

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: Sandra Murk

Naslov naloge: Podpora osebam s težavami v duševnem zdravju v skupnosti

Kraj: Ljubljana

Leto: 2013

Št.strani: 148

Št.slik: 0

Št. tabel: 3

Št.bibl opomb: 0

Št. prilog: 1

Mentor: doc. dr. Mojca Urek

Somentor: doc. dr. Nino Rode

Deskriptoriji: duševno zdravje, institucionalni prostor, skupnostna skrb, okrevanje, socialna mreža, odprti dialog

POVZETEK: V nalogi zagovarjam pristop odprtega dialoga, torej pomen uporabnikove lastne podporne socialne mreže, takojšnjo zagotovitev pomoči, nepretrganost obravnave, fleksibilnost in mobilnost, multidisciplinarni pristop in dialoškost, kot možnost učinkovite celostne podpore uporabniku s težavami v duševnem zdravju in njegovim svojcem. Teoretični del naloge namenjam pojmovanju duševnega zdravja, razliki med psihiatričnim prostorom in stalno skupnostno skrbjo, vlogi svojcev v procesu okrevanja, ter predstavitvi metode odprtega dialoga. Empirični del kvalitativne raziskave razkriva različne pristope pomoči uporabnikom s težavami v duševnem zdravju v skupnosti. Pokaže tudi v katerih točkah se lahko obstoječi sistem primerja s pristopom odprtega dialoga in kje bi bile možne izboljšave za učinkovitejše delovanje sistema zdravstvenega in socialnega varstva.

Title: Support in community for people with mental health problems

Descriptors: mental health, institutionalisation, community care, recovery, social network, Open Dialogue

ABSTRACT: In my thesis I advocate for an Open Dialogue approach, i.e the meaning of the user's own social support network, provision of immediate help, psychological continuity, flexibility and mobility, multidisciplinary approach and dialogism as a possibility of effective integrated support for people with mental health problems and their relatives. The teoretical part is dedicated to conceptions of mental health, the difference between psychiatric hospitals and community care, the role of relatives in the recovery process and to the Open Dialogue approach. Empirical part of qualitative research reveals different approaches of help for people with mental health problems. It shows in which parts Slovenian system can be compared with the Open Dialouge approach, and possiblle improvements for more effective health and social care system.

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DIPLOMSKA NALOGA

**PODPORA OSEBAM S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU
V SKUPNOSTI**

Mentor: doc. dr. Mojca Urek

Sandra Murk

Somentor: doc. dr. Nino Rode

LJUBLJANA 2013

PREDGOVOR

Sodobni pristop podpore in pomoči osebam s težavami v duševnem zdravju naj bi prenesel težišče iz duševnih motenj na spodbujanje in ohranjanje duševnega zdravja, z izključno medicinskega modela obravnave na interdisciplinarno in medsektorsko sodelovanje. Z vidika organizacije služb, ki se jim posameznik prilagaja, naj bi prenesel težišče na potrebe posameznika, ki mora biti v središču storitev različnih služb. Namesto pretežno bolnišničnega zdravljenja, naj bi se osredotočil na pomoč in podporo v skupnosti.

Organizacija učinkovite skupnostne obravnave je zahteven izziv, ki bi se ga bilo smotrno lotiti na podlagi izkušenj tistih držav, ki so tovrstno obliko obravnave že razvile. Kot primer dobre prakse predstavljam pristop za zdravljenje shizofrenije oz. prve epizode psihoze imenovan odprti dialog (*angl. Open Dialogue approach*), s katerim sem se поблиžje spoznala na študijski izmenjavi na Danskem in iz katerega črpam idejo za svojo diplomsko nalogo. Menim, da vključuje ideje, ki se kažejo pomembne za uspešno in kvalitetno pomoč uporabnikom s težavami v duševnem zdravju.

V diplomski nalogi najprej predstavim dva temeljna modela pojmovanja problemov zdravja ter objektivistično in kibernetično definicijo zdravja. V nadaljevanju naredim kratek pregled stanja slovenske psihiatrije, ter opišem na kakšen način je bila pri nas izpeljana dezinstucionalizacija. Kot posledico dvotirne obravnave v skupnosti tako podrobneje predstavim razliko med psihiatričnim (institucionalnim) prostorom in skupnostno skrbjo. Izpostavim možne negativne posledice bolnišničnega zdravljenja, ter skušam s tem opozoriti na smiselnost obravnave v skupnosti. Nato predstavim glavne izvajalce storitev na področju duševnega zdravja v skupnosti. Kljub obstoju nevladnih organizacij, koordinirane obravnave v skupnosti in skupnostne psihiatrije, najpogosteje največje breme skrbi v skupnosti prenašajo svojci uporabnika. Zato posebno poglavje posvečam vlogi svojcev v procesu okrevanja. Opišem sam proces okrevanja, ter problematiko, ki jo doživljajo svojci in hkrati poudarjam, da je lahko dom ob ustrezni pomoči tima in pripravljenosti družinskih članov na sodelovanje, najboljšo naravno mesto za okrevanje. Nato podrobneje predstavim zgoraj omenjeni pristop.

S pomočjo kvalitativne raziskave sem želela dobiti vpogled v delovanje nevladnih organizacij, koordinirane obravnave v skupnosti in skupnostne psihiatrije. Želela sem ugotoviti, kje bi bile možne izboljšave in primerjati, kaj je v našem sistemu podobno pristopu odprtega dialoga. Zavedam se, da odprti dialog ni model, ki bi ga enovito prenesli iz kraja v kraj, saj more vsaka psihiatrična praska upoštevati lokalne razmere, kulturo, zgodovino, izkušnje, usposabljanja zaposlenih, administrativnega sistema in financiranja zdravljenja.

Tako kot je vsako sodelovanje z uporabnikom edinstven proces, bi moral biti edinstven tudi sistem podpore in pomoči.

Zahvaljujem se družini in vsem pomembnim osebam v mojem življenju za moralno in finančno podporo skozi vsa leta študija.

Zahvaljujem se mentorici in somentorju za strokovne nasvete in pomoč pri pisanju diplomske naloge.

Zahvaljujem se Rikke Tini Ulnits, Andi Biedre, Juliji Freudlsperger in Iris Meyer za skupno spoznavanje odprtega dialoga na študijski izmenjavi.

Zahvaljujem se vsem mojim sogovornikom za omogočene opravljene intervjuje.

Kazalo

1. TEORETIČNI UVOD	10
1.1. Zdravje in bolezen	10
1.1.1. Objektivistična in kibernetična epistemologija zdravja	10
1.1.2. Biomedicinski in biopsihosocialni model zdravja	12
1.2. Psihiatrični prostor in skupnostna skrb	13
1.2.1. Razlika med institucionalnim prostorom in skupnostno skrbjo	15
1.2.2. Negativne posledice hospitalizacije	18
1.3. Obravnava v skupnosti	22
1.3.1. Koordinirana obravnava v skupnosti	22
1.3.1.1. Koordinator obravnave v skupnosti	22
1.3.1.2. Načrt obravnave v skupnosti	24
1.3.1.3. Multidisciplinaren tim	25
1.3.1.4. Zastopnik pravic na področju duševnega zdravja	25
1.3.2. Nevladne organizacije	26
1.3.3. Skupnostna psihiatrija	28
1.4. Vloga svojcev v procesu okrevanja	33
1.4.1. Proces okrevanja	33
1.4.2. Vloga svojcev	36
1.5. Primer dobre prakse iz tujine	39
1.5.1. Ozadje in zgodovina razvoja	39
1.5.2. Epistemološki okvir	40
1.5.3. Načela zdravljenja in ostale smernice	42
1.5.4. Razumevanje psihotičnega vedenja	46
1.5.5. Učinkovitost odprtega dialoga	47
1.5.6. Odprti dialog v drugih kontekstih	48
2. PROBLEM	49
3. METODOLOGIJA	50
3.1. Vrsta raziskave	50
3.2. Merski instrument in viri podatkov	50
3.3. Populacija in vzorčenje	50
3.4. Zbiranje podatkov	50
3.5. Obdelava in analiza podatkov	51

4. REZULTATI	55
4.1. Vključitev v obravnavo	55
4.1.1. Kateri uporabniki	55
4.1.2. Predlog za vključitev v obravnavo	57
4.1.3. Vzpostavitev kontakta	57
4.1.4. Podpis izjave	58
4.1.5. Trajanje obravnave	59
4.2. Obisk na domu	60
4.2.1. Prednost obravnave na domu	60
4.2.2. Časovna doba do prvega obiska po odpustu iz bolnišnice	60
4.2.3. Namen obiska	61
4.2.4. Pogostost obiskov	61
4.2.5. Čas trajanja	61
4.2.6. Prisotnost ali neprisotnost svojcev	62
4.2.7. Možnost obiska v paru	62
4.3. Mehanizmi pomoči ob poslabšanju uporabnikovega stanja	62
4.3.1. Krizni načrt	62
4.3.2. Obisk pri psihiatru in urejanje terapije	62
4.3.3. Obisk psihiatra na domu	62
4.3.4. Hospitalizacija	63
4.3.5. Krizni tim	63
4.3.6. Možnost 24 h dosegljivosti na telefon	64
4.4. Povezovanje različnih služb in storitev v skupnosti	64
4.4.1. Pomen sodelovanja	64
4.4.2. Rivalstvo in očitki podvajanja	65
4.4.3. Obveščanje drugih služb	66
4.5. Sodelovanje tima PZS z drugimi službami v skupnosti	67
4.5.1. PZS tim	67
4.5.2. Stanje v Idriji	67
4.5.3. Stanje v Ljubljani	68
4.5.4. Ločevanje PZS od NMP	69
4.5.5. Evalvacija programa PZS	69
4.6. Koordinirana obravnavo v skupnosti	69
4.6.1. Profil koordinatorja	69
4.6.2. Ločevanje načrtovalca in izvajalca	70
4.6.3. Vloga koordinatorja pri vzpostavitvi izvajalske mreže	71

4.6.4.	Mesto koordinacije na Centru za socialno delo	72
4.7.	Kontinuirani sestanki	72
4.7.1.	Namen in udeleženos uporabnika	72
4.7.2.	Sodelovanje psihiatrov na multidisciplinarnih timih pri obravnavi načrta	73
4.8.	Potrebe	73
4.8.1.	Zaposlitev in finančna sredstva	73
4.8.2.	Izobraževanje	73
4.8.3.	Terensko delo	74
4.8.4.	Drugo	75
4.9.	Diagnoza, razlagalne teorije in stigma	75
4.9.1.	Pomen diagnoze	75
4.9.2.	Razlagalne teorije	75
4.9.3.	Stigma	76
4.10.	Odnos do zdravil	77
5.	RAZPRAVA	78
6.	SKLEPI	86
7.	PREDLOGI	88
8.	LITERATURA	90
9.	POVZETEK	94
10.	PRILOGE	95
10.1.	kodiranje po kodah in kategorijah	95

1. TEORETIČNI UVOD

1.1. Zdravje in bolezen

1.1.1. Objektivistična in kibernetična epistemologija zdravja

Če skušamo definicije zdravja razvrstiti v dva pola- objektivističnega (ali objektivistično epistemologijo) in kibernetičnega (oz. kibernetično epistemologijo) se lahko za začetek vprašamo, kaj nam pove definicija, ki pravi, da je zdravje odsotnost odkritih bolezenskih simptomov, pri čemer so simptomi za posamezne bolezni vnaprej in dokaj jasno določeni. Bolezen in zdravje sta po tej definiciji neodvisni entiteti ali sistema, ki ga lahko z dovolj jasno definiranim merskim sistemom izmerimo in opišemo. Gre za izrazito objektivistično držo do sveta (uporabnika, njegove bolezni oz. zdravja), ki je »tam zunaj« in ga lahko natančno izmerimo (Jeriček 2005). Objektivistična epistemologija se tako ukvarja predvsem s tem, kaj lahko spoznamo. Predpostavljamo, da tam zunaj obstaja resničnost, ki je neodvisna od spoznanja in ji naše spoznanje bolj ali manj korespondira, oziroma da je spoznavanje le preslikovanje tistega, kar je zunaj v zavest, ki je znotraj (Kordeš 2005). Neupoštevanje vključenosti raziskovalca v to kar raziskuje, oz. objektivnost je tudi glavni kriterij znanstvenosti. Definicija Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) je, v nasprotju z bolj ozko socialno medicinsko definicijo, zelo splošna in vključuje težko merljive vidike človekovega življenja (npr. blaginjo, splošno dobro počutje, razvitost vseh človekovih potencialov). SZO zanima človekovo celotno bivanje in s tem lahko to definicijo uvrstimo nekje vmes med objektivistični in kibernetični pol (Jeriček 2005).

Kibernetično epistemologijo zanimajo spoznavne navade, vprašanja o tem, kako nastaja znanje. Ne gre torej za spraševanje o tem, kakšen je svet v resnici, ampak za lastnosti samega spoznavnega procesa. Kibernetično epistemologijo zanima spoznavanje spoznavanja in njeno osnovno spoznanje je, da lahko spoznavanje utemeljimo le s poznavanjem (ibid). Iz kibernetične epistemologije se je razvil pogled, v skladu s katerim se vidimo kot del sveta, ki ga nenehno soustvarjamo in porajamo in ga imenujemo stališče udeležnosti. Vsak strokovnjak v interakciji psihosocialne podpore in pomoči deluje s stališča udeležnosti, takrat, kadar obravnava vse udeležence kot vzajemno, krožno povezane, sebe pa kot neogibno vključenega v sistem, ki je predmet njegovega opazovanja. Stališče udeležnosti velja za temeljno predpostavko postmoderne naravnosti izvajalcev psihosocialne podpore in pomoči. Drža udeležnosti ima pomembne etične posledice - govorimo o etiki udeležnosti, saj od izvajalca podpore in pomoči zahteva, da se odreče objektivističnemu in pogosto

moralističnemu presojanju, pojasnjevanju in predpisovanju »ustreznejšega« doživljanja« in vedenja uporabniku. Stališče in etika udeležnosti vodita vsakega udeleženca v psihosocialni rehabilitaciji k prevzemanju deleža odgovornosti za lastne odločitve in dejanja, saj odgovornosti ni več mogoče v celoti pripisovati nekemu širšemu, zunanjemu, objektivnemu referenčnemu okviru, npr. predpisom, normam, teoriji, metodi, avtoriteti (Možina, Šugman 2004: 114).

Upoštevanje stališča udeležnosti prinaša novost v smislu, da nikoli ne pridemo do končne resnice, modela ali ugotovitve, ampak le do začasnih oz. približkov. Ta proces bi lahko ponazorili z vijačnico, raztegnjeno v neskončnost, saj je ena od ključnih značilnosti ljudi kot netrivialnih sistemov, da ne moremo z natančnostjo določiti, kakšen je naš obrazec obnašanja in smo zato nepredvidljivi. Način našega vedenja v sedanjosti je namreč odvisen od zgodovine vseh naših dosedanjih akcij in interakcij: vsako naše dejanje postane podlaga za naše nadaljnje delovanje. To pomeni, da se obrazec našega obnašanja z vsakim našim početjem, doživetjem, z vsako našo interakcijo nekoliko spremeni. Izvajalci podpore in pomoči s pristajanjem na tovrstno negotovost, s pripravljenostjo na ugodna in neugodna presenečenja v interakciji z uporabniškim sistemom, lahko postopno razvijejo gotovost drugega reda, to je gotovost v negotovost (ibid.).

Duhlova definicija (zdravje je premikanje proti zdravju), bi bila torej primer definicije zdravja s stališča udeležnosti, saj je izrazito procesna in krožna. Pri tem bolnikovo stanje ni nekaj rigidnega in trajajočega, ampak je zelo kompleksen proces, ki je neulovljiv in se nenehno spreminja. Zdravje ni stanje, ampak proces, ni nekaj, kar imamo, ampak nekaj, k čemur težimo. Zato ga težko enoznačno ujamemo v naprej definiran nabor simptomov in bolezni. Uporabnik in zdravnik sta udeležena tako pri definiranju bolezni oz. zdravja, kot pri opredelitvi zdravljenja. Saj zdravje oz. bolezen ne obstaja, dokler ga ne ustvarimo znotraj svoje teorije oz. v interakciji z uporabnikom (Jeriček 2005). Za kibernetike je resničnost dogovor ali soglasje vsaj dveh opazovalcev oz. udeležencev v sistemu o nečem kot resničnem (Možina, Šugman 2004). Zdravje (zdravstveno stanje, razširjenost bolezni) tedaj ni več neodvisna entiteta, ki obstaja ločeno od raziskovalca in jo raziskovalec le odkrije, opiše in razišče s primernimi metodami, ampak se ustvarja v procesu interakcije. Pomeni določenega dogodka se po kibernetičnem, konstruktivističnem razumevanju ne nahajajo (objektivno) v samem dogodku, temveč jih ustvari opazovalec oz. interpret v interakciji z okoljem, z drugimi udeleženci situacije (Šugman 2005). Zato je bistveno, kdo se ukvarja z zdravjem - zdravnik, sociolog, socialni delavec, kakšno je njegovo znanje, iz kakšnih epistemoloških predpostavk

izhaja, kakšne izkušnje ima, pričakovanja itd. Pomembno je, da se zavedamo svojega vpliva na omejene veljavnosti svojih ugotovitev oz. konstruktov (Jeriček 2005).

1.1.2. Biomedicinski in biopsihosocialni model zdravja

Model je bolj ali manj sistematičen pojmovni okvir za razlago določene skupine pojavov, vključuje pa tudi metode in strategije za njihovo praktično obvladovanje. Za razliko od teorije, služi model predvsem usmerjanju praktične dejavnosti (Lamovec 2006: 45). V zgodovini sta se razvila dva temeljna modela pojmovanja problemov zdravja: biomedicinski in biopsihosocialni model.

Biomedicinski model je v bistvu redukcionističen, to pomeni, da bolezenski pojav zožuje na raven celice oz. kemijskega dogajanja. Bolezen obravnava kot posledico motenj v delovanju človeškega telesa, ki je razumljeno kot biokemijski stroj. Redukcionistično predpostavlja, da so vse človeške motnje povezane s specifičnimi biokemijskimi vzroki v organizmu in da se celo nekatere duševne bolezni lahko pojasnijo z biokemijskimi spremembami. To je model linearnega, vzročno posledičnega gledanja na bolezen. Za njen nastanek naj bi bili pomembni le biološki dejavniki; telo in psiha sta torej dve ločeni entiteti, brez vzajemnih povezav in vplivov. Vse alternativne poglede ima za neveljavne in izključuje vse druge vplive, tudi socialne, psihološke in vedenjske razsežnosti človekovega telesnega blagostanja in dobrega počutja (Kvas, Seljak 2004).

Ob predpostavki organskih motenj v možganih ali telesih nekaterih ljudi, bomo spregledali možnost, da je to, kar označujemo kot simptome, morda izraz njihovih medosebnih odnosov in da kot taki vsebujejo določen pomen. Szasz te težave označuje kot »probleme življenja«, ki jih bolezenski model pripisuje fiziološko-kemičnim procesom, ki jih bodo nekoč odkrili (Lamovec 1995: 26). Uradna medicina je seveda čvrst temelj za diagnostiko in terapijo bolezni, vendar je lahko dopolnjena s številnimi pristopi, ki bolj upoštevajo uporabnikovo osebnost, njegovo biografijo in njegove lastne regenerativne potenciale (Mohorič 2003: 83). Biopsihosocialni model zdravja zahteva interdisciplinarni pristop do uporabnika. Temelji na splošni teoriji sistemov in ni zanikanje, temveč razširitev prejšnjega modela. Pri odkrivanju uporabnikovih težav morajo sodelovati različni strokovnjaki, saj bodo le tako njihove ugotovitve ustrežnejše. Ta model torej poudarja pomen zdravja in bolezni, ne le bolezni. Zdravje ni več nekaj samo po sebi danega, temveč proces, ki je močno odvisen od izpolnjenosti posameznikovih bioloških, socialnih in psiholoških potreb, za kar se lahko vsakdo aktivno zavzame, zlasti če se nauči prisluhniti sebi. Bistvo biopsihosocialnega modela zdravja je celostni pristop do uporabnika.

1.2. Psihiatrični prostor in skupnostna skrb

Če pogledamo na slovensko psihiatrijo iz vidika medicinskega modela, je ocena kakovosti pozitivna. V uvajanju skupnostnega modela, ki prenaša težišče pomoči iz bolnic v skupnost in ki ga danes priporoča tudi Svetovna zdravstvena organizacija, pa je slovenska psihiatrija še v povojih. V razvitih državah, kjer so razvili skupnostni model, je zdravljenje z zdravili s kratko hospitalizacijo (večinoma ne več v psihiatričnih bolnišnicah, ki so jih marsikje zaprli oz. zmanjšujejo število postelj) ključno predvsem v akutnih fazah, prevladujejo pa psihosocialne oblike pomoči, ki so uporabnikom lokalno dostopne npr. dnevni centri, bivalne skupine, invalidska podjetja oz. pomoč pri zaposlovanju (Možina 2009).

Do zmanjševanja števila psihiatričnih postelj povsod v razvitem svetu je prišlo zaradi več razlogov. Prvi razlog so bili previsoki stroški velikih institucij, drugi pa njihova prenapoljenost in kršitve človekovih pravic zaradi slabih prostorskih razmer, pomanjkanja in premajhne izobraženosti osebja. Tretji razlog je bila učinkovitost novih antipsihotičnih zdravil, s katerimi se je zdravstveno stanje pacientov dovolj popravilo, da so lahko bolnišnice zapustili in začeli živeti v skupnosti (Švab 2011: 6). Zamisel o dezinstitutionalizaciji pa se v praksi kaže v dveh oblikah, ki se med seboj razlikujeta le po stopnji radikalnosti. Prva oblika se kaže v prizadevanju, da bi čim večje število oseb iz ustanov znova vključili v življenje v skupnost. Druga oblika, ki jo je zastopal npr. Franco Basaglia, pa predstavlja zahtevo po ukinitvi ustanov nasploh (Lamovec 1995: 199).

Pri nas kljub nekaterim radikalnim pozivom k zaprtju psihiatričnih bolnišnic v osemdesetih ni prevladovalo dualistično razumevanje: »bolnišnično psihiatrično zdravljenje je slabo, skupnostna skrb je dobra«, saj po mnenju Možina (2009) to tudi ni dobro vodilo za spreminjanje sistema varstva duševnega zdravja v manj razvitih deželah. Razvoj skupnostno orientiranih služb ne pomeni nujno ukinitve psihiatričnih bolnic, kar se je npr. pokazalo tudi v Avstriji, Nemčiji in na Nizozemskem. To stališče se je tudi uveljavilo v Zakonu o duševnem zdravju in je posledica razvoja skupnostnega pristopa v okviru nevladnih organizacij v zadnjih dvajsetih letih, ki so morale sprejeti sobivanje s psihiatričnimi bolnicami in z bolj tradicionalno, konservativno orientiranimi strokovnjaki v njih. Gre torej za dvotirno obravnavo v skupnosti, ki zrcali sobivanje nevladnih organizacij in psihiatričnih bolnic. To je zaenkrat »slovenska rešitev«, ki se je izognila bolj radikalnemu zapiranju psihiatričnih bolnic (Možina 2009: 182). Izognemo pa se tudi temu, da bi ob odpravi psihiatričnih bolnišnic uporabniki ostali »na cesti«, ker mreža nevladnih služb za duševno zdravje še ni dovolj razvita. Programi nevladnih organizacij namreč izvajajo storitve za manj zahtevne oblike

podpore in pomoči, medtem ko ostaja področje storitev za ljudi z velikim in največjim obsegom potreb po pomoči, ob nekaterih izjemah, nepokrito (Flaker et al. 2009: 20). Odsotnost prostora, ki lahko rabi za odlaganje težkih primerov, pa bi lahko po drugi strani prisilila strokovnjake, da izumijo načine za ukvarjanje s »problemom«, ki jih sicer ne bi, ker bi lahko svoje kukavičje jajce odložili v bolnišnico. Odpravljanje psihiatričnih bolnic torej ni le odpravljanje zatiralskega aparata, temveč tudi vzvod za proizvodnjo novih skupnostnih služb, saj so zaradi odsotnosti takega aparata drugačni odgovori nujni (Flaker 1998: 208).

Obravnava v skupnosti je enako pomemben del sodobne pomoči osebam s težavami v duševnem zdravju kot institucionalna obravnava. Dokazano izboljšuje sodelovanje bolnikov pri zdravljenju, preprečuje pogoste ponovitve bolezni ter izboljša skupen izid v smislu preprečevanja kronifikacije in izboljšanja kakovosti življenja (Bregar, Novak 2011). Švabova (2003) poudarja, da se Svetovna zdravstvena organizacija zavzema in pri tem tudi vztraja, da se skrb za ljudi s kroničnimi težavami v duševnem zdravju v največji možni meri izvaja v skupnosti, saj je psihiatrično zdravljenje v lokalnem okolju osebe nujno za zgodnje prepoznavanje poslabšanja motenj, takojšnjo pomoč in visoko prilagodljivost psihiatričnega zdravljenja konkretni osebi.

V nadaljevanju bom tako predstavila razliko med institucionalnim prostorom in skupnostno skrbjo. S tem želim opozoriti na smiselnost obravnave v skupnosti, hkrati pa tudi na smiselnost združevanja skupnostne in institucionalne oblike obravnave, ki jo sodobna organizacija služb za duševno zdravje tudi zagovarja. Sodobna obravnava duševnih motenj naj bi predstavljala ravnotežje med seboj povezanih bolnišničnih in skupnostnih služb. Pri tem naj bi bolnišnice prevzemale oskrbo akutnih poslabšanj bolezni, v skupnosti pa naj bi obravnavo prevzemala mreža skupnostnih služb – specializirani zdravstveni mobilni timi, v povezavi z drugimi ustanovami in nevladnimi organizacijami s področja socialnih storitev in zaposlovanja (Bregar, Novak 2011: 2). Uspešnost skupnostne skrbi za osebe s težavami v duševnem zdravju je torej odvisna od povezav med različnimi službami, strokovnjaki, prostovoljnimi sodelavci in uporabniki (Kovač, Švab 1994). Prav tako ne gre le za premestitev obravnave zunaj bolnišnic in zavodov, temveč predvsem za spremembo načina dela in drugačne vrednote.

1.2.1. Razlika med institucionalnim prostorom in skupnostno skrbjo

Tabelo 1 v celoti povzemam po Možina 2004: 99.

Psihiatrični(institucionalni) prostor	Prostovoljski prostor (skupnostna stalna skrb)
Pomagajoči je »zunaj odnosnega polja z uporabnikom, je objektivni, neudeleženi opazovalec, kronist oz. poročevalec.	Pomagajoči je »v« odnosnem polju z uporabnikom, je subjektivni, udeleženi opazovalec oz. poročevalec.
Glavna pozornost pomagajočega je naravnana na pacientovo patologijo in na njegove spomine v zvezi s težavami, problemi, simptomi. Pogovori se v glavnem vrtijo okoli ugotavljanja stopnje, intenzitete patologije in deficitov.	Glavna pozornost pomagajočega je naravnana na možne trenutke srečanja, na vire. Prepoznavanje patologije je pomembno za orientacijo pomagajočega, vendar se pogovori v glavnem vrtijo okoli možnih malih korakov v pozitivno smer.
Pomagajoči se do pacientov vedejo, kot da diagnoza »shizofrenija« pove veliko o vzrokih in nastanku te »bolezni«, da je skratka jasno, da gre za »bolezen« in da je medicinski model ustrezen in utemeljen za zdravljenje te »bolezni«. Na tej osnovi podcenjujejo in zanemarjajo psihosocialni in skupnostno usmerjeni pristop.	Pomagajoči se zavedajo, da diagnoza »shizofrenija« zajema tako širok spekter pojavov, da se s postavitvijo te diagnoze da sklepati o vzrokih in nastanku teh pojavov samo hipotetično in da je pri obravnavi ljudi z dolgotrajnimi duševnimi motnjami medicinski model razmeroma neuspešen brez psihosocialnega in skupnostno usmerjenega pristopa.
V prevladujoče distanciranih odnosih med pomagajočimi in pacienti je glavna pozornost usmerjena na vsakdanje, eksplicitne spomine, ki blokirajo globoki spomin.	V odnosih med pomagajočimi in uporabniki, kjer je mogoča tudi večja osebna bližina, je glavna pozornost usmerjena na globoke, implicitne spomine, ki so pretrgani, polni bolečine in tudi upanja.
Obravnava pacientov teče kot po tekočem	Individualizirana obravnava uporabnikov;

traku, odnos jaz-ti med pomagajočimi in uporabnikom je v ozadju, v ospredju pa je odnos dveh vlog: »pomagajoči« in »pacient«.

zlasti dragoceni so trenutki avtentičnega odnosa jaz-ti; vlogi »pomagajočega« in »uporabnika« sta širši okvir, ki taka srečanja omogoča.

Zanemarjen je pacientov odnosni kontekst.

Glavni poudarek je na uporabnikovem odnosnem kontekstu.

Pomagajoči se ne morejo kaj veliko naučiti od pacientov, saj so si ti kot nosilci patologije med seboj zelo podobni. Pomagajoči komunicirajo s »shizofreniki«, »alkoholiki«, »depresivci«, »maniki« itn.

Ker je odnos med pomagajočim in uporabnikom enkraten, je tudi enkratna priložnost za učenje. Niti dva uporabnika nista enaka. »Shizofrenikov« ni, so le osebe (od katerih je vsaka enkratna), ki so jih diagnosticirali s »shizofrenijo«.

Institucija bolj skrbi za interese in pravice iz delovnih razmerij zaposlenih kakor za interese uporabnikov.

»Privilegij« za pomagajoče so predvsem v tem, da si omogočajo pomembno, alternativno človeško in življenjsko izkušnjo. Interesi uporabnikov so v ospredju.

Prevladuje piramidna hierarhična organizacija. Velikega pomena je družbeni status, moč, vpliv in hierarhija pomagajočih. Majhna vertikalna prehodnost.

Prevladuje horizontalna, mrežna organizacija med sodelavci. Večji pomen dajejo kvaliteti odnosov med pomagajočimi kakor hierarhiji. Pomagajoči v odnosih z uporabniki stalno dekonstruirajo svojo moč. Velika vertikalna prehodnost.

Velik poudarek se daje zunanjemu ugledu, videzu, fasadi institucije.

Zunanji videz, ugled, fasada organizacije je razmeroma skromna.

Važna je kvantiteta storitev (npr. zasedenost postelj, število sprejemov), na osnovi katere institucijo tudi financirajo (npr. zavarovalnice).

Ker je glavnina dela neplačana, se lahko prostovoljska organizacija izogne pritiskom financerjev in s tem imperativu po veliki

količini storitev. Namesto tega je lahko v ospredju kvaliteta dela (npr. kvalitetna stalna skupnostna skrb za majhno število uporabnikov).

Glavni pristop je psihofarmakoterapija, zdravstvena nega in ponudba azila. Delovna terapija pomaga, da pacientom mine čas, razmeroma malo (če sploh) pa povečuje njihovo delazmožnost.

Glavni pristop je psihosocialna pomoč oz. skupnostna skrb (svetovanje, zagovorništvo, samopomoč, krizni timi, stanovanjske skupnosti, dnevni centri). Programi zaposlovanja in invalidska podjetja prispevajo k dejanskemu povečanju delazmožnosti uporabnikov.

Velik poudarek je na tem, da pacienti postanejo ubogljivi, krotki. Pomagajoči hitro zavrejo in zadušijo pacientovo destruktivno agresivnost oz. pozitivno simptomatiko, tolerirajo pa njegovo deficitno agresivnost oz. negativno simptomatiko in se v zvezi z njo relativno malo angažirajo.

Uporabnik ima več možnosti za doživljanje in izražanje upora in odpora, pomagajoči bolj tolerirajo uporabnikovo destruktivno agresivnost oz. pozitivno simptomatiko, pojave deficitarne agresivnosti oz. negativno simptomatiko pa obravnavajo bolj aktivno in angažirano.

Večja uniformiranost, konformnost tako pomagajočih kot uporabnikov. Oboji se skrivajo za svojimi vlogami.

Večja raznolikost, svojskost tako pomagajočih kot uporabnikov, vloge so manj pomembne od oseb.

Pomagajoči se manj osebno izpostavljajo, vzdržujejo večjo profesionalno distanco, se manj osebno angažirajo, bolj skrivajo osebne probleme. Prevladuje rutinska obravnava pacientov in moralistična naravnost. Oblikuje se vzdušje, češ »pomagajoči smo na eni strani, na drugi strani pa so pacienti«.

Pomagajoči se bolj osebno angažirajo, izpostavljajo in so bolj dostopni, kar omogoča več pristnih, avtentičnih osebnih stikov. Osebni problemi pomagajočih se pogosteje pokažejo in obravnavajo v vzdušju »pomagajoči in uporabniki smo (v eksistencialnem smislu) v istem čolnu«.

Manjša možnost za aktivacijo implicitnih odnosnih spominov (stilov navezanosti) tako pri pomagajočih kot uporabnikih.

Večja možnost za aktivacijo implicitnih odnosnih spominov (stilov navezanosti) tako pri pomagajočih kot pri uporabnikih.

Razmeroma majhna učinkovitost pomagajočih ob velikih stroških institucionalne obravnave pacientov.

Razmeroma velika učinkovitost pomagajočih ob skromnih materialnih stroških obravnave uporabnikov.

Zagotovljena je večja kontinuiteta skrbi (naša bolnišnica je bila, je in bo). Relativno majhna fluktuacija zaposlenih.

Zagotovljena je manjša kontinuiteta skrbi (naš program danes je, jutri pa ga morda ne bo več). Razmeroma velika fluktuacija prostovoljnih sodelavcev.

1.2.2. Negativne posledice hospitalizacije

Že tekom primerjave institucionalnega prostora in skupnostne skrbi lahko zasledimo nekatere pomanjkljivosti psihiatričnega (institucionalnega) prostora. V tem poglavju bom predstavila še latrogene poškodbe. To so poškodbe, ki jih povzroči samo zdravljenje v psihiatrični bolnišnici ali okoliščine, ki so z njim povezane (Lamovec 1995: 34).

- *stigmatiziranost*

Pod vplivom psihiatričnega mita o neozdravljivosti, ljudje »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 pa je ostala le še motnja (Lamovec 1996: 201). Četudi bo kriza minila, bo oznaka ostala za vse življenje. In ravno ta oznaka je najhujši del procesa okrevanja. Flaker (1998: 151) tako meni, da je bivanje v duševni bolnišnici vaja v vidnosti. Stigma bivanja tam, namreč poveča človekovo vidnost. Kdor ima oznako duševnega bolnika (ali seveda kakšno drugo stigmo), je bolj izpostavljen pogledu drugih. Stigma tako rekoč avtomatično vključi bolj pozoren pogled, iskanje znamenj norosti ali druge deviantnosti. Obenem mora stigmatizirani ves čas opazovati svoje vedenje in biti bolj normalen od normalnega, da bi zadostil merilom ocenjujočega pogleda. Tako nastane razvpiti »strah pred intimnostjo«, za katerim naj bi bolehal uporabniki. Uporabnik je enakovreden le toliko časa, dokler se skriva. Če si dovoli intimnejše spoznavanje, bo spoznan za manj vrednega (Lamovec 1996: 201). Kakršna koli diagnoza pa ne stigmatizira le uporabnika, temveč vso družino. K temu veliko prispevajo mediji, saj so v 73 odstotkih

televizijskih oddaj, v katerih nastopajo duševni bolniki, le-ti prikazani kot nasilneži, v 23 odstotkih oddaj pa kot morilci (Švab 2006: 105).

- odvisnost od zdravil oz. zadušitev notranjih virov moči kot posledica uživanja

Odvisnost od zdravil je posledica dolgotrajnega jemanja zdravil, kar naj bi služilo preprečevanju nadaljnjih kriz. Ljudje se pri tem ne zavedajo, da so zaradi tablet slepi za nauke ter, da si za srečo in duševno zdravje lahko prizadevajo sami. Ko se pod vplivom zdravila, ki ga jemljejo na recept ali po lastni presoji, počutijo dobro, se zmanjša ali izgine pobuda, da bi naredili še kaj drugega kot le jemali zdravilo in uživali v njegovih učinkih. Poleg tega z jemanjem močnih psihofarmakov tvegajo, da jim slednji poškodujejo možgane in povzročijo resnične duševne bolezni, kot je npr. tardivna diskinezija (Glasser 2003: 39). Poučni so tudi podatki, ki kažejo, da je v čustveno ugodnem okolju le malo novih kriz, tako z zdravili kot brez njih. Le v čustveno neugodnem okolju uporaba zdravil bistveno zmanjša število ponovitev kriz. Zdravila torej varujejo predvsem pred učinki neugodnega okolja. Vprašljiva je torej logika, ki v takih primerih predpisuje jemanje zdravil in ne spremembe okolja. Seveda je tak način lažji in cenejši (Lamovec 1995: 34). Poleg tega je psihotični raziskovalec notranjih svetov ravno v času največje potrebe potisnjen v »zombijevsko« stanje brez ostrine uma, zmožnosti za globoke občutke, samozavedanje in sočutje s seboj (Glasser 2003: 206). Z zmerno dozo zdravil je mogoče umiriti psihozo, nato pa prisluhniti zgodbi, ki želi priti na dan. Če je doza zdravil prevelika, potem skupaj s psihozo utihne tudi samoizražanje. Tedaj ni kaj pripovedovati, bolje rečeno, tam ni nikogar več, ki bi lahko pripovedoval. Pretirane količine zdravil vrnejo posameznika na stanje pred krizo, napredka pa ni. Priložnost za rast je s tem zamujena (Lamovec 1995: 37). Na ta način teptamo osnovne podporne stebre terapevtske zdrave pameti.

- utrditev lažnega jaza (prevzemanje identitete bolnika)

Bivanje v zavodu je za človeka škodljivo. Institucionalni postopki pripeljejo do socialnega omrtvičenja osebne identitete in jo nadomestijo z institucionalno identiteto bolnika, varovanca, obsojenca, oskrbovanca ali gojenca. Vstop v ustanovo oropa novinca za večino tistih stabilnih ureditev, ki so mu omogočale somopojmovanje (Flaker 1998). Večina uporabnikov se s prevzemom vloge pacienta postavi v položaj totalne odvisnosti. Ne le, da svoje življenje definirajo le še preko bolezni, kar dokazujejo tudi izjave o tem, da bo takrat, ko bodo ozdraveli, vse drugače, temveč se večina od njih v celoti prepušča »pogledu drugega«. Pogosti so primeri, kjer kateri od uporabnikov vpraša članico osebja: »Povejte mi, ali sem danes kaj boljši?« (Zaviršek 1994: 219). Mnogim uporabnikom se zgodi, da prevladata

»enostavnost« in »lahkost« umika v bolnišnico, nad napornim udejstvovanjem v vsakdanjem življenju zunaj bolnišnice. Tako ne razvijejo možne stopnje samostojnosti ali vzajemne avtonomije, temveč razvijejo patološko odvisnost od bolnišnice, zdravnikov in zdravil (Možina 2004: 95).

- spremenjeni odnosi z družino in prijatelji

Ko se uporabnik vrne domov, postane tretjerazredni član družine. Neprestano ga opazujejo. Družina postane preobčutljiva na vse spremembe, ki jih zasledi na njem in si jih takoj razlaga kot znak, da se znova začena. Mnogi starši težje prenašajo poležavanje in apatijo kot neposredne izzive in tako včasih sami povzročajo napeto ozračje, kar uporabniku ne koristi. Družino pogosto doživlja kot utesnjujočo, čuti, da ga le-ta duši, hkrati pa se zaveda, da jo potrebuje. Tako kroži med družino in ustanovo. Večina uporabnikov skoraj povsem zamenja svoje prijatelje, nekateri pa si raje izberejo samoto ali družbo podobnih sebi. Slednje je, vsaj kot prehodna faza, dobra rešitev. Prednost je namreč v tem, da posameznik lahko govori o svojih izkušnjah, brez strahu pred zavrnitvijo, posmehom ali razvrednotenjem (Lamovec 1995 a, 1998 b).

- spremenjena pogodbeno moč

Možnost stopanja v pogodbene odnose je glavno sredstvo rehabilitacije marginaliziranih ljudi. Hkrati je pogodbeno nemoč tudi temeljna skupna značilnost varovancev psihiatrične bolnišnice (Flaker 1998: 194). Družba, ki velikodušno deli pokojnine, jim dela medvedjo uslugo. Zada jim končni udarec, ki potrdi tisto, česar so se vseskozi bali, in sicer, da so povsem nekoristni. Četudi ima uporabnik srečo, da še ima svoje delovno mesto, se mora tudi tukaj pripraviti na nenehno opazovanje. Nekatera delovna okolja so »dobrohotna« in skušajo uporabniku vsiljivo »pomagati«. Vso to nepotrebno in nadležno skrb, mora uporabnik potrpežljivo prenašati in se delati hvaležnega. Hvalijo ga za stvari, ki jih sam ne ceni, ne vidijo pa, koliko truda je vložil v nekaj, kar se zdi drugim samo po sebi umevno. Njegovo doživljanje in samoizražanje je prepovedano. Poleg tega se uporabnik v opisanih pogojih srečuje še z drugimi preprekami, kot so npr. premestitev na nižje delovno mesto, uvrstitev na čakalno listo ter siljenje k upokojitvi (Lamovec 1995).

- izguba ciljev, spretnosti in nazadovanje

Pasivnost, pretrgani stiki, odvisnost od avtoritarnega osebja, nestimulativno okolje, pretirana uporaba zdravil in pomanjkanje življenjskih ciljev proizvedejo, kot poimenuje Barton, institucionalno nevrozo. Slednja se kaže v apatiji, pomanjkanju iniciativnosti, izgubi zanimanja za zunanji svet, podredljivosti in resignaciji. Človek začne zanemarjati svoj videz

in svoje navade. Drža postane sključena, hoja drsajoča, gibi medenice, bokov in kolen omejeni. To se lahko stopnjuje v radikalen umik vase, depresijo ali celo v popolnoma avtistično držo, katatonijo in ritmično gibanje (Flaker 1998: 8). Varovanci se učijo predvsem spretnosti, ki jih potrebujejo za življenje v ustanovi, katere pa v vsakdanjem življenju niso uporabne ali so celo kontraproduktivne. Civilne spretnosti, ki so jih varovanci pridobili pred vstopom v ustanovo, pa se celo zanemarjajo in pozabijo (ibid.). Zavedati se moramo tudi, da kolikor bolj neprivlačno je okolje, v katerem se psihotična oseba nahaja, toliko manj se bo pripravljena odpovedati psihozi. V primerjavi z dramatičnostjo norosti, ima človek v procesu okrevanja občutek dolgočasje in brezupa. Zato se lahko zgodi, da izgubi svoj cilj in z njim voljo, ki jo potrebuje za okrevanje (Lamovec 1995: 93). Prav tako vsak uporabnik psihiatričnih ustanov utrpi močno škodo na področju samospoštovanja. Ob razmajanem samospoštovanju se zdi vse nemogoče. Posledica sta pomanjkanje motivacije in vztrajnosti. Najmanjši neuspeh potrди začetno domnevo. Nastane začaran krog, ki vodi do opustitve kakršnih koli prizadevanj (Lamovec 1995: 36).

- oropnost konteksta in normalne reakcije na nenormalne situacije

Zanemarjanje odnosnega konteksta je tipična značilnost medicinskega modela (Možina 2004 :90). Problemov življenja ne moremo reševati na odmaknjenem prostoru, temveč le v sredini vsakdanjega življenja, kamor spadajo (Lamovec 1995: 55). Ko posameznika premestimo iz običajnega fizičnega in medosebnega okolja, s tem sprožimo proces dekontekstualizacije. Vzorci vedenja, ki so v prejšnjem okolju imeli določeno funkcijo in pomen, postanejo nerazumljivi in neučinkoviti. Uporabnikovo vsakdanje življenje in problemi niso več taki, kot jih je opredelil sam, temveč se zdaj opisujejo z novim jezikom – z jezikom duševne bolezni. Njegova dejanja niso več vsakdanja dejanja, temveč so to simptomi, regres, dekompenzacija, »acting out« itd. V vseh izrazih ni več prisotna socialna stvarnost, temveč le psihična motenost. Družba na primer pričakuje od tistih, ki so bili »nori« in so preobčutljivi na svojo nesrečo, enak ton, geste, ritem in mehko, kakršne najdemo pri osebah, ki niso preživele nobenih izrednih tragedij (ibid.). Prestopkom se sodi po merilih, ki veljajo v ustanovi in ne s splošnimi merili civilne družbe (Flaker 1998: 118). Zgodi se tudi, da okvir sedanje, aktualne bolezni, določi interpretativno shemo prejšnjih dogodkov (ibid.).

1.3. Obravnava v skupnosti

V nadaljevanju bi predstavila koordinacijo na centrih za socialno delo, nevladne organizacije ter skupnostno psihiatrijo. To so glavni izvajalci storitev na področju duševnega zdravja v skupnosti.

1.3.1. Koordinirana obravnava v skupnosti

Ena bistvenih novosti, ki jih pod vplivom nevladnih organizacij uvaja Zakon o duševnem zdravju, je t. i. obravnava v skupnosti. Zakon o duševnem zdravju v 91. členu določa, 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. Obravnava v skupnosti naj bi potekala na podlagi interdisciplinarnega načrta obravnave v skupnosti in se izvajala v sodelovanju z različnimi strokovnjaki v okviru za to pristojnih nevladnih organizacij, usklajuje pa jo koordinator obravnave v skupnosti. Tega imenuje pristojni center za socialno delo, pri katerem je tudi zaposlen. Na drugi strani pa je t. i. nadzorovana obravnava, kjer naj bi zdravljenje potekalo na podlagi interdisciplinarnega načrta nadzorovane obravnave pod nadzorom koordinatorske nadzorovane obravnave, ki ga imenuje sodišče, strokovno pa ga nadzira psihiatrična bolnišnica. Poudarek pri nadzorovani obravnavi je na nepretrganem zdravljenju osebe v lokalnem okolju zunaj psihiatrične bolnišnice v njenem domačem okolju oz. tam, kjer biva. Koordinatorji nadzorovane obravnave so zaposleni pri izvajalcih psihiatričnega zdravljenja (<http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200877&stevilka=3448>).

Zakon o duševnem zdravju je med drugimi novimi profili uvedel tudi profil zastopnika pravic na področju duševnega zdravja in uvedel obveznost odvetniške podpore uporabnikom v postopkih pred sodiščem ter Nacionalni program duševnega zdravja (Flaker et. al. 2009: 4).

1.3.1.1. Koordinator obravnave v skupnosti

Koordinator obravnave v skupnosti je posameznik, ki ga za spremljanje in koordiniranje obravnave v skupnosti za posamezno osebo določi pristojni center za socialno delo na osnovi izražene želje osebe po izdelavi načrta obravnave v skupnosti, ki je podrobneje predstavljen v naslednji točki. Ima najmanj visoko izobrazbo zdravstvene, psihološke, socialne, pedagoške ali druge ustrezne smeri, ima opravljen izpit za koordinatorja obravnave v skupnosti ter tri leta delovnih izkušenj na področju varovanja duševnega zdravja ali socialnega varstva in ni pravnomočno obsojen na nepogojno zaporno kazen. Zaposlen je pri centru za socialno delo,

lahko je neodvisna fizična oseba, lahko je zaposlen v organizaciji, ki ponuja storitve koordiniranja (NVO, CSD, zasebni sektor). Ne more pa biti zaposlen na zavodu, ki izvaja storitve, ki jih koordinira. Delovni prostor za koordinatorja je lociran v skupnosti, tako da koordinator opravlja svoje delo na terenu, na domu oseb in na drugih lokacijah, ki ustrezajo osebi. V kolikor svojih nalog ne opravlja v skladu z Zakonom o duševnem zdravju ali ne izpolnjuje več pogojev za koordinatorja, center za socialno delo določi drugega koordinatorja. Sredstva za delo koordinatorjev obravnave v skupnosti se zagotovijo iz sredstev ministrstva, pristojnega za socialno varstvo (Flaker et. al. 2009: 41-43).

Koordinator obravnave v skupnosti po 96. členu ZDZdr opravlja predvsem naslednje naloge:

- pripravi, koordinira in nadzira izvajanje načrta obravnave v skupnosti (medtem ko sama izdelava načrta pomeni eno izmed storitev, ki jo koordinator naroči; enako po naročilu koordinatorja, načrtovalec izdelava tudi zapis sprememb v načrtu, revizije načrta in po potrebi načrt na zalogo);
- organizira in vodi multidisciplinarni tim;
- nudi strokovno podporo in podporo glede namestitve izvajalcem obravnave v skupnosti;
- skrbi za evidenco obravnav v skupnosti;
- stoji osebi ob strani in organizira sodelovanje tako, da ima oseba možnost izbire koordinatorja in ostalih izvajalcev;
- v sodelovanju z osebo oblikuje potek izvedbe ciljev in predvidi potrebne izvajalce za podporo osebi za življenje v skupnosti;
- poišče možne izvajalce;
- spremlja izvajanje načrta obravnave v skupnosti;
- zagotovi potrebna opravila za pripravo okolja za vrnitev osebe v skupnost;
- organizira in vodi sestanek multidisciplinarnega tima organizira in vodi multidisciplinarni tim, kjer oseba predstavi svoje cilje za organiziranje življenja in pridobi od članov tima visoko specialistična znanja za oblikovanje pomoči v podporo svojim ciljem;
- po šestih mesecih oceni izvajanje in pripravi morebitne dopolnitve načrta obravnave v skupnosti (ibid.)

Metode in tehnike dela, ki jih koordinator obravnave v skupnosti pri svojem delu uporablja, pa so zlasti naslednje: analiza tveganja in načrt za zmanjševanje tveganja, koordinacija strokovnih timov, hitra ocena potreb, delo s kriznim timom in v intervencijah, zastopanje in zagovorništvo, individualno načrtovanje z udejanjanjem ciljev, informiranje, čustvena podpora in spodbujanje uporabnika, terensko delo, oskrba in preskrba, mreženje, menedžment

storitev in izvajanje storitev, pogajanja, finančno načrtovanje, obdelava in interpretacija podatkov, problemska konferenca, timska konferenca in lokalna akcija.

1.3.1.2. Načrt obravnave v skupnosti

Izdelavo načrta obravnave v skupnosti naroči izvajalcu koordinator obravnave v skupnosti na osnovi dogovora z osebo o tem, da želi podporo pri organiziranju življenja v skupnosti. Načrt obravnave v skupnosti je dokument, s katerim uveljavlja oseba dostop do socialnovarstvenih in zdravstvenih storitev in programov kot pomoč za življenje v skupnosti. Načrt vsebuje časovno določene zdravstvene, socialno varstvene in druge storitve z njihovimi izvajalci, ki se opravljajo v obravnavi v skupnosti in se sprejme za posamezno osebo. Sredstva za izvajanje načrta obravnave v skupnosti se zagotovijo iz sredstev ministrstva, pristojnega za socialno varstvo (Flaker et.al. 2009: 45-46). V 2. členu Zakon o duševnem zdravju natančno opisuje sam načrt in njegove sestavine:

- Načrt obravnave v skupnosti naroči koordinator obravnave v skupnosti, na osnovi izražene volje osebe;
- Načrt obravnave v skupnosti zapiše načrtovalec z osebo po načelih zagotovljenega vpliva uporabnika;
- V načrtu oseba zapiše pomembne vidike in cilje, po katerih bo organiziral svoje življenje v skupnosti;
- Načrt predstavi oseba multidisciplinarnemu timu;
- Člani multidisciplinarnega tima se seznanijo s cilji iz načrta ter povedo, kako bo posamezna stroka predvidela podporo osebi pri uresničevanju svojih ciljev za organiziranje kakovostnega življenja v skupnosti;
- Oseba z načrtovalcem dopolni svoj načrt s predlogi in napotki članov tima in oblikuje končno besedilo načrta, ki pridobi lastnost dokumenta s podpisom osebe in načrtovalca.
- V načrtu zapisane naloge prinašajo tudi naslovnike, izvajalce;
- Vsakega izvajalca posebej koordinator poišče, se z njim dogovori v prisotnosti osebe, o poteku izvajanja storitev, plačilu, načinu spremljanja izvajanja in spremljanju kakovosti izvedbe;
- Oseba in izvajalci se dogovorijo o spremljanju kakovosti izvajanja storitev in poteh za odpravljanje nepravilnosti. Seznanijo se s pritožbenim mehanizmom in z načini ukrepanja obeh strank v primeru kršenja dogovorov;

- Oseba in izvajalci sklenejo dogovor o nalogah posameznih izvajalcev za udejanjanje ciljev iz načrta. Koordinator pripravi dokumentacijo in uredi formalnosti za vzpostavitev sodelovanja izvajalcev (ibid).

1.3.1.3. Multidisciplinaren tim

Kot je že omenjeno v prejšnjih poglavjih, je sodelovanje zdravstvene in socialne oskrbe nujno na področju duševnega zdravja v skupnosti. Multidisciplinarni tim, ki ga sestavljajo stalni in priložnostni člani, je strokovno telo, ki pomaga osebi za oblikovanje ustreznih oblik podpore in pomoči za zavarovanje dobrobiti osebe pri organiziranju kakovostnega življenja v skupnosti. Tim se v njeno korist zbere okoli osebe. Stalni člani multidisciplinarnega tima so oseba ali njen zastopnik po njeni izbiri, koordinator, psihiater, socialni delavec. Priložnostni člani tima se vključijo po potrebi, in sicer patronažna služba, predstavniki izvajalskih organizacij, ki bodo sodelovali pri uresničevanju določil iz načrta, in drugi, ki lahko vplivajo in prispevajo k uresničevanju določil iz načrta. S svojim specialističnim znanjem in izvedenstvom multidisciplinarni tim prispeva k oblikovanju podpore pri organiziranju življenja osebe na tistih področjih, kjer je njihova ekspertiza potrebna za zagotavljanje varnosti, dobrobita ali dostojanstva osebe. Z oceno tveganja ugotavlja ogroženost in sodeluje pri oblikovanju načrta za zmanjševanje tveganja pri oblikovanju ukrepov za stabilno in kakovostno podporo za ohranjanje najnižje možne stopnje tveganja zaradi težav v duševnem zdravju (Flaker et. al. 2009: 46).

1.3.1.4. Zastopnik pravic na področju duševnega zdravja

Zakon o duševnem zdravju uvaja profil zastopnika na področju duševnega zdravja, s tem se je odmaknil od dosedanje rabe izraza zagovornik. Naloge zastopnika so varovanje človekovih pravic in dostojanstva, krepitev moči in vpliva človeka. Po ZDZdr zastopnik deluje na oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice, varovanem oddelku socialnovarstvenega zavoda in v nadzorovani obravnavi, kjer je ljudem omejena ustavna pravica do gibanja. Po zakonu mora osebje ob sprejemu vsakogar poučiti o pravici do zastopnika in mu izročiti seznam imenovanih zastopnikov, s katerega si lahko izbere svojega zastopnika, če želi. Zastopnik človeku pomaga, če mu osebje krši ustavno zagotovljene človekove pravice in svoboščine, posebej pravico do dopisovanja, pravico do sprejemanja obiskov, pravico do uporabe telefona, pravica do gibanj in pravica do zastopnika, kar je navedeno v 12. členu ZDZdr. Zastopnik preverja tudi evidenco o uporabi posebnih varovalnih ukrepov (telesno oviranje s pasovi, omejitev gibanja znotraj enega prostora) in posebnih metod zdravljenja (zdravljenje z elektrokonvulzivno terapijo, hormonsko zdravljenje, uporaba

psihotropnih zdravil v vrednostih, ki presegajo največji predpisani odmerek), kar govori 24. člen ZDZdr. Pri uporabi posebnega varovalnega ukrepa velja, da gre za nujni ukrep, ki se ga lahko uporabi le izjemoma zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje in življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebe ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom (29. člen ZDZdr). Posebni varovalni ukrep telesnega oviranja s pasovi ne sme trajati več kot štiri ure, znotraj enega prostora pa ne več kot 12 ur. Posebne metode se lahko uporabi, ko ni na voljo drugih učinkovitih metod zdravljenja za ustrezno zdravstveno oskrbo ter ob pisni privolitvi osebe ali skrbnika. Zastopnik mora biti obveščen o uporabi posebnega varovalnega ukrepa. V primeru uporabe psihotropnih zdravil v vrednosti, ki presegajo najvišji predpisani odmerek, pa ima možnost predlagati strokovni nadzor.

1.3.2. Nevladne organizacije

Nevladne organizacije so pričele z delom v zgodnjih devetdesetih letih prejšnjega stoletja in so sedaj najpomembnejše nosilke dejavnosti na področju duševnega zdravja v skupnosti. Temeljni cilj načrtovanja skrbi je v največji možni meri povečati uporabnikovo samostojnost. Poglavitni način dela je učenje vsakdanjih, socialnih ali zaposlitvenih spretnosti. Delovanje nevladnih organizacij je zelo pomembno na področju destigmatizacije, saj svoje delovanje usmerjajo v ozaveščanje širše javnosti o različnih vsebinah iz področja duševnega zdravja. Žal nevladne organizacije ne omogočajo mobilne službe ali kriznega tima, z namenom preživetja krize doma, čeprav so se nekatere organizacije že preizkušale v tem. Lahko pa se usmerijo na službe, ki nudijo pomoč v takšnih stanjih. Pomembno je, da uporabnika poučijo o pravicah, ki mu pripadajo (Oreški et. al. 2010: 38).

Organizacije, ki se ukvarjajo z duševnim zdravjem v Sloveniji, so: Altra, Šent, Ozara, Novi Paradoks, Vezi, Humana ter društvo Mostovi. V njihovem okviru potekajo programi svetovalnih pisarn, dnevnih centrov, stanovanjskih skupnosti, zagovorništva, izobraževanja, zaposlitvenih projektov, skupine za samopomoč in druge dejavnosti (Jeriček 2009: 92). Podrobneje se v teh programih odvijajo naslednje dejavnosti:

- *dnevni centri*

Program dnevni center se izvaja v obliki skupinskih in individualnih dejavnosti, katerih skupni cilj je psihosocialna rehabilitacija in pomoč pri čim hitrejši vključitvi nazaj v vsakdanje življenje. Dejavnosti v okviru programa dnevni center so v posameznem dnevnem

centru oblikovane glede na potrebe uporabnikov posameznega dnevnega centra ob pomoči strokovnih delavcev. Izvajajo se kot metode skupinskega dela (delavnice) ter dela s skupnostjo. Te delavnice so na primer: delavnica psihosocialne rehabilitacije (trening socialnih veščin, interakcijske vaje itd.), izobraževalne delavnice (tuji jeziki, računalništvo), ustvarjalne delavnice (glasbena, slikarska), prostočasne delavnice (družabne igre, telovadba ipd.), izleti, tabori, letovanja, predavanja in okrogle mize, obiski razstav, prireditve ter še mnogo drugega (http://www.sent.si/index.php?m_id=dnevni_centri).

- *svetovalne pisarne*

V programu svetovalne pisarne se nudi psihosocialna pomoč in podpora osebam s težavami v duševnem zdravju in njihovim svojcem oziroma bližnjim v skupnosti. Program se izvaja v pisarni, na terenu in po potrebi tudi v domačem okolju uporabnika. Izvajajo se storitve informiranja, svetovanja po telefonu in osebno, osebne pomoči, svetovanja svojcem oziroma bližnjim, vodenja skupin za samopomoč za uporabnike in svojce, organiziranja in koordiniranja dogovorjenih oblik pomoči, zagovorništva ter aktivnosti s področja osveščanja in promocije duševnega zdravja (<http://www.altra.si/#!/programi/vstc4=svetovalnica>).

- *stanovanjske skupine*

Program stanovanjske skupine je namenjen polnoletnim osebam, ki zaradi občasnih ali dolgotrajnih stisk in težav v duševnem zdravju potrebujejo strokovno pomoč in podporo za samostojno življenje v skupnosti, ker nimajo primerne bivalnega okolja in ustrezne socialne mreže. S pomočjo individualnega načrta za samostojno življenje, strokovno pomočjo zaposlenih, drugimi rehabilitacijskimi programi in ostalimi službami na področju socialnega in zdravstvenega varstva ter aktivnim sodelovanjem stanovalca v programu stanovanjske skupine se skuša doseči čim večjo samostojnost posameznika s ciljem samostojnega bivanja. Stanovalci, vključeni v program stanovanjske skupine, sprejmejo in se držijo določenih hišnih pravil, ki omogočajo kvalitetno sobivanje. Stanovanjske skupine se nahajajo v primernem in dostopnem stanovanjskem okolju. Bivanje je organizirano v hiši ali stanovanju, kjer običajno sobiva od 3–6 oseb (http://www.sent.si/index.php?m_id=stanovanjske_skupine).

- *zaposlitev*

Zaposlitev predstavlja pomemben del rehabilitacije oseb s težavami v duševnem zdravju in vpliva na kakovost njihovega življenja. Nevladne organizacije nudijo tudi možnost vključitve v različne programe aktivne politike zaposlovanja (usposabljanje na delovnem mestu, javna dela) in program socialne vključenosti. Za izvajanje programov na področju zaposlitvene rehabilitacije, delovnega usposabljanja in zaposlovanja oseb s težavami v duševnem zdravju

je npr. Šent ustanovil invalidsko podjetje, zaposlitvene centre, zavod za izvajanje zaposlitvene rehabilitacije in podpornega zaposlovanja ter zavod za svetovanje, promocijo in razvoj dostopnega turizma (http://www.sent.si/index.php?m_id=zaposlitev). Invalidsko podjetje in zaposlitveni center je razvila tudi Ozara.

- *zagovorništvo*

Osebam s težavami v duševnem zdravju so kljub številnim spremembam na področju zakonodaje še vedno velikokrat kršene osnovne človekove pravice. Zaradi tega v okviru Šenta na področju zagovorništva in varovanja človekovih pravic delujeta tudi dva svetovalna organa (Svet uporabnikov in Forum svojcev Slovenije).

- *ozaveščanje in izobraževanje*

Delujeta v smeri zmanjševanja stigme in informiranja o duševnem zdravju. Z izobraževalnimi programi prenašajo uporabna znanja o skupnostni skrbi oseb s težavami v duševnem zdravju in druga znanja s področja socialnega varstva specifičnim ciljnim skupinam: uporabnikom, njihovim svojcem in strokovnim delavcem (http://www.sent.si/index.php?m_id=ozavescanje).

- *skupine za samopomoč*

Skupine za samopomoč v večini nastanejo na pobudo uporabnikov programov in storitev ter so namenjene osebam s težavami v duševnem zdravju, ki si želijo medsebojno pomagati in izmenjati izkušnje. Njeni člani dobijo podporo ne glede na to, kdo so, kakšni so ter kakšna je njihova življenjska situacija. Sami določijo teme pogovorov in s tem usmerjajo srečanja na konkreten problem ali pa so pretežno družabne narave. Medsebojno podpiranje članom omogoča pridobivanje samozavesti in spretnosti za vsakdanje življenje (<http://www.ozara.org/programi-in-projekti/spremljevalni-programi/skupine-za-samopomoc/>).

1.3.3. Skupnostna psihiatrija

Skupnostno psihiatrično zdravljenje je zdravstveni program, ki ga je potrdil Zdravstveni svet na seji dne 17. 4. 2008. Gre za dopolnitev in širitev specialistične psihiatrične ambulantne dejavnosti oziroma za program dela psihiatričnih bolnišnic, ki vključuje intenzivno povezovanje z osnovnim zdravstvom. Program izvajajo psihiatrični timi, ki v polni sestavi vključujejo psihiatra, kliničnega psihologa, dipl. medicinsko sestro, dipl. ali višjega socialnega delavca, dipl. delovnega terapevta in administrativnega delavca. Obravnava, ki vključuje krizne intervencije, spremljanje bolnika na domu, učenje vsakdanjih veščin v domači situaciji, individualno povezovanje s skupnostnimi službami, kontrolnimi zdravniškimi pregledi v spremstvu osebe, ki intenzivno skrbi za bolnika, traja eno leto, z

rednim preverjanjem izpolnjenih načrtov vsake tri mesece. Po uspešno zaključenem skupnostnem psihiatričnem zdravljenju naj bi bil osebam zagotovljen podporni sistem drugih služb v skupnosti (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2011–2016: 64).

Principi skupnostne psihiatrije (v celoti povzemam po Švab 2011: 7–24):

- *povezovanje*

Skupnostni načini dela omogočajo povezovanje služb in storitev na lokalni ravni. Dobro načrtovanje obravnave in pravočasno ukrepanje sta odvisna od dobrega pretoka informacij med osnovnim zdravstvenim varstvom, socialnimi, zaposlitvenimi, izobraževalnimi in psihiatričnimi službami. Ljudje z duševnimi motnjami potrebujejo celovito obravnavo. Te ni mogoče doseči s sklicevanjem sestankov med socialnimi delavci na centrih za socialno delo in psihiatri iz bolnišnic, temveč le z živim povezovanjem na terenu, kjer vsak član delovne skupine in vsi skupaj težijo k skupnemu cilju, ki je v korist pacienta in njegove družine. V povezani delovni skupini je mogoče doseči tudi boljši nadzor nad porabo sredstev, torej nad učinkovitostjo ukrepov.

- *odgovornost*

Odgovornost v bolnišnici je pretežno zdravnikova. V skupnostni psihiatriji pa vsi člani delovne skupine prevzemajo enako mero odgovornosti za obravnavo pacientov. Odgovorni član delovne skupine je, ne glede na svoj poklicni profil, odgovoren za spremljanje, načrtovanje in izvajanje načrta obravnave. Dolžan se je posvetovati z – na določenem področju – bolj kompetentnimi sodelavci, kadar je to potrebno in z njimi izvajati načrt obravnave. Naloge se torej lahko delijo, odgovornost pa je določena, in to enakovredno pri medicinskih sestrah, socialnih delavcih in zdravnikih. Odgovornost se veže na izvajanje načrta in ne na posamezne strokovne ukrepe, kot je na primer predpisovanje zdravil. V primeru, da se pacient »izgubi«, ker ne pridejo na kontrolne preglede, se jih poišče.

- *dostopnost*

Princip dostopnosti pomeni, da so službe v zadostni bližini, da jih je mogoče doseči brez večjih stroškov, da pred vstopom ni čakalnih dob, posebej ne predolghih in birokratskih, da so službe enako dostopne vsem, ki jih potrebujejo, brez diskriminacije. Zgodnje zdravljenje in pomoč ljudem v duševni stiski je ena izmed najbolj dokazano uspešnih preventivnih dejavnosti na področju duševnega zdravja. Pravočasna pomoč pri duševnih motnjah prepreči njihove posledice in invalidnost, omogoča zmanjšanje intenzivnosti zdravljenja in omejevanja človeških pravic pacientov in pravic njihovih družin. Ekonomski učinki so nedvomni, pomembnejše pa je, da zgodnje ukrepanje prizanesse družinam pacientov dolgotrajno trpljenje

in invalidnost. Vprašanja, kako doseči, da bodo ljudje pravočasno in takoj poiskali pomoč pri duševnih motnjah sta pravzaprav vprašanja o dostopnosti služb in o premagovanju stigme. Skupnostna psihiatrija naj ne bi omejevala dostopa, saj je lokalni psihiatrični tim namenjen med drugim tudi zgodnjemu odkrivanju težav.

- *nepretrganost obravnave*

Je pomembna, ker je skupnostno obravnavo treba ponuditi predvsem ljudem, ki imajo hude in ponavljajoče se duševne motnje. Gre za neprekinjeno serijo kontaktov, ki jo lahko zagotavlja ista delovna skupina ali pa sodelavci iz različnih delovnih skupin. V sedanji organizacijski zmedi je daleč najpomembnejše, da se ohrani komunikacija med zdravstvenimi in socialnimi službami. Še boljše pa bi bilo, da bi se zdravstveni in socialni delavci povezali v delovne skupine, ki bi lahko zagotovile tudi horizontalno kontinuiteto, to je prisotnost vsaj enega ali dveh članov delovne skupine nepretrgano, ne glede na to, v katerem sektorju sta zaposlena.

- *enakost, vsestranskost, kulturna prilagojenost*

Enakost v skupnostni psihiatriji pomeni predvsem »pošteno porazdelitev sredstev«, pri čemer naj se največ sredstev porabi za najbolj pomoči potrebne. Nujno je, da so v načrtovanje vključeni različni strokovnjaki različnih služb: zdravstvenih, socialnih in zaposlitvenih. Mlad človek, ki se je po prvi epizodi shizofrenije znašel v razmerah, ko ne more nadaljevati študija zaradi spoznavnih motenj, je osamljen, ker prijatelji zavračajo njegovo družbo, preživlja dneve doma z zaskrbljenimi in osuplimi starši, je v gmotni stiski, ker se je v času bolezni zadolžil in ga je zapustila partnerka, rabi veliko več kot le zdravljenje. Potrebuje celovito in vsestransko obravnavo, ki mu bo v oporo pri reševanju številnih potreb in problemov. Ob tem pa je pri skupnostni obravnavi nadvse pomembno tudi to, da se ne rešuje težav »po kopitu«, temveč se vsako obravnavo prilagodi kulturnim in socialnim značilnostim posameznika.

- *destigmatizacija in varovanje pravic*

Razlog, da ljudje s hudimi duševnimi motnjami pri nas nas in v svetu ne pridejo do učinkovite, vsestranske in prilagojene obravnave, je v stigmatizaciji. Ta je vir tegob zdravstvenega in socialnega sistema skrbi za uporabnike. Skupino psihiatrično bolnih se pogosto stigmatizira kot manjvredno zaradi bolezni, domnevnih karakternih posebnosti in socialne šibkosti. Ta vrsta stigmatizacije, ki se najpogosteje izraža v pokroviteljstvu, je bistveno zmanjšana v okolju, kjer je človek doma. Kadar je človek na svojem ozemlju, lažje izrazi svoje potrebe in zahteve. Obravnavo je lahko bistveno bolj prilagojena posamezniku kot v instituciji.

Metode dela v skupnostni psihiatriji:

- *ocena potreb*

Delo in ukrepi v skupnostni obravnavi bolnika se načrtujejo na osnovi ocene njegovih potreb. Na individualnem nivoju so potrebe bolnikov v bistvu njihove zahteve, ki so prilagojene možnemu. Primer ocenjevanja na individualni ravni je standardiziran angleški vprašalnik, ki ocenjuje 22 vrst potreb Camberwell Assessment of Need (CAN). Slovenska raziskava s CAN je pokazala, da pacienti v nevladnih rehabilitacijskih službah večinoma iščejo pomoč zaradi pomanjkanja družinske podpore in zaradi pomanjkanja sredstev za preživljanje. Večina želi zaposlitev in izraža potrebo po druženju.

- *timsko delo*

Nobena služba za skupnostno psihiatrijo ne more delovati samostojno. Multidisciplinarne delovne skupine naj bi bile osrednji element sodobne skrbi za duševno zdravje povsod po svetu. Razloga za to soglasno mednarodno mnenje sta očitna: potreba po koordinaciji socialnih in zdravstvenih služb pri obravnavi ljudi s hudimi duševnimi motnjami in spoznanje, da ima terapevtski odnos in spoštovanje pacientovih pravic v lokalnem okolju bistven vpliv na potek in izid duševnih motenj. Skupnostne delovne skupine so se v zadnjem desetletju specializirale za nekatera posebna področja obravnave z vidika značilnosti pacientov. To so lahko motnje hranjenja in prve psihoze ali glede na vrsto intervencije, na primer krizne intervencije.

Skupnostne delovne skupine za duševno zdravje v generičnem pomenu so sestavljene iz specialistov psihiatrov, medicinskih sester, socialnih delavcev, psihologov in delovnih terapevtov in so namenjene vsem (odraslim) prebivalcem na definiranem območju, predvsem tistim s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami.

Specialistične skupnostne delovne skupine se razlikujejo od splošnih tako, da imajo jasno definicijo ciljne skupine glede na diagnozo, spol in starost, jasno naštete metode zdravljenja, fiksne kapacitete in visoko usposobljene strokovnjake.

Delovne skupine za krizne intervencije so skupine, ki preprečujejo hospitalizacije in se odzovejo na vsak nujni poziv zaradi duševnih motenj v skupnosti. Njihova obravnava posameznega pacienta je časovno omejena, navadno na največ 6 tednov. Delujejo intenzivno, kar pomeni, da se lahko pri pacientu oglašajo tudi večkrat dnevno in omogočijo aplikacijo zdravil, delajo z družino, preprečujejo zaplete zdravljenja in varujejo pred samopoškodbami ali nasiljem. Tesno so povezani s službami nujne medicinske pomoči, ki k njim napotijo daleč največ pacientov.

Intenzivne skupnostne psihiatrične delovne skupine (Assertive Community Treatment – ACT) obravnavajo paciente, ki se pogosto vračajo v bolnišnico in slabo sodelujejo pri psihiatričnem

zdravljenju. Spremljajo dolgotrajne in zahtevne psihiatrične paciente, ki potrebujejo nepretrgano podporo v skupnosti. Podobno kot pri splošnih psihiatričnih skupnostnih delovnih skupinah, opravlja delo multidisciplinarna delovna skupina. Razmerje med osebjem in pacienti je razmeroma nizko (1 : 10), saj gre za intenzivno spremljanje in zdravstveno obravnavo. Skrbijo za redno jemanje zdravil in preverjajo zdravstveno stanje. Pomagajo pri vsakdanjih težavah na pacientovem domu, delajo z družino in krepijo socialne veščine. S pacienti imajo pogoste stike tudi v času morebitne hospitalizacije. Dostop do teh delovnih skupin je 24 ur dnevno in tudi ob koncu tedna. V Sloveniji so ACT-eju podobne delovne skupine nastale v okviru štirih psihiatričnih bolnišnic: Ljubljana, Idrija, Maribor in Ormož.

1.4. Vloga svojcev v procesu okrevanja

Z gibanjem deinstitucionalizacije v smeri skupnostne skrbi so družine vedno bolj vključene v življenja svojih družinskih članov s težavami v duševnem zdravju in so dostikrat primarni skrbniki obolelih, zato posebno poglavje posvečam vlogi svojcev v procesu okrevanja. Opišem sam proces okrevanja ter problematiko, ki jo doživljajo svojci, hkrati poudarjam, da je lahko dom ob ustrezni pomoči tima in pripravljenosti družinskih članov na sodelovanje, najboljše naravno mesto za okrevanje.

1.4.1. Proces okrevanja

Tako družina kot psihiatrija si neznansko prizadevata, da bi osebo, ki je preživela psihozo vrnila nazaj, v stanje pred krizo, medtem ko si ona sama želi naprej, pogosto za vsako ceno (Lamovec 1995a: 321). Tako socialno delo namesto psihiatričnih diagnoz in »popolne ozdravitve« zanima, kako izboljšati izbire in možnosti v vsakdanjem življenju oseb s težavami v duševnem zdravju. Socialno delo se osredotoča na proces okrevanja in se ne ustavlja pri cilju »popolne ozdravitve«, ki deli ljudi na tiste, ki jim je »uspelo« in na tiste, ki jim »ni uspelo« (Zaviršek 2004: 8). Lamovec (1995a: 73) zapiše, da okrevanje ni jasno razločljiv dogodek ali meja, ki jo je potrebno prestopiti, temveč je nepretrgan proces, ki se dogaja ves čas. Lahko ga torej vidimo kot pot in ne kot neko končno stanje. Za nekatere ljudi lahko okrevanje pomeni izhod iz služb za duševno zdravje, za stalno ali za večino časa. Za druge pa lahko pomeni nadaljnjo prejetje medikamentozne terapije, osebno ali socialno podporo, ki jim omogoča, da lahko nadaljujejo s svojim življenjem (Tew 2011: 124).

To postavi na glavo konvencionalno domnevo, da morajo ljudje najprej okrevati, preden lahko razmišljajo o ponovni vključitvi v aktivno državljanstvo in da je okrevanje možno doseči samo skozi pasivno privolitev za medicinsko zdravljenje. Namesto tega okrevanje predlaga, da morajo ljudje prevzeti odgovornost za povrnitev življenjskega stila, ki je pomemben zanje in zavzeti aktivno vlogo pri obvladovanju glasov, razpoloženja, samopoškodovalnega vedenja ali drugih manifestacij svoje duševne stiske. Čeprav ublažitev simptomov ali njihovo izginotje ni primaren namen, pa se ravno skozi fokusiranje na »dobiti življenje«, lahko zgodi tudi to (ibid.). Teži torej k temu, da krepí procese okrevanja v katerih posamezniki dobijo znanja in socialne spretnosti, avtonomijo in povečanje nadzora nad svojim življenjem. V procesu okrevanja ni pomembno, ali je človek »ozdravljen« ali ne. Pomembneje je, koliko se je povečala kvaliteta njegovega življenja na različnih ravneh: delovni, v življenjskem stilu, izbirah, vplivu itd. (Zaviršek 2004: 8).

Pot okrevanja gre skozi različne korake, vendar ne nujno v zelo linearnem načinu. Ljudje lahko ugotovijo, da morajo nazaj na prejšnjo stopnjo, preden lahko gredo znova naprej. Bistvo okrevanja je ponovno odkritje osebne učinkovitosti, ki vključuje pravico do tveganja, delanja napak in učenja iz izkušenj. Ljudje morda morajo »tipati po temi«, da bi našli svojo identiteto in mesto v svetu, na skoraj enak način, kot so se pogajali na prehodu v odraslost (Tew 2011: 131). Strokovni delavci imajo lahko pomembno vlogo pri podpiranju in omogočanju (vendar ne vodenju) procesov eksperimentiranja, odkrivanja, spreminjanja, reflektiranja posameznikovih dejanj in učenja iz lastnih izkušenj. Lahko so ključni imetniki upanja, še posebej kadar se zdi napredek težak ali negotov. Pomembno je pomiriti ljudi, da so nazadovanja skoraj neizogibno del procesa, ki bo na koncu privedel do okrevanja. Reflektiranje »padcev nazaj« je lahko pomemben vir učenja, mogoče razvijanje bolj jasnega zavedanja o težavi, ki še ni rešena ali odkrivanju, kaj bi lahko bila najbolj učinkovita spoprijemalna strategija v trenutni težavni situaciji (ibid.: 126). Proces okrevanja torej dopušča, da se človek vrača v obdobja duševnih stisk, pomembno pa je, koliko časa oseba ohranja dobro duševno zdravje med eno in drugo duševno krizo (Zaviršek 2004: 8).

Posameznik pa ne more imeti realističnega upanja za prihodnost in delati v tej smeri, dokler ne sprejme situacije sedaj. Sprejemanje pomeni videti in priznati vse vidike jaza brez razvrednotenja sebe. Vključuje premik od različnih strategij zanikanja, ki so del posameznikovega obrambnega mehanizma. Vključuje tudi zavedanje, da je posameznikova izkušnja del tega, kar posameznik je in obstaja možnost, da bo takšen tudi ostal, vsaj za zdaj, in da bo potreboval pomoč in podporo drugih, da bi se premaknil naprej. V primeru, da ljudje obtičijo v globoki duševni stiski, je kakršna koli akcija, ki jim pomaga, da ponovno vzpostavijo stik s sabo in z drugimi (ali pa samo z fizično okolico), lahko pomembna. To lahko vključuje preživljanje časa z njimi na zelo minimalističen način, mogoče samo sedenje z njimi, pogovor le z nekaj besedami ali pa priključitev na sprehodu. Koristno je tudi, da reflektiramo njihove besede in izraze z namenom, da bi se bolj zavedali sebe. Začetek poti okrevanja vključuje odkrivanje motivacije. Prve zametke vrnitve osebne učinkovitosti. Podpiranje tega procesa pomeni znati odgovoriti na kakršno koli pobudo, ki bi jo posameznik mogoče nakazal, pa naj bo še tako mala in negotova. Prav tako so pomembne rahle oblike izziva, tudi z besedami, da mogoče podcenjujejo svoje sposobnosti in potencial (Tew 2011: 132–134).

Mnogi ljudje izražajo močno željo, da bi imeli neko smiselno celoto tega, kar se jim dogaja, kako se to sklada s preostankom njihovih življenjskih izkušenj, z namenom, da bi dobili nekaj

nadzora nad tem, kaj se dejansko dogaja z njimi. Ravno to jim lahko da občutek za smer in smisel življenja. Za mnoge ljudi je najbolj koristen takšen okvir, ki omogoča narediti povezavo med njihovim notranjim in zunanjim svetom. Na ljudeh samih pa je, da do njega pridejo z načini razumevanja, ki imajo zanje smisel. Ti se včasih strokovnjakom zdijo nenavadni, ampak izkušnje kažejo, da so ideje, ki so razvite od uporabnikov ter so njihova last, najbolj uspešne pri omogočanju okrevanja. Bolj kot kateri koli uvidi, ki jih vsilijo dobronamerni zdravniki (ibid.: 134–135). Rekonstrukcija občutka sebe in povrnitev osebne kompetentnosti je lahko ključnega pomena za okrevanje. To lahko vključuje oblikovanje nove koherentne življenjske zgodbe, ki združuje pretekle izkušnje in trenutne razmere, prav tako pa tudi pomen in razumevanje, ki se lahko pojavi, ko ljudje gradijo zgodbo svoje izkušnje. Obnova samozavesti lahko vključuje ponovno ovrednotenje izkušnje zlorabe ali diskriminacije v novi preživeli narativi, ki je nad občutki krivde, samoobtoževanja in dovoli videti ljudem, kar se je zgodilo kot nepravilno in kot zlorabo moči (ibid.). To se lepo povezuje z narativnimi in dialoškimi pristopi, o katerih bom pisala v zadnjem poglavju, saj dajo ljudem možnost, da imenujejo, eksternalizirajo in se pogovorijo s svojimi problematičnimi simptomi, ne glede na to, ali so to čustvena stanja, notranji glasovi ali iracionalna prepričanja in v pogovoru z njimi tako začnejo manjšati njihovo velikost, jim ne dajejo več moči, da prevzamejo in definirajo njihovo celotno osebnost (ibid.: 125). V pomoč pri podpori ljudi v procesu obnove pozitivne identitete je tudi, da se osredotočimo na njihove vire moči in ne na njihove trenutne primanjkljaje. Se fokusiramo na njihove kompetence, sposobnosti, pogum in omogočamo, da gradijo na svoji odpornosti, torej na obvladovanju stresa in stiske (ibid.: 135).

Za mnoge ljudi lahko posebej dragocena podpora prihaja iz medsebojnih odnosov z drugimi, ki imajo neposredne izkušnje z duševno stisko. To lahko zagotovi posebno obliko sprejemanja in razumevanja, osnovano na enotni izkušnji. Takšni odnosi se lahko vzpostavijo skozi spontano prijateljstvo, ki se zgodi skozi spoznavanje ljudi v bolnišnicah ali drugih storitev duševnega zdravja. Na manj naključen način pa se lahko vzpostavijo pri vključitvi v skupino za samopomoč, vzajemnih podpornih skupinah ali povezovanju z ljudmi, ki so prevzeli vloge podpornega delavca, odvetnika ali »prijatelja«. Takšne majhne izkušnje sodelovalne moči so pogosto identificirane kot ključni preobrat na posameznikovi poti okrevanja. Ne glede na to, ali so s prijatelji, družino, vrstniki ali strokovnjaki, raziskave kažejo, da spoštovanje in vrednotenje posameznika kot individuuma, spodbudi posameznikovo kompetentnost skozi konkretno izkušnjo, da lahko vpliva na svoje lastno življenje (ibid.: 128). Okrevanje je proces spreminjanja, ki vključuje vse, ki so del uporabnikove situacije. Sistemski pristop v družinski

terapiji zagotavlja okvir za delo, ki bolj poudarja fokus na odnosnem sistemu kot posameznikovem notranjem svetu. Vsi člani sistema so podprti pri prinašanju problema »ven na odprto«, da se ga lahko razreši. Fokus na komunikacijskih težavah in učenju bolj učinkovitih komunikacijskih veščin ima lahko precej daljnosežne rezultate v smislu prenosa odvisnega položaja in odnosov moči med družino ali člani. Lahko ponudi možnosti za prej marginalizirane ljudi (otroke, pregorele skrbnike, ljudi s težavami v duševnem zdravju), da so slišani in vzeti resno in tako začnejo uveljavljati svojo kompetentnost in identiteto znotraj družine ali skupinske interakcije (ibid.: 138–139).

Za večino ljudi torej okrevanje vsebuje dvotirni pristop, in sicer povečanje družbene angažiranosti, poleg bolj osebnega potovanja zavedanja in spremembe. Pomembno je, da je poudarek tudi na skupnostni ravni, kjer se razvija družbeni kontekst sprejemanja in priložnosti, v katerem se lahko ljudje aktivirajo za okrevanje. Brez tega lahko ves trud in sredstva vložena v individualno obravnavo dosežejo le omejene rezultate, saj je dokazano, da lahko ima socialni kontekst veliko vpliva na stopnjo okrevanja. Potrebno je promoviranje duševnega zdravja in anti-stigma kampanije, da bi zmanjšali ovire za družbeno sprejemanje. Poleg dela za spodbujanje družbene sprejemljivosti, lahko obstaja tudi potreba po bolj praktičnih pobudah v skupnosti za razvoj socialnega kapitala in možnosti plačanega in prostovoljnega dela (ibid.: 127). Koncept okrevanja zavrača individualistično perspektivo, da si mora človek pomagati sam in da je od njegove osebne sposobnosti odvisno, kako bo živel (Zaviršek 2004: 138).

1.4.2. Vloga svojcev

Pojav psihoze v družini močno prizadene tako uporabnika, kot njegove najožje družinske člane in globoko prodre v celotno dogajanje v njegovi družini. Svojci so ob prvi hospitalizaciji vznemirjeni, prizadeti, pogosto zanikajo bolezen in so prežeti z občutki krivde. Zanikanje bolezni in neprepoznavanje sprememb v vedenju in funkcioniranju družinskega člana je lahko tudi vzrok za pozen obisk v psihiatrični ambulanti, ko so lahko prisotne že socialne posledice bolezni (Blinc-Pesek 2004: 93). Pri hudih duševnih motnjah, še posebej pri shizofreniji, je zelo pomembno prepoznati znake v najbolj zgodnji fazi njenega nastanka. S tem se svojci ali skrbniki rešijo marsikatere skrbi in nepotrebnih zapletov (Belak 2004: 98). Ob ustrezni pomoči tima in pripravljenosti družinskih članov na sodelovanje pa je dom najboljše naravno mesto za okrevanje (Lamovec 1995a: 324), saj ga tisti, ki z uporabnikom živijo, poznajo daleč najbolje, celo več, naučili so se spopadati s krizami, zmanjševati stresne, grožnje nevarnosti, vplivati na večjo odpornost in samozavest prizadetega svojca, mu skratka

pomagati (Kovač, Švab 1995: 144). Med najpomembnejša spoznanja spada ugotovitev, da umirjeno vzdušje bistveno pripomore k okrevanju. V prisotnosti vznemirjenih oseb se namreč vzburjenje psihotične osebe skrajno poveča. Ljudje, ki so v krizi in so prisiljeni bivati skupaj s podobnimi osebami, postanejo še bolj zmedeni. Če pa so v družbi umirjenih, vedrih ljudi, se njihovo vedenje v kratkem času izboljša. To spoznanje se morda ne zdi nič presenetljivega, presenetljivo pa je, da ga v tradicionalni psihiatrični praksi le redko upoštevajo (Lamovec 1995a: 325).

Družina in družinsko ali drugo okolje, v katerem oseba z duševno motnjo živi, bistveno vpliva na njeno stanje. Ponovitve motenj so dokazano veliko pogostejše v tistih družinah, kjer to osebo odklanjajo ali pa so, narobe, zanjo preveč zavzeti, in redkejša v tistih, kjer je čustvena napetost manjša. V terapiji je pomembno nižati t.i. raven izraženih čustev oz. odpravljati negativni čustveni stil (Kovač, Švab 1995: 143). Blinc-Pesek (2004: 92) prav tako zapiše, da je osnovni cilj dela z družino izboljšati čustveno vzdušje in sporazumevanje v domačem okolju uporabnika in s tem ugodno vplivati na potek duševne bolezni in kvaliteto uporabnikovega življenja in celotne družine. Najpomembnejši del obravnave družine s shizofrenijo je preprosto čas, ki ga posvetimo družini. Čas in pazljivo poslušanje omogoči družini, da se počuti razumljena in sprejeta. Ko spoznamo družino, se lahko vzpostavi medsebojno zaupanje, ki je temelj dobrega sodelovanja s skupnim ciljem boljšega zdravja in kvalitete življenja obolelega člana in družine kot celote. Šele tedaj je možno obravnavati najintimnejše občutke, ki so se pojavili v zvezi s psihozo družinskega člana in so pogosto povezani s sramom in krivdo. Preden načrtujemo specifično obliko obravnave, je torej potrebno posvetiti družini dovolj časa, da spoznamo njene značilnosti in potrebe in ji omogočimo, da vzpostavi odnos zaupanja z nami - najprej kot posamezniki in nato s celotnim sistemom pomoči, ki je na voljo. Potrebe in način obravnave družin oseb s shizofrenijo je odvisen od faze bolezni in značilnosti posamezne družine, zato moramo obravnavo prilagoditi vsaki družini posebej. Svojci pa morajo biti enakopravno vključeni v proces okrevanja in soodločati o vrsti zdravil in njihovem odmerjanju. Potrebno jih je dojeti kot enakovredne člane mreže oseb, ki nudijo pomoč. Svojci se morajo z osebo v krizi posvetovati o vsem kar jo zadeva. Ne smejo jo zavajati, delati stvari za njenim hrbtom in pritrjevati, če nameravajo nekaj drugega. Ne glede na to, kako zmedena se zdi neka oseba, ostaja še vedno del nje, ki je v stiku s stvarnostjo. Govorimo temu delu in odzval se bo (Lamovec 1995a: 321). Belak (2004: 101–102) meni, da družine lahko za svoje družinske člane s težavami v duševnem zdravju naredijo veliko same, in sicer z bolj aktivno udeležbo v samem procesu

psihosocialnega okrevanja, z vključevanjem v organizacije, ki delujejo na tem področju, v odborih svojcev, s sponzoriranjem in donatorstvom, z udeležbo na seminarjih, predavanjih, s povezovanjem med seboj v obliki družinskih organizacij za samopomoč. Na ta način istočasno širijo del socialne mreže.

Svojci ali skrbniki so ob zelo odvisnem uporabniku služb za duševno zdravje lahko preobremenjeni, spreminjati morajo družinski vsakdan, pogosteje telesno ali psihično obolevajo ter so tudi ekonomsko v nenehni stiski. Zato je torej nujno potrebno v sistemu družbene (skupnostne) skrbi svojcem zagotoviti ustrezno podporo, izobraževanje in svetovanje o urejanju vsakdanjih težav in kriznih stanj (Švab 1996). Nekateri svojci so v okviru psihiatrične obravnave deležni edukacije, družinske psihoterapije, informirani so tudi o skupnostnih službah za uporabnike psihiatričnih uslug, nazadnje pa breme vseeno ostane njim (Oreški 2004). Tudi v družbah, kjer je družbena skrb za uporabnike služb za duševno zdravje visoko razvita, najpogosteje prav družina uporabnika služb za duševno zdravje prenaša največje breme skrbi zanj v skupnosti (Kovač, Švab 1995: 143). Svojci tako ostanejo sami, razočarani, izčrpani in vpleteni v družinsko »folkloro« (Oreški 2004). Praznino v odnosu stroka – oboleli - družine so deloma zapolnile nevladne organizacije. Z organizacijo dnevnih centrov, kreativnih delavnic, stanovanjskih skupnosti že pomembno prispevajo k razbremenitvi družin, svojcev ali skrbnikov (Belak 2004: 100).

V tujini so prav tako znane različne oblike posredovanja v družini, ki pomagajo pri navezovanju ustrežnejših odnosov in sporazumevanja. Po Lamovec (1995a: 289) pa so imeli manj uspešni programi naslednje značilnosti: bili so psihodinamično usmerjeni, med terapevtskimi sestanki so ločili svojce od uporabnikov ali pa so slednje sploh prezrli, bili so krajši od treh mesecev, niso se povezovali z ostalimi službami duševnega zdravja, niso se lotili skupnega reševanja problemov. V nadaljevanju tako podrobneje predstavljam primer dobre prakse za zdravljenje prve epizode psihoze, ki upošteva zgoraj navedene pomanjkljivosti.

1.5. Primer dobre prakse iz tujine

Odprti dialog (ODAP) je socialno konstrukcionistični pristop k zdravljenju težjih duševnih motenj, natančneje prve psihotične epizode, ki je bil razvit in se nadaljnje razvija v bolnišnici Keropudas na Finskem. Zdravljenje je organizirano v roku 24 ur od prvega kontakta za vse uporabnike znotraj njihove lastne podporne socialne mreže, v obliki spodbujanja dialoga med uporabnikom, njegove podporne socialne mreže in mobilnega kriznega interventnega tima. Je bolj način mišljenja in delovanja v psihiatričnem kontekstu kakor nekakšna specifična metoda. V nadaljevanju sledi kratka zgodovina razvoja in epistemološko ozadje, 7 načel zdravljenja in druge smernice za delo, statistika njegove učinkovitosti in možnost uporabe v drugih kontekstih.

1.5.1. Ozadje in zgodovina razvoja

Odprti dialog je bil integriran v psihiatrično prakso na Finskem zahodnem delu Laponske. Območje zdravljenja je provinca Länsi-Pohja. Njena populacija šteje 68. 500 prebivalcev in je jezikovno, etnično in versko homogena. Južni del, kjer živi večji del prebivalstva, je industrijsko mestno območje. Več kot 90 odstotkov je finsko govorečih luteranov, enak odstotek jih prebiva znotraj 60 - kilometrske oddaljenosti od bolnišnice Keropudas v mestu Tornio, ki lahko sprejme 50 uporabnikov, vključno s 30 akutnimi primeri. Provinca ima pet ambulant za mentalno zdravje in eno bolnišnico. Drugih večjih psihiatričnih ustanov v okolici ni (Seikkula et. al. 2000). Kljub temu da območje province (Länsi-Pohja) obsega 7. 000 kvadratnih kilometrov, je 80 odstotkov populacije skoncentrirane v dveh večjih glavnih mestih: Tornio in Kemi. Porazdelitev prebivalstva je problematična, kar se odraža v stopnji brezposelnosti na Laponskem. Hiter prehod iz agrarnega gospodarstva k bolj centraliziranemu mestno temelječemu gospodarstvu je bistveno vplivalo na duševno zdravje prebivalstva. Pojavnost shizofrenije je bila izredno visoka, s povprečjem 35 novih uporabnikov na 100. 000 prebivalcev v sredini leta 1980. Z razvojem novega družinskega in socialno mrežnega pristopa se je pojavnost zmanjšala na 7/100. 000 na sredini leta 1990. Upadanje pojavnosti pa se hitro nadaljuje. V opravljeni raziskavi je od leta 2002–2004 bila stopnja pojavnosti le 2/100. 000 (Seikkula et. al. 2007).

Na Finskem ima zdravljenje shizofrenije in drugih najtežjih oblik duševnih motenj s pomočjo psihoterapije že dolgo tradicijo. Psihoterapevtska praksa pa se izvaja kot en del javnega zdravstva. V okviru projekta Turku in Finskega nacionalnega projekta za shizofrenijo (*Finish National Schizophrenia Project*) je Yrjö Alanen s sodelavci razvil pristop prilagojen potrebam

uporabnikov (*Need-adapted approach*), ki poudarja: 1. hitro posredovanje, 2. načrtovanje zdravljenja v skladu s spreminjajočimi in specifičnimi potrebami vsakega uporabnika in njegove družine, 3. pozornost na terapevtskem odnosu pri pregledu in zdravljenju, 4. zdravljenje kot neprekinjen proces, ki integrira različne terapevtske metode, 5. nenehno spremljanje napredka zdravljenja in rezultatov. Na podlagi teh programov so psiholog Jaakko Seikkula, psihiatrinja Brigitta Alakare in drugi leta 1980 na Finskem zahodnem delu Laponske (provinci Lansi- Pohja) v okviru *Need-adapted approach* razvili nadaljnjo inovacijo: *Open Dialogue approach*. Psihoterapevtsko zdravljenje je organizirano za vse uporabnike znotraj njihove lastne podporne socialne mreže, v obliki spodbujanja dialoga med uporabnikom, njegove podporne socialne mreže in mobilnega kriznega interventnega tima. Nov pristop se ni razvil iz ene odločitve, ampak tekom analiziranja problemov same prakse in iskanja rešitev zanje na način reorganizacije sistema. Obstajajo različne faze v procesu razvoja odprtega dialoga z naslednjimi kritičnimi koraki: 1.) Leta 1984 so v bolnišnici bili organizirani t. i. »terapevtski sestanki«, ki so nadomestili sistemsko družinsko terapijo v bolnišnici; 2.) leta 1987 je bila ustanovljena krizna klinika, da organizira primeru specifičen tim za bolnišnično zdravljenje; 3.) leta 1990 so vse zunaj bolnišnične ambulante začele organizirati krizne interventne time (Seikkula 2005). Kateri koli strokovnjak iz zunajbolnišničnega ali bolnišničnega osebja je lahko poklican v sodelovanje v teh timih. Da bi dosegli to, je vsem ponujeno sodelovanje v triletnem izobraževalnem programu iz družinske terapije ali tem podobnem programu. Od leta 1989 do 2003 je v izobraževalnem programu sodelovalo 94 strokovnjakov, ki so si tako pridobili psihoterapevtsko licenco v skladu s finsko zakonodajo. S tem pa se je povzdignilo število psihoterapevtov na prebivalca v tej provinci na najvišje mesto na Finskem. Izobraževanje je organizirano v okviru zaposlitve in poteka neprestano za nove člane (Seikkula et. al. 2007).

1.5.2. Epistemološki okvir

Odprti dialog lahko epistemološko interpretiramo kot socialno konstrukcionistično usmeritev ali usmeritev kibernetike tretjega reda (ibid.). Pod pojmom socialnega konstrukcionizma razumemo skupek konceptov, ki jim je skupno stališče, da je resničnost socialno konstruirana. Močan poudarek je na jeziku kot mediju, v katerem skupnost mislečih subjektov (opazovalcev) konstruira resničnost (Možina et. al.2011: 32). V skladu z idejami socialno konstrukcionističnih avtorjev, kot so Harlene Anderson, Harry Goolishian in Tom Andersen, bi lahko ODAP uvrstili pod dialoški pristop. Kadar naše notranje in/ ali zunanje konverzacije ne vodijo k razrešitvi nepovezanosti, nesporazumov in prizadetosti, pogosto obtičimo v

neučinkovitih konverzijskih oz. interpretativnih (miselnih, čustvenih, vedenjskih in/ali odnosnih) vzorcih oz. zgodbah o svojih problemih. Dialoški pristop pomaga uporabnikom, da se premaknejo iz monologov, v katerih so obtičali, v bolj osvobajajoče dialoge. Ni toliko osredotočen na samo proizvodnjo spremembe kot na odprtje prostora za razgovor, v katerem se lahko razvijejo novosti, nove zgodbe, pripovedi o sebi, skupen jezik. Prizadeva si olajšati in spodbuditi dialoge uporabnikov z mnogimi različnimi notranjimi in zunanji pripovedmi oz. glasovi na način njihovega sožitja. Dialoški pristop zagotovi varen prostor za raziskovanje in razvrščanje teh glasov, tako da lahko uporabniki odgovorijo na bolj prožne in zadovoljive načine. Razširi tudi obstoječe konverzacije o tegobah uporabnikov na novo, neoznačeno ozemlje, kjer se dosednji nesporazumi ali omejeno razumevanje, ki preprečujejo uspešno usklajevanje z drugimi, lahko razrešijo. Terapevt na začetku delovnega odnosa pomoči pogosto izrazi radovednost o tem, kakšne vrste pogovorov (in s kom) ali misli so privedli do tega srečanja. Na ta način se uglašuje z uporabnikom, spoznava njega in njegov življenjski svet, njegovo posebno ekologijo idej, vzpostavlja osebni stik in sodelovalen, kompatibilen delovni odnos, preden začne vnašati morebitne nove perspektive (Šugman Bohinc 2011: 18–21). Terapevt je odprt in svoje nevidne misli podeli z uporabniškim sistemom, kar se uporabi kot hrana za misli in nadaljnji dialog. Ohranjanje odprtosti terapevtovih misli zmanjša možnost ujetja v zanko proizvodnje notranjega in zunanjega monologa, kjer se venomer ponavlja ena in ista misel, ideja o osebi ali situaciji (Anderson 2007: 51). S tem ko uporabniki pomagajo terapevtu, da se orientira glede njihovega doživljanja sebe in drugih, se podoben proces dogaja tudi v uporabniškem sistemu, npr. družini, kjer se subtilno porajajo spremembe v predpostavkah posameznih članov glede drugih (npr. ob številnih krožnih oz. odnosnih vprašanjih). Ker je terapevt ustvaril dovolj varno raziskovalno okolje, v katerem uporabniki lahko izrečejo neizrečeno, se lažje odprejo za perspektivo drugega in začnejo drugačen dialog kot doslej. Dialoški terapevt običajno prepušča uporabnikom svobodo določanja teme (dnevne red) posamezne seanse in npr. začnejo srečanje z vprašanjem, kako bi želeli uporabiti to srečanje (Šugman Bohinc 2011: 18–21). Tako naravnane terapevta prav tako ne zanima vprašanje resnice ali laži uporabnikove pripovedi kot tudi noče imeti apriorne vednosti, vnaprejšnjega namena ravnanja v zvezi s klientovo problemsko situacijo. Nasprotno, zanaša se na klientovo razlago in vzame njegovo zgodbo resno, s čimer se pridruži njegovemu referenčnemu okvirju, njegovemu hermenevtičnemu krogu doživljanja pomenov in samorazumevanja. Terapevtovo zavzemanje drže nevednosti pomembno prispeva k odprtju prostora za dialog, saj v klientskem sistemu sproži refleksijo o terapevtovi potrebi zvedeti več o njem in njegovi zgodbi ter ga spodbudi, da s terapevtom podeli svoje razumevanje.

Pripovedovanje osebne zgodovine v sedanjosti pa je pripovedovanje nove zgodbe, postavljanje stare zgodbe v nov kontekst, njeno preokviranje. Terapevtova naloga je raziskovanje uporabnikovih virov doslej nepovedanega, zlasti vire moči (Šugman Bohinc 2000: 181–182). Pomembna značilnost dialoškega pristopa je tudi proces reflektiranja (Andersen 1991), v katerem se uporabniki lahko premikajo nazaj in naprej s položaja govorjenja (zunanja konverzacija) v položaj poslušanja (notranja konverzacija) kot npr. v reflektirajočem timu. Tako razvijajoč se in voden generativni dialog ima svoje lastno življenje z nepredvidenimi zavoji in obrati; v njem vsi udeleženci, tudi terapevt, tvegajo, da se spremenijo (Šugman Bohinc 2011: 19).

1.5.3. Načela zdravljenja in ostale smernice

7 glavnih načel zdravljenja:

1. Zagotovitev takojšnje pomoči. Klinika organizira prvi sestanek znotraj štiriindvajsetih ur po prvem kontaktu, ki ga je naredil sam uporabnik, njegovi sorodniki ali napotitvena agencija. V sklopu tega tako obstaja štiriindvajseturni krizni tim. Cilj takojšnjega sestanka pa je preprečiti hospitalizacijo. Psihotični uporabnik sodeluje na prvem sestanku, kljub najbolj intenzivnem psihotičnem doživljanju in kljub temu da uporabnikovi komentarji na prvih sestankih mogoče niso razumljivi, se lahko čez nekaj časa izkaže, da je uporabnik dejansko govoril o nekih resničnih dogodkih v svojem življenju. Psihotična doživetja pogosto vključujejo resnične dogodke in uporabnik prinaša naprej teme, ki pred krizo niso bile obvladljive v govorjeni besedi. Cilj pri zdravljenju tako postane ustvarjanje obrazcev za izgradnjo besed za tiste izkušnje, ki niso imele besed ali skupnega jezika. Če timu uspe s takojšnjim odzivanjem in skrbnim poslušanjem ustvariti dovolj varno ozračje, se lahko tem kritičnim temam najde mesto v obravnavi in prognoza se izboljša. Ne čakamo, da psihotični uporabnik postane bolj koherenten, preden se izpelje sestanek, saj se zdi, kot da okno za te izkušnje ostane odprto prvih nekaj dni.
2. Povezanost z okoljem. Uporabnik, njegova družina in ostali ključni člani uporabnikove socialne mreže so vedno povabljeni na prvi sestanek, da mobilizirajo podporo za uporabnika in družino. Pod ostale ključne člane lahko štejemo razne agencije, kot so lokalne agencije za zaposlovanje in agencije za zdravstveno zavarovanje, ki spodbujajo poklicno rehabilitacijo, sodelavce, delodajalca, sosede in prijatelje. Socialna mreža je prav tako pomembna pri opredelitvi problema samega. Problem postane problem, ko je opredeljen kot tak v jeziku, bodisi tistih najbližje pacientu bodisi bolnika samega.

3. **Fleksibilnost in mobilnost.** Vsak uporabnik je zgodba zase, s svojimi specifičnimi in spreminjajočimi se potrebami. Prilagodi se uporaba metod in izbere takšna, ki najbolj ustreza potrebam določenega uporabnika. Mesto sestankov se prav tako skupno določi. Pogosto so organizirani v uporabnikovem domačem okolju s privolitvijo družine, če pa uporabniški sistem želi drugače pa lahko tudi na polikliniki itd. Prednost obiska na domu je priložnost videti in doživeti uporabnikov kontekst bolj direktno, kot bi to bilo mogoče npr. v terapevtski sobi psihiatrične klinike.
4. **Odgovornost.** Kdor koli izmed zaposlenih strokovnjakov je kontaktiran prvi, postane odgovoren za sklic in organizacijo prvega terapevtskega sestanka z družino, na katerem se odloča o nadaljevanju in mestu zdravljenja. Ta tim nato postane odgovoren za celoten proces zdravljenja.
5. **Psihološka kontinuiteta.** Tim je odgovoren za zdravljenje tako dolgo, kot je potrebno, tako zunaj kot znotraj bolnišnice. Pri nekaterih uporabnikih sta potrebna eden ali dva sestanka, pri drugih pa je lahko potrebno dvoletno intenzivno zdravljenje. Za zdravljenje prve psihotične epizode lahko pričakujemo nekje od dveh do treh let. En del psihološke kontinuitete predstavlja tudi združevanje različnih metod v integriran proces, tako da metode med seboj ne tekmujejo, ampak se dopolnjujejo. Na primer, če je ideja tima, da bi bila priporočljiva individualna terapija, se psihološka kontinuiteta zlahka ohrani tako, da je eden od članov tima ta terapevt. Če to ni možno ali priporočljivo, pa se ga lahko na vsake toliko časa povabi na skupne sestanke. Odgovornost istega tima pa je tudi najboljši način zagotavljanja kontinuitete pomenov, ki so bili ustvarjeni na prvem srečanju.
6. **Toleranca negotovosti.** Prva naloga strokovnjakov je povečati toleranco do situacije, za katero nihče ne pozna rešitve. Gradnja odnosa, v katerem se lahko vsi udeleženci skupnega procesa počutijo varno in so slišani, krepí toleranco do negotovosti. Obisk na domu je pogosto alternativa, ki družini poveča občutek varnosti, saj je uporabnik na svojem terenu, člani pomagajočega tima pa so obiskovalci. Kadar je uporabnik v psihotični krizi, se možnost vsakodnevnega videvanja, vsaj prvih 10 do 12 dni, izkaže kot nujna za vzpostavitev občutka varnosti. Za tem so sestanki redno organizirani po skupnem načrtu z družino. V fazi krize se po navadi ne naredi nobenih podrobnih terapevtskih načrtov, ampak se udeleženci bolj dogovarjajo, če in kdaj bo naslednji sestanek. S tem se prepreči prezgodnja sklepanja in odločitve o zdravljenju. Nevroleptična zdravila se na primer ne predstavijo na prvem sestanku, ampak se njihova smotrnost obravnava vsaj tri sestanke pred izvajanjem. V nekaterih bolezensko orientiranih pristopih je v zgodnji fazi zdravljenja najpomembnejša naloga zmanjšati ali odstraniti simptome, posledično se tako

predpišejo nevroleptična zdravila. Ta seveda lahko pomagajo, ampak past je v tem, da lahko skupaj s simptomi izbrišejo tudi uporabnikove psihološke vire moči, ovirajo, zadržujejo lastno psihološko aktivnost.

7. Dialoškost. Primarni fokus terapevtskega sestanka je na spodbujanju dialoga med udeleženci. Dialog je videti kot odprt prostor, kjer uporabnik in njegova družina z razpravljanjem o uporabnikovih težavah, krepijo občutek moči, smisla v svojem življenju. Med udeleženci dialoga se zgradi novo razumevanje, postanejo sokreatorji realnosti. Namesto uporabe specifičnega intervjuja pomagajoči tim raje sledi temam in ustaljenemu načinu govora družine (Seikkula 2006).

V sedanji praksi je psihiatrični sistem organiziran tako, da se ne glede na specifično diagnozo, uporabi enak postopek v vseh primerih. Če je vprašanje hospitalizacije, bo klinika za akutno psihiatrično zdravljenje v bolnišnici, sklicala sestanek, bodisi pred odločitvijo za prostovoljni sprejem ali med prvim dnevom po bolnišničnem sprejemu. Na tem sestanku se sestavi tim, sestavljen iz zunaj bolnišničnega in bolnišničnega osebja. Običajno je sestavljen iz dveh do treh strokovnjakov (npr. psihiatra iz klinike za akutno psihiatrično zdravljenje, psihologa iz uporabnikove lokalne ambulante za mentalno zdravje in medicinske sestre iz bolnišničnega oddelka). Ta tim prevzame odgovornost za celoten proces zdravljenja, ne glede na to, ali se uporabnik nahaja doma ali v bolnišnici in ne glede na časovno obdobje zdravljenja. V primeru drugih vrst krize, kjer hospitalizacija ne pride v poštev, pa lokalna ambulanta za mentalno zdravje prevzame odgovornost za organizacijo tima ter povabi različne strokovnjake in službe, ki so relevantni za doseg cilja. Kateri koli strokovnjak iz zunaj bolnišničnega ali bolnišničnega osebja je lahko poklican na sodelovanje v teh sestankih, in sicer glede na potrebe.

Glavni forum za terapevtsko interakcijo so t. i. »terapevtski sestanki«. Na teh sestankih vsi pomembni udeleženci – uporabnik, njegova družina, drugi pomembni člani njegove socialne mreže in druge avtoritete – razpravljajo o različnih vprašanjih, povezanih z dejanskim problemom. Vse načrte upravljanja in odločanja se izvaja v prisotnosti vseh udeleženi na sestanku. Brez prisotnosti uporabnika med osebjem ni drugih sestankov glede načrtovanja zdravljenja. Sestanek ima tri funkcije: a) zbrati informacije o problemu, b) načrtovati zdravljenje in na podlagi diagnoze ter evalvacije, pridobljene tekom pogovora, narediti vse potrebne odločitve ter c) spodbujati psihoterapevtski dialog. Sestanki potekajo v obliki odprtega foruma. Vsi udeleženci sedijo v isti sobi, v krogu. Člani tima, ki so prevzeli pobudo za sklic sestanka, prevzamejo odgovornost za vodenje dialoga. V nekaterih primerih ni

nobenega predhodnega načrtovanja glede prevzema te naloge, medtem ko se ob drugih priložnostih celotna ekipa vnaprej dogovori, kdo bo izvedel intervju. Teme sestanka tim ne načrtuje vnaprej. Prva vprašanja so odprta vprašanja kot zagotovilo, da lahko družina in ostala socialna mreža začne govoriti o težavah, ki so trenutno najpomembnejše. Izhodišče za obravnavo je jezik družine, kako družina s svojim načinom izražanja opredeli uporabnikov problem. Tim torej prilagodi svoj jezik glede na specifične potrebe vsakega uporabnika in njegove družine. Družine ne opredeljujejo kot vzrok za psihozo ali kot objekta zdravljenja, ampak kot kompetentnega partnerja, kot aktivnega člana v procesu okrevanja. Vsaka prisotna oseba ima svoj glas oz. glasove in poslušanje postane pomembnejše od kakšnega specifičnega načina intervjuvanja. V primeru psihotičnega uporabnika je pomembno, da sprejmemo halucinacije ali blodnje kot en glas med drugimi in ne izpodbijamo uporabnikove realnosti v obdobju krize, zlasti na začetku zdravljenja. Namesto tega lahko terapevt vpraša: »Ne sledim temu, kako je mogoče, da lahko nadzirate misli drugih. Sam tega nisem sposoben narediti. Ali mi lahko poveste več o tem?« Drugi člani družine oz. socialne mreže so lahko nato vprašani: »Kaj si vi mislite o tem? Kako razumete kar M razlaga?« Namen takšnega spraševanja je, da so glede tem na sestanku slišani različni glasovi, vključno s psihotičnim doživljanjem.

Na splošno je vloga tima na sestanku ta, da dovoli oz. omogoči uporabnikovi podporni mreži prevzeti vodilno vlogo pri pripravi vsebine ter da se odzove na vsako izjavo na dialoški način, kar spodbuja gradnjo novega razumevanja med različnimi udeleženci. Replika tima je najpogosteje v obliki nadaljnjega vprašanja, ki se nanaša na to, kar sta uporabnik in njegova družina povedala. Vsi udeleženci imajo pravico do komentarja, kadarkoli si to želijo. Komentarji pa ne smejo prekiniti razvijajočega se dialoga, govoreči mora prilagoditi svoje besede temi razprave. Za strokovnjake to pomeni, da lahko komentirajo tako, da sprašujejo naprej o temi ali pa se odzovejo tako, da sprožijo proces reflektiranja (Andersen 1995) med člani tima. Na sestankih ODAP ni sestavljenega nobenega posebnega reflektirajočega tima, kot je to v originalnem konceptu Toma Andersena, saj se člani gibljejo fleksibilno od gradnje vprašanj in pripomb do tega, da imajo reflektirajoč dialog z drugimi člani tima. Včasih to predpostavlja, da tim prosi za dovoljenje v smislu: »Zanima me, če bi lahko počakali trenutek, da lahko mogoče prediskutiramo, kaj si mislimo. Meni je ljubše, če bi lahko sedeli tiho in poslušali, če želite ali pa tudi ne, če ne želite tega. Nato vas bomo vprašali po vašem komentarju glede na to, kar smo povedali.« Po navadi družina in ostala podporna socialna mreža zelo pozorno posluša, kaj imajo strokovnjaki povedati o njihovih problemih. Znotraj tega pa se najpogosteje predstavijo nove besede za opis uporabnikove najtežje izkušnje.

Reflektirajoča diskusija ima posebno nalogo, saj se v njej zgradi načrt zdravljenja. Vse je »transparentno«. Na primer pri odločitvi glede hospitalizacije, uporabe psihofarmakov, načrtovanja individualne psihoterapije je cilj odpreti vrsto alternativnih možnosti, iz katerih so nato izbrani določeni ukrepi. V primeru odločitve za obvezno zdravljenje je pomembno, da se različna mnenja in tudi nesoglasja javno priznajo in prediskutirajo.

Strokovnjak izpolni svoje obveznosti proti koncu srečanja, za tem ko je družina že izpostavila, kaj je trenutno najbolj pomembno zanje. Predlog za preložitev sestanka sledi za tem, ko se preveri, ali so bila naslovljena vsa pomembna vprašanja za ta sestanek. Pomembno je, da se sestanek zaključi npr. z vprašanjem: »Zanima me, če bi lahko začeli z zaključevanjem srečanja? Preden to naredimo, ali je še kaj takšnega, kar bi mogli obravnavati, preden končamo?«. Ob koncu srečanja je koristno na kratko povzeti teme srečanja, še posebej ali so bile sprejete odločitve in če so bile, katere so bile. Dolžina sestanka se lahko razlikuje, vendar je 1,5 ure običajno ustrezno (Seikkula, Alakare 2005).

ODAP integrira različne metode zdravljenja, tako da oblikuje samo eno zdravljenje. Glede na spreminjajoče se potrebe uporabnika, se lahko ta tekom zdravljenja udeležuje različnih terapij (npr. družinske, psihodinamske, skupinske, delovne, farmakološke). V primeru psihotične krize je od samega začetka v fokusu tudi poklicna rehabilitacija (Seikkula 2006).

1.5.4. Razumevanje psihotičnega vedenja

Psihoze lahko razumemo kot način spoprijemanja z grozljivimi doživetji v posameznikovem življenju, ki nimajo drugega jezika kot tistega v obliki halucinacij in blodenj. Psihotične reakcije bi bilo treba videti kot poskus osmišljenja in spoprijemanj z izkušnjami, ki so tako težke, da je nemogoče sestaviti racionalno govorečo zgodbo. Travmatične izkušnje v uporabnikovem življenju so del vgrajenih glasov izmed mnogih drugih sledi, ki mu jih je pustilo življenje. Če v naknadnih stresnih situacijah določena situacija na neki način spominja na predhodno izkušnjo, se lahko te izkušnje aktualizirajo. Zaradi njihove velike teže pa ni možno skonstruirati nobenih drugih besed kot halucinacije in blodnje. Uporabnik govori o izkušnjah v obliki metafore.

Podajam primer uporabnice, ki je zapadla v psihotično krizo iz strahu, da je njen mož pod vplivom drog in da jo bo ubil. Na drugem srečanju je bilo ugotovljeno, da je pred šestnajstimi leti živela z moškim, ki je bil odvisen od drog in jo je pretepal, kadar je bil pod vplivom substanc. Tega ni razkrila nikomur. Nekaj mesecev pred psihotično krizo jo je ta moški po šestnajstih letih prvič poklical. Ko je zaslišala njegov glas, je postala panična. Strah, ki ga je

čutila proti svojemu možu, je bil psihotičen, saj je njen mož ni hotel ubiti. Hkrati pa se je nanašal na nekaj, kar je res doživela, torej nasilje bivšega fanta. Takšne izkušnje nasilja niso shranjene v delu spomina, ki proizvaja smiselne reakcije skozi uporabo jezika. Namesto tega so shranjene v spominu telesnih reakcij, občutka groze, ki je bil takrat vgrajen. V tem smislu na podlagi kliničnih izkušenj se lahko postavi hipoteza, da so psihotične reakcije zelo podobne travmatičnim doživetjem. Obstajajo zapisi o tem, kako lahko grozote travmatičnih izkušenj začnejo živeti v »flashback« obliki brez zavedanja osebe, kaj ti kratki spominski delčki dejansko vključujejo. Lahko pa zavzamejo tudi obliko disociacije, ki je zelo podobna psihotični epizodi.

Uporabniki tekom sestanka pogosto začnejo izražati psihotične glasove oz. zgodbe na točki, ko teče pogovor o najbolj občutljivih in bistvenih temah v zvezi s psihozo. Delujoč na hipotezi, da je ravno na tej točki bilo dotaknjeno še nekaj neubesedenega, omogoča to točko vzeti pod drobnogled. Nekdo od prisotnih lahko vpraša: »Kaj sem rekel narobe, ko ste začeli govoriti o tem?« ali »Počakajte trenutek, kaj smo se pogovarjali, ko je M začel govoriti o tem, kako imajo glasovi kontrolo nad njim?« Razlog za psihotično vedenje je mogoče videti v tem dialogu na teh ključnih točkah (Seikkula, Alakare 2005).

1.5.5. Učinkovitost odprtega dialoga

V primerjavi rezultatov zdravljenja uporabnikov z diagnozo shizofrenije, med običajnim zdravljenjem in ODAP, se po dvoletni nadaljnji študiji (Seikkula et. al. 2003) kažejo naslednje razlike:

- V primerjalni skupini so bili uporabniki hospitalizirani veliko dlje (približno 117 dni v primerjavi s 14 dni v ODAP skupini);
- Vsi uporabniki v primerjalni skupini so uporabljali nevroleptična zdravila v primerjavi z eno tretjino v ODAP;
- V primerjalni skupini je bilo organiziranih manj družinskih sestankov (povprečno 9 v primerjavi s 26 v ODAP);

Običajno zdravljenje je poudarjalo nadzorne vidike zdravljenja, kot sta hospitalizacija in uporaba nevroleptikov. Družinski člani so bili povabljeni na razpravo skoraj v vseh primerih, ampak ti družinski sestanki niso imeli takšnega fokusa kot pri ODAP. Individualna psihoterapija je bila uporabljena z enako frekvenco v obeh skupinah, pri približno polovici zdravljenja, kar kaže na to, da povezovanje različnih terapevtskih metod poteka tako v tradicionalnem kot v ODAP. Če primerjamo izid, se zdi, da si uporabniki diagnosticirani s

shizofrenijo v ODAP od krize opomorejo bolje. Po dveh letnem spremljanju so se pojavile naslednje razlike:

- Do vsaj ene ponovitve je prišlo pri 71 odstotkih uporabnikov v primerjavi s 24 odstotki v ODAP;
- Uporabniki v primerjalni skupini so imeli bistveno več preostalih psihotičnih simptomov v primerjavi z ODAP. Približno 50 odstotkov uporabnikov v primerjalni skupini je imelo vsaj občasno blage simptome v primerjavi s 17 odstotki uporabnikov v ODAP;
- Zaposlitveni izidi so bili boljši pri uporabnikih v ODAP, od katerih jih le 19 odstotkov živi od invalidske pokojnine v primerjavi s 57 odstotki v primerjalni skupini.

Rezultati ODAP so ostali pozitivni tudi po petletni naknadni študiji (Seikkula et. al. 2006). Le 29 odstotkov uporabnikov v ODAP je doživelo eno ali več ponovitev (39 odstotkov v primerjalni skupini). 82 odstotkov uporabnikov v ODAP (76 odstotkov v primerjalni skupini) ni imelo nikakršnih preostalih simptomov. Zaposlitveni status je bil boljši kot v kateri koli drugi študiji, 86 odstotkov uporabnikov v ODAP (72 odstotkov v primerjalni skupini) se je vrnilo na delo, k študiju ali aktivnemu iskanju zaposlitve.

1.5.6. Odprti dialog v drugih kontekstih

Praksa odprtega dialoga je lokalna in jo moramo vedno gledati v kontekstu lokalne kulture, zgodovine, izkušenj, usposabljanja zaposlenih, administrativnega sistema in financiranja zdravljenja. Težko je na primer videti, kako bi ta krizni interventni sistem, ki je bil vgrajen v prakso javnega zdravstvenega varstva na Finskem, bil preverjen v okoliščinah, kjer se zdravljenje financira preko zavarovalnic. Tukaj opisan sistem spada v nordijski sistem blaginje. Pojavi pa se vprašanje, kateri elementi tega pristopa se lahko izvajajo v drugih vrstah konteksta in problemov. Glavna načela ODAP, ki so opisana v tem poglavju, pravzaprav že vključujejo ideje, ki se kažejo pomembne v katerem koli kontekstu.

Ideje ODAP so že bile uporabljene v različnih kontekstih. Na primer na Norveškem v občini Agder je bil ta pristop implementiran v šole za mladostnike in njihove različne probleme (primanjkljaj pozornosti in motnja hiperaktivnosti, droge, ljubezenske težave in druge.). Kaže se, da je ta pristop možen v mnogo različnih okoljih, ki niso tradicionalno definirani kot klinična gostiteljica. V ZDA pa je vse več zanimanja za ODAP kot ekvivalent za »wraparound« kriznega intervencijskega modela v sistemu oskrbe (Seikkula, Alakare 2005).

2. PROBLEM

Pobudo za raziskavo sem dobila tekom študijske izmenjave na Danskem, kjer sem se seznanila s pristopom podpore in pomoči uporabnikom z diagnozo shizofrenije oz. prve epizode psihoze, imenovanim odprti dialog (*angl. Open Dialogue approach*).

Trend pomoči osebam s težavami v duševnem zdravju se je v zadnjih tridesetih letih preselil v skupnost. Osrednja točka reorganizacije služb in reform na področju duševnega zdravja povsod po svetu je obravnava skupine ljudi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami. To so ljudje s shizofrenijo, bipolarno čustveno motnjo, organskimi duševnimi motnjami in ponavljajočo se hudo depresivno motnjo, ki imajo zaradi bolezni in njihovih posledic tudi manjše zmožnosti na nekaterih področjih njihovega življenja. Za to skupino, ki so jo v preteklosti dolgotrajno obravnavali v ustanovah, je treba ustvariti ustrezno mrežo služb v bližini njihovega doma (Švab 2011).

Slovenija je prav tako podpisala nekaj konvencij, s katerimi se je zavzela za obrnavo ljudi s težavami v duševnem zdravju v skupnosti in se torej želi pri promociji in varovanju duševnega zdravja približati razvitim državam. Organizacija učinkovite skupnostne obravnave pa je zahteven izziv, ki bi se ga bilo smotrno lotiti na podlagi minulih izkušenj tistih držav, ki so tovrstno obliko obravnave že razvile. Ker so študije odprtega dialoga (Seikkula et.al. 2000, 2006) pokazale dobre rezultate, bom načela odprtega dialoga uporabila kot okvir, znotraj katerega bom naredila pregled stanja skupnostne obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju v Sloveniji. Usmerila se bom predvsem na naslednje kategorije: vključitev v obrnavo, obisk na domu, mehanizmi pomoči, sodelovanje različnih služb duševnega zdravja v skupnosti, potrebe za bolj kakovostno pomoč, nepretrganost obravnave in zagotovitev takojšnje pomoči.

Namen raziskave je dobiti vpogled v delovanje nevladnih organizacij, koordinirane obravnave v skupnosti in skupnostne psihiatrije. Ugotoviti, kje bi bile možne izboljšave in primerjati, kaj je v našem sistemu podobno pristopu odprtega dialoga.

3. METODOLOGIJA

3.1. Vrsta raziskave

Raziskava je kvalitativna in deskriptivna, saj opredeljuje osnovne značilnosti skupnostne obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju v slovenskem prostoru. Osnovno izkustveno gradivo sestavljajo besedni opisi, ki so obdelani po načelih in po postopku kvalitativne analize. Za izdelavo raziskovalne naloge sem uporabila kvalitativno metodo – pol standardizirani intervju.

3.2. Merski instrument in viri podatkov

Merski instrument je bil delno strukturiran vprašalnik, ki je pokrival naslednje teme: vključitev v obravnavo, obisk na domu, mehanizmi pomoči, potrebe za bolj kakovostno pomoč, sodelovanje različnih služb duševnega zdravja v skupnosti, razlagalne teorije nastanka motenj v duševnem zdravju, psihološka kontinuiteta, zagotovitev takojšnje pomoči.

Podatke sem zbrala z neposrednim spraševanjem respondentov. Vprašanja sem med pogovorom dopolnjevala z dodatnimi podvprašanji. Pogovore sem snemala na diktafon in jih naknadno pretipkala.

Drugi vir podatkov so bili izvajalci strokovnega seminarja Psihiatrično zdravljenje v skupnosti. Primer dobre prakse, ki je potekal dne 9. 4. 2013 v Idriji, katerega udeleženka sem bila tudi sama. Relevantne podatke sem zbrala s sprotnim zapisovanjem. Izjave sem, kolikor se je dalo, uspela zapisati v celoti.

3.3. Populacija in vzorčenje

Populacijo predstavlja 6 socialnih delavk: socialna delavka iz Psihiatrične klinike Ljubljana (program PZS), socialna delavka iz Psihiatrične bolnišnice Idrija (program PZS), soc. delavka iz nevladne organizacije Altra (program Svetovalno-informativne pisarne), soc. delavka iz nevladne organizacije Agencija In, soc. delavka s Centra za socialno delo Ljubljana Moste-Polje (koordinirana obravnava v skupnosti), soc. delavka s Centra za socialno delo Celje (koordinirana obravnava v skupnosti).

3.4. Zbiranje podatkov

Zbiranje podatkov je trajalo od 9. 4. do 13. 5 2013. Vse intervjuje sem opravila osebno v prostorih socialne službe posamezne institucije ali organizacije. Intervjuje sem opravila na podlagi prej pripravljenega delno strukturiranega vprašalnika, ki je bil prilagojen vsaki

sogovornici, glede na mesto zaposlitve. Trajali so od ene ure do ene ure in pol. Predhodno sem vprašala za dovoljenje snemanja intervjuja, nato sem pogovore dobesedno pretipkala in jih dala sogovornicam v branje in potrditev. Z določenimi sem ohranila stik in kasneje v procesu analize preko elektronske pošte pridobila dodatne podatke. Intervjuji so na vpogled pri avtorici.

3.5. Obdelava in analiza podatkov

- Besedila intervjujev so obdelana po metodi kvalitativne analize. Najprej sem s podčrtavanjem označila relevantne izjave. Podajam primer podčrtavanja relevantnih izjav osebe P.

»V primeru poslabšanja se povečajo obiski, povežemo se z ambulantnim psihiatrom, ker načeloma so k ambulantnemu psihiatru klicani enkrat na mesec. Tudi če ima depo na 14 dni je po navadi tako, da enkrat dobi samo terapijo, ki mu jo da sestra, enkrat na mesec pa je kontakt s psihiatrom. Se dogovorimo, da ga prej vzame, da pride na pogovor, preveri ali je potrebno zregulirati zdravila. Včasih pa ni druge, kot da pride nazaj. Sedaj imamo enega fanta, ki je že kar nekaj časa zunaj, ki ne hodi redno k psihiatru.«

- Nato sem jih oštevilčene po vrstnem redu izpisala. Sledilo je prosto pripisovanje pojmov. Podajam primer vsebinskega kodiranja osebe P.

ŠTEVILKA	IZJAVA	POJEM
P22	Takrat, kadar gre za neko akutno poslabšanje, ko se nam zdi, da bi bilo potrebno na hitro odreagirati, pa ne moremo pacienta spraviti sem, potem gre zdravnik zraven domov.	indikacije za izredni obisk psihiatrinje na domu
P54	... povežemo se z ambulantnim psihiatrom, ker načeloma so k ambulantnemu psihiatru klicani enkrat na mesec. /.../ Se dogovorimo, da ga prej vzame, da pride na pogovor, preveri ali je potrebno zregulirati zdravila.	ravnanje ob poslabšanju uporabnikovega stanja - sodelovanje z ambulantnim psihiatrom
P71	Nekaj je ta krizni načrt, potem tudi ta naša telefonska, kjer nas lahko dobi kadarkoli. Tudi	izdelan krizni načrt

če slučajno npr.

- Glede na zaznane vsebinske sklope kodiranih izjav sem le-te razporedila v širše kategorije. Podajam primer kategorije mehanizmi pomoči ob poslabšanju uporabnikovega psihičnega stanja.

MEHANIZMI POMOČI OB POSLABŠANJU UPORABNIKOVEGA STANJA		
1. krizni načrt		
I30	Naredimo tudi krizni načrt, individualni načrt. V primeru, da bi prišlo do poslabšanja, da ima vse številke, koga lahko pokliče, nas bo zagotovo dobil. Če mene ne dobi na telefon, vse kličem nazaj. Svojci vedo kako pa kaj, tisti uporabniki, ki so sami, jim napišemo.	krizni načrt za čas poslabšanja
P71	Nekaj je ta krizni načrt, potem tudi ta naša telefonska, kjer nas lahko dobi kadarkoli. Tudi če slučajno npr. ugasne telefon, če je zasedena številka, mi potem kličemo nazaj, ko vidimo številke. Ampak, če se slučajno kaj zalomi, je tukaj tudi sprejemna ambulanta, kamor lahko pokliče.	izdelan krizni načrt
C60	imamo narejene krizne načrte. Te načrte na zalogo, kaj, koga poklicati.	krizni načrt
A13	Ker človek, ki je stabilen in pride k meni ter rabi obravnavo v skupnosti, je to vse tam not predvideno. To je načrtovanje. Kaj bomo delali, takrat ko bo zdrs, kaj si želi takrat, koga bomo poklicali takrat. Takrat lahko organiziram supertivni tim za tega človeka.	za poznane uporabnike narejen krizni načrt in možnost organiziranja supertivnega tima
2. obisk pri psihiatru in urejanje terapije		
P54	... povežemo se z ambulantnim psihiatrom, ker načeloma so k ambulantnemu psihiatru klicani enkrat na mesec. /.../ Se dogovorimo, da ga prej vzame, da pride na pogovor, preveri ali je potrebno zregulirati zdravila, če ne jemlje terapije se pa itak takoj vidi. Včasih pa ni druge, kot da pride nazaj.	ravnanje ob poslabšanju stanja uporabnika, sodelovanje z ambulantnim

		psihiatrom
M14	Najprej se obrnemo na osebno ambulantno psihiatrinjo. Če ni sedaj tako nevaren sebi ali drugim, da bi bilo za prisilno hospitalizacijo, se povežemo z ambulantno psihiatrinjo.	ravnanje ob poslabšanju stanja uporabnika, sodelovanje KOS z ambulantnim psihiatrom
A53	Tako da v primeru poslabšanja uredim, da ga nemudoma pregleda, ga pripeljemo in mu zviša terapijo in tako preprečimo hospitalizacijo. Imamo človeka še nekaj časa doma.	ravnanje za čas poslabšanja uporabnikovega stanja, sodelovanje s psihiatrom
A55	to so takšne »nesistemske« krizne intervencije, ki se v praksi odvijajo na tak način, ker se moraš znajti. To delamo in vedno je v timu psihiater, na tak način.	nesistemske krizne intervencije- sodelovanje s psihiatrom za čas krize
A54	ko bo zagledal psihiatra, bo malo bolj poslušen, in včasih je tudi to potrebno. Avtoriteta ima lahko tudi pozitiven učinek.	moč psihiatra, avtoriteta povečuje poslušnost uporabnika
F34	V tem primeru še ni bila kriza kot takšna, bo prišla njegova koordinatorica iz Maribora in sta se zmenila, da bosta šla skupaj k psihiatrinji.	ravnanje ob poslabšanju uporabnikovega stanja, sodelovanje s KOS in psihiatrinjo
3. obisk psihiatra na domu		
S3-5	So indikacije določene po klinični poti. Ko naši člani ekipe, ki redno hodijo, ocenijo, da prihaja do psihičnega poslabšanja stanja in če bolnik ne sodeluje, je ambivalenten do procesa	indikacije za izredni obisk psihiatrinje PZS-

	rehabilitacije in zdravljenja, da bi lahko jaz kot psihiatrinja na domu uredila, da preprečim bolnišnično zdravljenje. Če začne opuščati terapijo, začne opuščati kontrole pri svojem zdravniku, če se pojavijo nezaželeni učinki zdravil. Ocenim nujnost hospitalizacije.	tima na domu
P22	Takrat, kadar gre za neko akutno poslabšanje, ko se nam zdi, da bi bilo potrebno na hitro odreagirati, pa ne moremo pacienta spraviti sem, potem gre zdravnik zraven domov. Z eno osebo ali je to medicinska sestra ali kdo drug.	indikacije za izredni obisk psihiatrinje na domu, v paru z drugo osebo
S3-8	V izjemnih situacijah dajemo na depo. Težimo k čim daljši remisiji in zmanjšanju hospitalnih obravnav.	v izjemnih situacijah psihiatrinja PZS daje depo, preprečitev hospitalizacije

4. REZULTATI

4.1. Vključitev v obravnavo

4.1.1. Kateri uporabniki

Uporabniki, ki se vključijo v program skupnostnega psihiatričnega zdravljenja (v nadaljevanju PZS), so določeni po klinični poti. Gre za osebe, ki so pogosto sprejete v psihiatrično bolnišnico, trpijo zaradi akutnega poslabšanja duševne motnje, ki lahko vodi tudi v samomorilno vedenje, imajo pridružene druge socialne motnje, pridružene odvisnosti od psihoaktivnih substanc, odklanjajo zdravljenje, opuščajo jemanje zdravil in kontrolnih pregledov v ambulanti, so bile sprejete v bolnišnico proti volji.

Zgoraj navedene indikacije za vključitev v program so pomembne zaradi ločnice, katere uporabnike pokriva skupnostna psihiatrija in katere druge službe v skupnosti. (soc. del. iz PZS Idrija: *»Ne moremo se ukvarjati z lažjimi, ker tudi ni prav, da bi se, ker se lahko s tem ukvarja nevladni sektor ali pa koordinator v skupnosti ali center za socialno delo.«*) Za druge službe v skupnosti naj bi bili uporabniki torej že bolj samostojni, kot so uporabniki vključeni v program PZS. (soc. del. iz PZS Polje: *»Bolniki morajo biti za koordinirano obravnavo v skupnosti bolj samostojni kot naši. Že morajo vedeti, kje bi lahko človeka uporabili.«*)

Vstop v koordinirano obravnavo je po Zakonu o duševnem zdravju diskriminatoren. Trenutno lahko to storitev po zakonu koristi oseba, ki ne potrebuje več zdravljenja v psihiatrični bolnišnici, vendar po končani hospitalizaciji potrebuje pomoč pri vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave. S tem se omejuje dostop pomoči osebam, ki se zdravijo samo ambulantno ali pa so bile hospitalizirane pred leti. (koordinatorka s CSD Celje: *»Opozarjali smo, da to ne more biti tako, ker nekdo, ki je bil pred dvema letoma v bolnišnici ali pa se samo ambulantno zdravi, do te storitve nima pravice.«*) Da bi bila storitev bolj pravično dostopna tudi tem osebam, so se z ministrstvom dogovorili, da se lahko vključi vsaka oseba, ki se je v svojem življenju vsaj enkrat zdravila v psihiatrični bolnišnici. Ta sprememba, ki še ni bila sprejeta s strani vlade, je pripravljena v zakonu in pravilniku.

Zakon prav tako ne opredeljuje, ali so to mladoletne ali starejše osebe. Tudi tukaj je ustno dogovorjeno, da naj bi bile to polnoletne osebe. Razlog, zakaj se mladoletne izključuje iz koordinacije, je v drugačnih pristopih, načinih dela s to populacijo, za katere pa koordinatorke niso opremljene, saj na izobraževanju za koordinatorja tem temam niso dajali poudarka. (koordinatorka s CSD Moste: *»/.../ zato menim, da tudi nismo pripravljeni za delo z njimi oziroma potrebujemo dodatno znanje. Nas okoli tega niso specializirali.«*) V okviru

ministrstva so se dogovorili, da se izjemoma vključi mladoletno osebo. Za razliko od koordinatorke v Ljubljani ima koordinatorica v Celju ravno nasproten ustni dogovor. Razlika je ravno v izkušnjah dela s to populacijo. (koordinatorica s CSD Celje: *»Imam pa jih zaradi tega, kot sem že prej omenila, sem delala 24 let tudi s to populacijo. Imam tovrstna znanja kar se tiče otrok. Tako da tega se ne bojim, glede drugačnih pristopov in teh stvari.»*) Če otrok potrebuje koordinacijo, bi bilo po njenem mnenju prav, da jo tudi dobi.

Kadar ima uporabnik za vstop zakonsko ali ustno dogovorjene izpolnjene pogoje, se nadaljnja selekcija ustavi. (koordinatorica s CSD Celje: *»Nimamo pa nobenih ovir, ne do dvojnih diagnoz, do ničesar.«*) Razlog tega je tudi v pristojnosti centra za socialno delo. (koordinatorica s CSD Moste: *»/.../ center kot javna institucija jih mora vedno vzeti, ker smo pristojni. Nima izbire, on jih mora obravnavati in jih ne more zavriniti.«*) Prav tako ni ovira prej omenjeno mnenje o samostojnosti uporabnikov. Z uporabniki, ki imajo manjšo kapaciteto aktivnega sodelovanja pri izdelavi načrta se obravnava prilagodi. (koordinatorica s CSD Moste: *»Pomembno je, da s tabo kontaktira, da si ti lahko z njim, da te spusti v stanovanje, da greš z njim na sprehod. Veliko dobiš z opazovanjem in ga nato vprašaš kaj. Potem na podlagi tega napišeš načrt.«*)

Za razliko od koordinatorke v Ljubljani je koordinatorica v Celju mnenja, da osebe z osebnostno motnjo ne sodijo v koordinacijo. Koordinatorica iz Ljubljane meni le, da ne sodijo v nevladne organizacije. Različna mnenja o tem, kam kdo sodi, imajo skupni razlog, ki je v lastnostih oseb z osebnostno motnjo. V Celju je mnenja, da na način njihovega razmišljanja ne more delati, saj mislijo, da bo koordinatorica vse naredila za njih. Druga meni, da imajo večjo koncentracijo in lahko sodelujejo pri pametnejših stvareh, oni bi razreševali svoje stiske in težave.

V nevladne organizacije se vključujejo uporabniki z različnimi življenjskimi zgodbami in težavami. V Agencijo In se tako lahko vključijo dolgotrajni stanovalci zavodov, predvsem ljudje, ki živijo in bi želeli živeti v skupnosti in za to potrebujejo podporo, diagnoza ni pogoj.

Če skupnostna psihiatrija selekcionira na podlagi »težjih« uporabnikov, koordinirana obravnava na podlagi že enkrat hospitaliziranih uporabnikov, nevladne organizacije pa naj ne bi selekcionirale, kljub temu prejmejo kritiko na podlagi selekcioniranja oseb, ki imajo komorbidne motnje, ki so agresivni, tistih, ki ne jemljejo terapije. (koordinatorica s CSD Moste: *»/.../ oni selekcionirajo uporabnike. In sicer na tak način, da tiste, ki so odvisniki oz. ki zraven uživajo še alkohol, droge, tiste, ki imajo kombinirane motnje, za vse te, to sedaj govorim na splošno za vse nevladne organizacije, je tako, da jih ne želijo vključiti.*

Selekcioniirajo jih tudi na tak način, da uporabnik, ki ni miren in priden, ki ne jemlje terapije ...») Ker nisem opravila intervjuja z vsemi nevladnimi organizacijami, lahko dodam samo, da so v nevladno organizacijo Altra vključeni uporabniki s komorbidnimi motnjami in kompleksnimi težavami. (soc. del. z Altre: *»/.../ na Altri so posamezniki s komorbidnimi motnjami in kompleksnimi težavami.«*) Neznane uporabniku, ki se v krizi obrne na nevladno organizacijo, pa je težje pomagati iz razlogov, ker zaposleni ne poznajo njegove socialne mreže, nimajo predhodnih kriznih načrtov, torej nimajo virov in tudi nimajo kadra in prostora. Prav tako je težko sodelovati z uporabnikom, če je akutno psihotičen in ne želi jemati zdravil. (soc. del. z Altre: *»/.../ v bistvu je težko delati z nekom, ki je akutno psihotičen in ne želi zdravit. Glede na to, da ne izvajamo kriznih timov za nepoznane, take potem res usmerim na dežurno psihiatrično ambulanto.«*)

4.1.2. Predlog za vključitev v obravnavo

Uporabniki se v program skupnostnega psihiatričnega zdravljenja v Idriji in Ljubljani vključujejo na predlog oddelčnega tima, tima skupnostnega psihiatričnega zdravljenja (v nadaljevanju: PZS tim), na predlog uporabnika, svojcev, izbranega splošnega zdravnika, ambulantnega psihiatra, centra za socialno delo, koordinatorja obravnave v skupnosti, nevladnih organizacij.

Koordinatorje obravnave v skupnosti in nevladne organizacije obveščajo psihiatrične bolnišnice, centri za socialno delo, sami med sabo, druge institucije ali pa jih uporabniki najdejo sami.

4.1.3. Vzpostavitev kontakta

Vzpostavitev kontakta lahko poteka v bolnišnici, tako da se uporabnik in pomagajoči spoznajo na oddelku, lahko je na centru za socialno delo, nevladni organizaciji ali na uporabnikovem domu.

Vzpostavitev kontakta v bolnišnici pred vstopom na dom oz. začetkom koordinirane obravnave v skupnosti ali programa skupnostno psihiatrično zdravljenje je pomembna zaradi lažjega nadaljnjega sodelovanja in zaupanja. (koordinatorka s CSD Celje: *»Pomembno je, da se srečamo in spoznamo tam zaradi tega, ker je veliko lažje, lahko delamo naprej, ko pridejo iz bolnišnice, ker se že poznamo.«*) V obratnem primeru so uporabniki skeptični in potrebujejo za zaupanje dlje časa. (soc. del. iz PZS Polje: *»/.../ potrebujejo več časa, da postanejo zaupni, da nas ne jemljejo kot nekoga, ki hodi domov samo »težit«.*, koordinatorka s CSD Celje:

»Včasih so tu skeptični, si mislijo, kaj sedaj hočejo od mene, kaj bi spet nekdo rad od mene, iz tega startajo.«)

Predhodno poznanstvo pa ni pomembno samo za uporabnike, temveč tudi za zaposlene. Iz analize lahko rečem, da sogovornicam direkten vstop na dom v večini povzroča delno nelagodje. (koordinatorka s CSD Moste: *»Saj je malo tako, če takrat ko greš, sploh ne veš, pa ne poznaš, je malo tako ... Ampak saj navadno ni nič tako hudega.«*) Za večjo varnost ali boljši občutek tako hodijo na dom v paru (soc. del. z Altre: *»Ne, če gre za prvi obisk doma, na prvi sestanek ne grem sama, gre nekdo z mano. Ne veš, kam prideš, ne poznaš človeka.«*), ali kadar je prisoten kdo od svojcev (soc. del. iz PZS Polje: *»Če pa že recimo, da gremo direkt domov, je fajn, da je prisoten kakšen starš ali nekdo od svojcev, ali je to mož ali žena. Nikoli pa ne mislim oz. jaz nikoli nisem delala prvega obiska pri samem bolniku, kadar je bil sam, brez kogar koli drugega.«*) ali se dobijo prej na nevtralnem terenu (soc. del. iz PZS Polje: *»Če ga oni poznajo, najrajši vidimo, da imamo vsaj eno srečanje prej, preden stopimo direktno k njim na dom. Ali je tukaj ali na Šentu, Altri, Ozari ali nekje.«*) Nekatere hodijo same. (koordinatorka s CSD Celje: *»Ja, absolutno. Mene ni strah.«*)

Iz načel obojestranskega poznanstva in lažjega sodelovanja v Ljubljani raje vidijo, da se uporabnik vključi v program PZS preko dnevnega oddelka, kjer uporabnika na domu kasneje obiskujejo zaposleni s tega istega oddelka.

4.1.4. Podpis izjave

Pri vključitvi v program skupnostnega psihiatričnega zdravljenja in koordinirane obravnave v skupnosti se podpiše prostovoljna izjava. Nevladni organizaciji nista omenili podpisovanja izjave.

Podpis izjave za program PZS pomeni, da se uporabniki strinjajo s programom, dovolijo sodelovanje in vstop v njihov dom. Izjava je varovalka pred neprostovoljnim posegom v uporabnikovo življenje, hkrati pa je varovalka skupnostni psihiatriji pred očitki nadzora. (soc. del. iz PZS Idrija: *»Ko podpiše, smo odgovorni mi in on, da nam ne bo kdo očital, da smo silili v njega ali podobno.«*) Koordinatorica podpis izjave dojema kot krepitev moči. (soc. del. s CSD Celje: *»/.../ da ko človek v nekaj privoli, se za nekaj odloči, je procent za uspeh toliko višji, ker je to njegova odločitev.«*)

Ravno zaradi tega, ker je prostovoljna odločitev, se lahko zgodi, da iz sistema pomoči izpade uporabnik, ki bi pomoč potreboval, vendar jo odkloni. V teh primerih obstajajo različne možnosti za preprečitev izpada iz sistema pomoči. V koordinirano obravnavo lahko vzamejo

osebo, ki sicer odkloni obravnavo zaradi postopka, torej načrtovanja, sodeluje pa na način, da s koordinatorjem vzdržuje stik. V primeru nesodelovanja in kasnejšega obvestila policije ali drugega akterja ukrepa center za socialno delo. (koordinatorka s CSD Moste: *»Poskuša se vključiti koordinatorja, če ta odkloni, primer rešuje nekdo drug z drugega področja na centru, ki ima javna pooblastila za takšne primere, npr. nasilje v družini.«*) Sodelovanje je možno tudi brez podpisa izjave. (soc. del. iz PZS Idrija: *»Dali smo jim informacije, vsak teden smo hodili k njemu. Nikoli ni podpisal izjave. Tudi zdravnica je šla na teren.«*) Varovalka pred odklonom je tudi način, kako se storitev predstavi. Pomembno je, da se izhaja iz opolnomočenja in večanja izbir. (koordinatorka s CSD Celje: *».../ pomembno je, kako se osebi predstavi koordinacija, kako se mu pove, da lahko prekine, to je lahko naslednji dan, kadar želi, kako se mu pove, da lahko izraža svoje želje.«*) Pomembno je tudi vztrajanje na sodelovanju.

4.1.5. Trajanje obravnave

Trajanje obravnave je v programu skupnostno psihiatrično zdravljenje, koordinirani obravnavi v skupnosti in nevladnih organizacijah neomejeno oziroma se prilagaja glede na uporabnikove potrebe po obravnavi. (soc. del. iz PZS Polje: *»Mi si v bistvu neke časovne omejitve nismo postavili.«*, soc.del. z Agencije In: *»Itak se naredi najprej načrt, potem se delajo revizije in potem v reviziji se vidi ali se mu zmanjšajo storitve ali jih sploh ne potrebuje več.«*) PZS Idrija ima časovni okvir enega leta, vendar se lahko obravnava tako kot drugje podaljša ali skrajša.

Prav tako ni omejitev pri možnosti ponovne vključitve v obravnavo ob poslabšanju uporabnikovega stanja ali kadar se obravnava ni izšla. (soc. del. iz PZS Polje: *»Na zaključnem timu smo vsi tisti, ki smo z njim delali in svojci. Potem tudi vedo, da če bi bilo karkoli, naj pokličejo in se bomo dogovarjali naprej.«*, koordinatorka s CSD Celje: *»Ne glede na to, ali je šlo ali ni šlo. Vsak človek se lahko vrne in pride naslednjič.«*) Kadar se uporabnik po končani PZS obravnavi ne želi vključiti v ostale službe v skupnosti, je v Idriji za nepretrganost obravnave poskrbljeno tako, da se na uporabnikovo željo vzdržuje telefonski stik.

Ker je to populacija, ki ima hude in ponavljajoče se težave v duševnem zdravju, do zaključkov obravnave v večini ne prihaja. (koordinatorka s CSD Moste: *».../ ker so to težji uporabniki, ves čas nekaj potrebujejo, tako da nikoli ni konca. Jaz nisem zaključila še nobenega primera iz tega razloga, ker ni bilo več potrebe.«*) Dogaja se, da uporabniki ne želijo zaključiti obravnave, tudi kadar obravnava ni več potrebna. Razlog za to je, da uporabnikom vključitev predstavlja določeno varnost. (koordinatorka s CSD Moste: *»Oni želijo, da naprej sodelujemo. Čutijo nekakšno varnost, v primeru, če bi bili v stiski, da koga*

pokličejo. Ne zaključimo, tudi v teh primerih ne. Oni niso za.«, soc. del. iz PZS Idrija: *»Mi nje ne bi potrebovali več spremljati, ampak smo se vključili na njeno željo, ne na našo. Predvsem zaradi občutka varnosti.«*) Poleg varnosti jim vključitev predstavlja tudi smisel. Tako v Ljubljani uporabniki hodijo na dnevni oddelek tudi takrat, kadar so že odpuščeni, prav tako hodijo na vizito. (soc. del. iz PZS Polje: *»Ravno danes je eden rekel: Ampak jaz imam razlog, da zjutraj vstanem, jaz drugače sploh ne bi vstal.«*)

Iz tega se kaže, da je tanka meja med podporo in pastjo za odvisnost uporabnikov od služb duševnega zdravja. Pomembno je krepiti uporabnikovo samostojnost, delati vmesne prekinitve in se počasi oddaljevati. (koordinatorka s CSD Celje: *»Moja naloga kot koordinator je osamosvojiti, pomagati človeku pri samostojnem življenju, potem pa ga spustiti. Ne ga navezati in ga narediti odvisnega, da ne bo več samostojno živel.«*, soc. del. iz PZS Idrija: *»se počasi oddaljujemo drug od drugega, da nismo v simbiozi«*)

Ob krepitvi uporabnikove samostojnosti so za zaključek obravnave pomembni tudi dobri načrti. (koordinatorka s CSD Celje: *»Če se stvari dobro splanirajo, potem so izvajalci v okolju tisti, ki lahko peljejo stvari naprej.«*)

4.2. Obisk na domu

4.2.1. Prednost obravnave na domu

Domače okolje, kjer človek živi in deluje je kot terapevtsko okolje v prednosti. Doma je večji izbor aktivnosti, uporabnik prevzema različne družbene vloge, kot so mož, zaposlena oseba, prijatelj. Na domu je uporabnik bolj v enakopravnem odnosu s pomagajočimi in bolj motiviran, saj jim okolje samo po sebi zastavlja svoje zahteve. Koristno je tudi pri načrtovanju, saj se informacije izven doma razlikujejo, na domu pa lahko vidiš dejansko stanje. (soc. del. iz PZS Idrija: *»Zato, ker ti vidiš točno kako človek funkcionira, kaj on zmore, kakšne so njegove navade, mogoče smo imeli mi prevelika pričakovanja.«*)

4.2.2. Časovna doba do prvega obiska po odpustu iz bolnišnice

V Idriji obišejo uporabnika tretji dan po odpustu in največ do pet dni. Tudi v Ljubljani se obisk izvede naslednji teden po odpustu. Zgodnji obisk po odpustu iz bolnišnice je pomemben, saj je to najbolj kritično obdobje. (soc. del. iz PZS Idrija: *»Že zaradi receptov pa obiskov pri zdravniku, pa kakšne druge somatske težave itd. Preveč je.«*)

4.2.3. Namen obiska

Namen obiska je v vseh primerih pregled stanja, ki je vedno v smislu podpore, spremljanja, motivacije, pogovora, opolnomočenja. (soc. del. iz PZS Idrija: *»Iz socialnega vidika uporabniku na domu daješ podporo, motivacijo, možnost pogovora, dialoga, ga seznaniš s tem, kakšne so njegove pravice, opolnomočenje, te stvari mu ti nudiš.«*) Sledi se ciljem, vendar se ne nadzira. (soc. del. iz PZS Idrija: *»Če smo si npr. na prejšnjem obisku zadali cilj, da bo to in to poskusil aktivirati, se ga pohvali. Če ne naredi tega, se ga ne graja. Nismo v šoli.«*, koordinatorica s CSD Celje: *»/.../ niti slučajno ne na način nadzora. Potem niso nič pridobili.«*) Z obiski na domu povečujejo tudi znanje uporabnikov in svojcev o sami bolezni, znakih, simptomih in zakaj je pomembno redno jemanje terapije. Namen obiska v začetni fazi je tudi načrtovanje, predvsem za koordinatorje.

4.2.4. Pogostost obiskov

Pogostost obiskov je odvisna od načrtovanja in od samih potreb uporabnika.

V programu PZS Idrija in Ljubljana uporabljajo semafori sistem, kar pomeni, da se obiski prilagajajo po potrebi. (soc. del. iz PZS Polje: *»Mi imamo v sobi za sestanke tablo, gor imamo paciente in imamo sistem semaforja. To pomeni rdeča, oranžna, zelena. Zelena pomeni, da je v redu, oranžna pomeni, da je tako tako, več pozornosti, rdeča pomeni alarm. Tisti označeni z rdečo imajo zagotovo obiske enkrat na teden.«*, soc. del. iz PZS Idrija: *»/.../ imamo en tak semafori sistem, kot ga ima recimo Anglija«, »nesmiselno, da nekoga obiskujemo en teden, vsak teden, če to ni potrebno, ker s tem tudi preveč vstopamo v njegov prostor.«*)

Koordinatoriki povesta, da je osnovni ključ načrtovanje. To pomeni, da se v začetnih fazah srečujejo pogosteje, nato je pogostost srečanja odvisna od posameznika in uresničenih ciljev.

Srečanja tako v povprečju potekajo od enkrat do dvakrat na mesec v PZS programu. Izjemoma po potrebi tudi večkrat. Koordinatorji se lahko z uporabniki srečujejo zelo različno, od trikrat na teden do enkrat na mesec, povezave so lahko tudi kombinirane preko telefona, elektronske pošte ali osebne obiska.

4.2.5. Čas trajanja

Povprečen obisk na domu traja od trideset minut do ene ure in pol. Obisk se lahko po potrebi podaljša ali skrajša. Nekateri uporabniki želijo, da so zaposlene dlje pri njih, drugim do tega ni. Kadar so prisotni svojci, se obisk po navadi podaljša. (soc. del. iz PZS Idrija: *»Trajanje je odvisno od potreb, ciljev in tako kot sem rekla semafori sistem.«*)

4.2.6. Prisotnost ali neprisotnost svojcev

Prisotnost svojcev je odvisna od želje uporabnika. Uporabnika se o njihovi prisotnosti predhodno vpraša, prav tako se postavi meja med uporabnikom in njegovimi svojci na način, da se svojce seznanijo s tem, da so prišli k uporabniku in ne k njim. Prisotnost svojcev lahko pomeni tudi nadzor, zato je ponekod pametneje delati ločeno. (koordinatorka s CSD Celje: *»/.../ predvsem pri teh mlajših uporabnikih je zelo dobro ne začeti skupaj s straži. Radi bi, da bi bili samostojni, hkrati pa bi imeli nadzor nad vsem, kar so naredili. To ne gre skupaj.«*)

4.2.7. Možnost obiska v paru

PZS program je zastavljen, da zaposlene hodijo v paru. Občasno sogovornica iz PZS Polje opravi teren tudi sama. (soc. del. iz PZS Polje: *»Če ni tvojega so-koordinatorja, da je na dopustu, potem gre eden sam naredit teren.«*) Koordinacija ni bila zamišljena kot delo v paru, vendar ima koordinatorka s CSD Moste možnost obiska v paru, kadar je situacija na domu težja. Tudi socialna delavka z Altre hodi v paru, kadar je težja situacija. Se pa strinjajo, da je zaradi napornega terenskega dela priročno delo razdeliti na dve.

4.3. Mehanizmi pomoči ob poslabšanju uporabnikovega stanja

4.3.1. Krizni načrt

Program skupnostnega psihiatričnega zdravljenja, koordinirana obravnava v skupnosti in nevladne organizacije imajo za čas poslabšanja uporabnikovega stanja izdelan krizni načrt. To pomeni predvsem, koga lahko uporabnik takrat pokliče. Pomeni tudi, da se načrtuje, kaj si uporabnik za čas poslabšanja želi. (soc. del. z Altre: *»Kaj bomo delali, takrat ko bo zdrs, kaj si želi takrat, koga bomo poklicali takrat.«*)

4.3.2. Obisk pri psihiatru in urejanje terapije

Kadar pride do poslabšanja, se sogovornice najprej povežejo z osebnim ambulantnim psihiatrom. Dogovorijo se za takojšen pregled, kjer se uredi uporabnikova terapija. (soc. del. z Altre: *»/.../ to so takšne "nesistemske" krizne intervencije, ki se v praksi odvijajo na tak način, ker se moraš znati. To delamo in vedno je v timu psihiater na tak način.«*) Niso pa samo zdravila tista, ki lahko pomagajo, pomaga lahko tudi zdravniška avtoriteta. (soc. del. z Altre *»Ko bo zagledal psihiatra, bo malo bolj poslušen in včasih je tudi to potrebno. Avtoriteta ima lahko tudi pozitiven učinek.«*)

4.3.3. Obisk psihiatra na domu

Obisk psihiatra na domu je možen v okviru skupnostnega psihiatričnega zdravljenja. Kadar člani PZS tima, ki hodijo k uporabniku na dom, ugotovijo, da prihaja do poslabšanja psihičnega stanja in uporabnik ne sodeluje pri zdravljenju, opušča zdravila in obiske pri zdravniku, lahko psihiatrinja na domu prepreči bolnišnično zdravljenje. V izjemnih situacijah daje uporabniku tudi depo terapijo.

4.3.4. Hospitalizacija

Krizo se najprej poskuša umiriti doma, če to ni možno se skuša uporabnika motivirati v prostovoljni sprejem. (koordinatorka s CSD Celje: *»Saj nekateri gredo sami, potrebujejo samo pomoč, da jih pripeljem tja, nekakšno oporo.«*) Zadnji postopek, ki se ga poslužijo, je hospitalizacija proti volji. Do nje prihaja v primeru, da se krize ni dalo zaježiti z zdravili, ne s pogovorom, podporo, v primeru uporabnikovega pobega, nasilja, kadar ogroža sebe in druge. Hospitalizacije proti volji se odlašajo, saj predstavljajo velik stres tako za uporabnika kot za svojce. (soc. del. iz PZS Polje: *»Ker se mi zdi, da je to velik stres za vsakega posameznika in vidim tudi družinske člane, kako jim je to grozno.«*)

4.3.5. Krizni tim

Problem kriznih timov je v odsotnosti financerja, s tem pa je povezan tudi kader, ki je potreben za sestavo kriznega tima. (soc. del. z Altre: *»Krizne time ne delamo več, vendar ne zato, ker bi ideološko spremenili logiko, ampak preprosto zato, ker je 8 urni delavnik premalo. Potrebovali bi delo na tri izmene, tudi vikende in praznike.«*) Na nevladni organizaciji Altra tako izvajajo krizne time samo izjemoma za dolgotrajno vključene uporabnike, ki še zmorejo ohranjati toliko stika z realnostjo, da lahko sodelujejo v procesu pomoči. Na Agenciji In prav tako izvajajo krizne time, vendar so do sedaj izvedli samo enega, kajti trenutno po takšni pomoči ni več potrebe. (soc. del. z Agencije In: *»Bolj formaliziran je bil eden. Eden je bil, da je bil res tisti ta pravi formalni, ko smo bili 24 ur prisotni, ko je nekdo koordiniral, ko se je sproti preverjalo, poročalo, potem seveda tudi zastavljalo stvari kako naprej.«*) Krizni timi so sedaj večinoma bazirani na prostovoljnem delu, kar lahko predstavlja tudi določene dileme. (soc. del. z Agencije In: *»/.../ več ali manj je krizni tim večinoma baziran na prostovoljnem delu, ne more biti prostovoljec prisoten 10 ur ali pa 8 ur.«*, koordinatorka s CSD Moste: *»Menim namreč, da morajo krizni tim sestavljati različni izkušeni strokovnjaki (iz različnih področij), kar pa nimamo na voljo (npr. psihiatra).«*)

V primeru, da bi se za krizne time hipotetično namenila sredstva, bi soc. delavka z Altre naredila pilotski projekt po modelu angleškega „crisis resolution approach“ modela ali pa „early intervention team“ modela. Zaenkrat pa krizni timi formalno še ne obstajajo.

4.3.6. Možnost 24 h dosegljivosti na telefon

Koordinatorica s CSD Moste je dosegljiva 24 ur na dan samo za nujne primere, medtem ko koordinatorica s CSD Celje ni dosegljiva izven delovnega časa. Razlog tega je, da je 24 urna dosegljivost prostovoljna odločitev, saj država ne financira 24 urne dosegljivosti oz. sistemsko ni urejenega časa pripravljenosti. V primeru, da bi bile potrebne intervencije izven delovnega časa, odgovornost prevzame interventna služba na centru za socialno delo.

Tudi v nevladnih organizacijah je dosegljivost izven delovnega časa prostovoljna odločitev. Soc. delavka z Altre je tako dostopna samo za uporabnike, ki jim je sama dala osebno telefonsko številko in ve, da kontakta ne bodo zlorabljali. Soc. delavka z Agencije In se občasno javi izven delovnika.

Soc. delavka iz PZS Polje je dosegljiva v poslovnem času. Imajo tudi dva službena telefona, ki se predajata med sodelavci, tako da je dostopnost pokrita tudi izven delovnika in med vikendi.

4.4. Povezovanje različnih služb in storitev v skupnosti

4.4.1. Pomen sodelovanja

Sodelovanje socialnih, zdravstvenih služb ter nevladnih organizacij je za okrevanje uporabnika s težavami v duševnem zdravju nujno, kajti uporabnik na poti do zastavljenih ciljev potrebuje podporo različnih strok, ki so mu lahko v pomoč. (seminar PZS Idrija; uporabnica: *»Na poti do zastavljenih ciljev sem potrebovala veliko pomoči, strokovni delavci iz centra za socialno delo, psihiatrične ambulante ter soc. delavk, ki me obiskujejo iz psihiatrične bolnišnice Idrija. Oglasim se tudi pri svoji finančni skrbnici na centru, pri svoji psihiatrinji, na depo injekcijo. Obiski v dnevnem centru mi koristijo, imam tam veliko prijateljev.«*)

Samostojni psihiatrični ukrep, kot je zdravljenje z zdravili za uporabnike s težavami v duševnem zdravju, ni dovolj, zato je potrebno dopolnjevanje. (soc. del. z Agencije In: *»/.../ nimaš zdravila za socialne stiske. Ko ljudje pridejo na psihiatrijo, ko izgubijo službe, ko jih deložirajo, saj ne more tableta temu pomagati, da si ti urediš socialne situacije. Zato je lahko to en del rešitve, kot en del neke celostne, ne more biti pa to samo za sebe.«*) Timski pristop je

dodana vrednost zaradi tega, ker je s tem zagotovljena celostna in kontinuirana obravnava. (seminar PZS: *»Samo v timu presežemo tiste organizacijske ovire, ki so lahko včasih moteče pri izpolnjevanju določenih ciljev. S kombinacijo različnih metod, različnih znanj, profesij, samo to pomeni celostno in kontinuirano obravnavo.«*) Dodana vrednost sodelovanja različnih služb v skupnosti je tudi zaradi velikega števila uporabnikov, ki jih ena sama služba ne bi zmogla pokrivati. (koordinatorka s CSD Moste: *»/.../ uporabnikov in dela je toliko, da nikoli ne bi mogli pokriti vsega s koordinatorji.«*) Nobena služba namreč ne more biti prisotna povsod in posedovati vsega znanja. (soc. del. iz PZS Polje: *»/.../ se mi zdi, da več ljudi več ve in tudi ne moreš vsega naredit sam. Nisi vsemogočen, nisi na vseh lokacijah.«*) Sodelovanje z drugimi službami v skupnosti je pomembno tudi zaradi tega, ker ob enkratnem mesečnem obisku ne moreš vedeti, kaj se je dogajalo v vmesnem obdobju. (soc. del. iz PZS Idrija: *»Tu so potem še lokalni koordinatorji, patronažna služba, socialna oskrbovalka, CSD, ki večkrat vstopajo na dom uporabnika. Vprašamo tudi te profile, kako je z uporabnikom. Ne moreš biti pameten, kaj se je sedaj en mesec dogajalo, samo zaradi tega, ker si ti eno uro tam in boš videl vse, kar je bilo tam v enem mesecu, nemogoče.«*)

Medsebojna pomoč pa je odvisna od poznanstva in znanja spletanja profesionalnih odnosov. (soc. del. iz PZS Idrija: *»Če vemo eden za drugega, si lahko pomagamo, če ne vemo eden za drugega, si ne moremo.«*, koordinatorka s CSD Moste: *»Institucije smo ljudje in mi spletamo profesionalne odnose, če jih mi ne bomo znali, nam je čisto vseeno koliko vlad in ministrstev nam reče, da naj sodelujemo.«*) V ta namen koordinatorka s CSD Celje hodi na teren in seznanja ljudi.

4.4.2. Rivalstvo in očitki podvajanja

Soc. delavka iz PZS Polje in koordinatorka s CSD Moste sta mnenja, da med službami duševnega zdravja obstaja rivalstvo iz razlogov, ker se med programi dogaja prerivanje, kdo je boljši, slabši, kdo začetnik, kdo bi imel profil koordinatorja in kdo bo dobil denar. (soc. delavka iz PZS Polje: *»/.../ kar se pa tiče nas samih, ki smo v tem prostoru pa težko. Ker je zelo močno rivalstvo, kdo je prvi začel, kdo je boljši, kdo je slabši, kdo bo kaj.«*, koordinatorka s CSD Moste: *»Tukaj gre skoz za neko prerivanje. Skupnostna psihiatrija bi rada dobila ta monopol, ki ga imamo mi, nevladne bi rade dobile ta profil. Moje mnenje je, da je od zadaj denar.«*) Tudi psihiatri so se ob pojavu profila koordinatorja uprli. (koordinatorka s CSD Moste: *»Tudi psihiatri so se uprli okrog tega na začetku, niso hoteli sodelovati. In se vidi, iz katerih stavb v Polju dobimo kakšnega uporabnika. Iz sprejemne, ki so bolj naklonjeni skupnostni obravnavi, iz oddelka A, potem pa že zmanjka.«*, *»So močnejši, ker so zdravniki.«*)

Problem naj ne bi bil v obstoju različnih služb, ampak v odnosu med njimi. (seminar PZS Idrija: *»/.../ v tem trenutku niso problem še psihiatrične bolnišnice. Problem je to "kanibalstvo" enega z drugim.«*)

Soc. delavka iz PZS Idrija in koordinatorica s CSD Celje ne govorita o obstoju rivalstva, obe pa govorita o pomenu sodelovanja, saj delitev kdo je za kaj, ne pomaga ljudem in da rivalitetnega odnosa v ta namen ne potrebujejo. Strategija koordinatorice s CSD Celje za preprečevanje hierarhičnih odnosov ob pojavu profila koordinatorja je bila takšna, da se je v psihiatrični bolnišnici predstavila. (koordinatorica s CSD Celje: *»Povabila sem vse psihiatre na eno naše skupno srečanje v bolnišnici in se predstavila. Povedala sem, kako bo potekala koordinacija, da ne bo šlo za nobeno hierarhijo, ampak da bo šlo za horizontalno perspektivo s katero bomo vstopali.«*) Imajo enakopraven odnos in sodelovanje. (koordinatorica s CSD Celje: *»Celo tako se zgodi, da če gredo psihiatri na dopust in jih nadomešča kdo drug, dajo našo številko, da ta psihiater z nami kontaktira, zato da ne bo šel mimo naših načrtov.«*)

Očitki podvajanja se nanašajo na program skupnostnega psihiatričnega zdravljenja. (soc. del. iz PZS Idrija: *»Namreč očitki so že tudi bili, da se vključujemo v skupnost in da delamo enako. Mi imamo jasno klinično pot, to je naša osnova, pravni dokument s pooblastili, da lahko te stvari delamo, brez vas pa ne bo šlo.«*) Pooblastila za izdajanje odločb ima prav tako center za socialno delo, oni lahko centru za socialno delo samo predlagajo, svetujejo.

4.4.3. Obveščanje drugih služb

Kadar je uporabnik vključen v program skupnostno psihiatrično zdravljenje ne prihaja do obveščanja koordinatorjev. S koordinatorji obravnave v skupnosti se sodeluje, kadar je uporabnik odpuščen iz bolnišnice brez nadaljnje obravnave v programu skupnostnega psihiatričnega zdravljenja ali je zaključil program skupnostnega psihiatričnega zdravljenja. Hkratno sodelovanje ne poteka zaradi morebitnega podvajanja obravnave. (soc. del. iz PZS Polje: *»Ker sedaj, da ga imamo mi v skupnosti obravnavi, pa da še koordinator hodi, mislim, da bi se obravnava podvojila.«*)

Tudi obveščanje drugih služb v skupnosti ne steče takoj zaradi prevelikega števila ljudi, ki bi nato hodili k uporabniku na dom. (soc. del. iz PZS Idrija: *»Ker kar naenkrat bi vsi vstopali na dom. In ljudje bi lahko postali zmedeni, sploh paranoidni, občutljivi, moramo iti korak za korakom.«*) Druge službe v skupnosti se obvesti, kadar je uporabnik na to pripravljen.

Do različnih informacij pa prihaja, kadar je uporabnik odpuščen iz oddelka brez nadaljnje obravnave. V Celju koordinatorica redno prejema obvestila, medtem ko jih ljubljanska

koordinatorka ne prejema. Ne prejema obvestil tudi, kadar je uporabnik vključen v koordinirano obravnavo in je prišlo do hospitalizacije.

4.5. Sodelovanje tima PZS z drugimi službami v skupnosti

4.5.1. PZS tim

PZS tim je tako v Idriji kot Ljubljani sestavljen iz medicinske sestre, delovnega terapevta, socialne delavke in psihiatrinje. V Idriji je član tima tudi psihologinja, o kateri v Ljubljani ni bilo govora. Mogoče zato, ker tudi v Idriji psiholog ostaja na oddelku in ne hodi na teren. V obeh timih imajo za uporabnika določenega koordinatorja. V Ljubljani tudi so-koordinatorja. Koordinator je odgovoren za redni stik z uporabnikom, s so-koordinatorjem pa je poskrbljeno za nepretrganost obravnave ob odsotnosti koordinatorja. (soc. del. iz PZS Polje: *»Moram imeti pa nekoga v paru, že zaradi tega, če mene ni, da ga lahko obiskuje nekdo drug, da ni takrat brez obiska.«*) Uporabniku prilagojena obravnavna se kaže v izbiri koordinatorja in njegovega para. (soc. del. iz PZS Polje: *»Jaz sem npr. koordinator tistim bolnikom, kjer je ob sprejemu pretežno oz. veliko nekakšne socialne problematike, npr. urejanje statusa, učenja, kako upravljati z denarjem, takšne stvari.«*, *»/.../ če ima pacient slabo strukturo dneva, je v paru delavni terapevt. Če je problem npr. nekritičnost do jemanja terapije, ki jo prejema, je zraven v timu sestra.«*)

Razlika med ljubljanskim in idrijskim PZS timom pa je v samostojnosti tima oz. v Ljubljani članice PZS tima v dopoldanskem času pokrivajo še dnevni oddelek, medtem ko je PZS tim v Idriji sestavljen samo v namen terenskega dela. Razlika izhaja iz pomanjkanja zadostnega kadra in finančnih sredstev. (soc. del. iz PZS Polje: *»Ni takega luksuza s kadrom.«*, *»Če bi se našel financer, bi se seveda dogovarjali glede na razpoložljiva sredstva.«*)

4.5.2. Stanje v Idriji

Sodelovanje PZS tima z ostalimi službami v skupnosti je v Idriji pozitivno v obeh smereh. Udeleženci seminarja Psihiatrično zdravljenje v skupnosti so podelili pozitivne izkušnje sodelovanja (CSD: *»Naš varovanec je takšen, ki prejema depo na domu in nam to zelo koristi. Ker smo prej delali zelo dolgo na tem, da bi šel k psihiatru, pa ni. Tako da, to nam zelo koristi.«*, NVO: *»Da je za njih njihovo vstopanje v društvo nekakšna dodana vrednost. Tako za nas kot za uporabnike. Imamo dobro pozitivno izkušnjo.«*, KOS: *»/.../ jaz sem zelo zadovoljna, da sodelujem s to ekipo. Brez njih ne vem, kako bi. Zaradi tega, ker sem se že navadila, da gre delovni terapevt, psihiatrinja, en kup ljudi gre z mano na teren.«*) Tudi soc.

delavka iz PZS tima pove, da so zanjo nevladne organizacije dodana vrednost in da ima s koordinatorji pozitivne izkušnje.

Psihiatrinja iz PZS tima v Idriji izvaja ambulantne obiske na domu tudi za ne vključene uporabnike v program skupnostne psihiatrije. (seminar PZS; psihiatrinja iz PZS tima: *»Omenila bi mojo novo dejavnost, ambulantni obisk na domu. Na predlog strokovnjakov različnih služb v skupnosti. Imela več obiskov na predlog centrov za socialno delo.«*)

Pozivajo k temu, da se skupnostne službe v primeru stiske obrnejo na njih, omogočajo dostopnost pomoči. (soc. del. iz PZS Idrija: *»Želimo si, da bi v primeru, ko bi bili v stiski, poklicali nas. Če npr. v zdravstvenem domu ali kje opazite, da se nekaj dogaja, lahko pokličete nas in bomo prišli, bomo pogledali, kaj se dogaja. Zato smo tukaj.«*)

4.5.3. Stanje v Ljubljani

V Ljubljani o pozitivni izkušnji in koristnosti sodelovanja v obeh smereh ne morem govoriti. Tako koordinatorica kot soc. delavki iz nevladnih organizacij so izrazile, da je zanje skupnostna psihiatrija nekoristna v primeru ambulantnih obiskov psihiatrinje PZS tima na uporabnikovem domu. (koordinatorica s CSD Moste: *»Ima skupnostno psihiatrično obravnavo, ampak jaz nimam možnosti, da bi njihovo psihiatrinjo poklicala, pa jo prosila, naj gre na teren. Uporabnik mora biti vključen v skupnostno psihiatrično obravnavo. Drugače pa ne, to ni mogoče.«*, soc. del. z Altre: *»hodijo na teren, ampak oni pokrivajo samo tiste, ki so se zdravili pri njih, bili na njihovem oddelku, jih po odpustu spremljajo na domu. Ne bodo pa vzeli nikogar, ki se pri njih ni zdravil.«*, *»Ne, ne morem se obrniti na njih. Ker ne delajo s takimi, ki jih ne poznajo.«*, soc. del. z Agencije IN: *»To pa ne. Mi imamo na polikliniki, tam je njihova psihiatrinja.«*)

Za razliko od Idrije lahko storitve, ki jih ponuja skupnostna psihiatrija, koristijo le vključeni uporabniki. To pomeni, da je beležen v njihovem sistemu in je prestal protokol sprejema. (soc. del. iz PZS Polje: *»Vse storitve morajo biti nekje beležene, beležim pa lahko storitev bolniku, ki je v našem sistemu. Mi ne moremo kar hoditi od vrat do vrat in obiskovati ljudi, tudi če si to želi neka strokovna služba. Obstaja protokol (sklic tima, povezava z vsemi vpletenimi, načrt ...) sicer bi se lahko obsojali kar po čez in klicali psihiatrijo za vsakega soseda, ki nam ni všeč.«*) Izpostavi se sicer dejstvo, da je potrebno pazljivo odzivanje na pozive zaradi morebitnih zlorab, hkrati pa to pomeni, da se za razliko od Idrije ostalim službam v skupnosti in posledično uporabnikom omejuje dostop pomoči. Skupnostna psihiatrija, ki jo izvaja Ljubljana, je potem samo delno skupnostna psihiatrija. (soc. del. z

Altre: *»Ja, to ni dobro, to ni skupnostna psihiatrija, to je samo spremljanje tistih, ki jih poznajo in so odpuščeni iz njihovega oddelka.«*)

Sogovornica je izjemoma opravila obisk pri nevklučenemu uporabniku, in sicer na predlog ambulantnega psihiatra. Tako v Ljubljani kot v Idriji ugotavljajo, da kadar službe v skupnosti ugotovijo, da bi bilo nekoga dobro pogledati, je uporabnikovo stanje že zelo kritično.

Če druge službe v skupnosti ne vidijo velike koristi v skupnostni psihiatriji, pa jo skupnostna psihiatrija vidi v ostalih službah v skupnosti. (soc. del. iz PZS Polje: *»Saj mi si veliko pomagamo z nevladnimi organizacijami, z dnevnimi centri, veliko jih usmerjamo tja.«*)

4.5.4. Ločevanje PZS od NMP

V obeh programih je bila poudarjena ločnica med splošno nujno medicinsko pomočjo in timom PZS. (soc. del. iz PZS Polje: *»Vedeti pa moramo, da nismo vsemogoči, da za najbolj akutna poslabšanja še vedno kličemo SNMP mi oziroma najpogosteje svojci.«*)

4.5.5. Evalvacija programa PZS

Ugotovitve so v obeh primerih podobne. Takšna obravnava je bistveno cenejša, zmanjšalo se je število hospitalizacij, uporabniki so bolj zadovoljni, prav tako svojci.

4.6. Koordinirana obravnava v skupnosti

4.6.1. Profil koordinatorja

Profil koordinatorja se je pred Zakonom o duševnem zdravju oblikoval že v razvojno raziskovalnih projektih nekaterih nevladnih organizacijah, kot so bili Načrtovanje in vodenje skrbi za ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi težavami na društvu Altra in Individualno financiranje spremljanja in pomoči za ljudi s posebnimi potrebami na Obali. Zato se pojavi mnenje, da je zakonodajalec in Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve s koordinatorji obravnave v skupnosti naredil napako. (soc. del. z Altre: *»/.../ zakonodajalec in MDDSZ je s koordinatorji obravnave v skupnosti, ki jih je na novo izobrazil in zaposlil naredil napako.«*)

To storitev bi namreč lahko opravljale nevladne organizacije, ki imajo na področju dela z ljudmi s težavami v duševnem zdravju že dolgoletne izkušnje, oblikovane metode in oblike dela. Ravno zaradi tega, ker sta se ta oblika in metoda dolga leta izpopolnjevali in preizkušali v praksi v nevladnem sektorju, vsaj zagotovo na društvu Altra, se sogovornici ne zdi prav, da so jo prenesli na centre za socialno delo. (soc. del. z Altre: *»/.../ nisem mislila, da bodo leta preverjenega dela v praksi, zakonodajalci dali na centre za socialno delo. Dobesedno so vzeli*

načrtovanje, koordiniranje in izvajanje individualni načrtov, šli na novo usposabljeni kader, ki nima kilometrine dela na tem področju.») Pojavi se vprašanje, ali je to smiselno in učinkovito, saj se morajo koordinatorji tako na novo učiti področja, nehote lahko naredijo napake, kot so jih nevladne na začetku dela s ciljno skupino, tudi finančno pomeni dodaten strošek.

4.6.2. Ločevanje načrtovalca in izvajalca

V odgovor na prejšnje polemike se pojavi mnenje, da to ni bila napaka, saj je za kakovostno storitev potrebno ločevati načrtovalca od izvajalca storitev. V obratnem primeru lahko pride do kolizije interesov. (koordinatorka s CSD Celje: *»Če bi bile nevladne organizacije, ki so izvajalci, tudi načrtovalci, potem vemo, da se te vloge ne moreta združevati, ker človek potem načrtuje ali pa sugerira uporabniku takšen načrt, kot ga lahko izvede on. To bi bilo sporno.«*)

V slovenskem prostoru pa je zaradi pomanjkanja skupnostnih služb neizogibno, da načrtovalec občasno ne postane tudi izvajalec. To lahko potrди praksa koordinatorjev. (koordinatorka s CSD Moste: *»Smo tudi mi izvajalci. Delamo včasih tudi fizična dela. Jaz sem že tudi pospravljala komu, skupaj z njimi, ga učila, kako to delati in tako naprej.«*, *»Ja, problem je, ker teh izvajalcev ni, ni izvajalske mreže in jaz nimam komu to dati. Nimam komu predati.«*, koordinatorka s CSD Celje: *»Pride tudi kdaj do tega, da postaneš izvajalec, ampak izključno v situaciji, ko nimaš v mreži nobenega izvajalca.«*, *»/.../ je ni, je šibka izvajalska mreža in tukaj prevzamemo določene stvari.«*)

Prevzemanje vlog gre tudi v obratno smer. Tudi izvajalci občasno postanejo načrtovalci. To lahko potrди praksa nevladnih organizacij. (soc. del. z Agencije IN: *»Mi imamo napisano kot metodo izdelave individualnega načrta v primeru, ko ga koordinator ne naredi ali pa ker niso vsi vključeni v koordinirano obravnavo.«*, *»/.../ je ta agencija sama izvajalec za koordinatorje. Ampak to ni tako ustaljena praksa.«*)

Koordinacija naj bi bila prav tako proaktivna metoda in naj ne bi šlo za reaktivno metodo. Vendar se je tudi tega težko držati, saj so lahko ljudje, ki prihajajo po pomoč, v zelo hudi stiki in takrat je pomembna najprej reakcija in nato načrtovanje. (soc. del. z Altre: *»Ta metoda je lahko proaktivna samo v primeru, če se načrt prične izdelovati 3 tedne pred odpustom iz psihiatrične bolnišnice. /.../ V kolikor pa ljudje pridejo v akutni stiski, praviloma tudi hodijo takšni po pomoč, je pomembno odreagirati na najbolj pereče situacije, zatem pa načrtovati storitve in ugotavljati potrebe, da postane življenje obvladljivo.«*)

Koordinatorica v Celju je strog zagovornik ločevanja načrtovalca od izvajalca in zanjo takšen vrstni red ni sprejemljiv. (koordinatorka s CSD Celje: *»Jaz ne bom šla v to varianto zaradi tega, ker to ni več koordinacija. Potem najboljše, da jo zapremo in se gremo PSP, ker to je reaktivna metoda, reagirati na nekaj. Naša naloga je opozarjati in reševati.«*). Obe koordinatorki povesta, da ljudje pravzaprav ne ločujejo med prvo socialno pomočjo in koordinirano obravnavo v skupnosti. Tako se na centrih za socialno delo dogaja, da se na koordinatorke naslavlja obvestila, ki niso njihovo področje. (soc. del. s CSD Moste: *»Sodelavcem je težko obrazložiti, kaj je koordinacija obravnave v skupnosti, ker se precej razlikuje od njihovega načina dela. Enostavno mislijo, da je vse, kar je duševno zdravje, naše, pa ni res.«*)

V primerjavi z ostalimi koordinatorki v Ljubljani prevzemajo več izvajalskega dela. (soc. del. s CSD Moste: *»Tukaj v Ljubljani se malo razlikujemo od drugih koordinatorjev po Sloveniji, in sicer po tem, da mi veliko tudi izvajamo, kar drugi ne.«*) Razlog, zakaj se lahko drugi manj postavljajo v vlogo izvajalca, vidi v uporabnikovi socialni mreži, ki je izven Ljubljane močnejša. So boljši sosedski odnosi, sorodniki so bolj povezani in ti lahko za uporabnika veliko naredijo, medtem ko so v Ljubljani uporabniki večinoma samski, ločeni, stiki s sorodniki so prekinjeni, nimajo nikogar, da bi se ona z njim dogovorila in jih prosila, da ga jutri npr. spremlja k psihiatru.

4.6.3. Vloga koordinatorja pri vzpostavitvi izvajalske mreže

Kljub šibkosti izvajalske mreže in neizogibnemu prepletu različnih vlog pa je pomembno, da koordinator opravlja svoje naloge. Da torej opozarja, da ni izvajalske mreže, dela na vzpostavljanju mreže, se dogovarja z občino, izvaja pritisk, išče različne možnosti. Pred prevzemom izvajalske vloge mora najprej raziskati možnosti v skupnosti in prevzeti začasno vlogo izvajalca le do vzpostavitve mreže.

Možnosti izvajalcev v skupnosti niso torej odvisne samo od trenutne situacije same po sebi, ampak tudi od angažiranosti koordinatorjev. (soc. del. z Agencije In: *»Sedaj samo govoriti, da je sistem vsega kriv, je, je zelo slab. Se pa da biti tudi fleksibilen. Pa tudi kdaj kaj tvegati za uporabnika.«*) Celjska koordinatorica izvaja pritisk, medtem ko se za ljubljanske koordinatorje pravi, da so se sprijaznili s situacijo in ne izvajajo pritiska nad občinami in ministrstvom. (soc. del. z Agencije In: *»Sam oni tudi se ne trudijo tukaj. Oni ne izvajajo nobenega pritiska, vsaj jaz imam tak občutek, oni so sedaj v tej situaciji kot so, so jo sprejeli, ampak oni vseeno ne bodo poklicali občine, ne ministrstva, se ne bojo pritoževali.«*)

4.6.4. Mesto koordinacije na Centru za socialno delo

Lokacija koordinatorja na centru za socialno delo odpre temo, ki pokaže, komu naš sistem pravzaprav zaupa. Zaupa javnemu sektorju. (koordinatorka s CSD Moste: *»Javne institucije so vedno močnejše, nočem reči močnejše, ampak trdnejše in če rečem, da sem s centra za socialno delo, mi bo lažje verjel kot pa komu drugemu. Lažje se je dogovoriti. To za denarne pomoči, se je lažje zmeniti.«*, soc. del. z Altre: *»/.../ sistem, ki podpira in zaupa javnemu sektorju, nas pa postavlja ob bok in neenakovredni položaj. To se vidi v razmišljanju javnih uslužbencev na CSD.«*) Zaradi večje moči pa imajo institucije tudi večjo možnost zlorabe. (soc. del. z Altre: *»Zgodbe nekaterih uporabnikov so prav nasprotju s tem /.../Te zgodbe govorijo o zlorabah moči, o tem, da se strokovnim delavkam »verjame« in tako vsi v timu delujejo »proti« uporabniku. In imajo pooblastila, da ljudem z raznimi ukrepi, dobesedno odvzamejo vpliv nad življenjem. Mi teh pooblastil nimamo.«*)

4.7. Kontinuirani sestanki

4.7.1. Namen in udeleženos uporabnika

Sestanki so v večini potrebni za lažjo organizacijo dela, evalvacijo obravnave in nadaljnje načrtovanje obravnave. V PZS timu na tedenskih sestankih poročajo o opravljenem delu. Vsake tri mesece opravijo evalvacijo napredka zastavljenih ciljev in jih po potrebi spremenijo. Koordinatorji imajo mesečne sestanke z direktorjem in jutranjo izmenjavo mnenj. Poleg sestankov znotraj iste stroke so tudi sestanki med različnimi službami v skupnosti, kadar se za to izkaže potreba. To je lahko srečanje ob odpustu uporabnika iz bolnišnice, v primeru posredovanja policije, drastičnih sprememb v ciljih, eno je tudi sklic multidisciplinarnega tima v namen sprejema načrta koordinirane obravnave v skupnosti. Tudi sestanki znotraj stroke se prilagajajo potrebam.

Uporabniki na sestankih znotraj zaposlenih niso prisotni. Podatkov ali vse predajo informacijo uporabniku nimam. Soc. delavki iz PZS programov povesta, da se preda informacija. (soc. del. iz PZS Idrija: *»To kar povemo, sliši tudi pacient, mi ne skrivamo in ne ločujemo, to je najboljši način.«*). Določene se zavedajo, da bi njihova prisotnost bila potrebna, vendar organizacijsko ne gre skozi. (soc. del. z Agencije In: *»/.../ kadar smo imele kakšne timske sestanke, to se pravi samo zaposlene, potem smo se tudi pogosto pogovarjale, da je to problematično, da bi morali biti uporabniki zraven.«*) Uporabnik je prisoten pri načrtovanju, sklicu multidisciplinarnega tima in odpustu iz bolnišnice.

4.7.2. Sodelovanje psihiatrov na multidisciplinarnih timih pri obravnavi načrta

Sodelovanje psihiatrov na multidisciplinarnih timih naj bi bila njihova dolžnost in obveznost po zakonu. Vendar v Ljubljani ne sodelujejo vedno. (soc. del. s CSD Moste: *»Jaz jih pokličem in če nekdo noče sodelovati, noče.«*) V Celju se nikoli ne zgodi, da ne bi sodelovali. V obeh primerih tisti, ki sodelujejo, sodelujejo na različne načine. To je lahko po telefonu ali s pisnim poročilom ali osebno prisotnostjo na sestanku. Sodelovanje je prav tako odvisno od lokacije in pomembnosti njegovega sodelovanja. Če opravičeno ne sodeluje, se mu vseeno pošlje zapisnik, drugače se mu pošlje sklep. V obeh primerih ni ustaljene prakse, kjer bi bili psihiatri vedno osebno prisotni.

4.8. Potrebe

4.8.1. Zaposlitev in finančna sredstva

Sogovornice so izpostavile potrebo po delovnih mestih za uporabnike, po prilagojenih delovnih mestih, socialnih podjetjih in delovni rehabilitaciji. Zaposlitev uporabnikov je pomembna zaradi tega, ker ljudje živijo na pragu revščine. Potrebna pa je tudi zaradi aktivacije uporabnika, saj se uporabnikovo psihično stanje v brezdelju slabša. Potreben bi bil fleksibilen prehod pri invalidskem upokojevanju. Da bi lahko uporabnik zamrznil status in delal, dokler se počuti dobro ter dobil status nazaj, kadar bi bil dela nezmožen.

Vsaka stroka je prav tako zase izrazila potrebo po večjem številu zaposlenih. Potrebno bi bilo večje število PZS timov, več koordinatorjev in število zaposlenih v nevladnih organizacijah. Potrebo po večjem številu koordinatorjev je izrazila tudi Agencija In. Če naj bi bile nevladne organizacije izvajalci na podlagi koordinatorjevih načrtov, koordinatorjev pa ni dovolj, potem takšen sistem ne more delovati. (soc. del. z Agencije In: *»To je res smotano, ker sedaj ko smo mi začeli delati tudi na podlagi osebnih načrtov, ti pa nimaš niti 50 koordinatorjev v Sloveniji, jih je omejeno.«*) Sogovornice so preobremenjene. Razlog je veliko število uporabnikov, zamudno terensko delo in veliko dokumentacije.

Sogovornice bi želele tudi dodatna finančna sredstva.

4.8.2. Izobraževanje

Svojci zaposlene najpogosteje sprašujejo o zdravilih, stranskih učinkih jemanja zdravil, kateri so opozorilni znaki poslabšanja stanja, kdaj je čas za obisk pri psihiatru, v primeru, da se ne znajdejo, koga naj pokličejo. V ta namen je na Psihiatrični kliniki Ljubljana 10 let neprekinjeno potekal izobraževalni program za svojce oz. vse, ki so bili željni znanja. Sedaj je

zamrl zaradi organizacijskih razlogov. V ambulanti Izola pa se je formirala skupina za podporo pacientom, ki so vključeni v skupnostno psihiatrično zdravljenje. Vendar je lahko vključenih samo 13 članov, zaradi prostora in časa.

Koordinatorica s CSD Moste je izrazila potrebo po osnovnem znanju za delo z ljudmi, ki imajo osebnostno motnjo. Prav tako je izrazila potrebo po osnovnem psihoterapevtskem znanju, kako se konstruktivno pogovarjati in odreagirati na stiske, ki jih uporabniki zaupajo. (koordinatorica s CSD Moste: *»/.../ da imam te osnove pogovora, da bi imela osnovno psihoterapevtsko znanje, kako se pogovarjati, kako odreagirati na stiske. Včasih mi povedo veliko enih stisk. Sedaj se že pogovarjaš, lahko rečem, da jih razumem, konkretno rešujem, kar je potrebno, ne vem pa včasih, kaj naj naredim s tistim v drugem smislu.«*) Teh stisk pa uporabniki ne bi želeli ponovno pojasnjevati drugi osebi. (koordinatorica s CSD Moste: *»Včasih se zgodi, da si hoče uporabnik mene izbrati, ker mi je že tako in tako vse povedal, dobil zaupanje in ne bi sedaj še drugim razlagal.«*)

Obstaja tudi potreba po integraciji izobraževalnih programov, ki jih sedaj v skrajšani verziji izvajajo v okviru nevladnih organizacij v izobraževalne programe na dodiplomski ravni, katere nosilci bi bile fakultete in učne baze, ki že obstajajo v slovenskem prostoru. (Seminar PZS Idrija: *»Šent igra veliko vlogo, ampak ne, da izvedbo izobraževanja prevzame Šent po »šnel kurzu« in potem pošlje ljudi v svet. To, da npr. patronažno sestro neobroženo pošljemo na teren, delamo veliko škodo njej, pacientom in celemu programu.«*)

4.8.3. Terensko delo

Vse sogovornice, razen soc. delavkah iz PZS timov, ki to storitev za vključene uporabnike imajo, so izrazile potrebo po ambulantnih obiskih psihiatrov. To je pomembno zaradi preprečevanja hospitalizacij in preprečevanja dodatnega stresa, ki nastane, kadar uporabnik v stiski zapusti dom. (koordinatorica s CSD Moste: *»Ker bi marsikaj potem lahko rešili v tistem momentu na domu, morda preprečili tudi kakšno hospitalizacijo, npr. z depo injekcijo.«*, soc. del. z Agencije In: *»/.../ človek, ki je v stiski, da mora potem še iti v ene institucije, kjer niti ne ve, kako dolgo ga bodo zadržali, ali ga bodo zadržali proti njegovi volji. Tako da potem psihiater doma oceni, predpiše mogoče zdravila, je to čisto nekaj drugega.«*) Sedaj se kombinira s patronažno službo, kar je zamudno, saj mora patronažna sestra do zdravnice in zdravnica mora poklicati psihiatra. Potrebna je hitrejša pot dostopa pomoči.

Koordinatorica s CSD Moste je izrazila potrebo po terenskem delu nevladnih organizacij, kot so spremstva uporabnikov, kontinuirani obiski na domu, delo v skupnosti izven prostorov

nevladnih organizacij, ki je odvisno od potreb uporabnika, saj se ji takšna pomoč odklanja. (koordinatorka s CSD Moste: *»/.../ kadarkoli jih prosiš za kakršenkoli teren, za delo na domu, ti ga po navadi odvrnejo. Oni tega ne delajo.«*) Podobno kot v prvem primeru je to potreba za uporabnike, ki niso vključeni v programe nevladnih organizacij in tudi za nekatere vključene uporabnike, ki obiskujejo samo kakšno delavnico. Naštete storitve se za vključene uporabnike nevladnih organizacij izvaja. (soc. delavka z Altre: *»Verjamem, da v dnevnih centrih in stanovanjskih ne hodijo na teren za tiste uporabnike, ki niso vključeni k njim. Vendar stanovanjske za svoje uporabnike, definitivno hodijo na teren. Tudi v kakšnem dnevnem centru se zgodi, da uporabnika kam pospremijo ali obišejo v bolnišnici.«*, *»Imamo tudi Svetovalno-inforamtive pisarne /.../ V okviru tega programa hodimo na teren, saj se je ta metoda pravzaprav oblikovala znotraj tega programa.«*) Izpostavi se, da za terensko delo niso plačani in da je v zdravstvu terensko delo drugače ovrednoteno kot v socialni. Potrebno bi bilo sistematizirati in prevrednotiti storitve.

Terensko delo se torej izvaja pretežno samo za vključene uporabnike posameznih programov.

4.8.4. Drugo

Sogovornice so različno naštevale, da bi bila dobrodošla psihoterapija, vendar je zaradi visoke cene potreben dostop preko napotnice. Željo po psihoterapiji imajo predvsem ljudje z osebno motnjo. Prav tako je potreba po programih prilagojenim osebam z osebno motnjo, kajti vseh ne moreš vključiti v isti program nevladnih organizacij. Izražena je bila potreba po tehnikah proti izgorelosti, potreba po samopomočnih skupinah, javnih delih, stanovanjski politiki, kriznih timih in zelo na splošno, potrebo po sistemski ureditvi skupnostne skrbi. (soc. del. z Agencije In: *»Tako kot so institucije in institucionalna oskrba del sistema, da bi bila tako tudi skupnostna.«*)

4.9. Diagnoza, razlagalne teorije in stigma

4.9.1. Pomen diagnoze

Sogovornice so skladno podale mnenje, da jim diagnoza kot takšna ne predstavlja pomena. Ne pove veliko o človeku. Poimenovanje obstaja samo v namen okvirja simptomatike, znanja za ravnanje.

4.9.2. Razlagalne teorije

Socialni delavki iz PZS tima sta skladno podali, da pod razlago nastanka težav v duševnem zdravju, dopuščata vse možne razlage od okoliščin do genetike. (soc. del. iz PZS Polje: *»Jaz*

vse dopuščam. Velikokrat je lahko splet okoliščin. Ljudje se res znajdejo v takih velikih stiskah. Nekaj je genetika, dednost, nekaj je okolje. Nisem nič opredeljena, ne za eno, ne za drugo, ne za tretjo.«) O razlagalnih teorijah s sogovornicami izven psihiatrije nismo govorile.

4.9.3. Stigma

Stigma izhaja predvsem iz stereotipnih predstav o ljudeh s težavami v duševnem zdravju, za katere naj bi veljalo, da predstavljajo nevarnost, saj je njihovo vedenje nepredvidljivo in nevarno. (soc. del. z Altre: *»To je kar pogosta in splošna predstava v javnosti. In sicer, da kadar pride iz Polja ven, da bo kar tam za grmom čakal, da bo komu kaj naredil, to ni res.«*) Za delo z ljudmi s težavami v duševnem zdravju, moraš dati takšne predsodke stran. Na seminarju v Idriji povedo, da stigma in strah nista prisotna samo med splošno populacijo, ampak tudi med strokovnjaki, ki se s tem področjem ukvarjajo. To je lahko razlog, da skupnostna obravnava ni zaživela že prej. (seminar PZS: *»Z duševnimi motnjami je povezan strah. Ne samo stigma. Stigma med strokovnjaki, ki se ukvarjajo s področjem zdravstva in socialnega varstva, je zelo velika. In to se mi zdi tudi ovira, da pravzaprav ta skupnostna obravnava, da to ni zaživelo že prej.«*) Soc. delavka iz PZS Polje poda takšen primer. (soc. del. iz PZS Polje: *»Je pa zelo nepredvidljiv. Punce zelo nerade hodijo k njemu, jih je zelo strah. Ker je tako, da karkoli rečeš moraš zelo izbirati besede, ampak karkoli rečeš, vse drugače sliši in vse drugače obrne.«*) Strah in nelagodje, je iz rezultatov videti predvsem pri prvem obisku na domu brez predhodnega poznanstva. Ne morem reči zagotovo, da je to povezano s strahom v povezavi z duševnimi motnjami, saj je lahko to popolnoma normalno nelagodje pri vstopu k neznanemu človeku. (soc. del. iz PZS Polje: *»/.../ zagovarjamo, da bi bilo dobro, da bi na obisk hodili v paru in ne sami, kajti dva drugače vidita kot en sam. Poleg tega vstopamo k ljudem, ki so imeli težave.«*, soc. del. z Altre: *»Ne veš, kam prideš, ne poznaš človeka. A če vas kakšen popoln neznanec pokliče in vas povabi na dom, a kr greste?«*)

Uporabnica na seminarju PZS pove, da biti označen kot duševni bolnik ni malenkost, saj ji je to spremenilo življenje in odnose z drugimi ljudmi. Tako obstajajo različne strategije za preprečevanje delovanja stigme. Pred pridobitvijo avtomobila za terenske obiske so zaposleni hodili s kombijem ali rešilcem. Uporabniki so jim govorili, naj ustavijo za onim ovinkom, naj ne pridejo gor itd. Sedaj imata oba programa PZS neoznačen civilni avto. (soc. del. iz PZS Polje: *»/.../ so nam pridobili avto, ki ni nič označen. Mi tudi pridemo brez vsega, brez nalepk, tako da nobeden ne ve, kdo smo.«*) V PZS Polje sogovornica hodi z uporabnikom na sprehod, kjer nihče ne ve, kdo je ona. Sogovornica s CSD Celje je uporabniku svetovala, da lahko obdrži informacijo o njegovih težavah zase, da mu ni potrebno razlagati svojega življenja.

(soc. del. s CSD Celje: »Rekla sem, da če želi lahko tudi pove o sebi, ni mu pa treba razlagati svojega življenja. To ne pomeni, da se laže in da je hinavec. Vsak v življenju ima tudi določene skrivnosti.«) Rezultati kažejo, da je strategija praktično skrivanje.

4.10. Odnos do zdravil

Uporabnika se v jemanje zdravil ne sili. To je njegova odločitev, ki se mu jo dopušča. Vendar če se ob prenehanju jemanja, krog poslabšanja zavrti že nekajkrat, to pomeni, da verjetno zdravila potrebuje. (soc. del. iz PZS Polje: »Glejte pa boste videli, kaj se bo zgodilo, mogoče boste pa zvozili brez, jaz ne morem vedeti. Ampak če se to konstantno ponavlja, pomeni, da verjetno nekaj rabi.«) Tudi takrat, kadar jih uporabnik potrebuje, se ga ne sili, ampak se z njim stopi v dialog. (soc. del. z Altre: »Seveda jih vprašam, kaj bomo naredili. Nekako dam človeku vedeti, da je njegova odločitev. Jaz nimam pravice posegati in mu govoriti moraš, to tudi ni zgodba socialnega dela.«)

5. RAZPRAVA

Rezultati kažejo, da mora oseba za korištenje določenih storitev v skupnosti izpolnjevati zakonsko ali ustno dogovorjene pogoje. Ti zakonsko opredeljeni pogoji pomenijo, da skupnostna psihiatrija pokriva uporabnike, ki imajo večje težave v duševnem zdravju, koordinirana obravnava v skupnosti uporabnike, ki so bili trenutno hospitalizirani in potrebujejo pomoč pri vključevanju v vsakdanje življenje, nevladne organizacije naj bi vključevale vse, ki potrebujejo pomoč in podporo na področju duševnega zdravja. Službe naj bi bile enako dostopne vsem, ki pomoč potrebujejo, brez diskriminacije. Vendar se dogaja, da zaradi zakonskih omejitev ali omejitev v znanju, kadru in pomanjkanju ustreznih programov, kot so krizni timi, temu ni tako.

Dostop do storitev koordinirane obravnave je omejen uporabnikom, ki se zdravijo samo ambulantno ali pa so bili hospitalizirani pred leti. Omejen je tudi mladoletnikom, kadar koordinator nima izkušenj dela s to populacijo. Prva omejitev izhaja iz Zakona o duševnem zdravju, druga iz pomanjkljivega izobraževanja koordinatorjev. Dobra lastnost zakona pa je, da zaposleni ne morejo odkloniti sodelovanja osebam, ki imajo za to zakonsko izpolnjene pogoje. Omejitev dostopa pomeni tudi premajhno število koordinatorjev.

Nevladne organizacije naj ne bi želele vključevati agresivnih uporabnikov, s pridruženimi odvisnostmi od drog ter alkohola in navadami nerednega jemanja zdravil. Tega v celoti nisem uspela preveriti, saj je razlika, ali je uporabnik s takšnimi težavami že vključen ali se ga vključuje na novo. Lahko, da je trenutno že vključen uporabnik ob vključitvi jemal zdravila in bil miren, s tem je imel izpolnjen pogoj za sodelovanje. Do težav pa je lahko prišlo kasneje. Iz rezultatov lahko rečem samo, da so na nevladni organizaciji Altra vključeni uporabniki s komorbidnimi motnjami in kompleksnimi težavami. Tudi na Agenciji In trenutno vključen uporabnik ni jemal zdravil, posledično je zapadel v psihozo in so z njim kljub temu sodelovali. Potrdim lahko le to, da se dostop pomoči omeji za uporabnike, ki niso vključeni in se v akutno psihotičnem stanju obrnejo na nevladne organizacije. Te se napoti na dežurno psihiatrično ambulanto. Ta omejitev izhaja iz pomanjkanja kadra in programa, ki bi se imenoval krizna intervencija ali krizni tim. Ti za razliko od tujine v Sloveniji formalno ne obstajajo, saj niso financirani s strani države. V praksi se tako pojavljajo večinoma na prostovoljni bazi in za uporabnike, ki so dolgotrajno vključeni ter še zmorejo ohranjati toliko stika z realnostjo, da lahko sodelujejo v procesu pomoči. Problem nesistematiziranih kriznih timov je med drugim tudi odsotnost psihiatra, katerega sodelovanje je za takšne akutne stiske potrebno.

Če ni kriznih timov, imamo vsaj mobilni tim za skupnostno psihiatrično zdravljenje, ki je sestavljen multidisciplinarno, torej iz psihiatra, medicinske sestre, socialnega delavca, delovnega terapevta in kliničnega psihologa. Tim izvaja program na terenu, in sicer kot obiske na domu. Izvajal naj bi tudi krizne intervencije v primeru hitrega poslabšanja uporabnikovega stanja z ustreznim zdravljenjem na domu ali napotitvijo v bolnišnico. Po principih skupnostne psihiatrije dostop naj ne bi bil omejen, saj je lokalni psihiatrični tim med drugimi namenjen tudi zgodnjemu odkrivanju težav, deloval naj bi torej tudi v preventivne namene. Vendar se v Ljubljani dogaja, da lahko storitve skupnostne psihiatrije koristijo samo tisti, ki so že bili hospitalizirani in so vključeni v njihov program. Iz rezultatov vidimo, da je za koordinatorko in obe socialni delavki iz nevladnih organizacij skupnostna psihiatrija nekoristna v primeru ambulantnih obiskov psihiatrinje PZS tima na uporabnikovem domu. Uporabnik mora najprej prestati protokol sprejema. Izpostavi se, da je to potrebno zaradi morebitnih zlorab, hkrati pa to pomeni, da se službam v skupnosti in posledično uporabnikom omejuje dostop pomoči, kadar bi to najbolj potrebovali. Za razliko od Ljubljane, psihiatrinja iz PZS tima v Idriji izvaja ambulantne obiske na domu na predlog drugih služb v skupnosti tudi za nevključene uporabnike. Potrebo po ambulantnih obiskih psihiatrov so izrazile vse sogovornice, razen članic PZS timov, ki imajo to storitev na voljo. V tem vidijo možnost preprečitve hospitalizacije in uporabniku bolj prijazno obravnavo. To naj bi bil po principih skupnostne psihiatrije tudi namen tega programa. Sedaj se kombinira s patronažno službo, kar ni zadovoljivo, saj mora patronažna sestra do zdravnice in zdravnica poklicati psihiatra. Tako v Idriji kot v Ljubljani pa ostale službe v skupnosti prepozno kličejo njihovo pomoč.

Pri vzpostavitvi kontakta se je izkazalo za pomembno obojestransko predhodno poznanstvo. To je pomembno zaradi lažjega nadaljnjega sodelovanja in zaupanja. V obratnem primeru uporabniki potrebujejo dlje časa za zaupanje, prav tako so bolj skeptični do storitev, ki se jim ponujajo. Ti rezultati me ne presenečajo, saj ne glede na to, ali imaš težave v duševnem zdravju ali ne, predstavlja predhodno poznanstvo občutek varnosti. To se lepo vidi tudi s strani sogovornic, kadar prvič vstopajo na uporabnikov dom brez predhodnega poznanstva. Takrat hodijo v paru, ali kadar je doma prisoten nekdo od svojcev, se dobijo prej na nevtralnem terenu ali pa hodijo tudi same.

Pri vključitvi v program skupnostnega psihiatričnega zdravljenja in koordinirane obravnave v skupnosti se podpiše prostovoljna izjava, da se uporabnik s sodelovanjem strinja. Podpis izjave pomeni krepitev uporabnikove moči in odgovornosti za lastni delež pri soustvarjanju rešitev. Socialna delavka iz PZS Idrija med drugim izpostavi zanimivo perspektivo, ki govori

o tem, da je lahko podpis tudi varovalka pred očitki, da so v uporabnika silili. Sogovornici iz nevladnih organizacij podpisa izjave nista omenili. O podpisu izjave namreč nisem spraševala, informacije so sogovornice različno izpostavile same. V navezavi z varovalko pred očitki prisile sem razmišljala dalje, zakaj sogovornicam iz nevladnih organizacij ni imelo pomena izpostavljati podpisa izjave, četudi mogoče obstaja. Do možne razlage sem prišla v temi, ki je govorila o moči javnih institucij. Tako center za socialno delo kot psihiatrična bolnišnica imata kot javni instituciji večjo moč, saj imata več pooblastil kot nevladne organizacije. Večja moč lahko pomeni večjo možnost zlorabe, saj posedujejo pooblastila, ki lahko ljudem z raznimi ukrepi vzamejo vpliv nad življenjem. Teh pooblastil nevladne organizacije nimajo. Zato potrebe po takšni »varovalki« mogoče nimajo ali jim je krepitev moči in uporabnikova avtonomija tako samoumevna, da o tem ni bilo govora.

Trajanje obravnave je v vseh treh programih neomejeno oziroma se prilagaja glede na uporabnikove potrebe po obravnavi. Prav tako ni omejitev pri možnosti ponovne vključitve v obravnavo ob poslabšanju uporabnikovega stanja ali kadar se obravnavo ni izšla. Nepretrganost obravnave je pomembna, ker je skupnostno obravnavo potrebno ponuditi predvsem ljudem, ki imajo hude in ponavljajoče se duševne motnje. Iz rezultatov vidimo, da do zaključkov obravnave v večini ne prihaja, ravno iz teh razlogov. Uporabniki potrebujejo nenehno podporo in se za zaključek sodelovanja ne odločijo tudi, kadar po obravnavi ni več potrebe. Razlog tega je, da jim vključitev predstavlja določeno varnost in smisel. V primeru, da bi bili v stiski, da imajo koga poklicati, da imajo razlog, da vstanejo in se udeležijo določene dejavnosti. Kontinuiteta stikov lahko pomeni varovalko, občutek varnosti, vendar lahko na drugi strani pomeni tudi odvisnost uporabnikov od služb duševnega zdravja. Ker je tanka meja med podporo in pastjo odvisnosti, je pomembno krepiti uporabnikovo samostojnost, delati vmesne prekinitve in se počasi oddaljevati.

Temeljna enota obravnave v programu skupnostnega psihiatričnega zdravljenja in v koordinirani obravnavi v skupnosti je obisk na domu. S sogovornicama iz nevladnih organizacij nismo govorile toliko o tej temi, saj socialna delavka z Altre pokriva program Svetovalnica, druga ni imela časa. Obe sogovornici hodita na dom, vendar imam podrobnejše informacije samo za program PZS in koordinirano obravnavo v skupnosti. Tudi v pristopu odprtega dialoga je tako, da so srečanja organizirana v uporabnikovem domačem okolju. Prednost obiska na domu je priložnost videti in doživeti uporabnikov kontekst bolj direktno, kot bi bilo to možno v kakšni instituciji. Vidiš, kaj uporabnik zmore, kako deluje in kakšne so njegove navade. Iz tega je smiselno opraviti načrtovanje na uporabnikovem domu. Tudi kot

terapevtsko okolje je domače okolje v prednosti, saj je večji izbor aktivnosti, uporabnik prevzema različne družbene vloge, kot so mož, zaposlena oseba, prijatelj. Je bolj motiviran, saj mu okolje samo po sebi zastavlja svoje zahteve. Prav tako pa uporabnika postavlja v bolj enakopraven odnos s pomagajočimi. Namen obiska je podoben pristopu odprtega dialoga, gre namreč za podporo, spremljanje, motivacijo, pogovor in opolnomočenje. Razlika je v tem, da morajo zaposleni iz pristopa odprti dialog opraviti triletni izobraževalni program iz družinske terapije ali temu podobni program. Člani tima so tako podkovani tudi v psihoterapevtskem znanju. Na tem mestu bi se navezala na koordinatorko s CSD Moste, ki je izpostavila potrebo po osnovnem psihoterapevtskem znanju, kako se konstruktivno pogovarjati in odreagirati na stiske, ki jih uporabniki zaupajo. Pri svojem delu doživlja občutke stiske, saj jim lahko ponudi samo razumevanje, konkretno rešuje, kar je potrebno, vendar ne ve, kako ravnati z ostalim. Tukaj prihaja do velike razlike med tujino in nami, kjer se psihoterapija šele prebuja in utira svojo pot v slovenskem prostoru. Koordinatorica bi lahko takšno osebo napotila k izvajalcu psihoterapije, vendar prihaja do več problemov. Ta profil pri nas nima zakonske podlage. Obstoječi izvajalci pa imajo za osebe s težavami v duševnem zdravju, ki živijo na pragu revščine, previsoko ceno. Izpostavi se tudi smiselnost združitve osnovnega znanja psihoterapije in socialnega dela. Uporabniki osebi, s katero sodelujejo, povedo že večino svojih stisk, tej osebi zaupajo. V primeru, da koordinatorka ni usposobljena za takšno delo, mora uporabnik spoznati novo osebo, na novo graditi zaupanje in na novo pojasnjevati, do tega pa imajo odpor. Pri obisku na domu je pomembno tudi to, da se ne izvaja nadzora in da se uporabnika in svojce pouči o znakih poslabšanja in o pomenu rednega jemanja terapije. Povprečen obisk na domu traja od trideset minut do ene ure in pol. Zgornja meja je primerljiva s pristopom odprtega dialoga. Pogostost samih obiskov je odvisna od načrtovanja in samih potreb uporabnika. V programu PZS, ki deluje po angleškem vzoru, uporabljajo semafori sistem. Kar pomeni, da so uporabniki označeni z zeleno v redu, ni potrebno obiskov, oranžno, da so srednje v redu in je potrebno več pozornosti, uporabniki označeni z rdečo imajo obiske zagotovo enkrat na teden. V pristopu odprtega dialoga je uporabnikova družina vedno povabljen na prvi sestanek. Pri nas so svojci prisotni na željo uporabnika. Obiski na domu se izvajajo posamično ali v paru. Program PZS je zastavljen tako, da se obiski izvajajo v paru, koordinatorki in socialni delavki iz nevladnih organizacij hodita sami. Kadar prihaja na domu do hujših situacij, imajo možnost obiska v paru.

Mehanizem pomoči ob poslabšanju uporabnikovega psihičnega stanja je krizni načrt, ki pomeni predvsem, koga lahko uporabnik takrat pokliče in kaj si v primeru poslabšanja želi.

Kadar pride do poslabšanja, se sogovornice povežejo z osebnim ambulantnim psihiatrom. Dogovorijo se za takojšen pregled, kjer se uredi uporabnikova terapija. Uporabniki, vključeni v program skupnostnega psihiatričnega zdravljenja, imajo tudi možnost obiska psihiatrinje na domu. Kot sem prej napisala, imajo v Idriji to možnost tudi ne vključeni uporabniki. Posamezni programi na različne načine poskrbijo tudi za 24 urno telefonsko dostopnost. Vsi ti mehanizmi so pomembni za preprečitev hospitalizacije, ki se jo poskuša čim dlje odlagati. V primeru, da bi bilo potrebno bolnišnično zdravljenje, se uporabnika motivira v prostovoljno hospitalizacijo. V izjemnih primerih nasilja in ogrožanja lastnega življenja in življenja drugih se kot zadnji ukrep sproži hospitalizacija proti volji.

Rezultati, ki sem jih dobila, potrjujejo teorijo, da nobena služba na področju duševnega zdravja ne more delovati samostojno, temveč je nujen preplet socialnih služb, zdravstvenih služb ter nevladnih organizacij. Ljudje s težavami v duševnem zdravju potrebujejo celovito obravnavo, ki se jo lahko doseže samo v timskem pristopu. Sodelovanje različnih služb v skupnosti je dodana vrednost, saj nobena služba ne more biti prisotna na vseh lokacijah in pokrivati celotno število uporabnikov v Sloveniji. Prav tako ni službe, ki bi posedovala vso obstoječe znanje, ki je potrebno pri delu z ljudmi s težavami v duševnem zdravju. Po principih skupnostne psihiatrije sta dobro načrtovanje in pravočasno ukrepanje odvisna od dobrega pretoka informacij med osnovnim zdravstvenim varstvom in socialnimi službami. Rezultati pokažejo, da je pretok informacij pomemben za nepretgranost obravnave. Takšna medsebojna pomoč pa je odvisna od poznanstva in znanja spletnja profesionalnih odnosov. Slednje se v slovenskem prostoru lahko kaže kot problem. Sogovornici iz Ljubljane govorita o rivalstvu med službami na področju duševnega zdravja. Pojavlja se tekmovanje, kdo je boljši, kdo slabši, kdo je začetnik, kdo bo dobil finančna sredstva. Zanimivo je, da sogovornici izven Ljubljane, torej Idrija in Celje ne govorita direktno o rivalstvu, temveč poudarjata sodelovanje. Izpostavita, da osebam, ki potrebujejo pomoč, takšni odnosi ne pomagajo in iz tega razloga po rivalitetnih odnosih ni potrebe.

Ne povesta direktno, ali rivalstvo obstaja ali ne, vendar lahko iz tega, da je koordinatorka želela v namen preprečevanja hierarhičnih odnosov urediti sestanek med psihiatrično stroko in njo, rečem, da obstaja ali je obstajala vsaj hierarhija moči. Psihiatri imajo svojo moč. To se vidi v citatu, da bo uporabnik bolj poslušen, kadar bo zagledal psihiatra. Tudi nekatere sogovornice jih dojemajo kot močnejše, ker so psihiatri. Ne prihajajo vsi na sestanke multidisciplinarnih timov. Ob pojavu koordinirane obravnave v skupnosti naj bi se temu v Ljubljani tudi uprli. Še sedaj naj bi bili nekateri manj naklonjeni skupnostni obravnavi. V

Celju je koordinatorki uspelo doseči enakopravno sodelovanje, kar je za timsko delo pomembno. Rivaliteta se kaže tudi v očitkih podvajanja. Program skupnostnega psihiatričnega zdravljenja naj bi delal enako, prevzemal torej področja drugih. Zopet se pokaže pomembno, kdo bo pokrival kaj in koga. Problem se naj ne bi nahajal v obstoju različnih služb, saj so glede na rezultate, različne stroke pri podpori osebam s težavami v duševnem zdravju pomembne, problem se kaže v odnosu enega z drugim.

Tekom intervjujev se je odprla tudi zanimiva razprava o tem, kdo je bil začetnik načrtovanja, koordinacije in izvajanja individualnih načrtov v slovenskem prostoru. Kljub temu da se je profil koordinatorskega delno oblikoval že v razvojno raziskovalnih projektih nekaterih nevladnih organizacij, med katerimi je bila tudi Altra in kljub temu da imajo nevladne organizacije na področju dela z ljudmi s težavami v duševnem zdravju že dolgoletne izkušnje, oblikovane metode in oblike dela, se je ta profil prenesel na center za socialno delo. Nevladne organizacije oziroma sogovornica z Altre to doživlja kot odvzem oblik in metod, ki so jih sami dolga leta izpopolnjevali in preizkušali v praksi. Pojavi se dvom v smiselnost izobraževanja in zaposlovanja novega kadra, ki na tem področju nima izkušenj. Smiselnost tega pa izhaja iz pomena ločevanja načrtovalca od izvajalca storitev, saj lahko v obratnem primeru prihaja do kolizije interesov. V teoriji se sliši smiselno in prav, kot kažejo rezultati pa je v praksi takšno ločevanje zaenkrat še težko izvedljivo. V slovenskem prostoru je trenutno zaradi pomanjkanja skupnostnih služb neizogibno, da načrtovalec občasno ne postane tudi izvajalec in obratno. Prevzamenje vlog, ki naj ne bi bile vloge posameznih profilov, je tako odvisno, ali je na voljo izvajalec ali načrtovalec in osebne angažiranosti pri vzpostavljanju izvajalske mreže.

Kontinuirani sestanki so v večini potrebni za lažjo organizacijo dela, evalvacijo obravnave in nadaljnje načrtovanje obravnave. Zanimalo me je predvsem, koliko se pri nas vključuje uporabnika, saj v pristopu odprtega dialoga med zaposlenimi in uporabnikom ni ločenih sestankov, kar se dotika načrtovanja podpore. Pri nas uporabnik na sestankih zaposlenih ni prisoten. Določene sogovornice nato predajajo informacije uporabniku. Dve sta izpostavili, da se zavedata, da bi bila njihova prisotnost potrebna, vendar zaradi organizacijskih ovir, to ni možno. Tako kot v tujini pa je uporabnik prisoten, kadar se odvija načrtovanje. Zanimalo me je tudi, kakšno je sodelovanje psihiatrov v multidisciplinarnem timu pri obravnavi načrta koordinirane obravnave v skupnosti, saj sem hotela preveriti teorijo v praksi. Rezultati kažejo, da ni ustaljene prakse, kjer bi bili psihiatri vedno osebno prisotni. Njihova prisotnost je

odvisna od lokacije sestanka in pomena njegove prisotnosti. Tako nekateri sodelujejo preko telefona in elektronske pošte, v Ljubljani nekateri sploh ne sodelujejo.

Potrebe, ki so se izpostavile v večini niso ničesar novega. Vrtijo se okoli finančnih sredstev in sistemski preureditvi. Stalni problem je pomanjkanje delovnih mest tako za uporabnike kot strokovnjake na področju duševnega zdravja. Zaradi velikega števila uporabnikov in premajhnega števila zaposlenih se pojavi preobremenjenost zaposlenih. Izrazi se potreba po izobraževanju svojcev, zaposlenih in integraciji izobraževalnih programov, ki se sedaj v skrajšani obliki izvajajo v okviru nevladnih organizacij, v izobraževalne programe na dodiplomski ravni, katere nosilci bi bile fakultete in učne baze, ki že obstajajo v slovenskem prostoru. Prisotna je potreba po izvajalcih, ki bi hodili na teren. Sedaj se takšne storitve opravlja večinoma samo za vključene uporabnike posameznih programov. Problematična je stanovanjska politika in sistematizacija določenih storitev. Zdi se, kot da s tem, kar je trenutno na razpolago, samo gasimo, saj sistemska ureditev in pomanjkanje finančnih sredstev omejuje izvajanje storitev, ki bi bile potrebne za kvalitetno podporo in okrevanje uporabnika s težavami v duševnem zdravju v skupnosti. Oviranje uspešnega okrevanja in razvoja skupnostne skrbi pa je tudi problem same stigme in strahu okoli duševnih motenj.

Rezultati se nagibajo v prid postmodernih konceptov, ki so prinesli in izostrili pomen pogovora, odprtega prostora, kjer sta socialni delavec in uporabnik sogovornika in ustvarjalca. Naloga strokovnjaka je, da se v delovnem procesu pridruži uporabniku, da sogovorniku naredi prostor, da lahko ta pove, kdo je in kaj si želi. (Čačinovič Vogrinčič 2006: 8–10). Iz rezultatov lahko rečem, da je postalo pomembno soustvarjanje, pogovor, timsko delo in sodelovanje, individualni načrti podpore in pomoči ter skupnost.

Omejitev dobljenih rezultatov izhaja iz delno strukturiranega vprašalnika. Sogovornice niso prejele popolnoma enakih vprašanj in v enakem zaporedju, saj se je intervju prilagajal področju dela in aktualnim temam, ki so jih odpirale. Tako pri določeni točki ne pridobim informacij od vseh sogovornic. To se je npr. zgodilo pri točki obisk na domu, kjer pokrijem samo program skupnostnega psihiatričnega zdravljenja in koordinirano obravnavo v skupnosti. Z vsakega področja sem intervjuvala dve sogovornici, to mi je omogočilo upoštevati razliko med osebnim pristopom in dejanskimi metodami in oblikami dela določenega področja. Hkrati mi je omogočilo tudi, da je ob izpustu določene informacije, to informacijo dodala druga sogovornica iz istega področja. Tako sem z dopolnjevanjem v večini dobila vse potrebne informacije za posamezno področje. Kljub temu rezultatov zaradi

premahnega vzorca ne morem posplošiti na delo vseh nevladnih organizacij, koordinatorjev in skupnostne psihiatrije.

6. SKLEPI

- Zaradi zakonskih omejitev ali omejitev v znanju, kadru in pomanjkanju ustreznih programov službe niso enakopravno dostopne vsem, ki pomoč potrebujejo.
- Skupnostna psihiatrija naj ne bi omejevala dostopa pomoči, vendar lahko v Ljubljani za razliko od Idrije storitve skupnostne psihiatrije koristijo samo tisti, ki so že bili hospitalizirani in ki so vključeni v njihov program. V Idriji lahko storitve skupnostne psihiatrije koristijo tudi ne vključeni uporabniki, ki bi takšno pomoč ob določenem času potrebovali.
- Storitve se večinoma izvajajo samo za vključene uporabnike.
- Obravnava v skupnosti je v primerjavi z bolnišničnim zdravljenjem cenejša, zmanjšalo se je število hospitalizacij, uporabniki in svojci so bolj zadovoljni.
- Vzpostavitev kontakta v bolnišnici pred vstopom na dom oz. začetkom koordinirane obravnave v skupnosti ali programa skupnostno psihiatrično zdravljenje je pomembna zaradi lažjega nadaljnjega sodelovanja in zaupanja.
- Podpis izjave pomeni krepitev uporabnikove moči in odgovornosti za lastni delež pri soustvarjanju rešitev. Lahko je tudi varovalka za zaposlene pred očitki siljenja v uporabnika.
- Nepretrganost obravnave je pomembna, saj se podpora nudi osebam, ki imajo hude in ponavljajoče se težave v duševnem zdravju.
- Zaradi pasti, da uporabniki postanejo odvisni od pomagajočih je potrebno krepiti njihovo samostojnost.
- Prednost obravnave na domu je videti in doživeti uporabnikov kontekst bolj direktno, kot je to možno v instituciji. Načrtovanje podpore je iz tega namena smiselno narediti doma. Domače okolje je kot terapevtsko okolje v prednosti.
- Prehod iz bolnišnice v domače okolje predstavlja najbolj kritično obdobje, zato je pomembno obiskati uporabnika čim prej po odpustu.
- Na domu se uporabniku nudi podpora, spremljanje, pogovor, motiviranje, sledi se njegovim ciljem, vendar brez nadzora.
- Mehanizmi pomoči ob poslabšanju uporabnikovega psihičnega stanja so: izdelava kriznega načrta, obisk pri psihiatru in urejanje terapije, obisk psihiatra na domu, 24 urna dosegljivost, hospitalizacija in izjemoma podpora v kriznem timu.

- Nobena služba na področju duševnega zdravja ne more delovati samostojno. Deluje lahko le v povezavi z bolnišnicami, psihiatričnimi ambulantami, centri za socialno delo, nevladnimi organizacijami in drugimi službami, ki so uporabniku v pomoč.
- Med službami duševnega zdravja obstaja rivalstvo, ker se med programi dogaja prerivanje, kdo je boljši, kdo je slabši, kdo začetnik, kdo bi imel profil koordinatorja in kdo bo dobil finančna sredstva.
- Kadar je uporabnik vključen v program skupnostno psihiatrično zdravljenje ne prihaja do obveščanja koordinatorjev. S koordinatorji obravnave v skupnosti se sodeluje, kadar je uporabnik odpuščen iz bolnišnice brez nadaljnje obravnave v programu skupnostnega psihiatričnega zdravljenja ali je zaključil program skupnostnega psihiatričnega zdravljenja.
- Pred Zakonom o duševnem zdravju so koordinacijo izvajale nekatere nevladne organizacije.
- V slovenskem prostoru je zaradi pomanjkanja skupnostnih služb neizogibno, da načrtovalec občasno ne postane tudi izvajalec in izvajalec načrtovalec. Gre za preplet različnih vlog.
- Možnosti izvajalcev v skupnosti niso odvisne samo od trenutne sistemske ureditve, ampak tudi od angažiranosti koordinatorjev.
- Uporabniki na sestankih znotraj zaposlenih niso prisotni.
- Ni ustaljene prakse, da bi bil psihiater vedno osebno udeležen pri obravnavi načrta koordinirane obravnave v skupnosti.
- Potrebe izhajajo večinoma iz prevelikega števila delovnih mest, tako za uporabnike kot zaposlene, izobraževanja in določenih storitev.
- Diagnoza pomeni samo znanje za ravnanje, prav tako se dopuščajo različne možne razlage nastanka motenj v duševnem zdravju.
- V povezavi z osebami s težavami v duševnem zdravju obstaja stigma in strah. To je lahko ovira, da skupnostna skrb ni zaživela že prej in da se tako počasi razvija.
- Pristop odprtega dialoga je najbolj podoben programu skupnostnega psihiatričnega zdravljenja, saj je namenjen osebami, ki se soočajo s hudimi motnjami v duševnem zdravju. Tim je v obeh primerih sestavljen multidisciplinarno. Temeljna oblika obravnave pa je nudenje podpore in pogovora na uporabnikovem domu.

7. PREDLOGI

- Potrebna bi bila dodatna izobraževanja koordinatorjev glede dela z mladostniki in osnovno izobraževanje iz psihoterapije. To bi lahko preprečilo izključevanje mladostnikov iz koordinirane obravnave in zmanjšalo stiske ob pojavu vsebin, ki zahtevajo večšine konstruktivnega svetovanja.
- Potrebno bi bilo sistemsko urediti krizne time, ki sedaj niso podprti in financirani s strani države. Potreba po takšnih programih je pomembna zaradi preprečevanja hospitalizacij in uporabniku bolj prijazne podpore v domačem okolju ob doživljanju akutne stiske.
- V Ljubljani bi bilo potrebno uvesti ambulantne obiske psihiatrinje tima PZS na domu tudi za nevključene uporabnike. To je pomembno, saj je sedaj dostop pomoči omejen samo na vključene uporabnike. Potreba po takšni storitvi je ponovno pomembna zaradi preprečevanja hospitalizacij in uporabniku bolj prijazne obravnave v domačem okolju.
- Potrebno bi bilo sprejetje spremembe v Zakonu o duševnem zdravju, ki bi omogočala dostop koordinirane obravnave osebam, ki se zdravijo samo ambulantno ali so se zdravili pred leti. Sedaj te osebe po zakonu nimajo pravice do te storitve.
- Potrebno bi bilo zaposliti več koordinatorjev. Če smo uvedli sistem, kjer bodo ostale institucije ali organizacije izvajalci, ki bodo delali na podlagi koordinatorjevih načrtov, teh pa ni dovolj, takšen sistem ne more funkcionirati.
- Prav tako bi bilo potrebno oblikovati več služb na terenu, saj je pomembno, da storitve približamo uporabnikovemu domu in ne obratno. S tem varujemo uporabnikovo dostojanstvo, delujemo preventivno, zmanjšujemo stigmatizacijo.
- Potrebno bi bilo urediti prilagojena delovna mesta za uporabnike s težavami v duševnem zdravju, saj živijo na robu revščine. Potreben bi bil fleksibilen prehod pri invalidskem upokojevanju.
- Potrebno bi bilo zaposliti večje število strokovnjakov v programu skupnostne psihiatrije, koordinirane obravnave v skupnosti in nevladnih organizacij, saj so preobremenjeni zaradi velikega števila uporabnikov, zamudnega terenskega dela in preobsežne dokumentacije.
- Potrebna bi bila izobraževanja svojcev, saj s tem zmanjšamo njihovo stisko in jih pripravimo, da znajo prepoznati opozorilne znake poslabšanja, pravilno odreagirajo, ločijo motnjo od posameznika. Zgodnje zdravljenje je ena izmed najbolj uspešnih preventivnih dejavnosti za zmanjšanje intenzivnosti zdravljenja. Teh programov trenutno ni dovolj.

- Potrebno bi bilo ozaveščanje tudi širše javnosti o temah s področja duševnega zdravja v skupnosti, saj so rezultati pokazali, da se pomoč še vedno kliče prepozno.
- Potrebna bi bila integracija izobraževalnih programov, ki se sedaj izvajajo v skrajšani verziji v okviru nevladnih organizacij, v izobraževalne programe na dodiplomski ravni, katere nosilci bi bile fakultete in učne baze, ki že obstajajo v slovenskem prostoru. To je pomembno zaradi odgovornega dela do ljudi.

8. LITERATURA

- Belak, P., E. (2004), Vloga družine v psihosocialni rehabilitaciji. V: Avberšek, S., Švab, V. Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: Šent - Slovensko združenje za duševno zdravje: 96–102.
- Blinc Pesek, M. (2004), Delo s svojci oseb s shizofrenijo. V: Avberšek, S., Švab, V. Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje: 90–95.
- Bregar, B., Novak, J. (2011), Skupnostna psihiatrična obravnava: zbornik predavanj z recenzijo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege- zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.
- Flaker, V. (1988), Odpiranje norosti: Vzpon in padeč totalnih ustanov. Ljubljana: Dan.
- Flaker, V., Urek, M., Škerjanc, J., Oreški, S., Kobal, B., Nagode, M., Jakob, P., Rafaelič, A., Mali, J., Cigoj-Kuzma, N. (2009), Formalni in strokovni okvirji za uvajanje in izvajanje Zakona o duševnem zdravju. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo in Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V., Mali, J., Rafaelič, A., Udovič, N. (2010), Individualno načrtovanje in izvajanje storitev. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Glasser, W. (2003), Opozorilo: Psihiatrija je lahko nevarna za vaše duševno zdravje. Radovljica: Žbogar
- Jeriček, H. (2005), Epistemologija zdravja. Časopis za kritiko znanosti, 33, 221: 222–233.
- Jeriček, H., Zorko, M., Bajt, M., Roškar, S. (2009), Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Kovač, N., Švab, V. (1994), Skupnostna skrb za osebe s psihozo. Socialno delo, 33, 3: 207–215.
- Kovač, N., Švab, V. (1995), Svojci in skrbniki kot aktivni udeleženci skrbi za uporabnike služb za duševno zdravje. Socialno delo 34, 2.
- Kvas, A., Seljak, J. (2004), Komplementarne metode zdravljenja kot del biopsihosocialnega modela zdravja. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
- Lamovec, T. (1995 a), Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup. Ljubljana: Lumi.

- Lamovec, T. (1998 b), Psihosocialna pomoč v duševni stiski. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Lamovec, T. (1996), Duševno zdravje skozi oči uporabnikov. *Socialno delo*, 35, 3: 197–216.
- Lightburn, A., Sessions, P. (2006), *Handbook Of Community-based Clinical Practice*. New York: Oxford University Press.
- Mesec, B. (2007), Metodologija raziskovanja v socialnem delu II. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Možina, M. (2009), Duševno zdravje Slovencev je podhranjeno. *Kairos*, 3, 3-4: 179–184.
- Možina, M. (2004), Stalna skupnostna skrb za uporabnike psihiatrije. *Socialno delo*, 43, 2–3: 87-104.
- Možina, M., Šugman Bohinc, L. (2004), Sistemska psihoterapija hudih in ponavljajočih se duševnih motenj. V: Avberšek, S., Švab, V. Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: Šent - Slovensko združenje za duševno zdravje: 110–117.
- Možina, M., Štajduhar, D., Kačič, M., Šugman Bohinc, L. (2011), Sistemska psihoterapija. Ljubljana: IPSA: 415–501.
- Oreški, S. (2004), Skrb svojcev za bližnje, ki imajo težke psihiatrične diagnoze. *Socialno delo*, 43, 4: 201–205
- Oreški, S., Dernovšek, M., Hrast, I. (2010), Kam in kako po pomoč v duševni stiski. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut.
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2011–2016 (URL: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2011/resoluc_dusevno_zdravje/Resolucija_dusevno_zdravje_060411.pdf 29. 3. 2013)
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Haarakangas, K., Kearen, J., Lehtinen, K. (2006), Five years Experiences of First-Episode Non-Affective Psychosis in Open Dialogue Approach: Treatment principles, Follow-up Outcomes and Two Case Analyses. *Psychotherapy Research*, 16, 2: 214–228.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J. (2000), A two year follow-up on open dialogue treatment in first episode psychosis: Need for hospitalization and neuroleptic medication decreases. *Social and Clinical Psychiatry*, 10, 2: 20–29.
- Seikkula, J., Haarakangas K., Alakare, B., Aaltonen, J. (2007), Open Dialouge: An approach to Psychotherapeutic Treatment of Psychosis in Northen Finland. V: Anderson, H., Gehart, D.

Collaborative Therapy: Relationships and conversations that make a difference. New York: Routledge Taylor and Francis Group: 221–235.

Seikkula, J., Olson, M. (2003), The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. *Family Process*, 42: 403–418.

Seikkula, J. (2008), Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. The Association for Family Therapy and Systemic Practice: 478–491.

Seikkula, J., Alakare, B. (2005), Open dialogues in Finnish Lapland (URL: <http://www.theicarusproject.net/files/OpenDialogKjellbergChildAdolescentPsychiatryNorthernSweden.pdf>: 28. 3. 2013)

Šugman Bohinc, L. (2000), Kibernetika konverzacije: O spreminjanju razumevanja sebe in drugega skozi razgovor. Ljubljana: Belo (doktorsko delo).

Šugman Bohinc, L. (2011), Epistemologija socialnega dela II. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (študijsko gradivo-diapozitivi).

Švab, V. (2006), Priročnik o shizofreniji. Radovljica: Didakta.

Švab, V. (1995), Skupnostna skrb za socialno in psihično rehabilitacijo oseb s psihozo na območju občine Moste Polje. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (magisterska naloga).

Švab V. (2003), Skupnostna skrb za osebe z duševnimi motnjami. V: Zbornik predavanj projekta Skupnostna skrb za uporabnike psihiatričnih služb na Krasu. Ljubljana: Šent-Slovensko združenje za duševno zdravje.

Švab, V. (2011), Skupnostna psihiatrija (URL: http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/STROKOVNI_CLANKI_-_razni/Skupnostna_psihiatrija_-_Vesna_Svab.pdf: 29. 3. 2013)

Tew, J. (2011), Social approaches to mental distress. New York: Palgrave Macmillan.

Zaviršek, D. (1994), Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo. *Socialno delo*, 33, 5: 407–414.

Zaviršek, D. (2004), Povzetki recenzij: Knjigi na pot. V: Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: Šent.

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr), Ur. l. RS, št. 77/2008

http://www.sent.si/index.php?m_id=za_vas (datum ogleda: 28.3.2013)

<http://www.altra.si/#!programi> (datum ogleda: 28. 3. 2013)

<http://www.ozara.org/programi-in-projekti/nosilni-programi/dnevni-centri/> (datum ogleda: 28. 3. 2013)

9. POVZETEK

Diplomska naloga je razdeljena na dva dela. Teoretični uvod in raziskovalni del. Prvi del je namenjen boljšemu vpogledu v samo tematiko, ki jo obravnava raziskovalni del.

Teoretični uvod začnem s predstavitvijo dveh temeljnih modelov pojmovanja problemov zdravja ter objektivistično in kibernetiko definicijo zdravja. V nadaljevanju naredim kratek pregled stanja slovenske psihiatrije, ter opišem na kakšen način je bila pri nas izpeljana dezinstucionalizacija. Kot posledico dvotirne obravnave v skupnosti tako podrobneje predstavim razliko med psihiatričnim (institucionalnim) prostorom in skupnostno skrbjo. Izpostavim tudi možne negativne posledice bolnišničnega zdravljenja, ter skušam s tem opozoriti na smiselnost obravnave v skupnosti. Nato predstavim glavne izvajalce storitev na področju duševnega zdravja v skupnosti. Kljub obstoju nevladnih organizacij, koordinirane obravnave v skupnosti in skupnostne psihiatrije, najpogosteje največje breme skrbi v skupnosti prenašajo svojci uporabnika. Zato posebno poglavje posvečam vlogi svojcev v procesu okrevanja. Opišem sam proces okrevanja, ter problematiko, ki jo doživljajo svojci in hkrati poudarjam, da je lahko dom ob ustrezni pomoči tima in pripravljenosti družinskih članov na sodelovanje, najboljše naravno mesto za okrevanje. Nato podrobneje predstavim pristop odprtega dialoga.

Načela odprtega dialoga sem uporabila kot okvir, znotraj katerega sem naredila pregled stanja skupnostne obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju v Sloveniji. Usmerila sem se predvsem na naslednje kategorije: vključitev v obravnavo, obisk na domu, mehanizmi pomoči, sodelovanje različnih služb duševnega zdravja v skupnosti, potrebe za bolj kakovostno pomoč, nepretrganost obravnave in zagotovitev takojšnje pomoči. Rezultati so mi omogočili vpogled v delovanje nevladnih organizacij, koordinirane obravnave v skupnosti in programa skupnostne psihiatrije. Na podlagi tega sem lahko videla podobnosti in razlike med našim sistemom pomoči in pristopom odprtega dialoga. Pristop odprtega dialoga je najbolj podoben programu skupnostnega psihiatričnega zdravljenja, saj je namenjen osebam, ki se soočajo s hudimi motnjami v duševnem zdravju. Tim je v obeh primerih sestavljen multidisciplinarno. Temeljna oblika obravnave pa je nudenje podpore in pogovora na uporabnikovem domu. Za razliko od tujine nimamo kriznih timov in razvite psihoterapije. Zdi se, kot da s tem, kar je trenutno na razpolago, samo »gasimo«, saj sistemska ureditev in pomanjkanje finančnih sredstev omejuje izvajanje storitev, ki bi bile potrebne za kvalitetno podporo in okrevanje uporabnika s težavami v duševnem zdravju v skupnosti. Na koncu podajam predloge za možne izboljšave trenutnega stanja skupnostne obravnave.

10.PRILOGE

10.1. kodiranje po kodah in kategorijah

VKLJUČITEV V OBRAVNAVO		
1. kateri uporabniki		
S3-3	Paciente, ki vključujemo v naš program, smo določili tudi po klinični poti. Vključujemo: Osebe, ki so bile sprejete v bolnišnično zdravljenje, dve ali več hospitalizaciji na leto, akutno poslabšanje do samomorilnega vedenja, pridružene druge socialne motnje, pridružene odvisnost od psihoaktivnih substanc, tisti, ki izpadajo iz programa, ne jemljejo zdravlil, obiskov v ambulanti, ki so bili sprejeti v bolnišnico proti volji itd.	vključitev v program PZS, uporabniki določeni po klinični poti
I61	Ne moremo se ukvarjati z lažjimi, ker tudi ni prav, da bi se, ker se lahko s tem ukvarja nevladni sektor ali pa koordinator v skupnosti ali center za socialno delo.	ločevanje katera služba v skupnosti skrbi za katere uporabnike
P65	Jaz sem imela dvakrat koordinatorja tukaj, smo sedli skupaj in je moral v bistvu pacient sam povedati koordinatorju, kaj potrebuje od njega. Bolniki morajo biti za koordinirano obravnavo v skupnosti bolj samostojni kot naši. Že morajo vedeti, kje bi lahko človeka uporabili.	za KOS morajo biti uporabniki bolj samostojni kot za PZS ločevanje uporabnikov
M4	oni selekcionirajo uporabnike. In sicer na tak način, da tiste, ki so odvisniki oz. ki zraven uživajo še alkohol, droge, tiste, ki imajo kombinirane motnje, za vse te, to sedaj govorim na splošno za vse nevladne organizacije, je tako, da jih ne želijo vključiti. Selekcionirajo jih tudi na tak način, da uporabnik, ki ni miren in priden, ki ne jemlje terapije... To je ena, da morajo jesti tablete. To je pri njih pogoj.	koordinatorjeva kritika za NVO- selekcioniranje uporabnikov
M6	Mi imamo pa same take tukaj, ki so več ali manj s kombiniranimi motnjami. Zato se mi tudi zdi prav, da je to na center prišlo, ker vedno v vsakem primeru, ker na vseh področjih, ki jih imamo tukaj v zvezi s tem, se nevladne otepajo, predvsem tistih, ki so najtežji, ker ne morejo z njimi shendlat, ampak ti padejo ven iz sistema.	mesto koordinacije na CSDju, ni zavračanja težjih uporabnikov kot na NVO
M7	In center kot javna institucija jih mora vedno vzeti, ker smo pristojni. Nima izbire, on jih mora obravnavati in	mesto koordinacije na CSDju, pristojni, ni

	jih ne more zavrniti.	možnosti zavračanja
M8	In zato so lahko ti uporabniki pri nas v obravnavi, oziroma če si to želijo, potem morajo biti. Drugače pa izpadejo ven iz sistema.	mesto koordinacije na CSDju, drugače določeni uporabniki izpadejo iz sistema pomoči
M9	... kar je problematično pri teh nevladnih organizacijah. Tisti, ki imajo osebnostne motnje, nekako ne spadajo v te nevladne, recimo dnevni center. Po mentaliteti, po njihovih značilnostih. Ker ti so bolj skoncentrirani, odvisno kakor kateri, ampak tako, imajo večjo koncentracija. Lahko so v drugih, recimo pametnejših stvareh. Oni bi razreševali svoje težave, stiske, v tem smislu.	potreba po posamezniku prilagojeni obravnavi, ne gre vse v isto osebnostne motnje ne sodijo v NVO, zaradi njihovih značilnosti
M10	jaz jih imam kar nekaj z osebnostnimi motnjami	vključitev v obravnavo, tudi osebnostne motnje
M19	Zakon ne opredeljuje kdo so ti uporabniki ali so to mladoletni ali so to starejši in tako naprej. Potem je pa še tako, da lahko vsak, ki pride na center, lahko tudi ti enkrat ali pa jaz, reče, da je neki depresiven ipd. Tako da smo se, to je ustno dogovorjeno, da se lahko vključijo v obravnavo tisti uporabniki, ki so bili vsaj enkrat hospitalizirani v psihiatrični bolnišnici. Ustno je dogovorjeno tudi, da naj bi bile to polnoletne osebe.	vključitev v obravnavo KOS, že enkrat hospitalizirani, polnoletni
M20	Ker je problem, da imajo otroci posebno varstvo, še večji problem pa je, da je delo z njimi popolnoma drugačno. O delu z mladoletnimi na izobraževanju za koordinatorja na FSD ni bilo nobenega poudarka in nam o tem niso predavali, torej se o tem nismo nič naučili, zato menim, da tudi nismo pripravljeni za delo z njimi oziroma potrebujemo dodatno znanje. Nas okoli tega niso specializirali. Smo se zmenili, to je tudi v okviru ministrstva, da imamo izjemoma kakšnega, ampak to bolj mladoletne.	potreba po izobraževanju, za delo z otroki, razlog za izključitev otrok iz KOS
M28	Pri tistih, ki so težji, ki niso sposobni, niso toliko, da bi pri njih doma sedeli in pisali načrt, pa jaz naredim tako, da že kaj opraviva, se že kaj druživa, pa iz tukaj kaj pobrem, pa ga kaj sprašujem, pa potem na podlagi tega napišem ta načrt. Na tak način, se da napisati. Važno je, da s tabo kontaktira, da si ti lahko z njim, da te spusti v stanovanje, pa da greš z njim na sprehod. Veliko dobiš z opazovanjem in ga nato vprašaš kaj.	feedback na tezo PZS soc.del., da morajo biti uporabniki za KOS bolj samostojni- potreben samo drugačen način načrtovanja

M88	Nimajo pravice po zakonu, vendar smo se koordinatorji z ministrstvom dogovorili, da se lahko vključi vsako osebo, ki se je vsaj enkrat v življenju že zdravila v psihiatrični bolnišnici. Pripravljena je tudi že ta sprememba v zakonu in pravilniku, vendar spremembe še niso sprejete s strani vlade.	vključitev v obravnavo, oseba, ki se je kadarkoli v življenju že zdravila v PB, ni po zakonu je po dogovoru z ministrstvom pripravljena sprememba v zakonu in pravilniku še ni sprejeta s strani vlade
C5	Ker je diskriminatorno, da lahko v koordinirano obravnavo v skupnosti ta trenutek po zakonodaji vstopi samo človek, ki je bil hospitaliziran. Ki je bil sedaj hospitaliziran, potem ga psihiatrična bolnišnica seznanijo s to vrsto pomoči oz. storitve in nato lahko pride k nam. Opozarjali smo, da to ne more biti tako, ker nekdo, ki je bil pred dvema letoma v bolnišnici ali pa se samo ambulantno zdravi, do te storitve nima pravice.	kritika Zakona o duševnem zdravju, vključitev v obravnavo KOS, diskriminacija do uporabnikov, ki se samo ambulantno zdravijo ali so bili v bolnišnici pred leti
C6	Nimamo pa nobenih ovir, ne do dvojnih diagnoz, do ničesar.	vključitev v obravnavo KOS, ni selekcioniranja uporabnikov
C7	V koordinacijo se vključijo ljudje, ki želijo dvigniti kvaliteto svojega življenja.	vključitev v obravnavo KOS, uporabniki, ki želijo dvigniti kvaliteto svojega življenja
C31	ampak to je šlo bolj za ljudi, ki imajo osebne motnje in pravzaprav sploh ne sodijo v koordinacijo.	osebne motnje ne sodijo v KOS
C32	Zaradi tega, ker jaz ne morem na ta način, kot ona razmišlja. Nehala je plačevati položnice za stanovanje in ko sem jo vprašala zakaj, mi je odgovorila, ker je tako in tako noben ne more vreči ven, ker bomo mi uredili, da ne bo na cesti. Naj malo pokličemo okoli in uredimo.	izpad uporabnikov iz sistema pomoči, osebne motnje ne sodijo v KOS, zaradi načina razmišljanja
C69	Jaz imam mladostnike. Dogovorjeno z ministrstvom, da jih lahko imam. Nikjer v zakonu ne piše, da jih ne smemo imeti. Imam pa jih zaradi tega, kot sem že prej omenila, sem delala 24 let tudi s to populacijo. Imam tovrstna znanja kar se tiče otrok. Tako da tega se ne bojim, glede drugačnih pristopov in teh stvari. Se mi zdi, če je otrok potreben koordinacije, je prav da jo dobi.	vključitev v obravnavo PZS, tudi mladostniki
A32	nimaš pojma kdo je prišel, to pomeni, da ne veš, kaj se	(vključitev v program)

	bo dogajalo naslednjo uro, je oseba psihotična in potrebuje zdravljenje, je ravnokar iz zdravljenja pa potrebuje obravnavo v skupnosti, gre za osebo, ki se ne znajde pri uveljavljanju svojih pravic, gre za depresijo in odvisnost od droge, tu v Svetovalnici dejansko prihajajo osebe z različnimi življenjskimi zgodbami in težavami.	raznolikost uporabnikov, razgiban teren
A100	na Altri so posamezniki s komorbidnimi motnjami in kompleksnimi težavami. To nepreverjene sodbe, ali pa šumi v komunikaciji med nekaterimi NVO-ji in koordinatorji.	feedback na koordinatorjevo kritiko, da NVO ne želi vključiti uporabnike s kombiniranimi motnjami
A14	Ko pa nekdo pride s ceste noter ali pa tako iz enega CSDja, kjer mislijo, da ga bomo obvladali v krizi tukaj notri. Človeku v krizi je težko pomagati, če nimaš virov, torej kadra, prostora int. Lahko ga začasno pomirim, mu skušam nekako pomagati.	nepoznanim uporabnikom v času krize težko pomagati
A56	bistvu je težko delati z nekom, ki je akutno psihotičen in ne želi zdravil. Glede na to, da ne izvajamo kriznih timov za nepoznane, take potem res usmerim na dežurno psihiatrično ambulatno.	NVO in dežurna psihiatrična ambulanta za akutno psihotične uporabnike
F2	takrat je v bistvu Agencija IN prevzela oskrbo za tiste udeležence gibanja Izhod, ki so se odločili, da ostanejo zunaj institucij. Na kar je Agencija In prevzela delo v prehodni stanovanjski skupini, kjer sta že stanovala dva uporabnika vključena v IF, plus trije takratni »izhodovci«, ki so se vključili v program. /.../ In sedaj nima več veze z IF, razen tega, da so nekateri uporabniki, ki so bili tudi uporabniki IF-a, vključeni v delo agencije.	vključitev v program, predhodni uporabniki pilotskega projekta IF
F15	Predvsem tisti dolgotrajni stanovalci zavodov, potem ljudje, ki živijo v skupnosti in bi radi v skupnosti ostali. Ne bom rekla ljudje z diagnozo, to ni pogoj, ker diagnoza je tudi nekaj subjektivnega. Predvsem ljudje, ki bi želeli živeti zunaj in za to potrebujejo neko podporo za življenje.	vključitev v program-kateri uporabniki
F16	V stanovanjski skupnosti so itak že štirje kontinuirano, tako da tudi nismo sedaj nič... Pri vzpostavljanju oskrbe v skupnosti pa tudi nimamo nobenega preverjanja.	ni selekcioniranja
2. predlog za vključitev v obravnavo		
S10-5	Naši pacienti se vključujejo v PZS na predlog	vključitev v program, na

	oddelčnega tima, na našo željo, da podaljšamo, na željo pacienta. Vključujemo lahko tudi na oceno splošnega družinskega zdravnika, psihiatra, csd, kos, zdravstveni dom, svojcev, nevladnih organizacij.	predlog oddelčnega tima, PZS tima, na željo pacienta, oceno splošnega zdravnika, psihiatra, csd, kos, zdr. dom, svojcev, NVO
P10	nas kličejo ambulanti psihiatri, pa tudi nevladne organizacije.	vklučitev v program PZS, na predlog am.psihiatra, NVO
P11	Zdaj smo ravno vključili enega iz nevladne organizacije, ki je v stanovanjski skupini pri njih.	vklučitev v program, na predlog NVO
P61	sedaj bomo imeli en timski sestanek, za enega fanta, kjer sta bolna oba, on in mama ter so sostanovalci začeli pisati dopise na center in potem center na nas. Potem smo se odločili, da je najboljša, da sedemo skupaj in vidimo, kako je na stvari.	vklučitev v program, na pobudo CSD vzpostavitev kontakta na timskem sestanku
M25	Prvotno je zamišljeno tako, da bi nas naj obvestili iz psihiatrične bolnišnice.	vklučitev v obravnavo KOS- prvotno zamišljeno na predlog PB
M29	ali nas sami najdejo, ali pa s centra dobimo kakšna taka obvestila, ali pa iz drugih institucij, nevladnih organizacij.	vklučitev v obravnavo KOS, na pobudo CSD, NVO, uporabnikov samih, drugih institucij
C24	Ja, vedno dobim predlog, oni v bistvu seznanijo paciente s to storitvijo.	vklučitev v obravnavo KOS, na predlog PB redno obveščanje
F21	Na nas se obračajo socialne delavke ali pa kakšno osebje ali pa strokovno osebje iz kakšne druge institucije. Iz psihiatrije tukaj v Ljubljani nas kličejo.	vklučitev v program, na predlog soc.del., druge institucije
3. vzpostavitev kontakta		
P1	Pri nas je praksa taka. Jaz delam na dnevnem oddelku. Dnevni oddelek pomeni, da pacienti pridejo zjutraj in gredo zvečer domov, spijo doma in vikende so doma. Mi nekako rajši vidimo, če bolnika že prej poznamo preden ga damo v skupnostno.	raje poznane uporabnike preko dnevnega oddelka
I3	z vsemi je treba prej vzpostaviti kontakt, ne moreš kar tako vleteti	vzpostavitev kontakta nuja pred vstopom na dom

I4	Gospoda smo o prihodu obvestili, tudi koordinatorko smo prej prosili naj mu direktno pove, da ga bomo tudi mi prišli pogledat, kako se to njemu zdi, da ne bomo kar vstopili.	potek vzpostavitve kontakta, iz terena, nepoznani uporabnik, spoštovanje uporabnikove avtonomije
I62	Prej smo hodili na dom iz oddelka. Ravno iz teh načel, da so nas poznali, da ni bilo problema.	vzpostavitev kontakta, pred PZS timom hodili na dom iz oddelkov, psihološka kontinuiteta za uporabnike
I63	Septembra lani pa smo ustanovili to ekipo, kjer smo kljub temu še vedno vsi iz bolnišnice, nihče ni na novo, razen medicinske sestre	vzpostavitev kontakta, ohranitev psihološke kontinuitete, da se je PZS tim oblikoval iz zaposlenih iz bolnišnice
I64	Človeka nisem poznala in seveda ko sem prišla k njim domov, smo se morali najprej spoznati. To je bila iskreno rečeno naša največja bojazen. Tiste, ki sem jih jaz poznala, ni bilo problema, ali pa kdo drug iz tima, saj smo šli v paru. Potem pa je bilo tukaj enih 30 pacientov, ki pa jih nihče ni poznal.	vzpostavitev kontakta, problem z nepoznanimi uporabniki, ni bilo psihološke kontinuitete iz bolnišnice
I65	Ampak, ker smo že prej prosili naše sodelavce na oddelkih, naj prosim lepo že vnaprej povedo, da bomo mi prišli na novo, da smo jih počasi pripravljali. Tudi ko so smo jih mi klicali za predviden obisk, smo se predstavili, da smo mi tisti »ta novi« in vprašali ali bi mogoče še zmeraj raje videli, da pridejo oni iz oddelka.	vzpostavitev kontakta, ustvarjanje psihološke kontinuitete pred prvim srečanjem, pripravljanje terena v bolnišnici
I66	Tiste paciente, ki se predlaga iz oddelkov, oddelčni tim normalno vodi naprej, proces odpusta in vse, vmes pa vstopimo mi. Zmeraj že na oddelku s pacientko/pacientom en član tima naredi pogovor. Zmeraj se predstavimo v smislu, da se bomo videli potem tudi izven bolnišnice.	vzpostavitev kontakta, v bolnišnici
I68	Sedaj ko se je ta sistem, ritem ekipe, protokol ustalil, pa se s tem niti več ne ukvarjamo. No, tako so izkušnje pokazale, da ni potrebe.	vzpostavitev kontakta psihološka kontinuiteta, sedaj ni potrebe po istih strokovnjakih iz prehoda bolnišnica-skupnost
S3-14	Tukaj nam je zelo težko v prvem kontaktu narediti nekaj velikega. Iščemo vidike na katerih se pacient strinja z nami. Ko ugotovimo kateri so ti simptomi , že	vzpostavitev kontakta, iz terena v krizni intervenci, nepoznani uporabniki

	čutimo eno ambivalenco, da bi pacient vzel zdravilo, potem pa delamo na motivaciji, učinkovitosti, kaj pomeni kaj, informiramo pacient, svojce, določimo dejavnike tveganja, če je suicidalno ogrožen, sprožimo hospitalizacijo,. Če se da, pa načrtujemo naprej.	ambulantni obisk psihiatrinje PZS na domu, terensko delo
S8-4	Seznanitev osebe in vseh udeležencev z obliko obravnave, nato če je sledila privolitev, se je sodelovanje začelo in smo skupaj z osebo ustvarjali predloge za nadaljnji način sodelovanja.	vzpostavitev kontakta, iz terena skupaj PZS in KOS, vključitev obravnavo
P2	Ker mi le stopimo v njihov prostor. In jaz ne morem kar potrkati na vrata in reči: »Jaz sem ta pa ta, jaz sem prišla k vam domov	vzpostavitev kontakta, problem z nepoznanimi uporabniki iz terena
P3	Veliko lažje in boljše sodelovanje imamo s temi bolniki, ki grejo čez ta naš dnevni oddelek.	vzpostavitev kontakta, predhodno poznanstvo pripomore k boljšemu in lažjemu sodelovanju psihološka kontinuiteta
P5	In se že tukaj vse dogovorimo, kakšen je načrt, kaj pravzaprav potrebujejo od nas, kje jim lahko stojimo ob strani.	vzpostavitev kontakta, iz bolnišnice
P12	Če ga oni poznajo, najrajši vidimo, da imamo vsaj eno srečanje prej, preden stopimo direktno k njim na dom. Ali je tukaj ali na Šentu, Altri, Ozari, ali nekje.	vzpostavitev kontakta, potrebno srečanje na nevtralnem terenu pred vstopom na dom
P13	Zelo nerada kar na vrat na nos stopim k uporabniku na dom. Težko je kar priti k nekemu, če nič ne veš o njem. Včasih ne veš kaj opazovati. Malo je že dobro, da ti nekdo pove, zakaj se gre, ter da imaš stike še drugje.	vzpostavitev kontakta, potreba predhodnega poznanstva pred vstopom na dom zaradi nelagodja neznanne situacije obisk na domu
P14	Če pa že recimo, da gremo direkt domov, je pa fajn, da je prisoten kakšen starš, ali nekdo od svojcev, ali je to mož ali žena. Nikoli pa ne mislim oz. jaz nikoli nisem delala prvega obiska pri samem bolniku, kadar je bil sam, brez kogar koli drugega.	vzpostavitev kontakta, direkten obisk na domu nepoznanih uporabnikov se ne izvaja brez prisotnosti svojcev
P16	Toliko, da pacient oz. me vse poznamo pacienta. Te, ki so na dnevnih, jih vsi poznamo in vsi, ki so na dnevnem, poznajo vse nas.	psihološka kontinuiteta, obojestransko poznavanje na dnevnem oddelku

P98	Mogoče rabijo dalj časa, da postanejo zaupni, da nas ne jemljejo kot nekoga, ki hodi domov samo v »težit«.	vzpostavitev kontakta, težave z nepoznanimi uporabniki
P105	Izkušnje kažejo, da je dobro osebo prej poznati (obojestransko poznanstvo) preden gre v obravnavo, gre za zaupanje in lažje sodelovanje.	pomembnost obojestranskega poznanstva zaradi zaupanja in lažjega sodelovanja
M26	Če nas obvestijo, potem jih obiščemo v psihiatrični bolnišnici. Na prvem obisku imamo po navadi sestanek skupaj psihiater, njihova socialna delavka, uporabnik in jaz. Uporabnik predstavi situacijo, potem še psihiater pove kaj si misli, zraven je še njihova socialna delavka in tudi jaz sem zraven, kot koordinator. Jaz potem na kratko predstavim koordinacijo obravnave v skupnosti, opišem postopek, kakšne so pravice in obveznosti, ter da je storitev prostovoljna. Potem zelo skrajšano povem in zelo po domače povem postopek.	potek vzpostavitve kontakta- v bolnišnici skupno srečanje kos, psihiatra, soc.del, uporabnika ob predaji iz PB v KOS psihološka kontinuiteta transparentnost informacij, vključenost uporabnika
M30	V bistvu, se dogovoriš. Če so oni že na centru, pa jim tam gor svetujejo, naj pridejo dol, potem je to tukaj ali pa če nas tako najde. Če pa je tak kontakt, ja potem se pa pri njih doma dobimo.	vzpostavitev kontakta, mesto prvega sestanka po dogovoru
M33	Saj je malo tako, če takrat ko greš, sploh ne veš, pa ne poznaš, je malo tako... Mogoče iti k ženski, mi ni toliko slabo. Ampak saj navadno ni nič tako hudega.	obisk na domu, prvi pri nepoznanem uporabniku, nelagodje, večinoma nič hudega
C25	Ja, gremo tja. Dam jim svojo vizitko, zloženko, se jim predstavim, napišem številko mobitela, skratka se dogovoriva za naslednje srečanje ali je to še v bolnišnici.	vzpostavitev kontakta, v bolnišnici
C27	Pomembno je, da se srečamo in spoznamo tam, zaradi tega, ker je veliko lažje, lahko delamo naprej, ko pridejo iz bolnišnice, ker se že poznamo.	vzpostavitev kontakta, predhodno poznanstvo iz bolnišnice pripomore k lažjemu sodelovanju psihološka kontinuiteta
C28	grem jaz k njim domov in se jim tam predstavim.	vzpostavitev kontakta, na terenu, nepoznani
C29	Včasih so tu skeptični, si mislijo, kaj sedaj hočejo od	vzpostavitev kontakta,

	mene, kaj bi spet nekdo rad od mene, iz tega športajo.	problem z nepoznanimi uporabniki iz terena
C30	Če pa se jim jaz predstavim v bolnišnici in mogoče že tudi kaj naredimo, pa vidijo na kakšen način te stvari potekajo.	vzpostavitev kontakta, predhodno poznanstvo iz bolnišnice pripomore k lažjemu sodelovanju
A71	Ne, če gre za prvi obisk doma, na prvi sestanek ne grem sama, gre nekdo z mano.	prvi sestanek/obisk na domu, ne hodi sama
A74	Gremo na dom, ampak za prvi sestanek ne več, če ne poznam človeka.	prvi sestanek/obisk na domu, ne hodi k nepoznanim
F19	Ga kar oni z nami. Ker smo zelo veliko na terenu. Imamo vsake toliko izlet v Hrastovec, predvsem v Hrastovec. Ljudje nas kličejo, tako da mi sploh ne rabimo sami vzpostavljati kontakta. Hodimo po zavodih in že na splošno poznamo ljudi preko Izhoda na primer.	vzpostavitev kontakta
4. podpis izjave		
I19	se more uporabnik strinjati, normalno ne moremo sedaj ljudi siliti	za vključitev v program PZS potrebno strinjanje uporabnika, avtonomija uporabnika
I76	Mi namreč damo podpisati izjavo. Se mi zdi, da je prav. Ko podpiše, smo odgovorni mi in on, da nam ne bo kdo očital, da smo silili v njega ali podobno.	vključitev v program PZS, podpis izjave, podlaga delovnega odnosa, obojestranske odgovornosti
I77	Dali smo jim informacije, vsak teden smo hodili k njemu. Nikoli ni podpisal izjave. Tudi zdravnica je šla na teren.	vključitev v program PZS, kljub ne podpisani izjavi, ne pustijo uporabnika brez pomoči
P64	tukaj pri nas podpišejo prostovoljno, da se strinjajo s programom in da dovolijo sodelovanje in vstop v njihov dom ipd.	vključitev v program, prostovoljni podpis izjave
M21	je to prostovoljna storitev. Jaz nikogar ne smem prisiliti. Tako da tu se zna zgoditi, da odpade kdo, ki bi takšno obravnavo nujno potreboval, pa jo odkloni.	vključitev v obravnavo KOS, prostovoljna odločitev uporabnika ob odklonu možen izpad uporabnika iz KOS

M22	Tisti, ki odklonijo, pa pride obvestilo iz policije ali prijava koga drugega, mora center vseeno ukrepati. Poskuša se vključiti koordinatorja, če pa ta odkloni, primer rešuje nekdo drug iz drugega področja na centru, ki ima javna pooblastila za takšne primere, npr. nasilje v družini...	če uporabnik odkloni KOS, prevzame CSD varovalka pred popolnim izpadom iz sistema pomoči
M23	V obravnavo vzamemo tudi osebe, ki sicer odklonijo obravnavo zaradi postopka (načrtovanje...), sodelujejo pa na drugačen način oziroma stopijo v stik s koordinatorjem in ga z njim tudi obdržijo. Takšne kljub temu vzamemo v obravnavo, ker jih ne moremo kar tako pustit.	vključitev v obravnavo KOS, delni pristanek na sodelovanje je dovolj varovalka pred popolnim izpadom iz sistema pomoči
M24	Če pač kdo noče imet nobenega stika, ga pustimo pri miru.	vključitev v obravnavo KOS, tisti, ki ne želi se ga pusti pri miru
M27	Pri teh težjih, ki niso sposobni toliko aktivnega sodelovanja, je tako, da z njimi delaš dlje časa okoli tega ali bo z nami sodeloval ali ne, časovno veliko porabiš, ampak na koncu podpišejo vsaj privolitev.	daljši časovni vložek s težjimi uporabniki do podpisa izjave
C17	Sedaj sem se trudila z eno deklico tri mesece.	časovni proces, vztrajanje
C18	Vsi podpišejo, zaradi tega, ker moja naloga je, da najprej predstavim koordinacijo, z njimi vzpostavim osebni kontakt.	vključitev v program, podpis izjave vzpostavitev kontakta
C19	da ko človek v nekaj privoli, se za nekaj odloči, je procent za uspeh toliko višji, ker je to njegova odločitev	vključitev v program, pomen podpisa izjave, krepitev moči
C20	Zelo pomembno je, kako se osebi predstavi koordinacija, kako se mu pove, da lahko prekine, to je lahko naslednji dan, kadar želi, kako se mu pove, da lahko izraža svoje želje.	način predstavitve koordinacije
5. trajanje obravnave		
I18	Program se izvaja eno leto, po potrebi se lahko podaljša ali skrajša.	vključitev v program PZS, trajanje odvisno od potrebe
P26	Mi si v bistvu neke časovne omejitve nismo postavili.	vključitev v program PZS, ni časovne omejitve
P28	Sedaj imamo dva pacienta, za katera rečemo, tale bo pač z nami do konca. Mogoče smo ga že poskusili kdaj dati	vključitev v program PZS, možnost ponovne

	naprej, pa je šlo takoj nazaj. Sedaj ravno dva ponovno vključujemo. Vodili smo jih že od leta 2005 in smo jih 2011 zaključili. Enega celo lani poleti in kličejo svojci, da prosijo, če jih lahko vzamemo nazaj, ker eden se je zapil, drugi je nehal jemati zdravila.	vklučitve ob recidivu nepretrganost obravnave
P31	Na zaključnem timu smo vsi tisti, ki smo z njim delali in svojci. Potem tudi vedo, da če bi bilo karkoli, naj pokličejo, pa se bomo naprej dogovarjali. Nobenega ne pustimo tako, da bi rekli, glejte, počakajte, da bo tako hudo, da boste šli direkt na sprejemno.	zaključni tim, informiranje o možnosti ponovne vključitve ob težavah,
C33	Ve pa, da lahko vedno pride nazaj. Ne glede na to ali je šlo ali ni šlo. Vsak človek se lahko vrne in pride naslednjič.	vklučitev v program KOS, možnost ponovne vključitve
F35	Po programu. Itak se naredi najprej načrt, potem se delajo revizije in potem v reviziji se vidi ali se mu zmanjšajo storitve, ali jih sploh ne potrebuje več. Od tega je odvisno. Načrt je tisti v katerem se to opredeli, uporabnik sam.	vklučitev v obravnavo, ni časovne omejitve, sprotno prilagajanje
P79	Mi jih imamo na dnevnem oddelku, praviloma še tudi takrat, ko so odpuščeni, eni še kar hočejo hoditi. Pa jim rečemo: »Vi morate iti stran od bolnice, ne se na bolnico vezat. Tudi ti naši iz skupnostnega programa še kar nekaj časa hodijo ob ponedeljkih na vizito, ko so že tukaj odpuščeni, pa ne bi rabili. Ravno danes je eden rekel: » Ampak jaz imam razlog, da zjutraj vstanem, jaz drugače sploh ne bi vstal.«	odvisnost uporabnikov od služb duševnega zdravja, dnevni oddelek PB in PZS
M58	Glede na to, kot sem prej rekla, da so to težji uporabniki, se sploh nikoli nič ne zaključí.	ni zaključka obravnave, ker je populacija težjih uporabnikov
M59	Tudi takrat, kadar bi npr. jaz rekla, da je v redu, da ni več potrebe, se uporabniki ne odločijo za to. Oni želijo, da naprej sodelujemo. Čutijo nekakšno varnost, v primeru, če bi bili v stiski, da koga pokličejo. Ne zaključimo, tudi v teh primerih ne. Oni niso za. Saj takih je malo.	uprabniki ne želijo prekiniti obravnave, kadar ni več potrebe vklučenost za uporabnika predstavlja varnost odvisnost uporabnikov od KOS
M60	Vsi ostali pa zato, ker so to težji uporabniki, ves čas	ni zaključka obravnave,

	nekaj potrebujejo, tako da nikoli ni konca. Jaz nisem zaključila še nobenega primera iz tega razloga, ker ni bilo več potrebe.	ker je populacija težjih uporabniki
C63	80 odstotkov ljudi zaživi in me pokličejo, da so dobro. Ta občutek varnosti, da lahko pokličejo, predstavlja tisto glavnino. 20 odstotkov ljudi se vrne nazaj v koordinacijo.	pride do zaključka obravnave- razlika od LJ, potreba po varnosti
A42	zelo se navežejo. Naši se tako navežejo.	uporabniki se navežejo
I17	Mi nje ne bi potrebovali več spremljati, ampak smo se vključili na njeno željo, ne na našo. Predvsem zaradi občutka varnosti.	vključitev v program PZS, na pobudo uporabnika vključenost za uporabnika predstavlja varnost
I21	Takoj ko zaključimo program in tiste, ki se ne želijo vključiti v programe, službe, ki obstajajo v skupnosti, zagotovo pokličemo enkrat na mesec.	psihološka kontinuiteta, ohranjanje stikov
I23	Vzdržujemo stike. To je moj prvi pogoj. Prosim ne pozabimo na te ljudi, dajmo jih poklicati.	psihološka kontinuiteta, ohranjanje stikov
I24	vzdržujemo z njimi stik, koliko oni želijo, ne koliko želimo mi	spoštovanje uporabnikovih želja pri ohranjanju stikov
I22	se počasi oddaljujemo drug od drugega, da nismo v simbiozi	postopno zmanjševanje odvisnosti od služb
C61	delati ljudi odvisne od sebe, je zelo slabo. Delati ljudi, da se znajdejo v situaciji, ko potrebujejo pomoč in da imamo narejene načrte za tisto situacijo, je dobro. Mislim, da tisti, ki misli, da nekdo ne more preživeti brez koordinatorja, da bi se »ga jaz« bala. To je zelo nevarno. Moja naloga kot koordinator je osamosvojiti, pomagati človeku pri samostojnem življenju, potem pa ga spustiti. Ne ga navezati in ga narediti odvisnega, da ne bo več samostojno živel.	ne ustvarjati odvisniškega odnosa uporabnika do institucij, ampak krepiti samostojnost
C62	To se meni isto dogaja. Naredimo vmesno obdobje, prekinemo. Vedo, da me lahko ne glede na to, da imamo prekinitiv, kadarkoli pokličejo. Imajo mojo telefonsko številko in vedo, da lahko začnemo ponovno tisti trenutek, ko bodo potrebovali.	uporabniki ne želijo prekiniti obravnave, kadar koordinator meni, da ni več potrebe

		ne ustvarjati odvisniškega odnosa uporabnika do institucij, vmesno obdobje prekinitve
C65	Če se delajo dobri načrti in če se stvari dobro splanirajo, potem so izvajalci v okolju tisti, ki lahko peljejo stvari naprej. Če pa koordinator postane izvajalec, če koordinator postane strokovni delavec, ki opravlja področje prve socialne pomoči in transferja, potem je pa to to.	dobri načrti potrebni za uspešno predajo izvajalcem, za zaključek obravnave
S2-10	pacient mora imeti svojo avtonomijo, ne da vse samo namesto njega, za njega vse, seveda do neke točke je treba stvari urediti, zato da potem lahko človek naprej začne funkcionirati na vseh svojih področjih.	krepitev moči uporabnika, avtonomija strategija za preventivo odvisniškega odnosa
OBISK NA DOMU		
1. prednost obravnave na domu		
I42	Mi splošno oceno naredimo že v bolnišnici. Kar so nas pa izkušnje naučile, je slika na domu čisto drugačna. Najraje to oceno naredimo doma, vse. Zato, ker ti vidiš točno kako človek funkcionira, kaj on zmore, kakšne so njegove navade, mogoče smo imeli mi prevelika pričakovanja.	obrnava prilagojena posamezniku v njegovem naravnem okolju
S5-1	Bolnišnično okolje je izolirano, domače okolje, kjer človek živi in deluje, je kot terapevtsko okolje v prednosti. Bolnišnično okolje je zelo razumevajoče, po eni strani zelo zaščitniško, manj zahtevno, aktivnosti ki jih pacienti izvajajo niso po njihovih željah, izbor aktivnosti je manjši kot so doma, so bolj sprostitvene, kreativne. Doma opravlja različne aktivne življenjske vloge-mož, zaposlena oseba, prijatelj. V bolnišnici pacient sledi nekemu programu, medtem ko je doma kot individuum in je bolj v enakopravnem odnosu s terapevtom. V bolnišnici, vidimo da polno izgovorov, niso motivirano, medtem ko so doma že zaradi okolja motivirani. Ko je človek v okolju, tudi okolje uporabniku zastavlja svoje zahteve. Sprejema odgovornosti za doseg terapevtskih ciljev.	domače okolje kot terapevtsko okolje v prednosti
S5-2	Razlika informacij , ki jih pacient da v bolnišnici, in kaj se vidi doma	upoštevanje uporabnika konteksta, razlika med

		informacijami doma in v bolnišnici
2. časovna doba do prvega obiska po odpustu iz bolnišnice		
I26	Pet dni je maksimum, da nekoga nismo šli pogledat, pa še to zaradi izjeme. Recimo ima zdravnika ali kakšno preiskavo in smo prestavili, seveda na njegovo željo. Drugače gremo pa z gotovostjo tretji dan.	časovna doba do prvega obiska na domu po odpustu iz bolnišnice nepretrganost obravnave
P37	Če je recimo nekdo v tem tednu odpuščen, je obisk potem naslednji teden.	časovna doba do prvega obiska na domu po odpustu iz bolnišnice
I27	Ga gremo obiskat, ker je to najbolj kritično obdobje. Že zaradi receptov pa obiskov pri zdravniku, pa kakšne druge somatske težave itd. Preveč je.	zaradi kritičnega obdobja po odpustu iz bolnišnice,
3. namen obiska		
I41	Zmeraj se v bistvu preverjajo cilji, njegove potrebe, želje. Če smo si npr. na prejšnjem obisku zadali cilj, da bo to in to poskusil aktivirati, se ga pohvali. Če ne naredi tega, se ga ne graja. Nismo v šoli. V bistvu se pogovarjamo	namen obiska na domu, dialoškost, ni nadzora
I84	Iz socialnega vidika, ti pacientu na domu daješ podporo, motivacijo, možnost pogovora, dialoga, ga seznaniš s tem, kakšne so njegove pravice, opolnomočenje, te stvari mu ti nudiš. Vedeti moraš, kaj mu lahko ponudiš ti doma. Recimo rečeš: »joj, bom pa jaz poklicala na CSD, mogoče bi pa to in to lahko speljali, naredili.« Ali pa za službo, ki jo išče na zavodu ali pa mu je kakšna pravica potekla. Moreš vedeti v bistvu vse, zato da lahko potem naprej koordinatorki povem in bo potem ona urejala stvari.	naloga soc. delavke pri obisku na domu, predajanje predlogov koordinatorki
S3-9	Z našimi obiski na domu, povečujemo znanje bolnika glede bolezni, smo v pomoč in podporo tako bolnikom kot svojcem. Jih informiramo o sami bolezni, zanke simptome, zakaj je pomembno redno jemanje terapije.	obisk psihiatrinje na domu- namen informiranja svojcev, uporabnikov o bolezni, zdravlilih
P52	Ja, preverjamo cilje.	obisk na domu, namen preverjanja ciljev
P56	Sledi se ciljem v glavnem. Včasih imamo cilj, da si kdo uredi svoje bivališče. Ker včasih so tudi nemogoče razmere, kadar začnemo delati z njimi doma.	obisk na domu, namen sledenje ciljem
M57	spremljaš, mu daješ podporo.	obisk na domu, v namen

		podpore
C83	Pri začetnih vemo, da so namenjeni temu, da naredimo načrt. V nadaljevanju je namen tega obiska, da naredimo pregled stanja.	obisk na domu, namen-izdelava načrta in pregled stanja
C84	Naredimo pregled stanja in objektivno ocenimo, zakaj je prišlo mogoče do drugačnega stanja, kot sva si ga želela ali načrtovala. Ocena tega stanja pomeni za naprej možnost za drugačno načrtovanje. Ker če se spremenijo okoliščine, se lahko spremenijo načrti, se spremenijo cilji. Če so bili pa subjektivni faktorji, se cilj ohrani, se nadaljuje z njim. Lahko se samo preveri ali je bilo pretežno ali je šlo v pravo smer, kaj je bil razlog, da je stanje takšno.	obisk na domu, namen-pregled stanja, sprememba ciljev
C85	Ampak cel pregled, vedno v smislu suporta, opore, sodelovanja, niti slučajno ne na način nadzora. Potem niso nič pridobili.	obisk na domu, ni nadzora
4. pogostost obiskov		
I15	imamo en tak semafori sistem kot ga ima recimo Anglija	semafori sistem
I16	nesmiselno, da nekoga obiskujemo en teden, vsak teden, če to ni potrebno, ker s tem tudi preveč vstopamo v njegov prostor	semafori sistem,
I29	Če ima uporabnik že vzpostavljeno mrežo v času zdravljenja, se hodi povprečno enkrat na mesec, zraven so vključeni še telefonski kontakti. Drugače pa dvakrat na mesec. Primerov, da bi morali hoditi enkrat na teden, teh je malo.	obisk na domu, pogostost, odvisno od socialne mreže uporabnika
I32	Čist iskreno, ne. Tu pri nas je to logistično nemogoče.	obisk na domu, intenzivno spremljanje, večkrat na dan v kriznem obdobju logistično ni mogoče
P41	Mi imamo v sobi za sestanke tablo, gor imamo paciente in imamo sistem semaforja. To pomeni rdeča, oranžna, zelena. Zelena pomeni, da je v redu, oranžna pomeni, da je tako tako, več pozornosti, rdeča pa pomeni alarm. Tisti označeni z rdečo imajo zagotovo obiske enkrat na teden.	obisk na domu, pogostost po semaforjem sistemu
P42	Ko smo imeli mamico z majhnim otrokom, smo imeli obiske na dva dni, tudi vsak dan, če je bilo treba. Tako da odvisno od potreb, situacije in se spreminja. Ob	obisk na domu, pogostost odvisna od potreb in

	ponedeljkih, ko imamo ta tim, takrat tudi brišemo in spreminjamo barve. Mi imamo tudi nekaj pacientov, ki imajo manično depresijo, kjer je situacija lahko vsak dan drugačna.	situacije
P44	Nekaj posameznikov vodimo tudi v Trbovljah. Obiski so tukaj en krat na mesec. V takih primerih potem vključujemo tudi patronažno službo, Center za socialno delo, potem tam je Ozara.	obiski na domu, pogostost odvisna od razdalje, se poslužijo sodelovanja z drugimi službami v skupnosti
M56	Čisto odvisno. Osnovni ključ je načrtovanje. V začetni fazi, ko hkrati načrtujem in izvajam cilje, takrat se velikokrat srečamo. Odvisno od potrebe, včasih tudi trikrat na teden. Prav tako je odvisno od sposobnosti uporabnika, koliko je kdo sposoben funkcionirati. Po navadi je tako, da takrat, ko se uporabnik prvič vključi, je izvajanje ciljev na začetku zelo intenzivno, ker je potrebno veliko narediti, potem pa se to zmanjšuje, ker si tako in tako stvari že naredil.	obisk na domu, pogostost odvisna od načrtovanja, sposobnosti uporabnika
C80	Ko se dela načrt, se kar zelo pogosto. Ko začnemo delati so ti termini na krajše obdobje, potem pa po potrebi in glede na to, kaj je v načrtu, koliko je koordinacije z institucijami. Pri tistih, ki je pomembno je to na 14 dni, se še oglašajo, pri nekaterih je to enkrat na mesec, pri nekaterih so to kombinirane povezave, nekaj je po mailu, nekaj je po telefonu, nekaj je z obiskom. Ne bi rekla kar ene številke. Res je odvisno od vsakega posameznika.	obisk na domu, pogostost- odvisno od načrtovanja
5. čas trajanja		
I38	Povprečen obisk traja 50 min. Trajanje je odvisno od potreb, ciljev in tako, kot sem rekla semafori sistem.	obisk na domu, čas trajanja enega obiska odvisen od posameznika
P47	Mi si kot storitev pišemo 90 min. In sicer v teh 90 min, bi šla iz oddelka, pridem do avta, pridem tja, opravim obisk in pridem nazaj ter napišem poročilo. 90 min je včasih kar nekoliko malo.	obisk na domu, čas trajanja kot storitev potreba več časa za teren
P48	Načeloma tam okoli pol ure, nekemu paše, da si dlje časa, pri enih prideš na hitro in vidiš, da mu ni, ene še včasih zbudimo, ob pol dvanajstih, ko še spiyo, tako da je zelo odvisno. Če so starši zraven ali pa partner, se potem to takoj zavleče.	obisk na domu, čas trajanja odvisen od okoliščin prilagajanje potrebam uporabnika

M66	Odvisno kaj je za naredit, včasih sem lahko celo popoldne z enim uporabnikom, včasih sem eno uro. Povprečno ne morem reči, v primeru, da ni kaj tako, sem približno eno uro, eno uro in pol. Če pa so stvari za uredit, kot je izvajanje, pa je lahko to celo dopoldne.	obisk na domu, čas trajanja obiska, odvisno od načrtovanja
C86	Približno eno uro. V začetnih maksimalno uro in pol, ker je to naporno.	obisk na domu, trajanje obiska
6. prisotnost/neprisotnost svojcev		
I46	Po navadi so zraven, tudi zmeraj vprašamo. Mi smo prišli k njemu in učimo tudi svojce, da postavimo mejo. Da ne morejo biti vedno zraven, če uporabnik tega ne želi.	obisk na domu, prisotnost svojcev
P40	Če želijo biti zraven starši, povemo po navadi tudi uro, da so lahko prisotni, pridejo iz službe. Ali svojci ali katerikoli drugi partner.	obisk na domu, prisotnost/neprisotnost svojcev
C87	Vedno začnem samo z uporabnikom. Če so v nadaljevanju izvajanja njihovega načrta potrebni, sodelujemo. Na konec koncev živijo nekateri skupaj. Potem se vključijo naknadno zraven.	obisk na domu, ne/prisotnost svojcev
C88	Ne, predvsem pri teh mlajših uporabnikih je zelo dobro ne začeti skupaj s straši. Radi bi, da bi bili samostojni, hkrati pa bi imeli nadzor nad vsem, kar so naredili. To ne gre skupaj.	obisk na domu, ne/prisotnost svojcev, straši in otroki
7. možnost obiska v paru		
I40	Gremo na teren v paru, če ne zaradi drugega, zaradi varnosti na cesti.	obisk na domu, v paru
P50	Kakor kdaj. Načeloma naj bi bila, ampak včasih greš tudi sam. Če ni tvojega so-koordinatorja, da je na dopustu, potem gre eden sam naredit teren. Je pa to veliko bolj naporno.	obisk na domu, ni vedno možnosti obiska v paru
P49	zagovarjamo, da bi bilo dobro, da bi na obisk hodili v paru in ne sami, kajti dva drugače vidita kot en sam. Poleg tega vstopamo k ljudem, ki so imeli težave.	obisk na domu, zagovarjanje obiska v paru strah med zaposlenimi, stigma
M32	Ja, grem sama. Če je že kakšno takšno obvestilo, pa če je hujša situacija, da je napisano, da je zelo agresiven, čeprav se to malokrat zgodi. Ampak včasih greva dva, ampak to je zelo redko./.../ Ker to ni mišljeno, da gresta	prvi obisk na domu, nepoznani uporabniki, sama ali možnost obiska v paru

	dva. To se mi znotraj dogovorimo, toliko smo kolegiálni, ter da nam direktor to dovoli.	
A73	Ja, če je na terenu, torej doma bolj v hudi duševni stiski in če ne poznaš človeka, hodiš v paru. Že čisto logistično je boljše, če gre kdo s tabo. Če imaš bolj intenzivno delo z družino nekako 3 ure, si utrujen in je dobro, da si odgovornost porazdeliš z drugim.	obisk na domu, obisk v paru ob težjih situacijah, nepoznani uporabniki, družina
F24	Ja, sami.	obisk na domu-sama
C71	Ja, absolutno. Mene ni strah.	obisk na domu, sama, brez strahu
MEHANIZMI POMOČI OB POSLABŠANJU UPORABNIKOVEGA STANJA		
1. krizni načrt		
I30	Naredimo tudi krizni načrt, individualni načrt. V primeru, da bi prišlo do poslabšanja, da ima vse številke, koga lahko pokliče, nas bo zagotovo dobil. Če mene ne dobi na telefon, vse kličem nazaj. Svojci vedo kako pa kaj, tisti uporabniki, ki so sami, jim napišemo.	krizni načrt za čas poslabšanja
P71	je ta krizni načrt, potem tudi ta naša telefonska, kjer nas lahko dobi kadarkoli. Tudi če slučajno npr. ugasne telefon, če je zasedena številka, mi potem kličemo nazaj, ko vidimo številke. Ampak, če se slučajno kaj zalomi, je tukaj tudi sprejemna ambulanta, kamor lahko pokliče. Nekaj je že takih, da sebe poznajo, da svojo bolezen že zelo dobro poznajo in si potem sami uravnavajo zdravila.	krizni načrt, uporabniki sami uravnavajo terapijo
C60	imamo narejene krizne načrte. Te načrte na zalogo, kaj, koga poklicati.	krizni načrt
A13	Ker človek, ki je stabilen in pride k meni ter rabi obravnavo v skupnosti, je to vse tam not predvideno. To je načrtovanje. Kaj bomo delali, takrat ko bo zdrs, kaj si želi takrat, koga bomo poklicali takrat. Takrat lahko organiziram supertivni tim za tega človeka.	za poznane uporabnike narejen krizni načrt in možnost organiziranja supertivnega tima
2. obisk pri psihiatru in urejanje terapije		
P54	Povečajo se obiski, povežemo se z ambulantnim psihiatrom, ker načeloma so k ambulantnemu psihiatru klicani enkrat na mesec. Se dogovorimo, da ga prej vzame, da pride na pogovor, preveri ali je potrebno zregulirati zdravila, če ne jemlje terapije se pa itak takoj vidi. Včasih pa ni druge, kot da pride nazaj.	ravnanje ob poslabšanju stanja uporabnika, sodelovanje z ambulantnim psihiatrom
M14	Najprej se obrnemo na osebno ambulantno psihiatrinjo.	ravnanje ob poslabšanju

	Če ni sedaj tako nevaren sebi ali drugim, da bi bilo za prisilno hospitalizacijo, se povežemo z ambulantno psihiatrinjo.	stanja uporabnika, sodelovanje KOS z ambulantnim psihiatrom
A53	Tako da v primeru poslabšanja uredim, da ga nemudoma pregleda, ga pripeljemo in mu zviša terapijo in tako preprečimo hospitalizacijo. Imamo človek še nekaj časa doma.	ravnanje za čas poslabšanja uporabnikovega stanja, sodelovanje s psihiatrom
A55	to so takšne »nesistemske« krizne intervencije, ki se v praksi odvijajo na tak način, ker se moraš znajti. To delamo in vedno je v timu psihiater, na tak način.	nesistemske krizne intervencije- sodelovanje s psihiatrom za čas krize
A54	ko bo zagledal psihiatra, bo malo bolj poslušen, in včasih je tudi to potrebno. Avtoriteta ima lahko tudi pozitiven učinek.	moč psihiatra, avtoriteta povečuje poslušnost uporabnika
F34	V tem primeru še ni bila kriza kot takšna, bo prišla njegova koordinatorka iz Maribora in sta se zmenila, da bosta šla skupaj k psihiatrinji.	ravnanje ob poslabšanju uporabnikovega stanja, sodelovanje s KOS in psihiatrinjo
3. obisk psihiatra na domu		
S3-5	So indikacije določene po klinični poti. Ko naši člani ekipe, ki redno hodijo, ocenijo, da prihaja do psihičnega poslabšanja stanja in če bolnik ne sodeluje, je ambivalenten do procesa rehabilitacije in zdravljenja, da bi lahko jaz kot psihiatrinja na domu uredila, da preprečim bolnišnično zdravljenje. Če začne opuščati terapijo, začne opuščati kontrole pri svojem zdravniku, če se pojavijo nezaželeni učinki zdravil. Ocenim nujnost hospitalizacije.	indikacije za izredni obisk psihiatrinje PZS-tima na domu
P22	Takrat, kadar gre za neko akutno poslabšanje, ko se nam zdi, da bi bilo potrebno na hitro odreagirati, pa ne moremo pacienta spraviti sem, potem gre zdravnik zraven domov. Z eno osebo ali je to medicinska sestra ali kdo drug.	indikacije za izredni obisk psihiatrinje na domu, v paru z drugo osebo
S3-8	V izjemnih situacijah dajemo na depo. Težimo k čim daljši remisiji in zmanjšanju hospitalnih obravnav.	v izjemnih situacijah psihiatrinja PZS daje depo, preprečitev hospitalizacije,
4. hospitalizacija		
M15	Jaz jih npr. velikokrat vidim, ko so v kakšni psihozi, kjer bi bilo potrebno neko zdravljenje, ampak ni tako, da bi bila potrebna prisilna hospitalizacija. Jaz uporabnika	možnost/spodbujanje k prostovoljni hospitalizaciji

	najprej vprašam. Saj nekateri gredo sami, potrebujejo samo pomoč, da jih pripeljem tja, nekakšno oporo.	
C74	Če opazim, potem mu tudi povem, da bi bilo potrebno, da sva zapisala, da ga lahko o tem obvestim.	možnost prostovoljne hospitalizacije
S3-10	Če vidimo, da ne bo šlo drugače, motiviramo bolnika v prostovoljno hospitalizacijo.	spodbujanj k prostovoljni hospitalizaciji
A87	Če pride do nasilja in ga ni mogoče z drugimi tehnikami obvladovati (pomiritev, preusmerjanje itn) imamo na voljo organe policije, prisilne hospitalizacije in sodišč. Tako pri znanih kot nepoznanih uporabnikih, ki v prostorih društva „krizirajo“ z nasiljem, smo dolžni v skladu s Pravilnikom društva, poklicati pomoč. To pa je policija. Če je zaradi tega ogroženo naše življenje ali življenje drugih uporabnikov še toliko bolj.	ravnanje kadar je akutno stanje oz. kriza, ki jo spremlja nasilno vedenje na voljo organi policije, prisilne hospitalizacije in sodišč
I34	če na primer minejo štirje dneve ali pa trije, pa se ne bi dalo pomagati, da te krize ni moč zajezi z zdravili, ne s pogovorom, ne z oporo, podporo v tistem trenutku, da človek pobegne, ga ni nazaj, ga iščemo, karkoli, je pa to že ena indikacija po zakonu, ker ogroža sebe in druge, da se s postopki, ampak to je res zadnji postopek, sproži hospitalizacija.	indikacija za sprožitev hospitalizacije
P72	se izogibamo temu, ker kriterij za vključitev v skupnostni program je tudi, da je bila hospitalizacija proti volji izpeljana vsaj enkrat. Izogibamo se temu. Poskušamo se dogovarjati. Vedno se dogovarjamo z zdravniki tukaj po oddelkih, če je prostor, da damo koga na odprti oddelek. Če je pacient toliko, da se sam strinja, da pride, da se izognemo vsej tej proceduri. Ker se mi zdi, da je to kar velik stres za vsakega posameznika in vidim tudi družinske člane, kako jim je to grozno.	izogibanje hospitalizaciji proti volji, ker je to stres za posameznika in družino strategija za zmanjševanje stresa ob hospitalizaciji je prostovoljni sprejem na odprti oddelek
A31	Kadar imajo uporabniki iz stanovanjskih skupin krizo, se ne pokliče kar rešilca, da ga spravijo v bolnišnico. So s človekom, mu pomagajo, odlagajo hospitalizacijo. Fajn je tudi, ker že sostanovalci opazijo, ker se že poznajo. Gre za dolgoročno in intenzivno spremljanje človeka.	odlaganje hospitalizacije v stanovanjski skupini sostanovalci varovalka
A89	V programu Stanovanjskih skupin skušajo odlašati s hospitalizacijami, če se le da, če so torej tudi sostanovalci pripravljene tolerirati poslabšanje in	odlašanje hospitalizacije v stanovanjski skupini in programu Svetovalnica

	sodelovati. Tudi v programu Svetovalnice skušamo za tiste, ki so v dolgotrajni obravnavni umiriti krizo doma, na način, ki je sprejemljiv tako za uporabnika kot za njegove bližnje. Seveda pa je pri tem pomembno, da sodeluje tudi njihov psihiater.	v sodelovanju s psihiatrom
F33	Edino to ne vem, me smo samo enkrat, da smo prisilno hospitalizirale, ker res nismo več vedele kako pa kaj. Ko smo eno leto poskušale in potem ni šlo	odlašanje s hospitalizacijo proti volji
6. krizni tim		
M86	Tudi sami kriznih timov ne izvajamo. Menim namreč, da morajo krizni tim sestavljati različni izkušeni strokovnjaki (iz različnih področij), kar pa nimamo na voljo (npr. psihiatra).	ne izvajajo kriznih timov
M87	Krizni timi se bolj pojavljajo na papirju. Včasih se pojavijo tudi v praksi, vendar jih sestavljajo študentje, prostovoljci in še kakšen socialni delavec, ki krizni tim vodi. Formalno takšna služba še ne obstaja – strokovnjaki jo nočejo izvajati neformalno, ker zahteva veliko odgovornost in zanj nimajo podlage za izvajanje, saj lahko gre tudi kaj narobe.	krizni tim, formalno ne obstaja, neformalno se nerado izvaja zaradi velike odgovornosti
F27	Bolj formaliziran je bil eden. Eden je bil, da je bil res tisti ta pravi formalni, ko smo bili 24 ur prisotni, ko je nekdo koordiniral, ko se je sproti preverjalo, poročalo, potem seveda tudi zastavljalo stvari kako naprej. To je bilo enkrat. Drugače pa, recimo temu manjši krizni timi, npr. pri enem uporabniku so krize zelo pogoste in je potem to bolj sprotno reševanje nastale težave, kot pa da bi to poimenovali krizni timi.	izvajanje kriznega tima
F28	15 nas je bilo vse skupaj vključenih. V bistvu saj ni prisotnih, včasih sta dva ali pa en človek. Ampak več ali manj je krizni tim večinoma baziran na prostovoljnem delu, ne more biti prostovoljec prisoten 10 ur ali pa 8 ur.	število udeleženih v kriznem timu krizni tim na bazi prostovoljstva
F29	Po potrebi. Sedaj ni potrebe.	izvajanje kriznih timov po potrebi
A9	Zato ker jih država ne plača.	krizni tim, potrebe- ni financerja
A10	Kadra bi imeli dovolj, če bi plačali	krizni tim, potrebe- ni kadra
A11	Krizne time ne delamo več, vendar ne zato, ker bi	krizni tim, potrebe-

	ideološko spremenili logiko, ampak preprosto zato, ker je 8 urni delavnik premalo. Potrebovali bi delo na tri izmene, tudi vikende in praznike.	prekratek delovnik
A18	Early intervention team o katerem govorite, ta je bil izključno samo za take, kot sem opisala prej primer. V 24h je odreagiral in šel na teren pogledat uporabnika ter človeka dejansko spremljal nekje tri tedne. Bil je pri njemu doma in organiziral zgodbo doma. Vmes so ga dali v crisis tim, če so tako ocenili, da je tako potrebno ali pa v psihiatrijo, če je šlo predaleč. Po zaključeni obravnavi pa v druge skupnostne time, odvisno od ocene potreb določenega uporabnika. To je praksa, ko osebe takoj ne hospitaliziraš, ampak so pogledali, če je zgodba obvladljiva doma.	early intervention tim, način dela
A19	ekskluzivno še delamo, ampak za tiste uporabnike, ki so vključeni, ki jih poznam, ki so dolgotrajno vključeni. Pa tudi, ko pridejo sem svojci, pa se izkaže, da niso čisto out, ker če je oseba popolnoma psihotična, jaz ne morem nič.	krizni timi, samo za dolgotrajno vključene člane
A20	če imam zatišje z delom, da imam veliko časa, potem lahko skušam svojcem pomagati oblikovati krizni tim, svetovati, kako se sedaj lahko to da doma obvladati. To pomeni tudi da sem takrat dosti na stand-by, se pravi dostopna na mobitelu, če kaj ne gre.	krizni tim, sodelovanje s svojci v namen preživetja uporabnikove krize doma dostopnost na mobitelu v času krize
A21	Če pa človek nima nikogar, nobene socialne mreže, pa je to težko.	za uporabnika brez socialne mreže težko oblikovati krizni tim
A81	Če bi nam hipotetično namenili sredstva, bi naredila pilotski projekt po modelu angleškega „crisis resolution approach“ modela ali pa „early intervention team“ modela.	krizni tim, pilotski projekt po angleškem modelu
A88	izvajamo krizni tim za uporabnike, ki so že vključeni. Gre za tiste uporabnike, ki še zmorejo ohranjati toliko stika z realnostjo, da lahko sodelujejo v procesu pomoči.	krizni tim za vključene člane, zmožnost ohranitve stika z realnostjo
7. možnost 24 h telefonske dosegljivosti		
P45	Možnost 24 urnega dostopa je v bistvu po telefonu. Mi imamo 2 telefona. Te telefonske številke imajo tudi vsi bolniki in na ta dva telefona smo dostopni. Sproti se dogovarjamo kdo bo imel čez vikende te telefone, urnik	24 h dostopnost, na službene telefone

	se ne obnese ker ravno tisti, ki bi ga moral imeti, zboli ali pa je kaj drugega.	
P95	Oseba, ki ima telefon čez vikend ga prevzame tudi med tednom.	dostopnost 24h, službeni telefon
P46	Pacienti ne izkoriščajo tega, včasih pa kdo pokliče, ker je v stiski, ker ga je strah ali se počuti osamljenega, na takšen način. Potem poskusimo nekako iti čez to.	24 h dostopnost na službeni telefon kot mehanizem pomoči uporabnikom v stiski
M64	Če formalno gledamo, da nas država ne plača za 24 ur, je to tvoja odločitev, ali vzameš mobitel domov, da si dosegljiv ali ne. Ko prideš v službo, je tvoja dolžnost, da prižgeš mobitel, ko greš, ga izključiš.	dostopnost država ne plača 24h dosegljivosti, prostovoljna odločitev
M65	Drugače ga vsi izključujejo, razen mene. Jaz sem dosegljiva 24 ur. Ampak za nujne primere. Jaz vsakemu povem, da sem dosegljiva, ampak samo za njune primere. Drugače to preraste v 24 urni delavnik.	24 h dosegljivost po službenem telefonu za nujne primere
C58	Mi imamo možnost 24 h dosegljivosti, ampak ne, da smo me koordinatorke dosegljive. Dosegljivost je v poslovnem času, potem imamo pa interventno službo, ki dela 365 dni na leto. V primeru, da so kakršne koli takšne situacije, potem se vključi interventna služba.	ni 24 h dostopnosti koordinatorja, 24h dostopnost interventne službe CSDja
C59	To bi bilo podvajanje in konec koncev mi ne moremo delati 24 ur na dan. Tudi ni prav, da delamo 24 ur na dan. Potem bi se moral narediti tudi čas pripravljenosti. Vendar ne gre za to, prav tako ne gre za to, da nismo socialni, ampak enostavno moramo vedeti, da obstaja življenje, ki je v službi in imaš življenje, ki je doma.	ni 24 h dostopnosti, zaradi podvajanja interventne službe, ni sistemsko urejenega časa pripravljenosti, privat življenje
A23	Kdorkoli, kadarkoli, ne več. Nikakor, ne več. Sem že zamenjala mobitel številko.	omejena 24 h dostopnost na osebni mobilni telefon
A28	Kličejo me sedaj tisti, ko se jaz odločim, da bom dala telefonsko mobitel številko. Kadar vidim, da ne bo prišlo do zlorabe, ko vidim, da bodo zmogli, če jim jaz ob 10. uri zvečer svetujem ali pa njihovim svojcem, kako ravnati v tistem danem trenutku. Da to zmorejo in znajo.	omejena 24h dostopnost na osebni mobilni telefon
A30	Tam pa je ta 24h dostopnost. Tam pa so dosegljivi na mobitelih, neprestano. Tudi dežurstva imajo, med vikendi. Ker so dejansko odgovorni za te ljudi, ker so nameščeni v program stanovanjskih.	24 dostopnost v stanovanjskih skupinah, dežurstva

F40	24-ur ravno ne. Ja, ampak mene R. kliče. Ampak ni pa to tako, da se bom jaz vedno oglasila. Ni takšen potrjeni sistem. Ne uradno ni, pa tudi ne more se nihče zanesti. Ampak sej pravim, so pa to klici, ko si izven delovnega časa pa se oglasiš, ali pa kdaj tudi ne. So pa tudi zvečer ali pa ponoči. Ni pa tako... Pa tudi storitev ni.	ni 24 h dostopnosti, neuradno se kdaj javi, kdaj ne, ni te storitve
POVEZOVANJE RAZLIČNIH SLUŽB IN STORITEV V SKUPNOSTI		
1. pomen sodelovanja		
I9	Če vemo eden za drugega, si lahko pomagamo, če ne vemo eden za drugega si ne moremo.	sodelovanje z drugimi službami v skupnosti, medsebojna pomoč odvisna od poznanstva
I10	To je dodana vrednost, v bistvu v preventivne namene.	sodelovanje z drugimi službami v skupnosti v preventivne namene
I13	Smo sekundarna raven in stopamo na primarno in v bistvu delamo en tak krog.	sodelovanje z drugimi službami v skupnosti, delanje kroga
I33	Problem so bolj ti, ki nas prosijo za intervence. Ali je zdaj že čas za v bolnišnico ali še ni. Ali bi se dalo preprečiti hospitalizacijo ali ne. Po navadi se poslužujemo tega, kar je možno na terenu. Mi fizično ne zmoremo in tudi iz obale nihče ne bi mogel.	sodelovanje z drugimi službami v skupnosti, za krizne intervence se poslužijo tega kar je na terenu
I36	Tu so potem še lokalni koordinatorji, patronažna služba, socialna oskrbovalka, csd, ki večkrat vstopajo na dom uporabnika. Vprašamo tudi te profile, kako je z uporabnikom. Ne moreš biti pameten, kaj se je sedaj en mesec dogajalo, samo zaradi tega, ker si ti eno uro tam in boš videl vse, kar je bilo tam v enem mesecu, nemogoče. Skratka gre za povezovanje.	sodelovanje z drugimi službami v skupnosti, sam ne moreš vsega vedet
I88	Smo kot ena lovka, smo kot nekakšna koordinacija zdravstveno socialnih težav. Ne znam ti povedati drugače. Predvsem smo mi bolj iz zdravstvenega vidika.	sodelovanje z drugimi službami v skupnosti, PZS kot lovka, koordinacija zdravstveno socialnih težav
S2-1	da je prepletenost služb, zdravstvenih, socialnih in nevladnih organizacij pri zdravljenju in psihosocialni rehabilitaciji oseb s težavami v duševnem zdravju nujna.	pri rehabilitaciji oseb s težavami v duševnem zdravju nujen preplet socialnih in zdravstvenih služb

S2-14	Sodelovanje, sobivanje, vseh teh, zame je to normalen, razvijajoč se model, ki bo v korist pacientom, svojcem, pa tudi bolnišnicam.	sodelovanje z drugimi službami v skupnosti kot normalen razvijajoč model v korist pacientom, svojcem, bolnišnici
S3-2	Zelo potrebno je sodelovanje s svojci, osebni zdravniki, ambulantni psihiatri, csd, koordinatorji v skupnosti, vse organizacije , ki pridejo v pomoč pacientom.	potrebno sodelovanje z vsemi službami v skupnosti, ki so v pomoč uporabniku
S7-2	Na poti do zastavljenih ciljev sem potrebovala veliko pomoči, strokovni delavci iz centra za socialno delo, psihiatrične ambulante, ter soc. delavk, ki me obiskujejo iz psihiatrične bolnišnice Idrija. Oglasim se tudi pri svoji finančni skrbnici na centru, pri svoji psihiatrinji, na depo injekcijo. Obiski v dnevnem centru mi koristijo, imam tam veliko prijateljev.	na poti do zastavljenih ciljev uporabnice potrebno vključevanje različnih služb v skupnosti
S11-2	Področje delovanje se nam prekriva. Timski pristop je dodana vrednost. Samo v timu presežemo tiste organizacijske ovire, ki so lahko včasih moteče pri izpolnjevanju določenih ciljev. Z kombinacijo različnih metod, različnih znanj, profesij, jaz mislim, da samo to pomeni celostno in kontinuirano obravnavo, s timskim pristopom, seveda z različnimi nivoji zdravstvenega varstva. Seveda mora biti ta obravnava tudi sistemsko vključena v sistem in plačljiva.	kombinacija različnih profesij zagotavlja celostno in kontinuirano obravnavo
P66	se mi zdi, da več ljudi več ve in tudi ne moreš vsega narediti sami. Nisi vsemogočen, nisi na vseh lokacijah.	nobena služba na področju duševnega zdravja ne more delovati samostojno
M43	Ampak, če pa tako gledam, uporabnikov in dela je toliko, da nikoli ne bi mogli pokriti vsega s koordinatorji. In če vsi skupaj stopimo ne bomo vsega pokrili. Iz te strani je brez veze, vsak se populi za denar.	potrebno sodelovanje z drugimi službami v skupnosti zaradi velikega števila uporabnikov
C15	Zato mi veliko hodimo okoli, seznanjamo ljudi, jaz ogromno sodelujem tudi z donatorji, veliko z Lions klubom, Rotary klubom.	sodelovanje z drugimi službami v skupnosti, informiranje drugih služb
C35	Največ pa bodo pridobili naši uporabniki oz. njihovi pacienti.	iz sodelovanja PB in KOS največ pridobijo uporabniki
C42	institucije smo ljudje in mi spletamo profesionalne odnose, če jih mi ne bomo znali, nam je čisto vseeno	sodelovanje različnih služb v skupnosti odvisno

	koliko vlad in ministrstev nam reče, da naj sodelujemo.	od znanja spletanja profesionalnih odnosov
F47	Ker nimaš ti zdravila za socialne stiske. Ko ljudje pridejo na psihiatrijo, ko izgubijo službe, ko jih deložirajo, saj ne more tableta temu pomagati, da si ti urediš socialne situacije. Zato je lahko to en del rešitve, kot en del neke celostne, ne more biti pa to samo za sebe,	potrebno sodelovanje sociale in zdravstva v smislu dopolnjevanja obravnave
2. rivalstvo in očitki podvajanja		
I95	Zame ni nihče konkurenca, mi peljemo svoj program, ljudi, ki želijo sodelovanje. Dela je za vse veliko in še preveč. Pomembno je sodelovanje. Mi smo za to, vi za to, to ne pomaga ljudem.	sodelovanje z drugimi službami v skupnosti, konkurenca na škodo uporabnikov
S2-12	potrebno okrepiti tudi moč civilne družbe, moč drugih strok, pa ne tako, da preglasijo psihiatrično stroko in zaposlene v psihiatriji, ampak da sodelujemo.	namesto rivalstva, boja za premoč znotraj služb v skupnosti naj bo sodelovanje
S2-21	v tem trenutku niso problem še psihiatrične bolnišnice. Problem je to kanibalstvo enega z drugim.	niso problem PB, ampak kanibalstvo enega z drugim
P101	Povedati hočem, da ni enotnega sodelovanja med vsemi naštetimi (ni enotne dokumentacije), ker bi vsi radi bili začetniki skupnostne obravnave v slovenskem prostoru.	ni enotnega sodelovanja NVO, PZS, KOS, rivalstvo
P102	Sedaj je pa tako, se mi zdi sodelovanje, kar se tiče glede pacientov- ja, kar se pa tiče nas samih, ki smo v tem prostoru pa težko. Ker je zelo močno rivalstvo, kdo je prvi začel, kdo je boljši, kdo je slabši, kdo bo kaj.	rivalstvo NVO, KOS, PZS zaradi zaslug kdo je začetnik skupnostne obravnave
M42	Tukaj gre skozi za neko prerivanje. Skupnostna psihiatrija bi rada dobila ta monopol, ki ga imamo mi, nevladne bi rade dobile ta profil. Moje mnenje je, da je od zadaj denar. Ampak konec koncev država ne bo nikoli namenila toliko denarja, kot bi ga mogla.	rivalstvo med NVO, PZS, KOS zaradi profila koordinatorja in denarja potrebe-denar za službe
M44	Tudi psihiatri so se uprli okrog tega na začetku, niso hoteli sodelovati. In se vidi, iz katerih stavb v Polju dobimo kakšnega uporabnika. Iz sprejemne, ki so bolj naklonjeni skupnostni obravnavi, iz oddelka A, potem pa že zmanjka.	upor psihiatrov do KOS
M52	So močnejši, ker so zdravniki.	hierarhija odnosov, psihiatri močnejši od

		KOS
C34	Ko sem začela delati na tem področju, sem se jim želela v psihiatrični bolnišnici predstaviti. Povabila sem vse psihiatre na eno naše skupno srečanje v bolnišnici in se predstavila. Povedala sem, kako bo potekala koordinacija, da ne bo šlo za nobeno hierarhijo, ampak da bo šlo za horizontalno perspektivo s katero bomo vstopali.	predstavitev kot strategija za preprečevanje hierarhičnih odnosov
C36	Ne prejemamo navodil in ne dajejo nam nalog.	enakopravno sodelovanje psihiatrov in KOS
C37	Celo tako se zgodi, da če gredo psihiatri na dopust in jih nadomešča kdo drug, dajo našo številko, da ta psihiater z nami kontaktira, zato da ne bo šel mimo naših načrtov.	psihološka kontinuiteta, enakopravno sodelovanje psihiatrov in KOS
C44	Mi kot koordinatorji lahko kot izvajalca damo skupnostno psihiatrijo, če vidimo oz. se dogovorimo skupaj z uporabnikom, da so njihovi obiski doma z njihovim programom za njega dobrodošli. Mi si nismo konkurenca.	ni logike konkurence
C47	Z nestrpnostjo, z negativno komunikacijo, s temi stvarmi ne bomo rešili stvari. Samo z dogovarjanjem, pogovarjanjem in usklajevanjem bomo rešili in ne gremo na to kdo bo koga, ne vzpostavljamo mi rivalitetnega odnosa, ker ga ne potrebujemo.	KOS ne vzpostavlja rivalitetnega odnosa
I83	nimamo pooblastil urejati denarne pomoči, se pravi odločbe izdajati, to ima koordinator na csdju čez, tukaj se konča. Pod nobenim pogojem ne more priti do podvajanja, zato ker jaz nimam pooblastil, ne morem nič urejati. Naše na oddelku uredijo stvari, status, zavarovanja.	sodelovanje z drugimi službami v skupnosti, ni podvajanja med KOS in soc. delavkami v PB zaradi pooblastil
S10-9	se ne podvajamo in ne želimo delati dvojnega, trojnega dela, ampak želimo sodelovanje. Namreč očitki so že tudi bili, da se vključujemo v skupnost in da delamo enako. Mi imamo jasno klinično pot, to je naša osnova, pravni dokument s pooblastili, da lahko te stvari delamo, brez vas pa ne bo šlo.	ni podvajanja med PZS in ostalimi skupnostnimi službami
P63	Ker sedaj, da ga imamo mi v skupnosti obravnavi, pa da še koordinator hodi, mislim, da bi se obravnava podvojila.	sočasno sodelovanje PZS in KOS je podvajanje
P67	Mi center zelo veliko uporabljamo. Ker oni so tisti, ki	sodelovanje CSD in PZS,

	izdajajo odločbe, oni so tisti, ki odločajo. Mi pač nekaj predlagamo in svetujemo itd. Oni pa iz naše strani potrebujejo nekakšna mnenja, da se to lahko izpelje.	ker CSD izdaja odločbe
3. obveščanje drugih služb		
M41	Jaz delam z mojimi uporabniki, ki so hospitalizirani v psihiatrični bolnišnici, pa nas ne obvestijo o tem, da so hospitalizirani itd.	neobveščanje koordinatorjev o hospitalizaciji uporabnika
I20	ko bodo uporabniki pripravljene in zreli za sodelovanje z drugimi, jih bomo že obvestili in poklicali.	sodelovanje z drugimi službami v skupnosti odvisno od pripravljenosti uporabnika
I96	Kadar mi vstopamo in je stanje super, to in to bi bilo potrebno urediti, bomo poklicali koordinatorico v skupnosti in še koga, potem se počasi povežemo, organiziramo, pacientu vse razložimo in gremo.	obveščanje koordinatorja kadar je stanje dovolj dobro za predajo
S10-3	Ko začnemo program, ne pokličemo takoj vse, ker je to nesmiselno. Ker kar naenkrat bi vsi vstopali na dom. In ljudje bi lahko postali zmedeni, sploh paranoidni, občutljivi, moramo iti korak za korakom.	nesmisel obveščanja drugih služb v skupnosti v času uporabnikove vključitve v program PZS, ker bi bilo preveč za uporabnika
P62	S koordinatorji skupnostne obravnave bolj delajo kolegice, ki so po oddelkih in se pacient odpušča brez neke nadaljnje obravnave.	sodelovanje s KOS v primeru odpusta iz PB brez nadaljnje obravnave
P63	Ker sedaj, da ga imamo mi v skupnosti obravnavi, pa da še koordinator hodi, mislim, da bi se obravnava podvojila.	sočasno sodelovanje PZS in KOS je podvajanje
M34	Po navadi je tako, da nas za tiste sicer ne obvestijo. Bila sta dva primera, ko ga od tam odpustijo, potem pride k nam.	ne obveščanje koordinatorjev v času vključitve v PZS
M40	Je pa res, da jih zelo krčijo v Polju. Prej je bila recimo ena samo za en oddelek, potem pa je šla katera v pokoj in ni bilo nove zaposlitve. Nato je ena že za tri oddelke. Se mi zdi, da bo kmalu pomanjkanje. Bo potem več dela na nas padlo. Ker oni bi nas mogli za vsakega uporabnika obvestiti, pa nas ne. To je po eni strani tudi v redu, ker potem bi bila jaz samo tam.	neobveščanje iz strani PB tudi koristno, da razbremeni KOS
C24	Ja, vedno dobim predlog, oni v bistvu seznanijo paciente s to storitvijo.	vključitev v obravnavo KOS, na predlog PB

		redno obveščanje
SODELOVANJE TIMA PZS Z DRUGIMI SLUŽBAMI V SKUPNOSTI		
1. PZS tim		
I39	Tim je sestavljen iz dveh medicinskih sester, delovnega terapevta, ene socialne delavke, dveh psihologinj, ampak psihologinje ne hodijo na teren, se pa vključujejo predvsem v psihoterapevtske potrebe.	PZS tim, sestava
I71	Klinični psiholog pri nas predstavlja predvsem pomoč pri diagnosticiranju, ocenjevanju, pa tudi individualno delo v psihoterapevtskem smislu. Kot dodatna podpora v timu, pa ga verjetno še kakšen čas ne bo. Morem biti iskrena, ne da jaz ne bi želela, da bi bil, ampak moraš poznati logistiko. Psiholog se ne vključuje na delo na domu, ker je smiselno, da dela ambulantno kot strokovnjak.	sestava tima PZS, vključuje kliničnega psihologa, njegova funkcija, potreba klin. psihologa na terenu
S3-4	Kot psihiatrinja v tem timu, ocenim psihično stanje pri vključitvi v program zdravljenja in pred zaključkom programa. Tako spremljam njegovo psihično stanje. Po potrebi sodelujem z ambulantnim psihiatrom in zdravnikom družinske medicine. Včasih moram iti na izredni obisk na domu.	PZS tim, naloga psihiatrinje
P15	imamo še eno sestro, ki je prav za skupnostno psihiatrično obravnavo, ta je terenska, ampak se vedno trudimo, da je zraven in na vizitah in na vseh timih.	sestava PZS tima sestanki, vključevanje med. sestre pretok informacij
P17	Ni takega luksuza s kadrom.	ni samostojnega PZS tima
P18	Naš oddelek je tudi zasnovan tako, da so aktivnosti, ki potekajo na oddelku, v dopoldanskem času. Tako, da jaz načeloma v dopoldanskem času ne delam tako veliko terenov.	sestava PZS tima, člani tima hkrati zaposleni na dnevnem oddelku, ne samo v PZS
P19	Drugače smo pa to isti ljudje.	tim, psihološka kontinuiteta oddelek-teren
P20	Potem imamo v timu še delavnega terapevta, ki dela na isti način. Recimo do dvanajstih, pol enih bi naj bil na oddelku, ko potekajo določene aktivnosti, potem po eni uri, gre pa tudi na teren. K tem istim pacientom.	tim, sestava delitev delovnika, psihološka kontinuiteta oddelek-teren

P21	Zdravnica, ki pokriva dnevni oddelek, je tudi za skupnostno.	tim, sestava delitev delovnika
P87	Imamo tudi dva službena avtomobila. Tako da, če nas je pet, potem se moramo do ure natanko dogovoriti, kdaj gremo na teren. Te terene je potrebno tudi najaviti.	tim, veliko terenskega usklajevanja
P94	Ja luksuza ni, iz nam vseh znanih razlogov, ki jih poslušamo vsak dan preko medijev. Če bi se našel financer bi se seveda dogovarjali glede na razpoložljiva sredstva.	oblikovanje samostojnega PZS tima, ni možno zaradi pomanjkanja sredstev
I67	Mi za vsakega pacienta določimo tudi koordinatorja iz tima. To se tudi v odpustnici zapiše.	psihološka kontinuiteta, koordinator odgovornost za uporabnika,
P23	pri vsakem bolniku, ki je vključen v skupnostno določenega koordinatorja in so-koordinatorja. Moram imeti pa nekoga v paru, že zaradi tega, če mene ni, da ga lahko obiskuje nekdo drug, da ni takrat brez obiska.	psihološka kontinuiteta, koordinator odgovornost za uporabnika
P24	Jaz sem npr. koordinator tistim bolnikom, kjer je ob sprejemu pretežno oz. veliko nekakšne socialne problematike, npr. urejanje statusa, učenja, kako upravljati z denarjem, takšne stvari. Takrat sem jaz koordinator.	prilagojena obravnava potrebam uporabnika koordinator
P25	Gledamo tudi tako, da če ima pacient slabo strukturo dneva, je v paru delavni terapevt. Če je problem npr. nekritičnost do jemanja terapije, ki jo prejema, je zraven v timu sestra.	fleksibilnost tima, prilagojena obravnava potrebam uporabnika
2. stanje v Idriji		
I85	Koordinator je profil po Zakonu o duševnem zdravju. Jaz imam zelo dobre izkušnje z njimi.	pozitivne izkušnje sodelovanja PZS in KOS
S12	Da je za njih njihovo vstopanje v društvo, nekakšna dodana vrednost. Tako za nas kot za uporabnike. Imamo dobro pozitivno izkušnjo.	NVO (Društvo Vezi)+ PZS pozitivna izkušnja sodelovanja
S8-5	jaz sem zelo zadovoljna, da sodelujem s to ekipo. Brez njih ne vem, kako bi. Zaradi tega, ker sem se že navadila, da gre delovni terapevt, psihiatrinja, en kup ljudi gre z mano na teren.	pozitivne izkušnje sodelovanja koordinatorke s PZS v Idriji
S13	Naš varovanec, je takšen, ki prejema depo na domu in nam to zelo koristi. Ker prej smo delali zelo dolgo na tem, da bi šel k psihiatru, pa ni. Tako da, to nam zelo	pozitivna izkušnja sodelovanja PZS terenske psihiatrinje in CSD v

	koristi.	Idriji
S8-2	Vse skupaj poteka tako, da se obveščamo obojestransko in sicer glede potreb v obravnavi v skupnosti in potreb po vključitvi v program skupnostne psihiatrije.	obojestransko obveščanje, obojesmerno sodelovanje v Idriji med KOS in PZS
S8-3	Načini sodelovanja so bili sledeči: možnost skupnih prvih obiskov na domu , v kolikor tega ni mogoče izmenjave informacij v prvih korakih obravnave.	sodelovanje PZS in KOS pri prvem obisku na domu ali izmenjava informacij
S8-1	prejela iz strani Psihiatrične bolnišnice Idrija nekako informacijo o spremembi oz. spremenjenem delovanju njihovega programa skupnostne psihiatrije. Da imajo tudi psihiatrinjo, ki gre na dom, to je nekaj, česar prej v naši regiji nismo imeli. Ker ambulantni obiski na domu niso podprti, tako da smo začeli takoj sodelovati.	možnost ambulantnega obiska psihiatrinje PZS-tima na domu, terensko delo, sodelovanje KOS in psihiatrinje PZS-tima
S10-7	Želimo si, da bi v primeru, ko bi bili v stiski, poklicali nas. Če npr. v zdravstvenem domu ali kje opazite, da se nekaj dogaja, lahko pokličete nas in bomo prišli, bomo pogledali kaj se dogaja. Zato smo tukaj.	vabilo PZS-ja k sodelovanju, možnost terenskega dela
S3-7	Indikacija za izredni obisk na domu je lahko tudi na oceni drugih oseb, to so svojci, lahko svojci pokličejo, da pacient ni v redu, predlog drugih organizacij-ambulantni zdravnik, psihiater pokliče, da ni prišel, naj ga gre ona na dom pogledat, če potrebuje kakšno pomoč dodatno. Veliko število ljudi, lahko gremo na pregled na dom, zato, da bi preprečili poslabšanje.	indikacije za izredni obisk psihiatrinje PZS-tima na domu, na predlog svojcev, drugih organizacij, preventiva poslabšanju stanja
S3-12	Omenila bi mojo novo dejavnost, ambulantni obisk na domu. Na predlog strokovnjakov različnih služb v skupnosti. Imela več obiskov na predlog centrov za socialno delo.	ambulantni obisk psihiatrinje PZS na domu na predlog različnih služb v skupnosti terensko delo
S3-13	Ko pridemo na dom so večinoma pacienti nekritični, neuvidevni, so v svojem okolju.	ambulantni obisk psihiatrinje PZS na domu, prepozno se kliče PZS, že v krizi terensko delo,
S10-10	Sodelovanje z nevladnimi je dodana vrednost.	sodelovanje pzs in nvo
3. stanje v Ljubljani		

M17	Ima skupnostno psihiatrično obravnavo, ampak jaz nimam možnosti, da bi njihovo psihiatrinjo poklicala, pa jo prosila, naj gre na teren. Uporabnik mora biti vključen v skupnostno psihiatrično obravnavo. Drugače pa ne, to ni mogoče.	koordinator v LJ ne more za teren koristiti psihiatrinje PZS-tima PZS skrbi samo za svoje vključene uporabnike
A45	hodijo na teren, ampak oni pokrivajo samo tiste, ki so se zdravili pri njih, bili na njihovem oddelku, jih po odpustu spremljajo na domu. Ne bodo pa vzeli nikogar, ki se pri njih ni zdravil.	terensko delo- PZS skrbi samo za svoje uporabnike omejevanje dostopa
A46	To vem, ker sem se že obrnila na njih, na skupnostno, imela sem uporabnico, ki je v preteklosti delala samomor, skrbelo me je zanjo in sem videla možnost skupnostno, vendar so rekli, da mora biti sprva hospitalizirana pri njih.	terensko delo/krizne intervencije- nesodelovanje PZS za nepoznane uporabnike, potrebna predhodna hospitalizacija omejevanje dostopa
A48	Ne, ne morem se obrniti na njih. Ker ne delajo s takimi, ki jih ne poznajo.	terensko delo- nesodelovanje PZS za nepoznane uporabnike omejevanje dostopa
A49	Ja, to ni dobro, to ni skupnostna psihiatrija, to je samo spremljanje tistih, ki jih poznajo in so odpuščeni iz njihovega oddelka. Mislim na nekakšen način je skupnostna	skupnostna psihiatrija ni zares skupnostna omejevanje dostopa
A50	ampak jaz si s to skupnostno psihiatrijo nimam kaj pomagati.	NVOju ne koristi PZS, enosmeren proces
F31	To pa ne. Mi imamo na polikliniki, tam je njihova psihiatrinja, dr. Drnovškova.	ni sodelovanja s PZS
P82	Saj mi si veliko pomagamo z nevladnimi organizacijami, z dnevnimi centri, veliko jih usmerjamo tja.	sodelovanje z NVO v namen aktivacije uporabnika
A51	Kvečjemu si oni lahko z našimi programi pomagajo. Ko oni zaključijo s pacientom, ga lahko vključijo v naše programe.	PZSju koristi NVO, enosmeren proces
P7	Imeli smo že tudi tako, da smo šli prav čisto na novo	na novo, nepoznani

	nekoga pogledat	uporabniki terensko delo
P8	kadar ene institucije zunaj ugotovijo, da je treba nekoga pogledati, je po navadi že zelo kritično. Mi ugotavljamo, da je po navadi to že prepozno.	terensko delo, prepozno se kliče PZS,
P9	Jaz osebno sem recimo šla že dva taka primera pogledat, ampak je bilo za sprejem proti volji. Sem napisala poročilo, da sem bila na obisku na domu, kaj sem ugotovila in potem sem to dala psihiatru, tistemu, ki ga pokriva. Lahko je to ambulantni psihiater.	terensko delo/krizna intervencija za nepoznane uporabnike
P99	Vse storitve morajo biti nekje beležene, beležim pa lahko storitev bolniku, ki je v našem sistemu. Mi ne moremo kar hoditi od vrat do vrat in obiskovati ljudi, tudi če si to želi neka strokovna služba. Obstaja protokol (sklic tima, povezava z vsemi vpletenimi, načrt...) sicer bi se lahko obsojali kar po čez in klicali psihiatrijo za vsakega soseda, ki nam ni všeč.	zavrnitev terenskega dela nepoznanim uporabnikom posledica pogoja vključenosti v njihov sistem in potrebnega protokola zaradi možne zlorabe
P104	Na teren sem šla pogledat osebo na predlog ambulantnega psihiatra. Kot sem povedala se zadeva ni obnesla, potrebno je bilo urediti sprejem proti volji, ki so ga speljali svojci. Omenjeni primer je bil izjema. Gospa iz tega primera je sedaj v naši obravnavi (štiri leta po našem prvem neuspelem obisku).	izjema krizne intervence/terenskega dela za nepoznanega uporabnika na predlog amb. psihiatra kasneje vključitev v obravnavo
4. ločevanje PZS od NMP		
I31	Smo pa tukaj postavili mejo. Urgenca je NMP 113.	ločevanje NMP in PZS
S10-6	Mi delamo psihična urgentna stanja, da se ne bomo narobe razumeli, tistih fizično pride NMP, ne pridemo mi sedaj tja, priletimo in ne vem kaj, to pride NMP, ki je opremljena.	ločitev NMP(fizična urgentna stanja) od PZS (psihična urgentna stanja)
P97	Pomembno je, da ob obisku prepoznaš poslabšanje. Vedeti pa moramo, da nismo vsemogoči, da za najbolj akutna poslabšanja še vedno kličemo SNMP – mi oziroma najpogosteje svojci.	ločevanje NMP in PZS
5. evalvacija programa PZS		
S10-2	program vpliva na potek zdravljenja, število hospitalizacij, v zgodovini hospitalizacij pri pacientih, ki smo ji vključili, število dni hospitalizacije. Motivacijo in voljo za naprej nam daje pa to, da so ljudje zadovoljni.	evalvacija programa PZS

P75	Mi smo dokazali, da je to veliko cenejša obravnava, kot če je nekdo tukaj. Zmanjšalo se je število hospitalizacij, predvsem takih grdih, pacienti so bili bolj zadovoljni, svojci so bili zelo zadovoljni.	evalvacija programa PZS
	KOORDINIRANA OBRAVNAVA V SKUPNOSTI	
1. profil koordinatorja		
A34	Koordinacijo smo mi prej delali, vzeli so nam jo, vzeli in so dali centrom za socialno delo.	KOS je odvzem profila NVO-ju
A35	Zakonodajalec je s koordinatorji obravnave v skupnosti, ki jih je na novo izobrazil in zaposlil naredil napako. To bi lahko delali v nevladnih organizacijah, saj imamo kilometrino dela s to populacijo in že oblikovane metode in oblike dela. Ne razumem, zakaj so raje denar namenili za zaposlitev na centrih za socialno delo. Zagotovo jih iz vidika stroškov sedaj pride več. Te ljudi je potrebno usposablјati, izobraževati, ne delajo vsi po enakem protokolu in ponavljajo izkušnje ter delajo napake, kot mi na začetku postavljanja programov.	po mnenju NVO je KOS napaka
A94	V Altri smo izvajali inovativni projekt od 1995 Načrtovanje, koordinacija in izvajanje skrbi. Iz te teme sem tudi diplomirala in v 1998 do 2000 ta projekt tudi izvajal na Altri. Od tega leta dalje smo metodo dela umestili v program Svetovalnica in jo izvajali vse do Zakona o duševnem zdravju. Niti v sanjam si nisem mislila, da bodo leta preverjenega dela v praksi, zakonodajalci dali na centre za socialno delo. Dobesedno so vzeli načrtovanje, koordiniranje in izvajanje individualni načrtov, šli na novo uposablјati kader, ki nima kilometrine dela na tem področju!! Je to smiselno in učinkovito?	KOS je odvzem profila NVO-ju
A95	Zato še enkrat povzemam zakonodajalec in MDDSZ je s koordinatorji obravnave v skupnosti, ki jih je na novo izobrazil in zaposlil naredil napako.	po mnenju NVO je KOS napaka
A102	Jezi me MDDSZ, ki je to storitev dalo centrom za socialno delo in tako čez noč odvzelo nam storitev, ki smo jo v devetdesetih postavljali v življenje.	KOS je odvzem profila NVO-ju
2. ločevanje načrtovalca od izvajalca		
C1	Nevladne organizacije so izvajalci. Koordinacija	feedback NVOju za

	obravnave v skupnosti pa je naravnana tako, da smo koordinatorji načrtovalci skupaj z uporabnikom in se nevladnih organizacij poslužimo kot izvajalskih organizacij. Če bi bile nevladne organizacije, ki so izvajalci, tudi načrtovalci, potem vemo, da se te vloge ne moreta združevati, ker človek potem načrtuje ali pa sugerira uporabniku takšen načrt, kot ga lahko izvede on. To bi bilo sporno.	odvzem profila, ločevanje načrtovalca od izvajalca
C3	Ker tukaj pri tem načinu dela gre za proaktivno metodo in ne za reaktivno metodo, da odreagiramo na situacijo, problem, težavo, ampak gre za načrtovanje.	način dela
C8	Gre za proaktivno metodo dela, kjer se skupaj z uporabnikom pregleda oz. pogleda kompleksno, celotno življenjsko področje. Ne gre za reakcijo, on me bo poklical ta trenutek, ta trenutek me potrebuje. To je prva socialna pomoč, to ni koordinacija obravnave v skupnosti.	ločevanje PSP od KOS
C9	In koordinator obravnave v skupnosti ni izvajalec, je načrtovalec. Mi skupaj z uporabnikom, ki pride v koordinacijo, načrtujemo in če pride do določenih situacij, so izvajalci tisti, ki bodo izvedli. Sedaj ali je to zdravstvo, ali je to strokovna delavka na centru, ki ima področje prve socialne pomoči, ali strokovna delavka, ki ima socialnih transferjev, ali je to nevladna organizacija.	ločevanje izvajalca od načrtovalca
C10	Mi delamo po zakonu in striktno po metodičnih načelih koordinacije. Izvajalci ne moremo biti.	ločevanje izvajalca od načrtovalca, strogo po zakonu
C11	Pride tudi kdaj do tega, da postaneš izvajalec, ampak izključno v situaciji, ko nimaš v mreži nobenega izvajalca.	izjema prevzemanja izvajalske vloge, kadar ni izvajalca v izvajalski mreži
C16	Jaz ne bom šla v to varianto, zaradi tega, ker to ni več koordinacija. Potem najboljša, da jo zapremo in se gremo PSP, ker to je reaktivna metoda, reagirati na nekaj. Naša naloga je opozarjati in reševati.	ločevanje izvajalca od načrtovalca, ker KOS ni PSP
M31	Če je že kakšno takšno obvestilo, pa če je že kakšna hujša situacija, da je napisano, da je zelo agresiven, čeprav se to malokrat zgodi. Malo se tudi meša tam PSP v resnici, če je obvestilo. Malo se to meša v centrih. Potem to kar k nam prileti.	mešanje KOS in PSP
M67	Tukaj v Ljubljani se malo razlikujemo od drugih	ločevanje načrtovalca od

	<p>koordinatorjev po Sloveniji in sicer po tem, da mi veliko tudi izvajamo, kar drugi ne. Smo tudi mi izvajalci. Delamo včasih tudi fizična dela. Jaz sem že tudi pospravljala komu, skupaj z njimi, ga učila kako to delati in tako naprej. Ostali koordinatorji tega ne delajo in so očitno strokovni delavci.</p>	<p>izvajalca, v LJ koordinator tudi izvajalec</p>
M69	<p>Ja, problem je, ker teh izvajalcev ni, ni izvajalske mreže in jaz nimam komu to dati. Nimam komu predati.</p>	<p>ločevanje načrtovalca od izvajalca, težko ker ni izvajalcev</p>
M70	<p>Jaz mislim, da je izven Ljubljane, bolj na podeželju, veliko sosedskih odnosov, babice, strici, tete itd. In veliko ti naredijo. Tukaj pa je problem, ker so samske osebe, vsi so kar ločeni, nobenih prijateljev ni, po navadi nimajo stikov s starši. Tu je bistvena razlika, nobenega nimajo, da bi se lahko z njim dogovorila v smislu, daj prosim pojdi z njim k zdravniku in tako. Zato imamo več izvajalskega dela.</p>	<p>ločevanje načrtovalca od izvajalca, kos v LJ ima več izvajalskega dela zaradi slabše socialne mreže mestnih uporabnikov</p>
M81	<p>Pol pa ne najdem izvajalca, pa se jaz z njimi pogovarjam. Jaz bi tukaj morala to drugim predati, če bi imela izvajalca, pa ga spet nimam. Čeprav jim včasih tudi povem, da ne morem.</p>	<p>občasno prevzemanje izvajalske vloge, ker ni izvajalca psihoterapije</p>
M89	<p>Moralo bi se urejati preko storitve PSP, se pa pogosto ne. Če direktor reče, da moramo to opraviti mi, pač opravimo mi, ker moramo upoštevati navodila direktorja. Sodelavcem je težko obrazložiti, kaj je koordinacija obravnave v skupnosti, ker se precej razlikuje od njihovega načina dela. Enostavno mislijo, da je vse, kar je duševno zdravje, naše, pa ni res. Tudi direktorja se večkrat ne da prepričati, zato moramo in opravljamo PSP včasih tudi mi.</p>	<p>slaba ločitev PSP od KOS, izvajanje PSP pod navodilom direktorja</p>
F3	<p>Mi smo izvajalci. Odvisno od koordinatorja, ker nekateri koordinatorji naredijo načrt, nekateri ga tudi ne naredijo. V primeru, da ga naredi koordinator, ga naredi v sodelovanju z nami oz. mi smo izvajalci storitev in nam ga mora predstaviti. Mi imamo napisano kot metodo izdelave individualnega načrta v primeru, ko ga koordinator ne naredi ali pa ker niso vsi vključeni v koordinirano obravnavo.</p>	<p>občasno prevzemanje vloge načrtovalca, kadar uporabnik ni vključen v KOS ali koordinator ne naredi načrta</p>
F6	<p>Na nekakšen način je lahko to program agencije oziroma je ta agencija sama izvajalec za koordinatorje. Ampak to ni tako ustaljena praksa. To smo si mi nekako uredili s centrom Maribor, ker je pač s Simonom možno</p>	<p>ni ustaljene prakse, da so NVO samo izvajalci za koordinatorje</p>

	delati. Pri nas je tako, da ena koordinatorica naredi načrt, mi pa izvajamo,	
A96	V slovenskem prostoru se izredno težko izvaja storitev koordiniranja, ker nimamo dovolj skupnostnih služb, ki bi jih koordinator lahko koordiniral. S tem se srečujejo tudi koordinatorji. In pritožujejo. Ravno tako nimamo sistema neposrednega financiranja, dr. Flaker je začel s tem pilotskim projektom, pa žal, sistem ni imel posluha za izvajanje le-tega. V Sloveniji je skorajda nemogoče izvajati metodo individualnega načrtovanja, brez tega, da je načrtovalec sočasno tudi koordinator in izvajalec. Gre za preplet treh vlog. Enkrat več, drugih manj.	feedback na koordinatorjevo tezo, da bi bilo sporno združevati izvajalca in načrtovalca v SLO prostoru ločevanje skoraj ni možno
A97	Ta metoda je lahko proaktivna samo v primeru, če se načrt prične izdelovati 3 tedne pred odpustom iz psihiatrične bolnišnice. Imaš čas, da ga narediš. To je potrdila tudi moja praksa. V kolikor pa ljudje pridejo v akutni stiski, praviloma tudi hodijo takšni po pomoč, je pomembno odreagirati na najbolj pereče situacije, zatem pa načrtovati storitve in ugotavljati potrebe, da postane življenje obvladljivo	feedback na koordinatorjevo tezo, da je koordinacija proaktivna metoda in ne reaktivna proaktivna možno samo tri tedne pred odpustom iz PB
A104	Izpostavljeni so tudi principi dela individualnega načrtovanja, se pravi ločiti koordinatorja, izvajalca in načrtovalca, ki sem jih pravzaprav skupaj z Vitom Flakerjem vpeljala v SLO. Ta teren zelo dobro poznam. No, Škerjančeva je na Primorskem delala svoj projekt	ločitev načrtovalca od izvajalca
C26	Nikoli pa ne drži ta datum, tri tedne pred odpustom, ker je to nemogoče in to kar so napisali v zakon, je neumnost. Zaradi tega, ker se lahko to zgodi nekaj dni prej, lahko pa je to tudi tri tedne.	kritika Zakona o duševnem zdravju, srečanje tri tedne pred odpustom ne drži
C81	Načrt nikoli ni narejen v treh tednih in tukaj kršimo zakon vsi in nas lahko tudi vse kaznujejo. Zaradi tega, ker je to največja bedarija, kar so jih lahko napisali. Ne rečem za delni načrt, ko je oseba v bolnišnici in nima kam iti. Takrat lahko, ker delaš samo na tem segmentu. Da pa ti z nekom vzpostaviš en odnos, da ti oseba začne zaupati, da narediš pravi načrt koordinacije obravnave v skupnosti, to pa ne more biti narejeno v treh tednih. Jaz računam, da potrebuješ nekje okrog tri mesece. To se kdaj tudi skrajša na dva mesca.	kritika Zakona o duševnem zdravju, tri tedenski rok za izdelavo načrta je nemogoč, ker vzpostavljanje zaupnega odnosa traja dlje

M72	problem te koordinacije je, da ti ljudje nimajo nobenega denarja, tukaj je ogromno dolgov. Iz tega vidika lahko rečem, da ni več tako, da zapišeš načrt, vse super, dobro, izvajaš, ampak bolj rešuješ njega, da se ne potopi. Kot ena blaga skrbniška funkcija.	koordinacija kot blaga skrbniška funkcija
3. vloga koordinatorja pri vzpostavitvi izvajalske mreže		
C12	Pa še tukaj je naloga koordinatorja prej ta, kot postati izvajalec, opozoriti, da ni mreže in iti v to, da se ta mreža vzpostavi, dogovori z občino, se išče različne možnosti, dobi kakšna donatorska sredstva, da se kakšen prostovoljec najde ali kaj takšnega.	naloga koordinatorja pred prevzemom izvajalske vloge
C13	Je ni, je šibka in tukaj prevzamemo določene stvari, ampak zgolj za čas, dokler mreža ni vzpostavljena. In opozarjamo na te stvari, se obračamo na občine.	začasni prevzem izvajalske vloge do vzpostavitve mreže šibka izvajalska mreža-potrebe
F51	Sam oni tudi se ne trudijo tukaj. Oni ne izvajajo nobenega pritiska, vsaj jaz imam tak občutek, oni so sedaj v tej situaciji kot so, so jo sprejeli, ampak oni vseeno ne bodo poklicali občine, ne ministrstva, se ne bojo pritoževali.	kritika NVO da koordinatorji v LJ ne izvajajo pritiska
F52	Se da, se tudi da. Sedaj samo govoriti, da je sistem vsega kriv, je, je zelo slab. Se pa da biti tudi fleksibilen. Pa tudi kdaj kaj tvegati za uporabnika.	za tog sistem potrebna fleksibilnost zaposlenih
F53	Saj Simona je nas tako angažirala, da sedaj Simona ima izvajalca. Pa sta sedaj dve zaposleni izvajalki.	za tog sistem potrebna fleksibilnost zaposlenih, lastno angažiranje koordinatorke za ustvarjanje izvajalcev ločevanje načrtovalca od izvajalca
C49	Jaz se sicer drugače znajdem, da grem preko teh dobrotelnih organizacij, kjer dobivam finance.	način dela, znajti se v omejeni izvajalski mreži, fleksibilnost
C53	Nekaj se poslužujemo teh brezplačnih psihoterapij. Ena psihoterapevtka je tudi vedno pripravljena znatno znižati ceno, če jo pokličem. Nekaj odslužim na ta način, da grem nekam odpredavat določene stvari in se na ta način pokrije cena za par uporabnikov, imajo brezplačno.	način dela, znajti se v omejeni izvajalski mreži, fleksibilnost

4. mesto koordinacije na CSD		
M73	Javne institucije so vedno močnejše, nočem reči močnejše, ampak trdnejše in če rečem, da sem iz centra za socialno delo, mi bo lažje verjel, kot pa komu drugemu. Lažje se je dogovoriti. To za denarne pomoči, se je lažje zmeniti.	mesto koordinacije na CSDju- javna institucija trdnejša, več zaupanja iz strani drugih služb v skupnosti
M74	Na centrih moraš tako imeti strokovni izpit, koordinator mora vedeti zelo veliko stvari. Jaz vem vse, kaj na kakšnem področju delajo, ne morem reči enako za kolege, ki so samo na svoje področje usmerjeni. Moraš biti zelo fleksibilen, veliko stvari moraš poznati, vedeti. Tudi onih izven, stanovanjski zakon, vse te. Iz tega vidika, ker se lažje menim z institucijami, za določene stvari, na neki način imaš več pooblastil, če si na centru.	mesto koordinacije na CSDju- strokovni izpit, znanje, več pooblastil
M75	Saj ne da zagovarjam, jaz čisto tako gledam, saj je dela za vse dosti. Ampak iz tega vidika se mi zdi lažje.	mesto koordinacije na CSDju- ne zagovarja lokacije, lažje delo
C2	Veliko bolje, da je prišel ta profil, pa ne bom rekla, da na CSD. Za uporabnike pa bi bilo mogoče bolje, da ne bi bil v prostorih centra, ampak v katerih drugih prostorih. Prej so rekli, pridem na center in so pričakovali drugačen način dela.	mesto koordinacije na CSDju, problem uporabnikovega doživljanja pomoči
C4	Zelo je pomembno, da uporabniki vedo, da nismo mi tisti, ki jih bomo nadzirali, mi smo jim v suport pri izvedbi njihovega načrta.	mesto koordinacije na CSDju, nadzor/suport uporabnika
A93	sistem, ki podpira in zaupa javnemu sektorju, nas pa postavlja ob bok in neenakovredni položaj. To se vidi v razmišljanju javnih uslužbencev na CSD-ju. Češ, da oni lažje komunicirajo z drugimi akterji, zgolj zaradi tega, ker so na CSD-ju. To je floskula. Sama imam dopise iz leta 2000 in dalje, kjer sem se podpisovala kot koordinatorica primerov, in bila hkrati izvajalka, ker drugače ni šlo, pa so vsi, ki so imeli čas prav lepo sodelovali v timu.	ureditev sistema, ki zaupa javnemu sektorju, NVO daje ob bok
A101	Način dela je odvisen od strokovnega delavca, ne od institucije, je pa res tako, da imajo institucije monopol in večjo moč, vendar to še ne pomeni, da so bolj učinkovite! Zgodbe nekaterih uporabnikov so prav nasprotju s tem /.../Te zgodbe govorijo o zlorabah moči, o tem, da se strokovnim delavkam »verjame« in tako vsi v timu delujejo »proti« uporabniku. In imajo pooblastila, da ljudem z raznimi ukrepi, dobesedno	feedback na koordinatorjevo tezo, da so javne institucije močnejše in kot zaposleni na CSD je delo lažje večja moč institucije

	odvzamejo vpliv nad življenjem. Mi teh pooblastil nimamo. To se dogaja v praksi. /.../ Mislím, da imamo različne prakse in izkušnje, ter da je od primera do primera različno in ne gre posploševati.	večja možnost zlorabe uporabnika način dela odvisen od strokovnega delavca ne od institucije
KONTINUIRANI SESTANKI		
1. namen in udeleženosť uporabnika		
I49	Sestanki znotraj tima so potrebni, za našo logistiko. Se pogovarjamo o tem, kar bi bilo dobro narediti itd.	sestanki PZS tima v namene logistike, brez uporabnika
I50	to ne pomeni, da pacienti o tem nič ne vedo	transparentnosť, vključenosť uporabnika
I51	Moje edino načelo je in se ga bom držala vedno je, da moremo vsi vse vedeti in biti iskreni, ne manipulirati, biti moramo korektni. Kar smo se zmenili, da se to tudi pove in od tega ne odstopam.	pretok informacij, transparentnosť
I52	Oni so se tam zmenili, zato ne potrebujejo celega tima, ker nam bodo normalno sodelavki predali informacije.	pretok informacij, transparentnosť
I56	To kar povemo, sliši tudi pacient, mi ne skrivamo in ne ločujemo, to je najboljši način.	vključenosť uporabnika, transparentnosť informacij
I57	Se pa strinjam, da bi se morali večkrat dobiti.	potrebe po skupnih sestankih z drugimi službami v skupnosti
P27	imamo vsak ponedeljek sestanek in gremo čez vse uporabnike. To ne tako, da sedaj pol ure razlagaš o enem, ampak vsi, ki smo naredili obiske v tem tednu, npr. jaz bom te obiske, ki jih bom naredila v tem tednu, predala v ponedeljek.	kontinuirani sestanki tima, v namene poročanja o opravljenem delu
P34	Ob ponedeljkih gremo čez vse paciente. Dobimo se ob 11. uri. To delamo brez dokumentacije. Potem imamo pa enkrat na 3 mesece, temu rečemo- timski dan. Se dobimo ob 11. uri ali ob 10. in gremo čez vso dokumentacijo. Za vsakega pacienta nastavimo klinično pot. Bistveno pri teh papirjih je, da gremo čez cilje. Da postavimo cilje. Da rečemo, kaj so dolgoročni, kaj so kratkoročni cilji. Kaj je realno, kaj ni. V teh treh mesecih že vidiš, koliko bo človek zmogel, česa ne bo. Če si je npr. v začetku postavil neko šolanje pa vidimo,	timski sestanki, tedenski in na vsake tri mesece t.i. timski dan v namen evalvacije obravnave in nadaljnje načrtovanje

	da to ne bo šlo, potem spremenimo cilj in gremo npr. na iskanje zaposlitve ali kaj takega. /.../ Tako tako, absolutno, vedno.	predaja informacij
P36	Na začetku smo si nekako na tri mesece zastavili, da bi imeli timske sestanke z vsemi vključenimi, z uporabniki. Ampak to nam ne znese. To se potem običajno dogovarjamo tako in tako sproti na samem obisku doma. Kadar vidimo, da nekako ne pridemo skupaj, kadar gre res za neke drastične spremembe v ciljih, tako da gre čisto v drugo smer, takrat se pa dobimo absolutno vsi, naredimo tim. To je čisto odvisno od potreb. Ni to praksa, da bi rekli na tri mesece imamo tim.	timski sestanki z uporabniki na vsake tri mesece- ne znesejo, sprotno sklicevanje tima glede na potrebe ali sprotno dogovarjanje na domu uporabnika
P69	Za moje potrebe mislim, da jih je dovolj. Jih imamo toliko, kot jih potrebujemo.	sestankov z drugimi službami v skupnosti je dovolj
P70	Če nas kdo vabi absolutno gremo, zagotovo vedno. Res pa je verjetno odvisno od lokacije, kadar gre za velike razdalje se manj srečujemo.	redno udeleževanje sestankov z drugimi službami v skupnosti, pogostost srečanja odvisna od razdalje
M46	Eden je, če dobimo iz Polja obvestilo, že tam je en sestanek. Lahko je sestanek, če je kakšen problem, da se je kdaj že obravnaval, je recimo takšen centrski, ali medinstitucionalni, če je kakšna policija udeležena, še kakšni drugi akterji, odvisno kakšni so ti medinstitucionalni timi.	sestanki KOS + druge službe v skupnosti
M47	koordinatorski, zraven je bil sicer še direktor. Te z direktorjem imamo enkrat na mesec ali po potrebi, kar je kar velikokrat.	sestanki KOS+ direktor en krat mesečno
M48	Imamo tudi izmenjavo mnenj zjutraj, vsaj tisti osnovno.	vsakodnevni jutranji sestanki koordinatorjev z namenom izmenjave mnenj, pretok informacij
M49	se obravnavajo njegovi cilji, podajo se mnenja, uporabnik je vedno zraven. Je vabljen, ni pa nujna njegova prisotnost. Meni se sicer še ni zgodilo, da ne bi prišli.	multidisciplinarni tim, prisotnost uporabnika,
F25	Ja se trudimo, načrtovanje pa obvezno vedno. Načrt je	prisotnost uporabnika na

	tako ali tako uporabnikov in ga ne moreš narediti brez njega.	sestankih
F26	Ne. Ločeni sestanek, pa še ta se ni nanašal na načrte, smo imele edino, kadar smo imele kakšne timske sestanke, to se pravi samo zaposlene. Potem smo se tudi pogosto pogovarjale, da je to problematično, da bi morali biti uporabniki zraven. Ampak bil je en sestanek, recimo mi je ena govorila, kako je bilo prejšnji teden v stanovanjski skupini in dejansko govori o vseh uporabnikih. Kako bi lahko sedaj bil prisoten uporabnik, ker tudi drugi uporabniki potem ne smejo slišati o drugih. Nekako nismo znale najti rešitve in smo potem ohranile to, da smo samo zaposlene na tistem sestanku.	prisotnost uporabnika na sestankih, razen timski sestanek zaposlenih
2. sodelovanje psihiatrov na multidisciplinarnih timih pri obravnavi načrta		
M53	Ampak to je njegova dolžnost in obveznost po zakonu. Jaz jih pokličem in če nekdo noče sodelovati, noče. Vseeno pošljem povabilo in sklep v okviru papirologije. Tisto je njegova dolžnost, moja dolžnost je, da pošljem papirje. Če se on ne udeleži, pa je to njegov problem, mislim njegov, lahko je potem tudi moj in uporabnikov. Ampak pošljem, tudi če ne pridejo. On je v prekršku zakona ne jaz.	nesodelovanje psihiatrov na multidisciplinarnih timih
M54	Ne, ni nujno, da se udeležijo, eni se, eni pa ne. Eni potem sodelujejo vsaj po telefonu.	delno sodelovanje psihiatrov na multi. timih
M55	Če ne sodelujejo, se jim pošlje sklep. Sedaj odvisno, zakaj ne sodelujejo. Včasih se pošlje zapisnik, včasih pa ne. Odvisno tudi, zakaj ni prišel. Ali zaradi tega, ker res ni mogel, sem morala jaz urgentno sklicati tim in je vsaj po telefonu pomagal. Potem mu pošljem, če je vsaj po telefonu sodeloval. Če pa ni nič, potem tudi nisem dolžna pošiljati. Zapisnik sem dožna pošiljati tistim, ki so prisotni. Sklep o načrtu pa mislim, da pošljem.	multidisciplinarni timi, informiranje neudeleženih psihiatrov
M50	Če je npr. uporabnik iz Bežigrada, mora biti nekdo iz CSD Bežigrad ali pa mi pridemo tja. Kličemo tudi psihiatra, ambulantnega. Razen če je uporabnik še v Polju. Pa tudi tja v Polje gremo, na ta način so psihiatri bolj pripravljeni sodelovati.	fleksibilnost KOS glede mesta multidisciplinarnih sestankov večja pripravljenost psihiatrov na sodelovanje, če se gre na njihovo lokacijo

C38	Praviloma sodelujejo, sodelujejo pa na različne načine. Vse je odvisno od lokacije in tudi od pomembnosti tega, da je psihiater zraven.	sodelovanje psihiatrov na multidisc. timih KOS
C40	nikoli se pa ne zgodi, da ne sodelujejo. Ampak sodelujejo na različne načine. Tudi po telefonu, tudi s pisnim poročilom.	sodelovanje psihiatrov na multidisc. timih KOS
POTREBE		
1. zaposlitev in finančna sredstva		
I89	bi si želela sistem, da bi bile službe, zaposlitev, ker delo krepí. Pacienti pogrešajo delo, pogrešajo, da kaj prispevajo družbi. Tukaj se mi zdi največji manko. Da ljudje nimajo dovolj denarja, da živijo na pragu revščine. Radi bi delali, dela ni. Pripravljeni so it tukaj smeti pobirati, opraviti vrtnarijo, polno je del, ki bi jih lahko oni opravljali.	potrebe uporabnikov po delu
I90	Jaz ne morem nobenemu nič več priskrbeti, dela mu ne more urediti niti koordinatorka, ne zavod za zaposlovanje, ne moreš uredit ne izredne denarne pomoči, če ti prej ne pogledajo premoženje. In če ima eno hišo tam v Piranu, ki je v ruševinah, potem je že »bogat« po nepremičninskem in ne more dobiti nič, ker ima premoženje. Ne moreš, dejansko ne moreš. Najlažje je še takrat, kadar nimajo premoženja.	potrebe socialnih delavk, da bi lahko priskrbele delo, finančno pomoč uporabnikom sistemske ovire
P80	Da bi jih lahko nekam zaposlili. Meni je sedaj grozno, recimo ko jih napotimo na oceno dela zmožnosti, pa potem vsi ne dobijo neke zaposlitve na koncu.	potrebe po delovnih mestih za uporabnike
P81	za naše bolnike je najhuje to, če so prepuščeni cel dan samemu sebi in razmišljajo. V taki fazi se potem tudi bolezen razvija in ponavlja, ker ležijo. Če nimajo zjutraj razloga, da vstanejo, potem pač ležijo	potreba uporabnikov po aktivaciji, nevarnost poslabšanja stanja
C55	Želela bi več služb za uporabnike, več socialnih podjetij	potrebe KOS v izvajalski mreži, službe za uporabnike, socialna podjetja
C57	Npr. to invalidsko upokojevanje in to, da ni fleksibilni prehod. Ko si v redu zamrzneš svoj status, greš delat. Delaš tri mesece, ne moreš več, dobiš nazaj. Ta papirologija, komisija pa ne, bog ne daj.	potrebe KOS v izvajalski mreži, fleksibilen prehod pri invalidskem upokojevanju
M76	kakšna finančna pomoč, bi bila čisto dobrodošla.	potrebe KOS, finančna

		pomoč za uporabnika
C48	Več prostovoljcev, imela bi tudi en budžet denarja.	potrebe KOS v izvajalski mreži, prostovoljci, finance
F41	če bi ministrstvo podpiralo tovrstne programe oziroma financiranje tovrstnih programov, potem bi seveda imeli verjetno krizni center, pa stanovanjsko, ki bi delala 24-ur na dan. Samo tudi če prijaviš, ne dobiš.	potrebe NVO po financiranju programov krizni center, 24 h stanovanjsko
I14	Zagotovo bi bili potrebni še vsaj trije timi. Že zaradi logistike in pogostostjo obiskov.	potrebe po večjem številu PZS timov
M77	Ne bo dovolj koordinatorjev, ker je vedno več uporabnikov. Saj ni sedaj številka 500. Problem je, ker za enega porabiš veliko časa in ker nikoli ni konca.	potrebe KOS, več koordinatorjev zaradi velikega števila uporabnikov in nezaključenih obravnav
C50	Tudi da bi bilo več koordinatorjev. Absolutno zaradi tega, ker smo preobremenjene, zelo preobremenjene.	potrebe KOS v izvajalski mreži, več koordinatorjev
C51	Da prideš do hrvaške meje, tja do Podčetrka, že potrebuješ eno uro, če gre vse kot mora, 45 min. Če moraš v kakšne hribe, izgubljaš veliko časa na poti. Ne moreš se kar prežarčiti tja. Tako pa bi si lahko drugače vzela več časa za uporabnika. Tako pa smo na standby s telefoni. Včasih zadostuje, da pokličejo.	potrebe KOS v izvajalski mreži, več koordinatorjev zaradi zamudnega terenskega dela
F4	To je res smotano, ker sedaj ko smo mi začeli delati tudi na podlagi osebnih načrtov, ti pa nimaš niti 50 koordinatorjev v Sloveniji, jih je omejeno.	začeli delati na podlagi osebnih načrtov, koordinatorjev pa ni dovolj- potrebe NVO po koordinatorjih
A105	Zelo smo obremenjeni. Dati spraviš dvakrat na leto skupaj tak paket, tudi konec mesca podajamo statistične podatke /.../ in to ti vzame veliko časa.	preobremenjenost
F14	Tega še nismo naredile, ker smo kadrovsko in finančno podhranjene in potem delujemo tako.	potrebe NVO- finančno in kadrovsko podhranjene
2. izobraževanje		
I45	Potrebujejo pa edukacijo, temu damo velik poudarek. Sprašujejo nas najpogosteje o zdravilih, stranskih učinkih, jemanju zdravil, kdaj, kako, kdaj k psihiatru, če se ne znajdejo, da pokličejo nas.	potrebe svojcev po informiranju
I72	Gre za odgovornost do dela z ljudmi. Mag. Č. je	izobraževanje,

	<p>povedala za izobraževanje medicinske sestre, ki traja že eno leto in še bo trajalo, ravno zaradi tega, ker je punca prišla direkt iz faksa. Pogoj pa je bil ta, da je ta naša članica šla skozi to usposabljanje. Najprej v kliničnem okolju, potem tam in nato direkt na teren. Dejansko se mora vsak strokovnjak zavedati, kjerkoli dela, kakšne odgovornosti ima, kako more odreagirati, tudi če ne zna. Zato poudarjamo to. Delo z ljudmi ni šnel kurz in tukaj smo neomajni. Jaz mislim, da je znanje bistvenega pomena, če si kompetenten v znanju, se boš znašel. Hočemo, da je strokovno dovršena stvar.</p>	<p>odgovornost do dela z ljudmi</p>
S2-27	<p>Nekdo si zamisli nekakšen program izobraževanja, odpika 50 ur. Mislim, da bi mogle sprejeti modul, nosilci so fakultetna izobraževanja in učne baze, ki v tej državi obstajajo. Šent igra veliko vlogo, ampak ne, da izvedbo izobraževanja prevzame Šent po »šnel kurzu« in potem pošlje ljudi v svet. To, da npr. patronažno sestro neoboroženo pošljemo na teren, delamo veliko škodo, njej in pacientom in celemu programu. In ker Šent nima svojih strokovnjakov, jih vabi od tam kjer obstajajo. Zakaj ne bi naredili fakultete in bolnišnice kot učne baze, ki to materijo in te procese poznajo.</p>	<p>potrebe po sistemski ureditvi izobraževanja-nosilci fakultete in učne baze, ki v tej državi obstajajo, ne pa hitri izobraževalni programi, ki jih organizira Šent</p>
S3-11	<p>Glede tega informiranja bolnikov, bom omenjala skupino, ki smo jo formirali v ambulanti Izola. Skupina za podporo pacientom, ki so vključeni v psihiatrično zdravljenje v skupnosti,. Vključili so jih 13. Več ne moremo, ni prostora, časa. So zelo zadovoljni, ker izmenjujejo izkušnje. Kako znajo prepoznati, en drugemu svetovati, povedati, en drugemu začnejo zaupati in da niso edini, ki so bolni.</p>	<p>skupina za podporo pacientom, ki so vključeni v psihiatrično zdravljenje</p> <p>informiranje bolnikov</p>
P76	<p>Ta izobraževalni program je kar nekako zamrl. Ljudje, ki so to organizirali, so se menjavali. Program smo imeli 10 let neprekinjeno. Sedaj maja bo zopet en modul, ki je za vse svoje, ne samo za naše. Za vse, ki želijo imeti kakršno koli informacijo, ker je več sklopov. Govori se o shizofreniji, o simptomih, kateri so opozorilni znaki, kako prepoznati bolezen, kaj lahko pričakuješ, potem delavni terapevti so imeli svoj sklop, kakšna je možnost zaposlitve, aktivacija. Jaz sem imela svoj, kakšne so jim dane pravice, kaj lahko kje iščejo, kje imajo kakšne olajšave. Nekaj je bilo o zdravilih. Vidim, da so kar prihajali, po tem se je to zapletlo.</p>	<p>izobraževalni program za svoje</p> <p>potreba svojcev po informiranju</p>

P77	Vedno znova, neprestano govoriš. Ves čas nekaj razlagaš.	potreba svojcev po informiranju
M78	Kar jaz pogrešam je, da bi imela neko osnovo za delo z ljudmi, ki imajo osebnostno motnjo. Ne da bi jaz izvajala terapije, ampak da imam te osnove pogovora, da bi imela osnovno psihoterapevtsko znanje, kako se pogovarjati, kako odreagirati na stiske. Včasih mi povedo veliko enih stisk. Sedaj se že pogovarjaš, lahko rečem, da jih razumem, konkretno rešujem, kar je potrebno, ne vem pa včasih, kaj naj naredim s tistim v drugem smislu.	potrebe KOS, izobraževanje o osebnostnih motnjah, osnovno psihoterapevtsko znanje za pogovor
M82	Včasih se zgodi, da si hoče uporabnik mene izbrati, ker mi je že tako in tako vse povedal, dobil zaupanje in ne bi sedaj še drugim razlagali. Jaz jim povem, da nisem usposobljena za to in mi potem rečejo: »Saj vi meni pomagata, ko se z vami pogovarjam.« Tako da očitno tudi sam pogovor pomaga.	psihološka kontinuiteta,
M79	Izobraževanja so, če so brezplačna. Sedaj je recesija, nam nič ne pripada. Bi si seveda želeli imeti izobraževanja. Včasih se sami organiziramo, prosimo dr. Drnovškovo, včasih kaj zastonj naredi, dobro sodelujemo. Bolj revna je situacija.	potrebe KOS po izobraževanjih
A68	Veliko je stvari, ki bi se jih lahko naučil, neprestano nedokončana zgodba	potreba NVO po izobraževanju zaposlenih
3. terensko delo		
M16	Tako da psihiatri tudi ne hodijo na teren. To bi bilo zelo v redu, če bi imeli psihiatra na terenu.	potreba KOS po psihiatru na terenu psihiatri držijo institucij
M18	To bi bilo super, če bi lahko. Ker bi marsikaj potem lahko rešili v tistem momentu na domu, morda preprečili tudi kakšno hospitalizacijo, npr. z depo injekcijo.	potrebe KOS po terenskem delu psihiatrinje PZS tima obisk služil kot preventiva hospitalizacije
M71	Več izvajalec ja, ki bi bili pripravljene iti na teren, pa spremstva. Sicer tudi prostovoljce iščemo, samo prostovoljci so za druženje.	potrebe KOS po večjem številu izvajalcev, ki gredo na teren, spremstva, prostovoljci
C45	imam npr. dva, za katera bi bilo zelo dobrodošlo, da	potreba KOS po

	imata skupnostno psihiatrijo zraven. Sedaj kombiniramo nekaj s patronažno službo. To ni to, ker patronaža mora iti potem do zdravnice, zdravnica mora poklicati psihiatra, zakaj ne bi jaz kar direktno kot koordinator poklicala, da bi nekdo od njih prišel sem in to uredil.	terenskem delu PZS-tima kombiniranje s patronažo ni zadovoljivo
A47	Želela bi si skupnostne, ki z zdravstvenim timom pride na dom, tudi za take primere.	potreba da PZS izvaja terensko delo/krizne intervencije tudi za nepoznane uporabnike
A69	Več služb manjka na terenu, manjkajo prilagojena delovna mesta, ta delovna rehabilitacija.	potrebe NVO po terenskih službah, prilagojena delovna mesta, delovna rehabilitacija
F32	Ker to, da bi psihiater hodil na dom, bi bilo zelo pozitivno. Saj pravim, človek, ki je v stiski, da mora potem še iti v ene institucije, kjer niti ne ve, kako dolgo ga bodo zadržali, ali ga bodo zadržali proti njegovi volji. Tako da potem psihiater doma oceni, predpiše mogoče zdravila, je to čisto nekaj drugega.	potreba po terenskem delu psihiatrinje, razlogi
M68	Mi smo se v Mostah znašli tako, da imamo javnega delavca, ki opravlja spremstvo ali kakšen te lažje stvari.	vklučevanje javnega delavca
M2	kadarkoli jih prosiš za kakršenkoli teren, za delo na domu, ti ga po navadi odvrnejo. Oni tega ne delajo.	koordinatorjeva kritika za NVO- neizvajanje terenskega dela
M84	Npr. spremstvo uporabnika, kontinuirani obiski na domu, delo v skupnosti izven prostorov NVO, ki je odvisno od potreb uporabnika. Tukaj gre predvsem za ne vključene uporabnike v NVO in tudi za nekatere vključene uporabnike v NVO (tiste, ki obiskujejo le dnevni center in njihove delavnice). Opravljajo pa verjetno takšne storitve za tiste, ki so vključeni v stanovanjske skupine in niso v naši obravnavi ter verjetno za posameznike, ki jim sami rečejo, da potrebujejo pomoč – če to pomoč zaprosim jaz, odvrnejo, da takšnih storitev ne izvajajo. V zvezi s kriznimi intervencijami in kriznimi timi se nanje sploh ne obračamo.	koordinatorjeva kritika za NVO- neizvajanje terenskega dela
M85	Krizne intervencije izvajamo le v primeru nujnosti.	izvajanje kriznih intervencij v primeru nujnosti

F22	Tudi v Polju smo dosti. Gremo kakega našega uporabnika tja obiskati. Dosti je spremstev k zdravniku, ali pa v trgovino ali pa na pošto. Ali pa pride sem pa se tukaj pogovoriš, kakšno svetovanje ali pa na domu.	terensko delo
A75	Tudi odvisno kje je. Tudi teren ti vzame zagotovo eno uro za prevoz, tri ure ti gredo. Mi pa nismo plačani za terensko delo.	niso plačani za terensko delo
A76	Terensko delo je v zdravstvu drugače ovrednoteno kot je v socialni.	vrednotenje terenskega dela v zdravstvu in socialni
A77	Morale bi biti krizne intervence, krizni timi bi morali biti drugače ovrednoteni.	za terensko delo potrebni krizni timi
A98	Imamo tudi Svetovalno-informativne pisarne /.../ V okviru tega programa hodimo na teren, saj se je ta metoda pravzaprav oblikovala znotraj tega programa	terensko delo, v okviru Svetovalno-informativnih pisarn
A99	Verjamem, da v dnevnih centrih in stanovanjskih ne hodijo na teren za tiste uporabnike, ki niso vključeni k njim. Vendar stanovanjske za svoje uporabnike, definitivno hodijo na teren. Tudi v kakšnem dnevnem centru se zgodi, da uporabnika kam pospremito ali obiščejo v bolnišnici.	terensko delo se izvaja za člane stanovanjskih skupin in občasno v dnevnih centrih
4. ostalo		
P83	Ampak vsi pa niso za to, vseh ne moreš dati v isto.	potreba po posamezniku prilagojeni obravnavi, ne gre vse v isto
M11	Mi je žal, ker jih nimam kam napotiti, da bi bilo njim bolj prilagojeno.	potreba po posamezniku prilagojeni obravnavi, programi za osebne motnje
M83	Potrebovali bi tudi kakšne tehnike proti izgorelosti, tehnike kako se rešiti tega, ko greš domov, da nisi čisto konec.	potrebe KOS po tehnikah proti izgorevanju
C54	uporabnikom manjka prostor, kjer bi lahko imeli več pogovorov. V Celju je ena samopomočna skupina, kamor se vključujejo. Ena takšna brez organizacije za sabo bom rekla.	potrebe KOS v izvajalski mreži, samopomočne skupine brez organizacije za sabo
C56	pogrešamo možnosti, kamor bi se uporabniki lahko vključevali. S tem kar imamo na razpolago, gasimo, ni izbire.	potrebe KOS v izvajalski mreži, možnosti vključevanja uporabnika trenutno gašenje situacije

A43	Veliko jim pomeni občutek varnosti, sicer je to univerzalna potreba, a pri naši populaciji še toliko večja.	uporabnikova potreba po občutku varnosti
A103	Tudi javna dela so oklestili in jih ne dobimo toliko, kot bi želeli.	potrebe NVO- javna dela
F7	ampak tudi, če imaš načrt, da se človek želi preseliti v samostojno stanovanje, ni stanovanj na voljo.	potrebe NVO po stanovanjih sistem omejuje izvajanje
I69	Problem je pri profiliranju strokovnjakov. Glede na to, da psihoterapija še žal ni v zakonu o psihoterapevtski dejavnosti. Mi uradno tega profila ne moremo ponuditi.	potrebe, zaposlitev psihoterapevtov
M12	Saj tudi tega ni. Psihoterapija je draga za plačat.	potrebe, psihoterapija
M80	Ja, ti z osebnostno motnjo imajo dostikrat željo po psihoterapiji.	potrebe uporabnikov, ki imajo osebnostno motnjo po psihoterapiji
C52	Ja, tudi. Predraga je, ker ni na napotnico. Zagotovo, da bi bilo to dobrodošlo.	potrebe KOS v izvajalski mreži, psihoterapija
A38	Očitno je tako tudi finančno in zakonodajno lažje speljati zadevo, ker tudi zavarovalnica plačuje. Iz systemskega vidika je lažje tako, kot sistem na glavo postaviti in vse na novo postaviti. In tukaj se z Vitom močno strinjam, vse bi mogli zapreti in na novo postaviti službe.	potreba po systemski preureditvi služb
A12	Morajo biti systemsko urejene stvari. Systemsko pa pomeni, da imaš ti program, ki se imenuje krizna intervencija ali krizni tim. Bi poklicala na to številko in rekla, da je pri meni gospa Štefka, bojim se, da je na robu s psihozo, treba ji bo pomagati, odklanja psihiatra. Ni vključena v moj program, to pomeni, da se ni psihoza ali pa depresija zgodila, ko je ona že k meni vključena in jo že dobro poznam, poznam njeno socialno mrežo in izvajalce, ki ji pomagajo in imam že neki nabor ljudi.	potrebe po systemskizaciji programa krizni tim, krizna intervencija
F36	Finančna sredstva so tista. Pa hkrati, da bi bilo to že končno systemsko urejeno. Ker mi moramo zelo improvizirati. /.../ Da bi to teklo in da bi to bila neka rutina. Tako kot so institucije in institucionalna oskrba del sistema, da bi bila tako tudi skupnostna.	potrebe NVO po systemski ureditvi skupnostne skrbi, finančna sredstva
F37	Predvsem kader, stanovanjska politika, na eni ravni. Potem zakonodaja in tudi izvajanje zakonodaje tudi na systemski ravni socialnega in zdravstvenega varstva.	potrebe NVO po kadru, stanovanjski politiki, zakonodaji in izvajanju

		zakonodaje na sistemski ravni
DIAGNOZA, RAZLAGALNE TEORIJE IN STIGMA		
1. pomen diagnoze		
I59	Diagnoza je samo podatek, ki je pač podatek. Lahko se čez tri leta spremeni, lahko se ga celo izbriše, karkoli, pustimo. Nam to ni važno. Važen je okvir ene simptomatike, zaradi tega, da mi vemo kako delat s tem.	diagnoza samo v namen okvirja simptomatike
A4	Diagnoza je samo poimenovanje nekega stanja, ki je drugačno in očitno kaže, da to stanje človeka zelo ovira v njegovem življenju in seveda, da strokovnjaki vemo s čim imamo opravka.	namen diagnoze
A5	Uporabljamo strokovno terminologijo, kar v bistvu diagnoza je, ne uporabljamo je z namenom »štemplja« ker moraš znat ločit med osebo, ki ima depresijo in med osebo, ki ima shizofrenijo.	namen diagnoze
F43	Pa tudi diagnoze kot take nas ne zanimajo. To ne pove veliko o človeku.	diagnoza ne pove veliko o človeku
2. razlagalne teorije		
P78	Jaz vse dopuščam. Velikokrat je lahko splet okoliščin. Predvsem v zadnjem času, ko so te depresije. Če vidiš od zadaj socialni status, si rečeš, saj kaj mu pa drugega preostane včasih. Ljudje se res znajdejo v takih velikih stiskah. Pa potem kakšna bolezen pri družinskem članu itd. Nekaj je genetika, dednost, nekaj je okolje. Nisem nič opredeljena, ne za eno, ne za drugo, ne za tretjo.	duševna motnja, razlagalna teorija
I74	To je motnja, ki je povezana s spletom okoliščin, z odnosi, z nekimi dogodki. To se lahko zgodi komerkoli, da to ne bi smel biti predsodek ali stigma. Govorim za vse psihiatrične motnje.	duševna motnja kot splet okoliščin, destigmatizacija
I73	Vsi imamo neko nagnjenost za nekaj. Jaz gledam na to tako, da je potrebno stigmo in predsodke glede tega dati stran. Prav tako imam vsi predispozicijo za nastanek raka, sladkorne, glavobolov ali drugih somatskih težav, tako imamo predispozicije za to.	enačenje somatskih in psihičnih bolezni, destigmatizacija
3. stigma		
I7	Pridemo v civilu. Nikoli nihče ne ve kdo smo. Smo v civilnem avtu	strategija za preprečevanje delovanja stigme, civilni avto
I8	včasih smo bili tudi s kombijem. Prej smo povedali, da	strategija za

	bomo prišli s psihiatričnim službenim vozilom, vprašali smo, ali bi jih motilo, da lahko parkiramo drugje.	preprečevanje delovanja stigme, psihiatrično vozilo drugje parkirano
P88	Ravno zaradi tega, ker so bili zelo proti, da bi sploh prišli z rešilcem ali kaj takega. Ker na začetku, ko še nismo imeli avta, smo hodili najprej z rešilcem, potem je bil problem, naj za onim ovinkom ustavimo, tam ustavim, ne tam, ne gor, ne dol. Smo videli, da je to katastrofa.	stigma, obisk s psihiatričnim vozilom jo je izpostavil
P89	Potem so nekaj časa vračali kilometrino in smo hodili s svojimi avti. Potem smo rekli, da to tukaj po Ljubljani še nekako gre, v Trbovlje se pa nihče več ni hotel voziti. Tako so nam pridobili avto, ki ni nič označen. Mi tudi pridemo brez vsega, brez nalepk, tako da nobeden ne ve, kdo smo.	strategija preprečevanja delovanja stigme, neoznačen avto, v civilu
P90	Imamo enega, s katerim se dobivamo na terenu. Povemo, da naj ob deseti uri obuje športne copate, ker gremo na sprehod. In nihče ne ve, da smo iz Polja. Tako, da ni te prepoznavnosti.	strategija preprečevanja delovanja stigme, skrivanje
C70	Rekla sem, da če želi lahko tudi pove o sebi, ni mu pa treba razlagati svojega življenja. To ne pomeni, da se laže in da je hinavec. Vsak v življenju ima tudi določeni skrivnosti.	pravica do skrivanja bolezni, strategija za preprečevanje delovanja stigme
C72	vedno predstavljam in sem ogorčena nad tem, da se predstavlja ljudi s težavami v duševnem zdravju kot psihopate, agresivne ljudi in takšne in drugačne.	predsodki ljudi okoli ljudi s težavami v duševnem zdravju
A25	trdim to, da ljudje s psihozo niso nevarni.	zaposlena brez predsodkov o nevarnosti
A26	To je kar pogosta in splošna predstava v javnosti. In sicer, da kadar pride iz Polja ven, da bo kar tam za grmom čakal, da bo komu kaj naredil, to ni res.	predsodki v javnosti, ljudje v psihozi nevarni
A2	Vsekakor moraš dati predsodke v oklepaj, drugače niti ne moreš tega dela opravljati.	dati predsodke v oklepaj
A72	Ne veš, kam prideš, ne poznaš človeka. A če vas kakšen popoln neznanec pokliče in vas povabi na dom, a kr greste?	nelagodje ni nunjo posledica straha v povezavi z duševnimi motnjami
S2-17	Drugače ne moremo niti k diagnosticiranju pristopiti, kaj šele k zdravljenju in rehabilitaciji.	stigma ovira diagnosticiranje,

		zdravljenje in rehabilitacijo
S11-1	Z duševnimi motnjami je povezan strah. Ne samo stigma. Stigma med strokovnjaki, ki se ukvarjajo s področjem zdravstva in socialnega varstva, je zelo velika. In to se mi zdi tudi ovira, da pravzaprav ta skupnostna obravnava, da to ni zaživel že prej.	stigma, strah med strokovnjaki, ki se ukvarjajo s področjem zdravstva in socialnega varstva, ovira da skup.obrv. ne zaživi
P55	Je pa zelo nepredvidljiv. Punce zelo nerade hodijo k njemu, jih je zelo strah. Ker je tako, da karkoli rečeš moraš zelo izbirati besede, ampak karkoli rečeš vse drugače sliši in vse drugače obrne.	strah med zaposlenimi, pri nepredvidljivih uporabnikih
S2-16	Ker stigma se začne v družini, ko o tej bolezni ne govorimo tako kot o gripi, včasih se ni smelo govoriti o raku itd. o tem se danes pogovarjamo.	stigma lahko izvira iz družine kot posledica ne govora o tej tematiki
A3	Štempl, etiketa nastane v različnih, drugih dimenzijah. Etiketa, stigma ima širšo sociološko dimenzijo. Nastaja v skladu s prepričanji v družbi, ki so okoli neke teme ali pojava.	nastanek stigme
S7-1	Biti označen kot duševni bolnik ni malenkost, ker ti spremeni vsak delček življenja in odnose z ljudmi, tudi svojimi bližnjimi, svojci, sosedi in prijatelji.	stigma
S2-5	je duševna bolezen, bolezen kot vsaka druga. Zakaj jo bomo stigmatizirali še z zapiranjem v neke gete, s posebnimi zakoni, s posebnimi zakoni, prepovedovanji.	enačenje somatskih in psihičnih bolezni, destigmatizacija
S2-11	Rjuha je rjuha, juha pa juha. Velja za somatskega bolnika in velja za duševnega bolnika.	enačenje somatskih in psihičnih bolezni, destigmatizacija
A24	Veste, kako je delati z uporabniki, ki so akutno psihotični? Ne samo, da neprestano kličejo, si tudi izpostavljen.	razlog za omejeno 24 h dostopnost na osebni mobilni telefon
F45	Hkrati se pa prav vidi, da je postala uporabnica. Počasi hodi, zelo počasi govori, je pa nekje drugje manko.	vidnost duševne bolezni
	ODNOS DO ZDRAVIL	
I78	Že tri tedne ni jemal zdravil, zdaj bo že en mesec brez zdravil, v bistvu smo vedeli, da ne bo šlo brez zdravil, ampak smo mu dali možnost, mi ga nismo silili.	dopušcanje ne jemanja zdravil na uporabnikovo željo, ni siljenja
P73	Načeloma je vseeno kakorkoli gledam na terapijo. Jaz dopuščam tudi, da je kdo ne jemlje. Rečem: »Glejte, pa	dopušcanje ne jemanja terapije

	boste videli, kaj se bo zgodilo, mogoče boste pa zvozili brez, jaz ne morem vedeti.« Ampak, če se to konstantno ponavlja, pomeni, da verjetno nekaj rabi.	zaposlena ni v vlogi eksperta uporabnikovega življenja
C77	Tisti, ki želijo spremembo terapije, se dogovarjajo s psihiatri in z njihovo vednostjo. Jaz ne urejam teh stvari in se v to tudi ne spuščam. In pod zdravniško kontrolo je možno zmanjševanje zdravil.	sprememba in zmanjševanje terapije se prepušča v celoti psihiatrom
A57	Seveda jih vprašam, kaj bomo naredili. Nekako dam človeku vedeti, da je njegova odločitev. Jaz nimam pravice posegati in mu govoriti moraš, to tudi ni zgodba socialnega dela.	upoštevanje avtonomije uporabnika zdravila
A60	ne morem odgovoriti v smislu zagovarjam ali ne zagovarjam uporabe zdravil, jaz tega ne bi tako vzela, ker sem videla, da je to zelo odvisno in individualno.	odnos do uporabe zdravil
F30	šlo za uporabnika, ki se je odločil, da ne želi prejemati terapije, seveda smo mi njegovo odločitev podprli. Potem je res zašel v eno psihozo in se je na koncu že sam tako slabo počutil /.../ da je sam želel obisk pri zdravnici.	upoštevanje odločitev uporabnika, zdravila
F42	Ja, pač skupaj z uporabnikom. Pa tudi s psihiatrom, v multidisciplinarnem timu.	odnos do zdravil, dopuščanje ne jemanja v sodelovanju s psihiatrom

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisani/a Sandra Murk vpisan/a na Fakulteto za socialno delo v štud. letu 2011/2012 kot redni/a študent/ka izjavljam, da sem diplomsko delo z naslovom Podpora osebam s težavami v duševnem zdravju v skupnosti napisal/a samostojno s korektnim navajanjem virov in ob pomoči mentorja doc. dr. Mojca Urek.

Datum: 28. 6. 2013

Podpis: