

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: Jana Kupec, Lidija Žižek

Naslov diplomske naloge: Vsakdanje potrebe ljudi s težavami v duševnem zdravju: hitra ocena v mariborski regiji

Kraj: Ljubljana

Leto: 2012

Število strani: 214 **Število tabel:** 9 **Število grafov:** 3 **Število prilog:** 6

Mentor: izr. prof. dr. Vito Flaker

Deskriptorji: duševno zdravje, stigmatizacija, hospitalizacija, skupnostna oskrba, pomoč in podpora, vsakdanje življenje, potrebe

Povzetek : V diplomski nalogi obravnavamo vsakdanje potrebe ljudi s težavami v duševnem zdravju, ki živijo v skupnosti. V teoretičnem uvodu pišemo o duševni bolezni kot družbenem konstrukt, dolgotrajni oskrbi, prehodu iz življenja iz institucije v skupnost ter pomenu socialnega dela v skupnosti. Opišemo zakonodajo na področju duševnega zdravja, službe in organizacijo skupnostne oskrbe ter novosti na področju skupnostne oskrbe v Sloveniji. V empiričnem delu predstavimo rezultate akcijske raziskave o potrebah ljudi s težavami v duševnem zdravju po pomoči in podpori, obstoječih službah pomoči ter potrebnih razvojnih usmeritvah služb v skupnosti na področju duševnega zdravja.

Title: Daily needs of people with mental health issues: A quick assessment in the Maribor region

Keywords: mental health, stigmatization, hospitalization, community-based care, help and support, everyday life, needs

Abstract: The thesis discusses the daily needs of people with mental health issues who live in a community. The theoretical introduction deals with mental illness as a social construction, long-term care, transition from a life in an institution to a life in a community, and the meaning of social work in a community. The mental health legislation, services, community-based care organization, and the innovations in the field of community-based care in Slovenia are described. In the empirical part the results of an action research are presented regarding the needs of people with mental health issues for help and support, existing help services, and the necessary development orientation of services in a community concerning mental health.

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DIPLOMSKA NALOGA
VSAKDANJE POTREBE LJUDI STEŽAVAMI V DUŠEVNEM
ZDRAVJU
HITRA OCENA V MARIBORSKI REGIJI

Mentor: izr. prof. dr. Vito Flaker

Jana Kupec, Lidija Žižek

LJUBLJANA 2012

Svoboda je v tem, da človek dela, kar si želi.

(O svobodi, Mill, John Stuart, 1806-1873)

PREDGOVOR

Avtorici diplomske naloge sva se spoznali pri opravljanju študijske prakse na Centru za socialno delo Maribor, in sicer na mestu koordinirane obravnave v skupnosti. Med druženjem z uporabniki sva odkrivali njihov življenjski svet ter spoznali, da se je njihov vsakdan zaradi težav v duševnem zdravju in stigmatizacije močno spremenil. Ugotovili sva, da jim družbeno okolje postavlja veliko ovir pri samostojnem življenju.

Skopaj s koordinatorkama obravnave v skupnosti na Centru za socialno delo Maribor smo se odločili, da bomo izvedli hitro oceno potreb in storitev na področju vsakdanjih potreb, saj so na tem področju ljudje, vključeni v obravnavo skupnosti v individualnih načrtih, izražali največjo potrebo po podpori. Zanimali so nas odgovori na vprašanja; kaj ljudje potrebujejo, kakšne oblike pomoči so jim že na voljo in kaj bi še bilo treba razviti. Želeli smo izvedeti, katere so tiste ovire, ki preprečujejo ljudem, da bi živeli kakovostno življenje v skupnosti, jih raziskati in dognati, kaj bi potrebovali, da bi te ovire zmanjšali oz. lažje premagovali. To je bil glavni namen naše raziskave.

V teoretičnem delu smo podrobno predstavili koncepte, na katere smo se oprli tudi v samem raziskovalnem delu. Najprej smo razdelali duševno bolezen kot socialni konstrukt, kjer nas je zanimal predvsem nastanek pojma duševne bolezni in stigmatizacija, ki prizadene ljudi s težavami v duševnem zdravju. Dolgotrajne duševne stiske spremljajo tudi krize uporabnikov, ki smo jih posebej omenili. Potem smo se usmerili na dolgotrajno oskrbo ljudi in se pri tem oprli na delo *Dolgotrajna oskrba*. Na tem mestu je potrebno omeniti tudi Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, o katerem v diplomskem delu nismo posebej govorili. Po zakonu definicija dolgotrajne oskrbe temelji namreč predvsem na zdravstvenem vidiku, nas pa je zanimala tudi socialna raven in storitve vključevanja v vsakdanje življenje. Prav tako se nismo posebej posvečali ekonomski koristi skupnostne oskrbe proti bivanju v totalnih institucijah.

Govorili smo o funkciji psihiatrične bolnišnice kot totalne ustanove in o pristopih, ki ljudem pomagajo, da se izognejo večkratnim hospitalizacijam. Stanovanjske skupine so hibrid med institucijami in bivanjem doma. Najugodnejša rešitev nadomestitve totalne ustanove je skupnostna oskrba, kjer uporabniki na domu oz. v svojem lokalnem okolju prejmejo pomoč in podporo tam, kjer jo potrebujejo.

Opisali smo pravno podlago za organizacijo oskrbe v skupnosti, službe pomoči in njihovo dejavnost. Predstavili smo novosti na področju skupnostne oskrbe v Sloveniji (neposredno financiranje, Agencija IN, IZ-HOD, Gibanje 150).

V poglavju o pomenu socialnega dela v skupnosti smo govorili o metodah in tehnikah socialnega dela. V celotni diplomski nalogi uporabljamo jezik socialnega dela, ki smo ga približali vsem ljudem.

Kljub temu, da smo v teoretičnem uvodu razdelali vsa področja *Dolgotrajne oskrbe* (vsakdanje življenje, stanovanje, delo in denar, stiki, neumeščenost in pripadnost, nelagodje v interakciji, institucionalna kariera), ki so pomembna za bivanje v skupnosti, smo se odločili raziskati le področje vsakdanjega življenja ljudi s težavami v duševnem zdravju. Potrebno pa je poudariti, da se vsa področja med seboj prepletajo; manko na enem področju lahko povzroči manko na drugem. Tako npr. stigmatizacija vpliva na iskanje zaposlitve. To je vzrok nizkih dohodkov, ki posledično povzročajo slabše bivanjske razmere.

Naš namen je bil, da bi diplomska naloga imela tudi uporabno vrednost, zato smo hkrati z nastajanjem raziskave že pričeli z vzpostavljanjem paketov neposrednega financiranja in skupnostne oskrbe v mariborski regiji. V Agenciji IN so v ta namen zaposlili socialno delavko v skupnosti. V oskrbo v skupnosti je aktivno vključenih že 12 uporabnikov.

Zahvaljujema se mentorju Vitu Flakerju in Simoni Ratajc za spodbudo, pomoč in vodenje pri nastajanju diplomskega dela.

Zahvaljujema se tudi vsem, ki so si vzeli čas za sodelovanje v raziskavi.

Zahvaljujem se mami in očetu, ki sta mi ves čas študija stala ob strani in verjela vame. Rada bi se zahvalila tudi sestri Tini, prijateljicam Sanji, Renati in Glorii, ker so me na moji poti ves čas spodbujale in me podpirale. Hvala fantu Stašu za vse objeme in navdihe, ko sem jih najbolj potrebovala. In nenazadnje hvala Lidiji. Soustvarjanje diplomske naloge s teboj je bilo zelo poučno, predvsem pa tudi zanimivo.

Jana

Zahvaljujem se svojim staršem, ker so verjeli vame. Otrokoma in Dušanu za potrpežljivost in razumevanje. Hvala prijateljicam, ki so me usmerjale, ko me je že skoraj zaneslo s poti. Predvsem pa hvala Jani, s katero sem lahko razrešila dileme, ki so me obhajale ob učenju in pisanju.

Lidija

KAZALO DIPLOMSKE NALOGE

1.	TEORETIČNI UVOD	9
1.1.	DUŠEVNA BOLEZEN KOT SOCIALNI KONSTRUKT	9
1.1.1.	KRIZA	11
1.1.2.	STIGMA	13
1.1.3.	POŠKODBE, KI OSTANEJO	15
1.2.	DOLGOTRAJNA OSKRBA	16
1.2.1.	VSAKDANJE ŽIVLJENJE	17
1.2.2.	STANOVANJE	18
1.2.3.	DELO IN DENAR	20
1.2.4.	STIK Z DRUGIMI	22
1.2.5.	NEUMEŠČENOST IN PRIPADNOST	25
1.2.6.	NELAGODJE V INTERAKCIJI	26
1.2.7.	INSTITUCIONALNA KARIERA	28
1.3.	IZ INSTITUCIJE V SKUPNOST	30
1.3.1.	TOTALNA USTANOVA IN KAKO JO NADOMESTIMO	30
1.3.2.	STANOVANJSKE SKUPINE KOT HIBRID	32
1.3.3.	ŽIVLJENJE V SKUPNOSTI	34
1.4.	VLOGA SOCIALNEGA DELA PRI DELU Z LJUDMI S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU	37
1.5.	SKUPNOSTNE SLUŽBE IN STORITVE	42
1.5.1.	PRAVNA PODLAGA OSKRBE V SKUPNOSTI	43
1.5.2.	ORGANIZACIJA OSKRBE V SKUPNOSTI	56
1.5.3.	OPIS SLUŽB	62
1.6.	NOVOSTI OSKRBE V SKUPNOSTI	66
1.6.1.	NEPOSREDNO FINANCIRANJE	66
1.6.2.	AGENCIJA IN	69
1.6.3.	IZ-HOD	71
1.6.4.	GIBANJE 15o	72
2.	OPREDELITEV PROBLEMA	74

3.	METODOLOGIJA	76
3.1.	VRSTA RAZISKAVE.....	76
3.2.	VIRI PODATKOV IN ZBIRANJE PODATKOV	77
3.2.1.	VIRI PODATKOV	77
3.2.2.	ZBIRANJE PODATKOV	78
3.3.	POPULACIJA IN VZOREC	79
3.4.	ANALIZA PODATKOV	81
4.	REZULTATI	83
4.1.	POTREBA PO POMOČI PRI ORGANIZACIJI DNEVNIH AKTIVNOSTI	83
4.2.	POTREBA PO POMOČI PRI SKRBI ZA OSEBNO HIGIENO.....	86
4.3.	POTREBA PO POMOČI PRI GOSPODINJSKIH OPRAVILIH.....	87
4.4.	POTREBA PO POMOČI PRI JEMANJU ZDRAVIL	91
4.5.	POTREBA PO POMOČI V KRIZNIH SITUACIJAH	93
4.6.	POTREBA PO POMOČI PRI OPRAVKIH.....	95
4.7.	POTREBA PO POMOČI PRI DOSEGANJU FINANČNE NEODVISNOSTI	104
4.8.	POTREBA PO POMOČI PRI ORGANIZACIJI PREVOZA	107
4.9.	REZULTATI DELAVNICE	110
4.10.	REZULTATI, PRIDOBLENI Z VPRAŠALNIKOM.....	115
5.	RAZPRAVA.....	118
6.	SKLEPI.....	124
6.1.	SKLEPI, POVZETI IZ TEORETIČNEGA UVODA.....	124
6.2.	SKLEPI O POTREBAH POMOČI	126
6.3.	SKLEPI O OBSTOJEČIH VIRIH POMOČI	127
6.4.	SKLEP O POTREBNIH VIRIH.....	129
7.	PREDLOGI	131
7.1.	PREDLOGI ZA UPORABNIKE.....	131
7.2.	PREDLOGI ZA SVOJCE.....	132
7.3.	PREDLOGI ZA SLUŽBE	132
7.4.	NADALJEVANJE RAZISKOVANJA	135
8.	LITERATURA	136
9.	POVZETEK	141
10.	PRILOGE.....	144
10.1.	OPOMNIK HITRE OCENE POTREB IN STORITEV	144

10.2.	PODATKI O SODELUJOČIH V RAZISKAVI.....	147
10.3.	PRIMER ZAPISA IN KVALITATIVNE ANALIZE INTERVJUJA	153
10.4.	PRIMER KVALITATIVNE ANALIZE OSEBNIH NAČRTOV	173
10.5.	PRIMER ZAPISA IN KVALITATIVNA ANALIZA FOKUSNE SKUPINE UPORABNIKOV	188
10.6.	PRIMER ZAPISA DELAVNICE	207

KAZALO TABEL

Tabela 1: Oskrbovanci oz. varovanci v javnih socialnovarstvenih zavodih Slovenije, 2009- 2011	57
Tabela 2: Število uporabnikov pomoči na domu, 2006-2010	58
Tabela 3: Časovni pregled eksperimenta "Individualiziranje financiranja socialnovarstvenih storitev."	68
Tabela 4: Kriza	110
Tabela 5: Zdravila.....	111
Tabela 6: Prosti čas.....	113
Tabela 7: Obvladovanje prostora.....	114
Tabela 8: Gospodinjstvo	114
Tabela 9: Organizacije in storitve, ki jih nudijo	116

KAZALO GRAFOV

Graf 1: Število oskrbovancev oz. varovancev socialnih zavodov	58
Graf 2: Število uporabnikov pomoči na domu	59
Graf 3: Na katerih področjih vsakdanjega življenja službe ponujajo pomoč in podporo?.....	117

1. TEORETIČNI UVOD

1.1. DUŠEVNA BOLEZEN KOT SOCIALNI KONSTRUKT

Izražanje vsakdanjih problemov v mnogih kulturah povezujejo s pojmom »živci« in tako se zdi, da je sintagma »težav z živci« pogosto metafora za stisko, povezana s skrbjo in revščino, ali pa maska za stigmatizirana psihična stanja. Ljudje namreč vsakdanje izkušnje bede in stisk doživljajo kot skrb in negotovost in jih pogosto somatizirajo. V vsakdanjem govoru pa jih poimenujejo »težave z živci« (Zaviršek 2000: 171).

Dejstvo je, da ljudje na težke dogodke v življenju odreagirajo na več načinov. Reakcije so čustvene narave in se kažejo kot izbruhi žalosti, nemoči, tesnobe, jeze in strahu. Močna čustva so znaki duševne stiske, ki jih je potrebno predelati in razrešiti. Osebo motivirajo, da se loti reševanja problema. Nekateri jih predelajo sami pri sebi, drugi se obrnejo na prijatelja, znanca ali partnerja, tretji pa potrebujejo pomoč iz širše okolice, ker stiske ne morejo predelati sami in se ta stopnjuje. Lahko se pojavi tako izrazita duševna motnja, ki posameznika tako prizadene, da ne zmore več funkcionirati po pravilih družbe (Dernovšek *et al.* 2010).

Duševno zdravje podpira vse štiri vogale naše eksistence. Bistveno je za našo zmožnost percepcije, razumevanja in interpretacije okolja, ki nas obdaja, za mišljenje, za govor, za medsebojno verbalno in neverbalno komunikacijo, za našo sposobnost oblikovanja in vzdrževanja odnosov. Bistveno je tudi za naše vsakdanje življenje v različnih družbah in kulturah, v katerih živimo (Jenkins v Promocija duševnega zdravja: očrt 1998:1).

Svetovna zdravstvena organizacija duševnemu zdravju pripisuje velik pomen. Opiše ga kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela ter prispeva v svojo skupnost« (Nacionalni program duševnega zdravja 2009:1). Duševno zdrav človek lahko izpolni svoje vloge v poklicnem, družbenem in zasebnem življenju. Za družbo je dobro duševno zdravje podlaga za družbeno kohezijo hkrati prispeva k ter boljši socialni in ekonomski blaginji (*ibid.*).

Tako Darja Zaviršek, kot tudi Tanja Lamovec in Vito Flaker se strinjajo, da je kultura tista, ki določa, kaj pomeni biti duševno zdrav ali duševno bolan oz. normalnost in nenormalnost. Simptomi duševne bolezni temeljijo na obnašanju in govoru ljudi, na njihovih prepričanjih in verovanjih ter doživetjih, o katerih pripovedujejo. To pa vpliva na načine prepoznavanja bolezni in njenega etiketiranja. Diagnoze in etikete, kot pravi Zaviršek (1994:43), so torej socialni konstrukt.

Tudi antropologija zdravja je oprta na prepričanje, da se pojmovanja zdravja, bolezni, duševnega zdravja in norosti spreminjajo glede na kulturo, v kateri se pojavljajo. Način, kako ljudje izražajo svoje stiske, je torej odvisen od kulture, v kateri se človek nahaja (Zaviršek, 1995: 109–110).

V zahodnih družbah ljudje praviloma psihologizirajo stiske. Nasprotno pa so azijske, afriške in manj razvite evropske kulture bolj nagnjene k somatizaciji vsakdanjega trpljenja. Zato obstaja v teh družbah majhna ponudba služb za duševno zdravje in svetovalnih in terapevtskih tehnik (Zaviršek, 1994: 43).

Posameznik lahko hitro postane »duševni bolnik«. Ljudje iz njegove neposredne okolice so prvi, ki opazijo njegovo t.i. čudno vedenje. Ko to vedenje preseže stopnjo tolerantnosti okolice, ki je lahko zelo različna, se najprej spomnijo na obisk psihiatra. Če se obotavlja, ga bo zadnji povod, ki prepriča druge, da človek res trpi za duševno boleznijo, kmalu pripeljal do psihiatrične bolnišnice. Prisilno hospitaliziran pristane v bolnišnici, okolica je pomirjena, posameznik pa zmeden in brez moči. In kariera duševnega bolnika se začne (Lamovec 1998: 27–28).

Ljudje torej odidejo v ustanovo po navadi zaradi pobude drugih. Pri tem odigrajo pomembno vlogo ljudje iz neposrednega okolja in strokovnjaki. V trikotniku institucionalizacije sodelujejo uporabnik, njegovo občinstvo (svojci, sosede, sodelavci, javnost) in strokovnjaki. Institucionalizacija je po navadi vezana na odločitev sorodnikov in ne samega uporabnika. Ker ne zmorejo več in so preobremenjeni, se jim zdi to možna pot, ki jo bodo ubrali (Flaker *et al.* 2008: 37–47).

Duševna bolezen zajema motenost specifične vitalne funkcije, hkrati pa prizadene celotno človekovo osebnost in poruši celotno mrežo njegovih medosebnih odnosov. Pri ostalih

boleznih so vsa ta področja prizadeta delno in je zadostno, če je zdravljenje usmerjeno na bolezen samo. Motnja, ki prizadene osebnost, pa potrebuje še drugačne pristope in obravnavo.

Kariera duševnega bolnika je povezana z nalepko, etiketo, ki jo prejme, ko postane bolnik. Vendar pa se ne zavedamo, da gre tukaj za življenjske okoliščine, v katere smo vključeni vsi, saj smo vsi kdaj pacienti. Vsak izmed nas nekaj svojega življenja preživi v totalni ustanovi, vendar pa nas to ne zaznamuje, naš vstop je začasen in kmalu spet vstopimo v vlogo odraslih, polnopravnih državljanov. Za ljudi z duševnimi stiskami pa to ne velja. Nalepka, ki jo dobijo ob vstopu v institucijo, ostane in zaznamuje njihovo življenje (Flaker *et al.* 2008: 389–390).

»Njihova diagnoza je dosmrtna, pa čeprav je od njihove zadnje krize lahko minilo že več let« (Flaker, Lamovec: 1993: 87–88).

Človek je kot duševni bolnik, ranljiv za negotovosti. Stvari, za katere je z značilno vsakdanjo brezbržnostjo računal, da bodo potekale po bolj ali manj ustaljenih ali normalnih poteh, niso več samoumevne. Ne ve več, kdaj bo doštudiral, ali se bo poročil, kdaj bo videl otroka itn (*op. cit.*: 40). Človek, ki je bil hospitaliziran, mora vložiti veliko energije in truda, če želi zaživeti normalno oz. vzdrževati svoj življenjski tok. Hospitalizacija najprej vzpostavi identiteto duševnega bolnika. S tem zaznamuje njegovo usodo (Flaker *et al.* 2008: 38–40).

1.1.1. KRIZA

Izraz kriza pomeni, da je motnja psihičnega ravnotežja resna, akutna in je posameznik ne more rešiti z navadnimi načini spoprijemanja. Nastopi lahko kot posledica dolgotrajnega stresa ali pa kot odziv na življenjski dogodek. Kriz je več vrst, skupno pa jim je, da posameznika popolnoma prevzamejo. Temeljni problem se poveže s številnimi drugimi težavami, na dan pa privrejo tudi vse posameznikove pomanjkljivosti (Lamovec 1998: 221–222). Krize vodijo posameznika vedno dlje od cilja, ki si ga je izbral, in tako postane stigmatiziran, kar pa je najhujša posledica krize.

Dolgotrajne duševne stiske spremljajo krize uporabnikov, ki jih nekateri preživljajo doma, drugi pa v bolnišnicah. Iz zgodb uporabnikov v obeh knjigah Tanje Lamovec *Psihosocialna pomoč v duševni stiski* (1998) in *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane rešitev* (1995) izvemo, da je kriza pri uporabnikih, ki so jo preživeli doma oz. v okolju, kjer se dobro

počutijo, trajala krajši čas kot pa kriza uporabnikov, ki so jo preživeli v bolnišnici. Preživljati krizo doma pomeni, da potrebujejo ljudje veliko opore in razumevanja.

Človek, ki je v globoki psihični krizi, prej predela le-to, če jo preživi zunaj bolnišnice in ob ljudeh, ki jim zaupa. Človek ima manj občutkov šibke samozavesti in strahu pred ponovnim vstopom v svet dela, odgovornosti, opravkov in vsakdanjim druženjem. Takšno obliko podpore imenuje krizni tim, ki ga sestavljajo različni ljudje (uporabniki, strokovnjaki, prostovoljci, svojci). Ta skupina ljudi ustvarja prijetno in blagodejno okolje. Okolje in mreža ljudi, ki skrbijo za človeka, pa so odločilni za zmanjšanje duševne krize. (Zaviršek 1997: 102)

Kot primer dobre prakse v krizi je Zavirškova (1997: 102–108) podala terapevtsko skupnost Windhorse v Coloradu. Slednjo je leta 1983 ustanovil psihiater in psihoanalitik Edward Podovoll. Model dela z ljudmi v akutni duševni krizi je povezal s tibetansko medicino, ki poudarja pomen dobrega okolja za človekovo ozdravitev. Beseda windhorse pomeni mitološkega konja, ki jaha v nebo. Konj je v srednji Aziji simbol človeške energije in discipline. Človeku v procesu premagovanja hude duševne krize omogoča, da aktivira svojo telesno in mentalno energijo. Za Podvolla so načela »temeljne pozornosti« najpomembnejše pravilo za delo z ljudmi v duševni krizi. Sestavljajo jih nežnost, jasnost, mirnost, budnost in smisel.

Pomembna je interdisciplinarnost, ki pomeni sodelovanje med socialnimi delavci, zdravniki, medicinskimi sestrami in psihiatri ter drugih skrbstvenih poklicev vključno s prostovoljci. Človek tako dobi pomoč, ki jo potrebuje in želi (zdravila, pogovor s psihiatrinjo, pomoč v primeru gripe ipd.), seveda pa interdisciplinarnost tudi krepi spoštovanje med strokami (v zgodovini so zasedale neenak položaj). Zaradi dominantnega medicinskega modela pri obravnavanju duševnih motenj mora biti član kriznega tima velikokrat v vlogi zagovornika človeka, ki krize ne želi preživljati v bolnici, potrebuje pa od nje določene usluge.

Dober primer so tudi tržaške službe, kjer je osebje centra za duševno zdravje večkrat v stiku z uporabnikom, in sicer že na samem začetku dogajanj, ki povzročijo krizo, tako krize uporabnikom hitreje minejo in ne nosijo takšnih posledic kot hospitalizacija. Organizacijska podlaga v Trstu so skupnostni centri za mentalno zdravje. Imajo tudi psihiatrični oddelek v splošni bolnišnici, delovne zadruge, stanovanjske skupine in skupnostni izobraževalno-kulturni center. V Trstu imajo pet centrov za mentalno zdravje, ki delujejo v vsakdanjih okoljih. V njih so različni prostori za aktivnosti, ambulate, pisarne, prostori za srečanja,

jedilnica in spalnice; centri pa so odprti 24 ur na dan. Ljudje se tu lahko družijo, večinoma pogovarjajo. Osebe jih spremlja po opravkih, z njimi kaj ureja, jih obiskuje na domu, se pogovarja z njimi, svojci in okolico. Naloga centrov ni le neposredno delo z ljudmi v duševni stiski, temveč tudi koordiniranje drugih služb (zdravstvenih, socialnih, pedagoških, pravosodnih in policijskih) na področju duševnega zdravja nasploh (npr. v preventivnih prizadevanjih) in v posameznih primerih. Centri ustanavljajo nekatere druge službe, ki jih tudi vodijo (stanovanjske skupine, klube ...) (Flaker 1998: 193–213).

1.1.2. STIGMA

Stari Grki so prvi uporabili termin stigma. Beseda se je nanašala na telesne znake in je izpostavljala nenavadno in slabo v moralnem statusu. Z znaki, ki so jih vrezali v telo, so označevali sužnja, hudodelca ali izdajalca. Danes se termin še vedno uporablja, in sicer bolj za sramoto samo kot za njene telesne simptome. Goffman je stigmo razdelil na tri dele; stigma označuje telesno odbojnost, značajske lastnosti ali skupinske stigme rase.

Osebo s stigmo diskriminiramo in s tem zmanjšamo njene življenjske možnosti. Gojimo predstave, da je takšna oseba nevarna za družbo in jo je zato potrebno izločiti. Na takšen način osebo etiketiramo in jo razvrednotimo ter ji tudi z besedami damo vedeti, da je manjvredna (Goffman 2008: 11–14).

Po podatkih SZO iz leta 2001, je stigmatizacija najhujša ovira pri izboljševanju duševnega zdravja ljudi z duševnimi motnjami, saj povečuje njihovo invalidnost in poslabšuje potek bolezni. Stigma izhaja iz stereotipnih predstav o nevarnosti in nekompetentnosti ljudi s težavami v duševnem zdravju. Na teh predstavah temeljijo predsodki o nevarnem in nepredvidljivem vedenju. Ta se kaže s strahom in diskriminacijskim vedenjem do posameznikov. Stereotipi, predsodki in diskriminacija nosijo usodne posledice, saj lahko prikrajšajo ljudi za pomembne življenjske priložnosti in jim velikokrat onemogočijo doseganje njihovih ciljev (Nacionalni program duševnega zdravja 2009: 13).

Stigma ljudi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami je še posebej izrazita. Človek s psihiatrično izkušnjo utrpí največji možen upad socialnega ugleda v širokem obsegu socialnih vlog. Zaradi norm, ukoreninjenih v naši družbi, ga drugi ljudje ocenjujejo kot trajno nagnjenega k nadaljnjim krizam in nezmožnega, da v zvezi s tem karkoli ukrene (Lamovec 1998: 41).

Najmanj stigmatizirani so tisti, ki sploh ne iščejo pomoči, vsaj ne profesionalne, saj diagnoza posameznika trajno zaznamuje. Kot pravita Vera Grebenc in Ines Kvaternik v članku *The role of social work in the field of mental health: dual diagnoses as a challenge for social workers* (2009) postane diagnoza leča, skozi katero sodimo posameznika in gledamo na njegovo vedenje. Na ljudeh vidimo samo primanjkljaje in deviantnost, ne iščemo pa njihovih kompetenc in moči, ki jih imajo.

Uporabniki se morajo soočiti s psihiatrično ideologijo, ki določa, kako naj bi mislili o sebi, živeli svoje življenje in zapolnili svoj čas. To je eden od razlogov, zakaj se uporabniki odločijo za pasivnost in poslušnost. V takih okoliščinah sta potrebni precejšnja trdnost in odločenost, da uporabnik vztraja pri svojem (Lamovec 1998: 62–63).

Stigma bistveno zoži socialne mreže ljudi s težavami v duševnem zdravju. To je posledica umika, omejenih možnosti gibanja in pomanjkanja materialnih sredstev (Flaker *et al.* 2008: 307). Preoblikuje tudi odnose in povzroči, da človek z umikom pretrga stike. Stike večina ljudi s težavami v duševnem zdravju ohrani tam, kjer ga sprejmejo takšnega kot je, kjer njegova vloga ni omejena zgolj na vlogo osebe z določeno nalepko (*op. cit.*: 264).

Obstajajo osebe, h katerim se lahko uporabnik obrne po moralno podporo in informacije o tem, kako se spopadati s stigmo in živeti z njo, vendar pa je to le peščica ljudi, kjer se uporabnik lahko počuti sproščenega. V stiku z vsemi ostalimi ljudmi se mora zaznamovana oseba držati določenih pravil, predvsem pa ne sme razkriti svojih dejanskih čustev (Lamovec 1995: 42).

Sklenemo lahko, da so posledice stigmatizacije in izključenosti zelo različne. Dejstvo pa je, da imajo velik vpliv na (ne)kakovost življenja posameznika. Povzročijo lahko brezposelnost, nizek socialni položaj, manjše možnosti, da si ustvarijo družino, slabe bivalne razmere, manjši dostop do izobraževanja in izpopolnjevanja ter druge posledice (Nacionalni program duševnega zdravja 2009: 15). Naštetim tveganjem so ljudje s težavami v duševnem zdravju vsakodnevno izpostavljeni.

Stigmo in negotovost, ki jo prinaša, lahko zavarujemo tako, da zagotovimo dovolj stabilnih socialnih vezi, materialno preskrbljenost in telesno varnost. Zagotoviti moramo tudi večje število ugodnih življenjskih dogodkov in njihovih ugodnih razpletov ter življenjske

okoliščine, ki bodo zagotavljale gotovost, varen družben in osebni status, možnost ustvarjanja, želje, dejavnosti z drugimi (Flaker *et al.* 2008: 75).

1.1.3. POŠKODBE, KI OSTANEJO

Že Goffman je dokazal, kako škodljiv je učinek ustanov na ljudi, ki so bili zaprti vanje. Ustanova prav tako vpliva na našo percepcijo tistih, ki so bili v njej zaprti. Ker imajo ustanove prizvok strašljivih in nevarnih institucij, so takšni tudi njihovi prebivalci (Fyfe 1993: 96).

Tanja Lamovec (1995: 29) navaja poškodbe, ki ostanejo uporabniku po odhodu iz psihiatrične bolnišnice:

- odvisnost od zdravil,
- dosmrtna stigmatizacija,
- znižano samospoštovanje in zaupanje vase,
- utrditev lažnega jaza,
- zatiranje pristnega občutenja in izražanja,
- spremenjeni odnosi z družino,
- spremenjeni odnosi na delovnem mestu,
- spremenjeni odnosi s prijatelji,
- izguba ciljev v življenju.

Preživelemu ostane diagnoza, ki se je drži prizvok neozdravljivosti, in z njo povezana stigmatizacija, ki sproži socialni proces drsenja navzdol po socialni lestvici. Takšna oseba pristane na manj zahtevnem delovnem mestu, izgubi večino prijateljev, pogost pojav pa je tudi razpad družine. Na psihološki ravni se dogaja paralelen proces, ki se kaže kot izguba samospoštovanja, motivacije za dosežke, občutek pomanjkanja nadzora nad svojim življenjem ... (Flaker, Lamovec 1993: 88).

Vsi ti dejavniki bistveno vplivajo na uporabnikovo vsakdanje življenje, ko po določenem času zapusti institucijo. Vse našteje ovire preprečujejo ljudem organizirati svoje življenje in izboljšati njegovo kakovost.

1.2. DOLGOTRAJNA OSKRBA

OECD (v Dolgotrajna oskrba v Evropski uniji 2008: 3) opredeljuje dolgotrajno oskrbo kot medsektorsko področje politike, ki združuje vrsto storitev za osebe, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju temeljnih življenjskih aktivnosti v daljšem obdobju. Dolgotrajna oskrba lahko vključuje rehabilitacijo, osnovno zdravljenje, patronažo, socialno oskrbo, storitve v zvezi z nastanitvijo ter druge storitve, kot so prevoz, prehrana, storitve varstveno delovnih centrov in pomoč pri vsakodnevnih opravilih. Oskrba se navadno zagotavlja telesno ali duševno prizadetim osebam, osebam šibkega zdravja, starejšim in ljudem, ki potrebujejo posebno pomoč pri vsakodnevnih opravilih ... S podaljševanjem življenjske dobe državljanov nastaja vse večja potreba po zagotavljanju storitev dolgotrajne oskrbe v domačem ali institucionalnem okolju.

Dolgotrajna oskrba se kaže kot nov steber socialne varnosti in pomeni pomoč in podporo ljudem, ki potrebujejo dolgotrajno in organizirano pomoč in podporo drugih ljudi. Je fenomen, ki prinaša veliko novosti na ravni zagotavljanja socialne varnosti zlasti kot povsem drugačna paradigma ... (Flaker et al. 2008: 19–21). Dolgotrajna oskrba posega po novih obrazcih organiziranja oskrbe in pristopa k človeški stiski (*ibid.*).

V *Dolgotrajni oskrbi* je opisano, na katerih področjih ljudje, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, potrebujejo pomoč in podporo, s kakšnimi ovirami se v vsakdanjem življenju srečujejo in kako se z njimi soočajo. Potrebe, ki so se pojavile kot ključne na področju dolgotrajne oskrbe, se pojavljajo na področju:

- človekovega vsakdanjega življenja,
- stanovanja,
- dela in služenja denarja,
- stikov z drugimi,
- neumeščenosti in pripadnosti,
- življenjskih dogodkov, kot je hospitalizacija,
- interakcijskih prekrškov,

– institucionalne kariere.

Vsa ta področja so za uporabnika zelo pomembna, saj so del njegovega življenja, z njimi se vsakodnevno srečuje in spopada.

Potrebe, ki se pojavljajo, so posledica organiziranosti družbe in delovanja skupnosti. Ovire, ki preprečujejo prebivalcem organizirati svoje življenje zahtevajo intervencije, ki jih bo morala skupnost izvesti za odpravljanje posledic. Vprašati se moramo, katere so tiste ovire, ki preprečujejo ljudem organiziranje kakovostnega življenja v skupnosti in kdo definira potrebe posameznikov v socialnem varstvu ter kaj se z njimi zgodi. Odločilno je, kdo ima besedo pri oblikovanju ukrepov, saj je to pomembno za izboljšanje kakovosti življenja posameznika (Flaker *et al.* 2008: 27–28).

1.2.1. VSAKDANJE ŽIVLJENJE

»Vsakdanje rutine, potek dneva, prekinitve ali okrepitve dejavnosti nam dajejo socialni občutek življenjskega ritma, samega sebe in pripadanja okolju, v katerem živimo« (Flaker *et al.* 2008: 191).

Vsakdanje rutine ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, se razlikujejo običajnih dnevnih rutin ostalih ljudi. V njihovem vsakdanjiku se zvrstijo različni ljudje, ki jim pomagajo (sorodniki, strežniki, oskrbovalci, dostavljavci hrane ...). Običajni dnevni scenariji so razdeljeni na časovne enote, ki jih konstruirajo gospodinjski dogodki: zajtrk, nakupovanje, kosilo, čas za druženje, obisk, delo, popoldanski počitek, večerni ritual. Tako imajo npr. zdravila prav posebno mesto. Ljudje, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, jih vsakodnevno potrebujejo, zato je jemanje zdravil opravljanje ene od nujnih dnevnih nalog (Flaker *et al.* 2008: 196–197).

V zavodih prevladuje industrijsko gospodinjstvo, kjer so glavne funkcije gospodinjstva natančno organizirane in plačane. Posledica tega je, da se v institucijah ljudje lahko odučijo skrbeti zase, zato je potreba po pomoči, ko pridejo domov, zelo velika.

Izvajalci skupnostne skrbi se zato, v nasprotju z zavodi, vseskozi pogovarjajo o pospravljanju, kuhanju, pranju, pomivanju, osebni higieni ... Ljudje s težavami v duševnem zdravju namreč

potrebujejo pomoč pri teh opravilih, ker tako obdržijo samostojnost, ali pa jo znova pridobijo. S spretnostmi vsakdanjega življenja človek celostno poskrbi zase (*op. cit.*: 204–209).

Spretnosti (osebne, socialne in pri dejavnostih) nam lahko pomagajo, da krepimo občutke samozavesti in samospoštovanja. Vplivajo na to, kako nas vidijo drugi. Ljudje morajo biti dovolj spodbujeni, da lahko razvijejo lastno osebnost in spretnosti (Brandon 1994: 29–30).

Ljudem je potrebno omogočiti, da imajo vsakodnevno organizacijo svojega življenja čim bolj pod svojim nadzorom, da lahko sami odločajo, kaj bodo jedli, pili in s katerimi dejavnostmi se bodo ukvarjali čez dan. Z znanjem in informacijami večajo svojo izbiro, tako pa se krepi tudi njihova moč (Tancek *et al.* 2008: 28).

1.2.2. STANOVANJE

Stanovanje ima veliko socialnih funkcij, je prostor, kjer si ustvarimo družino, nudi nam zavetje, varnost, zasebnost. Z njim pridobimo tudi naslov stalnega prebivališča, to pa je ena od osnovnih birokratskih podlag naše identitete. Dostop do stanovanja pa še zdaleč ni lahek. Omejitve, ki vplivajo na nakup ali najem stanovanja, lahko ljudem celo otežijo vselitev. Te omejitve se kažejo skozi visoke cene stanovanj, neugodna stanovanjska posojila, pomanjkanje neprofitnih ali socialnih stanovanj, dolge čakalne vrste na listah, nesorazmerje med ponudbo in povpraševanjem ipd. Če pa se ljudje poleg stanovanjskih težav srečujejo še z drugimi težavami in stiskami, pa je dostop do stanovanja lahko celo onemogočen. Posebej so temu izpostavljeni stari, duševno in telesno hendikepirani, revni, mladina in druge ranljive skupine, katerim država in nevladne organizacije namenjajo posebno pozornost (Flaker *et al.* 2008: 111). Ljudje so se primorani posluževati nestandardnih oblik bivanja, kot so pribežališča, zavetišča, krizna stanovanja in prostori, kjer je mogoča rehabilitacija – stanovanjske skupine (Flaker 1997: 154).

Dom je prostor zaščite naše identitete in osebnih zadev. Predstavlja visoko personalizirano okolje, ki je varno pred svetom. Ljudje s težavami v duševnem zdravju velikokrat nimajo stabilnega bivališča, dom jim včasih predstavlja kar institucija sama. Nekateri nimajo niti sorodnikov in prijateljev. Čeprav jim institucija nudi zavetišče in jim omogoča, da se družijo z

drugimi, so v instituciji ljudje še vedno pod kontrolo drugih in niso avtonomni (Segal, Baumohl 1988: 250).

Že leta 1996 so na okrogli mizi, ki jo je pripravila Altra, govorili o stanovanjski problematiki ljudi s težavami v duševnem zdravju. Strinjali so se, da bi morali ljudem z dolgotrajnimi psihosocialnimi težavami zavarovati in utrditi pravico do stanovanja in jim omogočiti lažje reševanje stanovanjskega problema. Urejene stanovanjske razmere so namreč pogoj duševnega zdravja. Pomanjkanje stanovanj pa je pogost element v karieri duševnega bolnika in velikokrat so ogrožene njegove pravice bivanja (Flaker 1997: 154).

Pomanjkanje stanovanja je lahko posledica socialne in duševne stiske (revščine, diskriminiranosti, stigmatiziranosti). Stanovanjska stiska lahko povzroči duševno in obratno. Problem lahko povzroči bivanje v ustanovi. Ko ljudje po daljšem času pridejo iz bolnišnice ali zavoda, se lahko zgodi situacija, da ne morejo iti domov, saj nimajo več doma. Zato je o tej problematiki potrebno spregovoriti in jo urediti, še preden je uporabnik odpuščen (Flaker *et al.* 2008: 113–135).

Stanovanjska problematika je tudi v Sloveniji zelo pereča. Navajamo primer poskusa preselitve štirih stanovalcev iz ustanov, ki so se morali spopasti s kruto realnostjo našega neugodnega sistema.

Preselitev štirih bivših stanovalcev ustanov je podprlo tako ministrstvo kot tudi profesorji na FSD, mednarodna javnost, nekateri domači psihiatri, večina koordinatorjev na CSD, številni delavci na področju duševnega zdravja in drugi. Kljub množični podpori pa so ugotovili, da je odhod iz zavoda izjemno težak za človeka, ki nima za to svojih sredstev, ali velikega števila prijateljev. V Sloveniji so naleteli na naslednje ovire:

- zakonodaja ne omogoča preselitev iz zavodov;
- nekateri delavci na CSD se odločajo za namestitev v zavod, brez da bi vzpostavili stik z uporabniki; zavodi niso spodbujali preselitev, nanje so reagirali kot na nezaupnico na njihovo delo;
- nekateri psihiatri odklanjajo sodelovanje pri preselitvah, kljub temu, da njihova ustanova zagovarja skupnostno psihiatrijo;
- nekateri psihiatri ne upoštevajo volje uporabnikov, ovirajo stike uporabnikov z zastopniki;

- različni strokovnjaki dajejo prednost skrbnikom, da se odločijo o uporabnikovi usodi in da dajejo pravilom prednost pred pravicami ljudi;
- socialna zbornica ocenjuje program preselitev v skupnost kot strokovno neutemeljen in neustrezen;
- zelo težko je zagotoviti stanovanja za preselitve (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve jih nima, pravila stanovanjskih skladov povzročajo diskriminacijo ljudi v ustanovah – nimajo družine);
- nekatere občine so pripravljene plačevati več za to, da gredo njihovi občani v zavode, niso pa pripravljene plačevati za to, da se preselijo v skupnost;
- nekateri socialni in zdravstveni delavci se bojijo tveganja pri preselitvah. Če so uporabniki v zavodu, zanje namreč ne odgovarjajo.

(Novinarska konferenca skupine Iz-hod, 2011)

Ljudje s težavami v duševnem zdravju imajo torej več stanovanjskih problemov in se v vsakdanjem življenju znajdejo v različnih stiskah in težavah, ki so lahko vzrok ali posledica stanovanjske stiske. Večinoma ne živijo »na svojem«, ampak v raznih nastanitvenih oblikah, kot so stanovanjske skupine, domovi za stare, socialni zavodi, zavetišča. Veliko jih živi pri starših in sorodnikih.

1.2.3. DELO IN DENAR

Delo nam zagotavlja, da lahko preživimo, daje nam pravice, ugled in mesto v družbi. Ko govorimo o človeku z dolgotrajno duševno stisko lahko govorimo tudi o človeku, ki mu je bila kratena pravica do dela. Veliko zdajšnjih in bivših uporabnikov psihiatrije izgubi službo ali pa sploh ne stopi na trg delovne sile, ker nima te možnosti.

Ena od poglavitnih ovir pri pridobivanju delovnega mesta je etiketa, ki po navadi predvideva zaplete, ki pa se jim želi delodajalec izogniti (*ibid.*). Tisti, ki imajo službo, jo le težko obdržijo. Če jih moti ali spravlja v stisko kakšna od okoliščin dela, je to po navadi težko sporočiti nadrejenim, saj se ljudje bojijo, da bi se nadrejenim zamerili oz. bi ti njihove pritožbe povezovali s stigmo (Flaker *et al.* 2008: 153–154). Raziskave so pokazale, da so

uporabniki za svoje delo slabše ocenjeni, tudi če so rezultati njihovega dela povsem ustrezni (Lamovec 1998: 42).

Množična brezposelnost je pod pogoji individualizacije naprtena ljudem kot osebna usoda. Ljudi prizadene specifično v življenjskih fazah. Tveganje, da postaneš in ostaneš brezposeln, se povečuje pri osebah z minimalno izobrazbo ali brez nje, pri ženskah, starejših delojemalcih ali tujcih kot tudi pri osebah z zdravstvenimi motnjami ali mladostnikih (Beck 2001: 132–133).

To dokazuje tudi raziskava o socialni in ekonomski izključenosti ranljivih skupin iz leta 2003. Ugotovili so, da so med najbolj ranljivimi skupinami oseb na trgu delovne sile tudi osebe s težavami v duševnem zdravju. Pogosto se upokojijo sredi delovno aktivnega obdobja. Zaradi tega imajo nizke pokojnine in posledično se velikokrat znajdejo v hudih finančnih stiskah. Če se oseba ne upokoji, pot do zaposlitve vseeno ni lahka. Delodajalci ljudi s težavami v duševnem zdravju nočejo zaposliti zaradi bojazni pred dolgotrajnimi odsotnostmi. Ti ljudje so zaznamovani. Kot navajajo strokovnjaki, pa prav zaposlitev pomeni najuspešnejši način vrnitve v običajno življenje (Oreški, Kobal 2005: 386–388).

Delovno mesto lahko ogrozi tudi odhod v institucijo, zato je potrebna zadostna mera tolerantnosti delodajalca in kolektiva. Med ljudmi z dolgotrajnimi stiskami je malo takih, ki bi dovolj zaslužili, njihovi drugi dohodki so majhni. Največ jih prejema denarno socialno pomoč ali pa živijo od pokojnine, invalidske ali po starših. Ljudje, ki so nastanjeni v stanovanjskih skupinah ali zavodih, dobijo le majhno žepnino. Socialna pomoč ni dovolj velika za zadovoljevanje njihovih potreb. Potrebovali bi več denarja, zato nekateri delajo tudi na črno (Flaker *et al.* 2008: 167–170).

Podatki o delovni invalidnosti in bolniškem dopustu, kažejo, da so duševne in vedenjske motnje že vsa leta vzrok za I. kategorijo invalidnosti. Ta skupina je kot vzrok za bolniški dopust običajno na četrtem ali petem mestu. Statistični podatki ZPIZ-a o invalidizaciji iz leta 2006 kažejo, da je 1.728 oseb pridobilo status invalida zaradi različnih duševnih motenj (Nacionalnem programu duševnega zdravja 2009: 22).

1.2.4. STIK Z DRUGIMI

V vsakdanjem življenju se ljudje s potrebo po dolgotrajni oskrbi velikokrat znajdejo v situaciji, ko je njihova potreba po druženju omejena, njihov socialni kapital pa reven. Njihove zgodbe večinoma govorijo o šibkih in revnih socialnih mrežah, o osamljenosti, o težavah pri vzpostavljanju, vzdrževanju in ohranjanju stikov. Podobno kot stanovanjska stiska tudi stiska, povezana s potrebo po druženju, še povečuje njihovo osebno stisko (Flaker *et al.* 2008: 304).

Oreškova in Kobalova sta govorili o raziskavi, kjer so predstavniki nevladnih organizacij prav tako dejali, da so osebe s težavami v duševnem zdravju pogosto potisnjene na rob družbe, saj pride do izpada socialne mreže in izgube zaposlitve, posledice, ki temu sledijo, pa so zelo negativne; pomanjkanje samozavesti, ponovne hospitalizacije (2005: 389).

K takšnemu stanju lahko prispevajo tudi mediji, ki vplivajo na oblikovanje mnenja o duševnih bolnikih. Raziskovalci so si enotni v priznavanju dolgoročnega vpliva medijev na zaznavo, vrednote in vedenje posameznika. Trdijo, da mediji promovirajo netočne in negativne podobe o duševnih motnjah. Ljudje pa se iz medijev, kot so časopisi, knjige, revije, televizija in radio, informirajo o temah s področja duševnega zdravja. Teme so lahko netočne in zavajajoče, kar prispeva k ohranjanju in proizvajanju stereotipov o ljudeh s težavami v duševnem zdravju (Oreški 2008: 272).

Stiki ljudi s težavami v duševnem zdravju so največkrat omejeni na družinske člane in na redke prijatelje. Nemalokrat se zgodi, da morajo po institucionalizaciji zamenjati cel krog prijateljev. Življenje v ustanovi je prav tako omejeno na stike z družinskimi člani, drugimi uporabniki in osebjem. Mreže uporabnikov so majhne tudi kot posledica umika (zaradi dogodkov, stigme), zaradi institucionalizacije in pomanjkanja denarja. Človek, ki je etiketiran, se umakne ali pa drugi pretrgajo stike z njim (Flaker *et al.* 2008: 262–263). Pomemben del so ljudje, ki so plačani za to, da pomagajo. Ti lahko postanejo za uporabnika pomemben vir opore in priložnosti za druženje. Krepitev družabnosti je zato nujna, ljudje potrebujejo pomoč pri navezovanju, vzdrževanju in obnavljanju stikov. Pomagajo jim lahko pri navezovanju drugih stikov. K razvijanju mreže stikov pa pripomore tudi včlanjenost uporabnikov v društva in organizacije.

Tudi Igor Spreizer in Martina Štim (1993: 117) poudarjata, da je družina zelo močan vir za podoživljanje samega sebe, še posebno za človeka, ki je prekinil mnogo vezi z ljudmi zaradi

svojega obdobja drugačnosti. Neredko se zgodi, da so njihovi stiki omejeni izključno na družinske člane. Družino vežejo poznanstva, ki človeku ponujajo prva srečanja, t.j. občutek uglašenosti z okolico, sprejetosti. To je predpogoj za razvijanje drugačnega, nestereotipnega doživljanja.

Krepitev socialne mreže ljudi, ki osebi stojijo ob strani in jo podpirajo ter krepijo moč, je ena izmed najpomembnejših stvari, ki se morajo zgoditi, da lahko posameznik zaživi »normalno« življenje. Pomembno je, kakšne vezi in stike ima ter kakšne si bo ustvaril (Lamovec 1998: 63).

Obnavljanje stikov je potrebno predvsem po institucionalizaciji, krizah in dolgemu bivanju v ustanovah. Potrebno je načrtovanje, koordinacija med različnimi ljudmi, zaupanje in zanimanje za človekovo ozadje in življenje (Flaker *et al.* 2008: 297–298). Tudi v ustanovah bi morali krepiti stike med uporabniki in osebjem ter med uporabniki in svojci, saj obiski svojcev po navadi nimajo nobene vsebine in so bolj sami sebi v namen (*op. cit.*: 305–307).

1.2.4.1. SVOJCI IN DRUŽINA

Svojci in bližnji predstavljajo tisti del mreže, ki je najbolj prizadet in oškodovan, ter potrebuje podporo in pomoč. Več stvari lahko sproži njihovo negotovost, stisko in težave. Potrebujejo moralno podporo glede stigmatizacije, porušenih odnosov s svojci, razumevanja situacije, občutkov krivde, odnosov z drugimi vpletenimi (svojci, prijatelji itn.), svojega življenja. Moralno podporo lahko dobijo z različnimi oblikami svetovanja (družinsko svetovanje, pogovor s svojci, prostovoljne, zagovorniške organizacije) (Flaker *et al.* 2008: 302–303).

Svojci se v ZDA srečujejo z različnimi vrstami stresa, in sicer z ekonomsko odvisnostjo uporabnika, oviranim družinskim življenjem, porabljanjem časa in energije, z nezadovoljenostjo potreb drugih družinskih članov, imajo pokvarjene odnose z zunanjim svetom, manjka jim informacij o tem, kako reševati vsakdanje probleme. Vir stresa je tudi pomanjkanje alternativ hospitalizacij in pomanjkanje možnosti bivanja zunaj doma. Svojci se soočajo ne le z lastno bolečino, ampak tudi z bolečino stigmatiziranega člana (Lamovec 1998: 346).

Gabi Čačinovič Vogrinčič (1991: 5–6) je družino opisala kot konfliktno skupino, ki mora na poseben in edinstven način obvladati neskončno raznolikost individualnih razlik. Oblikovati mora skupino, ki omogoči posamezniku soočenje in odgovornost za soočenje. Konflikti v družini so neizogibni, zato je treba vzpostaviti takšne pogoje za odnose, da lahko člani delujejo in živijo skupaj. Meni, da mora odrasel otrok izstopiti iz družine, postati mora samostojen in neodvisen, če pa je prisiljen ostati, potrebuje njeno pomoč, da se razmeji, konfrontira. Znotraj skupine mora ostati samostojen (*op. cit.*: 15). Družina je temeljni podporni sistem in je vključena v načrt socialne pomoči. Družinska skupina nosi v sebi možnosti za socialno pomoč, zato je treba spoznati delovanje družine, kar je v krizi še posebej pomembno. Odkriti je potrebno njene resurse. Pomembno je spoznati njeno notranjo organizacijo in naravno mrežo, da bi jo v posebnih razmerah mogli ohraniti in uporabiti. Družini moramo pomagati, da se lahko reorganizira, ko pride do kriznih razmer. Organizacijo socialne pomoči bi bilo potrebno zastaviti tako, da družino vključimo v ohranitev in ustvarjanje pogojev za pomoč pri premagovanju krize. Upoštevati je potreba družinsko vpetost človeka in njegove družinske vezi (*op. cit.*: 71).

Družinski člani se morajo naučiti ravnati z vedenjem osebe in z lastnimi čustvenimi izzivi, saj to zanje predstavlja velik napor. Malo je alternativ za človeka v duševni stiski, primanjkuje tudi podpore družinam, ki živijo s človekom s psihičnimi krizami (Lamovec 1998: 349).

Fyfe (1993: 27–28) je v svojem članku zapisal: »Če hočemo sodelovati, se moramo profesionalci in skrbniki med seboj spoštovati. Če profesionalci upoštevajo potrebe skrbnikov, je ta proces hitrejši.« Pomembno je, da svojce ustrezno informiramo in jim razložimo stvari, ki jih ne razumejo. Ljudje so velikokrat zelo nevedni o različnih opcijah zdravljenja.

Klinična psihologa Christine Barrowclough in Nicholas Tarrier (v Štirn, Speizer 1993: 118), ki sta preučevala ljudi s shizofrenijo, pravita, da so mnoge družine razumevajoče, vendar vznemirjene in simptome duševne drugačnosti ovijejo v skrivnost. Po njihovih izkušnjah so mnoge družine v svojem strahu prepuščene same sebi ali pa poročajo o vznemirjenosti, o motnjah spanja in občutjih nemoči, depresije, ki se poraja ob motečem vedenju osebe, ki je preživela psihozo. Velikokrat doživljajo emocionalne strese. Prvi korak, ki ga naredijo, je, da natančno informirajo družino o shizofreniji, da se ta lažje vživi v situacijo in oblikuje prihodnost; izobraževanje je potrebno tako za uporabnika, kot tudi za sorodnike.

Človek, ki ima težave v duševnem zdravju, družino pogosto doživlja kot utesnjujočo, po eni strani ga duši, po drugi strani pa se zaveda, da jo potrebuje, zaradi česar morajo biti svojci odločni in enotni (Lamovec 1998: 350). Zato oboji potrebujejo razbremenitev, saj se pri ljudeh z dolgotrajnimi težavami velikokrat zgodi, da ljudje iz njihovega neposrednega okolja ne zmorejo več. Svojci in drugi bližnji so lahko že tako obremenjeni, da vidijo institucionalizacijo kot edino rešitev in odtujitev bližnjega jim pomeni občutno olajšanje (Flaker *et al.* 2008: 48). Osebam s težavami v duševnem zdravju je potrebno posvetiti veliko časa, včasih to za svojce pomeni, da imajo dve službi.

Preobremenjenost svojcev terja njihovo razbremenitev, zato v oskrbo nekateri vključujejo oskrbovalce, sosede, prijatelje, znance, prostovoljce, privatne oskrbovalce. Kadar v oskrbi sodeluje več ljudi, to zahteva skrbno načrtovan urnik (*op. cit.*: 51–53).

1.2.5. NEUMEŠČENOST IN PRIPADNOST

Gre za dinamično in dialektično potrebo, ki se vzpostavi na razkoraku med neumeščeno (samostojnostjo in odvisnostjo) in pripadnostjo (Flaker *et al.* 2008: 346). Družina na eni strani pomeni vir opore in spodbuja posameznika pri doseganju ciljev, na drugi strani pa se lahko posameznik počuti ujetega v njej in se ne more postaviti na lastne noge.

Kot posamezniki obstajamo v odnosu do drugih, ker ob njih lahko doživimo sebe kot človeka. Potrebo po avtonomiji človek izraža kot samoohranitev in širjenje samega sebe. Človek želi biti to kar je, se razvijati in raziskovati, kaj nosi v sebi. Želimo biti neodvisni in svobodni v svojih interesih in govorjenju. Potreba po povezanosti pa se kaže v tem, da želimo, da nas drugi cenijo in opazijo, da smo pomembni za druge (npr. v svoji družini).

Torej smo samostojni in avtonomni, a vseeno imamo željo po pripadnosti. Vključujemo se v različna društva in organizacije, kjer se počutimo dobro in sprejeto. Z uporabniki se pogovarjamo tudi o tem, saj je potreba po samostojnosti in pripadnosti zaradi označenosti stigme še toliko bolj izražena (Flaker *et al.* 2008: 346–350).

Za socialne delavce na področju duševnega zdravja je pomembno, da s posameznikom poskušajo doseči povečanje njegove avtonomije in sposobnosti prevzemanja odgovornosti za svoje življenje. To področje se dotika temeljnih človekovih pravic (Gould 2010: 63).

Okrevanje po duševni motnji je namreč dolgotrajen proces in je odvisen od vsakega posameznika. Pomeni pa vračanje na prejšnjo raven sposobnosti in zmožnosti. To je podobno kot pri telesnih boleznih, vendar zahteva posebne rehabilitacijske metode (Nacionalni program duševnega zdravja 2009: 31).

Za neodvisnost je potrebno zagotoviti materialne pogoje, ljudje z dolgotrajnimi stiskami zato potrebujejo svoje stanovanje in podporo pri samostojnem življenju. Uporabniki bi radi izstopili iz stigmatizirane vloge. Samostojno življenje jim predstavlja življenje izven institucije. Biti avtonomen pomeni, da skrbimo zase in da skrbimo zase tudi takrat, ko drugi skrbijo za nas. Da bi kdo kam pripadal, se mora vključiti in fizično ter socialno stopiti v skupino. Ljudje potrebujejo za vstop človeka, ki jih bo uvedel v skupino (Flaker *et al.* 2008: 385).

Ne glede na to, kako so ljudje označeni in s kakšnimi ovirami se srečujejo, je vsem skupna pravica do dostojanstva, do osnovnih potreb in želja, do varnosti in enakovredne obravnave v skupnosti (Zaviršek *et al.* 2002: 11).

Da bi zmanjšali socialno izključenost oseb s težavami v duševnem zdravju, mora imeti posameznik enak dostop do ekonomskih in družbenih dobrin oz. možnosti biti deležen spoštovanja drugih članov družbe ter biti deležen pomoči, da se v njem ponovno utrdi upanje na kakovostnejše življenje, v katerem bo lahko razvil svoje možnosti (Nacionalni program duševnega zdravja 2009: 15).

1.2.6. NELAGODJE V INTERAKCIJI

Iz etikete izhajajo predsodki o nevarnem in nepredvidljivem vedenju. Ljudje naj bi bili za družbo nevarni in nekompetentni, kar se kaže s strahom in diskriminacijskim vedenjem do posameznikov, ki imajo težave v duševnem zdravju. Stereotipi, predsodki in diskriminacija pa so tisti elementi, ki prikrajšajo ljudi za pomembne življenjske priložnosti in jim onemogočijo doseganje njihovih ciljev (Švab v Nacionalni program duševnega zdravja 2009: 13).

Nevarno in nepredvidljivo vedenje se lahko kaže skozi interakcijske prekrške (odmaknjen pogled, kršitev vljudnostne razdalje, pretirana neposrednost), ki so del našega vsakdana, in razen v dani situaciji jim kasneje ne posvečamo pretirane pozornosti. Prekrške namreč

popravimo z opravičili, pojasnili ipd. Ljudje, ki doživljajo duševno stisko, pa so zaradi stigme tem prekrškom vsakodnevno izrazito izpostavljeni in se soočajo z njimi dan za dnem. Etiketa zaplete interakcijske prekrške, naredi jih bolj vidne in objektivne. Stigma je rušilec interakcij (Flaker *et al.* 2008: 231–232).

Etiketa vnaša v interakcijo negotovost, ki se odraža v negotovem položaju etiketiranega, saj le-ta nikoli ne ve, kako se bo interakcija odvila. Negotovost je edina gotovost, ki jo daje stigma. Posledica negotovosti pa je tudi odsotnost želja. Stigmatizirana oseba mora svoje želje namreč zamenjati s pričakovanji drugih (Flaker *et al.* 2008: 75).

K drugačnemu dojojanju interakcijskih prekrškov ljudi, ki imajo težave z duševnim zdravjem, prispevajo tudi mediji. Raziskave (v Oreški 2008: 272) so pokazale, da so osebe s težavami v duševnem zdravju v medijih pogosto povezane z nenavadnimi, bizarnimi in nasilnimi oz. kriminalnimi dejanji. Raziskava v Sloveniji, ki za obdobje med leti 1960 in 2000 obsega vzorec 154 prispevkov časnika *Delo* in revije *Jana*, je pokazala, da je najpogostejši tip označevanja oseb s težavami v duševnem zdravju direktno naslavljanje z diagnozo oz. strokovno terminologijo. Takšno označevanje ohranja predstave o »duševno motenih« in »duševno bolnih ljudeh«. Vzdržuje diskurz o skupini ljudi, ki niso »duševno zdravi«, ker imajo drugačno identiteto. Mnenje je, da so ti ljudje na svojem ozemlju, na drugem bregu, med nami in njimi je meja.

Pri interakcijskih prekrških je pomembno spoštovanje. Ljudje, ki pomagajo ljudem s težavami v duševnem zdravju, naredijo veliko interakcijskih prekrškov. Oskrbovalec z obiski vstopa v intimen prostor človeka in njegove družine, zato mora odkrito pokazati ljudem, da jih spoštuje, ceni in upošteva njihovo mnenje in tu se kaže profesionalnost odnosa. Naloga socialnega dela je izpopolnitev metod oz. načinov pristopanja k prekrškom. Iz tega izhaja, da je tema interakcijskih prekrškov pri snovanju odgovorov na dolgotrajne stiske zelo pomembna. Ljudje imajo namreč različne težave. Prevzeti morajo določene vloge in slog življenja, ki ga določa stiska. Podrediti se morajo sistemu, ki ga vzpostavi okolje, vse to pa sili v napačne odzive v interakciji (Flaker *et al.* 2008: 252–256).

1.2.7. INSTITUCIONALNA KARIERA

Ljudje, ki doživljajo pogoste duševne krize, veliko časa preživijo v zavodih in psihiatričnih bolnišnicah, kar jih zaznamuje za vse življenje. Nekateri imajo institucije v dobrem, drugi pa v slabem spominu, vsi pa imajo podobne predloge in zahteve (Flaker *et al.* 2008: 311). Želijo si, da bi imeli večjo izbiro, da bi bili bolj informirani o zdravljenju in obravnavi, v stiku s službami si želijo več vpliva in varstva, ne le pravic, ampak tudi interesov (*ibid.*).

Osebnost hospitaliziranih ljudi se manjša, saj počasi izgubljajo prejšnje interese ter se prepuščajo pobudam okolja. Vezi s prejšnjim življenjem in prihodnostjo pretrgajo, nimajo več nobenih načrtov, sčasoma sprejmejo izgubo svoje individualnosti in svojega človeškega dostojanstva, sprejmejo tudi izgubo zadnjih ostankov avtonomije in odgovornosti (Lamovec 1993: 15).

V institucijah oz. totalnih ustanovah veljajo posebna pravila in zahteve, na katere posamezniki nimajo vpliva, podvrženi so jim brez lastne volje. Moč izbiranja je okrnjena, prav tako izbira dejavnosti. Uporabniki prav tako niso dobro informirani o življenju v ustanovi, zdravih in njihovih stranskih učinkih, o poteku zdravljenja in možnih alternativah, o izven bolnišničnih službah, zagovorništvu in pravicah. Tudi samo osebje zaradi preobremenjenosti še vedno igra birokratske vloge in je do uporabnikov velikokrat nestrpno. Uporabniki si želijo drugačnega, bolj človeškega in odprtega pristopa. Želijo si, da bi bili slišani (Flaker *et al.* 2008: 316–325).

David in Althea Brandon prav tako navajata, da se ljudje v okolju, kjer so podvrženi nadzoru, ne počutijo dobro, velikokrat občutijo stisko in se počutijo zanemarjene in zapostavljene (1994: 8). Prav zaradi tega je vpliv nad lastnim življenjem zelo pomemben, saj je povezan z večanjem števila odločitev in izbir. To, da lahko izrazimo, kaj nam je všeč in kaj ne, da smo opazni, da lahko izbiramo med raznimimi možnostmi, nam v družbi veča moč.

Z uporabniki je zato potrebno predelati njihovo institucionalno kariero in dogodkom, ki so se tekom hospitalizacij dogajali, to so npr. odpusti, namestitve, preselitve, prehodi v drug status, nameniti veliko pozornosti, saj ti vplivajo na njihovo življenje po odpustitvi. Prehode je potrebno načrtovati (Flaker *et al.* 2008: 339). Ljudje potrebujejo načrte za prihodnost, potrebujejo gradnjo svoje življenjske poti in potrebujejo napredovanje v karieri.

Ljudje bi lahko živeli izven institucije, če bi imeli boljšo stanovanjsko oskrbo in večjo število skupnostnih oblik oskrbe. To bi ljudem omogočilo več samostojnosti, dostojanstva, odgovornosti, ki ga z dolgotrajnimi institucionalizacijami izgubijo. Pomembno je, da revščina ljudi ne ogrozi pravice do storitev, ki jih potrebujejo. (Flaker *et al.* 2008: 25).

V Dolgotrajni oskrbi v Evropski uniji (2008: 1) je Evropski komisar za zaposlovanje, socialne zadeve in enake možnosti Vladimir Špidla zapisal: »Jasno, da dostop do oskrbe ne bi smel biti vse bolj odvisen od plačilne zmožnosti posameznika. Da bi se izognili takemu scenariju, bo treba verjetno poiskati vzdržno kombinacijo javnega in zasebnega financiranja. Poleg tega je mogoče boljšo cenovno primernost in kontinuiteto oskrbe doseči s skrbnim usklajevanjem socialnih in zdravstvenih storitev. Pri tem je pomembno, da lahko večjo finančno dostopnost in zmogljivost dosežemo, ne da bi pri tem žrtvovali samostojnost ali dostojanstvo državljanov, in sicer tako, da dajemo prednost razvoju oskrbe na domu in v skupnosti pred izvajanjem oskrbe v ustanovah. Za doseganje visokokakovostne oskrbe, za katero si prizadeva EU, bi bilo treba močnejše podpirati nepoklicne izvajalce oskrbe ter izboljšati pogoje zaposlovanja in delovne pogoje za osebe, ki izvaja oskrbo.«

Vendar pa tu nastane problem, saj se je število ljudi, ki zaradi bolezni, dolgotrajne stiske, hendikepa ali oslabelosti potrebujejo dolgotrajno oskrbo, z demografskimi spremembami povečalo. Delež aktivnega prebivalstva, ki pomoč lahko ponudi, pa se je zmanjšal. Tveganje, da ljudje ne bodo prejeli pomoči je večje, povečala pa se je tudi obremenitev ljudi, ki pomagajo. Vzroke za takšno stanje iščemo v spremenjenih demografskih razmerjih pomoči, v drugačni kulturi neformalne pomoči in v napredku medicine. Slednja je tako napredovala, da čedalje več ljudi preživi nesreče in hude bolezni (Flaker *et al.* 2008: 19–20).

Obstaja splošno soglasje, da dostop do zdravstvenega varstva ne bi smel biti omejen s posameznikovo plačilno zmožnostjo ali odvisen od posameznikovega dohodka oz. premoženja. Potreba po oskrbi namreč ne bi smela voditi v revščino ali finančno odvisnost. Vendar pa splošne pravice ne zagotavljajo vedno tudi splošne dostopnosti, neenakosti in ovire pa obstajajo še naprej. Ovire vključujejo vse od pomanjkanja zavarovanja in nekaterih vrst oskrbe do dolgih čakalnih dob, nezadostne obveščenosti in zapletenih administrativnih postopkov (Dolgotrajna oskrba v Evropski uniji 2008: 3).

1.3. IZ INSTITUCIJE V SKUPNOST

1.3.1. TOTALNA USTANOVA IN KAKO JO NADOMESTIMO

Totalne ustanove v Sloveniji dominirajo celotnemu sistemu in so dominantna naprava za dolgotrajno oskrbo. Ljudje si večinoma ne želijo v institucijo in z odhodom odlašajo, tisti, ki pa so že nastanjeni v institucijah, si jih želijo zapustiti (Flaker *et al.* 2008: 107).

Najpogostejši posledici psihiatrične hospitalizacije sta stigma in razvoj azilarne mentalitete. Slednja povzroča dolgotrajno medikalizacijo, prilagoditev medicinskemu modelu duševnega zdravja, izgubo osebne identitete in dostojanstva, razvoj institucionalnega dolgočasje in tudi izkušnje nasilja. Azilarna mentaliteta nastane v času bivanja v bolnišnici. Pogosta je takrat, ko se oseba vrača v ustanovo nekajkrat letno skozi dolgo obdobje oz. po načelu »vrtečih vrat« (Zaviršek 1997: 101)

Hospitalizacija ukine in preoblikuje navadno življenje, gotovosti življenjskega toka se prekinejo. Vsili interpretacijski okvir bolezni in označi udeleženca za bolnega (norega, dementnega, nesposobnega, deviantnega ...). Brez hospitalizacije diagnoze ni, je le hipotetična, ne pa potrjena. Ker je človek odsoten in se nahaja v bolnišnici, lahko drugi sklepajo in sodijo, da je bolan. Večkratna hospitalizacija postane človeku dejstvo, ki se bo ponavljalo. Človek je z institucionalizacijo prikrajšan za vse dobrine civilnega življenja, vključno s svobodo odločanja. Zaradi etikete ga izločijo in stigmatizirajo (Flaker *et al.* 2008: 37–47).

Vprašanje, ki se pojavlja je, kako nadomestiti totalno ustanovo v življenju tistih, ki naj bi jim bile namenjene in kako ustvariti vsakdanje življenje, ki ne bi terjalo namestitve v totalni ustanovi (Flaker *et al.* 2008: 106).

Z dezinstitutionalizacijo se je začela razprava o dolgotrajnih stiskah in ljudeh, ki jih doživljajo. Če so nekdaj stiske ostale nerazumljene in spregledane in so jih reševali tako, da so ljudi potisnili v psihiatrično bolnišnico, so sedaj ospredje stopila vprašanja o tem, kako ljudje živijo in kaj potrebujejo, da bi lahko ostali in živeli v skupnosti. To bi namreč povečalo kakovost njihovega življenja in zmanjševalo ovire, s katerimi se srečujejo po dolgotrajni hospitalizaciji. Odgovore so iskali tako pri ljudeh z etiketo duševne bolezni, kot tudi pri

invalidih, ljudeh z etiketo duševne prizadetosti in pri ljudeh z dolgotrajnimi duševnimi boleznimi. Pomembna je začela postajati kakovost njihovega življenja (Flaker *et al.* 2008: 3).

Primer uspešne dezinstitutionalizacije je Trst. V Italiji so namreč leta 1978 sprejeli Basagliev zakon, s katerim so prepovedali prisilne hospitalizacije in druge prisilne ukrepe. Postopoma so začeli zapirati psihiatrične bolnišnice in razvijati službe, kot so centri za duševno zdravje v skupnosti. Slednji zagotavljajo vso potrebno pomoč in podporo. V Trstu sprejmejo v psihiatrično bolnišnico na leto povprečno 6 oseb, ki ostanejo tam do treh dni. Edino prisilno sredstvo, ki ga lahko uporabijo, so zdravila. V Trstu ni brezdomcev s psihiatrično nalepko, trenutno ni v zaporu nikogar s psihiatrično diagnozo, stopnja samomorilnosti pa je med najnižjimi v Italiji. Skupnostna oskrba je v Trstu zelo dobro organizirana, kakovost življenja ljudi s težavami v duševnem zdravju pa posledično boljša (<http://www.iz-hod.info/teorija/italija-je-primer-drzave-kjer-je-dezinstitutionalizacija-bila-uspesnoizvedena>).

Skupnostna oskrba prinaša drugačne načine in pristope dela. Ljudje s težavami v duševnem zdravju lahko ostanejo doma in v svojem okolju, kjer živijo, dobivajo ustrezno pomoč in podporo, ki jo potrebujejo.

Načrtovanje skrbi je pomembno vprašanje, ko govorimo o skrbi v skupnosti. Pomeni povezavo med službo in uporabnikom, to pa zahteva edinstvene in fleksibilne načine odzivanja na raznolike potrebe oseb s težavami v duševnem zdravju. Velik izziv pomeni to, da mora moč preiti od strokovnjaka k uporabniku (Brandon 1994: 5).

Dr. Benedetto Saraceno, direktor Svetovne zdravstvene organizacije (WHO), je junija 2007 v Genevi o skupnostni oskrbi dejal, da je slednja bolj učinkovita. V primerjavi s psihiatrično bolnišnico se s skupnostno oskrbo zmanjšajo tudi kršitve človekovih pravic. WHO je zaznala nujne potrebe držav po zagotovitvi skupnostne skrbi. WHO je prvič povabila ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju, da se udeležijo foruma in pošiljajo sporočila, ker je pomembno, da bo ta izključena skupina slišana pri uveljavljanju pravic in da bo lahko sodelovala v družbi.

Zastavljeni cilj dezinstitutionalizacije je vrnitev posameznikov v neodvisno življenje v človeški skupnosti. Ta domneva, da bodo posamezniki razvili veščine in osebne lastnosti, ki so potrebne za razvoj odnosov in vključitev v socialni in ekonomičen tok življenja. Nekdanji »pacienti« naj bi postali kompetitivni prijatelji, zaposleni, potrošniki itn. Da pa bo do tega prišlo, morajo v prvi vrsti imeti te veščine in lastnosti, oz. vsaj dojemljivost in končno, dojeti

morajo, da imajo te sposobnosti oz. vsaj potencial. Skupnost jih ne sme zatirati. Vendar literatura reakcij skupnosti obširno potrjuje, da se nekdanji »pacienti« soočajo s skeptičnim občinstvom, ki pričakuje, da bodo ti ljudje nekompetentni, nevarni in neozdravljivi, tako trpijo zaradi stigmatiziranega statusa, ki pripomore k večanju nezaupanja, nekompetentnosti, neiznajdljivosti in nepriljubljenosti (Segal, Baumohl 1988: 249–263).

Najugodnejša rešitev nadomestitve totalne ustanove je torej skupnostna oskrba, kjer uporabniki na domu oz. v svoji okolici prejemajo pomoč in podporo pri storitvah, ki jih potrebujejo.

1.3.2. STANOVANJSKE SKUPINE KOT HIBRID

Kot nekakšen hibrid med institucijami in bivanjem doma obstajajo v Sloveniji stanovanjske skupine, ki so namenjene ljudem z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki potrebujejo bivanjsko oskrbo ter pomoč in podporo v vsakdanjem življenju. Prizadevanja so usmerjena v razvijanje samostojnosti in neodvisnosti posameznika, glede na njegove sposobnosti in zmožnosti. Vse skupine so vodene s strani usposobljenih strokovnih delavcev (<http://www.altra.si/#!programi>).

Poznamo različne oblike stanovanjskih skupin (Zaviršek *et al.* 2002: 17), ki se razlikujejo glede na:

- čas bivanja uporabnikov (omejen, neomejen čas bivanja),
- prisotnost strokovnih delavcev (podnevi in ponoči, nekaj ur na dan, nekajkrat tedensko ali mesečno),
- idejno usmerjenost (gospodinjska skupnost, kjer živijo ljudje z različnimi sposobnostmi, ovirami, različnega spola ali gospodinjska skupnost, kjer živijo ljudje s podobnimi izkušnjami).

Nekateri uporabniki potrebujejo vmesne prostore. Preselitev iz ustanove je primer, ko potrebujejo vmesni prostor, ki omogoča človeku spoznavanje svojih (pozabljenih) želja, interesov, sposobnosti. Hkrati pa omogoči, da bivši stanovalec preide iz institucionalnih v navadne obrazce življenja in se loti organizacije novega življenja. Vmesni prostor nekateri ljudje potrebujejo tudi v času krize, zato bi zlasti ljudje z dolgotrajnimi duševnimi stiskami, ki

živijo v skupnosti, v času krize potrebovali prostore za preživljanje le-te v vsakdanjem okolju (krizni centri, vikendi). Tako bi lahko tudi v času stiske ohranili vsakdanje življenje. Najpogostejša rešitev v času krize je trenutno še vedno hospitalizacija, ki velikokrat traja dlje, kakor bi bilo potrebno. Potrebne bi bile tudi začasne namestitve v primeru pregorevanja svojcev ali družinskih konfliktov, da bi se lahko razbremenili tako svojci kot uporabniki (Flaker *et al.* 2008: 132–133).

Stanovanjske skupine predstavljajo vmesno strukturo. Pogojno pod njih štejemo tudi materinske domove, varne hiše in krizne centre. Na organizacijsko upravni ravni gre za denotacijo tistih organizacijskih oblik za delo z ljudmi, ki so postavljene »vmes«, med življenjem v zavodu in vsakdanjim civilnim življenjem oz. med zavodsko obravnavo (bolnišnice, zapor, vzgojni zavodi ipd.) in oblike obravnave v civilnem življenju (ambulante, privatna praksa ipd.). Po navadi gre za rezidenčne ali polrezidenčne strukture (stanovanjske skupine in dnevni centri), med vmesne strukture pa lahko štejemo tudi druge oblike (društva in skupine za vzajemno pomoč in samopomoč) (Flaker 1998: 258).

Raziskave so pokazale, da so ljudje z duševnimi stiskami bolj zadovoljni z bivanjem v stanovanjskih skupinah. Tam namreč doživljajo manj stisk in imajo manj psihiatričnih simptomov, hkrati pa se jim izboljšajo socialne spretnosti, kot so gospodinjstvo, načrtovanje časa, uporaba uslug v skupnosti.

V stanovanjskih skupinah lik gospodinje ne obstaja, člani gospodinjstva si ga razdelijo. Del gospodinjskih vlog prevzamejo zaposleni, del zunanji izvajalci (dostava hrane), del pa stanovalci sami. Stanovalci se morajo med seboj usklajevati, kdo bo kaj naredil. Strokovnjaki pa se ukvarjajo z usklajevanjem urnikov, interesov, želja. Zavodski tip življenja je vezan na industrijsko gospodinjstvo. Glavne funkcije gospodinjstva so plačane in organizirane na industrijski način. Ljudje, ki bivajo v zavodih, sčasoma pozabijo na spretnosti vsakdanjega življenja in ko se vrnejo v skupnost, se jih morajo znova naučiti (Flaker *et al.* 2008: 214–216).

V stanovanjski skupini dobijo uporabniki ustrezno podporo glede na njihove potrebe (zdravstveno in psihosocialno stanje, interesi, potrebe in osebne cilje, zapisane v individualnem načrtu). Želijo si doseči čim višjo možno stopnjo okrevanja vključenih uporabnikov in izboljšati njihovo psihosocialno funkcioniranje, hkrati pa prispevati k

izboljšanju njihovih življenjskih pogojev (<http://www.ozara.org/programi-in-projekti/nosilni-programi/spremljevalni-programi/>).

Tudi v Agenciji IN deluje prehodna stanovanjska skupina, ki uporabniku zagotavlja kakovostno preživljanje prehodnega obdobja med samostojnim življenjem in življenjem v drugi organizirani skupnostni obliki bivanja.

Uporabniki v stanovanjskih skupinah dobijo pomoč in podporo pri učenju vsakodnevnih življenjskih spretnosti (gospodinjstva opravila, spremstvo k zdravniku, spremstvo na razne aktivnosti). Življenje stanovalcev je organizirano tako, da je čim bolj podobno vsakodnevnu življenju večine ljudi. V program vključijo tudi organizacijo prostega časa uporabnikov, ki jim omogoča spoznavanje prijateljev, znancev in zabavo (<http://www.agencijain.si/index.php/programi/pss>).

Vseeno pa imajo stanovanjske skupine za uporabnike tudi negativne značilnosti. V stanovanjski skupini okrnjena suverenost. To je posledica delne institucionaliziranosti (oblast ima tudi v najboljšem primeru organizacija, ki vodi stanovanjsko skupino ali zavetišče) in delitve stanovanja s sostanovalci. Negativna lastnost stanovanjskih skupin je tudi pomanjkanje zasebnosti, ki je pogoj za uresničevanje zasebnih intimnih želja. Ljudem, ki bivajo v zavodu, pomeni njihova soba prostor, kjer so lahko sami, vendar pa vsi nimajo te sobe in svojim potrebam prilagojenih bivanjskih razmer. V stanovanjskih skupinah imajo malo več zasebnosti, a še vedno ne dovolj. Ena od bistvenih stvari, ki jih daje suverenost nad prostorom, je ta, da imamo mir, ko ga želimo, in da nas drugi ne motijo. V domovih in zavodih se pogosto dogaja, da človek nima svojega miru. Tudi osebe, ki bivajo v stanovanjskih skupinah, velikokrat izrazijo potrebo, da bi imele svoj mir (Flaker *et al.* 2008: 117–123).

1.3.3. ŽIVLJENJE V SKUPNOSTI

Alternativa institucijam so začele z dezinstitutionalizacijo postajati skupnostne službe, ki naj bi celovito zadovoljile vse potrebe populacije, ki so posredno ali neposredno povezane z duševnim zdravjem (Lamovec 1995: 219).

Trend zapiranja azilov se je v zadnjih 20 do 30 letih izvajal vzporedno s širšim razvojem v zdravstveni in socialni oskrbi v skupnosti. Začelo se je govoriti o skupnostni oskrbi. Nova politika razvoja vsebuje številne teme in temelji na filozofiji, da bi oskrba morala biti dostopna kraju, kjer živijo ljudje. Pomembno je, da se oskrba izvaja glede na potrebe, ki jih imajo ljudje. Sledil je tudi razvoj socialnega dela na področju duševnega zdravja. V Angliji so prvi socialni delavci na tem področju začeli delovati v 20. letih 20. stoletja (Gould 2010: 52).

Skupnostne službe omogočajo vključevanje ljudi v običajno okolje in spodbujajo sodelovanje z običajnimi ljudmi, kot so prijatelji, sorodniki, učitelji itd. So eden od elementov samostojnega življenja (Zaviršek *et al.* 2002: 11).

Pomembna načela, ki se jih skupnostne službe držijo, so, da se posameznika ne sme omejevati (npr. gre v bolnišnico v skrajnem primeru), da ostane v svojem bivalnem in socialnem prostoru, da se zagotovi takojšnje, ustrezno in skladno odzivanje na posameznikove potrebe, da se postavijo skupni cilji, da so razne usluge med seboj celovito povezane. Značilnosti dobrih socialnih služb so: vpliv na lastno življenje, spodbujanje udeležbe pri odločanju in načrtovanju, skrb za kvaliteto odnosov, razvijanje individualnosti, integracija, pripravljenost za soočanje z bolečino, zagovorniški odnos, enakovredna obravnava, zavedanje lastnih motivov (Lamovec 1995: 219).

Pri načrtovanju učinkovite skupnostne službe je treba misliti na marsikaj. Treba bi bilo vzpostaviti dobro koordinacijo služb in nekoga, ki službe koordinira. Učinkovitost služb je povezana s sodelovanjem uporabnikov in skrbnikov, do katerih morajo imeti profesionalci spoštljiv in razumevajoč odnos (Fyfe 1993: 26).

V Nacionalnem programu duševnega zdravja, ki ga je julija 2009 izdalo Ministrstvo za zdravje, navajajo, da skupnostna skrb pomeni, da so službe blizu uporabnikovem domu. Službe, ki skrbijo za skupnostno obravnavo, zagotavljajo učinkovito obravnavo oseb s težavami v duševnem zdravju, v skladu z njihovimi potrebami. Gre za organizacijo interdisciplinarnih služb, kamor so vključene zdravstvene, socialne in nevladne službe, formalne in neformalne mreže. Sodobna organizacija služb za duševno zdravje združuje skupnostne in bolnišnične oblike obravnave. Službe omogočajo nepretrgano zdravljenje, nastanitev, zaposlitev, socialno podporo in socialno vključitev. Delo opravljajo na podlagi ocenjenih potreb po zdravljenju tako, da se med seboj poveže vrsta virov pomoči, ki delujejo na dostopnih krajih. Zagotavljajo zdravstveno in socialno varstvo, delovno usposabljanje,

zaposlovanje in druge rehabilitacijske storitve. V skupnostno skrb se morajo povezati tako nevladne organizacije kot tudi javne službe socialnega in zdravstvenega varstva, zaposlovanja, izobraževanja ter druge storitve. Izvaja se v več disciplinarnih delovnih skupinah (sestavljanih iz zdravnikov, medicinskih sester, socialnih delavcev in delovnih terapevtov), ki zagotavljajo nepretrgano pomoč osebam s ponavljajočimi se duševnimi motnjami. Delovne skupine so vezane na določeno območje in so nepogrešljiv člen med osnovnim zdravstvenim varstvom in psihiatričnimi bolnišnicami.

Načeli skupnostne obravnave sta po dostopnost; krajevna in vsebinska (ni čakalne dobe in birokratskih postopkov, ki omejujejo dostop) in vsestranskost (dostopne vse potrebne službe). Skupnostne službe imajo pred institucionalnimi prednost glede dostopnosti, manjše verjetnosti zanemarjanja, lažje obravnave na domu, večje zavzetosti in pripadnosti osebja, boljše povezanosti služb, manjše uporabe kriznih posegov in bolnišnične obravnave, boljše izobraženosti bolnikov in osebja, večje podpore svojcev, opredeljene odgovornosti za vsakega bolnika, boljšega sporazumevanja med osebjem, bolniki in svojci itd.

Ta tema zadeva vsakogar, ker veliko ljudi, ki ima težave v duševnem zdravju, sploh ne prejema nobene pomoči. Izziv za države z nizkimi prihodki je, da uporabijo primarne zdravstvene storitve, zlasti preko skupnostnih pristopov, ki uporabljajo poceni in lokalno razpoložljiva sredstva za zagotovitev ustrezne skrbi. Izziv je okrepitev sistemov oskrbe, ki se vežejo na lokalno okolje. WHO forum za skupnostno oskrbo je predstavil modele, ki zagotavljajo učinkovito delo na področju skupnostne skrbi. Forum je namenjen izmenjavi informacij in zagotavljanju medsebojne podpore, uporabnikom daje občutek pripadnosti. Namenjen je vsem, ki jih zanima prehod iz ustanov v skupnostno oskrbo, ki temelji na nudenju učinkovite pomoči in podpore. V forum so vključene nevladne organizacije, strokovna združenja in zainteresirani posamezniki (<http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np25/en/index.html>).

Možnosti, ki so izvedljive za skupnosti, ki si prizadevajo izboljšati življenje ljudi s težavami v duševnem zdravju, in poskušajo uveljaviti pravice na ravni skupnosti in zdravljenja duševnih motenj, vključujejo:

1. integracijo (vključevanje) duševnega zdravstva v primarni zdravstveni sistem;
2. rehabilitacijo ljudi, ki so dolgo časa preživeli v psihiatrični bolnišnici, v skupnost;

3. uvajanje programov proti stigmatizaciji za skupnosti;

4. začetek učinkovitih preventivnih posegov na ravni populacije in zagotovitev popolnega sodelovanja in integracije ljudi z duševnimi motnjami znotraj skupnosti.

Da pa bi se te učinkovite intervencije lahko začele, mora vlada ustanoviti jasno politiko, ki bo upoštevala te jasno izoblikovane ukrepe in nato razvila sistematične načrte z namenskim proračunom in dogovorjenimi roki. WHO pa zagotavlja tehnično podporo razvijajočim se državam, in sicer z namenom, da bi bila skupna skrb za duševno zdravje dostopna znotraj njihovih držav (<http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np25/en/index.html>).

1.4. VLOGA SOCIALNEGA DELA PRI DELU Z LJUDMI S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

Socialni delavci imajo ne glede na področje svojega delovanja, ključno vlogo pri tem, da omogočijo ljudem dostop do različnih oblik pomoči, storitev in dajatev, ki jih potrebujejo (Milošević 2000: 253).

Ena najpomembnejših razlik med socialnim delom in medicino, socialnim delom in pravom in med socialnim delom in pedagogiko je dejstvo, da mora biti v socialnem delu intervencija odprta za pogajanja z uporabniki. V socialnem delu ne iščemo vzrokov za nastalo situacijo, raje iščemo poti, ki vodijo iz te situacije. Socialni delavci se ne pretvarjajo, da imajo odgovore. Socialno delo se pri svoji intervenciji opre na to, kako človek živi, kakšna je njegova finančna situacija, kako močne stike navezuje, kakšna je njegova socialna mreža, kje živi ali dela, katere so njegove pomembne vloge v življenju, kakšne želje in cilje ima. Diagnoze so za socialne delavce pomembne samo iz vidika, da izvejo, kako človek živi z diagnozo, kako je diagnoza spremenila njegovo življenje ali kako zdravila vplivajo na njihovo vsakdanje življenje. Uporabniki so eksperti z izkušnjami. Socialni delavci morajo znati ustvariti varen prostor in dialog z uporabnikom (Kvaternik, Grebenc 2009: 10–12).

Uporabniki so dnevno v stiku s službami socialnega dela, zdravstva, socialnega in zdravstvenega zavarovanja, upravnih organov. Ti stiki so velikokrat naporni, ponižujoči in diskriminatorni. Večkrat morajo pisati prošnje, izpolnjevati obrazce, pri tem pa potrebujejo pomoč, saj nekateri niso poučeni o njihovih pravicah (Flaker *et al.* 2008: 226).

Pomoč človeku s težavami v duševnem zdravju mora biti celostna, kar pomeni, da mora odgovarjati na njegove zdravstvene, socialne, psihološke in duhovne potrebe ter mu omogočati, da ohranja in krepi svoje samospoštovanje in moč. S tem se povečuje njegova kakovost življenja. Krepitev moči oseb, ki so prebolele duševne motnje, je eden od dokazano uspešnejših ukrepov, ki pripomorejo k obvladovanju duševnih motenj (Nacionalni program duševnega zdravja 2009:140). Uporabniki bodo tako tudi lažje uredili vse tisto, kar je za državo premajhno in na videz premalo pomembno, za ljudi pa morda usodno ...

Delo socialnih delavcev je usmerjeno k temu, da ljudem pomagajo razkriti njihove osebne zgodbe in jim povedati, kakšne vrste pomoči lahko pričakujejo od drugih. Ljudem je potrebno prisluhniti. Takrat lahko opazimo, da so tudi oni samo ljudje, včasih veseli, po navadi pa osamljeni in prestrašeni. Moteče etikete s tem odpadejo (Brandon 1994: 6).

Pri delu z osebami v duševnem zdravju se kot dobri pristop za načrtovanje skrbi uporablja osebni načrt, ki ga socialni delavec napiše skupaj z uporabnikom. V njem opredelita življenjske cilje in potrebe osebe. »Na podlagi načrta obravnave v skupnosti se organizira življenje v skupnosti in se na ta način dejavno izboljšuje kakovost uporabnikovega življenja« (http://www.csdcelje.si/index.php?option=com_content&view=article&id=128&Itemid=417).

Gre za načrt, v katerem so izražene uporabnikove želje, cilji, vizije, ki jih ima v življenju. Ko ljudje zapustijo psihiatrično bolnišnico ali zavod, se velikokrat zgodi, da so manj motivirani za opravljanje stvari, ki so bile prej del vsakdana. Osebe so potisnjene na rob in potrebno jih je zopet obuditi. Pri tem pomaga veliko pogovora in motivacije, predvsem pa krepitev moči uporabnika, da postaja samozavestnejši in si s časoma zopet dovoli upati in ustvarjati prihodnost.

Spretnosti, ki jih mora imeti načrtovalec, ki z uporabnikom piše načrt, so: poslušanje, komuniciranje, toplina, odprtost in navezovanje, da pomaga ponovno pridobiti ali sestaviti vizijo, izogibanje klientiziranju, razumevanje sistema, pogajanje, evalvacija in spremljanje (Brandon 1994: 33).

Socialni delavci na področju duševnega zdravja delujejo v multidisciplinarnem timu, v katerega so povezani socialni delavci, psihiatri, psihologi, izvajalci pomoči na domu in prostovoljci. To okolje prinaša priložnosti in izzive. Za nekatere socialne delavce je delo na področju duševnega zdravja prav zato zelo privlačno. Delujejo namreč v timu z drugimi

profesijami, ki prav tako v delo prinašajo nove in alternativne metode dela. Zato lahko pride do navzkrižja idej in tenzij, če vsakdo zagovarja svoje pristope iz stroke (Gould 2010: 54).

Pristop socialnih delavcev je oprt na krepitev moči uporabnikov. V procesu pomoči mora aktivno sodelovati tudi uporabnik. On lahko namreč sam najbolje presodi, kaj je najbolje za njega, če ima dovolj informacij. Socialni delavec si mora vzeti dovolj časa, da se s človekom pogovori o njegovih možnostih, željah, idejah, ker bodo tako postale njegove odločitve veliko lažje. Najti mora načine za posredovanje informacij, ki mu bodo pomagale pri izbiri ter vključevanju. Vloga socialnega delavca s tem ni razvrednotena, še vedno je pomembna, čeprav drugačna. Uporabniki se velikokrat pritožujejo, da ne vedo, kaj se z njimi dogaja in zakaj. Nihče jim ne pove, kakšne so njihove možnosti, in velikokrat sploh niso slišani. Profesionalci v zdravstvenih in socialnih službah morajo zato uporabnike poslušati in tisto, kar povejo, jemati resno. Trditev, da je jeza bolnika, ki so ga zaprli v bolnišnico, preprosto sestavni del njegove bolezni, ne more biti sprejemljiva. Človek je lahko upravičeno jezen, če ne ve, zakaj so ga vtaknili v bolnišnico, ali ker se zaveda, da bi bila kakšna druga rešitev zanj veliko boljša (Žuraj, Lucas 1993: 29–30).

Vsak vir moči, ki ga zaznamo, je pomemben za doseganje ciljev. Opreti se je potrebno na talente, znanja in sposobnosti, ki jih ima uporabnik. Te lahko odkrijemo samo skupaj z njim, torej s pogovorom v varnem okolju. Bolj ko krepimo uporabnikovo moč in bolj ko ga podpiramo, večjo voljo in zagon bo dobil, predvsem pa upanje, da bo lahko premagal težave. In ravno to je pri socialnem delu zelo pomembno, da delamo skupaj z uporabnikom, da ga spoznamo in se skupaj z njim na podlagi njegovih virov in moči, ki jih ima, odločimo, kako se bomo lotili reševanja problema. Najpomembnejši koncept perspektive moči je, da je »sogovorniku omogočeno pridobiti občutek lastne vrednosti in občutek soudeležnosti v procesu soustvarjanja in iskanja rešitev« (Videmšek 2008: 214). Z uporabnikom vzpostavimo delovni odnos, ki temelji na zaupanju, medsebojnem spoštovanju, odprti komunikaciji, zavezništvu in neformalnosti. Posameznika spodbujamo, da sledi svojim ciljem in prejme podporo tam, kjer jo potrebuje.

Delovni odnos (dogovor o sodelovanju, instrumentalna definicija problema in soustvarjanje rešitev, osebno vodenje, perspektiva moči, etika udeležnosti, znanje za ravnanje, ravnanje s sedanostjo ali koncept so-navzočnosti), ki vzpostavi pogoje za spreminjanje, pa socialni delavci ne vzpostavijo samo s posameznikom, ampak v koncept nudenja pomoči vključijo

celotno družino. Predmet socialnega dela z družino je pomoč (opora, podpora) družini pri reševanju kompleksnih psihosocialnih problemov. V ospredju je soustvarjanje rešitev z vsemi, ki so vpleteni v sistem nudenja pomoči. Mobilizirati je treba moč celotne družine. Gabi Čačinovič Vogrinčič to imenuje izviren delovni projekt sodelovanja. Skupaj ga soustvarimo in temelji na sporazumevanju, dogovarjanju in skupnem oblikovanju rešitev, kjer udeleženi v problemu postanejo udeleženi v rešitvi. Skupaj z družino raziščemo, kako lahko zagotovimo dobre pogoje za življenje vseh članov (Čačinovič Vogrinčič 2007: 27–32).

Obstoječe mreže neformalne pomoči je treba podpirati in ohranjati. Varovati in zagovarjati je treba interese posameznih članov mreže in pomagati pri razreševanju zapletov in konfliktov, ki lahko ogrozijo nadaljnjo pomoč. Pomoč in podporo socialnih delavcev potrebujejo tudi ljudje, ki podpirajo in negujejo osebe s težavami v duševnem zdravju. Neformalne mreže pomočnikov so zelo pomembne pri delu in potrebno jih je podpreti ter informirati, da se ne izčrpajo (Dragoš 2007: 141).

Socialni delavec mora zato dobro poznati tudi institucije, ki so v skupnosti na voljo. Soustvarjanje rešitev je namreč povezano z delom z vsakim članom, sodelovanjem v sistemu in povezovanjem s skupnostjo. Skratka, za izvajanje pomoči morajo biti socialni delavci vključeni v skupnost in se znati povezati s pomočniki, kot so: zagovorniki v procesih in postopkih, kjer je treba uporabnika še dodatno okrepiti, tolmači v postopkih, ki so uporabniku nerazumljivi (jezikovna, kulturna različnost, gluhost in nemost), eksperti na področjih, kjer naloga presega ekspertizo socialnega dela (finančni eksperti, genetski eksperti), skrbniki, rejniki, posvojitelji, skupine za samopomoč, skupnostni programi (zaposlovanja, preživljanja prostega časa, storitev), združenja (uporabniška in druga občanska združenja), timi (interdisciplinarni, za podporo posamezniku ipd.), naravni pomočniki (frizerji, točaji, patronažne sestre, poštarji itn.) in drugi prostovoljci (Flaker 2003: 44–45).

Klinična psihologa Christine Barrowclough in Nicholas Tarrier (v Štirn, Speizer 1993: 121–129), ki sta delala z ljudmi, ki so imeli shizofrenijo, pravita, da je potrebno obnavljanje omejenega življenja v bolj aktivno življenje, polno zunanjih stikov, ki so uspešni in zadovoljujoči. To sta navedla kot pomembno točko pri sodelovanju z družino in človekom, ki ima shizofrenijo: »Najprej zmanjšujemo stresnost in bogatimo razumevanje v domačem okolju. Nato se trudimo vliti družinam pogum, prizadeti osebi pa podporo pri vzpostavljanju stikov znotraj družine in kasneje z ljudmi, s katerimi se je pred boleznijo srečeval, zabaval,

ustvarjal ... Poskušamo tudi okrepiti nove stike in vključiti osebo v dnevne centre oz. razne socialne mreže. Uporabniku najprej postavimo naslednja vprašanja: "Kaj bi počel sedaj, če tvoje "bolezni" ne bi bilo? Kakšne zamisli o svojem življenju si imel pred "boleznijo"? Kaj si počel preden si zbolel (aktivnosti, interesi ...)? Kakšni so bili tvoji prijatelji in kam te je to vodilo?" Potem se pogovarjamo skupaj z družino. Nato napišemo listo predlogov npr. razvijanje sposobnosti, socialni stiki, lastno stanovanje ..., ki izražajo resnične želje uporabnika. Po naših izkušnjah prihaja do precejšnjih razhajanj med trenutno zmožnostjo tega in njegovimi željami. Rešitev je v tem, da skušamo podati načrt, ki ima natančno opredeljene stopnice prehajanja iz sedanjega stanja v želeno, kajti vsako vmesno stanje, ki ga posameznik doseže, občuti kot uspeh in ohrabritev za nadaljnjo pot« (*ibid.*).

Iz zgoraj napisanega lahko povzamemo besede Petre Videmšek, ki pravi, da je najpomembnejše sporočilo koncepta to, da je upoštevana perspektiva sogovornika in da mu je omogočeno pridobiti občutek lastne vrednosti in občutek soudeležnosti v procesu soustvarjanja in iskanja rešitev (Videmšek 2008: 214).

Pri delu z ljudmi s težavami v duševnem zdravju lahko govorimo tudi o skupnostnem socialnem delu, ki se usmerja v probleme vsakdanjega življenja in skupnega bivanja v neposrednem življenjskem okolju. Pojem skupnega življenjskega okolja ali sveta, v katerem živimo, je osrednji koncept skupnostnega socialnega dela. Koncept skupnega življenjskega okolja je izhodišče za skupnostno delo. Metoda dela je oprta na kolektivno reševanje potreb in problemov v skupnosti. Je tudi koncept za skupnostni pristop v praksi socialnega dela, ki obravnava vse potrebe ljudi, tudi posameznih uporabnikov, v kontekstu življenjske situacije v skupnosti.

Skupnostni pristop v socialnem delu se kaže kot prizadevanje, da bi probleme ljudi razumeli in bolj učinkovito reševali v okviru medsebojne pomoči v življenjskem okolju. Bistveno za skupnostni pristop je prizadevanje, da bi posameznike, družine ali skupine, ki iščejo pomoč pri socialnih delavcih, povezali z vsemi obstoječimi viri medsebojne pomoči v skupnosti ter zagotavljali uspešno, usklajeno in kontinuirano izvajanje te pomoči v vsakem posameznem primeru. Skupnostno delo pa teži predvsem k razvijanju novih ali spreminjanju obstoječih organizacijskih oblik, ki zagotavljajo samopomoč in dobrodelnost v skupnosti. Poudarek je na kolektivnih akcijah, ki omogočajo uspešno reševanje problemov in prispevajo k večji kakovosti življenja vseh članov skupnosti (Dragoš 2007: 140–142).

1.5. SKUPNOSTNE SLUŽBE IN STORITVE

Na razvoj državne blaginje je konec 19. stoletja vplivala visoka stopnja industrializacije in demokratizacije. Za Slovenijo je značilen sistem blaginje Srednje in Vzhodne Evrope, kjer ima država glavno vlogo pri zagotavljanju blaginje. Ima namreč trojno vlogo; je lastnica institucij za zagotavljanje blaginje, jo financira in tudi nadzoruje institucije, ki blaginjo zagotavljajo (Škerjanc 2010: 49).

Z gospodarskimi in demografskimi spremembami prihajajo tudi težave pri zagotavljanju socialne varnosti državljanov. Kot navaja Škerjanc so posledice obdobja gospodarskih recesij manjšanje sredstev za javne izdatke, javna podjetja se privatizirajo in pojavljajo se spremembe pri davčni politiki. Odgovornosti se razporedijo na tri pole državo, trg in skupnost oz. družino (*op cit*: 41).

Demografske spremembe prinašajo večji odstotek populacije državljanov, ki bo v prihodnosti odvisna od dolgotrajne oskrbe. Evropske države iščejo različne rešitve, kako organizirati učinkovit in vzdržen sistem dolgotrajne oskrbe (Flaker *et al.* 2011: 233).

»Duševno zdravje je tesno povezano s socialno ekonomskimi stiskami prebivalcev. Sedanja gospodarska situacija v Sloveniji še posebej narekuje povečanje skrbi za duševno zdravje, saj se soočamo z gospodarsko krizo« (Resolucija o Nacionalnem programu duševnega zdravja 2011 do 2016 2011: 3).

Urejanje dolgotrajne oskrbe se v skladu s paradigmatskimi premiki od medicinskega k socialnemu modelu obravnave kaže v iskanju ravnotežja med kolektivno skrbniško in aktivno individualno odgovornostjo in participacijo znotraj sistema socialnega varstva. Podlago za različne oblike skupnostne oskrbe najdemo tudi v nacionalnih dokumentih, zakonih in osnutkih novih zakonov in programov.

1.5.1. PRAVNA PODLAGA OSKRBE V SKUPNOSTI

Ustava Republike Slovenije je temeljni pravni akt, ki ureja človekove pravice in temeljne svoboščine v Republiki Sloveniji. Posebno pomembni členi, ki pomenijo tudi izhodišče posameznih zakonov in drugih nacionalnih predpisov na področju duševnega zdravja, so predvsem: pravica do varstva osebne svobode, varstva človekove osebnosti in dostojanstva, pravica do svobode gibanja, pravica do osebnega dostojanstva in varnosti, varstvo pravic zasebnosti in osebnostnih pravic (Kaučič, Grad: Ustavna ureditev Slovenije).

Krovni zakon, ki opredeljuje področje duševnega zdravja, je Zakon o duševnem zdravju. Delovanje služb s storitvami in programi namenjenim ljudem s težavami v duševnem zdravju opredeljujejo poleg Zakona o duševnem zdravju še Zakon o socialnem varstvu, Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2001–2016 ter Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010 .

1.5.1.1. ZAKON O DUŠEVNEM ZDRAVJU

Zakon o duševnem zdravju v 1. členu določa sistem zdravstvene in socialno varstvene skrbi na področju duševnega zdravja, nosilce in pravice oseb med zdravljenjem, obravnavo v socialnovarstvenem zavodu in nadzorovani obravnavi (Zakon o duševnem zdravju, Ur. l. RS, št. 77/2008: 1).

V 4. členu opredeljuje mrežo izvajalcev posameznih programov in storitev za duševno zdravje v okviru javne službe in nevladnih organizacij.

Izvajalci v okviru javne službe so:

- izvajalci psihiatričnega zdravljenja,
- izvajalci socialnovarstvenih programov in storitev,
- izvajalci nadzorovane obravnave,
- izvajalci obravnave v skupnosti.

Posebej so opredeljeni izvajalci obravnave v skupnosti, ki so:

- a) javni socialno varstveni zavodi,
- b) druge pravne in fizične osebe s koncesijo ali z dovoljenjem za delo za opravljanje socialnovarstvenih storitev,
- c) izvajalci socialno varstvenih programov in storitev, ki storitve oz. programe izvajajo na področju duševnega zdravja,
- d) izvajalci psihiatričnega zdravljenja,
- e) nevladne organizacije s področja duševnega zdravja, ki izpolnjujejo pogoje za izvajanje javne službe po zakonu, ki ureja socialno varstvo.

Nadalje nevladne organizacije s področja duševnega zdravja opravljajo v okviru obravnave v skupnosti predvsem naslednje programe:

- svetovanje, samopomoč in izobraževanje,
- vodenje dnevnih centrov,
- vodenje pisarn za svetovanje,
- stanovanjske in bivalne skupine,
- pomoč ter podpora pri učenju in študiju,
- delo z družinami,
- vodenje treningov socialnih in življenjskih spretnosti,
- organizacija prostočasnih dejavnosti,
- zaposlitveni centri s podporno zaposlitvijo,
- usposabljanje za delo.

»Obravnava v skupnosti je 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« (Zakon o duševnem zdravju, Ur. l. RS, št. 77/2008: 26).

Oseba je lahko obravnavana v skupnosti, če v pisno privoli v načrt obravnave v skupnosti. Zanj se izdela načrt obravnave v skupnosti, ki ga na predlog koordinatorja obravnave v skupnosti sprejme center za socialno delo. Predlog načrta obravnave v skupnosti pripravi

koordinator obravnave v skupnosti v sodelovanju z osebo in multidisciplinarnim timom, ki ga sestavljajo psihiater, patronažna sestra, predstavnik centra za socialno delo in nevladnih organizacij, najbližja oseba in drugi, ki lahko vplivajo na potek obravnave v skupnosti, in ki ga imenuje center za socialno delo.

Koordinator obravnave v skupnosti in izvajalci obravnave v skupnosti medsebojno sodelujejo pri izvajanju načrta obravnave v skupnosti. Sredstva za izvajanje načrta obravnave v skupnost se zagotovijo iz sredstev ministrstva, pristojnega za socialno varstvo.

Koordinator obravnave v skupnosti opravlja predvsem naslednje naloge:

- pripravi, koordinira in nadzira izvajanje načrta obravnave v skupnosti,
- organizira in vodi multidisciplinarni tim iz drugega odstavka 92. člena tega zakona,
- nudi strokovno podporo in podporo glede namestitve izvajalcem obravnave v skupnosti,
- skrbi za evidenco obravnav v skupnosti (*op. cit.*: 32–33).

1.5.1.2. ZAKON O SOCIALNEM VARSTVU

Zakon o socialnem varstvu opredeljuje socialnovarstveno dejavnost, ki je namenjena preprečevanju in reševanju socialne problematike posameznikov, družin in skupin prebivalstva (Zakon o socialnem varstvu Ur. l. RS, št. 3/2007: 1).

V 11. členu Zakon o socialnem varstvu opredeli socialnovarstvene storitve, ki so namenjene odpravljanju socialnih stisk:

1. prva socialna pomoč

Prva socialna pomoč po tem zakonu obsega pomoč pri prepoznavanju in opredelitvi socialne stiske in težave, oceno možnih rešitev ter seznanitev upravičenca o vseh možnih oblikah socialnovarstvenih storitev in dajatev, ki jih lahko uveljavi, ter o obveznostih, ki so povezane z oblikami storitev in dajatev, kakor tudi seznanitev upravičenca o mreži in programih

izvajalcev, ki nudijo socialnovarstvene storitve in dajatve (Zakon o socialnem varstvu, Ur. l. RS, št. 3/2007, 12. člen).

2. osebna pomoč

»Osebna pomoč po tem zakonu obsega svetovanje, urejanje in vodenje z namenom, da bi posamezniku omogočili razvijanje, dopolnjevanje, ohranjanje ter izboljšanje socialnih zmožnosti« (Zakon o socialnem varstvu, Ur. l. RS, št. 3/2007, 13. člen).

3. pomoč družini

Pomoč družini po tem zakonu obsega pomoč za dom, pomoč na domu in socialni servis.

Pomoč družini za dom obsega strokovno svetovanje in pomoč pri urejanju odnosov med družinskimi člani ter pri skrbi za otroke in usposabljanje družine za opravljanje njene vloge v vsakdanjem življenju.

Pomoč družini na domu obsega socialno oskrbo upravičenca v primeru invalidnosti, starosti ter v drugih primerih, ko socialna oskrba na domu lahko nadomesti institucionalno varstvo.

Socialni servis obsega pomoč pri hišnih in drugih opravilih v primeru otrokovega rojstva, bolezni, invalidnosti, starosti, v primeru nesreč ter v drugih primerih, ko je ta pomoč potrebna za vključitev osebe v vsakdanje življenje (Zakon o socialnem varstvu, Ur. l. RS, št. 3/2007, 15. člen).

4. institucionalno varstvo

Institucionalno varstvo po tem zakonu obsega vse oblike pomoči v zavodu, v drugi družini ali drugi organizirani obliki, s katerimi se upravičencem nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma in lastne družine, zlasti pa bivanje, organizirana prehrana in varstvo ter zdravstveno varstvo.

Institucionalno varstvo otrok in mladoletnikov, prikrajšanih za normalno družinsko življenje, po tem zakonu obsega poleg storitev iz prejšnjega odstavka še vzgojo in pripravo za življenje.

Institucionalno varstvo otrok in mladolletnikov z zmerno, težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju obsega poleg storitev iz prvega odstavka tega člena še usposabljanje po posebnem zakonu, oskrbo in vodenje.

Upravičenec do institucionalnega varstva lahko v primerih in pod pogoji, določenimi s tem zakonom, namesto pravice do celodnevne institucionalnega varstva izbere družinskega pomočnika (Zakon o socialnem varstvu, Ur. l. RS, št. 3/2007, 16. člen).

5. vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji

Vodenje in varstvo po tem zakonu obsegata organizirano celovito skrb za odraslo telesno in duševno prizadeto osebo, razvijanje individualnosti in harmoničnega vključevanja v skupnost in okolje.

Zaposlitev pod posebnimi pogoji po tem zakonu obsega take oblike dela, ki omogočajo prizadetim ohranjanje pridobljenih znanj ter razvoj novih sposobnosti (Zakon o socialnem varstvu, Ur. l. RS, št. 3/2007, 17. člen).

6. pomoč delavcem v podjetjih, zavodih ter pri drugih delodajalcih

Pomoč delavcem v podjetjih, zavodih ter pri drugih delodajalcih po tem zakonu obsega svetovanje in pomoč pri reševanju težav, ki jih imajo delavci v zvezi z delom v delovni sredini in ob prenehanju delovnega razmerja ter pomoč pri uveljavljanju pravic iz zdravstvenega, pokojninskega in invalidskega zavarovanja ter otroškega in družinskega varstva (Zakon o socialnem varstvu, Ur. l. RS, št. 3/2007, 18. člen).

Zakon o socialnem varstvu opredeljuje dejavnost socialnega varstva kot nepridobitno ter postavlja temeljne določbe o izvajalcih dejavnosti socialnega varstva znotraj javne mreže, torej javnih socialnovarstvenih zavodov ter dobrodelnih, neprofitnih in invalidskih organizacij.

1.5.1.3. DRUGI ZAKONI

Posamezne sklope pravic natančneje določajo še drugi zakoni, ki pomembno vplivajo na življenje ljudi s težavami v duševnem zdravju in področje dolgotrajne oskrbe.

- a) Na področju prejemkov vplivajo: Zakon o delovnih razmerjih, Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev, Zakon o socialno varstvenih prejemkih, Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov, Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju;
- b) Na zdravstvenem področju: Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Zakon o zdravstveni dejavnosti;
- c) Na področju storitev pomoči in pravic: Zakon o postopku uveljavljanja socialno varstvenih pravic, Zakon o invalidih, Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih, Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih ljudi;
- d) Na področju zaščite in varstva osebnih podatkov: Zakon o varovanju osebnih podatkov in Kodeks etničnih načel v socialnem varstvu.

1.5.1.4. RESOLUCIJA NACIONALNEGA PROGRAMA SOCIALNEGA VARSTVA

Poleg Zakona o duševnem zdravju, osnovne smernice delovanja sistema socialnega varstva določa tudi Resolucije o nacionalnega programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010.

Temeljno izhodišče politike socialnega varstva države in lokalnih skupnosti ostaja tudi v obdobju 2006–2010 nespremenjeno, in sicer zagotavljati take razmere oz. pogoje, ki bodo posameznikom v povezavi z drugimi osebami v družinskem, delovnem in bivalnem okolju omogočale ustvarjalno sodelovanje in uresničevanje njihovih razvojnih možnosti, da bodo s svojo dejavnostjo dosegali takšno raven kakovosti življenja, ki bo primerljiva z drugimi v okolju, in bo ustrezala merilom človeškega dostojanstva. Kadar si posamezniki zaradi delovanja zunanjih in notranjih dejavnikov ne morejo sami zagotoviti socialne varnosti in blaginje, so upravičeni do pomoči (Resolucija o nacionalnega programa socialnega varstva za obdobje 2006-2010, Ur. l. RS, št. 39/2006 2006: 1).

Namen programov in storitev, ki se izvajajo, ter prejemkov, ki se zagotavljajo v okviru sistema socialnega varstva, je:

- omogočanje in povečevanje socialne vključenosti;
- krepitev moči uporabnikov sistema socialnega varstva in razvijanje sposobnosti za njihovo vsakdanje življenje;
- pomoč in oskrba v primerih nezmožnosti opravljanja nujnih življenjskih opravil;
- zagotavljanje temeljne socialne varnosti v kriznih obdobjih izpada drugih virov za življenje;
- zagotavljanje enakih možnosti žensk in moških;
- preprečevanje revščine.

V izvajanje sistema so vključeni:

- država, lokalne skupnosti in institucije socialnega zavarovanja kot regulatorji in financerji,
- javne, zasebne in nevladne organizacije kot izvajalci,
- posamezniki, družina, sorodstvo, organizacije za samopomoč, prostovoljske organizacije in drugi, ki sestavljajo socialna omrežja uporabnikov sistema socialnega varstva, pri programih, namenjenih invalidom, pa še zlasti invalidske in humanitarne organizacije.

Sredstva za plačilo izvajanja storitev in programov zagotavljajo financerji, in sicer: za upravičence do brezplačnih storitev samim izvajalcem, za izvajanje storitev in programov, ki so povezani s plačilom, pa neposredno upravičencem (*op. cit.: 2*).

Glavni cilji so štirje:

- prispevati k večji socialni vključenosti posameznikov in povezanosti slovenske države;
- izboljšati dostop do storitev in programov;
- doseči večjo učinkovitost pri dodeljevanju denarne pomoči ter izboljšati kakovost storitev in programov ter hkrati povečati njihovo ciljno usmerjenost in učinkovitost;

- krepi strokovno avtonomijo, upravljavsko samostojnost in racionalno poslovanje na področju socialnega varstva.

Med strategijami za doseg ciljev najdemo posamezne točke, ki so podlaga za razvoj skupnostne oskrbe:

- razvijati mrežo v skladu s potrebami uporabnikov;
- omogočati in spodbujati pluralnost izvajalcev in vstop novih izvajalcev v sistem socialnega varstva ob poenostavitvi pogojev in postopkov;
- posebej skrbeti za regionalno uravnoveženost ponudbe in možnosti ter uveljaviti sistem pomoči manj razvitim območjem v državi;
- spremeniti sistem financiranja in sredstva za plačljive storitve zagotavljati neposredno uporabnikom;
- uvesti enovit sistem dolgotrajne oskrbe s povezanimi zdravstvenimi in socialnimi storitvami za vse starostne skupine, ki potrebujejo oskrbo;
- prenos izvajalske funkcije na področju socialnovarstvenih zavodov z države na druge subjekte (večja stopnja partnerstva države in lokalnih skupnosti ter civilne družbe in zasebnega sektorja). Zagotavljanje učinkovite pomoči v sistemu socialnega varstva ljudem, ki so pomoči potrebni (tistim, ki so se znašli v socialnih težavah, ali bi vanje lahko zašli brez pomoči);
- individualiziranje izvajanja programov in storitev ter usklajevanje s potrebami uporabnika po sistemu svetovanja in organiziranja pomoči;
- plačevanje dogovorjenih in izvedenih storitev ali programov.

Natančno določeni ukrepi za doseganje posameznih strategij so:

- promovirati dobro prakso modelov skupnostne skrbi in sofinancirati oz. vzpostaviti modele financiranja preventivnih in razvojnih programov, ki zagotavljajo delo z uporabnikom v domačem okolju ali v skupnosti;

- za najmanj eno četrtno uporabnikov v sklopu mreže javne službe institucionalnega varstva odraslih s posebnimi potrebami, ki so bili vključeni v storitev pred letom 2006, do konca obdobja tega NPSV, zagotoviti namestitve zunaj institucije in na podlagi strokovnih analiz organizacijsko ter vsebinsko preoblikovati del zavodov z različnimi skupinami uporabnikov v enovite zavode ali v manjše bivalne enote, pri vseh pa sistematično zagotavljati pogoje za vključevanje v domače okolje;
- projektno preizkusiti model vodenja in spremljanja življenja in dela oseb s posebnimi potrebami v domačem okolju v smislu podpiranja družine in oseb s posebnimi potrebami pri vraščanju v socialno okolje ter pri delu in zaposlitvi v običajnem delovnem okolju;
- v okviru javnih mrež zagotoviti predvsem širitev mreže storitev in programov socialnega varstva, ki omogočajo skupnostno skrb, npr.: pomoč na domu, mobilne pomoči, krizni ali interventni centri, dnevni centri, pomoč na daljavo, organizirano prostovoljstvo, skupine za samopomoč, svetovalne pisarne in zagovorništvo;
- razviti model oskrbe v drugi družini in drugih organiziranih oblikah skupnostne skrbi (za zagotavljanje primerne bivanja in oskrbe za starejše in odrasle osebe, mlajše od 65 let);
- mreže vseh dostopnih programov, storitev in pomoči, namenjenih vsakomur, ki se znajde v socialni stiski ali težavi, bo država vzpostavljala po načelih in vodilih iz tega programa v skladu z gospodarskimi in razvojnimi možnostmi ter ob upoštevanju mednarodnih smernic in priporočil ter podatkov iz razvojno primerljivih okolij. Pri tem bo osnovno vodilo enaka dostopnost teh programov, storitev in pomoči vsem uporabnikom ne glede na materialno sposobnost okolja, v katerem živijo;
- v proces sprejemanja odločitev o vrstah in oblikah pomoči ter programov v okviru javne službe za posebej ranljive skupine prebivalstva bodo prek uporabniških združenj vključeni uporabniki, ki so sposobni predstaviti svoje potrebe in interese. Na tem področju bo država organizirala mreže storitev po načelih javne službe, vendar tako, da bodo uporabnikom zagotovljene pravice do proste izbire, individualnih obravnav, kar največje neodvisnosti od izvajalca, do vpliva na kakovost storitev in do vzpostavitve sistema preglednega merjenja zadovoljstva uporabnikov;

- CSD in specializirani izvajalci bodo okrepili izvajanje prve socialne pomoči za posamezne vrste uporabnikov, zlasti programe pomoči za otroke in družine, starejše ljudi, osebe s posebnimi potrebami in s težavami v duševnem zdravju ter marginalizirane skupine. V ta namen bodo izdelani ustrezni podporni instrumenti in programi;
- vzpostavitev centralne informacijsko-svetovalne točke za starejše, kjer so uporabnikom storitev na voljo ažurne neodvisne informacije o ponudbi ter svetovanje z različnih področij z namenom povečevanja socialne vključenosti;
- z urejenim financiranjem prek CSD kot naročnikovo storitev bomo spodbujali razvoj samostojnih in specializiranih storitev ali programov psihosocialne pomoči družini, temelječih na strokovnem vodenju, učenju socialnih veščin in psihoterapevtskih ponudbah;
- v praksi bomo preskusili model za primernejšo obliko skrbništva (profesionalno skrbništvo) za vse skupine uporabnikov;
- pripravili bomo strategijo varstva starejših in v njenem okviru razvili ter v praksi preizkusili model medgeneracijskih centrov;
- Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve bo javno objavljalo namere o širitvi javne službe ali o predvidenih uvajanjih novih mrež za daljše obdobje in s tem spodbudilo morebitne zasebne ali nevladne izvajalce, da se do razpisa organizirajo in ustrezno pripravijo.;
- mrežo storitev in programov bomo širili s podeljevanjem koncesij ali z verifikacijo programov, tako da bosta tudi še naprej v prvi vrsti zagotovljeni strokovnost in kakovost, zahtevnost postopka pa ne bo ovira za morebitne kandidate iz nevladnih in zasebnih organizacij;
- CSD bodo omogočili, da sodelovanje z zasebnimi ali nevladnimi izvajalci storitev ali posameznih programov uredijo s posebnimi dogovori, ki vključujejo: sistem napotitve z napotnico, spremljanje in nadzor nad izvajanjem programa za posameznega uporabnika;

- sistem financiranja bomo spremenili tako, da bo financer zagotavljal sredstva za brezplačne storitve in programe izvajalcu, za plačljive pa neposredno uporabniku (v denarju ali kot naročilnico), kjer bo to smotrno in racionalno;
- za plačljive storitve bomo z zakonom natančneje določili pravice uporabnika in postopek njihovega uveljavljanja ter uvedli njihovo individualno financiranje, kjer bo to smotrno in racionalno;
- javno mrežo izvajalcev bomo oblikovali tako, da bodo v njej zastopani javni zavodi, zasebniki in nevladne organizacije. Pri javnih zavodih, katerih ustanoviteljica je država, bomo v določenem delu izvedli postopen prenos izvajalske funkcije na druge subjekte, kot so pokrajine, občine, zasebniki in nevladne organizacije;
- na podlagi javnega razpisa bomo pripravili in v praksi preizkusili model postopnega prenosa izvajalske funkcije na področju socialnovarstvenih zavodov (na primeru nekaj domov za starejše, posebnih socialnovarstvenih zavodov za odrasle in varstveno-delovnih centrov) z države na druge subjekte s pogojem, da nov subjekt prispeva k nadaljnjemu razvoju, večji kakovosti in širitvi mreže;
- uvesti sistem plačila oz. doplačila (pod)izvajalcem storitev ali programov za opravljeno delo za uporabnika, ki ga je napotil CSD.

Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010 skupaj z Nacionalnim programom socialnega varstva do leta 2005 postavlja temelje za načrtovanje in izvajanje storitev in programov socialnega varstva po načelih individualizacije, pluralizacije izvajalcev storitev in izbire ter povečuje možnost soodločanja ljudi s težavami v duševnem zdravju pri izvajanju storitev.

1.5.1.5. RESOLUCIJA O NACIONALNEM PROGRAMU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2011–2016 opiše skupnostne oblike obravnave kot organizacijo in mrežo služb v lokalnem okolju, ki omogočajo osebam s težavami v duševnem zdravju kontinuirano zdravstveno obravnavo, nastanitev in zaposlitev ter socialno podporo in vključitev v družbo (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2011–2016 2011: 26). Za to skupino, ki je bila v preteklosti dolgotrajno obravnavana v ustanovah, je treba ustvariti ustrezno mrežo služb v bližini njihovega doma. treba je okrepiti učinkovite modele skrbi, ki lokalno že delujejo na cenovno učinkovit način (*op. cit.*: 27). Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2011–2016 tako postavlja, za podporo osebam s težavami v duševnem zdravju, temeljna izhodišča delovanja in oblikovanja skupnostne obravnave, ko pravi:

- a) »Želimo vzpostaviti delovne skupine, ki bi omogočale intenzivno obravnavo oseb z duševno motnjo v skupnosti, najmanj eno delovno skupino za vsako psihiatrično bolnišnico. Pri skupnostni obravnavi "gre za intenzivno spremljanje, intenzivno zdravstveno in socialno obravnavo in pomoč pri vsakdanjih težavah na uporabnikovem domu, delo z družino in krepitev socialnih veščin" ter nadalje "dostopnost pomoči je 24-urna" (*op. cit.*: 24). V Sloveniji je s privolitvijo takšna obravnava v enoletnem ciklusu že mogoča.
- b) V smeri manj institucionaliziranega bivanja poteka reorganizacija posebnih socialnih zavodov, resolucija podpira programe nevladnih organizacij pri razvoju bivanjskih možnosti v domačem okolju. Podporo je smiselno načrtovati od intenzivne in kontinuirane do samostojne.
- c) Ena od prioritetnih nalog razvoja je zaposlitvena rehabilitacija, zato se zavzema za alternativne oblike rehabilitacije, podporne oblike zaposlitve, supervizijska delovna mesta, skupine za samopomoč, klube in prehodne zaposlitvene programe« (*op. cit.*: 25).
- d) Dalje Resolucija pravi: »Pri depresivnih starejših ljudeh je večje tveganje prezgodnje namestitve v socialno varstvenih zavodih, ker potrebujejo intenzivnejšo in dražjo strokovno pomoč. V Sloveniji je le majhen delež oseb z demenco vključen v institucionalno varstvo, saj potrebe po tovrstnem varstvu že sedaj zelo presegajo razpoložljive možnosti« (*op. cit.*: 33).

Zato se zastavi cilj, da bi dosegli čim enakomernejšo območno porazdeljenost zmogljivosti izvajalcev institucionalnega varstva in povečali zmogljivosti, tako da bomo dosegli pet odstotno vključenost starejših od 65 let (*op. cit.*: 33).

Glede na oceno potreb duševnih motenj v skupnosti so zastavljeni cilji. Mreža izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje v okviru javnih služb, ki sledi ukrepom:

- vzpostavitev mreže koordinatorjev obravnave v skupnosti in mreže koordinatorjev nadzorovane obravnave;
- vzpostavitev oz. usklajeno delovanje služb za rehabilitacijo (medicinska, psihosocialna in poklicna);
- zmanjševanje kapacitet v institucionalni obravnavi in zagotavljanje drugih alternativnih oblik obravnave;
- zmanjševanje kapacitet velikih zavodov za ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju;
- vzpostavitev mreže socialnih in zdravstvenih služb za dolgotrajno podporo v skupnosti;
- vzpostavitev individualiziranih storitev in programov za dolgotrajno in kontinuirano podporo v skupnosti;
- okrepitev mreže vseh izvajalcev storitev;
- razvoj oz. vzpostavitev mreže centrov s kriznimi skupinami za ukrepanje na terenu ob kriznih situacijah in samomorilnem vedenju ter uveljavljanje načel skupnostne psihiatrije;
- okrepitev delovanja služb in programov socialnega varstva na področju duševnega zdravja v okviru centrov za socialno delo, z mrežo koordinatorjev obravnave v skupnosti, mrežo zastopnika pacientovih pravic na področju duševnega zdravja, zagotavljanjem kakovostnih, dostopnih, varnih, stalnih in učinkovitih storitev za osebe s težavami v duševnem zdravju);
- okrepitev dejavnosti programov nevladnih organizacij za programe in storitve na področju duševnega zdravja v lokalnem okolju;
- preoblikovanje posebnih socialnovarstvenih zavodov v skupnostno mrežo služb za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju (oskrbovana stanovanja, zaščitena stanovanja, prehodni stanovanjske skupine, mobilne službe za reševanje stisk);

- vzpostavitev in izboljšanje sodelovanja med službami za zdravstveno in socialno varstvo na področju institucionalnega varstva oseb z duševnimi motnjami (*op. cit.*: 53–63).

1.5.2. ORGANIZACIJA OSKRBE V SKUPNOSTI

1.5.2.1. LOGIKA SMERI SOCIALNOVARSTVENIH STORITEV

Najpogostejše razumevanje »individualne obravnave« ne prepreči utrjevanja institucionalnih pristopov in ni nujno, da zagotovi posamezniku podporo kot meni, da jo potrebuje in želi. »Za nastanek ustrezne podpore je ključnega pomena obseg vpliva, ki ga ima posameznik na načrtovanje, izvedbo, plačilo in oceno prejetih storitev« (Škerjanc 2010: 83–84).

Po ocenah je populacija ljudi, ki bi potrebovali dolgotrajno oskrbo v Sloveniji, okoli 60.000, ocena dejanske populacije pa je od 38.000 do 50.000 upravičencev, saj nekateri, ki bi bili upravičeni do dolgotrajne oskrbe, svoje pravice ne uveljavljajo (Flaker *et al.* 2011: 250).

Iz študije, ki jo je objavila Evropska komisija leta 2006 izhaja, da je leta 2004 potrebovalo dolgotrajno oskrbo v Republiki Sloveniji okoli 58.000 oseb ali približno trije odstotki prebivalstva, to število pa naj bi se do leta 2050 več kot podvojilo oz. naraslo na 135.000 oseb. Skladno z ocenami Evropske komisije bi bilo treba že v letu 2010 v Republiki Sloveniji zagotoviti dolgotrajno oskrbo za okrog 60.000 ljudi. V to število so zajete osebe, ki potrebujejo različen tedenski oz. mesečni obseg pomoči (<http://www.ssz-slo.si/apl/doc/2974AEFF.pdf>).

Področje dolgotrajne oskrbe je v Sloveniji izrazito institucionalno, saj skoraj 40 % ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, živi v socialnih zavodih, 35 % jih prejema le dodatke v obliki denarnih dajatev in le 25 odstotkov ljudi prejema neko obliko skupnostne oskrbe. Od tega jih je petina vključenih v vmesne strukture (dnevni obiskovalci VDC, dnevni center, stanovanjske skupine), več kot tri petine v nizko intenzivne oblike skupnostne oskrbe (osebna pomoč, pomoč na domu, patronažna služba) in manj kot petina v intenzivne oblike skupnostne oskrbe (družinski pomočnik, osebna asistenca) (Flaker *et al.* 2011: 252).

V letu 2010 je v Sloveniji v domovih za starejše, posebnih socialnovarstvenih zavodih in varstveno-delovnih centrih bivalo skupno 22.254 oskrbovancev oz. varovancev. Medtem je bilo dne 1. 12. 2010 le 6.575 uporabnikov pomoči na domu, kar je manj kot 30 % ljudi, ki potrebujejo storitve socialnega varstva. Kljub rasti števila uporabnikov storitve pomoči na domu se še vedno povečuje tudi število ljudi, ki so nameščeni v institucionalno varstvo.

Tabela 1: Oskrbovanci oz. varovanci v javnih socialnovarstvenih zavodih Slovenije, 2009-2011

	2009	2010	2011
Domovi za starejše	16.192	16.666	17.386
Posebni socialno varstveni zavodi	2.500	2.511	2.337
Varstveno-delovni centri	3.038	3.077	3.198
Skupaj	21.730	22.254	22.921

Vir: SURS

Opomba: Podatki domov za starejše in posebnih socialno varstvenih zavodov so za leto 2011 od Skupnosti socialnih zavodov Slovenije.

Graf 1: Število oskrbovancev oz. varovancev socialnih zavodov

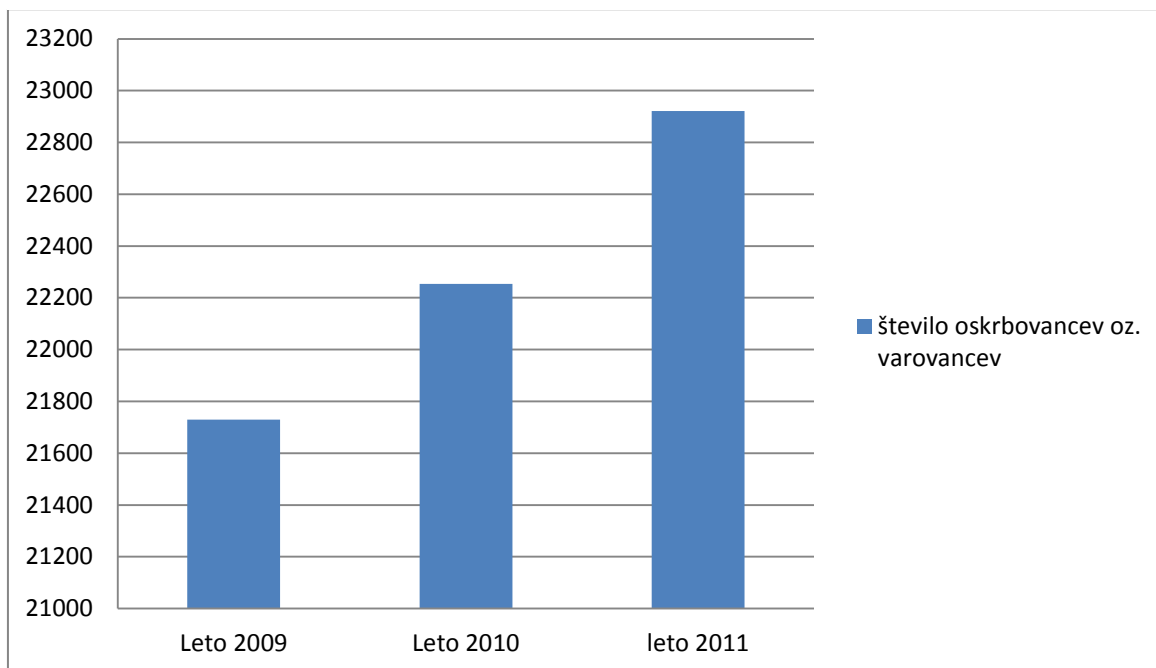


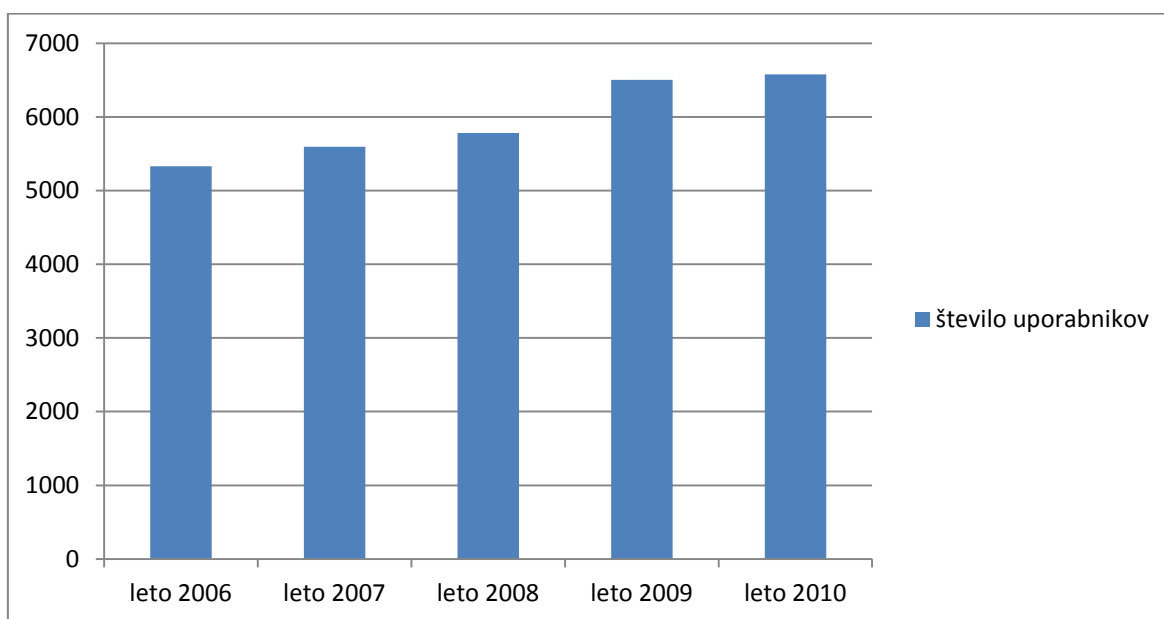
Tabela 2: Število uporabnikov pomoči na domu, 2006-2010

2006 (celo leto)*	2007 (januar–junij)*	2008 (januar– junij)*	2009 (1. 12. 2009)**	2010 (1. 12. 2010)**
5.328,1	5.595,2	5.780	6.502	6.575

* Povprečno število uporabnikov na mesec; ** število uporabnikov na dan 1. 12.

Vir: Nagode, M., Jakob Krejan, P., Smolej, S. (2011), Izvajanje pomoči na domu: analiza stanja v letu 2010: končno poročilo. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.

Graf 2: Število uporabnikov pomoči na domu



Kljub zavzemanju za premike k skupnostni oskrbi ter določitev »obravnave duševnih motenj v skupnosti« kot prednostnega področja v Resoluciji o nacionalnem programu duševnega zdravja 2011–2016 najdemo v drugih nacionalnih dokumentih cilje za povečevanje institucionalne oblike socialnega varstva, predvsem na področju starih in otrok ter mladostnikov z duševno motnjo. Tako v Nacionalnem poročilu o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008–2010 pod enajsto točko glavnih trendov najdemo zapis:

»Demografske spremembe se kažejo v staranju prebivalstva (podaljšuje se življenjska doba, delež prebivalcev starejših od 65 let presega delež prebivalcev mlajših od 15 let), kar zahteva ustrezno prilagajanje obsega oskrbe za starejše. S staranjem prebivalstva narašča tudi število ljudi z invalidnostjo. Institucionalno varstvo starejših ljudi opravljajo predvsem domovi za starejše, ki so praviloma javni socialnovarstveni zavodi (60 izvajalcev) ter opravljajo dejavnost socialnega varstva nepridobitno, kot javno službo. Povečuje pa se tudi število tovrstnih zasebnih ustanov – koncesionarjev. Njihovo število se je od leta 2005 do leta 2007 povečalo za 28,57 %, iz 14 na 18 izvajalcev. V zadnjem času se veliko pozornosti namenja podeljevanju koncesij za izvajanje institucionalnega varstva in vzpostavljanju ureditve za krepitev javno-zasebnega partnerstva, s katerimi bi se dostopnost ustrezno izboljšala.«

Dalje v Nacionalnem poročilu o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008–2010 v nacionalnem akcijskem načrtu za socialno vključevanje pod točko zagotavljanja namestitve za ranljive skupine piše:

«V prvi polovici leta 2008 se je na podlagi javnega razpisa za podelitev koncesije za opravljanje socialno varstvene storitve vodenja in varstva ter zaposlitve pod posebnimi pogoji ter institucionalnega varstva zagotovilo 100 novih mest in sicer 50 mest za dnevno varstvo (izvajanje te oblike oskrbe bremeni republiški proračun) ter 50 mest za institucionalno varstvo v VDC (izvajanje te oskrbe bremeni uporabnike in občine)» (Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008–2010, 2008: 15).

V Sloveniji je okrog 500 otrok in mladostnikov z zmerno, težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju. Ti otroci in mladostniki so obravnavani v socialnovarstvenih zavodih za usposabljanje, ki opravljajo storitev institucionalnega varstva. S to storitvijo se delno ali v celoti nadomešča ali dopolnjuje funkcijo doma in lastne družine skozi voden in organiziran program socialnega varstva, program vzgoje, izobraževanja in usposabljanja ter program zdravstvenega varstva. Storitev je v celoti financirana iz proračuna Republike Slovenije (v letu 2008 je zagotovljenih dobrih 12 mio EUR) (*ibid*).

S strani Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve je bil avgusta 2007 v Uradnem listu objavljen razpis za podelitev koncesij za 1200 mest, ki je bil oktobra 2007 dopolnjen za dodatnih 400 mest za institucionalno varstvo (socialna oskrba z namestitvijo) starostnikov za leto 2008, 2009 in 2010, s katerim naj bi se zagotovila dodatna mesta, ki so nujno potrebna glede na demografska gibanja in trende na področju dolgotrajne oskrbe. V sodelovanju z lokalnimi skupnostmi, in sicer na podlagi javno zasebnega partnerstva, se bodo zagotovile širitve kapacitet v obstoječih zavodih. V letu 2007 je pristojno ministrstvo izdalo soglasje za takšno širitev na dveh lokacijah, v letu 2008 pa za širitev na štirih lokacijah. Skupno število dodatnih kapacitet, ki so zagotovljene na takšen način, je več kot 400 mest. Poleg obeh opisanih načinov se je v širitev kapacitet domov za starejše vključil Nepremičninski sklad pokojninsko-invalidskega zavarovanja, ki je zagotovil v obdobju do leta 2010 nove kapacitete na treh lokacijah, skupno pa bo na ta način zagotovljenih 204 novih mest (*op. cit.*: 19).

Kljub temu je glavni cilji zasledovanje *Nacionalne resolucije o socialnem varstvu* in med cilji za boljšo dostopnost do storitev je tudi naslednja točka.

Vključevanje ranljivih skupin oz. oseb s posebnimi potrebami v socialno varstvene storitve s posebnim poudarkom na razvoju inovativnih oz. alternativnih oblik storitev, kar je tudi poseben cilj NPSV, s pomočjo podelitve koncesij na področju socialnega varstva, in sicer:

- institucionalno varstvo odraslih oseb z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju; (172 mest);
- inovativni projekti na področju institucionalnega varstva starejših (150 mest);
- institucionalno varstvo odraslih oseb, ki imajo težko gibalno in senzorsko motnjo ter poškodbo glave (44 mest);
- institucionalno varstvo v drugi organizirani obliki z bivanjem zunaj institucij na podlagi individualnega paketa storitve (50 mest);
- institucionalno varstvo v bivalni enoti za paliativno oskrbo (tri enote po 9 mest) (Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008–2010, 2008: 24).

Vidimo, da je kljub zavzemanju za alternative oblike storitev, število mest za obravnavo na podlagi individualnega paketa storitve in bivanje v skupnosti neprimerno manjše, kot število mest namenjeno oblikam socialnega varstva v institucijah. Razlika je 316 mest oz. 86 % mest v prid institucionalni obliki varstva, ob predpostavki, da izvzamemo paliativno oskrbo.

V Sloveniji kljub podlagam v nacionalnih dokumentih, ki postavljajo izhodišča za alternativne oblike socialnega varstva in skupnostno oskrbo, so težnje k institucionalizaciji posameznih skupin ljudi še vedno močne. Tako osebe s težavami v duševnem zdravju, starejši, otroci in mladostniki s težjo in težko motnjo v duševnem razvoju ter osebe s težko gibalno in senzorno motnjo ter poškodbo glave ostajajo glavna ciljna skupina institucionalne oblike socialnega varstva.

1.5.2.2. KJE SMO ZDAJ?

S sprejetjem Zakona o duševnem zdravju, Resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010, Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2001–2016, so se premiki na področju zdravstvenega in socialnega varstva. Prizadevanja prinašajo dva nova instituta, koordinatorja obravnave v skupnosti in zastopnika pravic oseb na

področju duševnega zdravja, ki jih je uvedlo Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Ministrstvo za zdravje je uvedlo modele skupnostne psihiatrične obravnave, ki se trenutno izvajajo v štirih psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji: Psihiatrična klinika Ljubljana, Psihiatrična bolnišnica Idrija, UKC Maribor - Oddelek za psihiatrijo in Psihiatrična bolnišnica Ormož. Z uvedbo teh novosti lahko ljudje s težavami v duševnem zdravju dobijo pomoč pri vključevanju v domače okolje.

»Pri načrtovanju in vodenju skrbi za ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi težavami so ključne ovire primanjkljaji sredstev in storitev v sistemu, ki ne omogočajo uresničevanje vseh zastavljenih ciljev v individualnem načrtu. Pomanjkanje sredstev za izvedbo načrtov se je najpogosteje pokazalo na področju urejanja stanovanjske problematike, urejanja zaposlitve, preživljanju duševnih kriz izven bolnišnice in na videz nepomembnih vsakdanjih potrebah in željah. Tako so morali uresničevati le tiste potrebe, za katere je namenila sredstva država, saj so imeli ljudje prenizke dohodke, da bi jih zadovoljevali sami (Oreški v Škerjanc 2010: 113–114).

Začeli so se posamezni projekti in alternativni poskusi na področju skupnostne oskrbe, kot je eksperiment Fakultete za socialno delo (Univerza v Ljubljani) in Inštituta Republike Slovenije za socialno varstvo *Individualiziranje financiranja socialnovarstvenih storitev* ter programa *Vzpostavljanje oskrbe v skupnosti (VOS)* in *Prehodne stanovanjske skupine*, ki ju izvaja Agencija za individualno načrtovanje, posredovanje in koordiniranje socialnih storitev. Kljub pomanjkljivi skupnostni oskrbi se je iz zavoda Hrastovec do danes izselilo več sto ljudi.

1.5.3. OPIS SLUŽB

V Sloveniji je oskrba razdeljena na tri glavne izvajalce:

- javne službe socialnega varstva,
- javne službe s področja zdravstvenega varstva,
- nevladne organizacije s področja duševnega zdravja in drugih področij pomoči ranljivim skupinam ljudi.

1.5.3.1. JAVNE SLUŽBE SOCIALNEGA VARSTVA

Javne službe socialnega varstva obsegajo 62 centrov za socialno delo, ki opravljajo naloge in storitve, ki jih je Skupnost centrov za socialno delo določila v Katalogu javnih pooblastil, nalog po zakonu in storitev, ki jih izvajajo CSD. Osnovne naloge centra za socialno delo so:

- varstvo otrok in družine,
- varstvo otrok,
- varstvo odraslih,
- denarne socialne pomoči,
- starševsko varstvo in družinski prejemki,
- koordinacija,
- storitve (socialna preventiva, prva socialna pomoč, osebna pomoč, pomoč družini za dom, pomoč družini na domu, vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji, oprostitve pri plačilu storitev).

Programi, ki jih dodatno izvajajo nekateri centri za socialno delo so:

- materinski domovi,
- varne hiše,
- krizni centri za otroke in mladostnike,
- krizni centri za ženske in odrasle žrtve nasilja,
- pomoč na domu,
- zavetišča za brezdomce,
- javne kuhinje.

Storitve, ki so namenjene oskrbi v skupnosti, so predvsem koordinacija obravnave v skupnosti, prva socialna pomoč, osebna pomoč, pomoč družini na domu in pomoč na domu.

Določene socialno varstvene storitve v okviru javne službe opravljajo še centri za pomoč na domu oz. zavodi za oskrbo na domu ter celo socialnovarstveni zavodi. Pomoč na domu zajema:

- pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih (pomoč pri oblačenju, hranjenju, umivanju),
- gospodinjska pomoč (priprava obroka, nakupovanje živil, pomivanje, pospravljanje, čiščenje),

- pomoč pri ohranjanju socialnih stikov (vzpostavljanje ohranjanje socialne mreže s svojci, prostovoljci, spremljanje po opravkih).

Pod okrilje Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve spada tudi imenovanje zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja. Vsak zastopnik je imenovan za področje dveh psihiatričnih bolnišnic. V sklop njegovih nalog pa spada:

- osebo na primeren način informira o pravicah (dopisovanje, uporaba e-pošte, pošiljanje in sprejemanje pošilk, uporaba telefona, sprejem obiskov, gibanje),
- osebi daje konkretne nasvete in pojasnila glede uveljavljanja pravic,
- osebi svetuje glede uveljavljanja pravic,
- prizadeva si za spoštovanje pravic oseb,
- preverja:
 - ali se za osebo vodi evidenca o omejevanju pravic, ki jih določa Zakon o duševnem zdravju;
 - ali se za osebo vodi evidenca o uporabi posebnih varovalnih ukrepov, ki jih določa Zakon o duševnem zdravju;
 - ali se za osebo vodi evidenca o zdravljenju s posebnimi metodami zdravljenja, ki jih določa Zakon o duševnem zdravju;
- predlaga izvedbo upravnega nadzora nad odreditvijo in izvedbo posebnega varovalnega ukrepa,
- druge naloge po pooblastilu osebe s težavami v duševnem zdravju.

1.5.3.2. JAVNE SLUŽBE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Javne službe zdravstvenega varstva, ki pomagajo ljudem s težavami v duševnem zdravju pri bivanju v skupnosti, so:

- izbrani splošni osebni zdravnik,
- dežurni zdravnik splošne nujne medicinske pomoči,
- specialisti psihiatri,

- specialist klinični psiholog,
- psihoterapevti,
- patronažna služba,
- skupnostna psihiatrična obravnava.

Vse posamezne službe delujejo v okviru zdravstvenih domov in zdravstvenih postaj po državi, v obeh univerzitetnih kliničnih centrih, splošnih bolnišnicah, psihiatričnih bolnišnicah in službah nujne pomoči.

K mreži izvajalcev zdravstvenih storitev lahko prištejemo tudi zasebnike s koncesijsko in samoplačniško dejavnostjo, čeprav ne spadajo v javno mrežo, ki jo uravnava država, saj morajo pri opravljanju dejavnosti zadostiti posameznim strokovnim standardom, normativom in predpisom.

Ljudje s težavami v duševnem zdravju lahko pomoč poiščejo tudi pri varuhu bolnikovih pravic.

1.5.3.3. NEVLADNE ORGANIZACIJE S PODROČJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Nevladne organizacije s področja duševnega zdravja in drugih področij pomoči ranljivim skupinam ljudi v okviru obravnave v skupnosti opravljajo javne socialno varstvene programe med katerimi velja posebej omeniti:

- program svetovalno-informativnih pisarn,
- programe dnevnih centrov,
- programe stanovanjskih skupin,
- programe združenj svojcev oseb z duševno motnjo,
- prostovoljstvo,
- program telefona za pomoč v stiski,
- zavetišča,
- javne kuhinje,
- ambulate za ljudi brez zdravstvenega zavarovanja,
- programe socialne vključenosti,

- zaposlitveno rehabilitacijo.

Najpomembnejše organizacije, ki delujejo na področju duševnega zdravja v Sloveniji, so:

- Društvo Altra, odbor za novosti v duševnem zdravju,
- Novi Paradoks, Slovensko društvo za kakovost življenja,
- Društvo Ozara Slovenija, Nacionalno združenje za kakovost življenja,
- Šent, Slovensko združenje za duševno zdravje,
- Vezi, Društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa.

Sicer obstajajo še druge službe pomoči, ki pa niso neposredno vezane na oskrbo v skupnosti, ampak imajo bolj specifično ali splošno vlogo pri pomoči ljudem. Te so lahko javne službe pod pokroviteljstvom države, kot so Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje, Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, šole, svetovalni centri za otroke in mladostnike, občine ali službe drugih nevladnih organizacij, društev, skupin za samopomoč, kot so anonimni alkoholiki, društva invalidov, mladinski informacijski centri, študentske svetovalnice, brezplačni pravno-informacijski centri, društva namenjena pomoči pri motnjah hranjenja. Osebe s težavami v duševnem zdravju lahko pomoč poiščejo tudi pri varuhu človekovih pravic.

Izobraževalno raziskovalni inštitut Ljubljana že nekaj let zapored izdaja knjižico *Kam in kako po pomoč v duševni stiski* avtorjev Suzane Oreški, Mojce Z. Dernovšek in Igorja Hrasta.

1.6. NOVOSTI OSKRBE V SKUPNOSTI

1.6.1. NEPOSREDNO FINANCIRANJE

V začetku leta 2003 je Fakulteta za socialno delo (Univerza v Ljubljani) v sodelovanju z Inštitutom Republike Slovenije za socialno varstvo začela s projektom »Individualiziranje financiranja socialnovarstvenih storitev«, ki ga je naročilo Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Konceptualno je eksperiment temeljil na paradigmatskih spremembah strokah v zadnjih desetletjih, predvsem socialnega dela, ter hkrati tudi na nacionalnih dokumentih in osnutkih zakonov (Flaker *et al.* 2007: 8).

Projekt je bil namenjen ljudem, ki potrebujejo organizirano in kontinuirano dolgotrajno pomoč, in je v neformalnih mrežah ne morejo najti. »To so lahko ljudje s senzorno ali gibalno oviro, ljudje s težavami v duševnem zdravju, ljudje, ki so opredeljeni kot duševno prizadeti oz. ki potrebujejo kontinuirano pomoč zaradi starosti ali dolgotrajen bolezni« (*op. cit.*: 14).

Paradigmatski premiki, ki so jih povzročile različne družbene spremembe (demografske, tehnološke, družbena gibanja, dezinstitutionalizacija, človekove pravice) in se kažejo v načrtovanju ukrepov in storitev za ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno, organizirano in kontinuirano pomoč, so:

- uvajanje skupnostnega modela oskrbe,
- premik moči k uporabniku,
- individualizacija,
- kontekstualizacija,
- integracija in koordinacija storitev,
- preglednost in učinkovitost poslovanja.

Izhodiščni dokument, ki je bil podlaga za eksperiment, je Nacionalni program socialnega varstva do leta 2005 je bil podlaga za eksperiment. Predvideva namreč načrtovanje sistemov in storitev na načelih individualizacije, transparentnostjo porabo sredstev, pluralizacijo izvajalcev ter večji obseg izbire in soodločanja pri izvajanju storitev. Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010, pa hkrati še eksplicitno predvideva uvajanje neposrednega plačevanja dolgotrajne oskrbe, individualizacijo plačevanja storitev in pluralizacijo izvajalcev.

Neposredno financiranje pomeni, da uporabnik neposredno plačuje prejete storitve ali usluge s sredstvi, ki jih od države prejem prav za ta namen. Pri tem se sam odloča in izbira storitve glede na svoje potrebe, želje in cilje.

V projektu je sodelovalo več akterjev, posameznikov in organizacij:

- naročniki so organizacije, ki delujejo praviloma na državni ravni, in imajo interes za izvedbo projekta (MDDSZ),
- raziskovalne organizacije (FSD, IRSSV),
- občine,

- centri za socialno delo,
- zavodi, ki izvajajo storitve uporabnikom projekta (VDC, socialni zavod, zavod za oskrbo na domu, psihiatrična bolnišnica),
- nevladne organizacije,
- skupine ljudi, kot so uporabniki, svojci in druge bližnje osebe (52 oseb),
- organi projekta,
- druge osebe, ki niso vključene v kakšno skupino ali organizacijo (načrtovalke, koordinatorji).

Med organi je bilo pet ključnih akterjev (MDDSZ, FSD, IRSSV, ZHT, Agencija IN).

Tabela 3: Časovni pregled eksperimenta "Individualiziranje financiranja socialnovarstvenih storitev."

Leto	Poglavitni dogodki
2003	Začetek projekta – konceptualna zasnova in izbor metodologije
2004	Organizacijske priprave – postavljanje organizacijskih in formalnih okvirjev
2005	Zastoj projekta, pogajanje in vključitev prve uporabnice
2006	Načrtovanje in potrjevanje načrtov
2006	Odstop ZHT
2006	Ustanovitev Agencije IN
2006	Prva nakazila
2007	Prijava Agencije IN na razpis MDDSZ in pridobitev sredstev, zaposlitev delavk Agencije IN
2008	Pridobitev stanovanja pri JSS MOL
2008	Zapleti s CSD
2008	Prijava na komisiji za preprečevanje korupcije, obisk inšpektorja
2009	Zaključek projekta in začetek medijske kampanje za projekt
2009	Zagotovitev izvajanja paketov do 2011
2010	IZ-HOD

1.6.2. AGENCIJA IN

Agencija za individualno načrtovanje, posredovanje in koordiniranje socialnih storitev (Agencija IN) je zasebni neprofitni zavod, ki deluje na področju skupnostnega socialnega dela in duševnega zdravja v skupnosti. Ustanovljena je bila zaradi projekta »Individualiziranje financiranja socialnovarstvenih storitev«, ki ga je po naročilu Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve izvajala Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani v sodelovanju z Inštitutom Republike Slovenije za socialno varstvo od leta 2003. Namen projekta je bil preizkusiti način individualnega in neposrednega financiranja (Flaker *et al.* 2007: 4). Ustanovili so ga uporabniki in sodelavci projekta »Individualiziranje financiranja socialnovarstvenih storitev« ter v aktu o ustanovitvi zapisali:

Namen zavoda je ljudem v socialni stiski omogočiti načrtovanje, dostop, koordiniranje in izvajanje storitev, ki bodo najbolj ustrezen odgovor na njihove potrebe in življenjsko situacijo. Zavod bo ponujal uporabnikom storitve individualnega načrtovanja, koordiniranja in posredovanja storitev, zlasti na področju socialnega varstva.

V ta namen bo zavod izvajal naslednje dejavnosti:

- izdelovanje individualnih načrtov,
- koordiniranje storitev;
- posredovanje storitev (spremstvo, družabništvo, svetovanje, pomoč v gospodinjstvu, prevoze in tudi bolj strokovno zahtevne storitve);
- ustvarjanje in podpiranje mreže ljudi in organizacij, ki sodelujejo pri izdelavi in izvajanju individualnega paketa storitev (IPS);
- podpora uporabnikom pri zagotavljanju pravic (zagovorništvo).

Ob teh osnovnih dejavnostih bo zavod sodeloval pri uvajanju, razvijanju, promociji in raziskovanju metod individualnega načrtovanja, koordiniranja storitev in individualnega financiranja in drugih s tem povezanih procesov. Interesnim skupinam uporabnikov, svojcev in izvajalcem storitve bo zagotavljal podporo in pomoč, da bi kolektivno bolje artikulirali svoje interese in potrebe. Zavod bo za potrebe posameznih ustanov izvajal ugotavljanje potreb, načrtovanje storitev in programov ter spodbujanje in organiziranje skupnostnih akcij (Flaker *et al.* 2007: 121).

Agencija IN trenutno izvaja dva programa:

- a) Prehodna stanovanjska skupina (PSS), ki je namenjen posameznikom, ki se želijo preseliti iz socialnovarstvenega zavoda ali druge oblike institucionalnega bivanja v skupnost in pri tem potrebujejo organizirano ter kontinuirano podporo pri navajanju na samostojno življenje in življenje v skupnosti. V prehodni stanovanjski skupini imajo ljudje zagotovljeno bivanje šest mesecev oz. se to lahko podaljšuje do zagotovljene druge oblike bivanja. Pri tem je uporabnikom na voljo učenje osnovnih življenjskih spretnosti za lažji prehod na samostojno življenje. Vse storitve so individualizirane. Program uresničuje cilje Resolucije nacionalnega programa socialnega varstva 2006–2010, z uvajanjem novih rešitev in modelov oblik skupnostne skrbi. Povprečna vključenost v program prehodne stanovanjske skupine je 280 ur mesečno.
- b) Vzpostavljanje oskrbe v skupnosti (VOS), ki je namenjen zagotavljanju oskrbe stanovalcem posebnih socialnovarstvenih zavodov in stanovanjskih skupin, ki se želijo preseliti v samostojna stanovanja in stanovanjske skupine, vendar jim njihova oskrba ne zadostuje. Ljudje, ki želijo zaživeti samostojno, in pri tem imeti kontinuirano in koordinirano podporo pri življenju v skupnosti, vključevanju v vsakdanje življenje, pridobivanju stanovanja, organizaciji oskrbe in izvajalcih oskrbe. Program je osnovni temelj dezinstitutionalizacije in želi spodbujati razvoj in vzpostavljanje službe različnih storitev po Sloveniji. Povprečna aktivne vključenost v program enega uporabnika je 280 ur mesečno.

Pomembno vlogo pri delovanju Agencije ima gibanje Iz-hod, saj so se udeleženci gibanja (nekdanji stanovalci zavodov) vključili v programe Agencije kot uporabniki storitev.

V Agencijo se vključujejo posamezniki, ki se želijo preseliti iz različnih socialnovarstvenih zavodov v skupnost in pri tem potrebujejo podporo ter posamezniki, ki potrebujejo določene socialne storitve, npr.: družabništvo, svetovanje, spremstvo, organizacija kriznega tima, koordinacija in načrtovanje (<http://www.agencijain.si/index.php/programi/pss>).

1.6.3. IZ-HOD

IZ-HOD je bil pohod, ki se je od 18. julija do 24. avgusta 2010 odvijal po Sloveniji. Njegov glavni namen je bil opozoriti na prevladujočo institucionalizacijo storitev socialnega varstva v Sloveniji. Njegova značilnost je bila raznolikost in neformalna pripadnost udeležencev, ki so skupaj hodili, se pogovarjali, se organizirali v akcijske skupine (lokalne skupine, skupinsko zagovorništvo, mediji in promocija, spletna stran, logistika, film, pisanje), izvedli razne dogodke (diskusije, umetnost, zabava ...) v posameznih krajih skozi katere so hodili.

Izhod se je začel v Hrastovcu, ki je dolga leta slovel kot zadnja postaja institucionalizacije v Sloveniji in kraj, kjer se je ob koncu 80-ih let prejšnjega stoletja začel proces dezinstitutionalizacije. Pohod je bil dolg 677 km, razdeljen na 33 etap in je trajal 37 dni. Končal se je v Ljubljani, z jasnim sporočilom, da ljudje iz obrobja pridejo v center. Na poti so obiskali več ustanov, ki predstavljajo simbole zapiranja, to so vse psihiatrične bolnišnice (Maribor, Ljubljana, Idrija, Ormož, Vojnik, Begunje) in posebni zavodi (Hrastovec, Sevnica, Lukavci, Grmovje, Ponikve, Dutovlje, Petrovo Brdo), nekaj zavodov za usposabljanje (Dornava), domovi za stare (Slovenskih Konjicah), za mladino in otroke (Radeče, Planina) za tujce (Postojna) in druge v Sloveniji (Dob).

Posebej so povabili ljudi, ki v teh ustanovah bivajo, ter jim nudili pomoč pri udeležbi na pohodu (prevoz, zagovorništvo). Posebej so se posvetili tudi tistim, ki se jim niso mogli pridružiti, zato so zapisali njihove želje, pomagali pri preselitvi in možnosti življenja izven ustanove v skupnosti. IZ-HOD je bil kritika ideje totalne ustanove in zapiranja, ne pa zaposlenih v ustanovi. Tudi njih so povabili k udeležbi ter jih tako spodbudili, da se jim pridružijo pri spremembah dezinstitutionalizacije in dela v skupnosti (<http://www.iz-hod.info>).

Iz manifesta IZ-HOD-a vidimo razloge, ki so spodbudili takšno akcijo:

- da bi opozorili javnost na obstoj ustanov za dolgotrajno zapiranje;
- da bi spodbudili ustanove k preobrazbi v človeku prijazne skupnostne službe;
- da bi povabili ljudi, ki živijo v ustanovah, da se nam pridružijo in preselijo v skupnost;
- da bi raziskali razloge, zakaj ustanove še vedno obstajajo;

- da bi spodbudili ljudi (tako strokovnjake kot navadne državljane), da sprejmejo povratnike iz ustanov in da ljudi ne pošiljajo več vanje;
- da bi pomagali tistim na oblasti, ki podpirajo dezinstitucionalizacijo in razvoj skupnostne oskrbe, in kritizirali tiste, ki to zavirajo;
- da bi prispevali k temu, da se zakoni, ki urejajo pomoč ljudem, napišejo, uveljavijo ali spremenijo (<http://www.iz-hod.info/prva-stran/manifest-iz-hoda>).

1.6.4. GIBANJE 15o

Gibanje 15o se je razvilo po vzoru protestov in gibanj v tujini predvsem pred Wall Streetom. Gibanje je 15. oktobra 2011 začelo s protestom pred Ljubljansko borzo, ki so ga poimenovali Boj Za. S protestom pred borzo so želeli pokazati nasprotovanje sistemu finančnega kapitalizma, ki ne nudi možnosti za generiranje družbenega bogastva. Finančni trgi in institucije so tisti, ki s slabim neracionalnim upravljanjem skupnega bogastva povzročajo financinalizacijo, ki prinaša tveganja eksistencialne varnosti in množično izključenost. S pritiski na politiko reševanja bank in drugih finančnih institucij želi gibanje spremembo modela financiranja ekonomije, tako da bo šlo skupno proizvedenega bogastva za financiranje skupne blaginje (znanja, zdravja, kulture, sociale ...). Gibanje 15o je organizirano kot srečanje skupščin, kjer vsi zainteresirani izrazijo svoja stališča, mnenja in se dogovarjajo o organiziranju in vsebini programov. Spletna stran Gibanja 15o je pomemben vir informacij o dogodkih, ki so namenjeni projektu, ki se zavzemajo za družbene spremembe in ohranjanje blaginje (<http://www.15o.si/index.php/sl/pogosta-vprasanja-faq>).

Kljub temu, da mu širša javnost ni preveč naklonjena, je Gibanje 15o pomemben podpornik pri prizadevanjih za spremembe v duševnem zdravju, vključevanju ranljivih skupin v družbo, opozarjanje na izkoriščanje in slab socialni položaj posameznih ranljivih skupin (tuji delavci, brezdomci, istospolne družine ...) ter nasprotovanju posameznim varčevalnim ukrepom vlade, ki slabšajo položaj študentov, delavcev, ki niso zaposleni za nedoločen čas, družin in drugih ranljivih skupin.

Pomembni dogodki, ki jih je podprlo gibanje 15o, opozarjajo in se zavzemajo za spremembe na področju duševnega zdravja, skupnostne oskrbe, neposrednega financiranja in individualiziranih paketov storitev:

- a) Boj Za in vprašanja za psihiatre (in druge delavce v službah duševnega zdravja);
- b) posvet za spremembe v duševnem zdravju, ki je potekal 6. februarja 2012 ob 12. uri v Mariboru v Pekarni – dvorana Gustaf, namenjen psihiatrom, psihologom, socialnim delavcem in ostalim strokovnjakom na področju duševnega zdravja;
- c) »Mi vsi smo Mijo Poslek.« – Dokapitalizacija skupnosti – Direktno socialno delo in predstavitev IZ-HOD-a 13. 4. 2012 na MDDSZ;
- d) blokupacija MDDSZ in delavnice na različne teme:
 - nove pravice ljudi na področju duševnega zdravja, dne 28. 6. 2012,
 - delavnica *Hitra ocena potreb in storitev* – raziskovanje potreb po pomoči v vsakdanjem življenju uporabnikov s težavami v duševnem zdravju, dne 29. 6. 2012,
 - delavnica *Krepitev skupnosti v sistemu socialnega varstva*, dne 29. 6. 2012,
 - delavnice za stanovalce socialno varstvenega zavoda Hrastovec, v Hrastovcu, dne 30. 6. 2012.

2. OPREDELITEV PROBLEMA

Po pravicah v Zakonu o duševnem zdravju lahko dobi uporabnik podporo in pomoč pri tistih življenjskih potrebah, ki mu omogočajo čim bolj stabilno življenje v skupnosti oz. domačem okolju.

Odločili smo se, da bomo izvedli hitro oceno potreb in storitev na področju vsakdanjega življenja. Opravljanje vsakodnevnih aktivnosti je namreč ena temeljnih dejavnosti, ki jih vsakodnevno tudi izvajamo, ko živimo samostojno življenje. To so vsakodnevne navade, običaji, rutine, ki nam omogočajo samostojno življenje. Vsakdanje rutine, potek dneva, prekinitve ali okrepitve dejavnosti nam dajejo socialni občutek življenjskega ritma, samega sebe in pripadanja okolju v katerem živimo (Flaker *et al.* 2008: 84).

Vsakdanje rutine ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, se razlikujejo običajnih dnevnih rutin ostalih ljudi. V njihovem vsakdanjiku se zvrstijo različni ljudje, ki jim pomagajo (sorodniki, strežniki, oskrbovalci, dostavljavci hrane ...). Običajni dnevni scenariji so razdeljeni na časovne enote, ki jih konstruirajo gospodinjski dogodki: zajtrk, nakupovanje, kosilo, čas za druženje, obisk, delo, popoldanski počitek, večerni ritual. Tako imajo npr. zdravniki prav posebno mesto. Ljudje, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, jih vsakodnevno potrebujejo, zato je jemanje zdravil opravljanje ene od nujnih dnevnih nalog (*op.cit.*: 196–197).

Na področju vsakdanjih potreb so ljudje, vključeni v obravnavo skupnosti v osebnih načrtih, izražali največjo potrebo po podpori.

Odločitev uporabnika, da se vključi v obravnavo v skupnosti, mu predvsem zagotavlja, da ima po zaključenem zdravljenju v bolnici kontinuirano, koordinirano in individualnim potrebam prilagojeno pomoč in podporo (Flaker 2010). To mu zagotavlja bivanje v domačem okolju, možnosti sprememb, izboljšanja njegove življenjske situacije in mu s tem tudi prepreči namestitve in bivanje v institucionalni obliki. Uporabnik po potrebi prejme na dom pomoč javnih, zasebnih in nevladnih organizacij.

Uveljavljanje pravice do pomoči in podpore v vsakdanjem življenju je povezano s tremi ključnimi vprašanji:

1. Kakšno in koliko pomoči in podpore v vsakdanjem življenju potrebujejo ljudje s težavami v duševnem zdravju?
2. Katere storitve pomoči in podpore so že na voljo ljudem s težavami v duševnem zdravju?
3. Kakšne storitve pomoči in podpore ter v kakšnem obsegu bi ljudje s težavami v duševnem še potrebovali?

Odgovore na raziskovalna vprašanja smo iskali v mariborski regiji.

3. METODOLOGIJA

3.1. VRSTA RAZISKAVE

Raziskava je eksplorativna ali poizvedovalna in je akcijske narave. Raziskovali smo stvarne probleme ljudi in njihovo razumevanje položaja. Zbirali smo podatke o potrebah po pomoči in podpori v vsakdanjem življenju ljudi s težavami v duševnem zdravju ter podatke o izvajalcih te pomoči in podpore. Pri raziskovanju smo uporabili več različnih postopkov zbiranja podatkov. Podatke iz dostopnega spisnega gradiva smo dopolnjevali s podatki s terena (Mesec 1997:37).

Raziskovalna usmeritev je induktivna, saj smo iz majhnega števila zbranih primerov skušali pridobljene podatke povezati in razširiti na celotno področje duševnega zdravja v mariborski regiji in Sloveniji. To je pomenilo, da smo na podlagi izraženih potreb ljudi po metodi induktivnega sklepanja, postavili in oblikovali ugotovitve o vrstah in količini potreb po pomoči in izvajalcev storitev v mariborski regiji (Flaker *et al.* 2005:9).

Gre za akcijsko raziskovanje, saj je povezano z reševanjem socialnih in razvojnih problemov skupnosti, torej spreminjanja praks in odkrivanjem novega vedenja. Potekalo je v akcijsko raziskovalni skupini Hitre ocene potreb in storitev, ki smo jo organizirali na Centru za socialno delo Maribor na področju koordinirane obravnave v skupnosti. Akcijsko raziskovanje zmanjša časovno-prostorsko-socialno razdaljo med nosilci vlog (uporabniki in raziskovalci), saj sledi »akcijskoraziskovalni spirali«. To pomeni spremljanje zaporedja faz načrtovanja, akcije, evalvacije in načrtovanje novega koraka. (Mesec 2007:169-172) Želeli smo doseči premike v skupnostni oskrbi, spodbuditi sodelovanje med različnimi službami in med uporabniki in skupnostjo. Prav tako smo želi opozoriti na posamezne pomanjkljivosti ter pozvati uporabnike, prostovoljce, strokovne delavce, službe in širšo javnost k iskanju in sooblikovanju novih rešitev.

Glede na vrsto zbiranja podatkov je raziskava kvalitativna z elementi kvantitativne raziskave, saj smo operirali z besednimi opisi, hkrati pa smo pridobivali tudi številčne podatke o izvajalcih in vključenosti uporabnikov v programe pomoči in podpore (Mesec 1997: 40).

Raziskava je empirična, saj smo zbirali novo neposredno izkustveno gradivo s spraševanjem (*ibid.*).

Vprašanja, ki smo jih postavljali, so bila odprtega tipa. Osnovno gradivo so besedni opisi, izjave intervjuvancev in izjave udeležencev fokusnih skupin ter zapisi iz individualnih načrtov.

Spremenljivk nismo posebej definirali, ampak smo se oprli na elemente teme, ki nas je zanimala (*op.cit.*: 1–7).

3.2. VIRI PODATKOV IN ZBIRANJE PODATKOV

3.2.1. VIRI PODATKOV

Pri izdelavi raziskave smo podatke pridobivali v okviru naloge koordinirane obravnave v skupnosti v Centru za socialno delo Maribor.

Naloga je regijska, saj ne vključuje zgolj krajevne pristojnosti enega centra za socialno delo, temveč zajema krajevne pristojnosti petih centrov za socialno delo: Maribor, Pesnica, Ruše, Slovenska Bistrica, Lenart, v katerih smo zbirali podatke.

1. Vir podatkov je bil obstoječi arhiv koordinatorja obravnave v skupnosti CSD Maribor. To so osebni načrti uporabnikov, vključenih v obravnavo v skupnosti od konca novembra 2009 do februarja 2012.
2. Vir podatkov so bili individualni in skupinski intervjuji – fokusne skupine. Obe vrsti intervjujev smo opravili z naslednjimi udeleženci: uporabniki, svojci, predstavniki različnih služb (socialni delavci, drugi strokovni delavci, patronažne sestre, psihiater), izvajalci programov in storitev v socialnem varstvu, predstavniki lokalne skupnosti (krajevnih skupnosti, občin).
3. Podatki, posredovani iz UKC Maribor, oddelka za psihiatrijo – skupnostna psihiatrična obravnava.
4. Podatki, pridobljeni z anketo, ki so jih izpolnile različne službe, ki nudijo pomoč ljudem s težavami v duševnem zdravju v mariborski regiji (občine, nevladne organizacije, javni in zasebni socialno varstveni zavodi).

5. Podatki, pridobljeni na delavnici, organizirani v Narodnem domu v Mariboru, dne 11. 5. 2012, in so se je udeležili: predstavniki občin mariborske regije, predstavniki centrov za socialno delo mariborske regije, predstavniki nevladnih organizacij mariborske regije, prostovoljci nevladnih organizacij mariborske regije, zaposleni iz psihiatrije in zdravstvenega doma v Mariboru, patronažne sestre in novinarji.
6. Ad hoc informacije: neformalni pogovori z različnimi strokovnjaki, opazovanje na terenu, izmenjave informacij v okviru rednih regijskih srečanj koordinatorjev obravnave v skupnosti.

3.2.2. ZBIRANJE PODATKOV

Za zbiranje podatkov smo uporabljali kombinirane tehnike:

1. Pregled in analiza individualnih načrtov uporabnikov, vključenih v obravnavo v skupnosti od konca novembra 2009 do februarja 2012.
2. Podatke smo zbirali z intervjuji odprtega tipa (nestandardiziranimi, individualnimi in skupinskimi). Fokusne skupine smo opravili s patronažnimi sestrami, svojci, uporabniki, strokovnimi delavkami CSD, socialnimi oskrbovalkami oz. pomočnicami vsakdanjega življenja. Ostale intervjuje smo opravili individualno.
3. Pregled in analiza posredovanih podatkov o uporabnikih, vključenih v skupnostno psihiatrično obravnavo na Oddelku za psihiatrijo UKC Maribor.
4. Pregled in analiza vprašalnikov, poslanih po pošti občinam, nevladnim organizacijam, socialno varstvenim zavodom in drugim organizacijam. Vprašanja so bila kombiniranega tipa.
5. Pregled in analiza podatkov, pridobljenih na delovni skupini, kjer je po skupinah potekal voden pogovor na določeno temo z vnaprej pripravljenimi izhodiščnimi točkami.
6. Ad hoc informacije zbrane na terenu in s pogovori.

Raziskavo smo opravljali v kraju trenutnega bivanja uporabnikov in svojcev, v službah, kjer so zaposleni intervjuvanci, na Centru za socialno delo Maribor in v Narodnem domu v Mariboru.

Zbiranje podatkov je potekalo po vnaprejšnjem dogovoru. Z uporabniki, ki so vključeni v obravnavo v skupnosti, smo se osebno ali pa preko telefona dogovorili za intervjuje. Svojce smo na fokusno skupino povabili z vabili, preko telefona in elektronske pošte. Na isti način smo na fokusne skupine povabili ostale sodelujoče v raziskavi. Pogovore smo snemali z diktafonom in sprotnim zapisovanjem na računalnik.

3.3. POPULACIJA IN VZOREC

Pri pridobivanju raznovrstnih in raznorodnih podatkov, ki smo jih zbrali iz različnih virov in z različnimi metodami, smo imeli kombinacijo več populacij in vzorcev.

Populacija 1: Ljudje s težavami v duševnem zdravju na področju mariborske regije od začetka leta 2009 do oktobra 2012.

Izbrali smo neslučajnostni priročni vzorec 15 individualnih načrtov uporabnikov, ki so bili od začetka leta 2009 do oktobra 2012 vključeni v koordinirano obravnavo v skupnosti na Centru za socialno delo Maribor.

Izbrali smo neslučajnostni priročni vzorec šestih ljudi s težavami v duševnem zdravju, ki so bili dne 23. 5. 2011 v prostorih CSD Maribor prisotni na fokusni skupini.

Izbrali smo neslučajnostni priročni vzorec treh uporabnikov, s katerimi smo opravili individualni intervju. Prvi intervju smo opravili 8. 11. 2011 v kavarni v Europarku, drugega smo opravili 16. 8. 2011 v zaporu v Rogozi, tretji intervju smo opravili 30. 11. 2011 na CSD Maribor v pisarni koordinatorja obravnave v skupnosti.

Populacija 2: Svojci ljudi s težavami v duševnem zdravju na področju mariborske regije od začetka leta 2009 do oktobra 2012.

Izbrali smo neslučajnostni priročni vzorec petih svojcev, ki so bili dne 19. 3. 2011 v prostorih CSD Maribor, prisotni na fokusni skupini.

Izbrali smo neslučajnostni priročni vzorec dveh svojcev, s katerimi smo opravili individualni intervju. Prvi intervju smo opravili 27. 10. 2011 na CSD Maribor v pisarni koordinatorja obravnave v skupnosti, drugi intervju smo opravili 24. 10. 2011 na domu intervjuvanca.

Populacija 3: Zaposleni v javnih, zasebnih in nevladnih organizacijah, ki zagotavljajo pomoč in podporo ljudem s težavami v duševnem zdravju, in so od leta 2009 do oktobra 2012 delovali v mariborski regiji.

Izbrali smo neslučajnostni priročni vzorec šestih strokovnih delavk centrov za socialno delo na mariborskem območju, ki so se dne 6. 8. 2012 na CSD Maribor udeležile fokusne skupine.

Izbrali smo neslučajnostni priročni vzorec osmih patronažnih sester, zaposlenih v zdravstvenem domu Maribor, ki so se dne 27. 5. 2011 v prostorih zdravstvenega doma Maribor udeležile fokusne skupine.

Izbrali smo neslučajnostni priročni vzorec petih oskrbovalk oz. laičnih delavk na mariborskem območju, ki so se dne 6. 7. 2011 v prostorih CSD Maribor udeležile fokusne skupine.

Izbrali smo neslučajnostni priročni vzorec devetnajstih oseb, zaposlenih na javnih, zasebnih in nevladnih organizacijah, ki so bili v obdobju med 16. 3. 2011 in 20. 3. 2012 zaposleni v mariborski regiji, in smo z njimi na njihovih delovnih mestih opravili individualni intervju.

Izbrali smo neslučajnostni namenski vzorec sedemintridesetih oseb, ki so bile dne 11. 5. 2012, prisotne na delovni skupini v Narodnem domu v Mariboru.

Populacije smo določili znotraj področja, ki nas je najbolj zanimalo, torej ljudje s težavami v duševnem zdravju ter zaposlenimi v službah pomoči in podpore. Iz te populacije smo izbrali neslučajnostni vzorec. Glavno vodilo pri izbiri vzorca uporabnikov je bila privolitev na sodelovanje v raziskavi. Pri zaposlenih v službah. pomoči, ki jim je bil poslan vprašalnik in na delavnici, je bilo glavno vodilo za izbiro vzorca pripravljenost in organizacijska, predvsem časovna možnost sodelovanja. V UKC MB so izbrali vzorec sami.

Vzorec ni reprezentativen, vseeno pa nam lahko (kvalitativna metodologija) pokaže na tipične situacije, ki jih ljudje doživijo. Seveda pa nam ne pokaže vseh ali splošnih vzorcev.

Vzorec so zares izjave ljudi, ne pa oni sami.

3.4. ANALIZA PODATKOV

Podatke, pridobljene z individualnimi in skupinskimi intervjuji, osebnimi načrti in z delavnico, smo analizirali po metodi kvalitativne analize s kodiranjem podatkov. Besedilo smo razčlenili na posamezne izjave intervjuvancev in individualnih načrtov, jim pripisali izbrani pojem ter jih ločili od preostalega dela besedila, nato pa posameznim pojmom pripisali kode ter jih razvrstili v kategorije po temah (Mesec 2007: 27–40).

Podatke, pridobljene z vprašalniki, ki so bili posredovani javnim, zasebnim in nevladnim organizacijam, in podatke iz UKC Maribor, oddelka za psihiatrijo – skupnostna psihiatrična obravnava, smo analizirali po metodi kvantitativne analize, tako da smo posamezne vrednosti glede na temo sešteli in izračunali odstotke (Mesec 1997:135–143).

- Individualne in skupinske intervjuje, ki smo jih zapisale Iva Anžlovar, Jana Kupec, Tjaša Steiner in Lidija Žižek, je analizirala in kodirala Lidija Žižek.
- Individualne načrte je analizirala Jana Kupec.
- Fokusne skupine, ki smo jih moderirale Jana Kupec, Simona Ratajc, Tjaša Steiner in Lidija Žižek, je analizirala Jana Kupec.
- Podatke, pridobljene z vprašalniki, ki smo jih posredovali javnim, zasebnim in nevladnim organizacijam, je analizirala Jana Kupec.
- Podatke, ki smo jih pridobili na delavnici v Narodnem domu v Mariboru, kjer smo tematska področja moderirale in zapisovale Iva Anžlovar, Jana Kupec, Simona Ratajc, Tjaša Steiner in Lidija Žižek, je analizirala Lidija Žižek.
- Podatke, ki so nam jih posredovali iz UKC Maribor, oddelek za psihiatrijo – skupnostna psihiatrična obravnava, je analizirala Lidija Žižek.

Pridobljene zapise intervjujev smo vnesli v računalnik. Nismo jih jezikovno urejali, saj se nam zdi pomembno, da uporabimo jezik ljudi. Označili smo relevantne izjave in stavke ter jih nato razvrstili na kode in uredili. Nato smo oblikovali pojme in jih hierarhično uredili ter zaključili s končnim definiranjem pojmov. Rezultate smo predstavili kot razložene zapise izjav, glede na definirane pojme oziroma področja.

Podatke pridobljene iz skupnostne psihiatrične obravnave smo kvantitativno obdelali, saj so nam jih že posredovali urejene v kategorije pojmov. Prešteli smo izjave pri posamezni

kategoriji ter jih pretvorili v odstotke. Odstotke smo potem navedli v rezultatih pri posamezni kategoriji.

Podatke zbrane iz zapisov delavnice v Narodnem domu in posredovane z vprašalnikom smo razdelili po vnaprej pripravljene tabele na tri kategorije pojmov, ki so se nam zdeli najbolj pomembni, in jih tako tudi predstavili.

4. REZULTATI

Rezultati so predstavljeni na dva načina. Opisi in razlaga izjav ljudi v osebnih načrtih, intervjuvancev in udeležencev fokusnih skupin so razvrščeni po kategorijah pojmov, ki sledijo indeksu potreb. V te kategorije smo vključili tudi rezultate o potrebah ljudi vključenih v skupnostno psihiatrično obravnavo. Rezultate delavnice in vprašalnika smo predstavili v tabelah in s slikovnim prikazom ter dodali kratko obrazložitev.

4.1. POTREBA PO POMOČI PRI ORGANIZACIJI DNEVNIH AKTIVNOSTI

Potek dneva s perspektive uporabnikov

Intervjuvanci v večini primerov nimajo težav s pripravami na spanje in z zbujanjem; za to skrbijo sami: *»Naštimam si uro in se počasi porihtam.«* Njihov vsakdan je povezan z jemanjem tablet, za kar poskrbijo sami, včasih pa jih morajo na to opomniti svojci ali strokovni delavci.

Večinoma pa intervjuvanci s potekom dneva nimajo težav, pomaga jim, če imajo izdelan zunanji urnik za opravke in obveznosti: *»Zunanji urnik, podpora mi lahko pomaga.«* Iz analize osebnih načrtov je prav tako razvidno, kako so uporabniki vpeti v svoje dnevne rutine.

Nekateri si s pomočjo strokovnih delavcev naredijo načrt dejavnosti skozi dan, saj jim to omogoča lažje delovanje: *Pomaga mi red, urnik, ki smo ga imeli v bolnici, in se ga tudi držali.* Ena uporabnica se je odločila, da si bo načrt naredila sama: *»Do naslednjega tedna bom pripravila dnevni urnik obveznosti in razporeditve časa zaradi vključitve dejavnosti in zaradi uravnavanja težav z nespečnostjo. Razmislila bom, kam vključiti rekreacijo.«*

Skozi dan si vsi vzamejo čas za hobije, počitek in razvedrilo, seveda v kolikor je to možno. Te dejavnosti so predvsem odvisne od opravkov in stikov z drugimi ljudmi. Veliko ljudi se brez spodbude drugih ne udeleži teh dejavnosti.

Njihove prostočasne aktivnosti so močno omejene z materialnim stanjem. Ne morejo si privoščiti določenih aktivnosti, ker nimajo denarja (tečaji, ogledi tekem in kulturnih prireditev).

Nekateri uporabniki imajo tudi vsakodnevne stike s svojimi otroki. Od intervjuvanih uporabnikov ima samo eden mladoletna otroka, za katera redno plačuje preživnino in to namerava početi, dokler se bosta šolala: *»Zanju redno plačujem preživnino, in to bom počel vseskozi, dokler se šolata.«* Dva uporabnika imata odrasle otroke. Eni uporabniki sin veliko pomaga, s hčerko pa nima stikov: *»Vsak dan pride k meni sin. S hčerko nimava veliko stikov, saj niti ne živi tukaj v Mariboru.«* O stiku s svojimi otroki je ena uporabnica v individualnem načrtu zapisala: *»S partnerjem in hčerko se vidimo dvakrat na teden in včasih čez vikend. Takrat prideta k meni, gremo pa tudi skupaj v kino ali kam drugam ven.«* Ista uporabnica je povedala, da trenutno na sodišču teče postopek dodelitve hčerke, pri čemer ne želi sodelovati. Partner in hči živita v drugem stanovanju, želi pa si, da bi živeli skupaj. Druga uporabnica ima sina, ki je v rejništvu, in se zaveda, da je tako bolje zanj; vidi ga vsaka dva tedna. En uporabnik pa si želi urediti preživnino za otroka in imeti z njima boljši odnos.

S perspektive strokovnih delavcev in svojcev

Strokovne delavke, patronažne sestre, socialne oskrbovalke in laične delavke dnevno obiskujejo uporabnike, ki potrebujejo pomoč. Navajajo, da ljudje potrebujejo pomoč pri vodenju vsakodnevne rutine, npr. pri pripravi hrane in urejanju načrta prehranjevanja. Laična delavka je povedala: *»Nekateri ljudje potrebujejo pomoč pri urniku, da se najprej dogovoriva, kdaj se vidiva, kaj bova prihodnjič uredila. To da ljudem občutek samozavesti in pričakovanja.«*

V stanovanjskih skupinah Ozare je vedno prisoten mentor, ki stanovalcem pomaga pri razporeditvi dela, pri čiščenju, kuhanju ter jih spodbuja pri opravljanju opravil. Pri vsakodnevni rutini se strokovne delavke večkrat prilagajajo tudi svojcem in skupaj z njimi oblikujejo potek dneva: *»Dvakrat na teden je imel pomoč, iz CSD je hodila k njemu gospa po eno uro in pol. Pomagala mu je pri tem, kar si je zaželel, npr. sta šla do trgovine, na sprehod, pomagala mu je pri domačih opravilih, vendar je ogromno tega še vedno ostalo nenarejenega, perilo sem mu prala jaz. Dvakrat na teden so se dnevi presekali z nekom, ki je prišel. Takrat*

sem bila sproščena, ker sem vedela, da je nekdo z njim. Zdaj ne prihaja več. Če si cel dan v službi, si tudi ti utrujen in potem sicer pomagaš, ampak z zakasnitvijo, ne moreš vsega takoj naredit. Zato jaz mislim, da je pomoč premajhna.»

Svojci so povedali, da bi uporabniki najpogosteje potrebovali nekoga, ki bi jih usmerjal, jim pomagal pri kuhanju in pospravljanju. Po njihovem mnenju bi bilo treba tudi organizirati različne aktivnosti v popoldanskem času. Dejali so, da bi morali uporabnike že v bolnici bolj pripravljati na vsakodnevno življenje izven ustanove: *»Takoj ko pridejo osebe z zdravljenja, bi bilo treba začeti delat z njimi, takoj naslednji dan, da naredi kdo vzorec. Začeti bi se moralo že v bolnici in potem nadaljevat naprej.«*

Sodelujoči v fokusni skupini uporabnikov so kot osebe, na katere se lahko obrnejo za pomoč, izpostavili predvsem svojce. To kaže na njihovo ozko socialno mrežo, na kar so opozorili tudi svojci. Pri tem so poudarili, da bi jih druženje uporabnikov tudi izven družine močno razbremenilo: *»Mene bi razbremenilo, če bi kdo ga prišel obiskat in bi lahko jaz kama sama šla.«* Svojci potrebujejo pomoč, ker zaradi drugih, lastnih obveznosti, vsega ne zmorejo sami. Zaradi tega razloga velik del izvajanja pomoči obsega druženje, poslušanje ljudi in spremljanje po opravkih. Kot so izpostavile, ljudem ogromno pomeni že to, da vedo, da jim nekdo stoji ob strani, da jih nekdo razume: *»Punca me razume s težavami, psihično je bolj stabilna. Ko me vidi, kak sem in me razume, mi pove, da še rabim čas zase.«*

Vse delavke, izvajalke pomoči na domu, se povežejo s svojci, če je to le možno. Z njimi želijo ustvariti dobro sodelovanje. Uporabniki, svojci in službe lahko med seboj dobro sodelujejo, zgodi pa se, da starši velikokrat ne zmorejo več poskrbeti za uporabnike (zaradi izčrpanosti, nasilja ipd.), ali pa njihovi medsebojni odnosi niso dobri. Zaposlena na Šentlentu: *»Ena uporabnica ima na primer teto in sestro, ki skrbita zanjo, vendar gledata na njeno bolezen kot na sramoto. Družina včasih ne želi razumeti stisk, v katerih se znajdejo.«* Nekaj uporabnikov si želi izboljšati odnos s svojo družino.

Nadalje tudi patronažne sestre poudarjajo pomen svojcev pri celostni obravnavi, saj jih ti naučijo opraviti določena opravila, jim zagotavljajo podporo in jim dajo vedeti, da se lahko kadarkoli obrnejo na njih, če bodo ocenili, da je to potrebno.

Nekateri ne želijo sprejeti pomoči na domu, zato se je uporabnikom potrebno prilagoditi (hrano jim prinašajo tako, da jih uporabnik ne vidi). Tako laični delavki, kot tudi patronažne

sestre so povedale, da jih nekateri ljudje sprejmejo, nekateri pa ne, potrebno se je prilagajati in graditi na zaupanju. Laična delavka: *»Se zgodi, da me kdo sploh ne spusti v hišo ali ne sodeluje.«* Patronažne sestre so ljudem na voljo 24 ur na dan, ne glede na praznik ali vikend. Druge službe nimajo takšnega delovnega časa.

Vsakodnevno pa se delavke srečujejo tudi z zlorabami uporabnikov: *»Pri naših uporabnikih je veliko zlorabe s strani sosedov in sorodnikov«,* zato morajo strokovni delavci veliko pozornosti posvečati tudi tem težavam. *»V zadnjem letu se ji je stanje poslabšalo, da je njen sosed vzel vso njeno pokojnino. Eno leto niti centa ni plačala položnic. Bila je popolnoma shirana.«*

Pridobljeni podatki iz skupnostne psihiatrične obravnave so naslednji: 88 % uporabnikov potrebuje pomoč pri strukturiranju dnevnih aktivnosti, 5 odstotkov uporabnikov potrebuje pomoč pri urejanju bivanjskih razmer, 95 % pa potrebuje redno spodbudo pri skrbi zase in za zdrav način življenja. 88 odstotkov uporabnikov potrebuje podporo pri poučevanju glede zmanjšanja stigmatizacije narave bolezni v vsakdanjem življenju.

4.2. POTREBA PO POMOČI PRI SKRBI ZA OSEBNO HIGIENO

Skrb za osebno higieno

Uporabniki se v večini umivajo in urejajo sami. Nekateri na osebno higieno opozarjajo družinski člani. Po podatkih, pridobljenih iz intervjujev, enega uporabnika na vzdrževanje osebne higiene opozarjajo starši, trije skrbijo za to popolnoma sami, enega pa opominja žena: *»Za osebno higieno skrbi ob mojem nenehnem opominjanju.«* Intervjuvanki 1 in 3 navajata primere povezane s staranjem, kjer se potrebe ljudi spremenijo do te mere, da potrebujejo pomoč tudi pri vsakdanji osebni negi.

Svojci iz fokusne skupine navajajo, da je njihova pomoč pri osebni higieni potrebna predvsem v času krize: *»Ob zdravilih ni problema s higieno, ko je slaba faza pa je katastrofa. Po higieni se vidi, da se zdravstveno stanje poslabša ... Če ne bi bilo mene, bi bil takrat umazan, vse bi bilo usrano.«*

Tudi socialna delavka v dnevnem centru Šentlent je povedala, da opazajo pri uporabnikih upad skrbi za osebno higieno v povezavi z opuščanjem zdravil ali takoj po zdravljenju na psihiatriji. V ta namen so zato pripravili delavnice na temo psihohigiene, ki je obvezna za vse člane dnevnega centra in programa socialna vključenost. Po potrebi pa imajo z uporabniki tudi individualne pogovore glede osebne higiene. Delavka iz Ozare navaja, da njihovi zaposleni pomagajo uporabnikom pri vzdrževanju osebne higiene, saj je nekatere potrebno opozoriti, naj se umijejo ali preoblečejo. Druga strokovna delavka, ki dela v stanovanjski skupini Ozara, je povedala, da se uporabniki tudi med seboj opominjajo glede osebne higiene: *»Če kdo v kakšnem obdobju opusti skrb za osebno higieno, ga drugi kar hitro opomni.«* Tudi socialne oskrbovalke in laične delavke v fokusni skupini so povedale, da je nekatere potrebno opomniti, da se umijejo, oblečejo, drugi pa to storijo sami.

Skrb za oblačila (oblačenje, preoblačenje, izbira in priprava oblačil)

Vsi uporabniki se preoblačijo in oblačijo sami in pri tem ne potrebujejo pomoči. Intervjuvanca 1 in 3 sicer navajata primere, kjer se zaradi starosti in napredovanja bolezni spremenijo do te mere, da je potreben nadzor in pomoč pri preoblačenju in oblačenju: *»Pri alzheimerjevi bolezni se potrebe ljudi spreminjajo. Ljudje opuščajo delovne aktivnosti, začnejo se zanemarjati, pozabijo jesti, piti, na vse jih je treba opozarjati.«* To se dogaja predvsem pri ostarelih in onemoglih osebah.

Oblučila izbirajo uporabniki sami, vendar pri tem navajajo različne omejitve vezane predvsem na nakup oblačil. Uporabniki bi želeli sami v nakupe ali imeti več denarja, da bi si lahko oblačila kupili po svoji želji. Na Šentlentu so tako že opazili težave z menjavanjem oblačil. Nekateri uporabniki nosijo stara, raznošena oblačila in obutev.

4.3. POTREBA PO POMOČI PRI GOSPODINJSKIH OPRAVILIH

Kuhanje s perspektive uporabnikov

Uporabniki v večini kuhajo in si pripravljajo obroke sami. Štirje uporabniki iz fokusne skupine si znajo sami kuhati, eden izmed teh trenutno po kosilo hodi k staršem, enemu

pomaga prijateljica, eden pa je dejal, da s punco glede kosil kombinirata tako, da si včasih skuhata doma ali pa gresta na kosilo v gostilno. Tudi iz analize individualnih načrtov in intervjujev z uporabniki je razvidno, da uporabniki znajo kuhati, vsaj osnovne stvari. Nekateri so sicer navedli, da bi jim vsaj občasna pomoč prišla prav: *»Pri kuhanju, da bi sam lahko delal, bi potreboval še kakšno pomoč. To bi se tudi rad naučil, ker me je že doma veselilo.«* En uporabnik je navedel, da bi potreboval pomoč pri učenju kuhanja na električni štedilnik. Eden pa je navedel, da med tednom dobijo hrano v mladinski dom, med vikendom pa si jo morajo sami pripraviti. V stanovanjskih skupinah si uporabniki hrano pripravljajo tudi skupaj.

Kuhanje s perspektive različnih služb in svojcev

Razne službe pomagajo uporabnikom pri pripravi obrokov. Tako strokovne, kot tudi laične delavke, socialne oskrbovalke in delavke iz Ozare po potrebi pomagajo uporabnikom pri pripravi hrane, nakupovanju hrane in pri urejanju načrta prehranjevanja. Tudi patronažne sestre skrbijo npr. za to, da opomnijo ljudi, da morajo pojesti obrok in so z njimi, dokler hrane ne pojedjo (predvsem se to pojavlja pri dementnih ljudeh). O tem sta spregovorili tudi laični delavki: *»Opuščanje obrokov je predvsem značilno za demenco. Mislijo, da so že jedli, pa niso... Hodila sem tudi k dementnemu paru, ki sta hrano skrivala po vseh luknjah v stanovanju. Potem smo uredili tako, da so iz centra za pomoč na domu vozili hrano in počakali, da sta pojedla.«*

Tisti uporabniki, ki ne znajo kuhati ali pa tega ne zmorejo, jim hrano dostavijo ali pa si jo gredo sami iskat. Strokovna delavka: *»Practiciramo to, da gostilna ali pa naša oskrbovalka sama pripelje hrano.«* Strokovna delavka iz MB: *»Karitas v Mariboru vozi hrano iz doma Lenart, v javni kuhinji si jo lahko peljejo na dom. V Mariboru težav z dostavo hrane ni, če si le lahko privoščijo.«* Laična delavka pa je po drugi strani povedala, da nekateri uporabniki nočejo dostave hrane na dom, ker se bojijo, da je zastrupljena.

Socialna delavka iz Ozare je v intervjuju povedala, da si v nekaterih stanovanjskih skupinah uporabniki med seboj pomagajo pri kuhanju. V Šentlentu opažajo veliko potrebo po pomoči pri prehranjevanju: *»Potreba po pomoči v vsakdanjem življenju oseb, ki prihajajo v dnevni center Šentlent, je topel obrok.«* Kot odgovor na to potrebo so organizirali kuharsko delavnico, ki jo izvajajo enkrat tedensko. Predvsem se je ta potreba pojavila pri starejših

uporabnikih, ki ostanejo sami. Uporabniki hodijo po prehrabene pakete na Karitas, gredo pa tudi v javno kuhinjo. Na Karitasu so povedali, da se uporabniki v veliki meri obračajo na njih. V njihovem okviru namreč deluje tudi javna kuhinja, kjer jim na dan pripada en topel obrok. Na obrok pride dnevno okoli 48–63 ljudi. Tudi v Sončnem domu zagotavljajo pomoč pri prinašanju obrokov, pripravi obrokov, pomivanju posode.

Svojci so prav tako povedali, da bi uporabniki najpogosteje potrebovali nekoga, ki bi jih usmerjal, jim pomagal pri kuhanju in pospravljanju. Nekoga, ki bi jih motiviral za opravljanje določenih del, saj velikokrat ni problem v tem, da ne znajo, a včasih ne zmorejo sami: *»Pri kuhanju, če bi imeli pomoč. Super bi bilo, če bi bila ena zraven.«*

Nakupovanje hrane

Samo ena uporabnica zdaj nakupuje sama, ostali v trgovino ne hodijo ali gredo v spremstvu svojcev oz. delavke. En uporabnik tako v individualnem načrtu navaja, da ne hodi v trgovino zaradi bolečin v nogi in to delo opravlja mama. Mama uporabnika: *»Dvakrat na teden je imel pomoč, iz CSD je hodila k njemu gospa po eno uro in pol. Pomagala mu je pri tem, kar si je zaželel, npr. sta šla do trgovine, na sprehod, pomagala mu je pri domačih opravilih ...«* Svojci navajajo, da uporabniki ne znajo upravljati z denarjem in jih je lahko prepričati v nepremišljen nakup. Delavka iz Šentlenta pomaga uporabnikom pri pripravi načrta za nakup: *»Delava skupaj načrt priprave hrane in nabave hrane v trgovini.«*

Podatki skupnostne psihiatrične obravnave so naslednji: 64 odstotkov uporabnikov potrebuje pomoč pri spremljanju v trgovino in pomoč pri nabavi osnovnih življenjskih potrebščin.

Skrb za oblačila (likanje, pranje)

Dvema intervjuvanima uporabnikoma lika in pere svojec, drugi zmorejo sami, čeprav jim to niso najljubša opravila: *»Oblčila perem in likam sam. – Sama zlikam, posesam, pomagam kuhati, zlagati perilo. – Karkoli drugega je boljše kot likanje.«* Uporabniki večinoma znajo uporabljati pralni stroj in likalnik. Pri tem ne potrebujejo pomoči. En uporabnik pa je

potreboval pomoč in se je tega naučil v mladinskem domu. En uporabnik pa je navedel, da bi potreboval pomoč pri pranju perila, ker ne zna prati.

Svojci so povedali, da bi uporabniki najpogosteje potrebovali nekoga, ki bi jih motiviral za opravljanje določenih del, saj velikokrat ni problem v tem, da česa ne znajo, včasih tudi ne zmorejo sami. Neka mama je dejala, da je sina obiskovala delavka iz centra za socialno delo, takrat sta skupaj šla do trgovine, na sprehod, pomagala mu je pri domačih opravilih. Druga sodelujoča je dejala, da v bolnicah počnejo stvari, ki jih ne zanimajo, namesto, da bi se učili prati, likati in kuhati. Prehod iz bolnišničnega zdravljenja na življenje v domačem okolju je zato za mnoge zelo težak. Obseg pomoči, ki jo zagotavljajo ljudem, je različen, nekateri imajo pomoč enkrat tedensko, drugi vsak dan. Tako socialne oskrbovalke, kot tudi laične delavke, pomagajo ljudem pri gospodinjskih opravilih.

Skrb za čistočo stanovanja in vzdrževalna dela v stanovanju

Intervjuvani uporabniki sicer znajo skrbeti za urejenost stanovanja, vendar si nekateri delo delijo s svojci. Eden je pri tem počasen, eden pa, kot pravi žena v intervjuju, ne očisti dovolj: *Doma ne dela nič. – Čistim sam, samo bolj počasi. – Ob sobotah imamo generalko, malo bolj vsi delamo in si razdelimo delo.*

V individualnih načrtih so ljudje navajali, da si znajo očistiti sami, več pa o tem niso govorili. En uporabnik potrebuje začasno pomoč pri čiščenju. Za čistočo stanovanja v fokusni skupini skrbi en uporabnik sam, eden pa skupaj s punco.

Svojci so dejali, da bi uporabniki potrebovali predvsem primerno družbo, motivacijo za opravljanje določenih opravil. Delavka iz Ozare je dejala, da je v njihovih stanovanjskih skupinah vedno prisotna mentorica, ki stanovalcem pomaga pri razporeditvi dela, jim pomaga pri čiščenju, pri kuhanju ter jih spodbuja za opravljanje opravil: *»Več pomoči potrebujejo pri generalnem čiščenju. Mentorice jim povedo, kaj bodo kateri teden delali, da sproti skrbijo za stanovanje. Predvsem jih opominjajo na menjavo rjuh, posteljnine, na prezračevanje prostora ... Skupaj umivajo okna, operejo zavese, pospravijo balkon, klet, očistijo tepihe. Večja opravila opravljajo skupaj z mentorico enkrat tedensko.«* Tudi delavci v Sončnem domu na Šentlentu pomagajo uporabnikom pri čiščenju stanovanja, pospravljanju in spremljanju v

trgovino. Socialne oskrbovalke in laične delavke prav tako pomagajo uporabnikom pri vzdrževanju čistoče stanovanja. Socialna oskrbovalka opaža, da imajo ljudje težave pri vodenju gospodinjstva, zaznavajo zanemarjena stanovanja in pogosto opuščanje osebne higiene. Pogosto je okolica tista, ki pričakuje ukrepanje služb, in ne oseba sama.

O vzdrževalnih delih v stanovanju uporabniki niso dosti govorili. Enega uporabnika je prenova stanovanja močno vznemirila, kar je bil eden od vzrokov poslabšanja zdravstvenega stanja: *Vse je pospravljal v omare, samo narobe, npr. čevlje kar v omaro v dnevni sobi. Bal se je, da se ne bo zbudil, ni bil nič utrujen, samo begal je po stanovanju, hotel vse sam narediti, popraviti, prehiteval je vse ...*

Drug je navedel, da bi potreboval pomoč pri nabavi pohištva, da si bo lahko uredil sobo. Dva uporabnika pa sama opravita lažja vzdrževalna dela v stanovanju. Delavka iz Ozare je povedala, da jim na pomoč priskoči hišnik: *»Imamo potrebo po hišniku. Stanovalci sami ne znajo ali pa ne zmorejo nastaviti kurjave, opraviti manjših hišnih popravil, nekateri ne znajo zamenjati žarnice, popraviti kotliček na WC-ju. Sedaj si pomagamo tako, da nam priskočijo na pomoč hišniki iz sosednjih blokov ...«*

Podatek skupnostne psihiatrične obravnave je: 83 % jih potrebuje pomoč pri vzdrževanju stanovanja in gospodinjskih opravilih.

4.4. POTREBA PO POMOČI PRI JEMANJU ZDRAVIL

Opuščanje zdravil

Uporabniki opuščajo zdravila iz različnih razlogov. Eden izmed intervjuvanih uporabnikov zdravil ni jemal redno, oz. jih je jemal brez urnika, zato se mu je zdravstveno stanje močno poslabšalo. Tudi intervjuvanka je opozorila, da ve za opuščanje zdravil, ki so pri uporabnici vodila do poslabšanja zdravstvenega stanja, vendar hospitalizacija ni bila potrebna, saj je sprejela pomoč patronažne sestre, ki ji sedaj odmerja zdravila.

Iz individualnih načrtov je razvidno, da 11 uporabnikov redno jemlje zdravila. Eden izmed njih je sicer opustil jemanje tablet s psihiatrovim dovoljenjem, vendar jih je kasneje začel spet

jemati: *S psihiatrom sva se odločila, da sem nehal jemati zdravila. Potem je nekaj časa šlo dobro, zdaj sem pa bil spet zbrbljan.* Drug uporabnik sam razmišlja o opustitvi, ker ima zaradi jemanja težave pri spolnosti. Zaveda se, da brez tablet ne more, ampak jih bo vseeno jemal po svoje. Tretji je povedal, da, če bi začel opuščati zdravila, bi padel v krizo: *»Tudi v prihodnje nameravam jemati zdravila sam, enkrat sem jih nehal jemati in sem prišel v hudo krizo.«*

Strokovne in laične delavke, socialne oskrbovalke in patronažne sestre so se strinjale, da opuščanje zdravil lahko pripelje do krize. Strokovna delavka na Šentlentu: *»Krizne situacije nastopijo predvsem, ko uporabniki opuščajo zdravila brez spremstva zdravnika.«* Socialna delavka na Ozari: *»Nekateri opuščajo zdravila namerno, drugi so pozabljivi ... Opustitev zdravil vpliva na opuščanje prehranjevanja, kuhanja, skrbi za osebno higieno, kontaktov z drugimi ... «*

Po drugi strani pa so delavke povedale, da prihaja tudi do prekomernega uživanja zdravil. Laična delavka: *»Opaziti je, da se nekateri prenajedajo tablet. Potem dlje spijo, niso fokusirani, ko se z njimi pogovarjaš. Takrat imajo skoraj vsi težave z urejanjem stanovanja, kuhanjem ...«*

Priprava zdravil, razdeljevanje zdravil

Uporabniki se večinoma zavedajo pomembnosti rednega jemanja zdravil. Nekateri se zavedajo posledic in zato je njihovo jemanje zdravil redno: *Redno jih jemljem, držim se terapije.* Pri tem jim je v pomoč tudi opominjanje ali nadzor. Nekateri si zdravila pripravijo sami in se tudi spomnijo, da jih morajo vzeti: *Zdravila jemljem sama in ne pozabim.* Nekateri pri tem rabijo pomoč, ki jim jo nudijo starši ali pa zunanji delavci (patronažne sestre, laične delavke, socialne oskrbovalke). Pri eni uporabnici so starši to pomoč opustili in jih sedaj jemlje sama: *»Sama skrbim za to, da jih vzamem. Včasih je oče štel tablete, zdaj jih ne več.«*

Tri udeleženske fokusne skupine svojcev so povedale, da so nadzorovale svojce pri jemanju terapije. Ena udeleženka je povedala, da je sinu vzela nekaj zdravil, ker je ugotovila, da jih prekomerno jemlje. Druga je povedala, da so se s hčerko veliko pogovarjali o jemanju tablet in sedaj nimajo s tem več problemov.

Iz individualnih načrtov je razvidno, da 6 uporabnikov samostojno jemlje zdravila. En uporabnik je izrazil željo, da bi mu napisali, kaj mora vzeti, drugemu pa sestra iz bolnice enkrat na teden dostavi zdravila in mu jih razporedi v škatlico: *Zdravila mi sestra iz bolnice pripelje enkrat na teden. Potem jih sam vzamem, ker jih imam razdeljene po škatlicah.* Enemu uporabniku pa zdravila dajeta mama in sestra.

Delavka iz Ozare je povedala, da nekatere uporabnike opomni, ko je čas za zdravila: *»Mentorica opozori pozabljive vsak dan, ko pride v skupino. Včasih v nekaterih skupinah večerno dozo celo vzamejo skupaj.«* Pri nekaterih uporabnikih se je pojavila potreba po pomoči, da jim delavke napišejo, kaj morajo vzeti oz. jim razporedijo zdravila v škatlico.

Pridobljeni podatki iz skupnostne psihiatrične obravnave potrjujejo, da 40 od 42 vključenih uporabnikov potrebuje pomoč pri jemanju terapije. Nekateri potrebujejo razdelitev in spremljanje jemanja, drugi pa predvsem opominjanje na prejemanje depo terapije.

4.5. POTREBA PO POMOČI V KRIZNIH SITUACIJAH

Krizne situacije nastanejo iz različnih vzrokov, predvsem zaradi stresnih situacij, kot so opuščanje zdravil, prenova stanovanja, izguba službe, spor, situacij povezanih s financami ipd.: *Ko mi niso pogodbe za delo podaljšali, sem bila depresivna, sem samo doma nekaj časa, samo bediram. To je moj neuspeh, nisem bila dobra. Nočem razmišljati, kaj dosti o tem, pa bediraš naprej, nimam volje, energije ... Opustiš socialne stike, vse stvari, da prebrodiš to krizo, v svoji sobi sem, nimam volje do aktivnosti, gospodinjskih opravil.* Opozorilne znake opažajo uporabniki sami, njihovi najbližji in tudi zaposleni, ki redno prihajajo k njim.

Iz individualnih načrtov je razvidno, da uporabniki pri sebi začutijo, da se bliža sprememba oz. kriza in tudi opozorijo nanjo. Opozorilni znaki so pri uporabnikih različni, navajali so npr. slabše počutje, nespečnost, nervoznost, prekomerno kajenje, tudi prekomerno uživanje alkohola, razmišljanje o samomoru, eden uporabnik je pobiral stvari, ki jih ni, in se plazil po tleh. Mati uporabnika je opazila: *»Zadnji teden preden je šel v bolnico pa je tudi pri sebi čutil spremembe, sam je rekel, da se z njim nekaj dogaja.«*

Svojci iz fokusne skupine navajajo, da je eden izmed opozorilnih znakov tudi slabša skrb za osebno higieno: *»Ob zdravilih ni problema s higieno, ko je slaba faza, pa je katastrofa. Pri higieni se vidi, da se zdravstveno stanje slabša ... Če ne bi bilo mene, bi bil takrat umazan, vse bi bilo usrano.«*

Delavka iz Ozare je povedala, da, ko pride do krize, uporabniki bodisi sami opozorijo socialne delavke bodisi opozorijo na krizo njihovi sostanovalci, pogosto socialne delavke že tudi same opazijo spremembe v vedenju uporabnikov. Tudi druge zaposlene v fokusni skupini so povedale, da opazijo pri uporabnikih različne znake, ki bi lahko pomenili prehod v krizo. Z uporabniki se namreč dnevno srečujejo, jih spoznavajo in opazijo, če se z njimi kaj dogaja. Socialna delavka v Šentlentu pravi: *»Opazimo, da je njihovo obnašanje spremenjeno, opustijo skrb za osebno higieno, nekaterim se nič ne da ...«*

V kolikor se krizna situacija zaostre in pride do »akutnega poslabšanja zdravstvenega stanja«, pride do nujne hospitalizacije z reševalnim vozilom in po potrebi tudi do posredovanja policije: *Mojega sina so prisilno odpeljal, poklicali smo tudi policijo.*

Največkrat so uporabnikom starši ali prijatelji pomagali tako, da so jih odpeljali na psihiatrijo. Potreba po pomoči se tu kaže predvsem v tem, da bi uporabniki v krizi prej kot hiter odhod od doma in takojšnjo hospitalizacijo, potrebovali nekoga, s komer bi se lahko pogovorili in to je po navadi strokovna oseba. Intervjuvani uporabniki menijo, da bi se temu lahko pravočasno izognili, če bi jim bil omogočen obisk zdravnika na domu ali če bi se lahko zaupali tretji osebi: *Krizo bi lažje prebrodila, če bi bil kdo zraven. Pomagalo bi mi, če bi kdo prišel k meni.*

Svojci so prav tako na vprašanje, kje vidijo rešitve v času kriznih situacij, povedali, da se sami takrat počutijo najbolj nemočne, saj jih uporabniki ne poslušajo: *Če bi takrat poklicali usposobljene ljudi, ki bi z njim govorili, znali delati z njim. – Takrat svojce najmanj poslušajo, tretjo osebo bi bolj poslušali, ker ima avtoriteto.* V tej fazi bi bilo dobrodošlo, da bi lahko poklicali usposobljene ljudi, ki imajo v očeh uporabnikov tudi večjo avtoriteto. Potrebovali bi nekoga, ki bi se lahko z uporabniki pogovarjal, nekoga, ki bi deloval kot nekakšen vmesni člen pred fazo hospitalizacije. Mama uporabnika meni: *»Nekaj bi moglo obstajati, da se naredi ob krizni situaciji, ker takrat lahko pride do tragedije, nekaj bi se moralo ukreniti hitrega.«*

Strokovne delavke opažajo primanjkljaj na področju kriznih timov na domu ter na pokritosti kriznih situacij. Človek v času krize potrebuje podporo, na začetku morda tudi varstvo 24 ur na dan, ki se postopoma zmanjšuje, a problem je v pomanjkanju kadra. Socialna delavka v Sončnem domu je mnenja: *»Na področju pomoči na domu bi absolutno potrebovali tak servis, ki bi bil dosegljiv 24 ur na dan. Zmeraj bi moral biti na razpolago kdo, ki zna v določeni situaciji reagirati. Tak servis bi bil univerzalen za hišo in ljudi.«*

Tako strokovne delavke, kot tudi patronažne sestre, laične delavke, socialne oskrbovalke in delavka iz Ozare so bile prisotne pri kriznih situacijah uporabnikov. Strokovna delavka je izpostavila problem sodelovanja z zdravstvom. Zdravniki oz. psihiatri zaradi raznih razlogov ne gredo vedno na dom (npr. fizični napad na zdravnika s strani uporabnika).

Druga strokovna delavka je prav tako povedala, da so krizne situacije slabo pokrite, sploh ponoči. Delavke so izpostavljene tudi različnim odzivom uporabnikov, medtem ko imajo krizo (npr. verbalni napad). Socialna delavka iz Ozare je izpostavila še problem prevoza v krizni situaciji. Sama ga namreč ne sme peljati: *Dežurni zdravnik ne pride vedno na dom, sam pa ga zelo težko spraviš do zdravnika, sploh ko ima psihično krizo.*

Pridobljeni podatki iz skupnostne psihiatrične obravnave so naslednji: pri 64 % uporabnikov poteka tudi svetovalno delo s svojci, 19 odstotkov uporabnikov je vključenih v psihoedukacijo glede prekomernega uživanja alkohola. En uporabnik pa potrebuje psihoedukacijo glede uživanja drog. 7 % uporabnikov potrebuje tudi individualno svetovalno vzgojno delo.

4.6. POTREBA PO POMOČI PRI OPRAVKIH

Pridobivanje pravic (dokumenti, obrazci, informiranje)

Ljudje s težavami v duševnem zdravju imajo največ stika z institucijami kot so zavod za zaposlovanje, zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, center za socialno delo, kjer urejajo svoje statuse. Status je zelo pomemben, saj določa kako človek živi, kakšni so njegovi dohodki, kako ga dojema okolica in so temelje njegove osebne identitete. Tako nam povejo: *»Povezujem se z zdravstvenim domom, centrom za socialno delo, zdaj sem še na zavodu za*

zaposlovanje. – Ureditev najemne pogodbe, ureditev prijave bivališča, subvencije najemnine.»

Stike imajo tudi z zdravstvenimi službami, kar je pomembno za ohranjanje stabilnega zdravstvenega stanja: UKC Maribor, Psihiatrična bolnica Ormož, zdravstveni domovi in zasebne splošne in specialistične zdravstvene ambulante: *»Pogovor pri psihiatrinji. – Ta mesec so začeli k meni domov hoditi tudi medicinska sestra in socialna delavka iz bolnice.«* Pomoč iščejo tudi pri različnih organizacijah, ki ponujajo predvsem materialno pomoč, kot sta Karitas, Rdeči križ ali pri organizacijah, ki ponujajo predvsem podporo, kot so Šent, Ozara, Sončni dom, Center za pomoč na domu, Osnovna šola s prilagojenim programom: *Hodil na Gustava Šiliha. – Imel bi pomoč na domu v okviru CSD MB. – Osebna pomoč na CSD; Pomoč na domu, svetovalka CSD.*

Nekateri se obračajo tudi na lokalne službe občine in krajevne skupnosti: *V malih občinah ljudje veliko hodijo tudi k županom. Zaposleni v službah lokalne skupnosti se povezujejo z različnimi organizacijami in službami, ali pa jim pomagajo pri izpolnjevanju obrazcev, saj tako hitreje uredijo pomoč za svoje občane: »Jim pomagam sama, koga pokličem, izpolnim obrazce. – Včasih sem lastnoročno pisala tudi do 300 vlog za izredno denarno pomoč, jih zbrala in odnesla na CSD.«*

Ljudje s težavami v duševnem zdravju in zaposleni v različnih službah in organizacijah pomoči navajajo, da imajo največ težav z izpolnjevanjem obrazcev, zahtevkov, pisanjem prošenj in pri tem potrebujejo pomoč. To, da ljudje rabijo takšno pomoč lahko pomeni, da so obrazci nepregledni in prezapleteni. Ljudi bi pa strokovni delavci lahko opozorili tudi na možnost podaje vloge ustno na zapisnik, kar dovoljuje tudi Zakon o upravnem postopku: *»Rabila bi pravno pomoč, da bi mi znala napisati vlogo za zamenjavo stanovanja. Napisati prošnjo za RK, poslati kopiji položnic, preveriti na RK glede odobritve pomoči - koordinatorica.«*

Oskrbovalke na domu in pomočnice vsakdanjega življenja nam povedo, kje ljudje potrebujejo največ pomoči: *»Predvsem starejši ... Ne vedo, kako se lotiti postopka. – Pomagam jim urejati dokumentacijo na občini, zdravstveno zavarovanje, vloge na ZPIZ-u za invalidsko pokojnino. – Velikokrat jim pomagamo tudi pri izpolnjevanju obrazcev in položnice.«* Podobno povedo tudi strokovni delavci drugih služb: *»Veliko jim pomagamo pri urejanju*

socialne pomoči, k nam pridejo s tožbami iz sodišča in jim pomagamo pisati ugovore, pomagam jim pisati prošnje za odpis dolgov.»

Zraven tega želijo natančne informacije, kje in kako se ureja posamezni zahtevki, katera služba je zanj pristojna, tudi bolj natančno, kateri je ključni delavec, na katerega se lahko obrnejo. Te informacije največ iščejo pri samih strokovnih delavcih na centrih za socialno delo, centru za pomoč na domu, zdravstvenem domu, dnevnih centrih: *Pogostokrat je opaženo, da so uporabniki premalo informirani o svojih pravicah, tudi pred novo socialno zakonodajo, ki se obeta, ne vedo, kaj jim to prinaša. – Pomagati jim je treba pri prostorski orientaciji. Vedo, da morajo za upokožitev na ZPIZ, ne vedo pa, kje to je, na koga se naj obrnejo, kaj natančno naj vprašajo. Tudi, če jim poveš, bi želeli spremljanje, usmerjanje, pomoč pri izpolnjevanju kake vloge, zahtevka, pomoč pri dogovarjanju za termin in telefoniranje.*

Podatki pridobljeni iz skupnostne psihiatrične obravnave UKC Maribor, oddelka za psihiatrijo, kažejo, da kar 97 % vključenih oseb potrebuje pomoč pri spremljanju in podpori pri urejanju uradnih zadev (status, pokojnina, vključitev v izobraževanje). Okrog 4 odstotke ljudi pa potrebuje pomoč pri iskanju zaposlitve, en uporabnik pa tudi pomoč pri sodelovanju z delovno organizacijo, 7 % vključenih uporabnikov pa potrebuje individualno svetovalno vzgojno delo.

To so potrdili tudi strokovni delavci in svojci, ki so se udeležili fokusnih skupin, ali smo jih intervjuvali: *Večino gre za spremstvo k zdravnikom, urejanje stvari na ZPIZ-u, pomoč pri izpolnjevanju formularjev, da se stvari obnavljajo, da ni prekinitve npr. za DSP. – Vidim potrebo po mobilnih službah, ki bi spremljali ljudi po statusnih opravkih. - Večino gre za spremstvo k zdravnikom, urejanje stvari na ZPIZ-u, pomoč pri izpolnjevanju formularjev, da se stvari obnavljajo, da ni prekinitve npr. za DSP.*

Za pomoč ljudje s težavami v duševnem zdravju največkrat prosijo svojce ali zaposlene delavke za pomoč na domu oz. oskrbovalke ali koordinatorko obravnave v skupnosti. Oskrbovalke na domu in pomočnice vsakdanjega življenja ter tudi svojci pomagajo: *Za sina izvajamo spremljanje, vodenje, sodelovanje, pogovor. Preverimo, če gre redno k zdravniku. Če opazimo spremembe, javimo centru, potem patronaži in če je kaj iz zdravstvenih razlogov, gredo k njemu. – Pridejo sorodniki in nama pomagajo poklicati... – Pomagam jim urejati stvari na terenu, hodim na depo, na banko. – Z njimi grem k frizerju, z enim grem k*

zobozdravniku, ker se ga boji. Eni hočejo, da grem k psihiatru zraven, ker se tako počutijo varne.

Koordinatorke obravnave v skupnosti pa njeni uporabniki največkrat prosijo za pomoč pri urejanju terminov pri različnih strokovnih delavcih drugih služb: *Stanovanjsko skupino – koordinatorka. – Poklicati svetovalko na zavod za zaposlovanje. – Določiti termin dogovora (koordinatorka s koordinatorko). – Napisati predlog za takojšnje izplačilo z odredbo IDSP – koordinatorka organizira, koordinatorka mi je pravice in stvari urejala mama. – Poiskati prostega psihiatra s pomočjo koordinatorke, koordinatorka gre zraven na osebni razgovor s psihiatrom.*

Veliko ljudi bi pomoč pri različnih opravkih potrebovalo, a je nima. Podpora pri opravkih je pomembna, saj če gre nekdo s teboj, ti ne pomaga le bolje organizirati opravke in iskati informacije, temveč nastopa v vlogi tvojega podpornika in zagovornika. To daje ljudem moč in menijo, da s spremljevalko hitreje in bolje uredijo potreben opravke. Tako uporabniki o razlogih za pomoč in podporo navajajo: *»Če gre nekdo z mano, grem kam, če ne, ne grem nikamor. Rabim neko oporo. – Potrebovala bi nekoga, ki bi šel z mano k zdravniku, ker mi ne verjame več zdravnica. – Tudi, če je potrebno, kaj uredit na kakšnih uradih. Te stvari bi si zdaj moral uredit in bi bilo dobro, če bi šel kdo z menoj na zavod za zaposlovanje. – Zdaj si bom uredil s pomočjo ostalih, da mi bo priznan status invalida I. kategorije in da se bom upokojil.«*

Še posebej nas na to opozori izjava udeleženke fokusne skupine uporabnikov, ki nam pokaže, koliko truda je potrebno vložiti v urejanje ene same stvari, ki pa je zanjo zelo pomembna: *Ko sem bila v slabi fazi, ko sem šla na občino in sem potrkala in nisem slišala, da so kaj rekli. Po eni uri je bila malica, po pol ure je en rekel, da je bil naročen. Potrebovala sem 7 tednov, da si uredim stvari. Urejanje zadev je bila katastrofa. V tem času bi potrebovala nekoga, ki bi šel z mano.*

Zaposleni v različnih službah pomoči navajajo najpogostejše razloge za potrebo po podpori, prav hitreje urejene stvari ter boljšo orientacijo: *»Največkrat želijo, da za njih, kaj pokličem npr. na Karitas, saj tako ne le, da sami niso izpostavljeni neuspehu, temveč je tudi hitreje urejeno. – Ljudje jih na hitro odslovijo, jim ne razložijo podrobno, kaj vse potrebujejo, kam morajo iti in potem si enostavno ne uredijo, kar jim pripada. – Ko gre sam, se zgodi, da sam stoji sredi ceste in nas pokliče za pomoč, saj se zmede in ne zna domov.«*

Podpora ni vedno zadostna, čeprav zakon takšno pomoč dovoljuje ljudem s težavami v duševnem zdravju. Tako ljudje povejo, da včasih kakšne storitve tudi ne dobijo, čeprav bi jo potrebovali ali jim po zakonu celo pripada. Pogosto ostanejo brez pomoči: *»Z zdravniki imamo večinoma probleme, saj ne želijo priti na dom ali ne želijo slišati za težave ljudi. – Nujno bi po mojem mnenju potrebovali dnevni center za starostnike. – Prehod iz bolnišničnega zdravljenja domov je hudi. Rabimo neko vmesno stopnjo, da jih pripravijo na življenje zunaj. Ko so v bolnici, se poležijo. – Osebnega zdravnika ima takega, ki je večkrat odsoten, in je veliko nadomestnih. Ti ne opravljajo obiskov na domu. Sem večkrat prosila in se kregala.«*

Sodelovanje služb

Službe in organizacije sodelujejo med seboj pri posameznih primerih, takrat jih tudi individualno obravnavajo. Nevladne organizacije izpostavljajo problem prevelike birokracije, zato se včasih raje povežejo znotraj same organizacije: *Povezujemo se z raznimi organizacijami, kot so CSD, bili smo tudi eni izmed pobudnikov sestankov, tako da bi lahko bolje ter s skupnimi močmi reševali probleme, vendar vedno je prisotno preveč birokracije. Takrat ko je kakšna nujna situacija, je potrebno hitro odreagirati, takrat se znotraj same organizacije povežemo.*

Največ služb sodeluje s patronažno službo, ki jo tudi pohvalijo: *»Dobro sodelujemo tudi s patronažno službo.«* Krajevne skupnosti in občine pohvalijo tudi druge službe, s katerimi sodelujejo: *»Patronažna sestra ima tudi prostore v isti zgradbi, kot se nahajamo mi. Drugo nam povejo še predstavniki Rdečega križa, manj druga enota Rdečega Križa (v KS delujeta dve) na srečanju starejših občanov, večkrat nas pokličejo tudi vzgojiteljice iz vrtca ali šole. – Dobre izkušnje imamo samo z eno psihiatrinjo iz bolnice in zdravstvenega doma.«*

Z največ organizacijami sodeluje Center za pomoč na domu Maribor: *»Sodelujemo z različnimi organizacijami, kamor lahko uporabnike in svojce napotimo po dodatno pomoč. Največ sodelujemo s patronažno službo (redno tedenska torkova srečanja), Centrom za socialno delo Maribor (srečanja enkrat mesečno oz. po potrebi). Veliko sodelujemo z Zavodom Naprej, bolnico, HOSPIC-om, zdravstvenim domom, posameznimi zdravniki.«*

Zaposleni v različnih službah ugotavljajo, da so službe premalo povezane med seboj, čeprav v nekaterih primerih sodelujejo. Menijo, da bi se z rednim srečevanjem pri pomoči in podpori posameznemu človeku lahko redno srečevale in sodelovale, kar bi vplivalo na kakovost storitev, ki jih zagotavljajo. Strokovni delavci pri sodelovanju poudarjajo pomembnost koordinacije storitev. Kljub uvedenemu institutu koordinatorja obravnave v skupnosti koordinacija še ne takšna, kot bi jo želeli. Razlogov, zakaj je tako, ne navajajo: *»Slabo je to, da ni medsebojne koordinacije, to jaz opažam,«* govori o CSD-ju. *»Zagovarjam sistem polivalentnega obravnavanja, v zdravju in bolezni. Storitve so se specializirale, to pa še ne pomeni najvišje kakovosti, ni povezanosti, je pa odvisno od vsakega, kakšne potrebe ima, npr. družabništvo, dobro koordinirano in ne 10 strokovnjakov, ki hodi k hiši, dobra organizacija in sodelavci, ki bi to delali. – Velika naloga je koordinacija pri vseh teh pomembnih zadevah, za katere nima posameznik moči, volje, znanja. Največkrat so koordinacije osebne, pisne, v zadnjem času veliko sodelujemo s policijo (npr. v primerih nasilja).«*

Nekateri menijo, da bi združitev služb olajšalo koordinacijo posameznih storitev: *»Treba bi bilo združiti službe, saj vse nekaj delajo, pa sploh ne vemo za njih, so nam pa zelo podobne.«*

Vključevanje v dejavnosti vladnih in nevladnih organizacij

Ljudje s težavami v duševnem zdravju se dnevno vključujejo predvsem v programe nevladnih organizacij, kot sta Šent in Ozara, ki delujeta v mariborski regiji. Vključeni so v programe socialne vključenosti ali redno obiskujejo dnevne centre: *Enkrat ali dvakrat na teden hodi v dnevni cente.. – Na Ozari mi pomagajo od ponedeljka do petka. – Oba sva v socialni vključenosti na Šentu.*

Vključitev v dejavnosti nevladnih organizacij je tudi pogost cilj v osebnih načrtih, ki jih skupaj izdelata koordinator obravnave v skupnosti in uporabnik: *Hoditi v dnevni center Šent. – Enkrat tedensko bom hodil v dnevni center Šenta, ob sredah.*

Veliko ljudi s težavami v duševnem zdravju je vključenih tudi v koordinacijo obravnave v skupnosti Centra za socialno delo Maribor ali druge storitve centrov za socialno delo; 42 oseb je vključenih tudi v skupnostno psihiatrično obravnavo UKC Maribor, oddelka za psihiatrijo, nekaj ljudi pa še redno dnevno obiskuje center za pomoč odvisnikom ali Center za preprečevanje odvisnosti (substitucijska terapija): *Skupnostna psihiatrična obravnava mi je v*

oporo; hodim v skupino na 14 dni k sestri Mojci. – Zdaj hodim v bolnico k terapevtki Leonidi, tam kuhava.

Krepitev socialne mreže

Tako strokovni delavci, svojci in uporabniki se strinjajo, da bi potrebovali oz. želijo si več možnosti za vključevanje v programe pomoči in podpore. Korist vključevanj vidijo predvsem v krepitvi ali ohranjanju socialne mreže. Iti nekam izven doma, pomeni biti v stiku z ljudmi, si širiti svojo socialno mrežo, pridobivati in negovati prijateljske stike: *Z ženo želiva, da bi ga kdo kdaj »počuval«, da bi si malo oddahnila. Da bi lahko kam šel in bil z vrstniki. Tako bi vedela, da je na varnem in v družbi. – Jaz bi se rad pogovarjal. V redu bi mi bilo, če bi imel koga, da bi se dobil, lahko v Mariboru ali v Poljčanah za družbo, da bi se malo pogovarjal.*

Da je osamljenost problem, se zavedajo tudi v organizacijah, zato se trudijo ohranjati stik s socialnim okoljem uporabnika: *Če se počutijo osamljene, vključujemo prostovoljce, se pa družijo tudi s sostanovalci.*

Napredovanje na poklicni poti

Vključitev v vsakodnevne aktivnosti ali aktivnosti, ki potekajo večkrat na teden, ima več pomembnih funkcij, lahko pomeni napredovanje na poklicni poti: *Imam željo, da bi se naučila nekaj o računalnikih. – Popoldan bi lahko imeli aktivnosti (npr. kakšne tečaje angleščine, geografije;), bi rada nadaljevala študij, da bi ga zaključila. – V prihodnje se želim ponovno vpisati na fakulteto. – V prihodnje bi se mogoče rada še boljše naučila kaki novi jezik.*

Napredovanje poklicne poti in vključevanje v programe socialne vključenosti lahko pripomore tudi k izboljšanju materialnega stanja: *Rad bi šel v socialno vključenost na Ozaro, da ne bi bil sam in da bi si nekaj zraven zaslužil. – Boljše bi mi bilo, če bi vedel, če bi se lahko še kje vključil, v Inštitut za rehabilitacijo ali kakšno socialno vključenost.*

Včasih pa vključitev v posamezno dejavnost pomeni biti polnopravne član družbe, počutiti se koristnega, posebej če pomagaš drugim: *Bil bi tudi vključen v kakšno pomožno ali*

prostovoljno obliko dela, v taki obliki, da ne bi bil obvezen, da ne bi imel preveč bremena, na primer pomagal bi starejšim občanom pri domačih delih. – Mogoče bi se tudi dobro počutila, če bi jaz komu kaj pomagala. – Baza pomoči s strani svojcev, nekateri svojci svojim težje pomagajo, nekomu drugemu pa bi lahko. Imam uporabnico, ki je osamljenja. Del njenega družabništva bi lahko bilo, da bi sama pomagala nekomu drugemu.»

Prosti čas

Prostočasna aktivnost je ljudem v veselje, jih sprošča in je koristna za zdravje: *Vključil bi se tudi v kakšno delavnico (glasbeno, ročne spretnosti). – Hodil bi tudi plavat v bazen (Fontano ali Pristan). – Potreboval bi koga, ki bi se o tem pogovarjal z njim, morda igral šah. – Najbolj bi rad, da bi s spremljevalko hodila na sprehode, druge stvari naredim sam. – V dnevnih centrih pa se lahko ljudje zaposlijo, velika je potreba po socialnih stikih, po družabnosti, po dnevnih aktivnostih, npr. da bi imeli trening spominskih funkcij.*

Podatki skupnostne psihiatrične obravnave UKC Maribor, oddelka za psihiatrijo, kažejo, da 90 % vključenih oseb potrebuje pomoč pri vključevanju v skupnost, s tem mislimo predvsem družabništvu, 7 % uporabnikov potrebuje pomoč tudi pri motiviranju k razvoju lastne ustvarjalnosti. Kar 88 odstotkov uporabnikov, vključenih v skupnostno psihiatrično obravnavo, se vključuje v program podpore in pomoči, predvsem zaradi informiranja in tudi podpore in poučevanja glede zmanjšanja stigmatizacije narave bolezni v vsakdanjem življenju.

Pomanjkljivosti

Pri raznih programih pomoči in podpore pa so ljudje opozarjali tudi na pomanjkljivosti, ki jim otežujejo življenje, oz. so vir nezadovoljstva. Če se v neki obliki pomoči in podpore ne počutiš dobro, jo lahko opustiš, s čimer pa tvegaš osamljenost, nižje dohodke ali napredovanje na nekem področju, kjer bi lahko razvil svoje sposobnosti: *Zdaj doma nimam kaj delat. Jaz sem bil prostovoljec v Šentu, z uporabniki sem hodil na sprehode, smo tekli skupaj. Tedensko smo imeli po eno uro, ni bilo obvezno, zdaj so to ukinili.*

Izvajanje posameznih programov nevladnih organizacij je povezano z zagotavljanjem finančnih sredstev. Ker teh primanjkuje, se določeni programi ukinjajo: *V DC imamo težavo, ker nimamo usposobljenih ljudi, ki bi pripravili delavnico. Ni nikogar za računalništvo, trening asertivnosti, kjer sem sama šibka. To je povezano s stroški, ki jih je večinoma težko pokriti tudi znotraj organizacije. Saj uporabniki povemo, samo potem ni financ. – Želeli bi se vključiti tudi v druge prostočasne aktivnosti zunaj stanovanjskih skupin, se družili z ljudmi, ki nimajo težav v duševnem zdravju, vendar je tukaj največja ovira pomanjkanje denarja, saj si raznih športni tečajev ne morejo privoščiti.*

Predlogi

Dodatno bi lahko programe socialne vključenosti še dodatno nadgradili z določenimi pravicami, ki jih imajo zaposleni po Zakonu od delovnih razmerjih. To bi uporabnikom teh storitev zagotovilo večjo socialno varnost ter jim dvignilo konkurenčnost na trgu dela: *Želeli bi večjo informiranost pri socialni vključenosti; ko rehabilitiramo, da bi dobili tudi kakšno zaščiteno vključenost ali redno zaposlitev. – Moti me, da nimamo priznane nobene delovne dobe. Želel bi tudi, da se lahko, ko sem socialno vključen, še izobražujem. Ker sem socialno vključen, bi rad delal prekvalifikacijo.*

Eden od predlogov za dodatna finančna sredstva, ki bi omogočila dodatne programe ali obstoječim programom dala dodatno vrednost, so podali svojci v fokusni skupini: *»V Šentu imajo različne delavnice, delavnice bi morale biti takšne, da bi potem izdelke lahko prodajali, ne pa neke brezvezne voščilnice. Imajo premalo prodaje, zato on osebno ne čuti, da dela za nekaj. Morali bi delati nekaj, kar bi potem lahko prodali.«*

Programe, ki jih izvajajo sedaj, bi lahko oplemenitili tudi z večjo bazo aktivnih prostovoljcev: *Tu sicer imamo na voljo nekaj prostovoljcev, vendar premalo. Potrebno je tudi razvijati odnos med uporabnikom in prostovoljcem, vzpostaviti zaupanje.*

4.7. POTREBA PO POMOČI PRI DOSEGANJU FINANČNE NEODVISNOSTI

Razporejanje finančnih sredstev

Pri upravljanju z denarjem se ljudje s težavami v duševnem zdravju srečujejo z dvema bistvenima težavama pri doseganju finančne neodvisnosti. Prva težava se nanaša na razporejanje in racionalno porabo denarja, druga težava pa na višino njihovih dohodkov: *Veliko jih ne zna z denarjem, kar je pri nizkih dohodkih, ki jih imajo, še posebej vidno. – Največ težav imajo uporabniki z denarjem, ker ga imajo premalo, tudi če z njim dobro ravnajo. 50 % naših uporabnikov potrebuje podporo in vodenje pri urejanju financ, da si znajo postaviti prioritete in si ne kupijo nekaj, kar ni nujno potrebno, potem pa jim ne ostane npr. za plačilo stroškov telefona.*

Ljudje se zavedajo kako pomembno je pravilo razporejati denar, zato si takšne pomoči želijo: *Sprejel bi pomoč pri razdelitvi denarja, pomoč pri plačevanju položnic. – Z upravljanjem in s porabo denarja do zdaj nisem imel izkušenj.*

Tudi podatki iz skupnostne psihiatrične obravnave UKC Maribor kažejo, da kar 78 % ljudi, vključenih v obravnavo, potrebuje pomoč pri pomoč pri razpolaganju z denarjem in pomoč v primeru materialne ogroženosti.

Ker ima večina ljudi s težavami v duševnem zdravju nizke dohodke, jih tudi težje optimalno razporejajo. Dohodki ne pokrivajo vseh izdatkov, zato ljudje zapadejo v dolgove do podjetij ali posameznikov: *Neplačani računi, se jih je velik nabral. – Moja bančna kartica je blokirana, tudi varčevalna knjižica. – Zaradi stiske želi prodati stanovanje, v katerem živi njegov sin. – Pri mobitelu se nabira dolg. – Položnice so prihajale na njeno ime in je dobila račun za eno leto, za plačilo plina.* Finančne težave pomenijo tudi velik stres, ki lahko vodi v poslabšanje zdravstvenega stanja: *Nabere se več stresnih situacij povezanih s financami.*

Upravljanje z denarjem

Nihče od intervjuvanih uporabnikov ne upravlja sam z denarjem: *Pomoč pustim mami, ki mi plačuje stvari, sproti mi da denar. – Partnerka je tudi pooblaščen na mojem računu, dal sem ji kartico, da je plačala račun.*

Ena uporabnica s svojim denarjem ne upravlja sama, saj večje vsote denarja pri njej predstavljajo tveganje za ponovno uživanje prepovedanih drog, si pa tega ne želi: *Stroške si razdelimo, jaz dam staršem denar, potem pa ona dva kupita in plačujeta položnice.*

Prevzemanje upravljanja z denarjem namesto svojca, pa skriva v sebi dve pasti. Prvič, uporabniku odvzameš svobodo do odločanja o uporabi svojega denarja, s čimer vstopiš v drugo past, saj človeku odvzameš tudi možnost učenja in znanja za ravnanje oz. pridobivanje kompetenc za ravnanje z denarjem: *Žene pozabijo na plačilo položnic, ki jih je prej plačeval mož.*

Tudi če ljudje sami upravljajo z denarjem, lahko nesmotrna poraba povzroči finančne težave: *Privošči si v prvih dneh pokojnine kakšne drage priboljške in mu nato zmanjka tudi za hrano. – Ves denar zapravi za obleke dragih blagovnih znamk, potem pa jih čez en teden proda za polovično ceno, da si kupi cigarete.*

Ljudje, ki so vključeni v različne programe pomoči in podpore, dobijo podporo tudi pri ravnanjem z denarjem. Tako skupaj z osebo, ki je v programu zaposlena ali vključena kot uporabnik, razporedijo denar ali pa gredo skupaj plačat stroške: *Denar si dvignem na bankomatu sam, pred tem se dogovorim z vzgojiteljem višino dviga. – Opozorim, da bi bilo dobro, da do naslednjič pripravi položnice. Skupaj z uporabnikom vidiva, kaj bi bilo potrebno plačati.*

Denar bistveno vpliva na vsakdanje življenje uporabnikov, saj z denarjem plačujejo osnovne dobrine, kot so hrana, stanovanjski stroški, oblačila. Z njim plačujejo tudi dobrine, ki morda niso nujne, pomenijo pa pomembno dodatno vrednost za dobro počutje in kvaliteto življenja, kot so rekreacija, hobi, dodatni medicinski pripomočki in zdravila, dopust, razvedrilo: *Problem je tudi pri denarju, koliko si ljudje lahko privoščijo, za sprehod si npr. težko plačajo ali pa za družabništvo. Če ni tako nujna storitev, jo opustiš. – Šli smo lansko leto tudi na morje. Denar je glavni problem, ker ne morejo si nič plačati.*

Nizki dohodki

Ljudje večinoma prejemajo denarno socialno pomoč ali nizko invalidsko pokojnino z varstvenim dodatkom. Vsote, ki jih ljudje prejemajo, so zelo nizke: *Dobivama s partnerko*

380 € in nekaj imava nagrade. – Zdaj dobim 600 € iz borze, do decembra, potem je gotovo, še dvakrat. – Zdaj se preživljam z invalidsko pokojnino, ki znaša 271,77 €, dobim pa še varstveni dodatek, ki znaša 115,64 €. – Zdaj imam priznano invalidnost III. kategorije in dobivam denarno nadomestilo iz ZPIZ-a, ki znaša približno 180 €, ker je to tako nizko, dobim še razliko denarne socialne pomoči od centra za socialno delo. – Dobivam nadomestilo iz ZPIZ-a, dobim tam nekje 454 € na mesec.«

Tako tudi tisti, ki imajo svoje dohodke, in z njimi samostojno upravljajo, pogosto preprosto ne morejo poravnati vseh izdatkov: *S stroški malo težje, ker je samo ena pokojnina. – Večkrat bi rada šla kam na izlet in nedeljsko kosilo, tortico, vendar nimam več toliko denarja. – Glede denarja, ki ga dobim za preživljanje, ga nimam zadosti za cel mesec. Po navadi mi zmanjka za hrano in tudi za karto za vlak.*

Prav zaradi nizkih dohodkov ljudje s težavami v duševnem zdravju pogosto dovolijo, da z njihovim denarjem upravlja svojec ali s svojcem razdelijo stroške: *Stroške plača mama, sem ji pa tudi ta mesec že dal nekaj zraven in tudi za karto – Stric vse plačuje (najemnino, stroške). – Stroške si razdelimo, jaz dam staršem denar, potem pa ona dva kupita in plačujeta položnice. – Prejemam veteranski dodatek, ki ga dobim prvega v mesecu, zdaj denar dvigne mama, razdeliva si stroške stanovanja in hrane.*

Dodatna materialna pomoč

Ker veliko ljudi nima dovolj denarja za osnovne dobrine, iščejo dodatno materialno ali denarno pomoč: *Za plačilo položnic, za npr. ogrevanje pozimi, plačilo zdravstvenega zavarovanja, včasih plačilo kakšnih večjih dolgov.*

Ljudje ne iščejo le dodatnega denarja, temveč tudi materialne dobrine, kot so hrana in oblačila: *Eden obiskuje javno kuhinjo. – Naša ciljna skupina so brezdomci, med njimi je veliko ljudi s težavami v duševnem zdravju. – Veliko je povpraševanja po oblačilih in obutvi. Nekaterim pomagajo sorodniki: Mama mi še včasih malo pomaga finančno, včasih mi pošlje kaj denarja, če jo jaz prej nafehtam. – Stroške za stanovanje plačuje mama preko trajnika. – Knjige, literaturo, CD-je, računalniške programe mi kupuje mama.*

Drugi iščejo pomoč pri različnih organizacijah kot so CSD, Rdeči križ, Karitas ali se obrnejo na občino, v kateri živijo: *Zaradi nizkega slabega finančnega položaja redno iščejo pomoč tudi na drugih organizacijah, kot so CSD, Karitas, RK ... Sicer si uredijo prehrambene pakete, oblačila, ampak jim je to premajhna pomoč, saj bi želeli več denarja tudi za druge potrebe. – Hodimo na RK po oblačila. – Denarno socialno pomoč občine lahko dobijo občani dvakrat letno vsi enak znesek, in sicer za pogrebne stroške, nakup šolskih potrebščin, doplačilo šole v naravi, nakup ozimnice, kurjave, doplačilo zdravstvenih storitev in drugih stroškov. – Presegajo cenzus, vendar se jim pomoč vseeno dodeli. Na primer družina z več otroci, lokalni papirnici odprejo račun za posameznika, nekaterim pa uredijo šolske potrebščine preko RK-a. Občina tudi doplačuje spremstvo, zdravila in zdravstveni material (odvajala, plenica), materialni stiski (2 osebi) in zanj skrbi občina, ostali so usmerjeni na CSD. – Na Karitas hodijo predvsem po prehrambene pakete.*

Organizacije, kot so Rdeči križ in Karitas, zagotavljajo različne vrste materialne pomoči in tudi druge socialno varstvene storitve: *bivanje v obliki zavetišča, pomoč pri prehrani (humanitarno skladišče - paketi osnovnih življenjskih potrebščin), ljudska kuhinja (enkrat dnevno tople obroke – v kontekstu zdrave prehrane), finančno pomoč (plačilo položnic), ambulantna za brezdomce.*

Obe organizaciji opazata porast prošenj po pomoči, zato tudi razmišljata o novih rešitvah: *»Delavnici, ki jo imajo v ZDA – Kako preživeti z malo denarja? – Razmišljamo o odprtju trgovine za brezdomce in finančno šibkejši skupini ljudi. – Prisotno preveč birokracije.«*

4.8. POTREBA PO POMOČI PRI ORGANIZACIJI PREVOZA

Nihče od uporabnikov nima svojega vozila, zato svoje opravke prilagajajo svojcem, prijateljem, prostovoljcem, ki jih lahko peljejo: *Vem koga lahko pokličem za spremstvo. – Sama ne vozim, če kam grem s prijateljico. – Na srečanje ga bo peljala teta, jo bo poklical in se z njo dogovoril. – Zdaj me je vozila mama, vedno pa me ne bo mogla.* Tako v intervjujih kot v individualnih načrtih prevoze najpogosteje opravljajo svojci. Uporabniki pogosto uporabljajo javni prevoz, kolesarijo ali pešačijo: *Prej, ko sem imela službo, sem z busom hodla, zaenkrat me pa oče fura.* Starši enega uporabnika nimajo avtomobila in bi potrebovali pomoč pri prevozu, če bi najstnika sprejeli v dnevni center. Uporabniku zaradi zdravstvenih

težav gibanje v prometu predstavlja veliko tveganje padca in s tem poškodbe, tudi zaradi neupoštevanja prometnih predpisov: *Avt a nimam, po Mariboru se vozim s kolesom, X tudi ..., a ne upošteva rdeče luči in se kar pelje.*

Največja težava pri prevozi se pojavlja predvsem zaradi slabih povezav javnega potniškega prometa in denarja. Uporabniki nakup vozovnic krijejo iz denarne socialne pomoči, zato jim zmanjka denarja za druge dobrine: *Zdaj imam edino denarno pomoč. To mi skoraj zmanjka za hrano, ker si moram kupiti tudi karto za vlak. – Urejale smo prevoz, nimajo denarja za taksi. V ruralnih okoljih so povezave javnega potniškega prometa slabše, zato včasih uporabijo taksi, kar pa še poveča stroške prevoza: Prevozni strošek do Maribora, za kar pa do izplačila prve plače, nimam denarja. – Malo me je zajebavalo zaradi vlaka, ker smo imeli bolj pozno in sem vedno lovil zadnji vlak. – Nekateri sem peljala, tudi če bi kdo hodil, bi lahko uredili pokritje stroškov z izredno pomočjo, vendar se zaplete pri menjavi avtobusov, zapletenosti poti. – S taksijem, ker so drugače slabe veze.*

Uporabniki se zavedajo ovir pri prometnih povezavah, zato se med cilji v individualnih načrtih pojavi kolo: *Ureditev kolesa. – Cilj je pridobitev kolesa: kupila sem si novo kolo, ki so mi ga ukradli. – Zdaj bi rada imela starejše kolo, najraje bi imela ponija, malega ali velikega, da bi se lahko z njim vozila po mestu ali do inštituta.*

Organizacija prevozov vpliva na vsakdanje življenje uporabnikov, saj je vez med zasebnostjo doma in javnim prostorom, ki je lahko namenjen druženju, zdravljenju, delu ali prostemu času. Prevozi niso le dostop do neke storitve, ampak pomembna vez vključenosti v socialne mreže: *V materinskem domu mi je tudi daleč, moram hoditi peš do avtobusa. Jaz bi bila raje nekje bolj v mestu, da bi imela bližje do knjižnice, da bi lahko šla na internet, v dnevni center. – Hči ji organizira, da ob nedeljah hodi k maši, v petek pa jo peljejo neki znanci na obrede. – Zaradi oddaljenosti ne more nuditi več pomoči, brat pa je osamljen.*

Nekateri programi se izvajajo samo v Mariboru, DC Šenta in Ozare je le v mestu, pomeni še dodatno socialno izključenost ljudi iz ruralnega okolja: *Učna pomoč se zagotavlja le tistim iz Maribora in iz bližnje okolice, saj je problem zagotoviti prevoz do drugih območij.*

Storitev prevozov

Nekateri zaposleni v službah pomoči opravljajo prevoze, drugi pa ne. Uporabniki prevoz potrebujejo, vendar jim ga zaposleni v službah pomoči smejo ponuditi le v omejenem obsegu, saj jih pri tem omejujejo interna pravila ali zakonski predpisi. Center za pomoč na domu Maribor ne pomaga pri prevozih: *Nekako bi bilo potrebno tudi organizirati prevoze. Ljudje težje uporabljajo javni prevoz, taxiji so predragi, želeli bi pa na pokopališče, k zdravniku, na fizioterapijo ali še kam. Ljudje imajo kontrole pri zdravniku, mi jih lahko spremljamo, ne smemo jih pa voziti ... Niti nimajo vse delavke v uporabi avtomobila, ampak uporabljajo javni prevoz. – Neka gospa je želela na pokopališče, vendar je nisem smela peljati, poskusili sva peš, pa gospa tako dolge poti ne zmore ... – Mi prevoza ne moremo zagotoviti ... – Problem je tudi prevoz do zdravnika, ko pride do krizne situacije.*

Strokovne delavke centrov za socialno delo uporabnike vozijo, patronažne sestre pa si pomagajo s prevozi z reševalnim vozilom: *S prevozi je tako, da lahko vzamem službeni avto, peljem jo k zdravniku, s tamalim, potem jo peljem v trgovino. – Dvakrat jo peljemo v dnevni center. – Nekateri sem peljala, tudi če bi kdo hodil, bi lahko uredili pokritje stroškov z izredno pomočjo, vendar se zaplete pri menjavi avtobusov, zapletenost poti. – Odročen je teren. Je potreba po prevozih. – Poskrbimo, da se organizira prevoz. Za zdravstveno stvar dobimo nalog za prevoze, rešilnega, lahko ga tudi spremljamo. – Sami ljudi ne vozimo. Dogovorimo se za kakšno stvar s svojci.*

Prevozi ob selitvah

Najtežja je organizacija izrednih prevozov ob selitvah, saj so selitveni servisi dragi, v osebнем avtomobilu pa vseh stvari ne morejo prepeljati. Takrat se ljudje poslužujejo različnih oblik pomoči: *Potrebujejo pomoč tudi pri selitvah. Pri tem nekaterim pomagajo svojci, vendar je prevoz lahko problem. – Eno gospo so selili iz materinskega doma, je prevoz zagotovil center za socialno delo. Občasno se poslužujejo taksijev, ko si to lahko sami plačajo, ali pa si stvari prenašajo po delih in gredo kar na avtobus. Mi prevoza ne moremo zagotoviti. – Problem pri prevzemih medicinskih pripomočkov je predvsem pri vozičkih in posteljah, saj ni prevozov. Zaradi težav pri prevozu večjih kosov pohištva, gospodinjskih aparatov ali večje količine manjših stvari smo na terenu opazili, da je nekdo v stanovanju*

preprosto pustil pralni stroj, ko pa se je čez eno leto spet selil, pa televizijo. Podobno pove tudi delavka v stanovanjski skupini: *»Vrnejo domov ali gredo živet samostojno, pravijo, naj ostane vse skupaj kar v stanovanjski skupini.«*

4.9. REZULTATI DELAVNICE

Dne 11. 5. 2012 smo sodelavci raziskave HOPS organizirali delavnico v Narodnem domu Maribor, kjer smo kratko predstavili raziskavo ter organizirali delavnico. Na predstavitev smo povabili predstavnike in zaposlene na občinah, centrih za socialno delo, nevladnih organizacijah, psihiatričnih bolnišnic in zdravstvenih domov, ki delujejo v mariborski regiji. Prav tako smo povabili tudi druge; uporabnike, zaposlene na Ministrstvu za delo, družino in socialne zadeve, koordinatorje SV Slovenije, prostovoljce in novinarje.

Povabili smo jih z namenom, da smo jim predstavili raziskavo in jih povabili na aktivno sodelovanje v delavnici, kjer smo iskali inovativne možnosti za učinkovito pomoč in podporo v skupnosti. Delavnico smo razdelili na pet tematskih sklopov: krize, zdravila, gospodinjstvo, obvladovanje prostora in prosti čas. Udeleženci so bili v skupine razdeljeni mešano, s čimer smo želeli doseči raznolike poglede na določeno tematiko. Delavnice smo oblikovali tako, da smo na vsakem področju oblikovali ključne ugotovitve o potrebah in pomoči ter obstoječih rešitvah. Na podlagi oblikovanih sklepov smo predlagali možne intervencije, ki smo jih ocenili glede na njihovo smiselnost, izvedljivost in sredstva, ki so potrebna za uresničitev, ter ocenili njihovo učinkovitost in pregledali morebitne ovire. Na koncu smo naredili prioritarno lestvico intervencij, ki so najbolj potrebne ter izvedljive. Po ločenem dvournem skupinskem delu je sledila skupna diskusija.

Tabela 4: Kriza

Ključne ugotovitve	Predlogi in izvedba	Ovire
(Pre) hitra hospitalizacija	Redno jemanje zdravil, nasveti, kako zmanjšati stisko, krepitev moči.	Pomanjkanje kadra, nesodelovanje uporabnika, premalo časa za pogovor.

Stigmatizacija uporabnika	Ozaveščanje javnosti, vmesni prostori, da se uporabnik lahko umakne, pozitivno medijsko poročanje.	Ozaveščanje o težavah v duševnem zdravju je obrobna tema, mediji negativno prikazujejo ljudi s težavami v duševnem zdravju.
Nevednost svojcev v krizi	Izobraževanje, navodila za ravnanje v krizi, podpora.	Nesodelovanje svojcev.
Dostopnost pomoči v času krize je slaba	24 ur na dan, vse dni med tednom in letom, dostopne telefonske številke, elektronski naslovi, obiski na domu ob krizi.	Premalo kadrovskih zmogljivosti in premalo sredstev za zaposlene.
Pomanjkljivo sodelovanje z zdravstvenim osebjem	Kontinuirano sodelovanje z izbranim zdravnikom ali strokovnim delavcem.	Kadrovske menjave v strokovnih službah tudi zaradi pomanjkanja sredstev za zaposlene.
Šibka socialna mreža	Krepitev neformalne in formalne socialne mreže, vključevanje v družbo.	Velika stigmatizacija uporabnikov s težavami v duševnem zdravju.
Slaba povezanost med strokovnimi službami	Izboljšanje koordinacije, redno srečevanje, redno izobraževanje, timi.	Prevelika strokovna konkurenca in boj za pomembnost.
Nujnost spodbude	Redna spodbuda, pogovori, sestanki, zgled.	Ni ovir.

Tabela 5: Zdravila

Ključne ugotovitve	Predlogi in izvedba	Ovire
Potreba po rednem jemanju	Osveščenost o pomembnosti	Uporabnikovo nesodelovanje,

terapije	jemanja terapije, pomoč pri jemanju terapije – ljudje ali preko materialnih pripomočkov (škatlice, mobilni telefon, računalnik), prejemanje depoja.	premalo ljudi na terenu (patronaža) ali prepoved opravljanja tega dela (izvajalke pomoči na domu), odsotnost elektronskih opomnikov, nerazumevanje navodil.
Želja po zmanjševanju terapije	Zdravniško vodeno in nadzorovano zmanjševanje, ob poslabšanju imeti dostop do zdravil.	Možnost slabšega počutja, nenaklonjenost zdravnikov za zmanjševanje odmerka zdravil, v skupnosti ni vzpostavljene delujoče podporne mreže, ki bi bila dosegljiva 24/7, v skupnosti ni vzpostavljenih kriznih timov in kriznih centrov.
Želja po opuščanju zdravil	Sodelovanje z zdravnikom, vzpostavitev oskrbe v skupnosti – krizni timi, seznanitev socialne mreže o nameri opuščanja, zagovorništvo.	Možnost slabšega počutja in nastop krize, nenaklonjenost socialne mreže, zmanjševanje, pomanjkanje skupnostne oskrbe 24/7, kriznih timov in kriznih centrov.
Stranski učinki	Pogovor z zdravnikom, zmanjševanje odmerka zdravil z zdravim načinom življenja, dodatna zdravila za zmanjšanje stranskih učinkov primarnega.	Zamenjana zdravila lahko imajo stranske učinke, nesodelovanje in nenaklonjenost zdravnikov glede zamenjave zdravil, nestrinjanje z zamenjavo, zmanjšanjem odmerka ali dodatnim zdravilom, ki blaži

		stranske učinke.
Doplačevanje dodatnih zdravil	Materialna pomoč, pomoč pri razporejanju denarja, poskušati biti brez zdravil, ki jih je treba doplačati.	Materialna ogroženost nekaterih uporabnikov, odsotnost individualnega financiranja storitev in zdravil, odsotnost kritja nekaterih zdravil in pripomočkov iz obveznega ali prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Tabela 6: Prosti čas

Ključne ugotovitve	Predlogi in izvedba	Ovire
Preveč prostega časa	Zapolniti prosti čas z vključevanjem v lokalne aktivnosti, društva in organizacije, druženje uporabnikov med sabo.	Ukinjanje projektov, programov, težava v trajanju projektov in financiranju letih.
Neaktivnost pogloblja stisko	Več aktivnosti, zapolnitev časa z vključevanjem v različne aktivnosti.	Ukinjanje programov in premalo sredstev.
Hobi lahko postane obveznost	/	
Osamljenost povečuje stisko	Več obiskov na domu, omogočiti uporabniku več družabnosti, druženje uporabnikov med seboj, izobraževanje, kako biti sam s seboj.	Pretirano zanašanje organizacij na prostovoljce.

Tabela 7: Obvladovanje prostora

Ključne ugotovitve	Predlogi in izvedba	Ovire
Potreba po podpori pri selitvah	Časovna banka, vključevanje lokalnih organizacij, ki imajo na voljo ustrezna prevozna sredstva, pomoč na domu, materialna sredstva.	Pomanjkanje finančnih sredstev.
Potreba po povezovanju služb	Usklajena koordinacija različnih služb – sestanki, timi, osebni stik.	Težko usklajevanje, nepripravljenost služb na povezovanje.
Mobilne službe	Takojšnja ustanovitev javnih in nevladnih programov.	Pomanjkanje finančnih sredstev.
Vključitev uporabnikov	Predstavitev različnih programov uporabnikom – mediji, oglasi, dan odprtih vrat, informacijska pisarna.	Nepripravljenost za vključitev, ni programov.
Vključitev prostovoljcev in brezposelnih oseb	Predstavitvene delavnice, plakati, oglasi v medijih, napotitev iz zavoda.	Nesodelovanje služb in ljudi, premalo informiranja.

Tabela 8: Gospodinjstvo

Ključne ugotovitve	Predlogi in izvedba	Ovire
Struktura, rutine in urnik lahko pomagajo	Skupno načrtovanje urnika, vključitev v vsakodnevno dejavnost, dnevna pomoč	Urediti plačilo za izvajalce oz. načrtovalce
Potrebna je pomoč pri pripravi obrokov	Načrtovanje obrokov, dostava hrane, skupno kuhanje, pomoč pri kuhanju, kuharska delavnica, dan za spremembe	Urediti plačilo za izvajalce, delavnice, premalo konkretne pomoči in navodil
Potrebna je pomoč pri urejanju, higieni, čiščenju stanovanja	Pomoč na domu, pomoč pri čiščenju, minimalno ohranjanje	Nesodelovanje uporabnikov, pomanjkanje

	čistoče, Organizacija občasne pomoči za generalno čiščenje	hišnikov/mojstrov za majna popravila, premalo prostovoljnega dela
Potrebna je pomoč pri nakupovanju	Samooskrba, iskanje ugodnih nakupov – akcije, pomoč pri prenašanju težjih stvari ali organiziranje prevoza, bližnje trgovine	Nizki dohodki, težave pri prevozih s službenimi avtomobili
Pomoč pri uporabi aparatov	Sprememba načina kuhanja (plin-elektrika), navodila, pomoč serviserja/hišnika pri usposobitvi aparatov	Premalo prostovoljnega dela, premalo sredstev za nakup novih aparatov, premalo sredstev za mojstre
Pomembna je skrb zase	Navodila za os. Higieno in opominjanje, pomoč pri temeljni higieni, izdelava urnika ali načrta	Nesodelovanje uporabnika, premalo spodbude
Potrebna je pomoč pri razpolaganju z denarjem	Načrt porabe in nakupov, Mesečni načrt plačevanja položnic	Premalo prostovoljcev, premalo sredstev za izvajalce

Iz tabel je razvidno, da smo se osredotočili na pet tematskih področij: kriza, zdravila, prosti čas, obvladovanje prostora in gospodinjstvo. Iz ključnih ugotovitev, predlogov in ovir je jasno razvidno, na katerih področjih prihaja do manka pri zagotavljanju pomoči in podpore ter s kakšnimi ukrepi bi morali izboljšati storitve, da bi ljudje s težavami v duševnem zdravju imeli zagotovljeno boljšo podporo za življenje v skupnosti.

4.10. REZULTATI, PRIDOBLENI Z VPRAŠALNIKOM

Z vprašalniki, ki smo jih posredovali 48 nevladnim organizacijam, socialno varstvenim zavodom in občinam, smo želeli ugotoviti, katere oblike pomoči in podpore so na voljo na

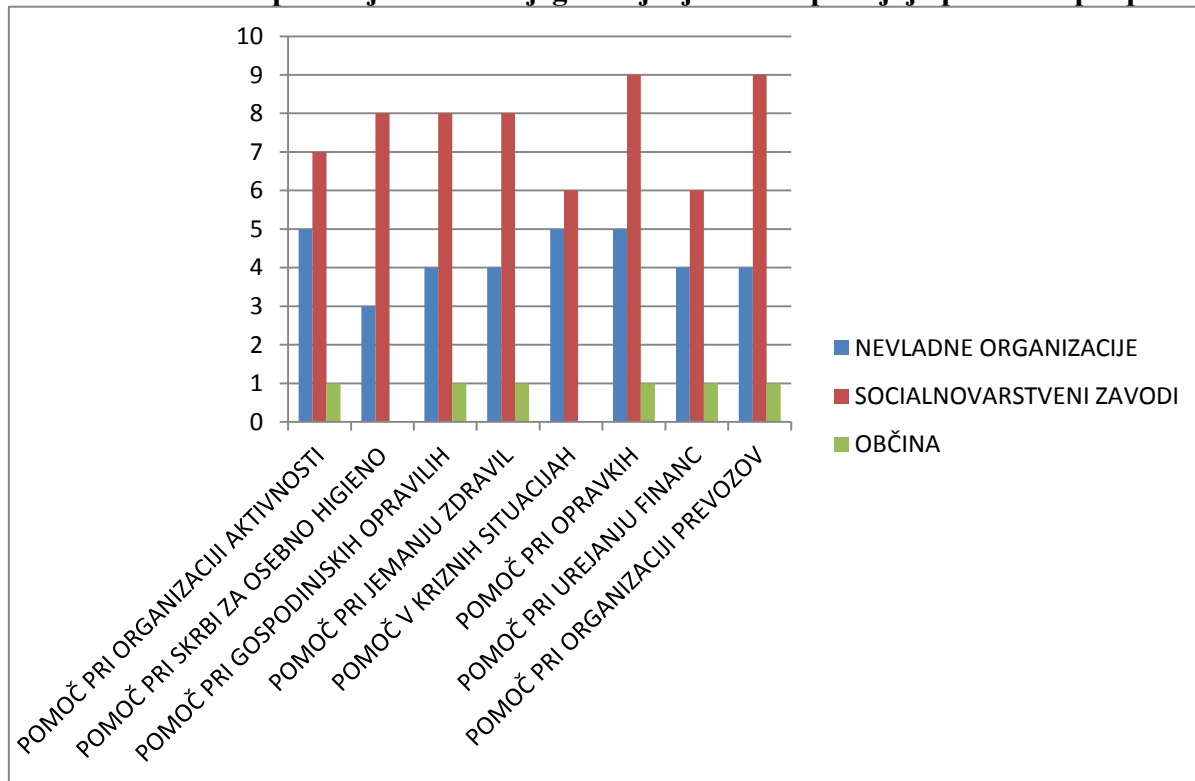
področju mariborske regije. Na vprašalnik je odgovorilo 6 nevladnih organizacij, 9 socialno varstvenih zavodov in 1 občina.

Tabela 9: Organizacije in storitve, ki jih zagotavljajo

VRSTA STORITVE	SLUŽBE	OBLIKA POMOČI
1. POMOČI PRI ORGANIZACIJI DNEVNIH AKTIVNOSTI	5 nevladnih organizacij 6 socialnovarstvenih zavodov 1 občina	-pomoč pri urniku -organiziranje dnevnih akt. -zbujanje -priprave na spanje
2. POMOČI PRI SKRBI ZA OSEBNO HIGIENO	3 nevladne organizacije 8 socialnovarstvenih zavodov	-skrb za oblačila(lik., pran.) -umivanje,priprava na spanj
3. POMOČI PRI GOSPODINJSKIH OPRAVILIH	4 nevladne organizacije 8 socialnovarstvenih zavodov 1 občina	-skrb za oblačila -nakupovanje oblačil -nakupovanje hrane -priprava obrokov,pomivanje -pospravljanje,čiščenje -vzdrževalna dela
4. POMOČI PRI JEMANJU ZDRAVIL	4 nevladne organizacije 8 socialnovarstvenih zavodov 1 občina	-opuščanje -priprava, razdeljevanje -opominjanje
5. POMOČI V KRIZNIH SITUACIJAH	5 nevladnih organizacij 6 socialnovarstvenih zavodov 1 občina	-pomoč v kriznih situacijah
6. POMOČI PRI OPRAVKIH	5 nevladnih organizacij 9 socialnovarstvenih zavodov 1 občina	-urejanje statusa,pravic -stik z institucijami -urejanje financ -pomoč pri razdelitvi denarja -organizirane oblike vključevanja

7. POMOČI PRI ORGANIZACIJI PREVOZOV	4 nevladne organizacije 9 socialnovarstvenih zavodov 1 občina	- pomoč pri organizaciji - občasni prevoz - dnevni prevozi - selitve - sprehod
-------------------------------------	---	--

Graf 3: Na katerih področjih vsakdanjega življenja službe ponujajo pomoč in podporo?



Iz tabele in grafa je razvidno, da tako nevladne organizacije, kot tudi socialno varstveni zavodi, ponujajo različne oblike pomoči in podpore uporabnikom s težavami v duševnem zdravju. Pomoč in podporo zagotavljajo pri organizaciji dnevnih aktivnosti, skrbi za osebno higieno, gospodinjskih opravilih, pri jemanju zdravil, pri opravih, urejanju financ, prav tako pa pomagajo uporabnikom pri organizaciji prevozov.

5. RAZPRAVA

Vsakdanje rutine, potek dneva, prekinitve ali okrepite dejavnosti nam dajejo socialni občutek življenjskega ritma, samega sebe in pripadnosti okolju, v katerem živimo (Flaker *et al.* 2008: 191).

Ljudje s težavami v duševnem zdravju se srečujejo z različnimi ovirami pri samostojnem življenju, pri tem je ključen tudi njihov lasten pogled na to, katero vrsto pomoči in podpore bi potrebovali.

Pri oblikovanju storitev pomoči in podpore je treba ne le načrtovati, ampak tudi zasledovati etiko udeležnosti in upoštevati, da je ravno uporabniki ekspert iz izkušenj in najbolj ve, kaj potrebuje in katere storitve bi bile glede na njegove dosedanje življenje najprimernejše (Flaker *et al.*: 2008).

Z našo raziskavo smo ugotovili, da nekatere storitve niso prilagojene posameznemu uporabniku. Nekateri bi tako želeli več podpore, drugi pa bi želeli več samostojnosti in prehod iz pomoči pri posamezni dejavnosti na samostojno opravljanje opravil, ki smo jih uvrstili med vsakodnevno rutino: *»Hudič je za funkcionirat, ko prideš iz bolnice. Če gre nekdo z mano, grem kam, če ne, ne grem nikamor. Rabim neko oporo ... Ko sem prišel iz bolnice, bi potreboval vsak dan, da bi nekdo prišel k meni.«*

»Rutine priskrbijo načine orientacije, saj v praksi odgovarjajo na vprašanja, ki se pojavljajo glede okvirov obstoja« (Giddens v Flaker *et al.* 2008: 193). Dnevne aktivnosti so tiste, ki dajejo človeku občutek obstoja, kot osebne identitete znotraj in zunaj doma. Človek se namreč počuti koristnega, če svoj čas smiselno zapolni z obveznostmi in opravi. Z urnikom, ki ga po potrebi načrtujejo skupaj z izvajalci pomoči, si ljudje s težavami v duševnem zdravju lažje razporedijo opravke skozi dan. Ljudje s težavami v duševnem zdravju potrebujejo veliko pomoči pri raznovrstnih vsakodnevni aktivnostih, od gospodinjstva do vključevanja v socialno okolje.

Gospodinjstvo zajema opravke, kot so kuhanje, likanje, pranje in čiščenje stanovanja. Uporabniki si znajo sami skuhati osnovne stvari, kljub temu pa jih je veliko odvisnih od svojcev, zunanjih ponudnikov prehrane, delno pa jim pri kuhanju pomagajo tudi pomočnice, in sicer pri pripravi zdravih obrokov. Vsi izvajalci pomoči individualno in skupinsko spodbujajo uporabnike k pripravi zdravih obrokov: *Potreba po pomoči v vsakdanjem življenju*

oseb, ki prihajajo v dnevni center Šentlent, je topel obrok. Kot odgovor na to potrebo so v dnevnem centru organizirali kuharsko delavnico, ki jo imajo enkrat na teden ... V kuharski skupini se učijo pripravljati nove jedi, da je njihova prehrana čim bolj pestra.

Tudi za ostala gospodinjska opravila skrbijo nekateri sami, nekaterim pomagajo svojci, drugi pa to opravljajo s pomočjo oskrbovalke oz. pomočnice vsakdanjega življenja. Socialna oskrbovalka: *»Za oblačenje sam poskrbi, vpraša nas le, če si bi kaj kupil. Potrebuje spodbudo. Pri vsakodnevni stvareh ga spodbujamo, potem naredi, da si opere itd. Če nas ne bi bilo, potem ne bi naredil. Za kuhinjo poskrbimo, sodeluje ko smo zraven. Dokončamo, pripravimo meso za naslednji dan, onadva pripravita prikuho.«* Sorodnica: *»Kuham mu jaz, hrano zmrzujem, ga razvajamo, naredim mu porcije in mu jih dvakrat na teden dostavim. Vse dam v plastične posode, ki jih potem zloživa v njegovo skrinjo. Bojim se, da te hrane včasih niti ne prevre.«* Uporabnik: *»Na Ozari sem kak meni paše, grem domov in si skuham kosilo. Doma počistim, porihtam, opere mi perilo stroj. Gledam tv, sem na računalniku. Pomaga mi prijateljica pri kuhanju, čiščenju oken.«*

Prav pri tej obliki pomoči je na voljo največ izvajalcev, ki nudijo pomoč pri kuhanju in nakupovanju hrane, pri čiščenju in vzdrževanju stanovanja.

Pri skrbi za osebno higieno ljudi s težavami v duševnem zdravju potrebujejo spodbudo in motivacijo, da se uredijo in preoblečejo. Mentorica v stanovanjski skupini: *«Za higieno je potrebno skrbeti, opozoriš ga, da se naj umije in preobleče.»*

Konkretno pomoč pa pri gospodinjskih opravilih, kot tudi pri osebni higieni, potrebujejo starejši, telesno oslabei ljudje. Psihiatrinja o starih z demenco: *»Za njih je potrebno, da npr. dobijo pajaca, ogražo na postelji, da ne padejo dol, potrebno je fiksirati stol. Oni pozabijo jesti, piti, na vse jih je treba opozarjati.«*

»Zdravila imajo v vsakodnevni rutini ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno skrb in podporo, posebno mesto. Vzeti zdravila pomeni opraviti eno od nujnih dnevnih nalog ...« (Flaker et al. 2008: 196). Uporabniki se kljub stranskim učinkom večinoma zavedajo pomembnosti rednega jemanja zdravil. Nekateri imajo potrebo po pomoči pri opominjanju na redno jemanje terapije, pri razporeditvi in odmerjanju zdravil skozi dan ali teden. Ta opravila prevzamejo svojci, patronažne sestre, pomočnice vsakdanjega življenja in delavke v stanovanjskih skupnostih. Uporabnika: *»Zdravila mi zdaj, ko sem doma, dajeta mama in sestra. – Zdravila*

mi sestra iz bolnice pripelje enkrat na teden. Potem jih sam vzamem, ker jih imam razdeljene po škatlicah. Upam, da ne bom več tako zbrbljan, ker mi to res ni bilo v redu.» Socialna oskrbovalka: »Eni redno jemljejo tablete. Eni prosijo, da jih opozorimo.«

Opuščanje zdravil in stresne situacije so po mnenju sogovornikov glavni razlog za nastanek kriznih situacij. Izraz kriza pomeni, da je motnja psihičnega ravnotežja resna, akutna in je posameznik ne more rešiti z navadnimi načini spoprijemanja. Nastopi lahko kot posledica dolgotrajnega stresa ali pa kot odziv na življenjski dogodek (Lamovec 1998: 221). Opozorilne znake opažajo uporabniki sami, njihovi najbližji in tudi zaposleni, ki so z njimi redno v stiku.

V krizi želijo uporabniki imeti nekoga za pogovor, saj bi tako lahko preprečili hiter odhod od doma in hospitalizacijo. Takrat najmanj poslušajo svojce ali jih celo zavračajo, zato je potreba po zunanjih izvajalcih velika. Problem je tudi v tem, ker uporabniki in svojci pogosto ne vedo, kam se lahko obrnejo po pomoč, seveda če izvezemo bolnišnico.

Primer dobre prakse so tržaške službe, kjer je osebje centra za duševno zdravje večkrat v stiku z uporabnikom, in sicer že na samem začetku dogajanj, ki povzročijo krizo. Krize uporabnikom hitreje minejo in ne nosijo takšnih posledic kot hospitalizacija (Flaker 1998: 213). Krizni timi so v Trstu, v nasprotju s Slovenijo, zelo dobro organizirani in pokriti. Strokovni delavci opozarjajo, da zaradi slabega sodelovanja med službami in pomanjkanja kadra, v kriznih situacijah ne morejo reagirati dovolj hitro in učinkovito: *»Slabo je to, da ni medsebojne koordinacije, to jaz opažam ... ni povezanosti. – Treba bi bilo združiti službe, saj vse nekaj delajo, pa sploh ne vemo za njih, so nam pa zelo podobne. – S povezanostjo strokovnih služb med seboj in z nevladnimi organizacijami lahko hitreje organiziramo pomoč in podporo za uporabnika v krizi.«*

Del vsakdanjega življenja so za uporabnike tudi opravki, ki so povezani s stikom z različnimi službami (npr. obiskati zdravnika, plačevati položnice, oddati davčno napoved, iti na kavo, nakupovati ...). Uporabnik ima kup opravkov s službami socialnega dela, zdravstva, socialnega in zdravstvenega zavarovanja, upravnih organov itn. (Flaker *et al.* 2008: 226).

Prav na področju opravkov in stikov z različnimi službami se je pokazal največji obseg potreb po pomoči, saj moramo pri nas šele ustvariti službe, ki bodo podpirale varovanje v življenju v skupnosti, in odpraviti bolnišnice (Flaker 1998: 192).

Največ opravkov imajo v zdravstvenem domu, v bolnici, na centrih za socialno delo, Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje, Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, na nevladnih organizacijah (Rdeči križ, Karitas, Ozara, Šent), na občinah in upravnih enotah oz. s tistimi službami, kjer lahko dobijo pomoč pri iskanju zaposlitve, urejanju statusa, pomoč na domu, materialno pomoč in različne oblike psihosocialne in zdravstvene pomoči. Uporabnika: *»Na Ozari mi pomagajo od ponedeljka do petka, če potrebujem kaj administrativnega mi pomagajo na Ozari, da kaj zrihtam. – Potrebovala bi nekoga, ki bi šel z mano k zdravniku, ker mi ne verjame več zdravnica.«*

Dostop do javne sfere in vključenosti v socialno okolje izven doma je pogojen z dostopnostjo. Večina programov in služb se nahaja v mestu, kamor ljudje iz ruralnega okolja težje prihajajo. Prevozi so sedaj omogočeni le uporabnikom, ki so dnevno vključeni v določene organizacije (VDC Sožitje). Uporabnik: *»Zdaj me je vozila mama, vedno pa me ne bo mogla. Rabim prevoz, ker je drugače pot za mene preveč naporna in mi je predaleč.«*

Za občasne prevoze ljudje najpogosteje uporabljajo javni prevoz ali pa se zanj dogovorijo znotraj svoje neformalne socialne mreže. Povezave javnega potniškega prometa so v oddaljenih krajih včasih slabe, javni potniški promet in taksiji predragi, zato jim je v pomoč kolo ali subvencioniran prevoz. Če je v zakonskih predpisih dovoljeno, lahko prevoze opravijo z reševalnim vozilom ali vozilom službe pomoči.

Ovira, na katero uporabniki velikokrat naletijo, je malo denarja. Večina jih prejema denarno socialno pomoč ali pa nizko invalidsko pokojnino. Uporabnica: *»Trenutno sem nemočna, ker nimam službe, če bi jo imela, bi si izboljšala svoje življenje.«* Zaradi nizkih dohodkov uporabniki slabše upravljajo z denarjem, saj si nekateri ne morejo privoščiti niti osnovnih dobrin. Tistim, ki lahko finančno pomagajo svojci, jim pogosto pomagajo tudi pri razporejanju denarja, njegovi racionalni porabi in pri plačevanju položnic. Nizki dohodki vplivajo na njihove aktivnosti v prostem času, ki si jih poskušajo organizirati tako, da imajo čim manj stroškov. Želijo pa si tudi drugih aktivnosti, kot je npr. vključitev v računalniški tečaj, vendar pa jim nizki dohodki to onemogočajo.

Izvajanje storitev je zelo povezano z zagotavljanjem finančnih sredstev, ki pa jih je v današnji obliki oskrbe težko zagotoviti. Potrebne bi bile nove oblike financiranja, kot je individualno financiranje storitev socialnega varstva, ki se trenutno še poskusno vpeljuje. Problem je torej sistemski in ga je tako tudi treba urejati, na kar opozarjajo tudi avtorji dolgotrajne oskrbe.

Izgradnjo novega sistema ovira dejstvo, da obstaja (vsaj v Sloveniji) pomanjkanje dajatev, ki bi omogočile nove načine oskrbe. Da bi lahko ljudje živeli izven institucij, samostojno v skupnosti, je gotovo potrebna boljša stanovanjska oskrba in večje število skupnostnih oblik oskrbe. Glede na to, da je velik del ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, tudi socialno ogrožen, je pomembno, da njihova revščina ne ogrozi pravic do storitev, ki jih potrebujejo. Skratka, ko govorimo o stroških oskrbe, moramo poskrbeti, da bo lahko človek preživel, da bo imel dovolj za življenjske stroške (Flaker *et al.* 2008: 25).

V predlogu Zakona o dolgotrajni oskrbi so izplačila in njihova višina neodvisni od zavarovanj iz naslova dela, ampak so prilagojena potrebam uporabnikov (Škerjanc *et al.* 2010: 124). To pomeni, da bi uporabniki res dobili tiste storitve, ki jih potrebujejo.

Pri oblikovanju pomoči in podpore posamezniku, da bo lahko živel v skupnosti, sta potrebni izkušnja in vednost prejemnika pomoči. To je bistvo ideje delovnega koncepta individualizacije socialno varstvenih storitev (Škerjanec 2010: 39).

Kljub premikom v individualizirani obravnavi je v Sloveniji še zmeraj večina storitev socialnega varstva institucionaliziranih. V teh institucionalnih oblikah socialnega varstva prevladuje medicinski model obravnave, ki išče rešitev v diagnozi in rehabilitaciji. Življenjske možnosti in priložnosti so odvisne od strokovnih ocen zdravnikov, psihologov, sociologov, defektologov in socialnih delavcev. Takšna rehabilitacijska usmeritev je vzrok slabo razvite skupnostne oskrbe. Podobno ugotavljajo avtorji *Dolgotrajne oskrbe*, kjer se zavzemajo za vzpostavitev enotnega polja storitev, ki bi presegla tradicionalno delitev na zdravstvene in socialne storitve (Flaker *et al.* 2008: 22).

Zaradi večjih finančnih vložkov v institucionalno varstvo so skupnostne službe kadrovske in časovno omejene. Posledica tega je, da pri izvajanju programov skupnostne oskrbe pride do prekinitev, ki motijo celostno in kontinuirano pomoč (tako npr. pri programu javnih del pride letno do dvomesečnega izpada izvajanja zaradi novega razpisa). To pomeni veliko tveganje za uporabnike, ki bi pomoč potrebovali vsak dan, tudi popoldan in ob dela prostih dnevih. Službe namreč, z izjemo patronažnih sester, svoje storitve v večini zagotavljajo samo v dopoldanskem času med tednom.

Službe bi morale biti ljudem dostopne na treh ravneh.

- Časovna dostopnost: pomeni, da imajo ljudje o službi ustrezne informacije, da imajo na voljo dežurni telefon, ki deluje vsak dan, tudi med prazniki, še bolje pa je, da imajo odprta vrata tudi popoldan, ponoči, med vikendi in prazniki in da lahko službe kadarkoli zagotavljajo terensko delo.
- Finančna dostopnost: da so njihove storitve brezplačne (npr. da imajo brezplačno telefonsko številko za storitve) ali z minimalnimi stroški. Najugodnejša rešitev je zagotovljeno neposredno financiranje storitev v obsegu, kot ga ljudje potrebujejo.
- Fizična dostopnost: da imajo ljudje o službi ustrezne informacije, da jih lahko kljub svojim oviram fizično dosežejo, da je služba fizično dostopna vsem ljudem – klančine, prilagojena stranišča in da je služba v prostoru, do katerega lahko pride večina ljudi brez težav.

Problem je tudi slaba povezanost služb in njihova medsebojna komunikacija. Kot navaja Lamovec so službe v Trstu med seboj zelo dobro povezane, kar omogoča, da celovito zadovoljijo vse potrebe populacije, ki so posredno ali neposredno povezane z duševnim zdravjem (Lamovec 1995: 205). Socialna delavka: *»Treba bi bilo združiti službe, saj vse nekaj delajo, pa sploh ne vemo za njih, so nam pa zelo podobne.«* Patronažna sestra: *»... dobro koordinirano in ne 10 strokovnjakov ki hodi k hiši, dobra organizacija in sodelavci, ki bi to delali. Dobra koordinacija med službami, več skupinskih posvetov.«* Spodbujati je treba timsko sodelovanje in krepitev osebnih stikov med raznolikimi službami, saj sedaj večinoma sodelujejo med seboj službe, ki se med seboj dopolnjujejo (patronažna služba z zdravstvenim domom in centrom za pomoč na domu, center za socialno delo s centrom za pomoč na domu, manj zdravnik in center za socialno delo).

6. SKLEPI

6.1. SKLEPI, POVZETI IZ TEORETIČNEGA UVODA

Duševno zdravje je socialni konstrukt, kar pomeni, da je kultura tista, ki določa, kaj pomeni biti duševno zdrav ali duševno bolan. To vpliva na načine prepoznavanja bolezni in njenega etiketiranja.

Status duševnega bolnika naredi človeka ranljivega na vseh področjih njegovega življenja.

Stigma, ki izhaja iz stereotipnih predstav o nevarnosti in nekompetentnosti ljudi, se ga oprime in zaznamuje njegovo življenje, katerega kakovost strmo pada.

Z dezinstitutionalizacijo se je začel govor o dolgotrajnih stiskah in ljudeh, ki jih doživljajo.

V ospredje so stopila vprašanja o tem, kako ljudje živijo in kaj potrebujejo, da bi lahko ostali in živeli v skupnosti. To bi namreč povečalo kakovost njihovega življenja in zmanjševalo ovire, s katerimi se srečujejo po dolgotrajni hospitalizaciji.

Dolgotrajna oskrba se kaže kot nov steber socialne varnosti in pomeni pomoč in podporo ljudem, ki potrebujejo dolgotrajno in organizirano pomoč, in podporo drugih ljudi (Flaker *et.al* 2008: 19).

Potrebe, ki so se pojavile kot ključne na področju dolgotrajne oskrbe, se pojavljajo na področju: človekovega vsakdanjega življenja, stanovanja, dela in služenja denarja, stikov z drugimi, življenjskih dogodkov, kot je hospitalizacija, interakcijskih prekrškov, institucionalne in človekove neumeščenosti in pripadnosti.

Skupnostna oskrba prinaša nove načine in pristope dela. Ljudje s težavami v duševnem zdravju lahko ostanejo doma in v svojem okolju, kjer živijo, dobivajo ustrezno pomoč in podporo, ki jo potrebujejo.

Kot hibrid med bivanjem doma in bivanjem v instituciji obstajajo stanovanjske skupine. Preselitev iz ustanove je primer, ko potrebujejo vmesni prostor. Ta prostor omogoča človeku spoznavanje svojih (pozabljenih) želja, interesov, sposobnosti. Hkrati pa omogoči, da bivši stanovalec preide iz institucionalnih v navadne obrazce življenja in se loti organizacije novega življenja.

Socialni delavci imajo zato ne glede na področje svojega delovanja, ključno vlogo pri tem, da omogočijo ljudem dostop do različnih oblik pomoči, storitev in dajatev, ki jih potrebujejo.

Pristop socialnih delavcev je oprt na krepitev moči uporabnikov. V procesu pomoči mora aktivno sodelovati tudi uporabnik. On lahko namreč najbolje presodi, kaj je najbolje zanj, seveda če ima dovolj informacij.

Pri delu z osebami v duševnem zdravju se kot dobri pristop za načrtovanje skrbi uporablja individualni načrt, ki ga socialni delavec in uporabnik pripravita skupaj. V njem so izražene uporabnikove želje, cilji, vizije, ki jih ima v življenju.

Delovni odnos socialni delavci ne vzpostavijo samo s posameznikom, ampak v koncept nujenja pomoči vključijo celotno družino.

Temeljne človekove pravice in svoboščine so zagotovljene v Ustavi Republike Slovenije, ki je podlaga zakonom in nacionalnim predpisom na področju duševnega zdravja.

Zakon o duševnem zdravju in Zakon o socialnem varstvu, skupaj z Resolucijo Nacionalnega programa socialnega varstva za obdobje 2006–2010 in Resolucijo Nacionalnem programu duševnega zdravja 2011–2016 postavljajo temeljna izhodišča in smernice za oskrbo v skupnosti.

Najpomembnejši instituti, ki jih uvaja Zakon o duševnem zdravju na področju duševnega zdravja v skupnosti, so skupnostna psihiatrična obravnava, koordinator nadzorovane obravnave, koordinator obravnave v skupnosti, zastopnik pravic oseb na področju duševnega zdravja in uvedba multidisciplinarnih timov.

V Sloveniji se kljub ciljem in strategijam, ki sledijo oskrbi v skupnosti, povečuje število oseb v institucionalnem varstvu.

Individualizirana obravnava ne preprečuje institucionalnih pristopov socialnega varstva.

Večino storitev na področju duševnega zdravja v skupnosti izvajajo javne zdravstvene službe, javne socialno varstvene službe in nevladne organizacije s področja duševnega zdravja.

V Sloveniji so že izvedli posamezne projekte na področju skupnostne oskrbe, ki pomenijo alternativo ustaljenim smernicam.

Projekt »Individualiziranje financiranja socialno varstvenih storitev« je zagotovil izvajanje prvih paketov neposrednega financiranja storitev v skupnosti po načelu individualizacije storitev. Projekt sta izvedla Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani in Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.

Agencija IN izvaja program prehodnih stanovanjskih skupin in program vzpostavljanja skupnostne oskrbe.

IZ-HOD je gibanje, ki je s pohodom po slovenskih socialnovarstvenih institucijah opozoril na potrebe po dezinstitutionalizaciji.

Gibanje 15o podpira projekte, ki se zavzemajo za dezinstitutionalizacijo in oskrbo v skupnosti.

6.2. SKLEPI O POTREBAH POMOČI

Pomoč v skupnosti

Težave v duševnem zdravju vplivajo na življenje uporabnikov, zaradi česar večina uporabnikov potrebuje pomoč pri vsakodnevnih opravilih.

Spodbuda, pomoč in podpora so ključnega pomena za bivanje v skupnosti. Pomoč in podpora morajo biti stalne, kontinuirane in brez prekinitev, saj to uporabniku zagotavlja varnost in stabilnost. Zato je pomembno, da je pomoč dostopna fizično, časovno in finančno.

Pomoč pri vsakdanjih opravilih

Uporabniki potrebujejo pomoč pri:

- organizaciji dnevnih aktivnosti (organizacija urnika, pomoč pri razporeditvi opravil skozi dan),
- skrbi za osebno higieno in pri oblačenju,
- gospodinjskih opravilih (pomoč pri kuhanju, čiščenju stanovanja, vzdrževalnih delih),
- jemanju zdravil (opominjanje na jemanje zdravil, razporeditev zdravil),
- kriznih situacijah (pogovor, obisk zdravnika na domu),

- opravih (urejanje statusnih pravic, stik z institucijami),
- doseganju finančne neodvisnosti (materialna pomoč, zaposlitev, razporejanje denarja, opominjane na plačevanje položnic),
- pomoči organizacije prevozov.

Krizne situacije

Ob kriznih situacijah je pomoč premajhna. Uporabniki bi takrat potrebovali usposobljeno osebo, s katero bi se lahko pogovarjali. Zdravniki, psihiatri in strokovni delavci ob krizah pogosto ne pridejo na dom. Najpogostejša obstoječa rešitev je zato še vedno hospitalizacija.

6.3. SKLEPI O OBSTOJEČIH VIRIH POMOČI

Neformalne mreže pomoči

Uporabnikom so v pomoč neformalne socialne mreže svojcev in prijateljev, vendar so socialne mreže prijateljev ozke, hkrati pa se svojci ne počutijo dovolj kompetentne ali pa nimajo dovolj časa za nudenje celovite pomoči. Večkrat se počutijo preobremenjene in uporabnikom ne morejo zagotoviti takšne pomoči, kot jo potrebujejo. Kompetenco ljudi lahko dvignemo z organiziranjem delavnic, seminarjev in informiranjem širše javnosti o življenju ljudi s težavami v duševnem zdravju.

Formalna mreža pomoči

Uporabnikom so v pomoč formalne službe. Znotraj javnih služb pomoči uporabniki največkrat iščejo pomoč:

- v medicinskih ustanovah (bolnišnica, zdravstveni domovi, osebni zdravniki, patronažna služba),
- v centrih za socialno delo,
- v centrih za pomoč na domu,
- v nevladnih organizacijah (Ozara, Šent, Rdeči križ, Karitas).

Službe pomoči zagotavljajo pomoč po navodilih iz kataloga javnih pooblastil centrov za socialno delo, programov javnih del, socialne vključenosti, dnevnih centrov in stanovanjskih skupin. Terensko delo izvajajo le javne službe pomoči v okviru centra za socialno delo, patronažne službe in centra za pomoč na domu. Nevladne organizacije nimajo programov, ki bi vključevali terensko delo.

Službe zagotavljajo pomoč pri vsakdanjih opravilih (pomoč pri gospodinjskih opravilih, jemanju in razporejanju zdravil, pri vzdrževanju osebne higiene, pri spremstvu in urejanju uradnih zadev, pri organizaciji prevoza), zagotavljanju materialnih sredstev, farmakološkem zdravljenju in pri psihosocialni podpori (pogovori).

Dostopnost služb pomoči

Delovanje služb pomoči je časovno omejeno, saj delujejo pretežno med tednom v dopoldanskem času, med vikendom in prazniki pa le nujne (urgenca, patronažne sestre).

Nekatere storitve niso fizično dostopne vsem uporabnikom enako, saj se nahajajo v mestu ali celo na obrobju mesta (center za socialno delo). Prav tako nimajo vse službe urejenih dostopov za ljudi z telesnimi omejitvami (center za pomoč na domu je brez dvigala).

Sodelovanje

Med nekaterimi službami in znotraj njih je komunikacija slaba, premalo je osebnih stikov in timskega sodelovanja. Največ sodelujejo službe, ki se med seboj dopolnjujejo (patronažna služba z zdravstvenim domom in centrom za pomoč na domu, center za socialno delo s centrom za pomoč na domu, manj zdravnik in center za socialno delo).

6.4. SKLEP O POTREBNIH VIRIH

Lokalna dostopnost

Treba je oblikovati programe v lokalni skupnosti, ki bodo izboljšali krajevno dostopnost pomoči v obliki terenskega dela, izboljšane organizacije prevozov (mreža linij potniškega prometa, subvencioniranje prevoza, dovoljenje prevoza uporabnikov zaposlenim v javnih službah, spodbujanje skupne vožnje ljudi, ki grejo v isto smer).

Krepitev služb (kadrovska, programska, finančna)

Treba je oblikovati programe, ki bodo izboljšali časovno dostopnost pomoči, kot so popoldansko delo, delo ob praznikih in vikendih, saj bo s tem zagotovljena kontinuirana pomoč. Za nove programe je treba zagotoviti kadrovske okrepitve, da omogočimo njihovo nemoteno izvajanje.

Za takšne ukrepe je treba pridobiti finančna sredstva, ki jih naj zagotovita Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve in Ministrstvo za zdravje. Z osveščanjem javnosti in dobrodelnimi prireditvami ter davčnimi olajšavami bi bilo treba spodbuditi pridobivanje donatorskih sredstev.

Krize

Treba je zagotoviti krizne centre in dobro organizacijo kriznih timov. Ti bi morali biti hitro odzivni, sestavljeni iz več profilov ter mobilni (priti na dom).

Sodelovanje med službami

Sodelovanje med službami bi moralo potekati nemoteno z rednimi srečanji, telefonskim in elektronskim sporočanjem. Koordinator obravnave v skupnosti bi skrbel za izvajanje in dopolnjevanje individualnega načrta, ki bi ga pri svojem delu uporabljali tudi v drugih službah.

Spodbujanje in utrjevanje novosti (neposredno financiranje, časovne banke)

Informirati in spodbuditi je treba skupnost in Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, da bi izvajali neposredno individualno financiranje storitev.

Spodbuditi je treba nastajanje časovnih bank, ki bi uporabnike motivirale, da bi se vključili v sistem izmenjave pomoči. S tem bi krepili svojo socialno mrežo in vključenost v skupnost.

7. PREDLOGI

7.1. PREDLOGI ZA UPORABNIKE

Individualno neposredno financiranje

Treba je zagotoviti individualno (ne)posredno financiranje storitev socialnega varstva, s čimer bi si uporabniki lahko privoščili tudi plačljive prostočasne aktivnosti, zdravstvene storitve in pripomočke, izobraževanja, počitnice.

Socialna mreža in vključitev uporabnika v skupnost

Širiti je treba socialno mrežo uporabnika in ga bolj vključiti v skupnost:

- z vključitvijo v programe zdravstvene ali socialne mreže (ambulantno zdravljenje pri izbranem zdravniku, vključitev v koordinacijo obravnave v skupnosti);
- z vključitvijo v dnevne centre, programe, društva nevladnih organizacij (samopomočne skupine, dnevni centri, socialna vključenost);
- vključevanje v prostočasne aktivnosti (športni klubi, hobiji);
- redno vzdrževanje stikov s svojci, prijatelji ali sodelavci (srečanja, obiski, izhodi).

Delavnice in izobraževanja

Uporabnikom bi morali zagotoviti delavnice, kjer bi se naučili:

- bolje prepoznavati opozorilne znake krize, nanje opozoriti ter hitreje poiskati pomoč;
- zmanjšati stisko ali rešiti stresno situacijo;
- soočati s stresnimi situacijami (npr. uporabnik ve koga naj pokliče, kdo mu lahko nudi določeno obliko pomoči);

To lahko naredimo z delavnicami, učenjem uporabnika o ravnanju v krizi, varnostnimi načrti, treningi asertivnosti.

Organizacija prevoza

Boljša organizacija prevoza (npr. omogočiti uporabniku, da se vozi s šolskim avtobusom ali za večjo skupino uporabnikov organizirati dnevne prevoze) in subvencioniranje prevoza bi uporabnikom omogočili lažji dostop do storitev.

Časovna banka

Treba je razviti sistem časovne banke kot izmenjave znanj in spretnosti med uporabniki in skupnostjo.

7.2. PREDLOGI ZA SVOJCE

Za boljšo opremljenost svojcev za ravnanje v krizi in nasploh za ravnanje z osebo s težavami v duševnem zdravju je treba:

- zagotoviti podporo svojcem, saj so v času krize tudi oni v stresu, utrujeni in izčrpani (zamenjave, pogovor, široka socialna mreža);
- imeti navodila za ravnanje v krizi (napisana, naučena);
- organizirati izobraževanje o težavah v duševnem zdravju (delavnice, razgovor z zdravnikom, strokovnim delavcem);
- omogočiti dostopnost informacij o programih in storitvah, ki jih ponujajo različne službe.

7.3. PREDLOGI ZA SLUŽBE

Financiranje

Financerji naj sledijo aktualnim raziskavam in namenijo sredstva za dejansko ugotovljene potrebe: izvajanje terenskega dela, razširitev kadrovskih kapacitet, ki bi omogočile širitev obsega pomoči tudi v popoldanskem času in med vikendi. S tem bi zagotovili stalnost podpore in pomoči uporabniku.

Sredstva, namenjena širitvi oskrbe v skupnosti, naj zagotovita pristojna ministrstva, Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve in Ministrstvo za zdravje ter občine. Dodatna sredstva naj se zagotavljajo tudi preko razpisov obeh ministrstev lokalne skupnosti oz. občin in Evropske unije ter s pomočjo donatorskih sredstev.

Programi

Spodbuditi je treba nevladne organizacije, da bi dopolnile obstoječe programe, ki bi bili bolj fleksibilni pri nujenju pomoči in podpore (odgovor na uporabnikove dejanske potrebe).

Prenoviti je treba programe socialne vključenosti in zaposlitvene rehabilitacije, in sicer tako, da bi uporabniki za svoje delo dobili primerno pačilo in bili tudi v drugih pravicah obravnavani kot zaposleni po Zakonu o delovnih razmerjih (pravica do bolniškega nadomestila, do plačanega letnega dopusta).

Mobilizacija lokalne skupnosti

Informiranje in mobilizacija lokalne skupnosti (občine, podjetniki, društva, stanovanjski sklad...) bi pripomogli k vključitvi ljudi s težavami v duševnem zdravju v svoje aktivnosti (npr. priprava veselice, kuharski tečaj, pomoč pri prodaji).

Sodelovanje med službami

Vpeljati je treba večje sodelovanje med službami, ki bi tako nudile uporabniku bolj kakovostno in celostno pomoč. S tem bi omogočili individualno organizacijo del in usklajevanje pomoči in storitev. Službe lahko povežemo:

- s koordinacijo različnih služb in organizacij (koordinator obravnave v skupnosti koordinira vse izvajalce storitev);
- z rednimi multidisciplinarnimi timskimi srečanji, sestanki, na katerih je po potrebi in želji prisoten tudi uporabnik;
- z rednimi telefonskimi stiki;

- s srečanji na neformalni ravni med službami, uporabniki in širšo javnostjo (razstave, pikniki, dnevi prostovoljcev, športne igre);
- z izobraževanji delavcev različnih služb (seminar, konferenca).

Okrepljen tim

Omogočiti bi morali hitrejšo aktivacijo izvajalcev in storitev pomoči ter organizirati okrepljen tim, ki bi bil vedno na voljo uporabniku v stiski.

Prostovoljci

Treba bi bilo uvesti stalno bazo usposobljenih prostovoljcev, ki bi bili na voljo uporabnikom.

Stigmatizacija

Vse službe bi si morale prizadevati za zmanjšanje stigmatizacije:

- z ozaveščanjem svojcev in širše javnosti (ljudje s težavami v duševnem zdravju živijo med nami, treba se je povezovati);
- s prostori, kamor se lahko obrnejo po pomoč v stiski ali se umaknejo ob preživljanju krize (krizna hiša, varna točka);
- s preventivnim ozaveščanjem javnosti preko medijev in različnih dogodkov (delavnice, dnevi prostovoljstva, festival Lent, športne prireditve, olimpijade).

Dostopnost služb

Izboljšati bi morali dostopnost služb:

- na voljo bi morale biti vsak dan dopoldan, popoldan in ponoči, med vikendi in prazniki;
- vedno dostopna telefonska številka (dežurna);
- vedno dosegljiva elektronska pošta (dežurna, za mlade);
- obiski na domu strokovnih delavcev (zdravnik, socialna delavka, patronažna sestra);

- uporabnikom bolj krajevno dostopne službe (ruralno okolje).

Krepitev dobrega sodelovanja

Službe naj uporabniku zagotovitvijo sodelovanje z osebo, ki jo dobro pozna:

- redni kontakt z izbranim stalnim izvajalcem pomoči (zdravnik, socialna delavka, patronažna sestra, skupnostna delavka);
- srečanje s prostovoljcem, da se seznanita in po potrebi redno srečujeta.

7.4. NADALJEVANJE RAZISKOVANJA

Raziskovanje drugih področij

Raziskati je treba tudi ostale potrebe po indeksu *Dolgotrajne oskrbe*, saj se vsakdanje življenje prepleta tudi z drugimi potrebami, kot so: stanovanje, delo, prosti čas, interakcijski prekrški ipd.

Treba je sproti evalvirati spremembe na področju nujenja pomoči.

Podrobneje bi morali raziskati tudi druge službe, kot so občine, krajevne skupnosti, društva upokojencev in manj znane nevladne organizacije, kjer bi lahko uporabniki dobili pomoč.

Raziskavo potreb vsakdanjega življenja in vseh ostalih potreb je treba razširiti tudi na druga območja države.

Katalog storitev

Iz izbranih podatkov je treba oblikovati katalog storitev v mariborski regiji, ki bi bil širše dostopen na različnih lokacijah, da bi bili tako uporabniki kot tudi širša javnost ozaveščeni o ponujenih storitvah in pomoči.

8. LITERATURA

- Beck, U. (2001), *Družba tveganja na poti v neko drugo moderno*. Ljubljana: Krtina.
- Brandon, D., Brandon, A. (1994), *Jin in jang načrtovanja psihosocialne skrbi*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo, Zbirka »Duševno zdravje v skupnosti«.
- Bulić Vidnjevič, I. (2011), *Modeli skupnostne psihiatrične obravnave - izkušnje in dileme pri prenosu v slovenski prostor. V Skupnostna psihiatrična obravnava: Zbornik predavanj z recenzijo*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana in Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Čačinovič Vogrinčič, G. (1991), *Socialno delo z družino*. Ljubljana: Višja šola za socialne delavce v Ljubljani (študijsko gradivo).
- Čačinovič Vogrinčič, G. (2007), *Socialno delo z družino*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani.
- Dernovšek, M., Oreški, S., Hrast, I. (2011), *Kam in kako po pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut.
- Dolgotrajna oskrba v Evropski uniji*. (2008). Luxembourg: Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti.
- Dragoš, S. (2007), *Skupnostno socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (skripta).
- Goffman, E. (2008), *Stigma: zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Maribor: Aristej.
- Gould, N. (2010), *Mental health social work in context*. London; New York: Routledge.
- Flaker, V., Lamovec, T. (1993), Kaj je duševna bolezen? *Socialno delo*, 32, 3/4: 87–92.
- Flaker, V. (1997), Stanovanjske skupine in druge oblike skupnostnega rezidenčnega varstva ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami : okrogla miza. *Socialno delo*, 36, 2: 153–158.
- Flaker, V. (1998), Odpiranje norosti: *Vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Založba/*cf.
- Flaker, V. (1998), Opis stanovanjskih skupin v Sloveniji in analiza modelov življenja v njih. *Socialno delo*, 37, 3/5: 257–269.

- Flaker, V. (2003), *Oris metod socialnega dela: uvod v katalog centrov za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo: Skupnost centrov za socialno delo Slovenije.
- Flaker, V., Cuder, M., Nagode, M., Podbevšek, K., Podgornik, N., Rode, N., Škerjanc, J., Zidar, R. (2007), *Vzpostavljanje osebnih paketov storitev: poročilo o pilotskem projektu Individualiziranje financiranja storitev socialnega varstva*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J., Urek, M. (2008), *Dolgotrajna oskrba: očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V., Nagode, M., Rafaelič, A., Udovič, N. (2011), *Nastajanje dolgotrajne oskrbe: ljudje in procesi – eksperiment in sistem*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Kaučič I., Grad F (1999), *Ustavna ureditev Slovenije*, Ljubljana.
- Kvaternik, I., Grebenc, V. (2009), The role of social work in the field of mental health: dual diagnoses as a challenge for social workers. *European Journal of Social work*, 1–13, First article.
- Lamovec, T. (1993), Sociološki problem izključevanja: avtoriteta, moč in regres: (povzetek). *Socialno delo*, 32, 3/4: 14–16.
- Lamovec, T. (1995), *Ko rešitve postane problem in zdravilo postane strup: nove oblike skrbi za osebe v duševni krizi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Lamovec, T. (1998), *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Mesec, B. (2007), *Metodologija raziskovanja v socialnem delu II*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mesec, B. (1997), *Metodologija raziskovanja v socialnem delu I*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Milošević - Arnold, V. (2000), Profesionalne vloge socialnih delavcev pri delu s starimi ljudmi. *Socialno delo*, 39, 4/5: 253–262.

Nacionalni program duševnega zdravja. (2009). Republika Slovenija: Ministrstvo za zdravje (delovno gradivo za koalicijsko usklajevanje).

Nagode, M., Jakob Krejan, P., Smolej, S. (2011), *Izvajanje pomoči na domu: analiza stanja v letu 2010: končno poročilo.* Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.

Novinarska konferenca skupine IZ-HOD (19. 4. 2011). Fakulteta za socialno delo.

Oreški, S., Kobal, B. (2005), Zaposljivost in zaposlovanje oseb s težavami v duševnem zdravju. *Socialno delo*, 44, 6: 388–394.

Oreški, S. (2008), Medijske podobe duševnega zdravja in njihovi učinki na družbene prakse. *Socialno delo*, 47, 3/6: 271–279.

Oreški, S. (2008), *Koordinator v društvu Altra.* Ljubljana: Interno gradivo društva Altra.

Promocija duševnega zdravja: očrt. (1998). Ljubljana: ŠOU- Študentska založba. Društvo za preventivno delo, Zavod radio študent.

Ratajc, S. (2012), Hitra ocena potreb in storitev: *Raziskovanje potreb vsakdanjega življenja uporabnikov s težavami v duševnem zdravju.* Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (raziskovalna naloga).

Segal, P.S., Baumohl, J. (1988), *No place like home: reflections on sheltering a diverse population*, v Giggs A.J., Smith J.C. (1988), *Location and stigma.* Boston: Unwin Hyman.

Škerjanc, J. (2010), *Individualizacija storitev socialnega varstva.* Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Štirn, M., Spreizer, I. (1993), Vrnitev v stanje pred duševno boleznijo: sodelovanje z družino (prevod). *Socialno delo*, 32, 3/4: 117–123.

Tancek, M., Sommeregger, B.J., Kerznar, M., Marinič, A. (2008), *Novi Paradoks in stanovanjske skupine v Sloveniji.* Ljubljana: Novi Paradoks, slovensko društvo za kakovost življenja.

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

Zaviršek, D. (1994), Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo : študija primera (I). *Socialno delo*, 33, 1: 39–49.

Zaviršek, D. (1995), Če vidiš duhove, povej ljudem : Nekaj miselnih modelov v antropologiji zdravja. *Socialno delo*, 34, 2: 109–118.

Zaviršek, D. (1997), Krizni tim kot oblika preprečevanja psihiatrične hospitalizacije. *Socialno delo*, 36, 2: 101–110.

Zaviršek, D. (1997), Krizni tim kot oblika preprečevanja psihiatrične hospitalizacije. *Socialno delo*, 36, 2: 101–110.

Zaviršek, D. (2000), *Hendikep kot kulturna travma*. Ljubljana: Založba/*cf.

Zaviršek D., Zorn J., Videmšek P. (2002), *Inovativne metode v socialnem delu: opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje*. Ljubljana: Študentska založba.

Žuraj, A., Malcolm J. F. (1993), Spretnosti, potrebne pri delu z duševnim zdravjem v skupnosti. *Socialno delo*, 32, 1/2: 26–28.

Žuraj, A., Lucas, J. (1993), Službe, ki ustrezajo potrebam uporabnikov. *Socialno delo*, 32, 1/2: 29–30.

Zakon o socialnem varstvu, Ur. l. RS, št. 3/2007: 282.

Zakon o duševnem zdravju, Ur. l. RS, št. 77/2008: 11097.

Resolucija o Nacionalnega programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010, Ur. l. RS, št. 39/2006: 4190

INTERNETNI VIRI

Portal AGENCIJA IN: <http://www.agencijain.si/index.php/programi/pss>. (6. 11. 2012).

Portal ALTRA: <http://www.altra.si/#!/programi>. (5. 11. 2012).

Portal CSD CELJE:

http://www.csdcelje.si/index.php?option=com_content&view=article&id=128&Itemid=417. (5.11.2012).

Portal IZ-HOD 2012: <http://www.iz-hod.info>. (6. 11. 2012).

Portal 15o: <http://www.15o.si/index.php/sl/pogosta-vprasanja-faq>. (5. 11. 2012).

Portal Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve:

http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/dusevno_zdravje/. (22. 10. 2012).

Portal Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve: Nacionalno poročilu o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008–2010:

http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/npsszsv08_10.pdf

Portal Ministrstvo za zdravje: Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2011-

2016: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2011/resoluc_dusevno_zdravje/Resolucija_dusevno_zdravje_060411.pdf (20.10.2012).

Portal OZARA: <http://www.ozara.org/programi-in-projekti/nosilni-programi/spremljevalni-programi/>. (6. 11. 2012).

Portal SSZ: Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, Skupnost socialnih zavodov.

<http://www.ssz-slo.si/apl/doc/2974AEFF.pdf>. (25. 10. 2012).

Portal Statistični urad republike Slovenije: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=4990 (25. 10. 2012).

Portal WHO Media Centre:

<http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np25/en/index.html>. (21. 11. 2012).

9. POVZETEK

Stigma ljudi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami je še posebej izrazita. Človek s psihiatrično izkušnjo utrpi največji možen upad socialnega ugleda v širokem obsegu socialnih vlog. Zaradi norm, ukoreninjenih v naši družbi, ga drugi ljudje ocenjujejo kot trajno nagnjenega k nadaljnjim krizam in nezmožnega, da v zvezi s tem karkoli ukrene. Vpliv etiketiranosti se kaže na področjih, ki so za posameznika življenjsko pomembna. Ljudje z izkušnjo dolgotrajnih hospitalizacij in bivanja v zavodih lahko utrpijo različne poškodbe, kot jih navaja Tanja Lamovec (1995:29): odvisnost od zdravil, dosmrtna stigmatizacija, znižano samospoštovanje in zaupanje vase, utrditev lažnega jaza, spremenjeni odnosi z družino, spremenjeni odnosi na delovnem mestu, spremenjeni odnosi s prijatelji, izguba ciljev v življenju. Vsi ti dejavniki bistveno vplivajo na uporabnikovo vsakdanje življenje, ko po določenem času zapusti institucijo. Vse našteve ovire preprečujejo ljudem organizirati svoje življenje in izboljšati njegovo kakovost.

Družbeno okolje torej postavlja ljudem s težavami v duševnem zdravju veliko ovir v samostojnem življenju. Da bi lahko živeli v skupnosti, potrebujejo pomoč in podporo. V raziskavi smo ugotavljali, katere so tiste ovire v vsakdanjem življenju ljudi s težavami v duševnem zdravju, ki jim preprečujejo, da bi živeli kakovostno življenje v skupnosti in kaj bi potrebovali, da bi te ovire zmanjšali oz. jih lažje premagovali. Raziskavo smo omejili na mariborsko regijo, ki zajema krajevne pristojnosti petih centrov za socialno delo: Maribor, Pesnica, Ruše, Slovenska Bistrica, Lenart.

Zastavili smo si tri raziskovalna vprašanja:

- Kakšno pomoč in koliko pomoči ter podpore potrebujejo ljudje s težavami v duševnem zdravju v vsakdanjem življenju?
- Katere storitve pomoči in podpore so že na voljo ljudem s težavami v duševnem zdravju?
- Katere storitve pomoči in podpore ter v kakšnem obsegu bi ljudje s težavami v duševnem še potrebovali?

Podatke smo zbirali z analizo individualnih načrtov, z individualnimi intervjuji, s fokusnimi skupinami, na delavnici, ki smo jo organizirali za strokovne delavce in prostovoljce, preko vprašalnikov, ki smo jih posredovali občinam, nevladnim organizacijam, javnim in zasebnim socialno varstvenim zavodom in drugim organizacijam. Podatke o vključenosti uporabnikov v skupnostno psihiatrično obravnavo, ki smo jih vključili v raziskavo, so nam posredovali iz UKC MB. Podatke smo zbirali tudi preko ad hoc informacij, zbranih na terenu, in s pogovori. Analizirali smo jih z metodo kvalitativne analize podatkov. Podatke, pridobljene z vprašalniki, pa smo analizirali po metodi kvantitativne analize.

Ugotovili smo, da težave v duševnem zdravju vplivajo na življenje uporabnikov, zaradi česar večina uporabnikov potrebuje pomoč pri vsakodnevnih opravilih. Stalna kontinuirana, celostna spodbuda, pomoč in podpora so ključnega pomena za bivanje v skupnosti, saj uporabniku zagotavljajo varnost in stabilnost. Uporabniki potrebujejo pomoč pri organizaciji dnevnih aktivnosti (organizacija urnika, pomoč pri razporeditvi opravil skozi dan), skrbi za osebno higieno, pri oblačenju, gospodinjskih opravilih (pomoč pri kuhanju, čiščenju stanovanja, vzdrževalnih delih), jemanju zdravil (opominjanje na jemanje zdravil, razporeditev zdravil), v kriznih situacijah, pri opravkih (urejanje statusnih pravic, stik z institucijami), doseganju finančne neodvisnosti, pomoč pa potrebujejo tudi pri organizaciji prevozov. Uporabniki pomoč in podporo dobijo v neformalnih socialnih mrežah svojcev in prijateljev. Ker pa so te socialne mreže ozke in se pripadniki neformalnih socialnih mrež ne počutijo dovolj kompetentne ali pa nimajo dovolj časa za nudenje celovite pomoči, kompetenco ljudi dvigujemo z izobraževanji, delavnicami, seminarji in informiranjem širše javnosti o življenju ljudi s težavami v duševnem zdravju.

Uporabnikom pomagajo tudi strokovni delavci različnih služb. Znotraj javnih služb pomoči uporabniki največkrat iščejo pomoč v zdravstvenih ustanovah, v centrih za socialno delo, v centrih za pomoč na domu in v nevladnih organizacijah. Službe zagotavljajo pomoč pri vsakdanjih opravilih (pomoč pri gospodinjskih opravilih, jemanju in razporejanju zdravil, pri vzdrževanju osebne higiene, pri spremstvu in urejanju uradnih zadev, pri organizaciji prevoza), zagotavljanju materialnih sredstev, farmakološkemu zdravljenju in pri psihosocialni podpori. Pri svojem delu naletijo na več ovir, kot so pomanjkanje kadra, zakonske omejitve in finančne ter časovne omejitve, zato svoje storitve izvajajo pretežno med tednom v dopoldanskem času, med vikendom in prazniki pa le nujne (urgenca, patronažne sestre).

Problem je tudi slaba komunikacija in koordinacija storitev pomoči med in znotraj služb. Da bi storitve približali ljudem, bi bilo treba oblikovati programe v lokalni skupnosti, ki bodo izboljšali krajevno in časovno dostopnost pomoči s programi, kot so terensko delo, organizacije prevozov, popoldansko delo, delo ob praznikih in vikendih.

Ugotovili smo, da je ob kriznih situacijah pomoč nezadostna. Uporabniki bi takrat potrebovali usposobljeno osebo, s katero bi se lahko pogovarjali. Zdravniki, psihiatri in strokovni delavci ob krizah ne pridejo vedno na dom. Najpogostejša rešitev je zato še vedno hospitalizacija.

Predlogi, ki izhajajo iz ugotovitev raziskave in iz delavnice, smo razčlenili na predloge za uporabnike, predloge za svojce, predloge za strokovne službe in predloge za nadaljevanje raziskovalnega dela. Predlogi se nanašajo na preprečevanje socialne izključenosti, na spodbujanje razvoja skupnostne oskrbe, na zagotavljanje finančnih sredstev, na izobraževanje, na ozaveščanje o duševnem zdravju, na izboljšanje koordinacije in sodelovanja, na izboljšanje dostopnosti in izboljšanje kadrovskih virov ter na širitev raziskave na druga področja duševnega zdravja.

10.PRILOGE

10.1. OPOMNIK HITRE OCENE POTREB IN STORITEV

HITRA OCENA POTREB IN STORITEV

POTREBE VSAKDANJEGA ŽIVLJENJA

LINEAREN IN CIKLIČEN POTEK

VSAKDANJA RUTINA

- zbujanje,
- potek dneva (pomoč pri urniku); kaj počnete čez dan, obveznosti čez dan, način življenja...
- organiziranje dnevnih aktivnosti – šport, hobiji, gledanje tv, počitek...
- konec dneva, priprave na spanje,
- skrb zase.

PREKINITVE IN OKREPITVE DEJAVNOSTI

- Opuščanje zdravil – kako vpliva na opravila v vsakdanjem življenju, kdo jim pomaga?
- Kdo pomaga pri pripravi zdravil, kako to poteka?
- Krizne situacije .

SKRIB ZA OSEBNO HIGIENO

- vezano na skrb za oblačila,
- jutranja in večerna rutina.

GOSPODINJSKA OPRAVILA

- vodenje gospodinjstva, gospodinjске skrbi,
- skrb za oblačila (kdo pripravi oblačila, nakupovanje, likanje, pranje),

- proces prehranjevanja: priprava obrokov, nakupovanje, kuhanje, pomivanje posode (kdo in na kakšen način pomaga) – kakšna je vaša prehrana, ali pazite, da zdravo jeste,
- urejenost in vzdrževanje stanovanja: (pospravljanje, čiščenje, večje čistilne akcije npr. čiščenje oken, pospravljanje kleti – kdo in kako pogosto...) – gosp.pomoč,
- urejanje vrta.

VZDRŽEVALNA DELA V STANOVANJU

SKRB ZA DRUŽINSKE DOGODKE

DOMAČA KULTURA/ZABAVA

VZGOJA OTROK/ SKRB ZA BOLNE IN OSTARELE

OPRAVKI

- vezani na status (invalidi, brezposelni, prejemniki denarne socialne pomoči, upokojenci): stik z institucijami npr. Zavod za zaposlovanje, CSD, bolnišnica, ZPIZ, ZZZRS itd.),
- urejanje financ: plačevanje položnic,
- nakupovanje,
- iti na kavo,
- organizirane oblike vključevanja, npr. dnevni centri, skupine za samopomoč,
- kako pogosto ste v stiku z različnimi službami (npr. banka, zdravnik...),
- poznavanje pravic,
- branje (razumevanje), pisanje (npr. izpolnjevanje obrazcev, dokument....),
- komunikacija,
- ali greste sami po opravkih.

OBVLADOVANJE PROSTORA (Potujete samostojno ali potrebujete prevoz, kdo vam pri tem pomaga, kako je z javnim prevozom?)

Vprašanja za razne izvajalce/organizacije

Za katere potrebe vsakdanjega življenja ljudje sami izrazijo željo po pomoči?

Katere potrebe uporabnikov lahko zadovoljijo?

Kje vidijo potrebe po vključitvi in pomoči drugih izvajalcev?

Pri katerih potrebah v vsakdanjem življenju potrebujejo ljudje največ pomoči?

Katerih potreb sami ne morejo zadovoljiti?

Ali ob kriznih situacijah lahko povečajo obseg dela?

Kje vidijo primanjkljaje v že obstoječi mreži pomoči?

10.2. PODATKI O SODELUJOČIH V RAZISKAVI

a) Podatki o intervjuvancih

Tabela 1.1.: Podatki o intervjuvancih

Ime	starost intervjuvanc a	spol	Položaj v raziskavi	Bivanjske razmere
Intervju 1	Srednjih let 35-50	Ženski	Tajnica KS	/
Intervju 2	Mlajša do 35	Ženski	Občinska uradnica	/
Intervju 3	Srednjih let 35- 50	Ženski	Psihiatrinja	/
Intervju 4	Starejša nad 50	Ženski	Žena uporabnika	Živi z možem
Intervju 5	Starejši nad 50	Moški	Starši uporabnika	Živi z ženo in sinom
Intervju 6	Starejša nad 50	Ženski	Uporabnica	Živi sama
Intervju 7	srednjih 35- 50	Moški	Uporabnik	Živi sam
Intervju8	Mlada do 35 leth	ženski	uporabnica	Živi skupaj s starši

Intervjuje sva opravili Lidija Žižek (5) in Jana Kupec (3). Intervjuvali sva zelo raznolike ljudi. Med njimi so bil trije uporabniki, dva svojca in tri osebe s katerimi uporabniki prihajajo v stik pri svojih opravkih v različnih organizacijah in službah. Od intervjuvancev sta bila dva moškega spola, ostale štiri intervjuvanke so bile ženske. Samo eden uporabnik živi sam, ostali živijo skupaj s svojci. Dva intervjuvanca sta bila mlajša od 35 let, trije starejši od 50 let ostali so bili stari od 35 do 50 let.

b) Podatki o uporabnikih iz individualnih načrtov

Tabela 1.7.: Podatki o uporabnikih iz individualnih načrtov

Ime	starost	spol	Bivanjske razmere
A	Mlajši do 35	moški	Živi v Mladinskem domu
B	Srednjih let od 35-50	ženska	Živi sama
C	Starejši nad 50	moški	Živi pri mami
D	Starejši nad 50	moški	Živi z ženo
E	Mlajši do 35	moški	Živi pri starših
F	Srednji let 35-50	ženski	V stanovanjski skupnosti
G	Mlajši do 35	moški	Živi pri mami
H	Starejši nad 50	moški	V zavetišču
I	Srednjih let od 35-50	ženski	Živi v Materinskem domu
J	Mlajši do 35	moški	Živi z mamo
K	Srednjih let med 35-50	moški	Najemniško stanovanje
L	Mlajši do 35	ženski	Živi pri starših
M	Starejši nad 50	moški	Zapor
N	Srednji let 35-50	moški	Živi z mamo
O	Mlajša do 35	ženski	Živi pri stricu

Podatke iz individualnih načrtov je pridobivala Jana Kupec od začetka maja 2011 do novembra 2011. Pregledala je 15 individualnih načrtov, od tega je bilo deset uporabnikov moškega spola, pet pa ženskega. Šest uporabnikov spada v starostno skupino do 35 let, pet uporabnikov je v starostni skupini od 35 do 50 let in štirje uporabniki so starejši od 50 let. Štirje uporabniki so ženske, enajst je moških. Šest oseb živi pri starših (predvsem z mamo), po ena oseba v Mladinskem domu, zaporu, v Materinskem domu, v stanovanjski skupini, v zavetišču, pri stricu, sama, z zakoncem. Ena oseba je navedla le da živi v najemnem stanovanju, ne pa tudi s kom.

c) Podatki o fokusni skupini svojcev

Tabela 1.3.: Podatki o fokusni skupini svojcev

Ime	starost intervjuvanca	spol	Razmerje do uporabnika	Živi z uporabnikom
Oseba A	Nad 50	Ženski	Mama	Trenutno da, prej ne
Oseba B	Nad 50	Moški	Oče	Da
Oseba C	Nad 50	Ženski	Mama	Da
Oseba D	Nad 50	moški	Oče	Ne
Oseba F	35-50	Ženski	Sestra	Ne

Fokusna skupina je potekala dne 19. 3. 2011. Pogovor na fokusni skupini so usmerjale Tjaša Steiner, Lidija Žižek in Jana Kupec. Ena oseba je bila sestra uporabnika, štirje pa starši. Dva od udeležениh sta bila moškega spola, trije pa ženskega. Dva svojca ne živita z uporabnikom, trije pa živijo z uporabnikom. Ena oseba prej ni živela z uporabnikom, sedaj pa se je uporabnik vrnil domov, saj zaradi pomanjkanja podpore poskus samostojnega življenja ni uspel. Ena udeleženka je bila v starostni skupini od 35 do 50 let, ostali štirje so bili starejši od

50 let.

d) Podatki o fokusni skupini uporabnikov

Tabela 1.2.: Podatki o fokusni skupini uporabnikov

Ime	starost intervju vanca	spol	Status	S kom živi	Kam je vključen/ kam hodi
Uporabnik A	35-40	Moški	Nezaposlen, Denarna socialna pomoč	Živi sam	Šent/ skupnostna obravnavna Psihiatrične bolnice
Uporabnik B	Do 35	Moški	Socialna vključenost	Živi s partnerko	Šent
Uporabnik C	Do 35	Moški	Socialna vključenost	Živi s partnerko	Šent
Uporabnik D	35-50	Ženski	Upokojen	Živi z mamo	Ozara
Uporabnik E	Nad 50	Moški	Upokojen	Živi sam	Ozara
Uporabnik F	35-50	Ženski	zaposlitvena rehabilitacija	Živi s sostanovalk ami	Zavod za rehabilitacijo, obravnavo v skupnosti na CSD

Fokusna skupina je potekala dne 23.05.2011. Pogovor na fokusni skupini uporabnikov so usmerjale Simona Ratajc, Tjaša Steiner in Lidija Žižek. Sodelujoči uporabniki so bili vključeni v različne organizacije: dva v Ozara, trije v Šent, Zavod za rehabilitacijo, CSD in Skupnostno psihiatrično službo. Dva uporabnika sta vključena v dve organizaciji. Dva sta vključena v program socialne vključenosti, dva sta invalidsko upokojena, eden prejema denarno socialno pomoč, ena uporabnica je vključena v zaposlitveno rehabilitacijo.

Sodelovali sta dve ženski in štirje moški. Dva uporabnika živita sama, ena v stanovanjski skupini, dva s partnerkama, ena uporabnica pa z mamo.

Podatki o fokusni skupini patronažnih sester

Tabela 1.6.: Podatki o fokusni skupini patronažnih sester

Območje delovanja	Predstojnica OE PV	Tabor	Starše	Tabor	Tezno	Hoče	Center	Jakobski dol
Ime	Sestra A	Sestra B	Sestra C	Sestra D	Sestra E	Sestra F	Sestra G	Sestra H

Fokusna skupina je potekala dne 27. 05. 2011. Fokusno skupino so vodile in usmerjale Jana, Kupec, Simona Ratajc, Tjaša Steiner in Lidija Žižek. Skušali smo zajeti sestre, ki delujejo na urbanem in ruralnem področju. Tri sestre delujejo izven mestnega območja (Starše, Hoče, Jakobski dol), štiri pa v mestu (Tezno, Tabor, Center). Predstojnica OE PV je posredovala podatke o obliki storitev in organizaciji dela.

e) Podatki o fokusni skupini strokovnih delavk CSD

Tabela 1.4.: Podatki o fokusni skupini strokovnih delavk CSD

Ime	Center za socialno delo	Delovno mesto
Delavka 1	Maribor	Prva socialna pomoč
Delavka 2	Maribor	Prva socialna pomoč
Delavka 3	Ruše	Socialnovarstvene storitve
Delavka 4	Slovenska Bistrica	Prva socialna pomoč in pomoč na domu
Delavka 5	Pesnica pri Mariboru	Socialnovarstvene storitve
Delavka 6	Slovenska Bistrica	Socialnovarstvene storitve

Fokusna skupina je potekala dne 6. 8. 2011. Na fokusni skupini strokovnih delavk so kot moderatorji sodelovali Tjaša Steiner, Lidija Žižek in Simona Ratajc. Strokovne delavke so prihajale iz različnih krajev, ki spadajo pod regijsko območje delovanja Koordinatorja obravnave v skupnosti. Dve sta bile iz CSD Maribor, ena iz CSD Ruše, dve iz CSD Slovenka Bistrica, ena iz CSD Pesnica pri Mariboru. Vabljen strokovna delavka iz CSD Lenart je odsotnost opravičila. Sodelujoče strokovne delavke CSD delajo na različnih področjih. Tri delujejo na področju socialnega varstva, dve na področju prve socialne pomoči, ena pa na obeh področjih.

f) Podatki o fokusni skupini socialnih oskrbovalk in laičnih delavk

Tabela 1.7.: Podatki o fokusni skupini socialnih oskrbovalk in laičnih delavk

Ime	Delovno mesto	Delovno mesto
Delavka 1	CSD Pesnica	Socialna oskrbovalka
Delavka 2	CSD Maribor	Laična delavka
Delavka 3	CSD Maribor	Laična delavka
Delavka 4	CSD Ruše	Socialna oskrbovalka
Delavka 5	Ozara	Socialna oskrbovalka

Fokusna skupina je potekala dne 6. 7. 2011. Na fokusni skupini strokovnih delavk so kot moderatorji sodelovali Simona Ratajc in Tjaša Steiner. Dve laični delavki prihajata iz CSD Maribor, ena socialna oskrbovalka iz CSD Pesnica, ena iz CSD Ruše in ena iz Ozare v Mariboru.

10.3. PRIMER ZAPISA IN KVALITATIVNE ANALIZE INTERVJUJA

Intervju 4

Kraj: CSD Maribor, pisarna Koordinatorja obravnave v skupnosti

Datum: konec oktobra 2011

Intervjuvanec: starejša gospa – žena uporabnika

Intervju opravila: Lidija Žižek

1. Kako živite?

Poročena sva 45 let, mož je bolan 35 let, tako da sem doživela že marsikaj. Mož je tak tip, da hitro pride pod vpliv. Npr. pri nogometu. Sorodniki so mi že nekdanj svetovali naj grem stran. Pred letom sem se že mislila ločiti, sedaj pa je bilo spet že nevzdržno. Ta zadnja epizoda, mož je sedaj v bolnici, je bila grozna. Prvič, da me je tako napadel. Sedaj več ne vem kako bo naprej. Lani je bil že nasilen pred hospitalizacijo, predvsem zaradi ljubosumja. Zdravnica mi je sedaj potrdila, da bo rabil več časa in nege.

Včasih se pogovarjava kaj bo, kdo bo ostala sam, kaj bi naredila s stanovanjem. On bi prodal in kupil manjše.

2. Kakšna je vaša vsakdanja rutina? Kako zgleda vaš dan?

Najin in predvsem možev vsakdan zgleda približno tako: Zjutraj vstaja okoli 6h, prej od 8-9h se uredi, vzame zdravila sam, popijeva kavico, čaj, prebereva časopis-predvsem šport druga ga nič ne zanima ali ga razburi. Sedaj je jemal zdravila brez ritma. Greva v trgovino. Sam ne hodi v trgovino, ker ne zna kupiti, sam potem prinese domov vsega preveč in samo tisto kar jaz ne uporabljam. Najraje kupuje v akciji, ga hitro prepričajo, jaz pa kupujem tisto kar vem, da je dobro in sem navajena, zalog ne delam. Kosilo skuham jaz in tudi pomijem. Ob 12h imava kosilo, po kosilo kavica, čaj (jaz).Potem imava počitek, greva na sprehod, poleti ko je vročina imava sprehode dopoldan. Največkrat greva po nasipni ob Dravi obe strani kakih 5 km, kar nama vzame dve uri. On bi šel najraje sedet nekam pred blok, ker se mu ne da hoditi, se hitro utruji, čeprav mislim, da mu bolj ni. Sedaj ne hodiva več na dolge sprehode. Šel bi že kam samo pol bi se takoj usedel na kavico. Pred blokom včasih govori s sosedi, ki se poznajo

že iz službe, predvsem o športu, rad bi si tudi kupil sezonsko nogometno karto, samo pol bi jo on kupil na koncu leta, kar se pa ne splača. Želi da bi jaz hodila z njim pa nočem, sam pa ne želi, brez mene nasploh ne gre nikamor, vse greva skupaj. Prej je z vnukinjo (sedaj živi na morju) hodil na kopanje na 14 dni in v savno. Tudi midva sva hodila se kopat na Ptuj, Moravce, sedaj več ne. Mož sicer pravi, da bi on še hodil na kopanje v Pristan, samo sam ne more. Potem imava večerjo in gledava Tv, predvsem šport, nogomet- to sedaj tudi jaz vse vem.

Tudi vnukinja je opazila, da je sedaj bil nerazpoložen in raztreščen in mu je tudi rekla. Imaš občutek, da mu nekdo nekaj hoče, distanca, če mu kdo kaj reče je takoj užaljen, se umakne. Nima realne pogleda na situacijo. Želel je kar spraševati za pomoč sosede in Iris(socialna družabnica) za šraufanje in postavljanje omare (sedaj prenavljata stanovanje), če je prišla soseda na obisk se ni udeležil klepeta in se je umaknil, gledal je kriminalke, zato je še tako bolj divji. Znake sem opazala, samo sem mislila, da bo boljše. Ker mož mora vedno imeti nekega zunanjega sovražnika. Prej so bili sodelavci, šef, potem sorodniki (nikamor več nisva hodila-tudi brat mi je svetoval ločitev, ker se mož z vsemi skrega), nato se je zdaj spravil še na mene.

Mene bi razbremenilo, če bi kdo ga prišel obiskat in bi lahko jaz kama sama šla. Od doma neče ker ne ve kaj jaz doma delam (čeprav je dela polno, skozi kaj za pospraviti), je malo ljubosumen. Doma ne dela nič, sedaj bi sicer pomil posodo, ampak rabi Pril ker je to videl v reklami moj stari cet mu ni všeč. Sicer je sedaj aktivno skoz ko je bil nemiren, verjetno zaradi prenove stanovanja. Vse je pospravljaj v omare samo narobe, npr. čevlje kar v omaro v dnevni sobi.

3. Kakšna je skrb zase, za osebno higieno?

Za osebno higieno skrbi ob mojem nenehnem opominjanju, predvsem tudi za britje. Ko sem bila lani 20 dni v bolnici sem dobila nek vpogled, kaj bi rabil, če bi bil sam. Nekdo bi mu moral dostaviti kosilo, pomival bi bolj slabo, večkrat bi jedel iz istega umazanega krožnika. Posode tudi drugače ni pomil, samo splahnil ali kaj podobnega. Kuhanje ve samo osnovno, najraje je hrenovke to bi si kuhal, nič pestro. Ko je bil sam je šel v menzo, kjer jejo reveži. V gostilno ne bi šel sam jest, ker ne želi niti mu ne znese. Nič pa ni jemal iz zamrzovalne skrinje. Šel je v trgovino , ampak je kupil preveč stvari, navadno raje skupaj več, ker je v akciji, potem mu pa je ostajalo (več kilogramov banan, ki jih ni mogoče shranjevati).

Sedaj že 8 let ne vozi avta, 1x na leto grema do morja. Koper, kjer imam vnukinjo. Prej sva jo vzela s seboj na morje, zimske počitnice, drsanje v Terme Zreče.

4. Kako jemlje zdravila?

Zdravila jemlje sam. Ima škatlo in sem mu je dajala jaz, potem mu je zdravnica rekla da lahko sam. Sedaj je bilo tako, da je jemal neredno takrat ko je videl mene, ki sem imela antibiotike, ali ko se mu je zazdelo. Meni ni več pustil. Mogoče bi komu drugemu-patronažni ali, če bi mu kdo tedensko pregledoval bi bilo v redu. Zjutraj namreč še gre, čez dan pa že po svoje. Sama ne vem, če je jemal vse in koliko, ker ni želel nič povedati. Vsaj 1x tedensko bi bilo v re3du, da bi ga kdo prišel preverit zdravstveno stanje, če bi obstajala ta možnost. Sedaj sem se skozi zbujala, on še več 4-6. Bal se je, da se ne bo zbudil, ni bil nič utrujen samo begal je po stanovanju, hotel vse sam narediti, popraviti, prehiteval je vse. Ali pa se je bal, da bo kaj prespal. Med delom pri prenovi ni bil obremenjen fizično, vse je naredil od nečakinje mož oziroma mojstri. On je samo gledal, bi pa pomagal samo to je delo za mojstre. Bila pa je prenova velik strošek za naju, samo nekaj sem imela prišparano. Z omaro je tako sili, da sva jo mogla sama skupaj delati, spraševal je vse in ni želel počakati na delavca. Je pa tog pred sestavljanjem pohištva.

5. Kako izvajate opravke, kje jih ima?

Zmerom greva vsepovsod skupaj, tudi k zdravnikom, tekmo, .. samo na psihiatrijo hodi sam. Za depo je reden in gre sam, o tem mi nič ne pove. Tako jaz vozim in skrbim za te datume. Osebnega zdravnika ima takega, ki je večkrat odsoten in je veliko nadomestnih. Ti ne opravljajo obiskov na domu. Sem večkrat prosila in se kregala. Prej je kašljal, sedaj več ne kadi. Ima KOPB, sedaj je kar naenkrat sam nehal. Že več mesecev je škatla cigaret na polici pa se je ne dotakne. Tudi k zobarju ni želel potem je pa šel, samo ni hotel nositi proteze. Z mano ne želi na sprehod z pomočnico vsakdanjega življenja gre pa rad. Tudi jo pričakuje, da se pogovorita, ona že sedaj obvlada vse o nogometu.

6. Kaj vsa skrbi, kaj bi želeli dodati?

Sedaj v bolnici je grozno ker ne vem kako je, sicer je zdravnica prijazna in mi vse pove. Trenutno bomo videli, kaj se bomo še dogovorili. Ali pride domov, ali v doma, ali kaj. Mi je hudo ker je bila sedaj taka burna reakcija in smo ga morali odpeljati z rešilcem. Saj je bil že

prej večkrat na Pohorskem dvoru, tudi pobegnil je, ampak sedaj je zvezan in mi je to grozno,
ker se ne umiri in ne uvidi, da je preveč.

1. Izpis podčrtanih delov izjav in besed

1Poročena sva 45 let, mož je bolan 35 let

hitro pride pod vpliv

Sorodniki so mi že nekdanj svetovali naj grem stran

zadnja epizoda, mož je sedaj v bolnici, je bila grozna

Prvič, da me je tako napadel

Lani je bil že nasilen pred hospitalizacijo, predvsem zaradi ljubosumja

Zdravnica mi je sedaj potrdila, da bo rabil več časa in nege.

se pogovarjava kaj bo, kdo bo ostala sam, kaj bi naredila s stanovanjem

On bi prodal in kupil manjše.

2Zjutraj vstaja okoli 6h

uredi, vzame zdravila sam

prebereva časopis-predvsem

Sedaj je jemal zdravila brez ritma

Greva v trgovino.

Sam ne hodi v trgovino

ne zna kupiti, sam potem prinese domov vsega preveč

Najraje kupuje v akciji, ga hitro prepričajo

Kosilo skuham jaz in tudi pomijem

počitek, greva na sprehod, poleti ko je vročina imava sprehode dopoldan.

On bi šel najraje sedet nekam pred blok, ker se mu ne da hoditi

Pred blokom včasih govori s sosedi, ki se poznajo že iz službe, predvsem o športu

Želi da bi jaz hodila z njim

brez mene nasploh ne gre nikamor, vse greva skupaj

Prej je z vnukinjo (sedaj živi na morju) hodil na kopanje na 14 dni

midva sva hodila se kopat

večerjo in gledava Tv, predvsem šport

politika ga razburi

vnukinja je opazila, da je sedaj bil neraspložen in raztreščen in mu je tudi rekla

občutek, da mu nekdo nekaj hoče, distanca, če mu kdo kaj reče je takoj užaljen, se umakne

Nima realne pogleda na situacijo

obisk se ni udeležil klepeta in se je umaknil

gledal je kriminalke

bolj divji

Znake sem opazala, samo sem mislila, da bo boljše

mož mora vedno imeti nekega zunanega sovražnika

Prej so bili sodelavci, šef, potem sorodniki

na mene.

Mene bi razbremenilo, če bi kdo ga prišel obiskat in bi lahko jaz kama sama šla

Od doma neče ker ne ve kaj jaz doma delam

Doma ne dela nič

skoz ko je bil nemiren

zaradi prenove stanovanja

Vse je pospravljaj v omare samo narobe, npr. čevlje kar v omaro v dnevni sobi.

3 Za osebno higieno skrbi ob mojem nenehnem opominjanju

Ko sem bila lani 20 dni v bolnici

dostaviti kosilo, pomival bi bolj slabo, večkrat bi jedel iz istega umazanega krožnika

drugače ni pomil, samo

Kuhanje ve samo osnovno

sam je šel v menzo, kjer jejo reveži

gostilno ne bi šel sam jest, ker ne želi niti mu ne znese

Šel je v trgovino

potem mu pa je ostajalo

ne vozi avta

grema do morja

4Zdravila jemlje sam

sem mu je dajala jaz, potem mu je zdravnica rekla da lahko sam

jemal neredno takrat ko je videl mene, ki sem imela antibiotike

Meni ni več pustil

Mogoče bi komu drugemu-patronažni

kdo tedensko pregledoval bi bilo v redu

Zjutraj namreč še gre, čez dan pa že po svoje

Vsaj 1x tedensko bi bilo v re3du, da bi ga kdo prišel preverit zdravstveno stanje, če bi obstajala ta možnost

zbujala, on še več 4-6

Bal se je, da se ne bo zbudil, ni bil nič utrujen samo begal je po stanovanju, hotel vse sam narediti, popraviti, prehiteval je vse

On je samo gledal, bi pa pomagal samo to je delo za mojstre

5Zmerom greva vsepovsod skupaj, tudi k zdravnikom, tekmo, .. samo na psihiatrijo hodi sam

Za depo je reden in gre sam

o tem mi nič ne pove

jaz vozim in skrbim za te datume.

Osebne zdravnika ima takega, ki je večkrat odsoten in je veliko nadomestnih

ne opravljajo obiskov na domu

Prej je kašljal, sedaj več ne kadi

KOPB

škatla cigaret na polici pa se je ne dotakne

zobarju ni želel potem je pa šel, samo ni hotel nositi proteze

Z mano ne želi na sprehod z pomočnico vsakdanjega življenja gre pa rad

Tudi jo pričakuje, da se pogovorita

6Sedaj v bolnici je grozno ker ne vem kako je

zdravnica prijazna in mi vse pove

bomo videli, kaj se bomo še dogovorili

burna rekacija in smo ga morali odpeljati z rešilcem

prej večkrat na Pohorskem dvoru

2. Kodiranje izjav glede na potrebo po pomoči v vsakdanjem življenju na katero se nanašajo

Vsakodnevna rutina

- Zjutraj vstaja okoli 6h
- uredi, vzame zdravila sam
- prebereva časopis-predvsem
- Sedaj je jemal zdravila brez ritma

- Greva v trgovino.
- Sam ne hodi v trgovino
- ne zna kupiti, sam potem prinese domov vsega preveč
- Najraje kupuje v akciji, ga hitro prepričajo
- Kosilo skuham jaz in tudi pomijem
- počitek, greva na sprehod, poleti ko je vročina imava sprehode dopoldan.
- Doma ne dela nič

Zdravila

- Zdravnica mi je sedaj potrdila, da bo rabil več časa in nege.
- Sedaj je jemal zdravila brez ritma
- skoz ko je bil nemiren
- Zdravila jemlje sam
- sem mu je dajala jaz, potem mu je zdravnica rekla da lahko sam
- jemal neredno takrat ko je videl mene, ki sem imela antibiotike
- Meni ni več pustil
- Mogoče bi komu drugemu-patronažni
- kdo tedensko pregledoval bi bilo v redu
- Zjutraj namreč še gre, čez dan pa že po svoje
- Vsaj 1x tedensko bi bilo v redu, da bi ga kdo prišel preverit zdravstveno stanje, če bi obstajala ta možnost
- Za depo je reden in gre sam
- jaz vozim in skrbim za te datume.
- Osebne zdravnika ima takega, ki je večkrat odsoten in je veliko nadomestnih
- ne opravljajo obiskov na domu
- KOPB

Krizne situacije

- zadnja epizoda, mož je sedaj v bolnici, je bila grozna
- Prvič, da me je tako napadel
- Lani je bil že nasilen pred hospitalizacijo, predvsem zaradi ljubosumja
- Zdravnica mi je sedaj potrdila, da bo rabil več časa in nege.

- Sedaj je jemal zdravila brez ritma
- vnukinja je opazila, da je sedaj bil nerazpoložen in raztreščen in mu je tudi rekla
- občutek, da mu nekdo nekaj hoče, distanca, če mu kdo kaj reče je takoj užaljen, se umakne
- Nima realne pogleda na situacijo
- obisk se ni udeležil klepeta in se je umaknil
- gledal je kriminalke
- bolj divji
- Znake sem opazala, samo sem mislila, da bo boljše
- mož mora vedno imeti nekega zunanje sovražnika
- Prej so bili sodelavci, šef, potem sorodniki
- na mene.
- skoz ko je bil nemiren
- zaradi prenove stanovanja
- Vse je pospravljaj v omare samo narobe, npr. čevlje kar v omaro v dnevni sobi.
- jemal neredno takrat ko je videl mene, ki sem imela antibiotike
- Meni ni več pustil
- Mogoče bi komu drugemu-patronažni
- kdo tedensko pregledoval bi bilo v redu
- Zjutraj namreč še gre, čez dan pa že po svoje
- Vsaj 1x tedensko bi bilo v redu, da bi ga kdo prišel preverit zdravstveno stanje, če bi obstajala ta možnost
- zbujala, on še več 4-6
- Bal se je, da se ne bo zbudil, ni bil nič utrujen samo begal je po stanovanju, hotel vse sam narediti, popraviti, prehiteval je vse
- Zmerom greva vsepovsod skupaj, tudi k zdravnikom, tekmo, .. samo na psihiatrijo hodi sam
- Za depo je reden in gre sam
- o tem mi nič ne pove
- Osebne zdravnika ima takega, ki je večkrat odsoten in je veliko nadomestnih
- ne opravljajo obiskov na domu
- Sedaj v bolnici je grozno ker ne vem kako je
- zdravnica prijazna in mi vse pove

- bomo videli, kaj se bomo še dogovorili
- burna reakcija in smo ga morali odpeljati z rešilcem
- prej večkrat na Pohorskem dvoru

Skrb za osebno higieno

- Zdravnica mi je sedaj potrdila, da bo rabil več časa in nege.
- uredi, vzame zdravila sam
- osebno higieno skrbi ob mojem nenehnem opominjanju
- sam obleče

Gospodinjstvo

- vem koga lahko pokličem za spremstvo, pomoč v gospodinjstvu, nabavo
- Greva v trgovino.
- Sam ne hodi v trgovino
- ne zna kupiti, sam potem prinese domov vsega preveč
- Najraje kupuje v akciji, ga hitro prepričajo
- Kosilo skuham jaz in tudi pomijem
- Mene bi razbremenilo, če bi kdo ga prišel obiskat in bi lahko jaz kama sama šla
- Doma ne dela nič
- dostaviti kosilo, pomival bi bolj slabo, večkrat bi jedel iz istega umazanega krožnika
- drugače ni pomil, samo splahnil
- Kuhanje ve samo osnovno
- sam je šel v menzo, kjer jejo reveži
- gostilno ne bi šel sam jest, ker ne želi niti mu ne znese
- Šel je v trgovino
- potem mu pa je ostajalo

Opravki zunaj

- Zmerom greva vsepovsod skupaj, tudi k zdravnikom, tekmo, .. samo na psihiatrijo hodi sam
- Za depo je reden in gre sam

- jaz vozim in skrbim za te datume.
- Osebne zdravnika ima takega, ki je večkrat odsoten in je veliko nadomestnih
- ne opravljajo obiskov na domu
- zobarju ni želel potem je pa šel, samo ni hotel nositi proteze

Obvladovanje prostora

- počitek, greva na sprehod, poleti ko je vročina imava sprehode dopoldan.
- On bi šel najraje sedet nekam pred blok, ker se mu ne da hoditi
- Želi da bi jaz hodila z njim
- ne vozi avta
- jaz vozim in skrbim za te datume.
- Z mano ne želi na sprehod z pomočnico vsakdanjega življenja gre pa rad
- Po kosilu gre navadno ven
- Zmerom greva vsepovsod skupaj, tudi k zdravnikom, tekmo, .. samo na psihiatrijo hodi sam
- Večinoma grem jaz z njim

3. Oblikovanje pojmov, ki opisujejo stanje pri posamezni potrebi po pomoči v vsakdanjem življenju

a) Kodiranje

Vsakodnevna rutina	Kode/Pojmi
- Zjutraj vstaja okoli 6h	- vstajanje
- uredi, vzame zdravila sam	- osebna nega
- prebereva časopis-predvsem	- prostočasna aktivnost
- Sedaj je jemal zdravila brez ritma	- jemanje zdravil
- Greva v trgovino.	- skrb za gospodinjstvo
- Sam ne hodi v trgovino	- pomoč pri skrbi za gospodinjstvo
- ne zna kupiti, sam potem prinese domov	- pomoč pri skrbi za

vsega preveč	gospodinjstvo
- Najraje kupuje v akciji, ga hitro prepričajo	- pomoč pri skrbi za gospodinjstvo
- Kosilo skuham jaz in tudi pomijem	- pomoč pri skrbi za gospodinjstvo
- počitek, greva na sprehod, poleti ko je vročina imava sprehode dopoldan.	- prostočasna aktivnost
- Doma ne dela nič	- pomoč pri skrbi za gospodinjstvo
- Zdravila jemlje sam	- jemanje zdravil
Zdravila	
- Zdravnica mi je sedaj potrdila, da bo rabil več časa in nege.	- pomoč pri skrbi in negi
- Sedaj je jemal zdravila brez ritma	- opuščanje jemanja zdravil
- skoz ko je bil nemiren	- opozorilni znaki
- Zdravila jemlje sam	- samostojno jemanje zdravil
- sem mu je dajala jaz, potem mu je zdravnica rekla da lahko sam	- jemanje zdravil
- jemal neredno takrat ko je videl mene, ki sem imela antibiotike	- neredno jemanje zdravil
- Meni ni več pustil	- zavračanje pomoči pri jemanju zdravil
- Mogoče bi komu drugemu-patronažni	- pomoč pri jemanju zdravil
- kdo tedensko pregledoval bi bilo v redu	- pomoč pri jemanju zdravil
- Zjutraj namreč še gre, čez dan pa že po svoje	- neredno jemanje zdravil
- Vsaj 1x tedensko bi bilo v redu, da bi ga kdo prišel preverit zdravstveno stanje, če bi obstajala ta možnost	- pomoč pri skrbi in negi
- Za depo je reden in gre sam	- samostojno jemanje zdravil
- jaz vozim in skrbim za te datume.	- Pomoč pri datumih

- Osebnega zdravnika ima takega, ki je večkrat odsoten in je veliko nadomestnih	- nestalnost zdravniške oskrbe
- ne opravljajo obiskov na domu	- Ni obiska na domu
- KOPB	- kronična bolezen
Krizne situacije	
- zadnja epizoda, mož je sedaj v bolnici, je bila grozna	- doživljanje svojcev ob krizi
- Prvič, da me je tako napadel	- opozorilni znaki
- Lani je bil že nasilen pred hospitalizacijo, predvsem zaradi ljubosumja	- opozorilni znaki
- Zdravnica mi je sedaj potrdila, da bo rabil več časa in nege.	- potreba po pomoči pri skrbi in negi
- Sedaj je jemal zdravila brez ritma	- neredno jemanje zdravil
- vnukinja je opazila, da je sedaj bil nerazpoložen in raztreščen in mu je tudi rekla	- opozorilni znaki
- občutek, da mu nekdo nekaj hoče, distanca, če mu kdo kaj reče je takoj užaljen, se umakne	- opozorilni znaki
- Nima realne pogleda na situacijo	- opozorilni znaki
- obisk se ni udeležil klepeta in se je umaknil	- opozorilni znaki
- gledal je kriminalke	- opozorilni znaki
- bolj divji	- opozorilni znaki
- Znake sem opazala, samo sem mislila, da bo boljše	- opozorilni znaki
- mož mora vedno imeti nekega zunanjega sovražnika	- opozorilni znaki
- Prej so bili sodelavci, šef, potem sorodniki	- opozorilni znaki
- na mene.	- opozorilni znaki
- skozi ko je bil nemiren	- opozorilni znaki
- zaradi prenove stanovanja	- stresna situacija
- Vse je pospravljala v omare samo narobe, npr.	- opozorilni znaki

čevlje kar v omaro v dnevni sobi.	
- jemal neredno takrat ko je videl mene, ki sem imela antibiotike	- neredno jemanje zdravil
- Meni ni več pustil	- ne želi pomoči
- Mogoče bi komu drugemu-patronažni	- želja po pomoči
- kdo tedensko pregledoval bi bilo v redu	- želja po pomoči
- Zjutraj namreč še gre, čez dan pa že po svoje	- neredno jemanje zdravil
- Vsaj 1x tedensko bi bilo v redu, da bi ga kdo prišel preverit zdravstveno stanje, če bi obstajala ta možnost	- želja po pomoči pri skrbi in negi
- zbujala, on še več 4-6	- opozorilni znaki
- Bal se je, da se ne bo zbudil, ni bil nič utrujen samo begal je po stanovanju, hotel vse sam narediti, popraviti, prehiteval je vse	- opozorilni znaki
- Zmerom greva vsepovsod skupaj, tudi k zdravnikom, tekmo, .. samo na psihiatrijo hodi sam	- spremstvo svojcev
- Za depo je reden in gre sam	- jemanje zdravil
- o tem mi nič ne pove	- jemanje zdravil
- Osebne zdravnika ima takega, ki je večkrat odsoten in je veliko nadomestnih	- Nestalnost zdravniške oskrbe
- ne opravljajo obiskov na domu	- ni obiska na domu
- Sedaj v bolnici je grozno ker ne vem kako je	- doživljanje svojcev v krizi
- zdravnica prijazna in mi vse pove	- sodelovanje z zdravniki
- bomo videli, kaj se bomo še dogovorili	- sodelovanje z uporabnikom in zdravniki
- burna reakcija in smo ga morali odpeljati z rešilcem	- opozorilni znaki
- prej večkrat na Pohorskem dvoru	- prejšnje hospitalizacije
Skrb za osebno higieno	
- Zdravnica mi je sedaj potrdila, da bo rabil	- pomoč pri skrbi za urejenost

več časa in nege.	
- uredi, vzame zdravila sam	- samostojna skrb
- osebno higieno skrbi ob mojem nenehnem opominjanju	- pomoč pri skrbi za urejenost
- sam obleče	- samostojna skrb
Gospodinjstvo	
- Greva v trgovino	- pomoč pri gospodinjstvu
- Sam ne hodi v trgovino	- pomoč pri gospodinjstvu
- ne zna kupiti, sam potem prinese domov vsega preveč	- upravljanje z denarjem
- Najraje kupuje v akciji, ga hitro prepričajo	- upravljanje z denarjem
- Kosilo skuham jaz in tudi pomijem	- pomoč pri gospodinjstvu
- Mene bi razbremenilo, če bi kdo ga prišel obiskat in bi lahko jaz kama sama šla	- razbremenitev svojcev
- Doma ne dela nič	- pomoč pri gospodinjstvu
- dostaviti kosilo, pomival bi bolj slabo, večkrat bi jedel iz istega umazanega krožnika	- pomoč pri gospodinjstvu
- drugače ni pomil, samo splahnil	- pomoč pri gospodinjstvu
- Kuhanje ve samo osnovno	- pomoč pri gospodinjstvu
- sam je šel v menzo, kjer jejo reveži	- materialna pomoč pri gospodinjstvu
- gostilno ne bi šel sam jest, ker ne želi niti mu ne znese	- materialna pomoč pri gospodinjstvu
- Šel je v trgovino	- upravljanje z denarjem
- potem mu pa je ostajalo	- upravljanje z denarjem
Opravki zunaj	
- Zmerom greva vsepovsod skupaj, tudi k zdravnikom, tekmo, .. samo na psihiatrijo hodi sam	- pomoč pri opravkih
- Za depo je reden in gre sam	- ne rabi pomoči pri opravkih
- jaz vozim in skrbim za te datume.	- pomoč pri opravkih
- Osebne zdravnika ima takega, ki je večkrat	- pomoč pri opravkih

odsoten in je veliko nadomestnih	
- ne opravljajo obiskov na domu	- zdravnik ne gre na dom
- zobarju ni želel potem je pa šel, samo ni hotel nositi proteze	- pomoč pri opravkih
Obvladovanje prostora	
- počitek, greva na sprehod, poleti ko je vročina imava sprehode dopoldan.	- sprehod
- On bi šel najraje sedet nekam pred blok, ker se mu ne da hoditi	- sprehod
- Želi da bi jaz hodila z njim	- potreba po pomoči pri prevozu
- ne vozi avta	- potreba po pomoči pri prevozu
- jaz vozim in skrbim za te datume.	- potreba po pomoči pri prevozu
- Z mano ne želi na sprehod z pomočnico vsakdanjega življenja gre pa rad	- sprehod
- Po kosilu gre navadno ven	- sprehod
- Zmerom greva vsepovsod skupaj, tudi k zdravnikom, tekmo, .. samo na psihiatrijo hodi sam	- spremljanje
- Večinoma grem jaz z njim	- spremljanje
Upravljanje z denarjem	-
- ne zna kupiti, sam potem prinese domov vsega preveč	- ne zna z denarjem
- Najraje kupuje v akciji, ga hitro prepričajo	- Neracionalna poraba denarja

b) Urejanje pojmov v hierarhijo in dodajanje manjkajočih pojmov

1. Vsakdanja rutina

a) zbujanje

- Zjutraj vstaja okoli 6h
- uredi, vzame zdravila sam

b) Potek dneva, urnik

- Zjutraj vstaja okoli 6h
- uredi, vzame zdravila sam
- prebereva časopis-predvsem
- Sedaj je jemal zdravila brez ritma
- Greva v trgovino.
- Kosilo skuham jaz in tudi pomijem
- počitek, greva na sprehod, poleti ko je vročina imava sprehode dopoldan.
- Doma ne dela nič

c) Prostočasne aktivnosti v dnevni rutini

- počitek, greva na sprehod, poleti ko je vročina imava sprehode dopoldan.
- Pred blokom včasih govori s sosedi, ki se poznajo že iz službe, predvsem o športu
- brez mene nasploh ne gre nikamor, vse greva skupaj
- Prej je z vnukinjo (sedaj živi na morju) hodil na kopanje na 14 dni
- Mene bi razbremenilo, če bi kdo ga prišel obiskat in bi lahko jaz kama sama šla
- grema do morja
- Z mano ne želi na sprehod z pomočnico vsakodnevnega življenja gre pa rad
- Tudi jo pričakuje, da se pogovorita
- Večinoma grem jaz z njim

2. Potreba po prekinitvenih in okrepitvenih dejavnostih

a) Jemanje zdravil

- Zdravnica mi je sedaj potrdila, da bo rabil več časa in nege.
- Sedaj je jemal zdravila brez ritma
- Zdravila jemlje sam
- sem mu je dajala jaz, potem mu je zdravnica rekla da lahko sam
- jemal neredno takrat ko je videl mene, ki sem imela antibiotike
- Meni ni več pustil
- Mogoče bi komu drugemu-patronažni
- kdo tedensko pregledoval bi bilo v redu
- Zjutraj namreč še gre, čez dan pa že po svoje
- Vsaj 1x tedensko bi bilo v redu, da bi ga kdo prišel preverit zdravstveno stanje, če bi obstajala ta možnost

- Za depo je reden in gre sam
- o tem mi nič ne pove
- jaz vozim in skrbim za te datume.
- KOPB
- zobarju ni želel potem je pa šel, samo ni hotel nositi proteze

b) Opuščanje zdravil

- Sedaj je jemal zdravila brez ritma
- jemal neredno takrat ko je videl mene, ki sem imela antibiotike
- Meni ni več pustil
- kdo tedensko pregledoval bi bilo v redu
- Zjutraj namreč še gre, čez dan pa že po svoje
- Vsaj 1x tedensko bi bilo v redu, da bi ga kdo prišel preverit zdravstveno stanje, če bi obstajala ta možnost

c) Krizne situacije

- zadnja epizoda, mož je sedaj v bolnici, je bila grozna
- Prvič, da me je tako napadel
- Lani je bil že nasilen pred hospitalizacijo, predvsem zaradi ljubosumja
- Zdravnica mi je sedaj potrdila, da bo rabil več časa in nege
- skoz ko je bil nemiren
- Sedaj je jemal zdravila brez ritma
- jemal neredno takrat ko je videl mene, ki sem imela antibiotike
- Meni ni več pustil
- Mogoče bi komu drugemu-patronažni
- kdo tedensko pregledoval bi bilo v redu
- Zjutraj namreč še gre, čez dan pa že po svoje
- Osebne zdravnika ima takega, ki je večkrat odsoten in je veliko nadomestnih
- ne opravljajo obiskov na domu
- Vsaj 1x tedensko bi bilo v redu, da bi ga kdo prišel preverit zdravstveno stanje, če bi obstajala ta možnost

d) Opozorilni zanki

- Prvič, da me je tako napadel
- Lani je bil že nasilen pred hospitalizacijo, predvsem zaradi ljubosumja
- Sedaj je jemal zdravila brez ritma

- vnukinja je opazila, da je sedaj bil nerazpoložen in raztreščen in mu je tudi rekla
- občutek, da mu nekdo nekaj hoče, distanca, če mu kdo kaj reče je takoj užaljen, se umakne
- Nima realne pogleda na situacijo
- obisk se ni udeležil klepeta in se je umaknil
- gledal je kriminalke
- bolj divji
- Znake sem opazala, samo sem mislila, da bo boljše
- mož mora vedno imeti nekega zunanjega sovražnika
- Prej so bili sodelavci, šef, potem sorodniki
- na mene.
- skoz ko je bil nemiren
- zaradi prenove stanovanja
- Vse je pospravljaj v omare samo narobe, npr. čevlje kar v omaro v dnevni sobi.
- jemal neredno takrat ko je videl mene, ki sem imela antibiotike
- Meni ni več pustil

3. Gospodinjstvo

a) Skrb za oblačila (pranje , likanje)

/

b) Nakup oblačil

- Sam ne hodi v trgovino

c) Nakup hrane

- Greva v trgovino.
- Sam ne hodi v trgovino
- ne zna kupiti, sam potem prinese domov vsega preveč
- Najraje kupuje v akciji, ga hitro prepričajo
- sam je šel v menzo, kjer jejo reveži
- gostilno ne bi šel sam jest, ker ne želi niti mu ne znese
- Šel je v trgovino
- potem mu pa je ostajalo

d) Kuhanje in prehrana

- ne zna kupiti, sam potem prinese domov vsega preveč

- Kosilo skuham jaz in tudi pomijem
- Doma ne dela nič
- dostaviti kosilo, pomival bi bolj slabo, večkrat bi jedel iz istega umazanega krožnika
- Kuhanje ve samo osnovno
- sam je šel v menzo, kjer jejo reveži
- gostilno ne bi šel sam jest, ker ne želi niti mu ne znese
- potem mu pa je ostajalo

e) Čiščenje

- Kosilo skuham jaz in tudi pomijem
- Doma ne dela nič

4. **Skrb zase**

a) skrb za oblačila

- uredi, vzame zdravila sam

b) Osebna higiena

- Zdravnica mi je sedaj potrdila, da bo rabil več časa in nege.
- uredi, vzame zdravila sam
- osebno higieno skrbi ob mojem nenehnem opominjanju

5. **Opravki zunaj**

a) Stik z drugimi institucijami

- Zmerom greva vsepovsod skupaj, tudi k zdravnikom, tekmo, .. samo na psihiatrijo hodi sam
- Za depo je reden in gre sam
- jaz vozim in skrbim za te datume
- Osebne zdravnika ima takega, ki je večkrat odsoten in je veliko nadomestnih
- ne opravljajo obiskov na domu
- zobarju ni želel potem je pa šel, samo ni hotel nositi proteze

a) Pomoč pri organizaciji prevoza

- ne vozi avta
- brez mene nasploh ne gre nikamor, vse greva skupaj
- Zmerom greva vsepovsod skupaj, tudi k zdravnikom, tekmo, .. samo na psihiatrijo hodi sam

b) Sprehod

- počitek, greva na sprehod, poleti ko je vročina imava sprehode dopoldan.
- On bi šel najraje sedet nekam pred blok, ker se mu ne da hoditi
- Z mano ne želi na sprehod z pomočnico vsakdanjega življenja gre pa rad
- Tudi jo pričakuje, da se pogovorita
- Po kosilu gre navadno ven

6. Upravljanje z denarjem

- ne zna kupiti, sam potem prinese domov vsega preveč
- Najraje kupuje v akciji, ga hitro prepričajo

10.4. PRIMER KVALITATIVNE ANALIZE OSEBNIH NAČRTOV

1. PREKINITVE IN OKREPITVE DEJAVNOSTI a) Opuščanje zdravil b) Priprava zdravil, razdeljevanje zdravil c) Opominjanje na jemanje zdravil d) Krizne situacije (poslabšanje, izboljšanje zdravja) e) Stranski učinki zdravil f) Bolnica	Ae: Na dva do tri mesece hodim k dr. Gajškovi, da mi recepte za zdravila, terapijo jemljem redno. Izpira za avto zaenkrat ne bom delal, ker jemljem tablete, ki so označene, da ne smem voziti. Eno tableto vzamem zjutraj, zvečer vzamem 6 tablet, redno se udeležim pregledov, kot mi določi termin. Ae CILJ: Da bo naredil izpit za avto, zaradi zdravil ga ne more Ab CILJ: OHRANITEV STABILNEGA ZDRAVJA- redno jemanje zdravil eno zjutraj, zvečer 6, sam, redni pregledi Ba: Zdaj so mi predpisali terapijo z zdravili, ki jih sama jemljem, enkrat na mesec hodim tudi po injekcijo k svoji psihiatrinji. Zdravila redno jemljem. Zjutraj in zvečer sama, enkrat mesečno injekcija pri moji zdravnici. Be: Zdaj se dobro počutim, nimam zdravstvenih težav, tudi ne čutim posledic zaradi jemanja zdravil. Bc: Redno jemanje zdravil Cd: Jaz vem, da ni dobro, da pijem alkohol pa se mi je težko odreči nečemu, kar imam rad. Zdaj, ko sem prišel iz bolnice, nisem nič pil alkohola, mama mi je kupila brezalkoholno pivo.	A Potreba po obiskovanju psihiatra na 2 do tri mesece. Redno jemanje terapije, tablet zjutraj in zvečer. A Stranski učinki tablet- prepoved vožnje. A Potreba po ohranitvi stabilnega zdravja- redno jemanje tablet B Redno jemanje terapije, potreba po obiskovanju psihiatra enkrat mesečno in po injekcijah 1x na mesec. B Dobro počutje, brez zdravstvenih težav, ni posledice jemanja zdravil. B Potreba po ohranitvi stabilnega zdravja- redno jemanje tablet C Zavedanje prevelikega uživanja alkohola, zavedanje, da se je težko odreči	A Potreba po obiskovanju psihiatra na 2 do tri mesece. B potreba po obiskovanju psihiatra enkrat mesečno in po injekcijah 1x na mesec. J Stik s psihiatrom na vsakih 14 dni, injekcija vsakih 14 dni i K Dogovor s psihiatrijo, da jo ob krizi pokliče ali pride v bolnico. Štirje uporabniki so dejali, da redno obiskujejo psihiatra, eden na 2 do 3 mesece, drugi 1x na mesec, tretji na 14 dni in četrti po dogovoru in sicer da psihiatrinjo pokliče ali pride v bolnico, če ima krizo. Dva uporabnika hodita po injekcije v bolnico, eden enkrat na mesec, drugi pa na vsakih 14 dni. A Stranski učinki tablet- prepoved vožnje. B Dobro počutje, brez zdravstvenih težav, ni posledice jemanja zdravil. E Stranski učinki tablet- zaspanost I Nespečnost, nesproščenost. J Nekoč slabost od nervoze, zdaj ob slabem občutku. Občutek dobrega premagovanja bolezni, ne potrebuje pomirjeval. Redno jemanje zdravil. Zadovoljstvo z zdravili, ker je lahko bolj izraža svoja čustva. I Redno jemanje zdravi, ki pomagajo. Problem so stranski učinki. K Zadovoljstvo s predpisano terapijo, ki je boljša kot prej. Boljše počutje, brez mor, telesna teža ne narašča L Samostojno jemanje zdravil. Učinki zdravil so pozitivni- lažje funkcioniranje in negativni- kljub uspavalu težave s spanjem-kronična nespečnost. L Obvladovanje nespečnosti z rednim urnikom spanja, vstajanja, z rekreacijo M Prej razmišljanje o samomoru, zdaj ne razmišlja več o tem zaradi dobre kombinacije tablet in zaradi staršev. M Stranski učinki tablet: težave pri spolnosti, razmišljanje o opustitvi tablet. M Samostojno jemanje tablet zvečer, občutek da ne pomagajo, nespečnost, zbujanje ponoči. Zavedanje, da brez tablet ne more, ampak jih bo vseeno jemal po svoje. Upabniki so navajali stranske učinke tablet. Negativni učinki: Eden zaradi tablet ne more delati voziškega izpita, eden je navedel, da se počuti zaspanega, trije pa so nasprotno navedli, da jih muči nespečnost. Eden je navedel kot možno rešitev pri obvladovanju nespečnosti
--	--	--	--

	Cd: MATI→ Zadnji teden preden je šel v bolnico pa je tudi pri sebi čutil spremembe, sam je rekel: »Z mano se nekaj dogaja.«. Takrat ni opisal kakšne spremembe zaznava, jaz tudi še nisem opazila, takrat tudi še ni bil tako zgubljen, krajevno in časovno. Potem se je, preden je šel v bolnico, plazil po tleh, pobiral je stvari, ki jih ni bilo na tleh. Takrat je videl stvari na tleh in tudi na sebi, ki jih ni bilo. Potem sem poklicala rešilca in je bil sprejet v bolnico. Preden se je to zgodilo, je hodil sam ven iz stanovanja, tudi je sam urejal stvari. Pribl. eno leto nazaj so se mu začeli napadi, prvič enkrat ponoči v kopalnici, ko ga je začelo metat (ena oblika epileptičnih napadov), takrat sem klicala dežurnega zdravnika, ki je poslal rešilca, takrat ni nič vedel za sebe. Potem je dobil zdravila, ki jih ni hotel jemati in tudi ni hotel iti k zdravniku. Preden so se mu začele te zdravstvene težave pa je imel zdravstvene težave predvsem zaradi tega, ker je imel precej poškodovano hrbtenico, zaradi tega tudi ni več mogel opravljati dela in je bil to razlog, da ni dobil nove službe. Cb: MATI→ Zdaj mu dajem jaz zdravila, ki jih jemlje. Db: Preden sem šel v bolnico, sem imel depresijo. Doma jemljem še: Spirivo, to je kapsula, ki jo dam v cevko, to vdihneš in potegneš v sebe. Zdravnica mi je rekla, da bom to moral vedno jemati. Vzamem še Akineton, eno tableto, zjutraj (proti tresenju), Haldol, eno tableto zjutraj, opoldan nič ne vzamem, zvečer pa vzamem dve tableti Haldol, 2mg. Tablete vzamem sam, ne pozabim na njih. Db CILJ: Rad bi zmanjšal število cigaret, da bi imel nižje stroške in tudi zaradi zdravstvenih težav.	nečemu, kar imaš rad. Nepitje alkohola po prihodu iz bolnice. Pomoč matere. C Opozorjanje na krizo, skrb matere zaradi dejanj (plazenje po tleh, pobiranje stvari, ki jih ni), klic matere v bolnišnico. C Začetek napadov v kopalnici, metanje po tleh, mati je poklicala dežurnega zdravnika, ta je poslal rešilca. Odklanjanje zdravil, odklanjanje zdravnika. C Potreba po pomoči matere pri razdeljevanju in opominjanju na jemanje zdravil D Redno jemanje tablet doma, zjutraj in zvečer. Samostojno jemanje zdravil, ni potrebe po pomoči D Potreba po zmanjšanju porabe cigaret, ker to prinese nižje stroške in boljše zdravje	redni urnik vstajanja in spanja ter rekreacijo. Eden je navedel, da se počuti nesproščenega. Štirje uporabniki so navedli pozitivne učinke tablet. Eden pravi, da ne občuti posledic jemanja zdravil in da se dobro počuti, drugi pa je zadovoljen z njimi, ker lahko zdaj bolj izraža svoja čustva. Tretji je dejal, da je zadovoljen s predpisano terapijo, ki je boljša kot prej. Boljše se počuti, je brez mor, telesna teža mu ne narašča. Četrti uporabnik je prej razmišljal o samomoru, zdaj pa ne razmišlja več o tem zaradi dobre kombinacije tablet in zaradi staršev. Isti uporabnik je navedel tudi stranske učinke in sicer, da ima težave pri spolnosti, zato razmišlja o opustitvi tablet. Eden je navedel, da redno jemanje zdravil pomaga, vendar da ima stranske učinke. Katere, ni navedel. Eden uporabnik je navedel, da so učinki zdravil so pozitivni- lažje funkcioniranje in negativni- kljub uspavalu ima težave s spanjem-kronična nespečnost. A Potreba po ohranitvi stabilnega zdravja- redno jemanje tablet A Redno jemanje terapije, tablet zjutraj in zvečer. B Redno jemanje terapije, B Potreba po ohranitvi stabilnega zdravja- redno jemanje tablet D Redno jemanje tablet doma, zjutraj in zvečer. Samostojno jemanje zdravil, ni potrebe po pomoči E Potreba po rednem jemanju tablet F Zamenjava tablet. Potreba po opominjanju in razdelitvi tablet-mama in sestra. F Želja po ohranitvi zdravja F Dvom o ozdravitvi. G Potreba po jemanju zdravil. Jemanje zdravil zjutraj, opoldan in zvečer. G Potreba po rednem jemanju tablet, sam jih vzame. Potreba, da bi napisali, kaj mora vzeti. I Redno jemanje zdravi, ki pomagajo. Problem so stranski učinki. Redno jemanje zdravil. K Samostojno jemanje zdravil, če pride do opuščanja, padec v krizo L Samostojno jemanje zdravil M Samostojno jemanje tablet zvečer, občutek da ne pomagajo, nespečnost, zbujanje ponoči. Zavedanje, da brez tablet ne more, ampak jih bo vseeno jemal po svoje. J Nekoč slabost od nervoze, zdaj ob slabem občutku. Občutek dobrega premagovanja bolezni, ne potrebuje
--	---	---	--

	Ee: Zjutraj se mi je muka vstati, počutim se zaspanega, po tabletah, ki jih jemljem. E CILJ: redno jemanje tablet Fb: Zdaj dobivam druga zdravila, pojem dve roza tableti, eno belo, eno kvadratno. Poleg tega dobim še železovo tabletko, ker sem zgubila veliko krvi, ko sem po daljšem času, več kot desetih letih dobila menstruacijo in sem imela zelo močne krvavitve. Zdravila mi zdaj, ko sem doma, dajeta mama in sestra. Najbolj si želim biti zdrava. Včasih dvomim, če se moja bolezen da pozdraviti. Zdaj, ko sem prišla iz bolnice, se bolje počutim. Zdaj imam že bolj normalno menstruacijo. Fb CILJ→ Redno jemanje zdravil Ff: V bolnici mi je bilo v redu, všeč mi je bilo, ker so nam veliko pomagali, nas vzpodbujali, imela sem veliko pomoči. Gb: Zdaj jemljem zdravila za pomiritev živcev, pa beli prašek, pa rjavo tableto. Popoldan dobim za pomiritev, to vzamem po kosilu. Potem vzamem še tablete po zajtrku in zvečer, po 22. uri. Gc: Tablete bi si znal sam razdeliti, samo napisano moram imet. Zdaj, ko sem bil čez vikend izven bolnice, mi je šlo jemat zdravila. Vse sem sam vedel, katere moram vzeti. Ko bom živel sam, bom sam zmoget vzeti zdravila, ki jih moram	E Stranski učinki tablet- zaspanost E Potreba po rednem jemanju tablet F Zamenjava tablet. Potreba po opominjanju in razdelitvi tablet- mama in sestra. F Želja po ohranitvi zdravja F Dvom o ozdravitvi. F Potreba po rednem jemanju zdravil F Dobri spomini na bolnico, tam so jih vzpodbujali, jim pomagali G Potreba po jemanju zdravil. Jemanje zdravil zjutraj, opoldan in zvečer. G Potreba po rednem jemanju tablet, sam jih vzame. Potreba, da bi napisali, kaj mora vzeti. I Nespečnost,	pomirjeval. M Potreba po pomoči pri jemanju zdravil M Stranski učinki tablet: težave pri spolnosti, razmišljanje o opustitvi tablet. N Pomoč pri dostavi in razporejanju tablet-pripelje sestra iz bolnice 1x na teden. Razporedi v škatlice. N Opustitev tablet s psihiatrovim privoljenjem Trije uporabniki so navedli, da si želijo ohraniti zdravje, medtem ko eden dvomi o ozdravitvi. Uporabniki A, B, D, E, F, G, I, J, K, L, M, N so dejali, da jemljejo zdravila in da zaenkrat redno jemljejo terapijo. Uporabnik N je opustil jemanje tablet s psihiatrovim dovoljenjem, vendar jih je kasneje, ko je zamenjal psihiatra, začel spet jemati medtem ko uporabnik M pa sam razmišlja o opustitvi, ker ima zaradi jemanja težave pri spolnosti. Zaveda se, da brez tablet ne more, ampak jih bo vseeno jemal po svoje. Uporabnik K je povedal, da če bi začel opuščati zdravila, bi padel v krizo. Uporabnika A,D vzameta tablete zjutraj in zvečer. Uporabnik G jih vzame zjutraj, opoldan in zvečer. Uporabniki D, G, K, L, M, N samostojno jemljejo zdravila. Uporabnik G pravi, da ni potrebe po pomoči, medtem ko uporabnik G želi, da bi mu napisali, kaj mora vzeti, uporabniku N pa sestra iz bolnice 1x na teden dostavi zdravila in mu jih razporedi v škatlico. Uporabniku F pa zdravila dajeta mama in sestra. Uporabnik C je pred krizo opozarjal nanjo z različnimi dejanji (plazenje po tleh, pobiranje stvari, ki jih ni). Njegova mati je zato poklicala v bolnišnico. Uporabniku I so se pojavljale samomorilne misli predvsem zaradi nezmožnosti nujenja pomoči otroku, vendar si samomora ne upa narediti. Želi si v bolnico, vendar tam nimajo nobene proste postelje. Zdi se mu, da se vedno slabše počuti. Uporabniku J je krizo občutil kot: Nespečnost, nervoznost, posledica tega je kajenje in pitje kave ponoči. Ni vedel, kaj je narobe. Pomoč mame- ga je peljala k psihiatru. Ni bil sposoben za življenje in za delo. Nerazumevanje mame, nedojemanje svoje bolezni. Pri uporabniku K je slabše počutje vezano na posledično uživanje alkohola in to ga je pripeljalo do recidiva. K se počuti nezmožen vplivati na svoje življenje ob stiski. Opuščanje tablet tudi povzročilo recidiv. Pomoč prijateljice- ga
--	---	--	--

	Ib: Ne morem spati, ne morem se sprostiti. Jemljem antidepresive, serakvel. Zdravila jemljem redno, mi pomagajo, samo imajo te stranske učinke, ki jih prej nisem imela. Zdravila so mi zamenjali. Id: Pogosto se mi pojavljajo samomorilne misli pa si nič ne naredim, ker si ne upam. Želim si umret, zato ker ne morem otroku pomagati nič. Staršem tudi ne morem pomagati pa bi včasih rabila pomoč. Zelo rada bi šla v bolnico, tam sem bila dva tedna nazaj, pa so rekli, da ni nobene proste postelje. Zdi se mi, da se vedno slabše počutim. Jd: Ponoči nisem spal, bil sem živčen in sem samo kadil in pil kavo. Nisem vedel, kaj je z mano narobe, takrat je bil tisto moj svet. Potem me je mama peljala k psihiatru. Dobil sem Disperdal, tisto sem jedel pol leta, nisem bil sposoben niti za živeti, kaj šele za delat, mama pa takrat tega ni razumela. Jaz še tudi takrat nisem dojel, da sem shizofrenik. Je: Prej mi je bilo slabo od živcev, zdaj pa mi ni več. Zdaj mi je samo še včasih, če imam slab občutek, samo jih nimam več. Zdaj imam občutek, da dobro premagujem shizofrenijo, ne rabim pomirjeval. K psihiatru grem vsake štirinajst dni. Injekcijo dobim vsake štirinajst dni, Risperdal. Zdaj mi je dal psihiater zraven še Placebo in Abilifaj in Akineton. Zdaj so mi ta zdravila v redu, ker bolj tudi čutim različna čustva, sem bolj vesel, včeraj sem jokal, sem tudi	nesproščenost. Redno jemanje zdravi, ki pomagajo. Problem so stranski učinki. I Pojavljanje samomorilnih misli, želja po smrti zaradi nezmožnosti nudenja pomoči otroku, vendar zavore-ne upa si narediti. Želja po odhodu v bolnico vendar ni prostora. Počutje se slabša. J Kriza: Nespečnost, nervoznost, posledica tega je kajenje in pitje kave ponoči. Ni vedel, kaj je narobe. Pomoč mame- ga je peljala k psihiatru. Ni bil sposoben za življenje in za delo. Nerazumevanje mame, nedojemanje bolezni. J Nekoč slabost od nervoze, zdaj ob slabem občutku. Občutek dobrega premagovanja bolezni, ne potrebuje pomirjeval. Stik s psihiatrom na vsakih 14 dni, injekcija vsakih 14 dni in	je odpeljala na psihiatrijo. Pri uporabniku L je kriza povezana z uživanjem drog, nezmožnost usklajevanja dvojnega življenja. Uporabnik M je prej razmišljal o samomoru, zdaj ne razmišlja več o tem zaradi dobre kombinacije tablet in zaradi staršev. Doživel je že recidiv zaradi razočaranosti. Uporabnik C je navedel, da mu mati pomaga pri tem, da ne pije alkohola po prihodu iz bolnice in da potrebuje njeno pomoč pri razdeljevanju in opominjanju na jemanje zdravil. Uporabnik L je prav tako pod vplivom staršev. Zahtevali so, da mora iti v komuno, na CPO... Trije uporabniki so govorili tudi o sami bolnici. Uporabnik F ima dobre spomine na bolnico, ker so jih tam vzpodbujali in jim pomagali. Uporabnik I ima željo po odhodu v bolnico, ker se vedno slabše počuti, vendar tam nimajo prostora. Uporabnik N pa je navedel, da se je boljše počutil po odhodu iz bolnice.
--	--	--	--

	jezen, zadnjič sem bil ljubosumen. Kk: Zdravstvene težave so povezane dosti tudi s prekomerno težo. V bolnici sem dobil 30 kil v štirih mesecih od Cyprexa, potem pa sem dobil še v Hrastovcu okrog 10 kil. Kk: Imam bipolarno efektivno motnjo. Zdaj imam predpisano terapijo, ki boljša kot tista, ki sem jo imel prej. Po tej se boljše počutim, spim boljše, nimam mor. Zdaj se tudi več ne redim. Kj: Ko sem se slabše počutil, sem imel tudi težave z uživanjem alkohola. Zdaj nisem pil dve leti in deset mesecev. Pred tem sem imel recidiv, ko sem pil v parku pribl. pet do šest dni. Pil sem vino, takrat sem spil po tri litre vina na dan. Pred tem pa nisem pil štiri leta pa dva meseca. V Hrastovcu sem bil vključen v skupino za alkoholike. Kj: Nisem mogel vplivati na svoje življenje, ko sem se v stiski, zapil. To se je enkrat zgodilo (leta 2007), ko sem nehal jemati tablete in sem potem pil tri dni skupaj. Potem me je kolegica dobila v parku, ker me je iskala. Plačala mi je še liter vina in me peljala v bolnico na psihiatrijo. Ponavadi sem pil vino, včasih, prej tudi pivo. Prej pa se mi je zgodilo še prej, ko sem bil brez tablet. Po tem sem še enkrat, ko sem bil v Hrastovcu in sem se nekaj skregal, šel v gostilno in sem spil dve pivi, dve sem imel pa še polni pri sebi in jih nisem spil. Takrat sem se takoj vključil k psihologinji. Takrat sem nazadnje pil alkohol.	redno jemanje zdravil. Zadovoljstvo z zdravili, ker je lahko bolj izraža svoja čustva. K Povezava zdravstvenih težav s prekomerno telesno težo. Stranski učinki zdravil- naraščanje telesne teže K Zadovoljstvo s predpisano terapijo, ki je boljša kot prej. Boljše počutje, brez mor, telesna teža ne narašča K Kriza: Slabše počutje povezano z uživanjem alkohola, pripeljalo do recidiva, v zavodu vključen v skupino za alkoholike K Nezmožnost vplivanja na svoje življenje ob stiski. Opuščanje tablet povzročilo recidiv. Pomoč prijateljice-ga je odpeljala na psihiatrijo. K Samostojno jemanje zdravil, če	
--	--	--	--

	Kh: Zdravila, ki jih imam predpisana jemljem sam, danes zjutraj sem jih vzel sam. Tudi v prihodnje nameravam jemati zdravila sam, enkrat sem jih nehal jemati in sem prišel v hudo krizo. S psihiatrinjo sem se tudi že dogovoril, da če bom prišel v krizo, da takoj pokličem ali pridem v bolnico, k njej v ambulantno. Ld: Takrat sem še redno študirala, uspelo mi je naredit skoraj tri letnike, kljub temu, da sem bila že kar na drogi. Takrat se mi je ustavilo, ko nisem več bila sposobna fizično in psihično usklajevati dvojnega življenja, študirat, nabavljat drogo, izpolnjevati vseh obveznosti. Lbe: Zdaj jemljem predpisano terapijo sama, zjutraj vzamem Torendo, 0,5 mg, zvečer pa Xanax, 0,5 mg, Mirzaten, 45 mg. Zdravila mi zdaj pomagajo na tak način, da lažje funkcioniram, niso pa vsi učinki tudi dobri zame. Kljub uspavalu/antidepresivu, ki ga jemljem, imam še vedno težave s spanjem. Ko zaspi, se po nekaj urah zbudim in potem ne morem zaspati naprej. Težave s spanjem imam že dolgo, že pred tremi leti so mi dali diagnozo kronična nespečnost L: Kako bi lažje obvladovala nespečnost (redni urnik spanja in vstajanja, rekreacija - sprehodi, brez alkohola), zdaj grem ven vsak dan L: Potem so mi starši postavili ultimat, da grem v komuno. Poleti 2010 sem šla najprej na detoksikacijo v psihiatrično bolnico, potem pa sem šla v komuno v Italijo. Ko sem bila na detoksu, sem najprej dobivala velike količine tablet, potem pa so mi jih naenkrat ukinitili. Po ukinitvi sem dobila spazmične napade. Ko sem šla v komuno v	pride do opuščanja, padec v krizo Dogovor s psihiatrijo, da jo ob krizi pokliče ali pride v bolnico. L Kriza povezana z uživanjem drog, nezmožnost usklajevanja dvojnega življenja. L Samostojno jemanje zdravil. Učinki zdravil so pozitivni- lažje funkcioniranje in negativni- kljub uspavalu težave s spanjem-kronična nespečnost. L Obvladovanje nespečnosti z rednim urnikom spanja, vstajanja, z rekreacijo L Zahteva staršev, da gre v komuno. V Italiji ukinitve tablet naenkrat- posledica napadi. Nadaljevanje zdravljenja v Pelikanu v SLO. Koordinatorica je dala številko.	
--	--	--	--

	Italijo, v tej komuni ne bi smela jemati nobenih zdravil, poleg tega pa mi tudi v primeru napadov ne bi mogli nuditi zdravniške pomoči, me voziti v bolnico. Zato sem šla čez tri dni domov. V Italiji nam je slovenska koordinatorica dala številko od Pelikana, da probamo tam; ob vrnitvi, smo se takoj ustavili na pogovoru in se tudi dogovorili, da lahko pridem prvega septembra 2010. Md: Zdaj ne razmišljam o samomoru. Imam dobro kombinacijo tablet, tudi ne bi mojim tega naredil. Md: Leta 1994 in 1995 sem se zdravil na psihi, takrat sem nehal piti alkohol, abstिनiram. Zdaj 14. pa sem v Klaseku kupil vino in ga spil liter na eks. Takrat sem bil zelo razočaran in sem se mislil zapit, potem pa nisem več pil alkohola. Me: Mislim, da imam težave pri spolnosti zaradi stranskih učinkov tablet, to so mi rekli že različni zdravniki pa tudi moja mi je že to rekla. Zaradi tega sem tudi že razmišljal, da bi ukinil vse tablete. Mb: Tablete jemljem zvečer, ampak imam občutek, da mi tablete nič ne pomagajo. Dobil sem Sanval za spanje, 10 mg, pa mi je prešvoh. Ponoči ne morem spati, se zbujam sredi noči. Psihiater mi je tudi na skupini pred vsemi rekel, da mi bo dal recept za Viagra, ko sem šel domov pa mi tega belega recepta ni dal. Tablete si tudi sam vzamem. Tablete bom jemal tak kak je predpisano. Zvečer jih vzamem 11. Brez tablet ne morem. Ne bom	<i>M Prej razmišljanje o samomoru, zdaj ne razmišlja več o tem zaradi dobre kombinacije tablet in zaradi staršev.</i> <i>M Pred psihiatrijo uživanje alkohola, sedaj abstinenca. Pojav recidiva zaradi razočaranosti.</i> <i>M Stranski učinki tablet: težave pri spolnosti, razmišljanje o opustitvi tablet.</i> <i>M Samostojno jemanje tablet zvečer, občutek da ne pomagajo, nespečnost, zbujanje ponoči. Zavedanje, da brez tablet ne more, ampak jih bo vseeno jemal po svoje.</i> <i>M Potreba po pomoči pri jemanju zdravil</i> <i>N Boljše počutje po odpustu iz bolnice.</i> <i>N Opustitev tablet s psihiatrom</i>	
--	---	--	--

	pa jih jemal več, kot je predpisano. M: Pomoč pri jemanju zdravil Na: V bolnici sem imel zdravila, ko sem bil odpuščen pa sem hodil k psihiatru. On me je napolil na Ozaro. Letos sem bil drugič v bolnici. Zdaj se počutim boljše. S psihiatrom sva se odločila, da sem nehal jemati zdravila. Potem je nekaj časa šlo dobro, zdaj sem pa bil spet zbrbljan. Zdaj pa hodim k dr. Grabarjevi v bolnico. Zdaj hodim k njej enkrat na mesec. Nb: Zdravila mi sestra iz bolnice pripelje enkrat na teden. Potem jih sam vzamem, ker jih imam razdeljene po škatlicah. Upam, da ne bom več tako zbrbljan, ker mi to res ni bilo v redu.	privoljenjem <i>N Pomoč pri dostavi in razporejanju tablet-pripelje sestra iz bolnice 1x na teden. Razporedi v škatlice.</i> <i>Želja po tem, da ne bo več zbrbljan, ker mo to ni v redu.</i>	
3. GOSPODINJSKA OPRAVILA a) Skrb za oblačila (likanje, pranje) b) Nakupovanje oblačil c) Nakupovanje hrane d) Proces prehranjevanja: priprava obrokov, kuhanje, pomivanje posode e) Urejenost in vzdrževanje stanovanja:	Aa: LIKANJE, PRANJE: Na začetku, ko sem prišel v dom, sem se naučil likanja in pral na pralni stroj in uporabljati pomivalni stroj za posodo. To zdaj znam uporabljati, pralni stroj in tudi pomivalni. Likam pa zdaj ne več. Če bi bilo potrebno bi si znal zlikati, mogoče ne čisto najlepše. Ad: KUHANJE: V domu imamo urejeno tako, da med tednom pripeljejo kosila v dom, čez vikend pa si sami kuhamo. Ko kuhamo, mi kuhamo sami, pomagajo pa nam vzgojiteljji. Včasih katera vzgojitelja tudi sama skuha. Kaj bomo jedli, se sami odločimo, se dogovorimo. Včasih pa si naročimo tudi pizze. Znam skuhati, speči hrenovke, makarone, jajce. Makarone z mletim mesom sem naredil že doma, ko sem bil z atejem. Naredil sem po svoje, ata pa me je pohvali.	A Se je v Mladinskem domu naučil likanja, pranja na pralni stroj in pomivalni A Med tednom pripeljejo kosila v dom, čez vikend si sami kuhajo, kuha sam ob pomoči vzgojiteljev, sami odločijo, kaj bodo kuhali, zna kuhati. A Oblačila si kupi sam ali pa mu jih kupi vzgojitelj	Vsi uporabniki znajo nekaj skuhati. Uporabnika A in H sta navedla, da sicer znata kuhati, ampak da bi vseeno potrebovala začasno pomoč pri pripravi hrane. Uporabnik L se je naučil kuhanja v komuni, drugi uporabniki pa niso navedli, kje so se naučili kuhati. Uporabnik J je dejal, da sicer zna kuhati, ampak nerad sam, če bi bil v družbi, bi se mu bolj dalo. Uporabnik D razmišlja da bi se vključil v socialno kuhinjo. Samo uporabnik A je navedel, da jim čez teden vozijo hrano v Mladinski dom, kjer je nastanjen, med vikendom pa si sami kuhajo. Uporabnik F je navedel željo, da bi se rad naučil delati z električnim štedilnikom, ki so ga kupili doma. Uporabnik G je navedel, da mu kosilo skuha mama, zajtrk in večerjo si pripravi sam. Uporabnik H potrebuje posodo in jedilni pribor. Uporabnik D pa je dejal, da sicer zna kuhati, ampak ko je kuhala žena, ji ni pomagal, ker mu ni pustila. <u>Uporabnik A se je v Mladinskem domu naučil likanja, pranja na pomivalni in pralni stroj. Tudi uporabnik C zna oprati perilo in skrbeti za stanovanje. Uporabniku D je prala in likala žena, vendar tudi on to zna. Zdaj, ko ne bo več živel z ženo, si želi, da bi mu kdo pomagal</u>

(pospravljanje, čiščenje, večje čistilne akcije npr. čiščenje oken, pospravljanje kleti) f) Urejanje vrta, okolice	Ab: NAKUPOVANJE OBLAČIL: Včasih potrebujem denar tudi za nakup oblačil perila, takrat mi da vzgojitelj denar in si grem kupit sam, včasih pa se odloči vzgojitelj in mi kupi sam, jaz mu pa dam denar. A CILJ: Pri kuhanju, da bi sam lahko delal bi potreboval še kakšno pomoč. To bi se tudi rad naučil, ker me je že doma veselilo. V prihodnje bi potreboval še pomoč pri porabi denarja, pri kuhanju, kako uporabljati pralni stroj, kje naj urejam stvari in kako. Mislim, da bi pomoč dobil pri delavcih v stanovanjski skupini ali pa tudi pri sostanovalcih. Bd: Znam tudi speči pecivo; biskvite, drobno pecivo. sploh znam dobro kuhati, ta dela tudi rada opravljam. Imam dolgoletne delovne izkušnje, kot natakarica v hotelu. Cad: Za sebe si znam skuhat, tudi oprat, ko je bila mama dva meseca v Nemčiji, sem sam poskrbel za sebe in tudi za stanovanje. Dac: Prala in likala je žena, ampak tudi jaz znam. Jaz sem hodil v trgovino po kruh, naredo sem tudi malo večji einkauf, kupo sem paradižnik, kruh, pečeno pipiko. Žena je najbolj odločla, kaj kupima, jaz pa sem še dodal stvari. Ženi sem hodil plačevat loto, koš sem odnesel v smetnjak. Dd: Rad bi izboljšal odnos z mojo ženo. Želim si, da bi si premislila in se vrnila domov. Precej mi je bila v pomoč. Samo ona meni nič ni pustila storiti. Če sem hotel posodo pomit, mi je rekla, da canka voda. Nič mi ni pustila, kot da bi bila ljubosumna na delo. Vse je hotela sama narediti. Po drugi strani pa je rekla, da nič ne delam.	A Bi potreboval pomoč pri kuhanju, da bi se bolj naučil, pomoč pri porabi denarja, pomoč pri informiranju, kje lahko ureja stvari in kako, pomoč pri tem, kako uporabljati pralni stroj B Zna dobro kuhati C Zna skuhat, oprat, skrbeti za stanovanje D Prala in likala je žena, tudi on zna. Hodil je v trgovino po kruh ali po večjih nakupih, žena najbolj odloča, kaj kupiti, ženi je šel plačevat loto D Žena mu ni nič pustila, če je hotel kaj narediti, po drugi strani je govorila, da nič ne dela	počistiti. Uporabnik E si želi bolj samostojno opravljati vsakdanja opravila, med njimi je tudi pranje perila in čiščenje. Tudi uporabnik F pomaga pri gospodinjskih opravilih, samostojno pere perilo, pometa, pomiva stopnice. Uporabnik H je izrazil željo, da bo potreboval pomoč pri pranju perila, ker ne ve, kako prati. Uporabnik J vodi doma vse gospodinjske stvari, pere, pospravi. Uporabnik O prav tako čisti in tudi pomaga mami pri tem. Uporabnik N ne zna prati na pralni stroj, na roke pa. Ni izrazil želje, da bi se naučil uporabljati pralni stroj. Uporabnik L zna likati, prati. Uporabnik M zna uporabljati pralni stroj. Pri nakupovanju oblačil se je opredelil samo en uporabnik in sicer uporabnik A si oblačila kupi sam ali pa mu jih vzgojitelj. Želi pa si, da bi lahko to počel sam. Uporabnik G ne hodi v trgovino zaradi bolečin v nogi, to delo opravlja mama Uporabnika K in D dvigujeta obleko in hrano na RK Uporabnik N je izrazil željo, da se z mamo dogovorita o razdelitvi dela
--	---	--	--

	E CILJ→priprava obrokov vsak dan-sam, čiščenje-po umiku 1x na teden- sam , nakup hrane 1x na teden,po potrebi→sam, mama E CILJ→ Nakup hrane- DSP (1x tedensko) Higieniskih pripomočkov, kozmetika (milo, zobna pasta, ščetka, brivski pripomočki, šampon, prašek za pomivalni stroj, čistila)- DSP 1x mesečno F: Doma pomagam kdaj na vrtu, okopavam. Okopavava ponavadi z očetom, potem pa sestra in mama posadita. Zdaj, ko sem doma, sem večinoma opravljala kakšna dela, ki so bila v pomoč v gospodinjstvu. Fa: PRANJE PERILA →Obesila in pobrala sem perilo, pometla, pomila stopnice, pri kuhanju sem olupila krompir, pripravila mizo za kosilo. Fd: ELEKTRIČNI ŠTEDILNIK→ Zdaj doma še ne obvladan električnega štedilnika, ker je nov. Fd CILJ: Rada bi se naučila ravnati s štedilnikom, če mi bo kdo pokazal. Fd CILJ: Če bi živela sama v stanovanjski skupnosti, bi si sama kuhala, raje kot jedla kupljeno ali naročeno hrano. Mislim, da bi si znala kuhati. V stanovanjski imam tudi knjigo z recepti, ki bi jo pogledala. Gbc: V trgovino zdaj ne hodim, ker me boli noga. Ko mame ni bilo doma, je šel v trgovino Aljaž, brat. Iz trgovine vse prinese mama. Doma kosilo skuha mama, jaz pa si sam pripravim zajtrk in večerjo. H CILJ: Rabil bi kako posodo, kaki taler pa žlico pa vilco oa nož pa eno rajnglo za speči. Rabil bi tudi televizijo, ker rad gledam televizijo. Radio imam.	E Sam bo pripravil obroke vsak dan, čistil bo 1x na teden, nakup hrane po potrebi F Pomaga na vrtu očetu, pomaga pri gospodinjstvih opravilih, samostojno pranje perila, pometanje, pomivanje stopnic F Ne obvlada novega električnega štedilnika F Bi se rada naučila ravnati s štedilnikom F Zna samostojno kuhati s pomočjo knjige z recepti G Ne hodi v trgovino zaradi bolečin v nogi, to delo opravlja mama, samostojno si pripravi zajtrk in večerjo, kosilo skuha mama	
--	---	--	--

	Hi: Zdaj kave ne kuham, doma pa sem jo skuhal, bi jo še znal skuhati. Včasih sem znal tudi kuhat. Skuhal sem pečenega, pohanega pišeka, krompir, solato, župo pa še svinjsko pečeno, gobe. Gobe sem tudi nabiral in jih skuhal pa ribe. Ribe sem z rokami pobiral, v Dupleku v Dravi. →Pridobitev posode in televizije za v stanovanje Ha: Za pranje perila bi na začetku rabil, da mi nekdo pokaže, kako prati na stroj, potem bi probal sam. Zdaj, tukaj (v zavetišču) ne rabim posebej nekaj ekstra delat. Če dobim bivalno enoto, ni problema z čiščenjem. To bi zmogel vse sam urediti. →Vsaj začasno urediti pomoč pri pranju in pripravi hrane Id: Rada tudi kuham in pečem peciva, samo nisem dobra v tem. Ne znam delati kreme. Imam pa veselje pri tem delu. Jabcef: V življenju sem samostojen, sam skrbim za stanovanje, sam tudi hodim k zdravniku, k Židaniku. Doma sam vodim vse gospodinjske stvari, perem, pospravim. Zadnji mesec sem se res malo poleno, drugače pa v redu gre Jd: Kuhat znam, sem se tudi učil, ko sem bil v srednji gostinski šoli. Kuham pa ne rad. Dostikrat se mi ne da. Najrajši delam solato, vse solate, ker jih tudi najrajši jem. Skuham dobro kavo. Mama pravi, da skuham dobro krompirjevo juho, francosko solato, biftek. To sem delal tudi za sosede. Če bi kuhal v družbi, bi se mi bolj dalo, nekdanj, že kot otrok sem rad kuhal. Če bi bila v Mariboru kuhinja, bi hodil kuhat. Še vedno bi se najrajši preselil v Maribor. Rad bi se družil s kom, ki ni bolan.	<i>H Potrebuje posodo, jedilni pribor, televizijo</i> <i>H Doma je znal kuhati, zdaj bi rabil začasno pomoč pri pripravi hrane</i> <i>H Pri pranju perila bi rabil pomoč, kako prati</i> <i>H zna čistiti</i> <i>I Zna kuhati in peči pecivo</i> <i>J Doma vodi vse gospodinjske stvari, pere, pospravi</i> <i>J Zna kuhat, sam nerad, če bi kuhal v družbi, bi se mu bolj dalo</i>	
--	---	--	--

	zdaj doma, bi kuhal, pospravil postelje, pod gor pomil. To najrajši delam. Najrajši skuham panirano al pa pečeno kuro, govejo juho, pražen krompir, solato vkup naret. Še vedno rad tudi kartam, tudi tukaj kartamo. Čez vikend sem tudi skuhal kosilo in opral belo perilo, sem ga na 95 ven kuhal Me: Posesa večinoma partnerka, včasih reče meni, naj posesam, takrat posesam, samo z mukami. Ma: Zdaj pere perilo partnerka, kupla si je novi pralni stroj. Jaz znam prati, zdaj v nedeljo sem pripravljen oprati vso belo perilo, bom videl, če se bo kaj izboljšalo, da ne bo tako zaprano. Večkrat jaz tudi obešam perilo Mc: V trgovino grem večkrat, včasih tudi po 2 do 3 krat N: Rad bi uredil, da bi se z mamom lahko pogovarjala. Da bi se tudi dogovorila, kako si razdeliva delo. Nef: Doma sicer naredim stvari, pospravim, pobrišem tla, zunaj tudi kosim. Ampak s tako težavo kosim, zgleda, ko da mi ne pustijo, da kosim. Ne: Sem zadovoljen, če imam čisto. Se mi pa je zgodilo, da ko sem brisal tla, se mi je prevrgel emper, paziti moram tudi pri košenju, da se mi ne bi kaj naredilo. Posodo umijem sam. Nd: Doma po hiši pospravim, pokosim. Nd: Zdaj si skuham sam, rad si naredim tudi toaste. Ko je mama doma, ona skuha za oba, pa opere mi. Mama tudi lika.	M Gre sam v trgovino M Zna kuhati, sam umije posodo, zna uporabljati pralni stroj N Želja, da se z mamom dogovorita o razdelitvi dela N Pospravi, pobriše tla, kosi N Rad ima čisto N Zna kuhati, si skuha sam, če je mama doma, ona	
--	---	--	--

	Na: Jaz na stroj ne perem, operem si kake stvari na roke, ko ni mame. Od: Sedaj poskrbim za vse sama, kuham vsak dan tudi za strica. Kuham si sama (polnjene paprike, krompir), povabila sem tudi strica, da vidi, kje sem. MAMA→Najbolj je srečna ko skupaj jeva kosilo, ki ga skuham, v tem prav uživa. Pomagam ji tudi pri čiščenju stanovanja. Na mamo dobro vpliva moja pomoč v njenem domu (kuhanje, pospravljanje). Največ lahko jaz vplivam na mamino počutje. Oc: Gledam na to koliko lahko porabim, ne hodim v najdražje trgovine, največkrat nakupujem v Tušu, Lidl, Hoferju. Doma gledam na porabo stroškov elektrike, vode, plina. Sama izbiram kam in kdaj bom šla ven.	skuha, opere, lika N Ne zna prati na stroj, na roke pa O Zna skuhati sama O Mami pomaga pri čiščenju stanovanja O Pazi na porabo in stroške	
--	--	--	--

10.5. PRIMER ZAPISA IN KVALITATIVNA ANALIZA FOKUSNE SKUPINE UPORABNIKOV

HITRA OCENA POTREB IN STORITEV

FOKUSNA SKUPINA UPORABNIKI

DATUM: 23.05.2011

ČAS: 16:00 - 18:00

KRAJ: CSD Maribor

PRISOTNI: 6 uporabnikov, MODERATORKE: Simona Ratajc, Tjaša Steiner in Lidija Žižek

B

Vključen sem v skupnostno obravnavo na psihiatriji. Problem je v zdravilih, ki jih dobivam. Nimam volje do življenja, nimam energije in imam depresijo. Moral bi skrbeti za starše. Zdravila, ki so mi odgovarjala so mi vzeli stran. Takrat sem bil v manični fazi, ko sem prišel na psihiatrijo.

DNEVNA RUTINA

Težave imam že v začetku dneva, da se vstanem, cel dan bi poležaval. Nebi šel niti na wc niti po kozarec vode. Ta zdravila jemljem že 26 let in zdravila jemljem redno. Prisilim se, da grem na avtobus. Živim sam v Limbušu v svojem stanovanju. Zjutraj si pripravim kavico in cigaret. Naredim za starše nakup. Včasih grem v Šent. Izogibam se Šenta, ker sem nejevolen in brez energije nočem biti tam, ker bi na druge slabo vplival. Kuham si tudi sam, ampak trenutno grem k staršem po kosilo.

VSAKDANJA OPRAVILA

K meni pride delovna terapevtka. Svetuje mi, kaj naj naredim v roku enega tedna. Naredimo si urnik, delati bi si moral zapiske. S terapevtko se pogovarjava ker pride enkrat na teden k meni. Hodim na 14 dni na depo. Pregledajo zdravila, če so prav sortirana. V redu mi je, da si sam pripravim zdravila, ker mi vzame pol ure, potem pa mi to pogleda sestra. Spodbujajo me k pleskanju, šmirglanju. Likam si ne, si pa sam urejam stvari.

Za urejanje enkratne denarne pomoči sem prosil sem Tadejo

V

POMOČ PRI STATUSNIH OPRAVKIH

živim sam, imam prijateljico, ki pride k meni med vikendi. Na Ozari mi pomagajo od ponedeljka do petka, če potrebujem kaj administrativnega mi pomagajo na Ozari, da kaj zrihtam.

VSAKDANJA OPRAVILA – PRIPRAVA HRANE

Na Ozari sem kak meni paše, grem domov in si skuham kosilo. Doma počistim, porihtam, opere mi perilo stroj. Gledam tv, sem na računalniku. Pomaga mi prijateljica pri kuhanju, čiščenju oken.

Vam je to všeč, da ne delate sami?

Mene zanima zdravo življenje, kuhanje in to. Berem dosti knjig o kuhanju in receptih. Prijateljica je kuharica in ji povem, ko so kateri recepti stari. Pomaga mi pri kuhanju, všeč mi je da skupaj delava. Tudi sam si pripravim zaenkrat kosilo, ker me veseli. Tisto kar me ne veseli ne delam. Za tablete sam skrbim, nastavim si škatlice in jih redno jemljem.

S

Živim v najemniškem stanovanju. Od februarja imam punco, ki je pri meni. Aprila 2004 sem prišel v MB. Od 15. Decembra 2009, do februarja 2010 sem imel krizo in sem hodil na dnevni hospital.

Šel sem na rehabilitacijo in sem sedaj v socialni vključenosti na Šentu. Punca me razume s težavami, psihično je bolj stabilna. Ko me vidi kak sem in me razume mi pove, da še rabim čas zase. Dopoldne sem imel Šent, popoldan nisem imel kaj početi. Sem se veliko družil. Se družimo s temi, ki smo na Šentu v socialni vključenosti.

Ko pridem domov imam že vse skuhano, ker je punca brez dela. Vse sem si znal sam naredit.

KRIZNE SITUACIJE

mam močno socialno fobijo in depresijo. Ko sem imel krizo potem rabim pri vsem pomoč. Potem me mora nekdo res poznati, da ga spustim k sebi, da potrebujem nekoga da gre v trgovino.

Sestra pa fant sta me peljala v bolnico. Hudič je zafunkcionirat, ko prideš iz bolnice. Če gre nekdo z mano grem kam, če ne, ne grem nikamor. Rabim neko oporo. Ne priporočam, da bi kdo sam živel, ker samota je najhujša.

Ko sem prišel iz bolnice, bi potreboval vsak dan, da bi nekdo prišel k meni. 14 dni nisem upal poklicati niti na inštitut. Potem sem se sam prisilil. Sam sem prišel iz agonije.

Zamenjal sem psihiatrinjo, ker so me v bolnici 3 mesece videli in sem želel imeti Pogorevčevo, ker me pozna. Hodim na psihoterapijo 1 krat tedensko na Šentu. Sever-psihoterapevt in Belak me podpira.

5. je prišlo, da je bilo res hudo. Sedaj se mi zdi da sem v redu. 5 let sem hodil na psihoterapijo, potem je pa prišla depresija. Takrat sem opustil tablete. Sedaj z zdravili sem na nuli, da nimam padcev. Prej sem imel strah pred ljudmi, zdaj mi je pa čudno če sva eden ali dva. Šent mi zelo pomaga.

V redu mi je da grem od doma, da vidim kaj morem naredit na dolgi rok, kaj lahko dosegam.

Dajem tudi za izredne pomoči, da si lažje pomagam. Imam pa tudi nekaj denarja iz socialne vključenosti. Doma me bolj razumejo. In ob strani mi dosti stoji sestra.

T

Bil sem star 12 let, ko me je posilil oče. Do 16. let sem imel šoke in sem začel hoditi na Pohorje, k dr. Pogoreucu. On mi je dosti pomagal. Preživel sem največjo krizo in sedaj nimam več zdravil. Vse noči sem se zbujal moker, ker sem videl očeta kako me posiljuje. Takrat sem tablete potreboval. Imel sem partnerke, ki so gledale na denar. Ena partnerka je bila z mano eno leto in pol, bila je bolna zato nisva imela spolne odnose. Umrla je, kar je vedela.

Z očetom sem nekaj časa živel v Ljubljani, kjer sem preko bratranca spoznal punco s katero živiva skupaj že 6 let. Tudi ona ima težave, oče jo je tepel in maltretiral. Bila je zaprta imava

podobno izkušnjo. Iz Ljubljane je prišla živeti k meni. Ona razume mene, ko imam kaj in jaz njo. Oba sva v socialni vključenosti na Šentu. Imam težavo, če je več kot 20 ljudi, mi zašteda. Ne morem se premakniti, imam občutek, da je okoli mene zelo ozko. Če je manj ljudi teh težav nimam. Čez mesto lahko grem, tudi če je festival Lent na Folkart, ker se skoncentriram kar je na odru. Mamo in punco še vklopim, ostale pa izključim, kot da ostalih ni.

Več kot tri ukaze na enkrat ne morem sprejeti. Pri knjigah in pri potovanjih imam dober foto spomin in orientacijo.

S punco gremo vsi istočasno od doma in se vračamo. Simon nas odpelje domov. Dobivamo se tudi zvečer.

Pred letom in pol sva živela pri mojih starših. Prišlo je do spora z mojim očimom, partnerka mu je oprostila, zato se sedaj še vidimo, ampak nismo tako kot smo bili. Mama večno za hišo nebo mogla skrbeti, tako da imama plan čez 3-4 leta se seliti nazaj k mami v hišo. Mama ni več najbolj mlada, stara je 51 let.

DNEVNA RUTINA

Zjutraj se s partnerko zbudiva. Pojeva zajtrk, greva malo na internet. Potem greva na šent. Potem se zmeniva, da greva na kosilo. Včasih greva ven jest 1-2-3 krat na teden si privoščiva. Imava 120€ stroškov za telefon in internet. Želel sem vzeti manjši paket, vendar ne morem, ker sem se za 2 leti zavezal. Pomagam preko interneta urejati računalnike. Prej sva imela potne stroške do Poljčan, sedaj imava do Maribora. Pri socialni podpori dava ven denar za telefon. Dobivama s partnerko 380€ in nekaj imava nagrade.

B

POMOČ PRI GOSPODINJSKIH OPRAVILIH - MOTIVACIJA

Sem invalidsko upokojen, z denarjem nimam večjih težav ampak nimam dobene energije. Sam sebe potiskam naprej, ampak mi zmanjka energije. Prišlepam se do avtobusne postaje, ker imam vozovnico, potem se prišlepam dalje. Sem volk samotar, da toliko ko imam moči jo še porabim zase. Dobro bi bilo, da bi mi nekdo pomagal z mojo pomočjo. Pri meni je bila ena punca, ki mi je spucala celo stanovanje, ker je bilo v katastrofalnem stanju. Vse kaj me je vprašala sem rekel ne vem. 5 mesecev in 18 dni zdravljenja sem imel na psihiatriji. Ona je iz Polskave in je vključena v Ozarino stanovanjsko skupnost. Izrazila je željo, da bi skupaj

živela. Rekel sem, da naj bo eno leto se v Ozari, ker mora videti kakšna je zima pri meni v stanovanju. Ogrevanje je pri meni tako, da je temperatura nizka. Šla je h hčerki, ko je bila stara 11 let in je bila tam cele počitnice in sva šla narazen. Ona mi je kompletno očistila stanovanje.

Zase skrbim kolikor morem.

T

SKRB ZA ČISTOČO STANOVANJA

Z partnerko se en dan naprej zmeniva, kdaj bo kaj kateri naredil in to storiva. Včasih preloži kaj za naslednji dan. Ko vidim umazanijo okoli sebe morem počistiti, ko me zmoti. Lahko ratam žjučen, da morem takoj obrisat. Od mame sem se navadil, da morem čistiti. Že ko sem bil star tri leta sem imel vse zloženo. Avtomobilčke sem imel v vrsti na polici in sem si vzel samo enega s police.

ZAPOSLOVITEV

Želeli bi večjo informiranost pri socialni vključenosti – ko rehabilitiramo, da bi dobili tudi kakšno zaščitenost vključenost ali redno zaposlitev.

Na Šentu sem 3 leta in pol in bi nam lahko ta čas priznali vsaj pol leta delovne dobe. Moti me, da nimamo priznane nobene delovne dobe.

ZAPOSLOVANJE

Potrebovali bi večjo socialno podporo. Siti smo prelaganja, ker se nekaj obljublja, potem pa se prestavlja. Tega smo siti. Ko imamo bolniško in dopust ni plačano. Vse pravice, ki izhajajo iz delovnega razmerja manjkajo.

Pol leta na leto jim v Avstriji priznajo pri socialni vključenosti. Imajo plačano $\frac{1}{4}$ bolniške in $\frac{1}{2}$ dopusta.

Ne dobim regresa. Imamo neplačan dopust, če sem bolan. Bolniško ti napiše, nimaš pa plačano. To je norčevanje iz nas odraslih. Nagrade sem aprila dobil 130€, od socialne sem moral vzeti 20€, ker 1 teden nisva delala. 130€ je dobila punca.

Plačati ne morem najemnine, mi reče lastnik, da morem plačat račune. Potem pa sem pod pritiskom in ni čudno da morem na psihiatrijo.

IZOBRAŽEVANJE

Želel bi tudi, da se lahko ko sem socialno vključen še izobražujem. Ker sem socialno vključen bi rad delal prekvalifikacijo. Na ponovni ocenitvi nam dajo delo, kar res nismo zmožni delat in nas ne veseli. Dal mi je vijačenje, ko imam velike prste. Rekel je, da nisem dosegel norme in da nisem sposoben za delo.

Morali bi ponuditi delo na več različnih področjih pri socialni vključenosti: če je računalništvo kar me zanima, bi lahko delal to. Nekoga veseli, da bi delal v kuhinji. Rad bi se vključil na ta način, kaj bi sam želel delati. Delal bi na računalniku 6 ur.

Z

To je naravnano na delo naročnika. Delala bi naj v proizvodni, vstavljanje slamic v tulce. Imam dokumentacijo, kaj je z mojo hrbtenico, očmi. Dobila sem okrnjeno oceno, da nimajo ocene pri delodajalcu, ker nisem želela delati. Imam novi stari status. Ker sem hotela sama to delat. Živim v garsonjeri, kjer živim sama. Imam PIP, kjer bi lahko šla na pogovor. Ko se je izbralo, kam bi sla na preizkus, h kateremu delodajalcu. Če oni ne grejo po moji želji ne pomeni, da jaz tja ne morem ker sem butasta. Ker nisem hotela drugam, ker je bila drugje potreba.

Potrebovali bi pomoč pri iskanju dela vsaj za 4-6 ur dnevno, redne zaposlitve za polovični čas.

Ko gremo podaljševati socialno ali zaprosit za izredno, da se gleda na račun. Kar ni dobro. Ko sem rekel, da mi podaljšajo socialno, se je name drla, na Rome pa se ne upajo ker je potegnil ven butterflaja in mu je podaljšala.

Rojena sem v krvoskrunstvo in sem čustven invalid. To se je zgodilo že moji mami in tega sem bila tudi jaz deležna. Gerelanizirana anksiozna depresivna motnja se to reče po strokovno.

Sem brezposelna oseba in sem želela iti na zaposlitveni inštitut. Imam status nezaposljive osebe, po kategoriji iz 3 kategoriji. Imela sem 8ur za delati. Za trgovko sama nisem zmogla,

za čistilko pa nisem zmogla fizično. Učiti ne morem. Rada sem sama, v mojem življenju ni nikogar blizu. Imam 12 sorodnikov. Sama se vlačim po tem svetu skozi, ko je treba z glavo skozi zid, sem prva skozi zid.

1996 je umrla stara mama pri kateri sem živela. Tam sem zgubila stanovanje, ker je bila oma najemnik. Selila sem se tri krat. 4 leta sem bila v Ozari. 2007 sem po 11 letih vloge dobila stanovanje v Preradovičevi ulici, kjer je problem romske situacije. 480 Romov, 27 je Slovencev. Bila sem prostovoljka pri Karitasu, pa sem morala končati, ker hočejo vse in mi grozijo.

KRIZNE SITUACIJE

Imam etape čustvenih težav, čisto okamenim. Hodim v dnevni center Ozare, so mi pomagali do vloge na Ozari. V ozari je bilo toliko ljudi (4 punce), da sem se počutila kot v bolnici. Imaš, da ko svojo sobo pospraviš, pospraviš celo stanovanje. To me je postavilo na noge, tako organizirano življenje. To mi je pomagalo iz faze ven, da mi je organiziralo življenje. Zame je bil šok, da je bilo toliko ljudi, hkrati pa mi je pomagalo na noge. Pri 25 letih sem nehala govoriti.

7 let sem hodila po 5 dni na teden na dnevni center. Takrat so bili programi, ki so nam uporabnikom ugajali. 50 ljudi je hodilo in delavnice so bile obiskovane. Psihoterapevtka, socialna delavka je vodila skupino. Ko je šla gospa v penzijo skupine več ni. Imeli smo barvno terapijo, 21 uporabnikov, 9 mesecev, potem več ni bilo denarja.

Dnevni hospital – ko sem bila nevarna sebi in drugim, tega nihče ni vedel, tam ko sem padla sem se zbudila.

2003 sem ostala brezposelna. V bivalni skupini Ozare ne moreš ostati če nimaš prihodka. Če imaš socialno podpora potem si lahko noter, ti še nekaj ostane.

SPREMSTVO K ZDRAVNIKU/ POMOČ PRI UREJANJU STATUSNIH ZADEV

Ko sem bila v teh fazah: kako čuvati to zdravje ki ga imam, ker me zdravniki ne slišijo. Ko imaš mnenje psihiatra povedo: vaše psihosomatske motnje so take, da pojdite brat knjigo. Rekli so naj se sprostim, grem na sprehod. Ko bruham kri od glavobola mi zdravnica ne verjame.

Potrebovala bi nekoga, ki bi šel z mano k zdravniku, ker mi ne verjame več zdravnica. Mene so čustva odnesla. Imam atake dihanja, padem v nezavest, imam trikrat kontrolo in vzroka ne najdejo. Ker ni vzroka ni bolezni, ni terapije. Rečejo da sem zdrava.

Ko sem bila v slabi fazi, ko sem šla na občino in sem potrkala in nisem slišala da so kaj rekli. Po eni uri je bila malica, po pol ure je en rekel, da je bil naročen. Potrebovala sem 7 tednov, da si urejam stvari. Urejanje zadev je bila katastrofa. V tem času bi potrebovala nekoga, ki bi šel z mano. Jaz sem si dva dni urejala neke stvari, potem sem imela vse pripravljeno in sem hotela da gre z mano, je mentorica rekla, da ne rabim pomoči, da je nočem, da sem tiho, da ne govorim.

Se zgodi, da lahko govorim pred ogromno ljudmi, nekje pa se sploh ne morem pogovarjati. V Ozari so to še videli, ostali pa tega ne vedo. Ko sem solo, grem prepozno do zdravnika. Takrat nisem sposobna priti do vrat, kaj šele do zdravnika.

SPREMLJANJE

Želela bi, da bi kdo o meni imel evidenco in bi me vsak mesec poklical in vprašal kako sem. Če bi videl, da me na telefon ni, bi me obiskal še doma.

Zdaj ne fukcioniram , ko pridem do zdravnika. Rabila bi pravno pomoč, da bi mi znala napisati vlogo za zamenjavo stanovanja, neprofitnega. Imam zdravstvene razloge in denarne. Ves vandalizem, ki je v skupnih prostorih, krijemo vsi najemniki. Imela sem 60€ računa, ker so drugi uničevali.

Imam nadomestilo iz ZPIZA – 350 € imam, na Staninvestu so mi odpisali račun, ker bom dobila terjatev v vsakem primeru.

Bala sem se ljudi, sebe in življenja. Pred 3 leti sem si dala varovalko, da morem gledati pozitivno, da izhajam iz sebe.

Z gospo imam naročniško razmerje skupaj sklenjeno. Imam izvršbo, ker ta kolegica pol leta ni plačala naročnine. To je zaradi mojih težav v duševnem zdravju, ker sem bila naivna. Sama pregledov ne morem plačevati, mi pa ne da zdravnik napotnice, da bi dokazala v kakšnem stanju sem bila.

Kuham si makarone, krompir, riž je lahko kuhati, ampak ni zdrava hrana. Potrebovala bi menjavo stanovanja in nekoga, ki mi pomaga pri vlogi.

Opravljam pri uradnih institucijah, spremstvo, zastopništvo.

Pri 36 letih nisem znala skuhati hrane, ker me je stara mama čuvala, da me ničesar ni naučila. Kopirala sem njene delovne navade. Ko pridejo finance najprej daš za račune, ostalo dam za 10 € nekaj na stran. Kadim ne, ostalo si razporedim, da grem po nakup. Bila sem 2 leti v samostanu, vendar nisem spadala v njihov kalup. Pri sesti Nikolini sem bila pomivalka posode in sem poslušala recepte. Z mamo se pozna 5 let, sama pa sem stara 50. Mama je stara 66 let. Ko pridem domov mi pomaga, da je doma, da lahko kolo zapeljem na rampo, da že prej naredi red, ko pridem.

Imela sem vnete dlesni, zdravnik me ni poslušal in je delal protetiko, potem sem imela težave z dihanjem.

M

Šla sem na inštitut, ker je težko priti do službe. Pol leta hodim na poklicno rehabilitacijo, bolje bi bilo, da bi šla na borzo in iskala preko borze. Šla sem na inštitut preko zdravnice. Očitno hočejo iz nas narediti invalide, da bomo celo življenje ožigosani, da ne moremo delati.

T

Naredil sem živilsko. Na borzi je mama rekla, da ne morem delati. Do 2007 se je mama razkurla, me odjavila v MB za stalno prebivališče in me prijavila na vikend. Čez dva meseca sem bil na zavodu za rehabilitacijo. Na mojo prošnjo in mamino, v Bistrici pa so to naredili takoj. Najraje bil šel delat redno. Imam drugo kategorijo invalidnosti. Čutim, da sem zmožen delati 8 ur.

Popoldan sme, utrujena. Sama si kuham, grem nekaj pojest.

Kolega se je preselil v Hrastovec. Jaz tudi razmišljam, da bom enkrat šel v Hrastovec. Ali bom zmoغل doma v svojem stanovanju. Želim živeti svobodno.

M: Meni se zdi najboljše biti v stanovanjski skupnosti. Stanovanje ne bi mogla finančno plačevati. Če bi imela 400€ bi že razmišljala o stanovanju. Nebi si morala ogrevati. Lažje za preživeti.

B: Moral bi menjati terapijo, pa psihiatrinja tega ne sprejema, dve leto že prosim.

Skupnostna psihiatrična obravnava mi je v oporo – hodim v skupino na 14 dni k sestri Mariji, kjer se zbirajo ljudje, ki so imeli težave z alkoholom. 2 krat na mesec grem tudi na depo. Pokaže mi terapevtka kaj naj naredim in z veliko prisilo to naredim. Je uspešno, me pa preveč izčrpava. Vključen sem v DC Šent na glasbeno terapijo. Sedaj hodim redkeje. Imam telefonsko številko sester iz skupnostne obravnave, če je hudo lahko pokličem.

T: pred 8 leti sem zgubil babico in sem vse ljudi odklopil od mene. Nisem niti se z mamo pogovarjal. Zaprl sem se v sebe. To da sem šel ven na sprehod z mamo, z mamo sem šel v Tunis in s tem me je ven potegnila.

V: Imam tel št., da vem koga naj pokličem, imam soc. delavko, ko jo rabim. Imam za vsako stvar nekoga, ko vem, da mi lahko pomaga. Ko potrebujem zdravnika pokličem njega.

T: Če imam stisko se lahko obrnem na starega očeta.

Poznam človeka, ki je sam doma, vse mu vozijo domov, zaprt je v sobo. Če bi bil na Koroškem, bi bil v neki osamljeni sobici. Bil bi preskrbljen, vendar nebi bilo nič od mene.

Sem iz Mb, ko sem bila v Poljčanah sem imel pomoč od sosede. Hodil sem na kosilo k sosedi, vedno me je vabila na kosilo, večerjo, zajtrk in me je poslušala.

Bivalna enota je prehodna. Po 2 letih je bil sestanek in je bil interes, da se postaviš na noge in greš naprej. Kuhali smo sami, nismo plačevali položnic, ostali smo sami delali. V Hrastovcu ji ni bilo treba videti trgovine, da nima skrbi, da nima dela.

Narediti katalog opravil, ki bi jih lahko vzajemno opravljali-časovno banko, kaj bi lahko vi nudili komu drugemu, in kaj/kje bi želeli, da vam kdo pomaga.

T: Za svojih dopolnjenih 30 let imam življenjskih izkušenj za 40 let. Glede kaj sem dal skozi. Računalnik obvladam, začel sem na Commodore. Nekoč sem v mamini službi rešil določeno matematično uganko s katero so se drugi zaposleni ukvarjali. Pripravljen sem na cel dan pomagat človeku, da ga naučim osnov računalniku. Težava pri inštruktorjih je, da ne povejo ljudem bistva npr. kako je računalnik sestavljen, kaj je, ampak gredo na uporabo.

Z: Imam željo, da bi se naučila nekaj o računalnikih. V DC imamo težavo ker nimamo usposobljenih ljudi, ki bi pripravili delavnico. Ni nikogar za računalništvo, trening

asertivnosti, kjer sem sama šibka. To je povezano s stroški, ki jih je večinoma težko pokriti tudi znotraj organizacije. Saj uporabniki povemo, samo potem ni financ. Za tečaj terapevtskega pisanja sem šla v Ljubljano. Glede težav s stroški, mobitelom sem si sama kriva, pri zdravnici pa ne.

S: Bi vam pomagalo, da bi se s tem s kom posvetovali, da vas ne bi izkoristili

T: greš do enega odvetnika, s katerim se posvetuješ in poveš, da nimaš dohodkov in te lahko dajo za osebni stečaj. V teh dveh letih ne rabiš dat nič, potem se pa ti dolгови odpišejo, ker gospa ne more delati in nima toliko dohodkov, da bi dosegla normo 560 evrov. Jaz sem na socialni vključenosti in dobim socialno, ko bo moj otrok po moji smrti moral vračati. Zakaj moram jaz če podedujem hišo, to hišo prodat, da lahko dobim socialno. Moja kolegica, ki je živel v Ljubljani, so jo prisilili, da je prodala hišo in šla v najemniško stanovanje.

S: V to vas ne morejo prisiliti. Tudi če prodate vem nekaj stanovanja ostane za nakup manjšega stanovanja in nek delež za stroške. Če je dvo-stanovanjska hiša lahko predlagajo za oddajo drugega dela hiše, ki ga vi ne uporabljati.

T: Jaz ko mamino podedujem, hiše ne bom oddajal. Foter je hotel vikend prepisati na mene, samo jaz tega nečem, da bi mi to sociala vzela. Pustim vam te napisane točke, ki smo jih skupaj s kolegi na Šentu, glede problematike s socialno vključenostjo.

2. VSAKDANJA RUTINA - Zbujanje - Potek dneva ,pomoč pri urniku - Organiziranje dnevnih aktivnosti – šport, hobiji, počitek... - Konec dneva, priprave na spanje	UP1→ Težave imam že v začetku dneva, da se vstanem, cel dan bi poležaval. Nebi šel niti na wc niti po kozarec vode. Prisilim se, da grem na avtobus. Zjutraj si pripravim kavico in cigaret, K meni pride delovna terapevtka. Svetuje mi, kaj naj naredim v roku enega tedna. Naredimo si urnik, delati bi si moral zapiske. S terapevtko se pogovarjava ker pride enkrat na teden k meni. UP4→ Zjutraj se s partnerko zbudi. Pojeva zajtrk, greva malo na internet. Potem greva na	UP1→ Z delavno terapevtko naredita načrt za en teden, 1x na teden pride k njemu UP4→ Vsakdan preživlja s partnerko UP6→Želi, da bi jo kdo spremljal skozi mesec	Pri načrtovanju vsakdanje rutine enemu izmed uporabnikov pomaga delovna terapevtka, s katero 1x tedensko naredita plan, en uporabnik pa je izrazil željo po pomoči nekoga, ki bi ga spremljal skozi mesec.
--	---	--	---

	Šent. Potem se zmeniva, da greva na kosilo. Včasih greva ven jest 1-2-3 krat na teden si privoščiva. UP6→ Želela bi, da bi kdo o meni imel evidenco in bi me vsak mesec poklical in vprašal kako sem. Če bi videl, da me na telefon ni, bi me obiskal še doma.		
3. PREKINITVE IN OKREPITVE DEJAVNOSTI g) Opuščanje zdravil h) Priprava zdravil, razdeljevanje zdravil i) Opominjanje na jemanje zdravil j) Krizne situacije (poslabšanje, izboljšanje zdravja) k) Stranski učinki zdravil l) Bolnica	UP1→ Vključen sem v skupnostno obravnavo na psihiatriji. Problem je v zdravlilih, ki jih dobivam. UP1→ Ta zdravila jemljem že 26 let in zdravila jemljem redno. V redu mi je, da si sam pripravim zdravila, ker mi vzame pol ure, potem pa mi to pogleda sestra. UP2→ Za tablete sam skrbim, nastavim si škatlice in jih redno jemljem UP3→ Decembra 2009, do februarja 2010 sem imel krizo in sem hodil na dnevni hospital. Ko sem imel krizo potem rabim pri vsem pomoč. Potem me mora nekdo res poznati, da ga spustim k sebi, da potrebujem nekoga da gre v trgovino. je prišlo, da je bilo res hudo. Sedaj se mi zdi da sem v redu. Sedaj z zdravili sem na nuli, da nimam padcev. Prej sem imel strah pred ljudmi, zdaj mi je pa čudno če sva eden ali dva. Šent mi zelo pomaga. UP4→ Preživel sem največjo krizo in sedaj nimam več zdravil. Vse noči sem se zbujal moker, ker	UP1→Vidi problem v zdravlilih, ki jih dobiva, jemlje jih redno, pripravi si jih sam, sestra naredi pregled. UP2→Za tablete sam skrbim. UP3→Ko je imel krizo je hodil na dnevni hospital. Ko ima krizo potrebuje pomoč in ob sebi nekoga, ki ga dobro pozna. Pomaga mu Šent UP4→ Ne jemlje zdravil, odkar ni več v krizi UP6→ Ima etape čustvenih težav. V Ozari se je počutila kot v bolnici, vendar jo je organizirano življenje postavilo na noge.	Dva uporabnika sama skrbita za zdravila, enemu izmed njih jih preveri še sestra, eden uporabnik ne jemlje zdravil. Eden je povedal, da ob krizi potrebuje nekoga, ki mu stoji ob strani in ga dobro pozna. Pomaga mu tudi to, da je vključen v Šent. Enemu prav tako pri organizaciji pomaga to, da je vključen v Ozaro.

	sem videl očeta kako me posiljuje. Takrat sem tablete potreboval. UP6→ Imam etape čustvenih težav, čisto okamenim. V ozari je bilo toliko ljudi (4 punce), da sem se počutila kot v bolnici. Imaš, da ko svojo sobo pospraviš, pospraviš celo stanovanje. To me je postavilo na noge, tako organizirano življenje. To mi je pomagalo iz faze ven, da mi je organiziralo življenje.		
4. GOSPODINJSKA OPRAVILA g) Skrb za oblačila (likanje, pranje) h) Nakupovanje oblačil i) Nakupovanje hrane j) Proces prehranjevanja: priprava obrokov, kuhanje, pomivanje posode k) Urejenost in vzdrževanje stanovanja: (pospravljanje, čiščenje, večje čistilne akcije npr. čiščenje oken, pospravljanje kleti) l) Urejanje vrta, okolice	UP1→ Kuham si tudi sam, ampak trenutno grem k staršem po kosilo. Likam si ne, si pa sam urejam stvari. UP2→ Na Ozari sem kak meni paše, grem domov in si skuham kosilo. Doma počistim, porihtam, opere mi perilo stroj. Gledam tv, sem na računalniku. Pomaga mi prijateljica pri kuhanju, čiščenju oken. Prijateljica je kuharica in ji povem, ko so kateri recepti stari. Pomaga mi pri kuhanju, vseh mi je da skupaj delava. UP3→ Ko pridem domov imam že vse skuhano, ker je punca brez dela. Vse sem si znal sam naredit. UP4→ S partnerko se en dan naprej zmeniva, kdaj bo kaj kateri naredil in to storiva. UP5→ Pri meni je bila ena punca, ki mi je spucala celo stanovanje, ker je bilo v katastrofalnem	UP1→ Si zna kuhati sam, trenutno hodi k staršem po kosilo UP2→ Si sam skuha kosilo (ob pomoči prijateljice), počisti UP3→ Skuha mu partnerka UP4→ Se pri gospodinjskih opravilih dogovarjata s partnerko, kdo bo kaj naredil UP5→ Mu je ena punca počistila stanovanje, ker je imel velik nered. UP6→ Zna si kuhati, mama ji pomaga pri nekaterih opravilih	Štirje uporabniki si znajo sami kuhati, eden izmed teh si trenutno po kosilo hodi k staršem, enemu pa pomaga prijateljica. Enemu kuha parterka. Eden izmed uporabnikov je potreboval pomoč pri generalnemu čiščenju stanovanja. Eden pa se dogovarja s partnerko, kdo bo kaj naredil.

	stanju. Vse kaj me je vprašala sem rekel ne vem. UP6→ Kuham si makarone, krompir, riž je lahko kuhati, ampak ni zdrava hrana. Ko pridejo finance najprej daš za račune, ostalo dam za 10 € nekaj na stran. Kadim ne, ostalo si razporedim, da grem po nakup. Ko pridem domov mi mama pomaga, da je doma, da lahko kolo zapeljem na rampo, da že prej naredi red, ko pridem.		
5. VZDRŽEVALNA DELA V STANOVANJU a) Pomoč pri vzdrževanju, potrebna popravila b) Beljenje, opremljanje stanovanj	UP1→ Spodbujajo me k pleskanju, šmirglanju.	UP1→ Dobi spodbudo od drugih, da pleska in šmirgla	Enega uporabnika so spodbujali k pleskanju in šmirglanju.
6. SKRB ZA DRUŽINSKE DOGODKE/OBR EDNE DOGODKE a) Srečanje z družino b) Praznovanje	UP4→ Pred letom in pol sva živela pri mojih starših. Prišlo je do spora z mojim očimom, partnerka mu je oprostila, zato se sedaj še vidimo, ampak nismo tako kot smo bili.	UP4→ Zaradi spora z očimom se ne vidijo pogosto.	En uporabnik se z družino zaradi spora z očimom srečuje poredko.
7. VZGOJA OTROK a) Skrb za otroke b) Pomoč pri novorojenčkih	/	/	/
8. OBVLADOVANJE PROSTORA- PREVOZ a) Pomoč pri organizaciji prevoza	UP4→. Imam težavo, če je več kot 20 ljudi, mi zaštekta. Ne morem se premakniti, imam občutek, da je okoli mene zelo ozko. Če je manj ljudi teh težav nimam. Čez mesto lahko grem,	UP4→ Če je okoli njega več ljudi, se ne počuti dobro, razen mame in punce ostale ljudi izključi.	En uporabnik se počuti nelagodno, če je okoli njega več ljudi, druge ljudi, razen mame in punce, izklopi.

b) Občasni prevozi c) Dnevni prevozi (npr. v dnevne centre, službo ...) d) Pomoč pri selitvi e) Sprehod f) Izhodi	tudi če je festival Lent na Folkart, ker se skoncentriram kar je na odru. Mam in punco še vklopim, ostale pa izključim, kot da ostalih ni.		
9. OPRAVKI a) Urejanje statusa in uporabnikovih pravic (denar, izpolnjevanje vlog, obrazcev, pridobitev dokumentov, seznanitev uporabnikov z njihovimi pravicami) b) Stik z institucijami (naročanje, telefonski klici) c) Urejanje financ: plačevanje položnic d) Pomoč pri razdelitvi denarja čez mesec e) Organizirane oblike vključevanja, npr. dnevni centri, skupine za samopomoč f) Šolanje g) Nadzor	UP1→ Včasih grem v Šent. Izogibam se Šenta, ker sem nejevolen in brez energije nočem biti tam, ker bi na druge slabo vplival. UP1→ Za urejanje enkratne denarne pomoči sem prosil Majo UP1→ Skupnostna psihiatrična obravnava mi je v oporo – hodim v skupino na 14 dni k sestri Mojci, kjer se zbirajo ljudje, ki so imeli težave z alkoholom. 2 krat na mesec grem tudi na depo. Vključen sem v DC Šent na glasbeno terapijo. Sedaj hodim redkeje. Imam telefonsko številko sester iz skupnostne obravnave, če je hudo lahko pokličem. UP2→ Na Ozari mi pomagajo od ponedeljka do petka, če potrebujem kaj administrativnega mi pomagajo na Ozari, da kaj zrihtam. UP2→ Imam tel št., da vem koga naj pokličem, imam soc. delavko, ko jo rabim. Imam za vsako stvar nekoga, ko vem, da mi	UP1→ Stik s Šentom UP1→ Potreboval je pomoč pri urejanju enkratne denarne pomoči UP1→ Stik z skupnostno psihiatrično obravnavo, hodi v skupino. UP2→ Vključen na Ozaro, pomagajo mu tudi pri administraciji UP2→ Stik s socialno delavko, ko jo rabi, ve koga lahko pokliče, ko kaj potrebuje UP3→ Punca mu je v oporo, ga razume, vključen v Šent. UP3→ Potrebuje nekoga, da ga spremlja po opravkih, drugače ne gre nikamor UP3→ Ko je prišel z bolnice, bi potreboval vsak dan nekoga ob sebi UP4→ Punca mu je v oporo, vključen v Šent, želi si več informiranosti pri	Dva uporabnika sta vključena v Šent eden izmed teh še v skupnostno psihiatrično obravnavo, dva v Ozaro (enemu pomagajo mu tudi pri administraciji). Uporabnik, ki je vključen na Ozaro ima stik tudi s socialno delavko, ki mu pomaga. Dvema uporabnikoma sta v oporo tudi partnerici. Uporabniki so izrazili željo (3), da potrebujejo nekoga, ki bi jih spremljal po opravkih. Eden si želi, da bi mu pomagali pri iskanju dela, pri spremstvu k zdravniku, Potreboval bi nekoga za pomoč pri urejanju raznih zadev, ker je neslišana (pravna pomoč, pomoč na občini, pri urejanju stanovanja), spremstvo, zastopništvo.

	lahko pomaga. Ko potrebujem zdravnika pokličem njega. UP3→ Punca me razume s težavami, psihično je bolj stabilna. Ko me vidi kak sem in me razume mi pove, da še rabim čas zase. Dopoldne sem imel Šent, popoldan nisem imel kaj početi. Sem se veliko družil. Se družimo s temi, ki smo na Šentu v socialni vključenosti. UP3→ Hudič je zafunkcioniral, ko prideš iz bolnice. Če gre nekdo z mano grem kam, če ne, ne grem nikamor. Rabim neko oporo. Ne priporočam, da bi kdo sam živel, ker samota je najhujša. Ko sem prišel iz bolnice, bi potreboval vsak dan, da bi nekdo prišel k meni. 14 dni nisem upal poklicati niti na inštitut. UP4→ Ona (punca) razume mene, ko imam kaj in jaz njo. Oba sva v socialni vključenosti na Šentu. Želeli bi večjo informiranost pri socialni vključenosti – ko rehabilitiramo, da bi dobili tudi kakšno zaščiteno vključenost ali redno zaposlitev. Moti me, da nimamo priznane nobene delovne dobe. Želel bi tudi, da se lahko ko sem socialno vključen še izobražujem. Ker sem socialno vključen bi rad delal prekvalifikacijo. Če imam stisko se lahko obrnem na starega očeta. UP4→ Potrebovali bi večjo	socialni vključenosti (moti ga, ker nima na Šentu priznane nobene delovne dobe), v stiski se lahko obrne na starega očeta, potreboval bi večjo socialno oporo. UP6→ Potrebuje pomoč pri iskanju dela, vključena v dnevni center Ozara. Potrebovala bi nekoga, ki bi šel z njo k zdravniku, ker ji zdravnik ne verjame več. Potrebovala bi nekoga za pomoč pri urejanju raznih zadev, ker je neslišana (pravna pomoč, pomoč na občini, pri urejanju stanovanja), spremstvo, zastopništvo.	
--	--	--	--

	socialno podporo. Siti smo prelaganja, ker se nekaj obljublja, potem pa se prestavlja. Tega smo siti. Ko imamo bolniško in dopust ni plačano. Vse pravice, ki izhajajo iz delovnega razmerja manjkajo. UP6→ Potrebovali bi pomoč pri iskanju dela vsaj za 4-6 ur dnevno, redne zaposlitve za polovični čas. Sem brezposelna oseba in sem želela iti na zaposlitveni inštitut. Imam status nezaposljive osebe, po kategoriji iz 3 kategoriji. Hodim v dnevni center Ozare, so mi pomagali do vloge na Ozari. V bivalni skupini Ozare ne moreš ostati če nimaš prihodka. Če imaš socialno podporo potem si lahko noter, ti še nekaj ostane. Potrebovala bi nekoga, ki bi šel z mano k zdravniku, ker mi ne verjame več zdravnica. Mene so čustva odnesla. Imam atake dihanja, padem v nezavest, imam trikrat kontrolo in vzroka ne najdejo. Ker ni vzroka ni bolezni, ni terapije. Rečejo da sem zdrava. UP6→Ko sem bila v slabi fazi, ko sem šla na občino in sem potrkala in nisem slišala da so kaj rekli. Po eni uri je bila malica, po pol ure je en rekel, da je bil naročen. Potrebovala sem 7 tednov, da si urejam stvari. Urejanje zadev je bila katastrofa. V tem času bi potrebovala nekoga, ki bi šel z mano. Jaz sem si dva dni urejala neke stvari, potem sem imela vse pripravljeno in sem hotela da gre		
--	---	--	--

	z mano, je mentorica rekla, da ne rabim pomoči, da je nočem, da sem tiho, da ne govorim. UP6→. Rabila bi pravno pomoč, da bi mi znala napisati vlogo za zamenjavo stanovanja, neprofitnega. Imam zdravstvene razloge in denarne. Opravljane pri uradnih institucijah, spremstvo, zastopništvo.		
10. ZADOVOLJSTVO Z ŽIVLJENJEM	UP1→ Nimam volje do življenja, nimam energije in imam depresijo. UP6→ Rada sem sama, v mojem življenju ni nikogar blizu. Sama se vlečim po tem svetu skozi, ko je treba z glavo skozi zid, sem prva skozi zid.	UP1→Nima volje do življenja UP6→Rada je sama, da ni nikogar blizu, velikokrat gre z glavo skozi zid.	Eden uporabnik nima volje do življenja, drug pa je rad sam.
11. DENAR	UP1→ Sem prejemnik denarne pomoči. UP3→ Dajem tudi za izredne pomoči, da si lažje pomagam. Imam pa tudi nekaj denarja iz socialne vključenosti. UP4→ Imava 120€ stroškov za telefon in internet. Želel sem vzeti manjši paket, vendar ne morem, ker sem se za 2 leti zavezal. Pomagam preko interneta urejati računalnike. Prej sva imela potne stroške do Poljčan, sedaj imava do Maribora. Pri socialni podpori dava ven denar za telefon. Dobivama s partnerko 380€ in nekaj imava nagrade.	UP1→ Prejema denarno pomoč UP3→ Prejema izredno denarno pomoč in denar iz socialne vključenosti UP4→Prejema socialno podporo UP6→ Prejema nadomestilo iz ZPIZA	Štirje uporabniki so povedali, da prejemajo razne oblike denarne pomoči

	UP6→ Imam nadomestilo iz ZPIZA – 350 € imam, na Staninvestu so mi odpisali račun, ker bom dobila terjatev v vsakem primeru.		
12. HOBI	UP2→ Mene zanima zdravo življenje, kuhanje in to. Berem dosti knjig o kuhanju in receptih. UP6→ Imam željo, da bi se naučila nekaj o računalnikih. V DC imamo težavo ker nimamo usposobljenih ljudi, ki bi pripravili delavnico. Ni nikogar za računalništvo, trening asertivnosti, kjer sem sama šibka. To je povezano s stroški, ki jih je večinoma težko pokriti tudi znotraj organizacije. Saj uporabniki povemo, samo potem ni financ.	UP2→ Zanima ga zdravo življenje UP6→ Rada bi se naučila nekaj o računalnikih, v DC niso imeli o tem delavnic	Enega zanima zdravo življenje, drug bi se rad naučil delati na računalnik.

10.6. PRIMER ZAPISA DELAVNICE

TEMA: KRIZA

DATUM: 11.05.2012

KRAJ: Narodni dom Maribor

SODELUJOČI: Jana Kupec (moderatorica), socialna delavka iz UKC MB, prostovoljka, psihiatrinja, socialna delavka iz Celja (področje poklicne rehabilitacije)

1. KLJUČNE UGOTOVITVE

1.1. Hitra hospitalizacija

Kriza se pojavi zaradi različnih stresnih situacij ali opuščanja zdravila. Takrat se pogosto sledi hitra hospitalizacija uporabnika. To se zgodi predvsem zaradi povečevanja stiske, saj uporabnik nima na voljo zadostne podpore ali hitro odzivnega kriznega tima.

1.2. Stigmatizacija uporabnika in osveščanje širše javnosti

Uporabnika se stigmatizira zaradi krize ter ravnanja v času krize, ki je lahko drugačno od njegove vsakodnevne rutine ali pa ga okolica prepozna kot družbeno nekonformno. Z osveščanjem javnosti tudi otrok in mladostnikov in svojcev lahko zmanjšamo stigmatizacijo uporabnikov oz stigmatizacijo težav v duševnem zdravju.

1.3. Nevednost svojcev v krizi

Svojci ne vedo kako naj reagirajo v kriznem času oz. ob poslabšanju zdravstvenega stanja uporabnikov. Pogosto niso opremljeni z znanjem zakaj, kako je do krize prišlo in kako naj svojemu družinskemu članu učinkovito pomagajo, kakšno podporo potrebuje, kam se lahko obrnejo po pomoč uporabniku in njim samim.

1.4. Dostopnost pomoči v času krize

Uporabniki in svojci pogosto razen bolnišnice ne vedo kam se lahko obrnejo po pomoč. Tako se pogosto obrnejo na dežurno psihiatrično službo, ki dela vse dni (24/7). Kljub temu bi lahko nekatere težave rešili že s telefonskim klicem, obiskom zdravnika, strokovnega delavca, prostovoljca na domu, kjer bi bil uporabniku v pomoč

in podporo ali uporabniku omogočili dostop do drugih oblik pomoči tudi med vikendi, prazniki, popoldne in ponoči.

1.5. Stalno sodelovanje z istim izbranim zdravnikom ali drugo znano osebo

Uporabniki, želijo sodelovanja z istim zdravnikom, dlje časa, saj jih menjave ali odsotnost zdravnika spravljajo v negotov položaj, ker ne vedo, kdo jih bo sprejel, če novemu zdravniku lahko zaupajo, če se bo dovolj zavzel za njih. Enako velja za druge delavce in prostovoljce. Ti naj bodo uporabniku že poznani.

1.6. Krepitev socialne mreže

S krepitevijo socialne mreže uporabnik širi krog ljudi, ki mu lahko v času krize nudijo pomoč in podporo. To je lahko formalna mreža pomoči (zdravniki, socialni delavci, različne nevladne organizacije) ali neformalna socialna mreža (svojci, prijatelji, sosedje, sodelavci). S krepitevijo socialne mreže tudi zmanjšamo stigmatizacijo, osamljenost, izolacijo ter krepimo vključenost v skupnost.

1.7. Povezanost med strokovnimi službami

S povezanostjo strokovnih služb med seboj in z nevladnimi organizacijami lahko hitreje organiziramo pomoč in podporo za uporabnika v krizi. S sodelovanjem širimo formalno mrežo pomoči uporabniku, se hitreje obveščamo, reagiramo, ne podvajamo in izpuščamo podpore. Deloven naloge lahko razdelimo med več akterjev in se izognemo utrujenosti, izgorelosti.

1.8. Spodbuda

Spodbuda je ključna za aktiviranje uporabnika samega, svojcev neformalne in formalne mreže pomoči. Tako lahko okrepimo sodelovanje.

2. PREDLAGANE INTERVENCIJE

2.1. Hitra hospitalizacija

Hospitalizaciji se lahko izognemo z:

- Z nasveti kako zmanjšati stisko ali rešiti stresno situacijo;
- učenjem soočanja s stresnimi situacijami (npr. uporabnik ve koga naj pokliče, kdo mu lahko nudi določeno obliko pomoči). To lahko naredimo z delavnicami, učenjem uporabnika o ravnanju v krizi, varnostnimi načrti, treningi asertivnosti;
- rednim jemanjem zdravil.

2.2. Stigmatizacija uporabnika in osveščanje širše javnosti

Stigmatizacijo uporabnikov v času krize lahko zmanjšamo z:

- Ozaveščanjem svojcev in širše javnosti
- Z prostori, kamor lahko nameni po pomoč ali se umakne ob preživljanju krize (krizna hiša, varna točka)
- S preventivno ozaveščanjem javnosti preko medijev, različnih dogodkov (delavnice, dnevi prostovoljstva, Lent, športne prireditve, olipijade)

2.3. Nevednost svojcev v krizi

Za boljšo opremljenost svojcev za ravnanje v krizi:

- Izobraževanje o težavah v duševnem zdravju (delavnice, razgovor z zdravnikom, strokovnim delavcem);
- Navodilih ravnanja v krizi (napisana, naučena);
- Podporo svojcem, saj so v času krize tudi oni v stresu, utrujeni in izčrpani (zamenjave, pogovor, široka socialna mreža).

2.4. Dostopnost pomoči v času krize

Službe pomoči bi morale biti na voljo ves čas:

- Vsak dan dopoldne, popoldne in ponoči, vikendi, prazniki;
- Vedno dostopna telefonska številka (dežurna);
- Vedno dosegljiva elektronska pošta (dežurna, za mlade);
- Obiski na domu strokovnih delavcev (zdravnik, socialna delavka, patronažna sestra).

2.5. Stalno sodelovanje z istim izbranim zdravnikom ali drugo znano osebo

Uporabniku zagotoviti sodelovanje z znano osebo z:

- Rednimi kontakt z izbranim stalnim strokovnim delavcem (zdravnik, socialna delavka);
- Srečanje s prostovoljcem v času pred krizo, da se seznani in po potrebi redno srečujeta.

2.6. Krepitev socialne mreže

Uporabnik širi socialno mrežo:

- S vključitvijo v programe zdravstvene ali socialne mreže (ambulantno zdravljenje pri izbranem zdravniku, vključitev v koordinacijo obravnave v skupnosti);

- S vključitvijo v dnevne centre, programe, društva nevladnih organizacij (samopomočne skupine, dnevni centri, socialna vključenost);
- Vključevanje v prostočasne aktivnosti (športni klubi, hobiji);
- Redno vzdrževanje stikov s svojci, prijatelji ali sodelavci (srečanja, obiski, izhodi).

2.7. Povezanost med strokovnimi službami

Službe lahko povežemo s :

- S koordinacijo različnih služb in organizaciji (koordinacija obravnave v skupnosti);
- Rednimi tiskimi srečanji, sestanki;
- Redni telefonski stik;
- Srečanja na neformalni ravni med službami, uporabniki in širšo javnostjo (razstave, pikniki, dnevi prostovoljcev, športne igre);
- Izobraževanje delavcev različnih služb (seminar, konferenca).

2.8. Spodbuda

Sodelovanje med različnimi ljudmi, organizacijami spodbujamo s:

- Povabili k sodelovanju;
- Predstavitvami, prireditvami, delavnicami na neformalni in formalni ravni;
- Pogovori;
- Sestanki;
- Zgledom.

3. NJIHOVA RELAVANTNOST

3.1. Hitra hospitalizacija

- Uporabnik se nauči ravnanja v stresni situaciji, kar mu krepi samozavest;
- Uporabnik z osvojitvijo tega znanja skrajša časa ali intenziteto krize;
- Manjši stroški hospitalizacije (krajše, manjše število).

3.2. Stigmatizacija uporabnika in osveščanje širše javnosti

- Ozaveščanjem svojcev in širše javnosti zmanjšuje stigmo, večja toleranco v družbi;
- Uporabnik se počuti bolj sprejetega, vključenega, enakopravnega.

3.3. Nevednost svojcev v krizi

- Svojci in njihova podpora so za uporabnika zelo pomembni, saj mu dajejo varnost i zaupanj.

3.4. Dostopnost pomoči v času krize

- Hitra odzivnost, pripomore k hitrejšemu reševanju krizne situacije;
- Kriza traja manj časa, je manj intenzivna;
- Uporabniki se počutijo bolj varno imajo večje zaupanje v službe;
- Nižji stroški zdravljenja, obravnave.

3.5. Stalno sodelovanje z istim izbranim zdravnikom ali drugo znano osebo

- Večje zaupanje, kar spodbudi sodelovanje
- Večji občutek varnosti

3.6. Krepitev socialne mreže

- Več ljudi, ki lahko nudijo podporo in pomoč;
- Podpora in pomoč je kontinuirana in brez prekinitev.

3.7. Povezanost med strokovnimi službami

- Hitrejša odzivnost služb;
- Večja kadrovska pokritost pomoči in podpore;
- Večja časovna in prostorska pokritost pomoči in podpore
- Transparentnost pomoči in podpore.

3.8. Spodbuda

- Večja učinkovitost pomoči in podpore (kontinuirana, poglobljena, široka, dolgotrajneša).

4. IZVEDLJIVOST

4.1. Hitra hospitalizacija

Vsi predlogi so izvedljivi.

4.2. Stigmatizacija uporabnika in osveščanje širše javnosti

Vsi predlogi so izvedljivi.

4.3. Nevednost svojcev v krizi

Vsi predlogi so izvedljivi.

4.4. Dostopnost pomoči v času krize

Vsi predlogi so izvedljivi.

4.5. Stalno sodelovanje z istim izbranim zdravnikom ali drugo znano osebo

Vsi predlogi so izvedljivi.

4.6. Krepitev socialne mreže

Vsi predlogi so izvedljivi.

4.7. Povezanost med strokovnimi službami

Vsi predlogi so izvedljivi.

4.8. Spodbuda

Vsi predlogi so izvedljivi.

5. SREDSTVA

5.1. Hitra hospitalizacija

Sredstva za prostovoljce, izvedbo izobraževanj, delavnic

5.2. Stigmatizacija uporabnika in osveščanje širše javnosti

Sredstva za oglaševanje, medijsko kampanjo

Sredstva za organizacijo in koordiniranje prireditev

Sredstva za prostor za preživljanje krize, varno točko

5.3. Nevednost svojcev v krizi

Sredstva za izobraževanje svojcev

Dovolj strokovnih delavcev za pogovor

5.4. Dostopnost pomoči v času krize

Sredstva za kadrovske pokritost služb in širitev delovnega časa

Sredstva za prostorsko pokritost (teren)

5.5. Stalno sodelovanje z istim izbranim zdravnikom ali drugo znano osebo

Zagotoviti stalno redno zaposlene strokovne delavce

Redna velika baza prostovoljcev – pridobivanje prostovoljcev

5.6. Krepitev socialne mreže

Ni potrebnih posebnih sredstev, razen občasnega nadomestila za prevoz

5.7. Povezanost med strokovnimi službami

Ni potrebno posebnih sredstev, razen reorganizacije dela

5.8. Spodbuda

Finančna sredstva za pisarniški material

6. UČINKOVITOST

- 6.1. Hitra hospitalizacija
- 6.2. Stigmatizacija uporabnika in osveščanje širše javnosti
- 6.3. Nevednost svojcev v krizi
- 6.4. Dostopnost pomoči v času krize
- 6.5. Stalno sodelovanje z istim izbranim zdravnikom ali drugo znano osebo
- 6.6. Krepitev socialne mreže
- 6.7. Povezanost med strokovnimi službami
- 6.8. Spodbuda

7. OVIRE

- 7.1. Hitra hospitalizacija
 - Premalo časa za pogovor
 - Premalo strokovnih delavcev in prostovoljcev
 - Nesodelovanje uporabnika
- 7.2. Stigmatizacija uporabnika in osveščanje širše javnosti
 - Ozaveščanje javnosti o težavah v duševnem zdravju je obrobna tema v sedanjih družbeno-ekonomskih razmerah.
 - Težave v duševnem zdravju se velik tabu, zato se o njim malo govori in piše.
- 7.3. Nevednost svojcev v krizi
 - Ne sodelovanje svojcev
- 7.4. Dostopnost pomoči v času krize
 - Premalo kadrovskih zmogljivosti in premalo sredstev za zaposlene
- 7.5. Stalno sodelovanje z istim izbranim zdravnikom ali drugo znano osebo
 - Kadrovske menjave v strokovnih službah tudi zaradi pomanjkanja sredstev za zaposlene
- 7.6. Krepitev socialne mreže
 - Velika stigmatizacija uporabnikov s težavami v duševnem zdravju
- 7.7. Povezanost med strokovnimi službami
 - Prevelika strokovna konkurenca in boj za pomembnost
- 7.8. Spodbuda
 - Ni ovir

8. PRIORITETE

8.1. Hitra hospitalizacija

- Naučiti uporabnika spoprijemanja s stresnimi situacijami
- Naučiti uporabniki rednega jemanja zdravil

8.2. Stigmatizacija uporabnika in osveščanje širše javnosti

- Osveščanje o težavah v duševnem zdravju v medijih

8.3. Nevednost svojcev v krizi

- Osveščanje in izobraževanje svojcev
- Razbremenitev svojcev

8.4. Dostopnost pomoči v času krize

- Zagotoviti 24/7 dežurni telefon
- Narediti bazo prostovoljcev

8.5. Stalno sodelovanje z istim izbranim zdravnikom ali drugo znano osebo

- Izbrati stalnega zdravnika

8.6. Krepitev socialne mreže

- Srečevanje in druženje z izbranim prostovoljcem
- Imeti osebnega zdravnika, psihiatra
- Imeti redne stike s svojci in prijatelji

8.7. Povezanost med strokovnimi službami

- Imeti redne timske sestanke
- Biti v rednih telefonskih stikih

8.8. Spodbuda

- Pogovarjati se z uporabnikom