi kader se je povečal. Več je možnosti tudi za rekreacijo ter drugih dnevnih aktivnosti. Sedaj je tudi manj recidivov in je več ambulantnega zdravljenja uporabnikov.	Izgled Boljši standard bivanja Povečanje kadra Aktivnosti Ambulantno zdravljenje
dipl. soc. del.; strokovna delavka (PIS Ozara Ljutomer)	/	/

Tabela 19: POTREBE (Izjave, ki kažejo na preobremenjenost strokovnjakov ter na potrebe po večjem številu le teh in organizacij na področju duševnega zdravja.)

Vprašanci:	Potrebe:	Pojmi:
psihiater (PBO)	...danes sem ob pol devetih začel; zdaj sem končal in vmes ni bilo niti za kavo časa. Ko delamo, delamo 25 – 30 bolnikov na dan; enostavno takšen naval je, da drugače ne gre. Država tudi ni motivirana zato, da bi dodelila koncesijo nekemu, ki bi potem usposabljal takšen sistem. Da bi jaz npr. dobil koncesijo za majhen center za duševno zdravje. Zaradi tega, ker ni časa; jaz nimam časa, da grem na neki tim, ker enostavno ne gre časovno skozi. Morali bi pa nenehno sodelovati, se dnevno slišati; da bi to bilo vse skupaj prepleteno.	Preobremenjenost Potreba po organizacijah Preobremenjenost
univ. dipl. soc. del. (PBO)	Je pa težava na našem območju, da uporabniku nimamo kaj ponuditi, saj ni nevladnih organizacij.	Potreba po organizacijah
dipl. soc. del.; strokovna delavka (PIS Ozara Ljutomer)	...ministrstvo pač ne sofinancira še enega strokovnega sodelavca.	Preobremenjenost

	Potrebe pa so. Drugače ni mogoče, da to ena oseba zmore, zraven vseh ostalih aktivnosti. Ker moje ostale obveznosti so še, da hodim na supervizijo, da se udeležujem sestankov z vodjo programa. ...potreba po več nevladnih organizacijah je, sigurno.	Preobremenjenost Potreba po organizacijah
--	--	---

Tabela 20: METODE DE LA (Izjave o metodah dela ter storitvah, ki so na voljo uporabnikom.)

Vprašanci:	Metode dela:	Pojmi:
psihiater (PBO)	»Eye Movement Desensitization and Reprocessing«; to je ena posebna terapevtska metoda za zdravljenje teh posebnih hudih posttravmatskih stanj, ki je zelo učinkovita. Simptome uporabnikovega zdravstvenega stanja se povezuje z zunanjimi okoliščinami. To vedno; jaz sem zelo socialno psihiatrično usmerjen. In tukaj dobijo zelo malo od nas, razen medikamentov, strokovne nege in kaj še?! Ne posredujemo veščin... Problem, je, da ta ustanova ne širi diskurz razvoja, socializacije; ampak diskurz ležernosti, pasivnosti, bolezni, invalidnosti. ...jaz delam ambulantno in delam predvsem z lažjo psihiatrično populacijo.	EMDR metoda Skupnost Zdravila Institucija Ambulantno zdravljenje

	Jaz imam v svojem spektru zelo malo psihotičnih pacientov. Če pa jih imam, pa seveda sodelujem s svojci.	Skupnost
univ. dipl. soc. del. (PBO)	...zaradi česar je več individualnega dela; ustanovila se je tudi skupina za svojce, ki omogoča tudi individualne razgovore z zdravniki. Novost, ki jo je prinesel Zakon o duševnem zdravju so koordinatorji, ki se aktivno vključujejo v obravnavo uporabnikov bolnišnice. Tukaj ima zelo pomembno vlogo koordinacija, tako, da uporabnika seznanim s tem.	Individualno delo Skupina za svojce Koordinatorji Koordinatorji
dipl. soc. del.; strokovna delavka (PIS Ozara Ljutomer)	Storitve so informativni razgovor, osebna pomoč ter socialna oskrba na terenu, razbremenilni razgovor, zagovorništvo ter prostočasne aktivnosti; zraven pa spadajo še Klub svojcev, Klub prostovoljcev, Skupine za samopomoč, delo z družino in svojci. Svetovanje lahko poteka v pisarni, na terenu, po	Informativni razgovor Osebna pomoč Socialna oskrba na terenu Razbremenilni razgovor Zagovorništvo Prosti čas Skupina Skupnost Svetovanje

	elektronski pošti pa tudi po telefonu. To velja tudi za druge storitve. Se pa jih vključuje največ v te storitve: informativni razgovor, osebna pomoč, delo na terenu, prostočasne aktivnosti in tudi te skupine za samopomoč. Ob četrtnih je skupina, vendar je to tak, da če ima kdo kako težavo, potem o njej spregovori, drugače pa bolj, da se vidijo.	Skupina
--	--	---------

Tabela 21: PSIHOFARMAKI (Izjave o vlogi in delovanju psihofarmakov v procesu zdravljenja.)

Vprašanci:	Psihofarmaki:	Pojmi:
psihiater (PBO)	...jaz delam samo ambulantno, tako da vsak, ki dobi recept, dobi zdravilo. Vsak dobi mojo telefonsko številko, lahko me pokliče, če je kaj koli narobe. Če sam ugotovi, da mogoče z kakšno boleznijo to zdravilo ne gre skupaj. Ampak v petih letih od človeka ni nič ostalo. In če jim to tako posreduješ, da jim zagotavljaš da bo živel razmeroma normalno življenje ob rednem jemanju zdravil. Tako, da če imamo mi drugačen odnos potem ne bi smel biti to problem. Zdravila delujejo na tem, da bi te nevrološke sisteme spravili v red; ki pa pri duševnih bolnikih ni v redu. Podoben način, ko dobimo tablete za kako drugo bolezen; npr. holesterol.	Prejem zdravil Informiranost Pomembnost zdravil Delovanje zdravil
univ. dipl. soc. del. (PBO)	...so recidivi ob odpustu manjši ob rednem jemanju	Delovanje zdravil

	zdravil. »Sindrom vrtečih se vrat« se pojavlja sploh v primerih, ko uporabnik zavrača terapijo.	Zavračanje zdravil
dipl. soc. del.; strokovna delavka (PIS Ozara Ljutomer)	/	/

Tabela 22: SODELOVANJE Z DRUGIMI ORGANIZACIJAMI (Podatki o medsebojnem sodelovanju organizacij na področju duševnega zdravja.)

Vprašanci:	Sodelovanje z drugimi organizacijami:	Pojmi:
psihiater (PBO)	Mnogo sodelujemo z ptujskim centrom, Ozaro, koordinatorji; tudi z določenimi kriminalisti. Mi malo sodelujemo z drugimi strokami.	CSD Ozara Koordinator Kriminalist
univ. dipl. soc. del. (PBO)	Bolnišnica je pa s skupnostjo povezana tudi v smislu, da so večkrat povabljene razne pevske, glasbene skupine, vrtec, šole. Tudi v bolnišnici je ustanovljena pevska skupina, ki večkrat nastopa. Sodelujemo z Ozaro Ptuj in Murska Sobota. Uporabniki se lahko tam vključujejo v dnevni center ali stanovanjske skupine.	Glasbene skupine Šole Ozara Ptuj Ozara Murska Sobota
dipl. soc. del.; strokovna delavka (PIS Ozara Ljutomer)	Več sodelujem s centri ter s koordinatorico. Mene zelo redko pokličejo. Skoraj nikoli.	CSD Koordinator

Tabela 23: SKUPNOSTNA PSIHIATRIJA (Izjave o uvedbi, razvoju in pomenu skupnostne psihiatrije.)

Vprašanci:	Skupnostna psihiatrija:	Pojmi:
psihiater (PBO)	Po eni strani se kao uvaja neka skupnostna psihiatrija, po drugi strani pa se psihiatrične bolnice tako trdovratno oklepajo svoje unikatnosti. Socialno psihiatričnega razmišljanja pa v slovenski psihiatriji nikoli ni bilo. Jaz mislim, da razen mene in doktor Švabove, ni ljudi, ki bi tako razmišljali. To bi mogli biti mali luštni centri; psihiater ali dva, psiholog, soc. delavec, kaka patronažna sestra,...in bi to krasno funkcioniralo. Ampak potem bolnišnice ni bi imele dela. Jaz psihiatrijo bolj vidim v sociali. Zdaj spet hočejo bolnišnice prevzeti to vlogo nase; da bi oni bili tisti, ki bi to izvajali. Pa to je noro!	Izvajanje skupnostne psihiatrije Socialna psihiatrija Oblika skupnostne službe Skupnost Izvajanje skupnostne psihiatrije
univ. dipl. soc. del. (PBO)	Na terenu se obiskuje	Število uporabnikov

	trenutno 30 uporabnikov. Skupnostni tim sestavlja socialna delavka, psiholog in medicinska sestra. Uporabnike tim obiskuje enkrat tedensko. Vloga socialne delavke je, da uporabnika usmeri, seznani o pravicah in možnostih, spremlja odnose v socialni mreži, spozna uporabnikovo okolje.	Skupnostni tim Pogostost obiskovanja Vloga socialne delavke
dipl. soc. del.; strokovna delavka (PIS Ozara Ljutomer)	/	/

Tabela 24: NEVLADNE ORGANIZACIJE (Izjave, ki se nanašajo na nevladne organizacije na področju duševnega zdravja.)

Vprašanci:	Nevladne organizacije:	Pojmi:
psihiater (PBO)	Bolnišnice so začele izgubljati to funkcijo, ki so jo imele prej; npr. ljudje v ptujski Ozari sedaj tam živijo in več ne visijo po bolnišnicah, kot so prej.	Funkcija NVO
univ. dipl. soc. del. (PBO)	Je pa težava na našem območju, da uporabniku nimamo kaj ponuditi, saj ni nevladnih organizacij. S strani uporabnikov je veliko povpraševanje po namestitvi v stanovanjske skupnosti, vendar ni dovolj kapacitet. Težava je predvsem za tiste uporabnike, ki nimajo socialne mreže, saj jih nimamo kam napotiti po odpustu iz bolnice.	Potreba po NVO Potreba po NVO Potreba po NVO
dipl. soc. del.; strokovna delavka (PIS Ozara Ljutomer)	...potreba po več nevladnih organizacijah je, sigurno.	Potreba po NVO

Tabela 25: HOSPITALIZACIJA (Izjave o povodih za hospitalizacijo ter o času, ko je uporabnik hospitaliziran).

Vprašanci:	Hospitalizacija:	Pojmi:
psihiater (PBO)	Pozna se tudi padec rodnosti, ki prinaša nižje število novih primerov; znižuje stopnjo hospitalizacije. In ker njih ni, potem hospitalizirajo ljudi, ki prej nikoli niso hodili sem. Smo postali blažilci socialne stiske, odlagališče za socialno problematiko in nadomestilo za zavetišča in to hudičevo dragi! In potem nekomu izrečejo ukrep prepovedi približevanja in gre v bolnišnico. Eh.... Torej, če se tukaj ugnezdiš; nikogar več ne vlačimo sem na silo, ljudje sami radi pridejo sem. Saj je razumljivo, mi ne moremo dovoliti, da nekdo v svojem stanju ogroža druge ljudi.	Potrebe po zasedenosti postelj Socialna stiska Ukrep sodišča Prostovoljnost Duševna stiska
univ. dipl. soc. del. (PBO)	V primeru, da ne ogrožajo sebe, so sprejeti na odprti oddelek.	Sprejem

	Stik s skupnostjo je pa uporabnikom omogočen tudi z rednimi vikend izhodi. Tudi med tednom lahko zapustijo bolnišnico ter grede po opravkih v mesto; pomembno je le, da o tem obvestijo osebje v bolnišnici.	Vikend izhodi Izhodi
dipl. soc. del.; strokovna delavka (PIS Ozara Ljutomer)	/	/

Tabela 26: TERENSKO DELO (Izjave, iz katerih pridobimo informacije o terenskem delu, delu v skupnosti ter področje, ki ga organizacija pokriva.)

Vprašanci:	Terensko delo:	Pojmi:
psihiater (PBO)	/	/
univ. dipl. soc. del. (PBO)	/	/
dipl. soc. del.; strokovna delavka (PIS Ozara Ljutomer)	Na terenu izvajamo največ storitev. To je gluhota prednost, da lahko gremo mi do njih in če se le da, ponudimo največ storitev na terenu. ...ali jim je predaleč, ali je to povezano s stroški ali pa zato, ker se v svojem okolju najbolje počutijo. ...delo na terenu pokriva celotno Pomurje oz. Prekmurje. Je pa zaradi tega, ker so manjše občine pri nas; od Maribora do Ormoža, do Razkrižja, Lendave, Goriškega, Murske Sobote. Nobenega. Ormož pa ne. Enkrat je bilo v Središču ob Dravi; en gospod je prihajal sem, je pa tudi še vedno v delovnem razmerju. In mu je bilo težko to usklajevati.	Dostopnost Dostopnost Pomurje/Prekmurje Nevključenost občine Ormož Nevključenost občine Ormož

Tabela 27: STATUS UPORABNIKOV (Izjave o statusu uporabnikov.)

Vprašanci:	Status uporabnikov:	Pojmi:
psihiater (PBO)	/	/
univ. dipl. soc. del. (PBO)	...težava je sploh pri dohodkih oseb, saj so le ti zelo nizki in onemogočajo kvalitetno integracijo.	Nizki dohodki
dipl. soc. del.; strokovna delavka (PIS Ozara Ljutomer)	Kakih 6-8 oseb je še vedno zaposlenih. S tistimi se dobimo že okrog sedmih zjutraj ali pač po službi. Odvisno. Eni pa delajo samo 4 ure. ...izmed teh naših 117 ljudi, jih je zaposlenih maksimalno 5. Ostale pa lahko opredelimo kot nezaposlene ali pa invalidsko upokojene.	Zaposleni Nezaposleni Invalidsko upokojeni

Tabela 28: STIGMA (Izjave o stigmatiziranosti uporabnikov s težavami v duševnem zdravju.)

Vprašanci:	Stigma:	Pojmi:
psihiater (PBO)	/	/
univ. dipl. soc. del. (PBO)	Še vedno pa se pojavljajo predsodki. Čeprav je stigme veliko manj kot včasih, ima okolica razvite predsodke.	Predsodki Upad stigme Predsodki
dipl. soc. del.; strokovna delavka (PIS Ozara Ljutomer)	Lahko bi rekli da se že zmanjšuje. Ni več tistih nekih hudih predsodkov, zato ker smo zdaj v tem obdobju že skoraj vsi seznanjeni kaj pomeni depresija ali ostale bolezni. Imamo malo več razumevanja. Tako zdaj jih že sprejemajo in celo želijo v svojem lokalnem okolju, da je na primer Ozara, naj deluje. Čeprav ja, bolnica ima malo večjo težavo; nevladne organizacije pa ne tako.	Upad stigme Informiranje družbe Sprejemanje Stigma bolnišnice

10. POVZETEK

Naloga v teoretskem delu zajema definicije duševnega zdravja in duševne bolezni ter pregled zdravstvene in socialnovarstvene skrbi na področju duševnega zdravja. Osredotočila sem se na psihiatrično bolnišnico ter posledice, ki jih prinese hospitalizacija v uporabnikovo življenje. Pregledala sem tudi skupnostno psihiatrično obravnavo in druge skupnostne službe na področju duševnega zdravja ter opisala ključne metode socialnega dela, ki so pomembne za delo z osebami, ki imajo težave v duševnem zdravju.

V empiričnem delu sem predstavila kvalitativno raziskavo, ki sem jo opravila na podlagi intervjujev z uporabniki in strokovnjaki. Zanimala me je pot okrevanja uporabnikov, ki so preživeli duševno krizo ter so bili hospitalizirani v PBO (Psihiatrični bolnišnici Ormož). Spraševala sem o povodu za prvo hospitalizacijo ter zadovoljstvu/nezadovoljstvu s psihiatrično bolnišnico. Zanimale so me osebne strategije ohranjanja duševnega zdravja ter vloga zdravil v procesu okrevanja. Spraševala sem po spremembah v posameznikovem življenju, ki so nastale po odpustu iz PBO. Osredotočila sem se na nevladne organizacije na področju duševnega zdravja in spraševala uporabnike, ali so vključeni v katero NVO ter kako jim je dostopna. Zanimalo me je tudi ali imajo željo po vključitvi v NVO.

S strokovnega vidika me je zanimalo, kdaj uporabniki poiščejo pomoč v psihiatrični bolnišnici ter katere spremembe to prinese v posameznikovo življenje. Zanimalo me je tudi, kdo je pobudnik za prvo hospitalizacijo. Želela sem pridobiti informacije o paleti storitev, ki so zagotovljene uporabnikom. Zanimalo me je, s katerimi ovirami se srečujejo strokovnjaki v procesu izvajanja pomoči, s katerimi službami v skupnosti sodeluje PBO ter v kolikšni meri v obravnavo vključujejo socialno mrežo uporabnika. Spoznala sem Ozaro Ljutomer, njene storitve ter raziskala vključenost oseb iz občine Ormož v njihovo delovanje.

Večino intervjujev sem snemala ter kasneje zapisala transkripte. Izjave, ki so bile pomembne za mojo raziskavo, sem izpisala in po pravilih kvalitativne raziskave obdelala ter tako prišla do pomembnih rezultatov in ugotovitev.

Na podlagi intervjujev z uporabniki sem ugotovila, da so prvič hospitalizirani večinoma na pobudo bližnjih ter strokovnjakov, predvsem zaradi slabega duševnega stanja. Obravnava v psihiatrični bolnišnici vpliva na stigmatizacijo »duševnega bolnika«, zato se po hospitalizaciji uporabniki srečujejo s strahom glede vrnitve nazaj v skupnost. Pojavijo se spremembe na

področju socialne mreže uporabnikov in zaposlitve. Večina jih po hospitalizaciji izgubi zaposlitev ali se invalidsko upokoji. Zdravila imajo še vedno najpomembnejšo vlogo v procesu obravnave. Pozitivnost PBO uporabniki vidijo v možnosti za umik iz družbe ter prejemu strokovne pomoči; negativnost pa v izključenosti iz domačega okolja, pridobitve stigme duševnega bolnika ter težavah pri reintegraciji v skupnost. Večina bi se jih ponovno odločila za zdravljenje v PBO. Na območju občine Ormož obstaja malo možnosti za vključevanje v skupnostne službe in nevladne organizacije. Uporabniki zaradi oddaljenosti od obstoječih nevladnih organizacij, ne morejo do njih dostopati, imajo pa željo po vključevanju in si želijo, da bi taka organizacija delovala v občini Ormož.

Strokovnjaki prav tako pravijo, da večina uporabnikov poišče strokovno pomoč zaradi slabega duševnega stanja ter da se največ hospitalizacij zgodi na pobudo bližnjih oseb. PBO se je spremenila po izgledu, metodah dela in obsegu kadra; vendar so kljub temu strokovni delavci še vedno preobremenjeni z delom. Na voljo je tudi premalo organizacij s katerimi bi lahko sodelovali (predvsem se pojavlja potreba po nevladnih organizacij). Medicinske metode dela so EMDR terapija ter terapija z psihiatričnimi zdravili, katero pa spremlja tudi vključevanje skupnosti uporabnika. Metode socialnega dela pa so predvsem razgovor, osebna pomoč, zagovorništvo, delo z družino in svojci, svetovanje, krepitev moči in koordinatorstvo. Psihiatrična zdravila imajo še vedno veliko vlogo v procesu obravnave, prejme jih skoraj vsak uporabnik, ki poišče pomoč pri psihiatru. Sodelovanja med organizacijami so pomanjkljiva; PBO največ sodeluje z CSD-ji, koordinatorji ter Ozaro Ptuj. Ozara Ljutomer pa prav tako najpogosteje sodeluje s CSD-ji ter koordinatorji. Sodelovanja med PBO in Ozaro Ljutomer ni. Večina uporabnikov po hospitalizaciji izgubi zaposlitev ali se invalidsko upokojijo. Stigma je še vedno prisotna, vendar se počasi zmanjšuje vzporedno s seznanjenostjo družbe o duševnih stiskah ter z delovanjem nevladnih organizacij. Psihiatrična bolnišnica prispeva k stigmatiziranosti uporabnikov.

Na podlagi ugotovitev in sklepov predlagam, da je v procesu obravnave potrebno svojce in uporabnike dobro seznaniti o duševni krizi, opozorilnih znakih, načinih zdravljenja, zdravilih in njenih učinkih; prav tako je treba izobraziti družbo, saj se bo na ta način zmanjšala stigma ter diskriminacija ljudi s težavami v duševnem zdravju. Hospitalizacije bi morale biti čim krajše in redkejše, zato je potrebno v proces obravnave vključevati socialno mrežo uporabnika ter skupnost, v kateri uporabnik živi ter razvijati več skupnostnih služb na področju duševnega zdravja. Kaže se tudi potreba po zaposlovanju več strokovnih delavcev na tem področju in ustanavljanju skupnostnih služb.

V občini Ormož je potrebno ustanoviti nevladno organizacijo na področju duševnega zdravja.