PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: **Maja Pišljar**

Naslov diplomske naloge: **Primer partnerske uporabniške organizacije na Švedskem**

Mentorici: **doc. dr. Nina Mešl in as. dr. Petra Videmšek**

Kraj: Ljubljana

Leto: 2014

Št. strani: 90 Št. tabel: 2 Št. slik: 0 Št. zgledov: 0

Št. prilog: 3 Št. virov: 38 Št. bibl. opomb: 0

Deskriptorji: dezinstitucionalizacija, uporabniška gibanja, antipsihiatrično gibanje, uporabniške organizacije, partnerski model

Povzetek: Primere uporabniških organizacij najdemo na področju duševnega zdravja, zlorabe drog, hendikepa itd. Najdemo jih v vedno več državah, med seboj pa se razlikujejo tudi glede na različne vladne politike in prakse na tem področju. Da lažje razumemo nastanek, razvoj in delovanje uporabniških organizacij, moramo upoštevati sisteme socialnega varstva, spremembe na področju duševnega zdravja in hendikepa v zadnjih 30-50 letih, uporabniška gibanja ter proces dezinstitucionalizacije. Ena izmed uporabniških organizacij je RSMH, ki je z 10000 uporabniki največja uporabniška organizacija na Švedskem. Ustanovljena je bila v 70-ih letih 20. stoletja s strani bivših uporabnikov psihiatrije. Del organizacije je drop-in center Karnhuset, ki ima svoje prostore na severovzhodu Švedske, v kraju Umea. V raziskovalnem delu raziščem delovanje, financiranje, upravljanje in dejavnosti drop-in centra ter vpliv in participacijo uporabnikov.

Title: Case of the partnership user organization from Sweden

Descriptors: deinstitutionalisation, user movements, anti-psychiatry movement, user organisation, partnership model

Summary: The fields of mental health, drug abuse, disability and numerous others offer many examples of user organisations. These organisations are present in an ever increasing number of countries, and differ among themselves also in regard to the governement policies and practice in this domain. In order to better understand the origin, development and functioning of user organisations, the social assistance systems, the changes in the field of mental health and disability in the last 30 to 50 years, user movements, and the process of deinstitutionalisation need to be taken into consideration. One example of user organisations is the Swedish RSMH, which is with its 10 000 users the biggest user organisation in the country. It was established in the 1920s by former users of psychiatry. A part of the organisation represents the drop-in centre Karnhuset, which has its facilities in the city of Umea, north-east Sweden. In the practical section of my thesis the focus will be on the functioning, funding, and governance of the drop-in center and on its activities, as well as on the influence and participation of users.

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

DIPLOMSKA NALOGA

Primer partnerske uporabniške organizacije na Švedskem

Mentorica: doc. dr. Nina Mešl

Somentorica: as. dr. Petra Videmšek

Avtorica: Maja Pišljar

Ljubljana 2014

PREDGOVOR

V 2. semestru študijskega leta 2011/12 sem imela priložnost nabirati praktične izkušnje v drop-in centru Karnhuset, ki je del večje uporabniške organizacije ljudi s težavami v duševnem zdravju na Švedskem. To je bil hkrati tudi moj prvi stik z ljudmi z izkušnjo duševne bolezni, ki pa se je tekom zadnjih dveh let študija poglobil in razširil zanimanje o duševnih boleznih in skupnostnih službah na tem področju. Iz radovednosti sem nato opravljala prakso še v drugih skupnostnih službah na področju duševnega zdravja v Sloveniji, kjer sem pridobila drugačne, a vseeno zelo dragocene izkušnje. Misli so se mi kasneje vedno znova vračale na izkušnjo iz Švedske, kjer sem, po mojem mnenju, izkusila primer dobre prakse in odločila sem se, da se za potrebe diplomske naloge vrnem nazaj in naredim študijo primera uporabniške organizacije. Za študijo sem se odločila, ker želim bolje spoznati sámo delovanje organizacije in vpliv uporabnikov, v okviru magistrske pa lahko naredim primerjavo med švedskimi in slovenskimi uporabniškimi organizacijami.

Nastanek in razvoj uporabniških organizacij povezujemo z obdobjem intenzivnega aktivizma uporabniških gibanj, v mojem primeru predvsem antipsihiatričnega gibanja, ki je bil povod za procese dezinstitucionalizacije in vzpostavljanje duševnega zdravja v skupnosti. V 50. in 60. letih prejšnjega stoletja so uporabniška gibanja vzpostavila tudi različne skupine in organizacije za vzajemno pomoč en drugemu. Opozarjale so na prisilno in nehumano naravo psihiatričnega zdravljenja in zahtevale so večjo participacijo pri odločanju o službah, ki jih uporabljajo. Ena izmed teh organizacij za vzajemno pomoč je tudi RSMH, ki je s 10000 uporabniki največja uporabniška organizacija na Švedskem. Del organizacije je drop-in center Karnhuset, ki se nahaja v kraju Umea na Švedskem. V svoji diplomski nalogi sem naredila študijo drop-in centra, kjer sem v prvem delu podrobneje raziskala samo organizacijo, njeno delovanje, dejavnosti, financiranje itn., v drugem delu pa raziskala vpliv in participacijo uporabnikov.

ZAHVALA

… vsem, ki ste mi kakorkoli pomagali pri nastajanju diplome, me opogumljali in mi stali ob strani;

… somentorici as. dr. Petri Videmšek, ki me je že med tekom študija spodbujala k nabiranju študijskih, praktičnih in življenjskih izkušenj v tujini, med samim nastajanjem diplomskega dela pa bila v veliko pomoč in oporo;

… Andersu Erikssonu, dobremu prijatelju in čudovitemu mentorju, ki mi je bil vedno na voljo in brez katerega te naloge ne bi bilo;

… bratu in lektorju Maticu, ki je nalogo pregledal in popravil vse moje slovnične spodrsljaje;

… ter vsem uporabnikom drop-in centra Karnhuset, ki so me vedno znova sprejeli medse in delili svoje zgodbe z mano.

KAZALO VSEBINE

1. TEORETIČNI UVOD 7
1.1. DEZINSTITUCIONALIZACIJA 8
1.2. PROCES, KI SE JE ODVIJAL NA ŠVEDSKEM 11
1.3. DRUŽBENA GIBANJA 15
1.3.1. Antipsihiatrično gibanje 16
1.4. UPORABNIŠKA ORGANIZACIJA 18
1.4.1. Sodelovanje s strokovnjaki 19
1.4.2. Vprašanje moči in neenakosti 20
1.4.3. Razlike med uporabniško vodenimi in neuporabniško vodenimi organizacijami 21
1.4.4. Cilji in dejavnosti uporabniških organizacij 22
1.4.5. Normalizacija 25
1.4.6. Družbeno vrednotene vloge 27
1.4.7. Krepitev moči 29
1.4.7.1. Zagovorništvo 32
1.5. UPORABNIŠKA ORGANIZACIJA RSMH, ŠVEDSKA 34
2. PROBLEM 38
2.1. OPREDELITEV SPLOŠNEGA OKVIRJA PROBLEMA 38
2.2. RAZISKOVALNA VPRAŠANJA 39
3. METODOLOGIJA 40
3.1. VRSTA RAZISKAVE 40
3.2. MERSKI INSTRUMENT IN VIRI PODATKOV 40
3.3. POPULACIJA IN VZOREC 41
3.4. ZBIRANJE IN UREJANJE PODATKOV 42
3.5. OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV 43
4. REZULTATI 46
4.1. OPIS DROP-IN CENTRA KARNHUSET 46
4.1.1. Splošni podatki o drop-in centru Karnhuset 46
4.1.2. Lokacija in stavba 47
4.1.3. Število uporabnikov/zaposlenih in njihove naloge 49
4.1.4. Glavne dejavnosti 50

4.1.5. Financiranje in sodelovanje z drugimi ustanovami 50
4.2. PARTNERSKA UPORABNIŠKA ORGANIZACIJA 52
4.2.1. Možnost resničnih izbir in participacija uporabnikov 52
4.2.2. Odnosi 54
4.2.3. Krepitev moči 55
4.2.4. Normalizacija 56
5. RAZPRAVA 58
6. SKLEPI 63
7. PREDLOGI 65
8. VIRI 66
9. PRILOGE 70
10. POVZETEK 88

SEZNAM TABEL

Tabela 3.1. Primer – število enote kodiranja in pripisani pojmi 43
Tabela 3.2. Primer kategoriziranja pojmov 44

1. TEORETIČNI UVOD

Diplomsko nalogo začenjam s procesom, ki je močno povezan z uporabniškimi organizacijami – dezinstitucionalizacijo. Uporabniki so bili namreč eni izmed tistih, ki so v 60-ih letih prejšnjega stoletja opozarjali na nehumanost psihiatričnih bolnišnic ter s svojo kritiko sprožili procese zapiranja in reorganiziranja totalnih ustanov. Brez uporabniških gibanj in organizacij dezinstitucionalizacije ne bi bilo, prav tako pa se uporabniške organizacije verjetno ne bi razširile v takem obsegu, če proces dezinstitucionalizacije in posledično nastajanje skupnostnih služb ne bi potekalo tako intenzivno. Delo nadaljujem s poglavjem, ki podrobno opiše procese, ki so se dogajali na Švedskem, saj bomo tako lažje razumeli delovanje uporabniške organizacije, ki sem jo raziskovala. Sledi opis uporabniških gibanj, ki so vzpostavila različne skupine in organizacije za vzajemno pomoč en drugemu, opozarjale so na prisilno in nehumano naravo psihiatričnega zdravljenja ter zahtevale večjo participacijo pri odločanju o službah, ki jih uporabljajo. Iz njih so nastale so uporabniške organizacije, katerim nato posvetim novo poglavje. Opišem značilnost uporabniških organizacij, kako se razlikujejo od tistih, ki so strokovno vodene, njihovo sodelovanje s strokovnjaki, razmerja moči itn. Zadnji dve poglavji posvetim socialnodelavskim konceptom, ki so prisotni v vsakdanu uporabniških organizacijah ter kratkemu opisu največje organizacije uporabnikov na Švedskem, RSMH, ki ima po celotni državi ustanovljene drop-in centre. V enem izmed teh centrov sem tudi sama nabirala praktične izkušnje in kasneje tam izvedla svojo študijo primera.

1.1. DEZINSTITUCIONALIZACIJA

Koncept dezinstitucionalizacije je vzniknil iz kritike življenja v instituciji, ki je bilo na Zahodu od 18. stoletja naprej prevladujoča rešitev družbe za ljudi z različnimi ovirami. Takratna prevladujoča filozofija (Dencker: 1992:3) je trdila, da je za ljudi s težavami v duševnem zdravju zdravo, da so oddaljeni od mest, v naravnem okolju, ki jim nudi priložnosti za aktivnosti in delo v naravi. Življenje v psihiatrični bolnišnici naj bi bilo čim bolj podobno življenju izven ustanove – psihiatrična bolnišnica naj bi bila pomanjšana podoba skupnosti.

Tudi Ramon (2003:211) opisuje, da je takrat prevladovalo mnenje, da bodo institucije revnim in obubožanim ponudile zavetje, oskrbo in zatočišče pred težkim življenjem, hkrati pa se bodo ti naučili družbeno sprejemljivega obnašanja. Nadaljuje pa z opisovanjem značilnosti institucij:

- velika pasivnost varovancev
- odsotnost priložnosti za normalno življenje, za stike varovancev z drugimi ljudmi, in od tod prikrajšanost za učne izkušnje, ki so potrebne za razvoj njihovih spretnosti,
- razvrednotenje in ponotranjenje nizke samozavesti pri uporabnikih,
- poraja zlorabe tako pri osebju kot pri varovancih,
- stigmatizacija tistih, za katere velja, da niso zmožni živeti med nami ostalimi.

Kritik na temo totalnih ustanov je bilo torej veliko, zato je bilo samo vprašanje časa, kdaj se bo proces dezinstitucionalizacije začel in razširil. Ramon opiše proces kot preseganje institucij, njihovo odpravo ter na usposabljanje hendikepiranih ljudi za življenje v skupnosti (Ramon 2003: 211).

Izraz deinstitucionalizacija povezujemo z odpravo velikih represivnih ustanov in hkrati opisujemo družbeni premik iz azila v skupnost, trend zmanjševanja bolnišnic in časa preživetega v njih ter družbeno gibanje, ki je aktivno prispevalo k tem premiku. Z deinstitucionalizacijo označujemo družbene okoliščine, ki so prispevale k odpravi totalnih ustanov in iskanju skupnostnih alternativ. Poteka na različnih ravneh, v njej pa se prepletajo procesi ekonomske, politične in strokovne narave. Postavimo lahko dva mejnika, ki zaznamujeta proces deinstutucionalizacije.

- radikalno zmanjševanje bolnišničnih in zavodskih kapacitet
- spremenjena zakonodaja, ki odpravlja bolnišnice kot temeljno obliko pomoči ljudem v duševni stiski (Flaker 1998: 175).

Flaker (1998: 158-170) razlaga, da se je vprašanje deinstitucionalizacije in zapiranja postavljalo že ob nastajanju psihiatrije, kjer so razpravljali o možnosti skupnostnih služb, namenjenim osebam, ki imajo težave v duševnem zdravju. Razpravljali so o možnosti za duševno skrb v skupnosti, torej o možnostih brez zapiranja. Psihiatrija je postala prva veja medicine, ki se je ukvarjala s socialnimi problemi. S tem je bila v nasprotju z znanstveno medicino, ki je iskala odgovore na vprašanja zdravja v fiziologiji. Odlika sistema je bila predvsem v tem, da je ustrezala vsakdanjemu pojmovanju norosti. Medicinska indeksacija mu je dala videz znanstvenosti. Zaradi tega je psihiatrija kot stroka čedalje bolj zapolnjevala mesto, ki ga ima znanost ob ukvarjanju z družbenimi problemi. Glavni namen psihiatrije je bil uveljaviti gospostvo predvsem s tem, da ga angažira v javni higieni in pravni medicini.

Avtor nadaljuje, da je prvo veliko družbeno potrditev psihiatrija dobila po prvi svetovni vojni in nato kasneje v drugi svetovni vojni s pojavom psihoanalize kot metode zdravljenja vojaških travm. Psihoanaliza je postala rešitev za vse vrste ljudskih težav, Freudova dela prodajne uspešnice, psihiatri pa glavni komentatorji političnih in kulturnih dogodkov ter razlagalci nove etike vsakdanjega življenja. Bolnišnice so medtem ostajale polne kroničnih bolnikov, ki jih niso uspeli pozdraviti. Psihopatologizacija vsakdanjega življenja je vnesla paranojo pred norostjo, vsak prestopek pa je postal znamenje norosti.

Druga svetovna vojna ni pripeljala zgolj do močnega ugleda psihiatrije, ampak je spodbudila začetek procesa dezinstitucionalizacije. Kritike življenja v instituciji so se namreč začele z vojaki, ki so zaradi vojnih izkušenj trpeli zaradi posttravmatske stresne motnje. Pri spremljanju usode teh vojakov so se pojavile ugotovitve, da je kvaliteta institucionalnega življenja zelo slaba in da institucije nikakor ne delujejo kot zatočišča. Vrh tega je šlo za mlade vojake, ki so še pred kratkim živeli aktivno življenje, zato si je bilo lažje predstavljati, da niso zgolj prejemniki pomoči, temveč da živijo aktivno še naprej (Ramon 2003: 211).

Dencker (1992) dodaja, da so poleg zgornjega razloga, proces dezinstitucionalizacije sprožili še drugi faktorji. Eden izmed glavnih je po njenem mnenju razvoj nevroleptikov in antidepresivov v psihofarmakologiji. V 50-tih letih 20. stoletja so ugotovili, da lahko s temi

zdravili skrajšajo bolnišnično zdravljenje na obdobje mesecev, in ne več let. Drugi pomemben razlog pa je, po mnenju avtorice, razširjeno znanje o pomenu podpornega okolja in delovne terapije kot metoda rehabilitacije. Ti razlogi so pomembno zaznamovali pogled na bolezni in težave v duševnem zdravju- bolezni niso bile več videne kot neozdravljive. To spoznanje je vodilo do uvida, da so ljudje s težavami v duševnem zdravju sposobni živeti v svojem okolju, v skupnostnih službah, kratkotrajna hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici pa se zahteva samo v primeru, ko je človek v akutnem stanju.

Tudi Videmšek (2013) piše o tem, da je poleg kritike institucionalizacije, na razvoj skupnostnih služb vplival še razvoj novih antipsihotikov, ki so vplivali na to, da so lahko ljudje bolnišnico zapustili ob predpostavki, da jemljejo zdravila in imajo zagotovljeno podporo v domačem okolju.

Kljub temu pa Flaker (1998: 171) opozarja na to, da so zdravila nedvomno eden izmed najbolj razglašenih vidikov modernizacije psihiatrije in njene delne deinstitucionalizacije. Pogosto so navedena kot vzrok, na drugi strani so predmet kritike in jih imenujejo kot kemične prisilne jopiče. Zdravila so nekako omogočila odpiranje vrat, ker so vklenila norost v glavi.

Če torej povzamemo, vidimo, da se je dezinstitucionalizacija v večini evropskih držav začela po drugi svetovni vojni. Videmšek (2011) natančneje dodaja, da se je začela intenzivneje pojavljati v Združenih državah Amerike po šestdesetih letih, v Italiji konec šestdesetih let, v Angliji v osemdesetih letih, v Sloveniji konec osemdesetih let prejšnjega stoletja. Vsem državam je skupno: prestrukturiranje obstoječih zmogljivosti, zagotavljanje večje kakovosti življenja za ljudi, ki potrebujejo podporo, udejanjanje pravic uporabnikov s poudarkom na individualizaciji, prepoznavanje državljanskih pravic posameznika in povečanje vpliva uporabnikov.

1.2. PROCES, KI SE JE ODVIJAL NA ŠVEDSKEM

Pred letom 1750 na Švedskem ni bilo posebnih ustanov za ljudi s težavami v duševnem zdravju. Skupaj z revnimi, starimi, sirotami, hendikepiranimi so za njih skrbeli v 42 azilih po vsej državi. Po letu 1750 so stare, revne in sirote premestili v bližino krajev, od kjer so prihajali, ljudi s somatskimi boleznimi pa so namestili v splošne bolnišnice. Tisti, ki so ostali v azilih, so bili ljudje s težavami v duševnem zdravju in ljudje, ki so imeli epileptične napade. Leta 1774 je prišlo do odločitve, da se te ustanove združi v večje azile, z namenom lažjega nadzorovanja in administracije. Šele kasneje so se začele razvijati prave psihiatrične bolnišnice (Dencker 1992).

Švedske psihiatrične bolnišnice so se tako kot v večini zahodnoevropskih držav, začele ustanavljati v začetku 19. stoletja. Prvi dve sta bili na pobudo švedskega parlamenta ustanovljeni v Vastendi in Danvinkenu, kraju blizu Stockholma. Gradili so jih izven mest, daleč od ljudi, saj je bilo moralno korektno, da se ljudi s težavami v duševnem zdravju skrije pred družbo. Šlo naj bi za tako imenovano obojestransko korist, saj je bila družba zavarovana pred "norci", le-ti pa so bili na varnem pred neprimernimi zunanjimi vplivi (Högberg 2010).

Takratno stanje v švedskih psihiatričnih bolnišnicah je bilo slabo. Qvarsel (po Högberg 2010:3) opisuje, da je bila oskrba ljudi pomanjkljiva, sobe so bile prepolne, zdravnikov je bilo premalo, zdravstveno osebje pa ni bilo primerno usposobljeno. Nadaljuje s tem, da so bile bolnišnice samozadostne. Eden izmed razlogov je bil delno socialno-ekonomski, drugi pa ta, da sta okupacija in aktivno življenje bolnikov pripomogli k njihovi večji umirjenosti. Zato je takrat veliko ljudi vrtnarilo, kmetovalo, poskrbelo za manjša popravila v okolici bolnišnice, itd. Zanimivo je dejstvo, da so bile te aktivnosti vodene s strani uporabnikov samih (*ibid.*) Kljub temu, pa te aktivnosti niso obstajale zaradi zdravljenja in rehabilitacije, ampak je bil to najlažji način, da so dnevi v bolnišnicah minevali hitro in tiho.

Manjša nasprotovanja v zvezi z velikimi psihiatričnimi bolnišnicami so se pojavila že v tem času, okrog leta 1860, vendar pa je bilo institucionalno zdravljenje na Švedskem močno prisotno vse do 60-ih let 20. stoletja. Med tem časom je številka postelj znotraj bolnišnic narasla od 971 do 33.752 (Högberg 2010: 4).

Prve zametke poseganja v skupnost in opozarjanja na težave, s katerimi se soočajo ljudje v psihiatričnih bolnišnicah, pa lahko zasledimo tekom 50-ih let v Stockholmu, ko se začnejo poskusno odpirati društva (social clubs). Na pobudo Švedskega združenja za duševno zdravje (Sfpt-Svenska foreningen for psykisk halsa) so bivši uporabniki psihiatričnih storitev začeli voditi različne aktivnosti, ki so bile predvsem antipsihiatrične narave. Na začetku 60-ih let se pojavijo še poskusi reorganizacije takratnih bolnišničnih oddelkov, kamor so ljudje zjutraj prihajali na druženje, popoldne pa odhajali v svoje domove. Ti projekti so na žalost zamrli in so se ponovno pojavili šele 20 let kasneje (Hansson 1993: 51).

Do 60-ih let je število pacientov v psihiatričnih bolnišnicah tako naraslo, da v njih pravzaprav ni bilo več prostora za nove ljudi. To dejstvo je pritegnilo pozornost države, ki je ocenila takratno stanje v psihiatričnih bolnišnicah in ugotovila, da so potrebne spremembe. Povečali so finančne investicije, in kar je najpoglavitnejše, združili so psihiatrijo z ostalim zdravstvenim sistemom (Hansson 1993: 52). 23 psihiatričnih bolnišnic s približno 20.000 posteljami je tako leta 1967 prišlo izpod skrbi države v oskrbo občin z namenom zmanjšanja števila postelj v psihiatričnih bolnišnicah in razširitve psihiatričnih oddelkov v splošnih bolnišnicah (Jansson 2005: 12).

V 70-ih letih 20. stoletja je dezisntitucionalizacija končno dobila zagon, ustanavljati so se začele prve stanovanjske skupnosti. Bullow (po Högberg 2010) se sicer sprašuje, če lahko v tem primeru govorimo o pravi dezinstitucionalizaciji, saj pojmuje stanovanjske skupine kot male institucije, v katerih je število ljudi od zaprtja psihiatričnih bolnišnic pravzaprav zelo naraslo. Avtorja Lamb in Bachrach (2001) pa zgornjo trditev podpreta, saj smatrata, da se "prava" dezinstitucionalizacija pojavi v treh korakih. Ti naj bi se zgodili tudi na Švedskem:

1. Pacienti zapustijo psihiatrične bolnišnice.
2. Pacientom se vstop v psihiatrične bolnišnice prepreči in se jih preusmeri v ambulante.
3. Razvoj skupnostnih služb, ki sodelujejo skupaj s psihiatričnimi ambulantami.

Na začetku 80-ih let je psihiatrija pritisnila na socialne službe, da prevzamejo del odgovornosti za ljudi, ki so zapustili psihiatrične bolnišnice. Država je bila nato tista, ki je prevzela organizacijske zadeve v svoje roke. Med letom 1984 in 1987 je bilo v okviru lokalnih centrov za socialno delo odprtih kar nekaj dnevnih centrov za ljudi s težavami v duševnem zdravju, kljub temu pa je bilo sodelovanje med socialnimi službami in psihiatrijo

slabo. Sčasoma so socialne službe prevzele celotno skrb v skupnosti in dnevni centri so začeli nastajali po celotni državi. Poleg razvoja le-teh se je začela oblikovati tudi pomoč na domu. Pomočnika je tako leta 1992 imelo 20-30 % uporabnikov, ki so živeli doma (Hansson 1993: 54).

Porazdelitev denarja med različne depriviligirane skupine je socialne službe prisililo, da so začele rangirati skupine po njihovih potrebah, zato je postalo zagovorništvo in samozagovorništvo ljudi s težavami v duševnem zdravju zelo pomembno. Vendar pa so bila uporabniška gibanja do takrat zelo slabo razvita, zato so bili glasovi ljudi s težavami v duševnem zdravju neslišni. Leta 1993 je sicer bilo nekaj dnevnih centrov, ki so nastali s strani Nacionalnega združenja za socialno in duševno zdravje (RSMH), vendar jih je bilo premalo za potrebe ljudi. Razvijati se je začela tudi uporabniška organizacija, ki je nastala na pobudo staršev, čigar otroci so imeli diagnozo psihoze. Poleg tega pa so delovali še predstavniki gibanja Fountai House, ki so v poznih 80-ih letih ustanovili nekaj hiš za ljudi s težavami v duševnem zdravju (Hansson 1993).

Skupnostne službe na področju duševnega zdravja postanejo alternativa velikim psihiatričnim bolnišnicam. Högberg (2010: 4) opisuje, da so bili holističen pogled, lahka dostopnost, neinstitucionalna oskrba, participacija in preventivni ukrepi glavno vodilo pri delovanju teh služb, s katerim so hoteli doseči, da ljudje s težavami v duševnem zdravju dobijo ustrezno podporo, tako pred, med in po potencialnem zdravljenju v psihiatričnih ambulantah. Eden izmed poglavitnih ciljev pa je bil spremeniti in izboljšati psihiatrično zdravljenje na sploh.

Kljub zaprtju psihiatričnih bolnišnic in odprtju manjših oddelkov v splošnih bolnišnicah v 70-ih letih ter razvoju skupnostnih služb na področju duševnega zdravja so na Švedskem ugotovili, da so ljudje s težavami v duševnem zdravju v primerjavi z drugimi marginaliziranimi skupinami še vedno zelo slabo integrirani v družbo. Poročilo komiteja psihiatrične nege (Jansson 2005: 12) je opozorilo na to, da imajo ljudje z različnimi gibalnimi ovirami boljšo kvaliteto življenja v primerjavi z ljudmi, ki imajo težave v duševnem zdravju. To pomeni, da so življenjske razmere teh ljudi pravzaprav veliko pod povprečjem življenjskih razmer večinske populacije. Zdravstvene potrebe ljudi so bile sicer zadovoljene, odkrili pa so veliko drugih potreb, ki pri ljudeh s težavami v duševnem zdravju niso bile primerno zadovoljene, predvsem bivanje in socialna integracija ljudi. Poročilo komiteja psihiatrične nega je pokazalo tudi na naraščanje umrljivosti ljudi, ki so se zdravili v psihiatrični

bolnišnicah, iz česar so ugotovili, da je bil proces dezinstitucionalizacije nepopoln in slabo organiziran. Bilo je razvidno, da Švedska potrebuje spremembe na tem področju.

Švedski parlament je leta 1995 izvedel veliko psihiatrično reformo (Mental health care reform), katere cilj je bil zagotoviti boljšo podporo ljudem s težavami v duševnem zdravju, da bi lahko čim bolj aktivno sodelovali v javni sferi pod enakimi pogoji kot vsi ostali. Preko povečanja participacije, boljše zdravstvene in socialne pomoči bi se tako z reformo izboljšali njihovi življenjski pogoji, kar bi ljudi opomočilo, da postanejo aktivni oblikovalci socialnega življenja, iz katerega so bili do tedaj izključeni. (Högberg 2010)

Cilj reforme je po Cullbergu (po Högberg 2010: 7) bil in je še vedno ta, da bi ljudje s težavami v duševnem zdravju končno zaživeli v svojih domovih in bi zraven imeli dostop do smiselnih dnevnih aktivnost. Tisti, ki bi za svoje življenje potrebovali dodatno pomoč, bi dobili osebno asistenco, tisti pa, ki bi potrebovali več skrbi in podpore, pa bi živeli v stanovanjskih skupinah. Skozi leta se cilji reforme na Švedskem počasi uresničujejo.

Ko torej govorimo o dezinstitucionalizaciji na Švedskem, govorimo o zaprtju velikih psihiatričnih bolnišnic, pojavu manjših psihiatričnih ambulant ter razvoj skupnostnih služb. Kot sem že izpostavila, imajo velik vpliv na zgoraj omejene spremembe prav bivši uporabniki psihiatrije, ki so prvi posegli v skupnost ter opozorili na težave, s katerimi se soočajo ljudje v psihiatričnih bolnišnicah. S svojim aktivizmom v obliki družbenih gibanj so bili gonilna sila na področju dezinstitucionalizacije.

1.3. DRUŽBENA GIBANJA

Leskovšek (2013: 101) opisuje gibanja kot nekaj, kar ima svoje značilnosti in načine delovanja, s katerimi se razlikuje od drugih oblik javnega delovanja, kot so politične stranke, nevladne organizacije, skupnostne pobude itn. So politična, delujejo na način kolektivnih akcij zunaj institucionalnih državnih struktur, sposobna pa so mobilizirati velike množice. Med seboj se razlikujejo po načinu organiziranosti, vodenju, delovanju, namenu, ciljih, trajnosti in končnih rezultatih.

Avtorica (*ibid.*) nadaljuje, da so družbena gibanja fluidna tvorba s številnimi pojavnimi oblikami, zato so večinoma opredeljena zelo ohlapno. Obstaja dogovor o osnovnem namenu gibanj, in sicer gre za organiziran poskus pomembnega števila ljudi, da spremenijo določen vidik družbe ali družbo v celoti. Največji poudarek pa je na aktivizmu pri doseganju ciljev. Gre za kolektivno dejanje, da bi ustvarili in zagovarjali skupni interes ali branili skupni cilj s kolektivno akcijo in zunaj sfere vzpostavljenih institucij. Delujejo zunaj regularnih političnih kanalov družbe, vendar pa lahko, kot interesne skupine, posežejo globoko na področje moči.

Družbena gibanja so nastala kot povezovalni člen med procesi družbenega spreminjanja na mikro- in makroravni. Na mikroravni so vplivala na spreminjanje tematik, kot sta nasilje nad ženskami in zatiranje, podpirala spremembe v družbeni zavesti in politični kulturi posameznikov in skupin v javni sferi ter spodbujala vključevanje izključenih in šibkih ljudi v govor o njih samih. Na makroravni pa so vplivala na širjenje novih družbenih vrednot ter prekinjala družbeni molk. S svojim aktivizmom, vplivanjem na zakonodajne spremembe in medijskim poročanjem so tako brez dvoma vplivale na družbene spremembe (Videmšek 2013: 131).

Na področju socialnega dela so družbena gibanja prinesla ogromno sprememb. Tako se je z njimi socialno delo začelo odmikati od tradicionalnih metod, kjer je prevladovala diktatura strukture nad posameznikom in so bile pravice uporabnikov podrejene interesom institucije (Videmšek 2013: 135). Eksplicitno ali implicitno vsa uporabniška gibanja razkrivajo in kritizirajo medicinski model obravnave. To je model, ki ljudi individualizira, v njih išče napake, rešitve vidi v popravljanju in prilagajanju posameznikov, prezre kontekst, zanemarja vzroke strukturne izključenosti itn (Zorn in Leskošek, 2013: 97). Tak odnos so družbena gibanja zavračala ter v svojem aktivizmu na novo oblikovala definicijo socialnega problema z

vidika ljudi z osebno izkušnjo. Izpostavila so, da problem ni v posameznem hendikepu, temveč v družbi, ki se ni sposobna odzvati na potrebe posameznika. To je sprožilo razvoj inovativnih metod in pristopov socialnega dela – individualno načrtovanje samostojnega življenja, zagovorništvo, osebna asistenca, asertivnost ipd. Za te pristope je značilno, da udeleženci v procesu postajajo najpomembnejši akterji. Sodelovanje med strokovnim delavcem in uporabnikom pa temelji na soudeleženosti in soustvarjanju rešitev (Videmšek 2013: 135).

1.3.1. Antipsihiatrično gibanje

Prva antipsihiatrična združenja so ustanovili na Švedskem in Norveškem leta 1960, pozneje so se razvila v Združenih državah Amerike, na Nizozemskem in v Angliji v sedemdesetih letih, v Sloveniji pa še desetletje kasneje (Videmšek, 2012). Na njihov razvoj so najprej vplivali posamezniki z osebnimi izkušnjami, ki so povedali svojo osebno zgodbo in odkrito spregovorili o izkušnji z boleznijo, o nehumanih načinih zdravljenja v institucijah ter o nasilju, ki so ga tam doživljali.

Po Flakerju (1998: 178) lahko začetke antipsihiatričnega gibanja povežemo z Johnom Parcevalom, ki je z naporom ušel iz psihiatrične bolnišnice ter potem uspešno tožil vse tiste, ki so ga spravili tja in tiste, ki so ga imeli zaprtega. O svoji izkušnji je napisal dve knjigi ter ustanovil Društvo prijateljev domnevnih blaznežev. Obiskoval je posameznike v bolnišnicah ter se zavzemal za njihove pravice in boljše življenjske razmere. Njegovo delo bi lahko danes poimenovali skupnostna skrb. Parcevalovo zgodbo so psihiatrične bolnišnice zatrle, saj še niso bile zrele za sprejemanje takega načina pomoči, ki nima v sebi nič medicinskega.

Pol stoletja kasneje je Clifford Beers preživel težko obdobje v psihiatrični bolnišnici. Da bi našel načine, kako bi presegel blodnje, ki so ga spremljale od takrat, je napisal knjigo ter ustanovil Gibanje za mentalno higieno, ki se je bojevalo proti nasilju v bolnicah in izobraževalo ljudi o duševni bolezni. Psihiatrija se je na kritike odzvala z defenzivo, ignoriranjem in tako, da je kritiko vključevala v modernizacijo psihiatrije (Flaker 1998: 179).

Vse od takrat, še posebej po drugi svetovni vojni, so se kritike pojavljale v javnosti in razgaljale bedo totalnih psihiatričnih ustanov. Kljub temu pa takrat ne moremo govoriti o

nekem avtonomnem gibanju. Šele v šestdesetih letih dvajsetega stoletja se pojavijo kolektivne akcije in povečanje uporabniških gibanj. Antipsihiatrija je postavila zahteve, ki odpravljajo tradicionalno prakso: odprava azila, preoblikovanje odnosa moči med strokovnjaki in uporabniki, spremenjena obravnava ljudi s težavami v duševnem zdravju iz medicinske v socialno in fenomeloško ter družbeno prevrednotenje norosti (Flaker 1998: 181).

V tem obdobju so tudi nastajala dela Goffmana (1961) in Foucaulta (1967), ki sta razvijala svojo kritiko psihiatrije in institucij za duševno zdravje. Antipsihiatrično gibanje je spodbudilo nastanek številnih uporabniških skupin, saj je egalitarna naravnanost antipsihiatričnega gibanja omogočila uveljavljanje uporabnikov (Videmšek 2011: 28).

Antipsihiatrična gibanja, ki so sprožala in vzpodbujala proces dezinstitucionalizacije, zaprtje velikih psihiatričnih bolnišnic in vzpostavljanje skupnostnih služb, so tudi vzpostavila različne skupine in organizacije za vzajemno pomoč en drugemu. Opozarjale so na prisilno in nehumano naravo psihiatričnega zdravljenja in zahtevale so večjo participacijo pri odločanju o službah, ki jih uporabljajo. Nastale so uporabniške organizacije.

1.4. UPORABNIŠKA ORGANIZACIJA

Sodobno uporabniško gibanje se je začelo v šestdesetih letih dvajsetega stoletja in se v zadnjem času zelo spremenilo. Iz majhnih, slabo organiziranih in pretežno radikalnih skupin so nastajale večje, s skrbno izdelanimi ideologijami in cilji. Večina uporabniških organizacij, z izjemo Italije, se nahaja v severnemu delu Evrope, po svetu pa v angleško govorečih državah. Večina organizacij je srednje velikih, vključujejo med 100 do 3000 uporabnikov, izjeme se najdejo na Švedskem, kjer imajo organizacije tudi okrog 10.000 članov oz. na Poljskem, kjer najdemo zelo majhne organizacije, z okrog 45 člani (Lamovec 1997: 206).

Po Lamovec (*ibid.*) lahko uporabniško organizacijo opredelimo kot skupino oseb, ki jih druži psihiatrična zgodovina in ki si sama zastavlja lastne cilje in strategije ter sprejema vse pomembne odločitve. Nekatere so ustanovljene s strani strokovnjakov, vendar jih lahko še vedno kličemo uporabniške, dokler vse pomembne odločitve sprejemajo uporabniki.

Naslednja definicija po Munn-Giddings (v Borkman in Karlsson, 2004) je malo bolj obsežna, in sicer lahko uporabniške organizacije definiramo kot organizacije, vodene za in s strani uporabnikov, ki so lahko formalne, neformalne, ter tudi vodene s strani strokovnjakov, imajo pa 7 skupnih elementov, ki vključujejo: (1) Ljudi s podobnimi boleznimi, stanji in statusi, ki se srečujejo, fizično ali pa virtualno, (2) prostovoljno in z namenom (3) imeti kontrolo in nadzor nad interakcijami (4) za rešitev ali izboljšanje skupnih problemskih situacij skozi (5) vrednotenje izkustvenega znanja in (6) vzajemne pomoči (7), ki je neplačljiva.

Mosher in Burti (1933: 100) štejeta med značilnosti uporabniških organizacij naslednje:

1. Uporabniki upravljajo z vsemi zadevami, vključno z zaposlovanjem ljudi, njihovim odpuščanjem ter denarnimi obveznostmi.
2. Participacija v organizaciji je prostovoljna in nihče ni brez privolitve poslan nazaj na psihiatrijo.
3. Minimalna hierarhija.
4. Zaposleni so odgovorni članom organizacije, člani kontrolirajo zaposlene.
5. Demedikalizacija in socialni model obravnave.
6. Izobraževanje, ozaveščanje in zagovorništvo.

7. Širjenje informacij o zdravilih, pravicah in možnostih znotraj psihiatričnega in drugih sistemov.
8. Politična akcija.

1.4.1. Sodelovanje s strokovnjaki

Zgornje definicije pokažejo, da uporabniške organizacije ne obstajajo samo za druženje in socializacijo, ampak predstavljajo predvsem skupno reševanje problemov za izboljšanje življenjske situacije, stanja. V njih uporabniki prevzamejo moč in nadzor nad vsemi procesi, ki se dogajajo znotraj organizacije – vključno z zaposlovanjem ljudi in strokovnjakov, financiranjem itn. Ustanovljene in financirane so za proizvajanje storitev svojim članom, mnoge izmed njih v sodelovanju z lokalnimi oblastmi, nekatere med njimi tudi v sodelovanju s psihiatrijo. Nekatere med njimi se takega sodelovanja bojijo, saj so prepričane, da bodo z vmešavanjem strokovnjakov ponovno zatirane.

Večina organizacij si želi od strokovnjakov zgolj tehnične informacije v zvezi zdravili in zdravljenjem, materialno pomoč v smislu pisarn, telefona, pisarniškega materiala, dostopnost ljudi, ki jim lahko pomagajo doseči cilje ter svetovanje pri financiranju organizacij (Mosher 1933: 101)

Prav svetovanje pri financiranju je po mojem mnenju, ključnega pomena, saj so organizacije v veliki stiski, ko morajo zadovoljiti in ustrezati vsem pogojem, ki jih za financiranje zahtevajo vlade. Zaradi teh zahtev so uporabniške organizacije pod velikim pritiskom in se večkrat sprašujejo, če so ljudje dovolj usposobljeni za vodenje, saj običajno nimajo znanja o tem. Tako nekatere organizacije zaposlijo strokovnjaka zgolj na področju financiranja, saj se s tem rešijo velikega bremena.

Glede na stopnjo sodelovanja uporabnikov s strokovnjaki Chamberlin razdeli uporabniške organizacije v tri kategorije:

1. V prvi kategoriji najdemo uporabniške organizacije, ki so totalno antipsihiatrične in zavračajo kakršnokoli sodelovanje s psihiatrijo. Te organizacije na vodilna mesta zelo poredko vključijo ljudi, ki niso uporabniki, svoje aktivnosti pa vidijo kot alternative

sistemov duševnega zdravja. Chamberlin jih poimenuje radikalne skupine, ki sledijo separatističnemu modelu.

2. V drugi kategoriji najdemo skupine, ki so sicer kritične do psihiatrije in sistemov duševnega zdravja, vendar pa z njimi sodelujejo. Med njihovimi člani zasledimo tudi ljudi, ki niso uporabniki, vendar pa uporabniki še vedno zasedajo večina mest ter vodilnih položajev v organizaciji. Te skupine so kritične do psihiatrije, z njo sodelujejo, se jo trudijo izboljšati ter v sodelovanju z njo najdejo koristi. Chamberlin ta model poimenuje podporni model.
3. V tretji kategoriji pa so organizacije, ki s strokovnjaki tesno sodelujejo, jih vključujejo v aktivnosti ter si z njimi delijo vodilna mesta. Psihiatrijo vidijo kot pomemben člen pri pomoči ljudem s težavami v duševnem zdravju, svoje storitve pa kot dopolnilo in ne kot alternativo psihiatričnim storitvam. Ta zadnji model lahko poimenujemo partnerski model (http://akmhcweb.org/docs/selfhelp.pdf).

Zgornje razlage modelov so le eden izmed mnogih načinov razlaganja uporabniških organizacij in njihovega odnosa do strokovnjakov. Toliko kot je organizacij uporabnikov na tem svetu (nekateri pravijo, da okrog 3000), toliko je tudi različnih mnenj in pristopov v odnosu do psihiatrije in sodelovanja s strokovnjaki. Zgornji trije modeli tako niso fiksni, ampak fluidni, kajti včasih se zgodi, da gre zgolj ena uporabniška organizacija skozi vse tri kategorije.

1.4.2. Vprašanje moči in neenakosti

Na tem mestu bi posvetila še nekaj besed o vprašanju moči in enakosti v uporabniških organizacijah. Mosher in Burti (1933) namreč trdita, da obstaja v uporabniških organizacijah minimalna hierarhija oziroma te sploh ni. Lamovec (1997: 210) se strinja, da so nehierarhični odnosi možni, vendar pa samo takrat, ko se ljudje srečujejo zgolj občasno in si tu pa tam izmenjujejo izkušnje. Problem pa se pojavi, ko se skupina odloči za nek projekt oziroma akcijo – takrat je potrebna organizacija in koordinacija, ki sta mogoči le, če ima oseba, ki ju opravlja, nekoliko več moči kot ostali. Če je ne bi imela, je ostali ne bi upoštevali. Lamovec (*ibid.*) piše o tem, da je vprašanje moči v mnogih uporabniških organizacijah tabu, o katerem se ne sme govoriti in ki je pravzaprav razbil že marsikatero organizacijo. Avtorji ameriškega

priročnika za ustanavljanje uporabniških skupin pa pravijo, da še nikoli ni bilo uporabniške organizacije, ki bi vsaj približno dosegla ideal egalitarne, nehierarhične strukture. Zato se sprašujem, zakaj nehiararhičnost najdemo v opredelitvah uporabniških organizacij in se ne soočimo s tem, da hierarhija obstaja tudi med samimi uporabniki v organizaciji in ne zgolj med uporabniki in strokovnjaki.

To, da obstajajo razlike med uporabniki in strokovnjaki ter med samimi uporabniki, vemo. Kakšne pa so razlike med organizacijami, ki so vodene s strani uporabnikov in tistimi, ki so vodene s strani strokovnjakov, bom raziskala v nadaljevanju.

1.4.3. Razlike med uporabniško vodenimi in neuporabniško vodenimi organizacijami

Lamovec (2001) opisuje razlike med uporabniškimi in neuporabniškimi organizacijami. V neuporabniških organizacijah strokovnjaki določajo cilje, prioritete, metode in način dela. Pri tem se včasih posvetujejo z uporabnikom, včasih ne. Željam uporabnikov prisluhnejo, v kolikor ne ogrožajo njihove socialne varnosti in finančnega položaja, in raje izberejo tiste možnosti in dejavnosti, ki jim osebno bolj ustrezajo. V uporabniških organizacijah so uporabniki tisti, ki določajo cilje in prioritete ter odločajo o tem, kdo bo tam zaposlen. Glede metod in načinov dela se posvetujejo s strokovnjaki in sprejmejo tisto, kar njim najbolj ustreza. O načinih dela, prioritetah in metodah se dogovarjajo na sestankih izvršnega odbora in posvetujejo s strokovnjaki iz različnih področjih. Izvršni odbor sestoji izključno iz uporabnikov in uporabnic. Uporabniške organizacije težijo k temu, da k delu pritegnejo čim več uporabnikov. Nadaljuje s pomembno značilnostjo uporabniških organizacij, in sicer z vzajemno pomočjo. Oseba, ki je v dobrem psihičnem stanju, deluje kot prostovoljka in pomaga drugemu. Ta bo pomagal njej, če se jih bo stanje poslabšalo. Na ta način se izvaja vzajemna pomoč, kjer je v danem trenutku lahko nekdo prostovoljec in v naslednjem uporabnik.

V neuporabniških organizacijah uporabniki v odnosu do strokovnjaka običajno ne morejo uveljavljati svoje volje, kar jih vedno znova potisne v podrejeno vlogo bolnika. Nasprotno pa je v uporabniški organizaciji vsakdo odgovoren zase. Nikogar ni, ki bi uporabniku govoril, kaj

je dobro zanj, zato se mu ni potrebno pretvarjati in tajiti svojih želja. Z možnostjo izražanja svojih resničnih misli in občutij ljudem, ki jih jemljejo resno, nastopi prevrednotenje sebe in svojega položaja. Uporabnik sebe v neuporabniški organizaciji vidi kot bolnika oziroma človeka z diagnozo, medtem ko se v uporabniški organizaciji spremeni prav to, da uporabnik na koncu sebe vidi kot nekaj, kar z diagnozo nima nobene veze (Lamovec 1997: 205).

1.4.4. Cilji in dejavnosti uporabniških organizacij

Leta 1991 je bila na Nizozemskem ustanovljena Evropska mreža uporabnikov služb duševnega zdravja (The European Network of Users and Ex-users in Mental Health). Od takrat dalje so organizirali različne konference na Danskem l. 1994, v Angliji l. 1997, ponovno na Danskem l. 2004 ter v Luksemburgu, kjer se je konference udeležilo prek 90 uporabnikov in bivših uporabnikov iz 26 evropskih držav (internetni vir). Lamovec (1997: 207) piše, da so že leta 1992 izpostavili spisek problemov, ki bi jih bilo treba začeti reševati:

- plačano delo,
- pravica do ustreznega bivališča,
- pravica do odškodnine za psihiatrične poškodbe ali nezakonito hospitalizacijo,
- pravica do odločanja o sebi,
- pravica do vseh relevantnih informacij,
- sprememba diskriminatorne zakonodaje,
- neodvisno zagovorništvo,
- pravica do opredelitve in opisa svojega problema ter vpliv na obravnavo,
- pravica do zavrnitve strokovne pomoči ali zdravil,
- sodelovanje uporabnikov pri edukaciji medicinskega osebja,
- odprava medicinskega modela,
- odprava psihiatričnega sistema in izgradnja alternativ,
- državna podpora uporabniškim organizacijam.

Avtorica (*ibid.*) je na takratni konferenci na Danskem zbirala dostopno gradivo o uporabniških organizacijah ter odgovore klasificirala po kategorijah. Prišla je do naslednjih ugotovitev.

CILJI UPORABNIŠKIH ORGANIZACIJ

1. Informiranje javnosti – seznanjanje ljudi s spreminjajočimi se pogledi na duševne motnje, približevanje doživljanja oseb v krizi, prikazovanje tega, kakšna je psihiatrija v resnici, zmanjševanje predsodkov delodajalcev, razložiti alternativne oblike skrbi in vlogo družbe pri reševanju problemov ljudi s težavami v duševnem zdravju.
2. Doseči spremembe v zakonodaji in psihiatriji – odpraviti psihiatrijo, jo reformirati, povečati samoodločanje in participacijo, odpraviti psihiatrično zatiranje, spremeniti zakonodajo v zvezi s prisilno hospitacijo in skrbništvom, doseči enakopravnost pred zakonom itn.
3. Politično delovanje – participacija in načrtovanje služb duševnega zdravja, njihovo spremljanje in evalvacijo, odkrivanje njihovih pomanjkljivosti z moralnega, zgodovinskega in pravnega vidika, opozarjati vlado na razmere, v katerih živijo uporabniki, reprezentacija uporabnikov na vseh ravneh služb mentalnega zdravja, podpora pri ustanavljanju alternativnih oblik pomoči, vplivati na politiko duševnega zdravja, izvajanje pritiska na vlado in prizadevanja prekiniti tabuiziranost norosti. Nekatere organizacije zdravila povsem zavračajo, druge pa so jih pripravljene sprejeti, a le na prostovoljni osnovi.
4. Varstvo pravic uporabnikov – odpraviti prisilno hospitalizacijo, zavarovati uporabnike pred prisilno hospitalizacijo in pred zlorabami institucije, izboljšati njihove socialne razmere in skrbeti za pravice pridržanih. Nekatere organizacije si prizadevajo za popolno odpravo prisilne hospitalizacije, druge za boljše pravno varstvo pridržanih oseb.
5. Izboljšati kvaliteto življenja – spoštljiv odnos do uporabnikov, boljša skrb, možnosti za osebnostno rast, ustvarjalno preživljanje prostega časa itn.
6. Izboljšati delovanje uporabniške organizacije – pospeševanje samozagovorništva, ozaveščanje, informiranje uporabnikov o teh organizacijah, vključevanje samopomoči v vsakdanje življenje, ustvarjati informacijske in konkretne mreže, razvijati uporabniške organizacije na splošno in doseči avtonomijo v odnosu do psihiatričnega sistema.
7. Vplivati na širšo družbo – ustreznejša organiziranost skrbstva, predvsem glede alternativnih oblik, s strani družbe in skrb za uporabnike z dolgoročnimi težavami ter zagotavljanje možnosti za plačano delo.

Lamovec (1997: 208) tukaj dodaja še neposredno pomoč članom, ki se organizacijam mogoče zdi že samoumevna in jo zato niso napisale pod cilje. Nadaljuje pa dejavnostmi:

DEJAVNOSTI UPORABNIŠKIH ORGANIZACIJ

1. Družabnost – najrazličnejši načini preživljanja prostega časa, kjer sta osnovna namena druženja in zabava. Sem spadajo gledanje videa, družabne igre, družabni sestanki in pogovori, glasbene skupine, gledališke skupine, proslave, praznovanja in izleti.
2. Javno nastopanje – dejavnosti, ki so naslovljene na ljudi znotraj uporabniške organizacije in so lahko politične, strokovne, kulturne narave. Npr. sveti uporabnikov, izobraževanje medicinskega osebja, vse vrste informacij, ki so namenjene splošni javnosti, medijska dejavnost, predavanja, konference, predstave, glasila itn.
3. Izobraževanje – splošno izobraževanje, poklicno usposabljanje in tisto, ki je namenjeno učinkovitejšemu premagovanju lastnih problemov. Sem spada učenje jezikov, delo z računalnikom, predavanja, delavnice, seminarji, učenje spretnosti itn.
4. Zagovorništvo – usmerjeno v konkretno pomoč posameznikom, največ v zvezi z nezakonitimi hospitalizacijami in psihiatričnimi zlorabami.
5. Samopomočne skupine, rehabilitacija, svetovanje – različne vrste psihosocialnih pomoči. Samopomočne diskusijske skupine, oblike pomoči, ki naj bi uporabnikom olajšale vrnitev v družbo, različne oblike rehabilitacije, svetovanja, ponekod psihoterapije.
6. Plačano delo – iskanje ustreznih del, raziskave trga delovne sile, dajanje informacij o delih, ki so na voljo, pa tudi iskanje lastnih načinov za zagotavljanje dela.
7. Povezovanje z drugimi uporabniškimi organizacijami.
8. Stanovanjske skupine (*ibid.*).

Pri dejavnostih se pokaže velik poudarek na praktičnih vidikih neposredne pomoči, ki pri ciljih ostaja v ozadju, hkrati pa je tudi veliko število dejavnosti, ki so namenjene širši javnosti. Skratka, uporabniške organizacije niso namenjene samo druženju med uporabniki, ampak po mojem mnenju predvsem krepitvi moči posameznikov. To poteka skozi mnoge načine povezovanja, javnega nastopanja, zagovorništva, plačanega dela itn. Poleg krepitve moči pa najdemo še druge socialnodelavske koncepte, ki so razširjeni znotraj organizacij.

SOCIALNODELAVSKI KONCEPTI V POVEZAVI Z UPORABNIŠKIMI ORGANIZACIJAMI

V zadnjem obdobju se v stroki socialnega dela ustvarjajo teorije, v katerih udeleženci v procesu postajajo najpomembnejši akterji. Osebe z izkušnjami postajajo enakopravnejši strokovnim delavcem, kar je sploh razvidno v uporabniških organizacijah. Nastajajo številni koncepti, kot so normalizacija, družbeno vrednotene vloge ter koncept perspektive moči, ki uporabnike postavljajo v položaj aktivnih ustvarjalcev uporabniških organizacij in skupnostnih služb na splošno (Videmšek, 2013).

1.4.5. Normalizacija

Koncept normalizacije in dezinstiztucionalizacija sta med seboj tesno povezani. Filozofija prehoda iz institucije v skupnost temelji na konceptu normalizacije.

Avtor teorije normalizacije je Wolfensberg, ki je pojem normalizacije teoretsko utemeljeval in ga priredil za praktično rabo. Koncept se je najprej razvil v Skandinaviji ob koncu petdesetih let prejšnjega stoletja, v Severni Ameriki na začetku sedemdesetih let, v Avstraliji in Angliji v osemdesetih letih, v Sloveniji pa ob koncu osemdesetih let (Videmšek 2011).

Flaker (1993) normalizacijo poimenuje kot sredstvo za dva procesa, ki bogatita družbo, in sicer, prvi proces naveže stike in dialog z deviantno in stigmatizirano izkušnjo oziroma stvarnostjo, da vpelje te vsebine kot eno izmed legitimnih možnosti artikulacije posameznih tem. Se pravi, da stigma spregovori. Drugi proces pa je kritično raziskovanje normalnosti. Se pravi, kaj je tisto, kar je do zdaj konstituiralo normalnost.

Lačen (2001: 25) pravi, da cilj normalizacije ni normalizirati ljudi, temveč pogoje njihovega življenja, tako da drugačnost postane vsakdanja, ter izpostavlja, da pri normalizaciji izhajamo iz spoznanja, da normalizacija ne pomeni enakih pravic za vse, saj bi to dejansko pomenilo največjo diskriminacijo.

Kljub temu pa skandinavski model postavlja enake pravice za vse državljane ne glede na vrsto oviranosti ter temelji na uveljavljanju družbenih norm, v Severni Ameriki na primer pa je usmerjen na vrednotenje družbene vloge posameznika in poudarja predvsem vrednotenje osebnih izkušenj in sprejemanje različnosti (Videmšek 2011: 15).

Dekleva (1993: 22) po Wolfensbergerju navaja tri različne ravni normalizacije:

- Raven osebe: normalizacija pomeni oblikovanje in interpretiranje posameznika na način, ki bolj poudarja njegovo podobnost drugim ljudem kot pa različnost.
- Raven primarnih in vmesnih socialnih sistemov: oblikovanje in interpretiranje posameznikovih ožjih sistemov tako, da je mogoče ta okolja in posameznike videti v pozitivni luči.
- Raven družbenega sistema: oblikovanje takih kulturnih vrednot, stališč in stereotipov, ki so kar najbolj naklonjeni kulturnim in drugim različnostim.

Pri Wolfensbergu sta črpala navdih David in Althea Brandon (1990), ki sta to usmeritev poimenovala Načela običajnega življenja. Govorita o petih principih, ki temeljijo na globokem prepričanju, da bi morali službe načrtovati, kot da jih načrtujemo zase. Naštevati jih kot:

- *Poglabljanje odnosov:* Večina oseb s težavami v duševnem zdravju ima zelo ozko socialno mrežo. Največkrat imajo odnose le s sorodniki in strokovnjaki. Pri tem principu gre za to, da se poveča kvaliteta in ne kvantiteta odnosov. Za uporabnike je potrebno ustvarjati možnosti ter jih spodbujati pri razvijanju novih stikov in iskanju skupne človečnosti. Pomembno je, da se jim povrne občutek cenjenosti, občutek, da ga drugi zaznajo in spoznajo.
- *Večanje izbire:* Princip se nanaša predvsem na množitev možnosti, ki jih ima uporabnik na izbiro. Ob tem se pri uporabniku razvija občutek za obvladovanje lastnega življenja ter veča samospoštovanje v primeru uspešne izbire. Pri tem je naloga osebja, da mu ponudi izkušnje in informacije ter jasno opredeli možne posledice vsake izbire. Pomembno je, da je vsakodnevna organizacija življenja vse bolj pod nadzorom uporabnika. Vedno bolj se mora čutiti zmožnega obvladovati svoj dan, kjer morajo biti pritiski organizacije kar najbolj zmanjšani.

- *Razvijanje udeležbe:* Udeležba se nanaša na vključevanje uporabnikov pri vodenju in načrtovanju organizacije, kakor tudi pri prevzemanju pomembnejše vloge v družbi na sploh. Udeležba je pravzaprav povečana izbira možnosti. Ta princip nasprotuje pokroviteljski tradiciji organizacij in spodbuja sodelovanje uporabnikov pri vodenju organizacije, širjenju storitev, oblikovanju njene politike itn. Poleg tega pa je potrebno tudi razvijati načine, kako se lahko uporabniki vključijo v lokalno skupnost in v njej sodelujejo.
- *Individualizacija razvoja:* Pomembno je, da se uporabnikom zagotovi možnost osebnega razvoja. Vsaka služba se mora oblikovati tako, da lahko uporabnik znotraj nje zadovoljuje svoje enkratne in razvijajoče se potrebe. Imeti mora možnost, da lahko izrazi svojo individualnost. Podpora osebja ima pri tem zelo pomembno vlogo.
- *Stopnjevanje druženja:* Osebje mora spodbujati uporabnike, da razširijo svoj krog ljudi ter se zavzemati za uporabno skupnostnih prostorov – knjižnic, javnih prevozov, bazenov, kjer se ljudje srečujejo in navezujejo stike. Ta princip nekako spodbuja pri ljudeh dovzetnost za spremembe in preprečuje padec v tok rutine.

Skratka, normalizacija je proces, prek katerega skušamo ustvariti iste pogoje za življenje vsakega posameznika, ne glede na njegovo oviranost. Je proces, v katerem ljudje z različnimi ovirami zaživijo v običajnem okolju, v običajnih stanovanjih in prevzamejo pozitivno vrednotene vloge.

1.4.6. Družbeno vrednotene vloge

Vloge, ki jih imamo, so zelo pomembne, saj kažejo na to, kako živimo v današnjem svetu. Avtomatično nam dajo ali pa vzamejo moč. Vloge so delno virtualne – pravila, stalne funkcije in naloge, ki jih moramo opravljati, ko se znajdemo v določeni vlogi (npr. prodajalci imajo blago, ki ga kupci kupimo). Deloma pa so vloge tudi dramske – moramo jih uprizoriti, npr. moramo se vesti tako, kot vloga zahteva, govoriti to, kar se za to vlogo predvideva, zavzeti določen položaj, ki se vlogi spodobi itd. Vsak od nas igra veliko in že tekom enega dne jih zamenjamo veliko. Smo matere in očetje, ki skrbimo za svoje otroke, potem smo delavci v službi (znotraj te vloge smo lahko nadrejeni, podrejeni, sodelavci, kolegi, uslužbenci

itd.), na poti domov smo vozači, kupci v trgovinah, prijatelji in pivci v gostilni, smo otroci, ki pokličejo svoje starše, člani društev ali organizacij; možje in žene (Flaker in drugi, 2007).

To, da imamo toliko vlog, nam daje določeno svobodo, biti to, kar v resnici smo. Več vlog kot imamo, manj smo fiksirani zgolj na eno. Igranje veliko različnih vlog nam daje bogastvo izkušenj in dviguje našo vrednost in ugled. Več cenjenih vlog kot imamo, več smo v naši družbi vredni.

Ljudi s težavami v duševnem zdravju pa se velikokrat vidi kot osebe z zgolj eno vlogo, in sicer vlogo duševnega bolnika. Flaker (2007) omenja Parsonsa, ki je vlogo bolnika opredelil tako:

- nevtralizacija deviantne vloge ,

- izvzetost iz nekih običajnih dolžnosti,

- oprostitev krivde za svoje stanje – ob delni izgubi,

- ni zaželena vloga – bolnik jo mora čim prej zapustiti,

- potreba po pomoči in zdravniku.

Osebe s težavami v duševnem zdravju se po vrnitvi iz psihiatrične bolnišnice v običajno okolje počutijo manjvredne, sramujejo se svojega stanja, čutijo se odrinjene iz družbe in okolja, kateremu so nekoč pripadale in bile spoštovane. Ljudje jih vidijo kot bolne, nemočne, ob enem pa od njih pričakujejo čimprejšnje okrevanje.

Apatičnost, otopitev duha in notranja ravnodušnost so značilni odzivi psihiatričnega uporabnika v drugem obdobju, ki ga kmalu napravijo neobčutljivega za vsakdanja poniževanja. Večina uporabnikov trpi zaradi nekakšnega manjvrednostnega občutka. Vsak je bil nekoč "Nekdo", ali si je vsaj mislil, da je, sedaj pa z njim ravnajo tako, kot da je "Nihče" (Lamovec 1993: 23).

Stigma psihiatričnega bolnika je nekaj, kar ljudje, ko pridejo iz bolnišnice, prinesejo s sabo. Zato je filozofija skupnostne skrbi naravnana k spodbujanju obnašanja, ki je družbeno pozitivno vrednoteno, kajti šele takrat lahko participirajo v socialnih vlogah, ki so družbeno vrednotene.

1.4.7. Krepitev moči

Danes je izraz »krepitev moči« močno razširjen, uporabljajo pa ga različne akademske skupine (npr. socialna politika, sociologija, psihologija, socialno delo), ki so v zadnjih letih razvile lastne koncepte in prakse krepitve moči. Čeprav je izraz široko rabljen in je v zadnjem obdobju tema številnih novih knjig, bi v literaturi težko našli splošno definicijo (Videmšek, 2008).

Videmšek (*ibid.*) navaja, da se ideje o konceptu krepitve moči v strokovni literaturi pojavijo v 60-ih in 70-ih letih prejšnjega stoletja v sklopu družbenih gibanj in posamičnih aktivistov, ki so si prizadevali za družbene spremembe. Med omenjene sodijo Alinsky (1969), Freire (1973) in Lukas (1974), ki so s svojimi deli opozarjali na zatirane skupine ljudi. Njihov namen je bil zmanjšati marginalizacijo različnih družbenih skupin, s posebnim poudarkom na vključevanju temnopoltih ljudi, žensk, gejev in lezbijk, etničnih manjšin, revnih ter hendikepiranih ljudi v polje družbenega ravnanja. Poleg njihovih del pa se koncept krepitve moči v socialnem delu pogosto navezuje na delo Barbare Byrand Solomon (1976), ki je promovirala koncept kot poseg in strategijo za doseganje afroameriške neodvisnosti in avtonomije. Trdila je, da je koncept krepitve moči vodilni princip za dostop moči zatiranih družbenih skupin in je način, ki povečuje njihovo samospoštovanje ter njihove sposobnosti reševanja problemov. Če torej gledamo v zgodovino, vidimo, da je koncept v začetku uporabljen predvsem v boju zatiranih skupin ljudi, vendar Videmšek opozarja na to, da je prepoznavanje koncepta odvisno od njegovega izvira. Tako opazimo, da je v literaturi, ki izvira iz anglosaškega sveta, koncept osredotočen na posameznika in manj na skupine ali skupnost, medtem ko so dela iz južne Evrope, Južne Amerike in Južne Afrike bolj osredotočena na kolektivno krepitev moči. Izraz torej ne pomeni istega na različnih koncih sveta, dejavnosti, ki se pojavljajo pod izrazom krepitev moči pa nas napeljujejo na delitev koncepta na dve ravni, kolektivno in individualno.

Kolektivna krepitev moči:

Kolektivna krepitev moči je v praksi največkrat uporabljena, ko gre za kršenje posameznikovih pravic, neenake možnosti in zatiranje nekaterih posameznih skupin. Njena vloga je tako v zaščiti ljudi in zagovarjanju njihovih pravic. V začetnem obdobju se koncept

kolektivne krepitve moči povezuje prav z družbenimi gibanji, ki so vsebovala močno politično sporočilo. Gibanja, ki so delovala v različnih organizacijskih oblikah, so se zavzemala predvsem za enakopravnost z drugimi družbenimi skupinami in kategorijami, ker so se njihovi pripadniki čutili podrejene oziroma izključene na različnih družbenih področjih. V tem smislu je koncept krepitve moči povezan z vprašanjem pravic in prizadevanjem za pridobitev pravic, ki so nekaterim družbena skupinam odvzete. Videmškova izpostavlja, da je pri tem pomembno zavedanje, da pridobitev pravic ene družbene skupine ne pomeni izgube pravic za drugo, in nadaljuje s tem, da imajo družbena gibanja še en pomemben element krepitve moči, in sicer, zabrisovanje razlik med tistimi, ki zagotavljajo storitve in tistimi, ki jih prejemajo. To pripelje do novih vzorcev medsebojnih odnosov, ki temeljijo na sodelovanju in soustvarjanju med uporabniki in strokovnjaki.

Individualna krepitev moči:

Kasneje, po 80-ih letih prejšnjega stoleja, se razvije drugi val, ko je koncept krepitve moči opredeljen kot individualno pridobivanje moči in iskanje individualne podpore.

Saleebey (2003) postavi koncept krepitve moči v središče socialnega dela in meni, da je osnovni namen socialnega dela večati socialno in gospodarsko pravičnost. Pristopi, ki to upoštevajo, pa se osredotočajo ravno na vprašanja moči in razmerij moči. Avtor pravi, da je potrebno mobilizirati moč uporabnikov (njihove talente, znanja, sposobnosti in vire), podpreti prizadevanja, da dosežejo svoje cilje in vizije in uporabniki bodo izboljšali svojo kvaliteto življenja, tako da bo v skladu z njihovimi predstavami o kvaliteti.

Tanja Lamovec (1999: 67) opisuje krepitev moči kot notranji proces. Uporabniki, ki se dejavno vključujejo v delo organizacije, si pridobijo zaupanje vase in občutek, da lahko z lastno odgovornostjo kaj spremenijo v zunanjem svetu. Odpirati se začnejo nove možnosti, kako lahko ob vzajemni pomoči sami rešujejo različne probleme brez pretiranega opiranja na strokovnjake.

Krepitev moči je metoda socialnega dela, ki se nanaša predvsem na ohranjanje in večanje moči ranjenih uporabnikov. S to metodo uporabnik pridobiva občutek, da je vse bolj sposoben odločati o svojem življenju in te odločitve uresničevati v praksi (Zaviršek et al., 2002: 6).

Med bistvene elemente krepitve moči na individualni ravni Tanja Lamovec (1998) uvrsti ozaveščanje (odpiranje vprašanj in ne svetovanje), učenje spretnosti (posameznik se nauči izražati čustva in jih začne sprejemati) in posredovanje v okolje (vzpostavitev dialoga s svojci in ustanovo).

Krepitev moči se torej osredotoča na povečanje osebne moči posameznika in na njegove osebne značilnosti. V okviru individualne krepitve moči posamezniki prepoznavajo njihovo stigmo, diskriminacijo in zatiranje. Socialnemu delu pa omogoči, da se srečujemo z ljudmi tam, kjer so, in se jim pridružimo v njihovem jeziku in z njimi potrjujemo njihove talente, želje, cilje spretnosti, kot bi dejala Gabi Čačinovič Vogrinčič (2002).

Faze krepitve moči:

Zaviršek in druge (2002) so predlagale nekaj načinov, kako naj strokovnjaki ravnajo v fazah krepitve moči:

1. Pridobivanje občutka, da je oseba sposobna odločiti o svojem življenju.

   Naloga osebja: aktivna podpora, poslušanje, uporaba uporabnikove terminologije in izogibanje zastavljanju prevelikega števila vprašanj.

2. Podpora, da svoje odločitve uresniči v vsakdanjem življenju.

   Naloga osebja: informiranje, upoštevanje in obravnava vseh med seboj povezanih problemov uporabnika, krepiti njegovo zaupanje vase, razbremeniti ga občutkov krivde in mu omogočiti pravico do odločitve.

3. Podpora, da se človek odloči tako, kot misli, da je zanj najbolj prav.

   Naloga osebja: uporaba metode izdelovanja individualnega načrta za samostojno življenje, individualnega načrta v primeru družinskega nasilja, individualnega načrta osebne asistence ali katerekoli druge metode dela, ki bi uporabniku pomagala definirati smisel sprememb in ga usmerjale pri spreminjanju svojega življenja.

4. Spoznavanje družbenih in osebnih ovir.

Naloga osebja: pomoč pri raziskovanju uporabnikovih ustaljenih verovanj, prepričanj, tradicionalnih vzorcev, normativnih sodb itn.

5. Spoznavanje in razumevanje družbeno ustvarjenih strukturnih diskriminacij.

Naloga osebja: posredovanje znanja o delovanju strukturnih diskriminacij z namenom, da bi uporabnik uvidel celotno sliko vzrokov za nastanek stiske, ki jo doživlja.

6. Povečanje vpliva v svojem življenju.

Naloga osebja: spodbujanje k povezovanju s skupino.

7. Krepitev občutkov samozavesti, da uporabnik začne uporabljati moč, ki jo ima.

Naloga osebja: spodbujanje uporabnikov k opolnomočenju in izobraževanju drugih ljudi.

1.4.7.1. Zagovorništvo

Lamovec je pri definiranju in temeljni nalogi zagovorništva izpostavila krepitev moči ljudi. Moči uporabnikov, ustanov in svojcev so hudo nesorazmerne in noben posameznik ne more pričakovati, da bo takemu nesorazmerju kos sam. Zato potrebujemo organizirano zagovorništvo, ki lahko požene v tek proces večanja moči uporabnikov. *''Opolnomočenje je proces, ki ni nikoli končan, saj je treba pridobljeno razvijati, če želimo obdržati pravice, ki smo jih pridobili''* (Zaviršek, Zorn in Videmšek, 2002: 81). Beresford (1993) pa dodaja, da je zagovorništvo osrednja točka vsake razprave o vključevanju in krepitvi moči, ker realizira pravice, ki bi drugače ostale zgolj zapisane.

Lamovec (1997) zagovornika opiše kot osebo, ki si po eni strani prizadeva pomagati konkretnemu posamezniku, po drugi strani pa se zavzema za družbeno problematizacijo in spremembe v službah duševnega zdravja in zakonodaji na sploh. Ob hospitalizirani osebi ima več nalog. Uporabnika posluša in ga vzame resno ter mu tako potrdi status človeškega bitja, posreduje mu informacije o pravicah hospitalizirane osebe ter na željo uporabnika intervira pri članih osebja, ali pa vloži tožbo, če je bil kršen zakon. Pomembno je izpostaviti, da zagovornik nima pravice odločati o stvareh, ki zadevajo uporabnika. Lahko mu le svetuje, pomaga do odločitve in sodeluje pri njeni izvedbi.

Vrstniški zagovornik je oseba, ki nam stoji ob strani in na katero se lahko opremo. Daje nam oporo s svojo naklonjenostjo, izkušnjami in konkretno pomočjo pri delu ali doseganju cilja. Je oseba s podobnimi izkušnjami, v našem primeru je tako to oseba z izkušnjo psihiatrije. Osnova za pomoč vrstniku je občutek solidarnosti, ki se razvije ob številnih sorodnih izkušnjah, pomaga pa človeku prerasti občutek izoliranosti in zavrženosti. Za uspešno vrstniško zagovorništvo je potrebna izobrazba (Lamovec 2001: 32).

Avtorica (*ibid.)* nadaljuje, da je najvišja oblika zagovorništva, ki jo razvijajo v uporabniških organizacijah, samozagovorništvo. Samozagovorništvo pomeni, da človek zahteva sam zase specifične pravice ali želi doseči kakšen osebni cilj. Samozagovorništvo uporabnikov psihiatrije je mogoče le, če je v ozadju močna uporabniška organizacija. Stigmatiziran posameznik veliko lažje zahteva kaj, če ve, da za njim stoji skupina oseb, ki ga je pripravljena podpreti. Pri učenju samozagovorništva opazimo določljive faze. Najprej je treba premagati glas malodušja, ki pravi: "Saj ne morem ničesar spremeniti." Po tem je treba spoznati, kaj nas pri doseganju cilja še ovira in nato osvojiti element asertivnosti. To lahko poteka preko igre vlog, vživljanja v različne situacije itn. Samozagovorništvo tako vključuje asertivnost, obvladovanje socialnih veščin ter osebno samostojnost. Pridobivanje samostojnosti je pri mnogih uporabnikih psihiatrije zelo pomemben, hkrati pa tudi zelo dolgotrajen proces. Osebe, ki dalj časa preživijo v psihiatrični bolnišnici, se navzamejo hospitalizma, saj jim vse prinesejo pod nos. Kosila so skuhana, oblačila oprana, z denarjem ne upravljajo. Ta naravnanost vztraja tudi po tem, ko človek zapusti bolnišnico. Kako ravnati s temi stvarmi, se mora naučiti na novo.

Vendar pa učinki samozagovorništva niso pozitivni zgolj za uporabnike, ampak za celotno organizacijo. Sodelovanje uporabnikov prinaša pozitivne učinke tudi na razvijanje njim ustreznim službam, saj imajo zaradi lastnih izkušenj znanje, ki lahko prispeva k spreminjanju načina politike delovanja organizacij. Njihov glas mora postati enakovreden, glas mora biti slišan, ko se načrtujejo programi organizacije (Beresford, 1993).

Avtor (*ibid*.) predlaga, da se različne oblike zagovorništva dopolnjujejo s samozagovorništvom, namesto da se izključujejo. Zagovornik lahko nalogo informiranja o pravicah in načinih uveljavljanja ter pravic dopolni še s tem načelom in uporabnika vzpodbuja v smeri samozagovorništva.

1.5. UPORABNIŠKA ORGANIZACIJA RSMH, ŠVEDSKA

Po nekaterih virih (Jesperson, http://www.tijdschriftdeviant.nl/teksten/arteng03.htm) je švedska RSMH (National Association for Social and Mental Health) največja in najstarejša še delujoča uporabniška organizacija na svetu. V letih svojega delovanja se je razvila iz majhne aktivistične skupine v močno in vplivno organizacijo s približno 10.000 člani in 110 podružnicami po vsej Švedski. Na začetku je bila pod velikim vplivom strokovnjakov, sedaj pa je 95 odstotkov članov uporabnikov in bivših uporabnikov psihiatrije, od tega so na vseh vodilnih mestih sami uporabniki. Več kot 100 bivših uporabnikov psihiatrije je zaposlenih za poln delovni čas, dobivajo normalno plačo.

Da je stanje tako dobro, Jesperson navaja tri razloge, in sicer:

1. Dolga doba obstoja (Rim ni bil zgrajen samo v enem dnevu).
2. Široka, demokratična tradicija na Švedskem (liberalna in socialdemokratska stranka na oblasti).
3. Financiranje uporabniških organizacij s strani države.

Zgodovina organizacije sega v leto 1966 v eno izmed psihiatričnih bolnišnic v bližini Stockholma. V dveh oddelkih bolnišnice so organizirali debato med pacienti kot pripravo na življenje izven bolnišnice. Debata je postala bolj kritična, kot so strokovnjaki sprva pričakovali. Nekega večera je pacientka odprla diskusijo z vprašanjem: «Ali imamo potrebo po organizaciji ljudi s težavami v duševnem zdravju? «

Tri mesece pozneje je v čakalnici pri psihiatru ta pacientka srečala bivšega uporabnika in tekom pogovora sta prišla na idejo o uporabniški organizaciji. Že nekaj dni po tem sta poklicala 40 ljudi, ki so se jima zdeli pomembni, da so prisotni na sestanku. Prišlo je je 31, od teh samo 9 pacientov, vsi ostali so bili psihiatri, socialni delavci, psihoterapevti itn. Bilo je povabljenih več uporabnikov, vendar so se le-ti bali zatiranja s strani psihiatrične bolnišnice v primeru, da bi prišli.

Dva meseca pozneje, 28. 1. 1967 je bila v Stockholmu uradno ustanovljena organizacija RSMH. Nekateri ljudje so trdili, da bi to morala biti predvsem uporabniška organizacija, drugi so opozarjali na to, da bi morala biti odprta tudi za vse zainteresirane, sorodnike in

strokovnjake, en psihiater je predlagal, da se strokovnjaki ne bi smeli vmešavati v delo organizacije, in spet tretji so trdili, da ljudje s težavami v duševnem zdravju niso zmožni govoriti zase in braniti svojih interesov. Končno so izvolili vodstvo, med katerimi sta bila dva bivša uporabnika, omenjena na začetku, psihiater, član parlamenta, novinar in ravnatelj. Vsi ostali (62, ki se jih je udeležilo sestanka), so postali člani.

V prvem letu svojega delovanja je organizacija pridobila podporo s strani študentov, socialnih delavk in novinarjev, mnogi od njih so postali aktivisti pri RSMH. To je bilo ključnega pomena za delovanje organizacije, saj so ljudje "od zunaj" močno pripomogli k rušitvi zida med psihiatričnimi bolnišnicami in družbo. Predstavljali so grožnjo psihiatriji, kritizirali so nehumane postopke zdravljenja ter brisali predstave, ki so jih imeli ljudje o uporabnikih psihiatrije. V svojem aktivizmu so šli celo tako daleč, da so nekateri študentje zanetili požar v na novo zgrajeni psihiatrični bolnišnici v Lundu.

Že od samega začetka je RSMH iskala zaveznike med drugimi organizacijami. Tako se je povezala s RFHL (uživalci drog), ALRO (alkoholizem) in s KRUM (zaporniki), skupaj so tvorili R – združenje. Velika večina ljudi je R povezovalo z "radikalnostjo" in "revolucijo". Skupaj so ustvarili revijo Pocketmagazine-R, ki je postala zelo vplivna. S članki so v medijih odpirali velike debate o psihiatriji in socialnih vprašanjih na sploh.

Druge zaveznike je RSMH našla v organizaciji za invalide. Ta korak je bil planiran, saj so hoteli doseči, da se ljudi s težavami v duševnem zdravju prizna kot "invalide". Kljub oznaki, ki stigmatizira in ponižuje, in kljub temu, da z njo uporabniki niso bilo zadovoljni, so iz tega dobili veliko koristi. Organizacija za invalide je namreč imela za sabo že leta bojev in dosegla je kar nekaj pomembnih sprememb v zakonodaji o socialnem varstvu. Ko so bili ljudje z duševno boleznijo označeni kot "invalidi", so pridobili enake pravice kot ljudje z drugimi oviranostmi. To je pomenilo pridobitev različnih denarnih pomoči, nastanitve, dela itn. Poleg tega pa se je organizacija za invalide uspešno bojevala proti paternalizmu v bolnišnicah, kar je vodilo do velikih sprememb pri uporabnikih psihiatričnih služb, saj so bili do takrat prikrajšani za vse pravice do svoje celovitosti in samodeterminacije. S to spremembo so se poslovili od vloge pasivnega prejemnika pomoči in postali enakopravni državljani z vsemi pravicami. Njihovi skrbniki in strokovnjaki niso bili več njihovi gospodarji, ampak pomočniki, s katerimi lahko nekaj soustvarijo.

Zaposlitev bivših uporabnikov psihiatričnih storitev je ključnega pomena, da lahko RSHM vodi tako veliko projektov na lokalnih nivojih. Večina od 110 lokalnih podružnic ima v lasti stanovanje ali hišo za namene drop-in centrov. Večina centrov je odprtih od jutra do večera, med vikendi in tudi med prazniki. Takrat dobijo veliko pomoči s strani prostovoljcev.

Včasih se v organizaciji pojavijo napetosti med zaposlenimi in člani, ki lahko vodijo v večje spore. Takrat vstopijo regionalni sekretarji organizacije, da pomagajo razrešiti konflikte. Ti konflikti pravzaprav niso negativni, saj največkrat vodijo v boljše in bližje odnose med uporabniki v organizaciji. S konflikti se vedno soočijo, pri tem pa uporabniki dobijo novo izkušnjo reševanja problemov. Na psihiatriji so vse probleme pomirili in potlačili, tukaj pa imajo varen prostor za izražanja sebe.

RSMH sebe ne definira kot antipsihiatrično organizacijo, ampak kot organizacijo za vse, ki so zainteresirani spremeniti psihiatrijo po njihovem programu. Drugače je bilo v 70-ih letih, ko je bila navdihnjena s strani različnih avtorjev, ki so pisali o antipsihiatriji. Organizacija je bila takrat velikokrat videna na ulicah in v medijih s svojimi protesti in kampanjami. V 80-ih in 90-ih so bili s strani psihiatrije videni kot ekstremni aktivisti, pa tudi ministrstvo za socialne zadeve jih ni jemalo resno. Ko je RSMH hotela vstopiti v kontakt z njimi, so jih odslovili. Danes je drugače, saj ima organizacija redne stike z ministrstvom in Nacionalnim svetom za socialne zadeve (National Social Welfare Board). V teh institucijah imajo tudi zaposlene ljudi, ki so bili včasih zaposleni v uporabniški organizaciji. To pomeni, da danes RSMH deluje kot profesionalna skupina pritiska znotraj ministrstva in nacionalnega sveta, kjer pridobivajo informacije in vplivajo na spreminjanje zakonodaje. Nekateri menijo, da se dandanes RSMH preveč prilagaja različnim organom in da ni prav, da v svojih potezah ni tako radikalna. Hočejo ponoviti antipsihiatrični boj iz preteklih desetletij.

Večina akcij RSMH je usmerjena v socialne in ekonomske razmere uporabnikov, in ne na kritiko psihiatrije. Kljub temu pa je bila v zadnjih letih organizacija glavna nosilka projekta, ki je kritiziral nevroleptike in ozaveščal, kakšna je pravzaprav želja psihiatrije na Švedskem. Nekateri viri predlagajo, da bi morala RSHM tesneje sodelovati z Evropskim združenjem uporabnikov in bivših uporabnikov služb duševnega zdravja, saj bi po njihovem mnenju s tem pridobila nove moči za antipsihiatrični boj (Maths Jesperson, The user organization in Sweden, the oldest and largest in the world, dosegljivo na internetu).

RSMH je bila torej na začetku zelo radikalna v svojih zahtevah in posegih, vendar je tekom let postala bolj zmerna pri sodelovanju z vlado in pri pomoči ljudem s težavami v duševnem zdravju. Organizacija je bila ustanovljena leta 1967 in že od samih začetkov je imela pomembno vlogo pri diskusijah o duševnem zdravju. Nastopili so zelo radikalno, hoteli so premoč skupnostnih služb nad obstoječimi institucijami. Radikalnost se je zmanjšala, ko so nekaj let kasneje v svoje vrste vključili strokovnjake, ki so jih pri njihovih idejah podpirali. Zgodilo se je celo to, da so začeli sodelovati z vlado pri spremembah v politiki duševnega zdravja. To so videli kot veliko priznanje pri njihovi vlogi spreminjanja sistema in velik korak v zgodovini uporabniških organizacij na Švedskem.

Če so bili prej ljudje s težavami v duševnem zdravju videni kot bolni in odvisni, so s svojim aktivizmom dokazali, da so aktivni oblikovalci svojih življenj in borci za svoje pravice. Zavzemali so se za vključitev v odločitve o procesih zdravljenja, v njihovo preoblikovanje, izvajanje in evalviranje. Švedska vlada je sprejela te zahteve ter uporabnike vključila v načrtovanje in izvajanje socialnih služb. V drop-in centrih po državi so uporabniki tako postali aktivni ustvarjalci služb in svojih življenj. V enem izmed teh centrov sem tudi sama preživela nekaj mesecev, kar mi je dalo idejo o podrobnejši študiji primera drop-in centra Karnhuset, ki se nahaja na severovzhodu Švedske, v mestu Umea.

2. PROBLEM

2.1. OPREDELITEV SPLOŠNEGA OKVIRJA PROBLEMA

Pri svoji raziskavi sem izhajala iz trditve Videmškove (2012: 112) ki pravi, da se uporabniške organizacije v Sloveniji in tudi drugod po svetu srečujejo z velikimi težavami. Med njimi našteje slabšo organiziranost in usposobljenost uporabnikov pri pridobivanju sredstev, manjše možnosti, da se plačniki odločajo za financiranje njihovih programov, ki jih vodijo izključno uporabniki ter koncentracija moči, ki je zgolj na enem človeku, ki prej ali slej sam ne zmore več in organizacija propade. V praksi na Švedskem pa nisem zasledila teh ovir v uporabniški organizaciji, zato sem se spraševala, če je to zaradi tega, ker so v organizaciji tudi zaposleni, ki podpirajo uporabnike pri vodenju in upravljanju ter imajo izkušnje pri pridobivanju sredstev, ali pa je to predvsem zaradi tega, ker je švedska vlada bolj naklonjena ustanavljanju in razvijanju uporabniških organizacij? Kmalu mi je postalo jasno, da drop-in center Karnhuset pravzaprav ni tipična organizacija te vrste. Predvsem zaradi tega, kot sem omenila že zgoraj, ker v njej najdemo zaposlene strokovnjake. Chamberlin (po Lamovec, 1995) bi jo uvrstila med partnersko uporabniško organizacijo, saj so v njej zaposleni strokovnjaki, ki skupaj z uporabniki upravljajo organizacijo. Uporabniki so formalno enakopravni partnerji, vendar pa vseeno zasledimo razlikovanje med njimi in strokovnjaki. Iz same radovednosti, kako poteka sodelovanje med uporabniki in strokovnjaki, kakšne so med njimi razlike ter kako deluje taka organizacija, sem se nato odločila za študijo organizacije.

V prvem delu raziskave sem se zato osredotočala na samo uporabniško organizacijo, na njeno delovanje, storitve, financiranje itn., v drugem delu pa na vpliv uporabnikov, ki naj bi ga, kljub zaposlenim v organizaciji, uporabniki imeli v veliki meri. Moj namen je bil raziskati, ali kljub prisotnosti strokovnjakov, uporabniki še vedno sprejemajo vse pomembne odločitve in ali je mogoče v organizaciji zaslediti koncepte normalizacije in krepitve moči.

2.2. RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Vprašanja, na katera bi rada z raziskavo odgovorila, se najprej tičejo organizacije same:

- Od kje izvira organizacija, čas njenega nastanka, razvoj?
- Velikost, število zaposlenih/uporabnikov?
- Glavni financerji?
- Glavne dejavnosti?
- Odnos do psihiatrije?
- Sodelovanje?

V drugem delu pa se osredotočam na vpliv uporabnikov v organizaciji:

- Kakšni so bili razlogi, da so prišli v ustanovo. So prišli (ne)prostovoljno, so imeli vpliv na možnost izbire?
- Kakšen vpliv imajo v vsakodnevnem življenju v ustanovi, na aktivnosti, na sestankih, kjer se odločajo? Imajo možnost vplivati na zaposlovanje/odpuščanje oseb?
- Ali strokovno osebje krepi moč uporabnikov, jih spoštuje kot spoštovane osebe?
- Ali se je koncept krepitve moči uveljavil v vseh letih sodelovanja v uporabniški organizaciji, pa tudi, če so si razširili socialno omrežje zunaj ustanove.

3. METODOLOGIJA

3.1. VRSTA RAZISKAVE

Raziskava je študija organizacije z opazovanjem z udeležbo in intervjuji. Raziskovanje je potekalo na podlagi posameznega primera – posamezne organizacije in vpliva uporabnikov v njej in gre za, kot razlaga Mesec (1998: 45) opis značilnosti primera in dogajanja ter opis procesa odkrivanja teh značilnosti, to je procesa raziskovanja samega. Mesec trdi, da skušamo pri teh študijah na osnovi analize enega samega primera nekega pojava ali procesa spoznati njegove osnovne značilnosti z namenom, da bi postavili hipoteze o teh značilnostih, ki naj bi jih preverili za vse tovrstne pojave.

Študija je kvalitativna, saj (*op.c.:* 26) osnovno gradivo, zbrano v raziskovalnem procesu, sestavljajo predvsem besedni opisi ali pripovedi, obenem je analizirano in obdelano na besedni način, praviloma brez uporabe merskih postopkov, ki dajejo števila.

3.2. MERSKI INSTRUMENT IN VIRI PODATKOV

Kot merski instrument sem imela pripravljen delno standardiziran odprt intervju, ki sem ga oblikovala s pomočjo vprašanj in smernic iz priročnika Inovativne metode v socialnem delu - vprašanja za uporabniško evalvacijo (Zaviršek in drugi 2002). Glavna in bistvena vprašanja sem določila vnaprej, hkrati pa sem postavila dodatna vprašanja v okviru danih splošnih smernic.

Kljub temu pa vprašanj nisem videla kot dokončnih, saj sem se o pomenu in razumevanju vprašanj pred tem posvetovala z uporabniki. Povabila sem jih k sodelovanju v smislu, da vprašanja skupaj preoblikujemo ter jim dodamo nova – tista, ki jih oni sami predlagajo. Po skupnem posvetu smo imeli na koncu 5 glavnih vprašanj, ki so bila odprta, da so se vprašanci znotraj njih lahko razgovorili in so bila oblikovana tako, da niso podajala dihotomnih odgovorov. Za pomoč pa sem si kljub vsemu zapisala še podvprašanja, ki so predvsem meni

pomagala, da sem prišla do vseh potrebnih informacij, ki so se nanašala na vpliv in participacijo uporabnikov v organizaciji.

Intervju sem opravila tudi z zaposlenim, za katerega sem imela pripravljen delno standardiziran odprt intervju, preko katerega sem izvedela vse, kar me je o samem delovanju organizacije zanimalo.

Vir podatkov so bili tudi moji dnevniški zapisi iz mesecev, ko sem tam opravljala prakso, opazovanje z udeležbo in brošure, ki jih organizacija izdaja ter njihova spletna stran. Z opazovanjem z udeležbo in analizo dnevniških zapisov sem dobila predvsem podatke o tem, kako izgleda sama stavba, kako so v njej razporejeni prostori, kakšne aktivnosti izvajajo tekom dneva, kako potekajo tedenska srečanja uporabnikov in zaposlenih ter približno predstavo o tem, kakšni so odnosi med uporabniki ter uporabniki in zaposlenimi. Vse druge informacije sem, kot že rečeno, dobila z intervjuji uporabnikov in zaposlenega.

3.3. POPULACIJA IN VZOREC

V raziskavo sem vključila uporabnike in zaposlene iz Švedske, ki so med 1. 4. 2013 in 30. 4. 2013 obiskovali, delali, sodelovali v drop-in centru Karnhuset. Uporabniki so ljudje s težavami v duševnem zdravju, različnih let, poklicev in interesov, ki vsak na svoj način sodelujejo v uporabniški organizaciji, zaposleni pa praviloma niso uporabniki, ampak strokovni delavci, ki podpirajo uporabnike pri aktivnostih v uporabniški organizaciji. Ker sem hotela, da je moja raziskava participatorna, sem v sodelovanje povabila vse uporabnike, intervjuvala pa le tiste, ki so se javili sami. Tako sem na koncu dobila vzorec 4 uporabnikov, s katerimi sem naredila intervjuje. Kasneje sem intervjuvala še enega zaposlenega, opazovala pa sem celotno populacijo uporabnikov in zaposlenih, ki so bili v tistem obdobju prisotni v Karnhusetu.

3.4. ZBIRANJE IN UREJANJE PODATKOV

Uporabnike sem na tedenskem sestanku v začetku aprila 2013 obvestila o tem, kakšna je moja naloga. Bili so seznanjeni z mojim raziskovanjem. Po tem, ko sem jim povedala, kakšno raziskavo delam, sem jih vprašala, če jih zanima še kaj drugega. Vprašali so me, koga vse bom intervjuvala. Razložila sem jim, da tiste, ki bodo to hoteli – da so intervjuji prostovoljni, da imam sicer zastavljena vprašanja, da pa lahko tudi sami tvorijo vprašanja, ki bi jih spraševali na mojem mestu. Ko sem jih vprašala, kdo vse bi sodeloval, jih je 7 dvignilo roke. Zmenili smo se, da se po sestanku dobimo na samem, kjer se bomo dogovorili o naslednjih korakih. Na sestanku sem jim povedala, kakšen je moj namen raziskovanja in jih povabila, da skupaj oblikujemo vprašanja za raziskavo. Prebrali so tista, ki sem jih že imela napisana, me vprašali, če katerega niso razumeli, vendar pa sami niso dodali novih predlogov.

Takrat sem jih tudi vprašala, če so vsi pripravljeni sodelovati z odgovarjanjem na vprašanja. Dva sta rekla, da bosta še videla, ostali pa so privolili v sodelovanje. Naslednji dan sem se z njimi dogovorila za termine tekom meseca, ki so jim ustrezali, takrat pa so mi tudi trije povedali, da nočejo opravljati intervjuja, saj se ne počutijo dobro.

Intervjuji so potekali v sobi, kjer sem lahko mirno spraševala ljudi. Pogovore sem snemala. Ko sem jih v angleščini pretipkala na list papirja, sem uporabnikom vrnila pretipkan intervju in jih prosila, naj napisano preverijo, naj zbrišejo vse, česar nočejo, da je zapisano ter naj dodajo, če je še kaj pomembnega, kar je za dopisati. Vsi so se strinjali, da je v redu tako, kot je napisano. Intervjuje sem nato prevedla v slovenščino.

Karnhuset sem obiskovala vsak dan, 4 tedne v mesecu aprilu. V drop-in centru sem bila približno 5 ur na dan ob različnem času – v tem obdobju sem naredila intervjuje, hodila na tedenska srečanja uporabnikov ter bila prisotna na njihovih aktivnostih – srečevanje mladinske skupine ob ponedeljkih, skupine žensk ob sredah, tečaj joge. Opazovanje z udeležbo mi je dalo dodaten in globlji vpogled v delovanje organizacije. Zapiskov si med opazovanjem nisem pisala, sem pa jih naredila vsak zaključek dneva.

Intervjujem in zapiskom dodajam še dnevniške zapise iz lanskega leta, ko sem tri mesece zapored obiskovala drop-in center. Da pa bodo podatki še bogatejši, sem zbrala brošure o

Karnhusetu ter pregledala njihovo spletno stran. Ker so bili vsi podatki v švedščini, sva jih z zaposlenim en dan skupaj prevajala v angleščino.

Po vseh zbranih podatkih, sem opravila še obsežen intervju z zaposlenim, kjer sem ga vprašala vse, kar mi do sedaj ni bilo znano in jasno.

3.5. OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV

V januarju 2014 sem se nato lotila kvalitativne obdelave gradiva. Najprej sem prepisala dobesedne zapise intervjujev uporabnikov v čitljivo obliko ter jih uredila po sklopih vprašanj. Iz urejenega besedila sem določila enote kodiranja. Besedilo sem razčlenila tako, da sem določene dokumente in dele besedil izpuščala, podčrtala pa sem dele, ki sem jih nameravala kodirati. Nekatere nepodčrtane dele sem izpustila, ker niso bili relevantni, druge pa sem pustila, ker so se mi zdeli pomembni. Enote sem po vrstnem redu oštevilčila ter jih oddelila z /..../.

Primer:

/16 Zaposleni so tako zelo drugačni od drugi strokovnih delavcev kjerkoli drugje. So človeški. Kdaj se zgodi, da jaz pomagam njim, ker imajo težave, spet drugič oni meni. Ne bojijo se pokazati svoje človeške plati, ne skrivajo se za svojo strokovnostjo./

Ostale enote kodiranja so dosegljive pri avtorici.

V fazi odprtega kodiranja sem nato enotam kodiranja pripisala pojme. Zaradi lažjega pregleda sem jih razvrstila v tabele, v kateri je bila na levi strani številka enote (A, B, C, D so oznake intervjuvancev), vmes enota in na desni strani pripisan pojem.

Tabela 3.1. Primer – število enote kodiranja in pripisani pojmi

C16	Na splošno pa bi ocenil odnose v hiši kot dobre. Spoštujemo in sprejemamo en drugega.	*medsebojno spoštovanje*
C17	Jaz se velikokrat ne počutim prav dobro, zaradi bolezni, pa vseeno pridem sem – ljudje me pustijo na miru, če vidijo, da mi ni do pogovora. Cenim to. Pa mi zelo	*medsebojno sprejemanje*

	pomaga, da pridem. Da so ljudje okrog, pa da sem lahko to kar sem.	
C18	Tisti od prej so se bolj ukvarjali s papirji, pa s tem, koliko denarja gre komu, komu priskrbeti stanovanje, itd. Bili so zelo uradni. Zaposleni tukaj pa so prijateljski, človeški. Vzamejo so čas za nas, pogovarjajo se z nami. So dostopni in predvsem zelo odprti. To je drugače. In zaradi tega imam tudi dobre odnose z njimi.	*lastnosti zaposlenih*
C19	Postal sem bolj odprt. Včasih sem bil bolj zatežen, tih, sramežljiv. Lahko bi rekel, da sem se v tem smislu res spremenil. Ali pa se nisem, so pa ljudje tukaj tisti, ki to sprejmejo in mi ne očitajo moje zadržanosti.	*medsebojno sprejemanje*
C20	Mogoče sem postal bolj družaben, aktiven in samozavesten.	*pridobitev samozavesti*
C21	Tukaj nisem dobil neki pravih prijateljev. To so bolj znanci, s katerimi si krajšam prosti čas. Prijatelje sem imel že od prej in ti so isti. Nisem si povečal kroga in tako mi tudi ustreza. Bi bilo preveč ljudi v mojem življenju, če bi naredil to.	*Enako velika socialna mreža kot prej*

Ostale primere kodiranja prilagam v prilogi. Dnevniški zapisi in zapisi od opazovanja z udeležbo pa so dosegljivi pri avtorici.

V drugi fazi sem pojme med seboj primerjala in jih združila v širše kategorije in podkategorije.

Tabela 3.2. Primer kategoriziranja pojmov

4. NORMALIZACIJA	
4.1. VKLJUČENOST DROP-IN CENTRA V LOKALNO SKUPNOST	
A22	*Druženje z uporabniki izven drop-in centra*
A31	*Ohranjanje stikov z ljudmi izven drop-in centra*
B22	*Ohranjanje stikov z ljudmi izven drop-in centra*
B23	*Sodelovanje uporabnika z različnimi posamezniki iz skupnosti*
C7	*Sodelovanje uporabnika z različnimi posamezniki iz skupnosti*
D5	*Sodelovanje z lokalno skupnostjo*
Z38	*Stigmatizacija*
4.2. DELO	
A9	*Pravično plačilo za delo*
A30	*Občutek normalnosti*
Z22	*Brezposelnost uporabnikov*
Z23	*Stigmatizacija*

Z24	*Drop-in center kot možnost za rehabilitacijo in zaposlitev*

Te kategorije in podkategorije sem nato primerjala med seboj in jih razporedila v domnevne odnose ter med njimi vzpostavila hierarhijo. Identificirala sem temo raziskave, ter razlikovala ključne in postranske pojme. Nekatere dele dnevniških zapisov in intervjuja z zaposlenim sem kodirala po zgornjem postopku, nekaterih pa mi ni bilo potrebno, saj sem jih lahko takoj vključila med rezultate študija primera. To so bili opis stavbe iz dnevniških zapisov, opisa dela in financiranja iz intervjuja z zaposlenim itn. Čisto nazadnje sem preko pridobljenih podatkov formulirala teorijo, ki jo predstavljam v naslednjih poglavjih.

4. REZULTATI

4.1. OPIS DROP-IN CENTRA KARNHUSET

4.1.1. Splošni podatki o drop-in centru Karnhuset

Drop-in center je bil ustanovljen leta 1998. Takrat so imeli svoje prostore v stanovanju neke stavbe, ki pa je bilo premajhno za vse njihove aktivnosti. Tam so bili 3 leta, nato pa so se prijavili na razpis za projekt, ki je bil sprva financiran 4 leta in nato podaljšan za ponovna 4 leta. Leta 2002 so odprli še drugi drop-in center in nastalo je združenje Karngarden.

Tako je sedaj Karnhuset del združenja Karngarden (The social cooperative Karngarden), ki ga tvori skupaj z drugim drop-in cenrom Aspgarden. Ta drop-in center se nahaja izven mesta Umea. Lastniki združenja Karngarden so uporabniška organizacija RSMH, IFS (uporabniška organizacija družinskih članov ljudi s težavami v duševnem zdravju) in ena fizična oseba, ki je zaposleni ni poznal. Vsi ti trije lastniki so zgolj uradni nosilci združenja, vendar pa Karnhuset od njih ni odvisen. Ima svoj menedžment, svoj svet uporabnikov in svoje delegate, ki delujejo neodvisno od RSMH. Predsednica Karngarden je tudi najvišja oseba v združenju, ki skrbi za finance, zaposlovanje itn. Zaposleni pravi, da je hierarhija organizacije tako zelo ravna, saj organizacijo sestavljajo samo predsednica, zaposleni in uporabniki s svojim svetom.

Ko uporabniki postanejo člani združenja Karngarden, istočasno postanejo člani RSMH. Kot člani se lahko udeležujejo njihovih letnih sestankov in aktivno sodelujejo pri njihovih projektih. Predvsem pa to pomeni, da drop-in center Karnhuset kot član RSMH-ja sledi ciljem uporabniške organizacije in tako izboljšuje kvaliteto storitev in pomoči ljudem s težavami v duševnem zdravju. Njihov glavni cilj je dotakniti se politikov, psihiatričnih bolnišnic in oblasti z namenom, da pridobijo uporabniki več vpliva in nadzora nad svojimi življenji. V okviru drop-in centra pa ljudem s težavami v duševnem zdravju ponujajo prostor za druženje, srečevanje in vzajemno pomoč ter organizirajo dejavnosti, pri katerih je glavno vodilo participacija in krepitev moči uporabnikov ter antizatiralno socialno delo.

4.1.2. Lokacija in stavba

Drop-in center Karnhuset se nahaja v centru mesta Umea, le nekaj korakov stran od glavne železniške in avtobusne postaje. Hiša v kateri imajo prostore, je stara enonadstropna vila, urejena v švedskem stilu. Odeta je v toplo rumeno barvo, obkrožajo pa jo parkirišče in zelenice.

V pritličju drop-in centra se na levi strani nahaja prostor s televizijo, družabnimi igrami in udobnimi kavči. V tem prostoru se običajno zadržujejo ljudje, ki hočejo gledati televizijo. Nasproti sobe so toaletni prostori, namenjeni vsem, uporabnikom, obiskovalcem in zaposlenim. Če iz tega prostora nadaljujemo naprej po hodniku, pridemo do glavnega prostora, kjer se zadržuje največ uporabnikov in obiskovalcev – to je mala kavarna, kjer po nizkih cenah prodajajo kavo, čaj, sokove, peciva in sendviče. Po besedah intervjuvane uporabnice so bile najprej prav nizke cene hrane tiste, ki so jo prepričale, da je drop-in center pravi zanjo. V prostoru je šest miz, okrašenih s sezonsko dekoracijo, okrog njih pa udobni stoli, ki so največkrat zasedeni. Ljudje imajo tukaj svojo "fiko", kar je švedski izraz za druženje ob pijači in slaščicah. Kavarna vodi v največji prostor v hiši, kjer je ogromno udobnih kavčev in sedežev, ena velika in dve mali mizi. V kredenci na levo je ogromno zgoščenk za poslušanje glasbe, radio in dnevni časopisi. V tem prostoru se ljudje družijo, spijo, sproščajo ob glasbi in branju. Ker je prostor največji, tukaj potekajo tudi tedenski sestanki uporabnikov, srečevanje mladinske skupine, srečevanje skupine žensk, glasbeni večeri itn. Če iz prostora zavijemo na hodnik na levo, pridemo do prostorne in svetle kuhinje, s tremi velikimi hladilniki, ki imajo ključavnice, vendar pa le-te niso nikoli zaklenjene. Zaposleni povejo, da so take že dobili in da jih je nemogoče odstraniti od hladilnikov. V kuhinji sta še dva štedilnika, pečica in shramba za hrano. V kuhinji imajo ob sredah popoldne mladi druženje ob kuhanju, ob vikendih pa zaposleni kuhajo poceni obroke za uporabnike in obiskovalce. Odprta je ves čas za vse ljudi, veliko izmed njih ima tam shranjeno hrano, ki jo tekom dneva pogrejejo v mikrovalovni pečici. Največkrat pa v njej najdemo zaposleno, ki peče domače slaščice, ki jih pozneje prodajajo v kavarni ali pa delijo zastonj uporabnikom, ki pridejo na različne sestanke in druženja. Zraven kuhinje se nahaja mali prostor z dvema pisalnima mizama in računalnikoma, ki je namenjen zaposlenim. Vrata so vedno odprta in vsakdo lahko pride noter. V njej se nahaja tudi blagajna z denarjem, ki ga dobijo od prodaje slaščic. Ključ blagajne imajo zaposleni.

Če se iz pritličja odpravimo v klet, pridemo najprej do malega prostora, s kavčem in gramofonom, ki največkrat sameva. Soba je tam za ljudi, ki si želijo popolnega miru in sprostitve. Če nadaljujemo po hodniku naprej, pridemo do ogromnega ateljeja, polnega izdelkov iz gline, slik, nakita itn. V njem se nahajajo vsi pripomočki za ustvarjanje, vključno s tremi kolesi za oblikovanje gline. Prostor je namenjen vsem ustvarjalcem oz. ljudem, ki se želijo naučiti ustvarjati. Njihove izdelke najdemo po celi hiši, nekateri imajo tudi svoje razstave in prodaje. Zadnji prostor v pritličju pa je mali frizerski salon, ki obratuje enkrat na mesec, ko se prijavi dovolj ljudi. Takrat pride frizerka iz mesta in cel dan striže uporabnike po zelo nizkih cenah.

V prvem nadstropju najprej zagledamo srednje veliko pisarno, ki je skoraj vedno prazna. Služila naj bi ljudem, strokovnjakom, ki pridejo na obisk oz. na sestanek, srečanje, vendar pa v svojem času, ki sem ga preživela tam, nisem v prostoru nikoli videla človeka. Je pa vedno zaseden prostor zraven, ki so ga v celoti opremili in okrasili mladi uporabniki. V njem je velika biljardna miza, udoben kavč, televizija in radio. Tukaj prav vedno najdeš mlade in moške uporabnike, ki preživljajo svoj čas v igranju biljarda. Prostor zraven je računalniška soba z devetimi računalniki in kopirnim strojem. Računalniki so dostopni vsakomur, za uporabljanje kopirnega stroja pa je vedno na volji uporabnik, ki ti pomaga in računa za kopije. V prostoru nasproti je še mali toaletni prostor, soba s pralnimi stroji, kopalnica s tuši, in čisto nazadnje še dve sobi, namenjeni sproščanju. V eni je masažna miza, kjer uporabnik nudi ljudem masaže, v drugi pa masažni stol in predvajalnik glasbe. Še čisto nazadnje naj omenim glasbeni studio, ki se nahaja zraven hiše. Založen je z vso opremo za snemanje glasbe in različnimi instrumenti – bobni, kitare, klavir itn.

Hiša nudi ogromno prostora za druženje, ustvarjanje, informiranje, sproščanje in mirno preživljanje trenutkov za tiste, ki to potrebujejo. Med tednom je odprta vsak dan od 8h zjutraj do 20h zvečer, med vikendi pa od 11h do 17h. Odprti so tudi med prazniki, saj je po besedah zaposlenega takrat največ ljudi v stiski, ter med poletnimi počitnicami, ko je drop-in center odprt še dlje.

Na začetku sem omenila, da je lokacija hiše dostopna vsem, problematično pa je dejstvo, da na severu Švedske drop-in centrov manjka in da se morajo nekateri uporabniki voziti več ur do mesta, če hočejo sodelovati pri aktivnostih in se družiti z ostalimi uporabniki.

4.1.3. Število uporabnikov/zaposlenih in njihove naloge

Združenje Karngarden ima 14 zaposlenih ljudi. Od tega je za poln delovni čas zaposlenih 6 oseb, vsi ostali so zaposleni od 25 do 90 % polnega delovnega časa. V drop-in centru Karnhset so tako za polni delovni čas zaposlene 3 osebe, za polovični delovni čas je zaposlena ena uporabnica ter za tretjino časa še ena oseba.

Vsi zaposleni imajo nekaj skupnih nalog, to so srečevanje in druženje z ljudmi ter skrb za hišo in praktične zadeve. Med skrb za hišo in praktične zadeve spadajo predvsem tedenski nakupi hrane, kuhanje kosil ob vikendih in skrb za finance. Potem pa se njihove naloge razlikujejo. Nekdo je zaposlen za glasbene aktivnosti in tuje študente, ki prihajajo v Karnhuset na prakso, drugi dve sta odgovorni za mlade, za srečevanje in kuhanje z njimi, ena zaposlena je odgovorna za izobraževanja ljudi in stike z drugimi ustanovami. Skratka, imajo skupne in specifične naloge, vsi pa se trudijo ustvarjati okolje, da se ljudje v hiši dobro počutijo in jim nudijo možnosti pogovora in pomoči, če jo potrebujejo.

Za vse ostale aktivnosti in dejavnosti, ki potekajo v hiši, so odgovorni uporabniki. Trenutno je v združenje včlanjenih okrog 200 članov, vendar pa dnevno prihaja v drop-in center med 30 in 50 ljudi. Obisk je odvisen od aktivnosti in denarja. Tako lahko pride na glasbeni večer 100 uporabnikov, teden dni pred denarno pomočjo pa je lahko hiša skoraj prazna, saj ljudje nimajo denarja za vozovnico in raje ostajajo doma. V drop- in center so vabljeni vsi ljudje s težavami v duševnem zdravju, vendar pa niso vsi obiskovalci centra tudi člani. Ti plačajo letno članarino v višini 20 evrov, s čimer se lahko potem udeležujejo zastonj izobraževanj (o okrevanju, samozagovorništvu, raziskovanju itd.) ter izletov v gore in na morje.

V hiši imajo tudi pet uporabnikov, ki aktivno delajo kot prostovoljci nekaj ur na dan, kar pomeni, da so odgovorni za sprejem uporabnikov in obiskovalcev, na voljo so jim za pogovor, druženje in vzajemno pomoč. Poleg njih se v Karnhusetu vedno najdejo tudi švedski in tuji študenti socialnega dela, psihologije in delovne rehabilitacije, ki prihajajo v hišo po nove praktične izkušnje.

4.1.4. Glavne dejavnosti

Primaren namen drop-in centra nudenje prostora za srečevanje in druženje ljudi s težavami v duševnem zdravju. Ves program, ki ga ob tem izvajajo, je nastal iz potreb in s predlogi uporabnikov. Ob petkih ob 13.00 imajo uporabniki in zaposleni sestanek, kjer se pogovarjajo o prejšnjem tednu ter o načrtih za naslednje dneve. Tukaj ima vsak prostor, da spregovori o svojih občutkih, predlogih, idejah, s katerimi soustvarjajo aktivnosti drop-in centra. Na teh sestankih dajejo uporabniki pobude za aktivnosti, ki jih velikokrat izvajajo prav sami. Tako uporabnik uči druge uporabnike plesati salso, spet žena drugega uporabnika ob četrtkih zvečer izvaja jogo, tretji uporabnik organizira turnir biljarda, uporabnica, ki je aktivna na umetniškem področju, organizira razstavo svojih slik itn.

Poleg tega pa obstajajo stalnice, ki krojijo vsakdan Karnhuseta. Vsak prvi četrtek v mesecu imajo v hiši glasbeni večer, kamor povabijo uporabnike, lokalne skupine in vse, ki jih to zanima. Ostali navadni četrtki so rezervirani za filmske večere. Ob ponedeljkih se srečujejo mladi in ob sredah zvečer ženske. Srečanja mladih največkrat spremlja zaposlena in skupaj z njimi kroji program, medtem ko je srečanje žensk povsem brez prisotnosti zaposlenih. Ob vikendih pa je, kot sem že omenila, čas za odprto kuhinjo. V teh dneh kuhajo zaposleni poceni kosila za uporabnike, ki se z veseljem odzovejo povabilu.

Poleg vseh aktivnosti imajo tudi delovno usmerjen program, predvsem za ljudi, ki pridejo tja preko zavoda za zaposlovanje. Ti ljudje imajo v dnevu obveznosti, kot so skrb za čistočo, pomoč pri strežbi, pomoč v kuhinji, s tem namenom, da dobijo izkušnje z delom in podlago za kasnejšo zaposlitev. V času mojega raziskovanja je bil v tem programu le en uporabnik.

Ključ celotnega programa in vseh dejavnosti je v tem, da uporabniki dobijo izkušnjo vpliva in participacije v svojem življenju.

4.1.5. Financiranje in sodelovanje z drugimi ustanovami

Glavni del denarja za financiranje drop-in centra pride od občine, od socialnih služb in Nacionalnega združenja za duševno zdravje, ki financira njihove projekte. V lanskem letu

2013 so jim namenili 57.000 evrov za kulturne dejavnosti, predlansko leto je bilo za projekte v zvezi z zdravjem, pred tem pa za projekte, namenjene mladim. Tudi kraljica Viktorija ima poseben sklad, ki financira različne aktivnosti in od tam tudi dobivajo denar. Zaposleni izpostavlja, da denar, ki ga dobijo od občine, pokrije zgolj delovanje obeh hiš. Zato se prijavljajo na čim več razpisov, da dobijo dodaten priliv. Imajo svojo menedžerko, ki jo radi pohvalijo, saj ima razširjeno socialno mrežo, pozna veliko organizacij, zato ve, na katere razpise in kdaj se je potrebno prijavljati.

So neprofitna organizacija, zato ves denar, ki pride, vnesejo nazaj v drop-in center – v zaposlovanje, izobraževanje in nadgradnjo.

Radi sodelujejo z različnimi organizacijami, bolnišnicami in fakultetami, saj tako širijo svoje poslanstvo in ljudem nudijo nove informacije iz področja duševnega zdravja. Vedno več ljudi pozna njihovo delo in je z njim tudi zadovoljno. Tako jih je npr. lani občina nagradila s kar nekaj denarja za dobro delo in z namenom, da jih spozna še več ljudi.

Sodelujejo tudi s centrom za socialno delo in zavodom za zaposlovanje, ki priporočajo ljudem, naj pridejo na delavno rehabilitacijo v Karnhuset. Poleg tega pa se jim zdi pomembno tudi sodelovanje s psihiatrijo. Menijo, da ljudje potrebujejo široko mrežo ustanov in organizacij, da čim bolje in čim hitreje okrevajo. Ko se ljudje vrnejo iz zdravljenja, je nato drop-in center tisti, ki jim nudi podporo v skupnosti. Obenem se, če se ljudem zdravstveno stanje izrazito poslabša, z dovoljenjem uporabnika strokovni delavci posvetujejo s psihiatričnim oddelkom za najbolj učinkovito pomoč. Težijo k sodelovanju in ne izključevanju med strokami, saj ljudje s težavami v duševnem zdravju potrebujejo celovito mrežo pomagajočih poklicev.

4.2. PARTNERSKA UPORABNIŠKA ORGANIZACIJA

4.2.1. Možnost resničnih izbir in participacija uporabnikov

Možnost izbire drop-in centra

Možnost resnične izbire uporabnika v kakršnikoli ustanovi se začne že pri tem, kakšno možnost je imel pri izbiri socialne službe, katere storitve uporablja. Vsi intervjuvanci so prišli v drop-in center Karnhuset prostovoljno, po svoji odločitvi. Uporabnik C in uporabnica A sta slišala za prostor, kjer *»se družijo ljudje s podobnimi težavami, pa še hrana in pijača sta tam poceni.«* Po prvih dobrih občutkih sta tako nadaljevala z obiskovanjem Karnhuseta. Ostala dva intervjuvanca sta prišla v hišo na predlog strokovnjakov, ki so jima priporočali obisk, saj naj bi si tam ljudje s težavami v duševnem zdravju medsebojno pomagali. Vsi so tako prišli v drop-in center in tam ostali po svoji odločitvi.

Participacija v drop-in centru

Vsi prihajajo v Karnhuset dnevno in vsak na svoj način sodelujejo v hiši. 61-letna uporabnica A je tukaj vsak dan, saj je zaposlena za polovični delovni čas. Ko je po moževi smrti postala brezposelna, jo je center za socialno delo poslal na delovno rehabilitacijo v neko drugo organizacijo. Ko jo je opravila, ji je vodja Karnhuseta ponudila delo. Potrebovali so namreč nekoga, ki bi za polovični delovni čas delal v hiši, in sicer bi bil odgovoren za prodajo hrane in pijače, skrbel za blagajno ter postregel ljudi, ki bi prišli na druženje v hišo. Njeno delo torej izgleda tako, da ima pri sebi vedno ključe od blagajne, da lahko postreže ljudi, ki pridejo. Če strank ni, se preprosto druži z ostalimi. Ko nekdo hoče nekaj iz bara, pozvoni na zvonec in ona pride in postreže. Uporabnik B tudi aktivno participira v hiši, saj je eden izmed tistih petih prostovoljcev, ki so zadolženi za to, da sprejemajo obiskovalce drop-in centra in so jim na razpolago za pogovor in pomoč. Če se ne druži z ljudmi, pomaga pri čiščenju posode, strežbi v kavarni in občasno prevzame tudi telefon in klice ljudi. Aktivno participara tudi s tem, ko organizira in izvaja tedenski tečaj salse. Uporabnika C in D sta redna obiskovalca centra. Oseba C prihaja vsak dan, medtem ko uporabnik D največkrat takrat, ko imajo srečanja mladih. Uporabnik C pride na malico v kavarno in na druženje z zaposlenima,

aktiven pa je tudi tako, da igra v dveh glasbenih skupinah v organizaciji ter se udeležuje tečaja joge, ki ga je predlagal in organiziral sam. Najmlajši izmed intervjuvancev, uporabnik D pa, kot sem že omenila, prihaja na tedenska srečanja mladih ter se občasno ustavi v drop-in centru, ko se s prijatelji zmenijo za igro biljarda. Še bolj aktiven je postajal prav v dnevih, ko je potekal najin intervju, saj se je z zaposlenim zmenil, da bo v glasbenem studiu posnel nekaj svojih avtorskih pesmi.

Vsi moji intervjuvanci so tako izjemno aktivni v drop-in centru. Vendar pa pogovor z zaposlenim razkrije, da ni vedno tako. Pove, da je veliko uporabnikov, ki dneve preživijo ob kokakoli, sladkarijah in kajenju cigaretov. Nekateri izmed njih so tako zgolj pasivni prejemniki storitev, ki nočejo sodelovati, *»saj zakaj pa bi delali, če so tu zaposleni, ki so plačani za delo.«* Nadaljuje pa s tem, da je velika večina ljudi aktivnih in je to zelo pomembno, saj so uporabniška organizacija, ki teži k temu, da bo nekoč popolnoma vodena s strani uporabnikov. Namen drop-in centra je, da bodo sčasoma uporabniki sami skrbeli za hišo in aktivnosti v njej.

Vpliv na odločitve

Vsi intervjuvanci so mnenja, da če hočeš imeti vpliv na odločitve v drop-in centru, ga imaš. Pri tem poudarjajo pomembnost tedenskih sestankov ob petkih, ki so namenjeni prav temu, da ima vsak uporabnik prostor za pripombe, pritožbe, pohvale in predloge. Uporabnica A in uporabnik B sta na tedenskih sestankih prisotna skoraj vedno, medtem ko sta uporabnika C in D prisotna občasno. Uporabniki A, B in C so na sestankih že predlagali ideje o aktivnostih ter jih kasneje tudi izvedli. Uporabnica A pravi: *»Kadar hočemo kakšno spremembo, kadar imamo idejo, jo predlagamo in skupaj prediskutiramo. Če se odločiš, da boš nekaj organiziral, moraš povprašati, koliko ljudi je za to, moraš pa tudi prevzeti odgovornost, da to spelješ. Seveda, če pri tem potrebuješ pomoč, za njo brez zadrege povprašaš. Ljudje so običajno pripravljeni pomagati.«* In tako je uporabnica organizirala bowling večer, uporabnik B tečaj salse in tečaj masaže, uporabnik C pa s pomočjo zaposlenega redno organizira glasbene večere ter tečaj joge. Uporabnik B tekom intervjuja večkrat izpostavi, da je to njihova hiša, ki brez uporabnikov propade. Nudi jim možnost, da jo ustvarijo zase in po svoji izbiri. Uporabnik D pa pove, da se mu zdijo tedenski sestanki včasih dolgočasni, zato se jih

udeleži le takrat, ko ima kaj za podeliti z ostalimi oziroma se sestanki tičejo njegovega življenja. Tako se ga je udeležil en teden nazaj, ko je ljudem povedal, da bosta skupaj z zaposlenim posnela njegove avtorske pesmi. Uporabnik C izpostavi tudi to, da so sestanki smiselni tudi zaradi pritožb, ki jih imajo ljudje. Ko te kaj moti, lahko to poveš v varnem prostoru pred vsemi, lahko pa oddaš anonimno pismo v škatlo pritožb, ki se jo na sestanku odpre, prebere vsebino in se o njej pogovori. Na vprašanje, če so se oni že kdaj uradno pritožili, so uporabniki A, B, C odgovorili, da ne. Povedali pa so, da če imajo komu kaj za povedat, se s tem človekom osebno pogovorijo in na ta način razrešijo situacijo. Uporabnik C je izpostavil, da so se ljudje že pritožili, vendar v tem ne vidi nič slabega, saj je pritožba priložnost, da nekaj spremenijo. Sam bi se pritožil samo nad tem, da si včasih zaposlena ne vzameta zanj toliko časa, kot bi si ga želel.

Uporabniki A, B in C so vsi mnenja, da imajo vpliv na odločitve in spremembe v hiši, in to tudi izkoristijo z organiziranjem različnih aktivnosti, medtem ko najmlajši uporabnik D na temo vpliva še nima dosti izkušenj, razen tega, da se občasno udeleži tedenskih sestankov, če se tičejo njega.

Iz intervjuja z zaposlenim pa izvem, da nastane problem, če imajo uporabniki predloge za spremembe in projekte, ki stanejo. Takrat se po navadi najprej zaposleni pogovorijo med seboj in nato še s predsednico ter se skupno odločijo, kaj narediti. Skratka, pri velikih odločitvah uporabniki nimajo vpliva. Kljub temu pa zaposleni zaključi s tem, da *»tukaj, ne moremo, ne smemo reči ne predlogu. Tudi če v srcu veš, da obstaja malo možnosti, da projekt uspe, uporabniku ne smeš reči ne in mu vzeti zagnanosti in samoiniciative.«*

4.2.2. Odnosi

Odnosi med uporabniki

Vsi intervjuvani uporabniki opišejo odnose, ki jih imajo z ostalimi uporabniki, kot dobre. V odnosih z drugimi dobivajo izkušnjo medsebojne pomoči, sprejemanja, spoštovanja in potrpežljivosti.

Uporabnica A in uporabnik B sta izpostavila še to, da kadarkoli sta v sporu s kakšnim človekom, se z njim pogovorita in se potrudita za rešitev spora. Pri tem ne potrebujeta posredovanja zaposlenih, saj *»smo sposobni sami rešiti zadeve.«* V vseh teh letih se naj bi zgodilo samo enkrat, da je pri reševanju sporov moral posredovati zaposleni, da ni prišlo do pretepa in poškodb.

Odnosi med uporabniki in zaposlenimi

Vsi intervjuvani uporabniki opišejo odnose z zaposlenimi kot zelo dobre. Zaposlene opišejo kot dostopne, prijateljske in spoštljive osebe, vedno pripravljene na pogovor. Uporabnik D izjavi, da še v nobeni socialni službi do sedaj ni imel tako dobrih odnosov z zaposlenimi. Uporabnica A in uporabnik C pa odnose celo opišeta kot prijateljske. Tudi zaposleni izjavi, da je z nekaterimi uporabniki postal zelo dober prijatelj. Uporabnica pove, da kdaj sliši opravljanje zaposlenih s strani uporabnikov, vendar malokrat. Kadar se to zgodi, ljudem priporoči, da se o tem pogovorijo z zaposlenimi, saj obstaja v hiši pravilo, ki pravi, da se o ljudeh ne govori za hrbtom, ampak se jim stvari pove v obraz.

Kljub temu pa je včasih v odnosih začutiti hierarhijo in nadrejenost zaposlenih. Zaposleni pove, da je potrebno v nekaterih primerih biti nadrejen in strikten. Sam je v taki vlogi predvsem in samo takrat, ko je uporabnikom vseeno za organizacijo in samo pasivno sprejemajo ponujene storitve. Želi si, da bi se zavedali tega kar imajo in postali aktiven del uporabniške organizacije.

4.2.3. Krepitev moči

Spremembe pri uporabnikih odkar obiskujejo drop-in center

Ko govorimo o krepitvi moči, mislimo na pridobitev moči in pozitivne spremembe pri uporabnikih, ki obiskujejo socialno ustanovo. V primeru drop-in centra so prav vsi uporabniki govorili le o pozitivnih spremembah, ki so jih doživeli v letih, odkar prihajajo v Karnhuset. Dva izmed intervjuvancev sta spremembe opisala kot pridobitev ponovne volje do življenja ter sprejemanje samega sebe in svoje oviranosti, uporabnica A je postala močnejša in trdnejša,

uporabnik C samozavestnejši, uporabnik B pa govori o tem, da je odkril v sebi človeka, ki je dober in rad pomaga. Vsi razen uporabnika C so tudi razširili svoje socialno omrežje znotraj uporabniške organizacije, dva izmed njih pa tudi izven drop-in centra.

Kako zaposleni krepijo moč uporabnikom?

Uporabniki so nad strokovnjaki v organizaciji navdušeni. Opisujejo jih kot drugačne od tistih, s katerimi so imeli izkušnje pred tem. Dva izmed uporabnikov jih opišeta kot človeške, saj se ne skrivajo za svojo strokovnostjo, ampak znajo pokazati tudi človeško plat. Prav ista uporabnika spregovorita o tem, da sta kdaj ona dva tista, ki pomagata zaposlenim, če imajo težave in obratno. Uporabnik C jih opiše kot dostopne in odprte, uporabnik D pa izpostavi tudi to, da znajo v njih videti potencial. Prav v njemu je namreč zaposleni prepoznal glasbeni talent in ga podprl pri snemanju glasbe.

Tekom moje udeležbe v organizaciji pa sem ugotovila, da kljub temu, da zaposleni nimajo osebnih izkušenj s psihiatrijo, so vsi doživeli neko socialno stisko v preteklosti. To je mogoče tudi odgovor na njihovo "človeškost".

4.2.4. Normalizacija

Normalizacija je proces, prek katerega skušamo ustvariti iste pogoje za življenje vsakega posameznika, ne glede na njegovo oviranost. Preko intervjujev in analize dnevnika sem ugotovila, da je normalizacija pri uporabnikih vidna predvsem pri vključevanju lokalne skupnosti v delo drop-in centra ter preko delovne rehabilitacije in nudenja zaposlitve.

Vključenost drop-in centra v lokalno skupnost

To, da se drop-in center vključuje v skupnost in da imajo uporabniki prijatelje tudi izven Karnhuseta, pozitivno vpliva na njihovo dojemanje samega sebe. Tako npr. uporabnica A pove: *»Kar se tiče prijateljev izven Karnhsueta ... jih imam! Še iz "boljših časov", ko je bil mož še živ. Ti nas tudi pridejo obiskat v hišo, kar je super, ko pridejo tudi "ta normalni", si*

tudi mi mislimo, da nismo tako napačni, da se oni pogovarjajo z nami.« Pozitivno pa vpliva tudi na lokalno skupnost in na njihovo gledanje ljudi s težavami v duševnem zdravju. Uporabni D pove, da se z glasbeno skupino pripravljajo na koncert v podporo podiranju predsodkov o duševni bolezni. Predsodke podirajo tudi z vsakomesečnim glasbenim večerom, ki je močno obiskan predvsem s strani meščanov. Povezovanje ljudi iz in v drop-in centru tako pomaga uporabnikom pri okrevanju, ljudem iz skupnosti pa pri sprejemanju duševne bolezni.

Delo

Edina, ki je kot uporabnica zaposlena v drop-in centru, je uporabnica A. Tekom pogovora večkrat izpostavi to, da ji delo daje občutek normalnosti, koristnosti in pripadnosti, ter da ji veliko pomeni, ko za delo dobiva pravično plačilo, s katerim se lahko preživi tekom meseca.

Tudi zaposleni vidi delo kot enega izmed najpomembnejših vidikov, pri vključevanju ljudi v družbo, hkrati pa tudi kot enega največjih problemov, s katerimi se ukvarjajo. Večina uporabnikov je namreč brezposelnih, skoraj vsi pa si dela želijo, vendar ga zaradi njihove bolezni in predsodkov delodajalcev ne dobijo. V drop-in centru sicer imajo program delovne rehabilitacije, vendar ne za veliko ljudi, saj po besedah zaposlenega delovna rehabilitacija ni njihov prvotni namen.

5. RAZPRAVA

V prvem delu svoje raziskave sem se torej osredotočala na samo uporabniško organizacijo, na njeno delovanje, storitve, financiranje itn. Prišla sem do ugotovitev, da je uporabniška organizacija RSMH že tekom svojih začetkov tesno sodelovala s strokovnjaki. V njih je našla podporo in korist, zaradi katere se je samo še bolj okrepila in razširila po celotni Švedski. Tako tudi drop-in center Karnhuset tesno sodeluje s strokovnjaki. V njim so trenutno zaposleni 4 strokovnjaki, ki imajo predvsem nalogo srečevanja in druženja z ljudmi ter skrb za hišo in praktične zadeve. Med njihovimi nalogami ni skrb za financerje in dotok denarja v organizacijo, saj za to skrbi njihova menedžerka, ki je usposobljena in zelo dobra na področju financ. Glavni del denarja za financiranje drop-in centra pride od občine, od socialnih služb in Nacionalnega združenja za duševno zdravje, ki financira njihove projekte. Občine in različne organizacije tako podpirajo delovanje uporabniške organizacije. Sodelujejo tudi s centrom za socialno delo in zavodom za zaposlovanje, ki priporočajo ljudem, naj pridejo na delavno rehabilitacijo v Karnhuset. Poleg tega pa se jim zdi pomembno tudi sodelovanje s psihiatrijo, saj menijo, da ljudje potrebujejo široko mrežo ustanov in organizacij, da čim bolje in čim hitreje okrevajo. Težijo k sodelovanju in ne izključevanju med strokami, saj ljudje s težavami v duševnem zdravju potrebujejo celovito mrežo pomagajočih poklicev.

Glede na zgornje rezultate pridemo do zaključka, da se je bilo uporabniški organizaciji v mojem primeru veliko lažje obdržati na področju skupnostne oskrbe ljudi s težavami v duševnem zdravju predvsem zaradi sodelovanja s strokovnjaki, menedžerke, ki skrbi za finance in sodelovanja s psihiatrijo. Po Chamberlin (Lamovec 1995) bi lahko celotno uporabniško organizacijo RSMH uvrstili v drugo kategorijo, v suportivno organizacijo, ker je sicer kritična do psihiatrije in sistemov duševnega zdravja, vendar pa z njimi sodeluje, hkrati pa v njenih vrstah najdemo ljudi, ki niso uporabniki, vendar ti ne zasedajo večine mest in vodilnih položajev. Malo drugačen pa je njen neodvisen del, drop-in center Karnhuset, ki pravzaprav spada v tretjo kategorijo in skupaj s psihiatrijo in strokovnjaki tvori partnerski model. Karnhuset namreč vodijo strokovnjaki, v nekaterih aktivnostih pa tudi z njimi sodelujejo. Psihiatrijo vidijo kot pomemben člen pri pomoči ljudem s težavami v duševnem zdravju, svoje storitve pa kot dopolnilo in ne kot alternativo psihiatričnim storitvam.

Z analizo rezultatov sem nato prišla do teme hierarhije v partnerski uporabniški organizaciji. Kar nekaj avtorjev, med njimi tudi Mosher in Burti (1933: 100) trdi, da je značilnost uporabniških organizacij minimalna hierarhija ali pa te sploh ni. Že v teoretskem delu sem problematizirala to izjavo, saj je očitno, da za samo delovanje organizacije hierarhija mora obstajati. Tudi Lamovec (1997) recimo trdi, da je potrebna organizacija in koordinacija, ko se organizacija odloči za izvedbo nekega projekta, in to je mogoče le, če ima oseba, ki organizira, nekoliko več moči kot ostali. Če je ne bi imela, je ostali ne bi upoštevali. Avtorica pa nadaljuje s tem, da je vprašanje moči v mnogih uporabniških organizacijah tabu, o katerem se ne sme govoriti in ki je pravzaprav razbil že mnogo katero organizacijo ter da pravzaprav še nikoli ni bilo uporabniške organizacije, ki bi vsaj približno dosegla ideal nehierarhične strukture (Lamove 1997:210). Torej, dejstvo, da obstaja hierarhija in različna koncentracija moči znotraj uporabniških organizacij, drži. Videmšek (2012) pa vidi problem v tem, da je v uporabniški organizaciji po navadi koncentracija moči zgolj na enem človeku, ki pa npr. v času svoje krize in težav ne zmore sam voditi organizacije in le-ta zaradi tega propade. Z rezultati, ki sem jih dobila pri študiji primera, se kaj takega na Švedskem niti ne more zgoditi, saj je partnerska uporabniška organizacija hierarhično urejena, koncentracija moči pa je razporejena med zaposlene in uporabnike.

S hierarhično ureditvijo mislim predvsem to, da je je na vrhu združenja Karngarden, ki je sestavljen iz drop-in centra Karnhuset in še iz drugega drop-in centra, predsednica kot najvišja oseba v združenju, njej pa sledijo še zaposleni (za poln delovni čas, polovični itd.) in uporabniki (člani, prostovoljci, obiskovalci) s svojim svetom. Hierarhija tako obstaja med samimi zaposlenimi, uporabniki in zaposlenimi ter med samimi uporabniki. Predsednica je tista, ki skrbi za zaposlovanje, financiranje in sprejemanje večjih odločitev, ki zahtevajo večji finančni vložek. Svoj sedež ima izven Karnhuseta. V samem drop-in centru tako najdemo samo uporabnike in zaposlene, med katerimi sprva ne opazimo razlik. Imajo skupne toaletne prostore, skupno kuhinjo, prostore za druženje, le mala pisarna z zaklenjeno blagajno opozarja na to, da ni dostopna vsakomur. Ključe zanjo imajo samo zaposleni. Drugače se hierarhije ne opazi.

In prav zato, ker se je ne opazi, sem se odločila za intervjuje z uporabniki, da izvem, kakšen je pravzaprav njihov vpliv in moč odločanja v Karnhusetu. Že to, da v uporabniški organizaciji obstajajo zaposleni strokovnjaki, bi nekatere avtorje prepričalo, da uporabniki

nimajo vpliva na odločitve. Lamovec (1997) dopušča to možnost in pravi, da dokler vse pomembne odločitve sprejemajo uporabniki, lahko organizacijo še vedno kličemo uporabniška. Mosher (1933) tukaj dodaja, da naj bi uporabniki upravljali z vsemi zadevami, vključno z zaposlovanjem ljudi, njihovim odpuščanjem ter denarnimi obveznostmi. V drop-in centru Karnhuset je, kot sem že zgoraj omenila, predsednica združenja tista, ki zaposluje ljudi ter upravlja z denarnimi zadevami. Lahko tu sploh govorimo o vplivu in participaciji uporabnikov?

Participacijo razumemo kot sodelovanje z večjim ali manjšim vplivom na odločitve. Zanjo je pogoj to, da so uporabniki vključeni v procese odločanja, vendar pa to še ne zagotavlja kakovostne participacije. Za kakovostno participacijo je potrebna moč, da vplivamo na odločitve. (Škerjanc 2007: 239).

Intervjuvanci so vsi izjavili, da aktivno participirajo v drop-in centru. Njihova participacija je različna - od dela za polovični čas v kavarni Karnhuseta, prostovoljca, ki je na voljo za pomoč ljudem, organiziranja in sodelovanja v dnevnih aktivnosti, do skrbi za hišo. Ker sem očitno v raziskavo vključila intervjuvance, ki so zelo aktivni v organizaciji, tukaj omenjam še zaposlenega, ki izpostavi, da je veliko uporabnikov, ki nočejo sodelovati v drop-in centru in so zgolj pasivni prejemniki storitev.

Vsi intervjuvanci so mnenja, da če hočeš imeti vpliv na odločitve v drop-in centru, ga imaš. Pri tem poudarjajo pomembnost tedenskih sestankov ob petkih, ki so namenjeni prav temu, da ima vsak uporabnik prostor za pripombe, pritožbe, pohvale in predloge. Sestanki so smiselni tudi zaradi pritožb, ki jih imajo ljudje. Ko jih kaj moti, lahko tako povejo v varnem prostoru pred vsemi, lahko pa oddajo anonimno pismo v škatlo pritožb, ki se jo na sestanku odpre, prebere vsebino in se o njej pogovori. Intervjuvanci se niso še nikoli uradno pritožili, so se pa s človekom, s katerim imajo težavo, osebno pogovorili in na ta način razrešili situacijo. V pritožbi ne vidijo nič slabega, saj je pritožba priložnost, da nekaj spremenijo.

Škerjanc (2007: 240-243) področja participacije razdeli na socialno varstvo, izobraževanje in raziskovanje. Uporabniki naj bi torej kot svetovalci v upravnih odborih proučevali in načrtovali socialnovarstvene storitve v širšem pomenu, vzpostavljali storitve in podporo, ki bi jih sami nadzorovali, poklicno usposabljali izvajalce storitev, seznanjali širšo javnost o svojih dosežkih ter delali raziskave na področju socialnega varstva. Participacija se torej povezuje z

vplivom zainteresiranih in udeleženih strank. Je nujno in nepogrešljivo načelo pri oblikovanju, izvedbi in ocenjevanju socialnovarstvenih storitev. Participacija v drop-in centru Karnhuset je po zgornjem opisu tako omejena zgolj na vzpostavljanje storitev v organizaciji ter občasno na seznanjanje širše javnosti. Uporabniki tako predvsem organizirajo dnevne aktivnosti in sodelujejo v njih, edina izmed njih je tudi zaposlena za polovični delovni čas v kavarni. Kar se tiče vpliva in moči odločanja, uporabniki sicer trdijo, da ga imajo, vendar pa iz raziskave ugotovim, da je pri večjih odločitvah, kar se tiče zaposlovanja, odpuščanja, financiranja, predsednica združenja tista, ki se odloča s posvetovanjem zaposlenih.

Po pridobljenih zgornjih rezultatih se torej sprašujem, ali lahko drop-in centru Karnhuset rečemo uporabniška organizacija ali ne? Po definicijah nekaterih avtorjev ne, po definicijah drugi ja. Kaj pa je tisto, kar poleg vpliva na odločitve ter participacija uporabnikov v vseh zadevah v uporabniških organizacijah še tvori skupnost, ki ji lahko rečemo uporabniška? Uporabniki, s katerimi sem naredila intervjuje, so izpostavili še nekatere ključne točke, ki pa se po mojem mnenju ne tičejo samo uporabniških organizacij, ampak zajemajo vse socialnovarstvene ustanove, in sicer pomembnost dobrih odnosov med uporabniki ter uporabniki in zaposlenimi, krepitev moči in normalizacija, ki predstavljajo skupno reševanje problemov za izboljšanje življenjske situacije uporabnika.

Z analizo rezultatov sem prišla do zaključka, da uporabniki v uporabniški organizaciji dobivajo predvsem izkušnjo medsebojne pomoči (*»Pomagam ljudem, se pogovarjam z njimi, ko imajo težave. To je kot ogledalo: Ko ima nekdo težave, pove drugemu in drugi razume, ker imata podobno izkušnjo. Včasih sem jaz tisti, ki pomaga, drugič sem tisti, ki potrebuje pomoč.«*), sprejemanja (*»Jaz se velikokrat ne počutim prav dobro, zaradi bolezni, pa vseeno pridem sem – ljudje me pustijo na miru, če vidijo, da mi ni do pogovora. Cenim to. Pa mi zelo pomaga, da pridem. Da so ljudje okrog, pa da sem lahko to kar sem.«*), spoštovanja in potrpežljivosti (*»Imamo izkušnjo duševne bolezni, zato se razumemo. In iz tega razumevanja pride spoštovanje, potrpežljivost in solidarnost.«*). Tudi Lamovec (1996: 206) pravi, da uporabniki najdejo v odnosih solidarnost in razumevanje, da pa jim po drugi strani lahko ti odnosi otežijo vključevanje v širšo skupnost. Uporabniki, ki se družijo zlasti med sabo, tvegajo, da jih bo skupina podobnih vsrkala, s tem pa bodo postali marginalizirani. Cena za izogibanje tem stikom pa je lahko izguba vseh pristnih odnosov ali pa socialna izolacija.

Intervjuvancem je pomembno, da ohranjajo in vzpostavljajo stike tudi izven drop-in centra, saj jim to daje občutek lastne vrednosti in pripadnosti, lokalni skupnosti pa takšni odnosi odpirajo nove poglede na področju duševnega zdravja. Poleg občutkov lastne vrednosti in pripadnosti pa so v letih obiskovanja Karnhuseta uporabniki dosegli še druge pozitivne spremembe. Med njimi naštejejo ponovno voljo do življenja ter sprejemanje samega sebe in svoje oviranosti, osebnostno rast, pridobitev samozavesti ter širitev socialnega omrežja. Iz tega sklepam, da gre pri uporabniških organizacijah, ne glede na to, kakšne so, s kom sodelujejo, kakšen odnos imajo do psihiatrije, predvsem za medsebojno pomoč ljudi s podobnimi izkušnjami, krepitev moči in destigmatizacijo svojega položaja.

Raziskava je študija primera in njen namen ni bil posploševanje uporabniških organizacij, ampak raziskovanje dotične organizacije in razlogov za njeno dobro delovanje. Mislim, da sem iz intervjuja z zaposlenim, z analizo svojih dnevniških zapisov ter udeležbo z opazovanjem dobila odgovore na vprašanja, ki so se dotikala same organizacije, njenega delovanja, financiranja, hierarhije itn. Bolj kritična pa sem do dela, kjer sem raziskovala vpliv in participacijo uporabnikov v organizaciji. Z majhnim številom intervjuvancev, ki so se sami javili za spraševanje, sem dobila vzorec štirih ljudi, ki so že tako ali tako izjemno aktivni v drop-in centru. Vzorec ni zajemal uporabnikov, ki niso aktivni in imajo mogoče drugačen pogled na samo sodelovanje in vpliv, odnose z drugimi itd. Sem pa pridobila vpogled v uporabniško organizacijo in njene sestavine ter si navsezadnje naredila podlago za kasnejše magistrsko delo, ki bo po vsej verjetnosti vsebovalo primerjavo uporabniških organizacij v Sloveniji in na Švedskem.

6. SKLEPI

Študija primera je pokazala, da je uporabniška organizacija RSMH in njen drop-in center Karnhuset že od svojih začetkov v tesnem sodelovanju s strokovnjaki, v katerih je našla podporo in korist. Strokovni socialni delavci so zaposleni v drop-in centru, sodelujejo s psihiatrijo, socialnimi službami in drugimi organizacijami.

Sodelovanje s strokovnjaki jim koristi pri samem financiranju organizacije ter, po njihovem mnenju, pri celoviti pomoči ljudem, da čim bolje in čim hitreje okrevajo.

Glavni financer organizacije je občina, svoj delež pa prispevajo tudi socialne službe in Nacionalno združenje za duševno zdravje. Zaposleno imajo svojo menedžerko, ki organizacijo prijavlja na razpise.

Organizacija je hierarhično urejena - predsednica kot najvišja oseba v združenju, zaposleni za poln, polovični itn. delovni čas, uporabniki kot člani, prostovoljci ali obiskovalci. Hierarhija tako obstaja med samimi zaposlenimi, uporabniki in zaposlenimi ter med samimi uporabniki.

Participacija intervjuvanih uporabnikov je različna - od dela za polovični čas v kavarni Karnhuseta, prostovoljca, ki je na voljo za pomoč ljudem, organiziranja in sodelovanja v dnevnih aktivnosti, nastopanja v javnosti, do skrbi za hišo. Njihova participacija je omejena zgolj na vzpostavljanje storitev v organizaciji ter občasno na seznanjanje širše javnosti.

Uporabniki trdijo, da imajo v drop-in centru vpliv in moč odločanja. Trdijo, da ima vsak, ki to hoče, vpliv na odločitve. Pri tem poudarjajo pomembnost tedenskih sestankov ob petkih, ki so namenjeni prav temu, da ima vsak uporabnik prostor za pripombe, pritožbe, pohvale in predloge. V raziskavi pa ugotovim, da je pri večjih odločitvah, kar se tiče zaposlovanja, odpuščanja, financiranja, predsednica združenja tista, ki se odloča s posvetovanjem zaposlenih.

Skozi procese normalizacije, krepitve moči in vzpostavljanja in ohranjanja dobrih odnosov okrog sebe pa uporabniki dobivajo izkušnjo medsebojne pomoči, sprejemanja in spoštovanja, kar krepi njihove občutke lastne vrednosti in pripadnosti ter pripomore k sprejemanju samega sebe in svojih težav. Uporabniki tako pridobijo tudi višjo samozavest, osebnostno zrastejo in razširijo svoje socialno omrežje.

Iz tega sklepam, da gre pri uporabniških organizacijah, ne glede na to, kakšne so, s kom sodelujejo, kakšen odnos imajo do psihiatrije, predvsem za medsebojno pomoč ljudi s podobnimi izkušnjami, krepitev moči in destigmatizacijo svojega položaja.

7. PREDLOGI

Glede na to, da je drop-in center partnerska uporabniška organizacija, kjer sicer obstaja sodelovanje med uporabniki in strokovnjaki, vendar pa razlikovanje med njimi ostaja dokaj jasno opredeljeno, bi predlagala načine, da se razmerja moči med uporabniki in zaposlenimi vsaj malo razporedijo. S tem mislim predvsem na to, da bi uporabniki morali prevzeti nekatere vodilne položaje in imeti več vpliva pri zaposlovanju, odpuščanju in financiranju, delo strokovnjakov pa bi bilo potrebno bolj omejiti na dajanje tehničnih informacij v zvezi zdravili in zdravljenjem, materialno pomočjo v smislu pisarn, materiala ter dostopnostjo tistih ljudi, ki lahko uporabnikom pomagajo doseči cilje.

Strokovnjaki bi se morali zavestno odpovedati moči, ki jim je samoumevno dana, ter jo podeliti uporabnikom. Ne zgolj tako, da jih vključujejo v načrtovanje in izvedbo aktivnosti, temveč tudi tako, da se uporabnikom omogoči enakovreden izhodiščni položaj pri prevzemanju vodilnih mest v organizaciji ter enaka izhodišča pri zaposlovanju uporabnikov v partnerski uporabniški organizaciji. Za popolno participacijo uporabnikov pa bi jih bilo potrebno vključiti v poklicno usposabljanje izvajalcev storitev ter v uporabniško raziskovanje.

Ni potrebno, da uporabnike zaposlijo samo pri upravljanju drop-in centra in kavarne v njem, veliko število bi jih lahko dobilo zaposlitev prav na področju usposabljanja izvajalcev psihiatričnih storitev ter pri uporabniškem raziskovanju.

Predlagala bi tudi to, da se uporabniški organizaciji, ki temelji na partnerskemu modelu, ne reče več uporabniška organizacija, ker to pravzaprav ni. Je zgolj organizacija, v kateri imajo uporabniki malo več vpliva in moči za odločanje, kot ju imajo uporabniki v drugih socialnovarstvenih ustanovah, razlike med prejemniki in ponudniki pomoči pa so še kako očitne.

8. VIRI

Beresford, P., Croft, S. (1993), *Citizen Involment.* London: The Macmillan Press LTD.

Borkman, T., Karlsson, M., Munn-Giddings, C., Smith, L. (2005), *Self help and mental help*. Sköndalsinstitutes Reaserch Department.

Brandon, D. (1990), *Pet principov normalizacije.* Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Brandon, D. Brandon, A., (1994), *Jing in jang načrtovanja psihosocialne skrbi.* Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Brunt, D. (2002), *Supported Housing in the Community for Persons with Severe Mental Illness.* Lund: Lund University. Diplomsko delo.

Ceglar, I. (2007), Možnosti za Astrid (Švedska). *Socialno delo, 46*, 4/5, 257-264.

Dekleva, B. (1993), Normalizacija – opredelitev pojma. V: Dekleva, B., *Življenje v zavodu in potrebe otrok (normalizacija).* Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani.

Dencker, K. (1992), *The closure of a mental hospital in Sweden – Long-term care patients and nursing staff facing relocation.* Göteborg: University of Göteborg. Doktorska disertacija.

Flaker, V. (1993), Kdor je z majhnim zadovoljen, velikega vreden ni. V: Dekleva, B., *Življenje v zavodu in potrebe otrok (normalizacija).* Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani.

Flaker, V. (1998), *Odpiranje norosti – Vzpon in padec totalnih ustanov.* Ljubljana: Založba/*cf.

Flaker, V., Kodele, T., Kranjec, B., Smole, A., Cigoj Kuzma, N., Urek, M., (2007), *Krepitev moči v teoriji in praksi.* Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Hansson, J.H. (1993), *Organizing Normality – Essays on Organizing Day Activites for People with Severe Mental Disturbances.* Linköping: The Institute of Tema Research.

Högberg, T. (2010), *'Not in my backyard' – Public Attitudes Towards Mental Illness and People with Mental Illness Living in Sweden.* Stockholm: Karolinska Institutet.

Jansson, L. (2005), *Needs of Support and Service in Mentally Disabled Clients.* Uppsala: Faculty of Medicine. Diplomsko delo.

Lačen, M., (2001), *Odraslost – osebe z motnjo v duševnem razvoju.* Ljubljana: Zveza Sožitje.

Lamb, H.R.&Bachrach, L.L. (2001). Some perspectives on Deinstitutionalization. *Psychiatric Services.* 52 (8), 1039-1045.

Lamovec, T. (1993), Provizorično bivanje: doživetje totalne institucije. *Socialno delo 32*, 3-4, 17-24.

Lamovec, T. (1995), *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup.* Ljubljana: Lumi.

Lamovec, T. (1996), Duševno zdravje v skupnosti skozi oči uporabnikov. *Socialno delo, 35,* 3, 197-216.

Lamovec, T. (1997), Cilji in dejavnosti evropskih organizacij uporabnikov psihiatrije. *Socialno delo, 36,* 3, 205-213.

Lamovec, T. (1998), *Psihosocialna pomoč v duševni stiski.* Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Lamovec, T. (2001), Uporabniška iniciativa in država. *Socialno delo, 40,* 1, 29-36.

Lamovec, T. (2003), Vpliv izkljuenosti z dela na kvaliteto življenja uporabnikov psihiatrije. *Socialno delo 32,* 3-4, 87-92.

Mosher L. R., Burti L. (1933), *Community mental health – Principles and Practice.* Kanada: Penguin Books Canada.

Ramon, S. (2003), Osrednja vloga dezinstitucionalizacije v socialnem delu in izobraževanju za socialno delo. *Socialno delo, 42,* 4/5, 211-218.

Skalar, V. (1993), Nekatere dileme v zvezi s problemom normalizacije vzgojnih zavodov. V: Dekleva, B., *Življenje v zavodu in potrebe otrok (normalizacija).* Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani.

Škerjanc, J. (2007), Prispevek uporabnikov k uveljavljanju participacije v socialnem varstvu in socialnem delu v Veliki Britaniji. *Socialno delo, 46,* 4/5, 239-244.

Videmšek, P. (2011), *Vpliv ljudi s težavami z duševnim zdravjem na delovanje skupnostnih služb za duševno zdravje v Sloveniji.* Ljubljana: Fakulteta za socialno delo. Doktorska disertacija.

Videmšek, P. (2012), Uporabniško raziskovanje kot produkcija znanja. *Socialno delo, 51,* 1/3, 115-125.

Videmšek, P. (2012), Vloga uporabniških gibanj pri spreminjanju vpliva uporabnikov. V: Rafaelič A., Flaker, V., *Časopis za kritiko znanosti: Iz-hod iz totalnih ustanov med ljudi.* Ljubljana: Študentska založba.

Videmšek, P. (2013), Vpliv družbenih gibanj na razvoj socialnega dela v Sloveniji. *Socialno delo, 52,* 2/3, 129-138.

Leskovšek, V. (2013), Pomen družbenih gibanj za socialno delo. *Socialno delo, 52,* 2/3, 101-111.

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

Zorn J., Leskošek, V. (2013), Socialno delo v gibanju. *Socialno delo, 52,* 2/3, 97-101.

Jesperson, M. The user organization in Sweden, the oldest and largest in the world. Dostopno na: http://www.tijdschriftdeviant.nl/teksten/arteng03.htm (3.2.2014).

Videmšek, P. Krepitev moči kot temeljno orodje socialnega dela. Dostopno na: https://www.google.si/search?q=Krepitev+mo%C4%8Di+ljudi+z+izku%C5%A1njami+na+podro%C4%8Dju+du%C5%A1evnega+zdravja+v+raziskovanju+in+izobra%C5%BEevanju%2C&oq=krepitev+mo%C4%8D&aqs=chrome.3.69i57j0l2j69i59j0l2.8683j0j4&sourceid=chrome&espv=210&es_sm=93&ie=UTF-8#q=Krepitev+mo%C4%8Di+ljudi+z+izku%C5%A1njami+na+podro%C4%8Dju+du%C5%A1evnega+zdravja+v+raziskovanju+in+izobra%C5%BEevanju+videm%C5%A1ek (17.2.2014)

Videmšek, P. Krepitev moči ljudi z izkušnjami na področju duševnega zdravja v raziskovanju in izobraževanju. Dostopno na:

https://www.google.si/search?q=%2C+Krepitev+mo%C4%8Di+ljudi+z+izku%C5%A1njami+na+podro%C4%8Dju+du%C5%A1evnega+zdravja+v+raziskovanju+in+izobra%C5%BEevanju&oq=%2C+Krepitev+mo%C4%8Di+ljudi+z+izku%C5%A1njami+na+podro%C4%8Dju+du%C5%A1evnega+zdravja+v+raziskovanju+in+izobra%C5%BEevanju&aqs=chrome..69i57.747j0j7&sourceid=chrome&espv=210&es_sm=93&ie=UTF-8#q=Videm%C5%A1ek+Krepitev+mo%C4%8Di+ljudi+z+izku%C5%A1njami+na+podro%C4%8Dju+du%C5%A1evnega+zdravja+v+raziskovanju+in+izobra%C5%BEevanju (12.1.2014).

Consumer/survivor-operated self-help programs: A tehnical report. Dostopno na: http://akmhcweb.org/docs/selfhelp.pdf (17.2.2014).

9. PRILOGE

Priloga 1: vsebinsko kodiranje - uporabniki

Oseba A, ženska, stara 61 let, v Karnhuset hodi 15 let

ŠTEVILKA	IZJAVA	POJEM
A1	Mož je slišal, da v Umei obstaja hiša, kjer se družijo ljudje s podobnimi težavami, kot sva jih imela midva.	*samostojna odločitev za obisk drop-in centra*
A2	Pa še pijača in hrana sta bili tam zelo poceni.	*nizke cene hrane in pijače v drop-in centru*
A3	Ker sva bila zadovoljna, sva se še kar nekajkrat vrnila.	*zadovoljstvo z drop-in centrom ob prvem obisku*
A4	Takrat sva živela izven mesta, zato nisva mogla prihajati redno. Prišla sva 2 - 3krat na mesec.	*oddaljenost drop-in centra, če nisi iz mesta*
A5	Moj mož je pred desetimi leti umrl in znašla sem se v veliki krizi. Znašla sem se v depresiji, izgubila sem službo, kar je moje stanje še poslabšalo. Bila sem na zdravljenju v psihiatrični bolnišnici, mislim, da en mesec, po zdravljenju pa sem se nekako mogla soočiti s svojo situacijo. Bila sem brezposlena, sama, osamljena, živela v veliki hiši 30 km iz Umee. Odločila sem se, da prodam hišo in se preselim v stanovanje v Umei. Po tem sem tudi večkrat zahajala v Karnhuset.	*po krizni situaciji ponovna prostovoljna odločitev*
A6	Tukaj sem našla družbo in ljudi, ki so me znali poslušati. Pa tudi sama sem jih poslušala in jih skušala spraviti v boljšo voljo. Ugotovila sem, da me to zelo osrečuje.	*poslušanje in vzajemna pomoč*
A7	Ker sem bila brezposelna, me je center za socialno delo poslal na delovno rehabilitacijo. Ko sem jo opravila, sem se nekega pogovarjala z vodjo centra in ta mi je ponudila delo. Nisem mogla verjeti. Rekla je, da potrebujejo nekoga, ki bi za polovični delovni čas delal v hiši, in sicer, da bi bil odgovoren za prodajo hrane in pijače, da bi skrbel za blagajno, denar in postregel ljudi, ki bi prišli na druženje v hišo. Seveda sem privolila! Delati v takšnem prostoru, s tako prijetnimi ljudmi... Seveda! To počnem že 6 let, sedaj pa so mi podaljšali še za 4.	*zaposlitev v drop-in centru*
A8	V Karnhusetu delam ob ponedeljkih, sredah in petkih, vsak drugi teden pa ob torkih, četrtkih in petkih. Začnem ob 10.00 in končam ob 16.00	*zaposlitev za polovični čas*

A9	… kar mi na koncu meseca znese za 9000 kron, kar je približno 1000 evrov	*pravično plačilo za delo*
A10	Moje delo izgleda tako, da imam vedno pri sebi ključe od blagajne, da lahko postrežem ljudem, ki pridejo. Če ljudi ni, sem v sobi, na kavču, kjer se družim z ostalimi. Ko nekdo nekaj hoče iz bara, pozvoni na zvonec in jaz pridem. Strežemo sendviče, torte in brezalkoholne pijače.	*strežba v kafiču drop-in centra*
A11	V urah, ko nihče noče nič iz bara, se preprosto družim z ljudmi, jih poslušam, jih skušam spraviti v dobro voljo. To mi veliko pomeni. Rada sem v družbi, potrebujem jo, da sem srečna. In v Karnhusetu to tudi dobim.	*druženje z ljudmi*
A12	Včasih pridem sem tudi, ko ne delam. Ko samo potrebujem nekoga, da je zraven. Saj ni potrebno, da govoriva. Samo, da smo skupaj.	*vzajemna pomoč*
A13	Ja, sodelujem tudi tako, da se ob petkih udeležujem sestankov, kjer se dobimo vsi, ki si to želimo.	*aktivna udeležba na tedenskih sestankih*
A14	… in eden izmed zaposlenih je vedno prisoten na sestanku.	*pristotnost zaposlenih tedenksih sestankih*
A15	Zdi se mi pomembno, da tukaj sodelujem, saj govorimo o tem, kako bo potekalo življenje in delo tukaj. Govorimo tudi o tem, kaj nas skrbi, kaj nas teži, kakšne spremembe so zaželjene v Karnhusetu. Tako sem npr. enkrat predlagala, da bi organizirala bowling večer in ljudje so bili za. V sodelovanju z eno izmed zaposlenih sem tako organizirala večer, hrano... Bilo je prijetno druženje.	*organizacija aktivnosti*
A16	Kadar hočemo kakšno spremembo, kadar imamo idejo, jo predlagamo in skupaj prediskutiramo. Če se odločiš, da boš nekaj organiziral, moraš povprašati, koliko ljudi je za to, moraš pa tudi prevzeti odgovornost, da to spelješ. Seveda, če pri tem potrebuješ pomoč, brez zadrege povprašaš. Ljudje so običajno pripravljeni pomagati. Socialni delavci pa sploh vedno pomagajo.	*aktivna udeležba na tedenskih sestankih*
A17	Bi rekla, da so odnosi med nami dobri.	*dobri odnosi med uporabniki*
A18	Ljudje včasih opravljajo, vem, da tudi mene in zaposlene, vendar pa jaz nočem imeti tukaj nič. Zakaj opravljati, če pa lahko namesto tega človeka pohvalimo?	*opravljanje zaposlenih*
A19	Če sem v sporu, se hočem s človekom pogovoriti in to predelati. Pri tem ne potrebujem posredovanja zaposlenih. Spore lahko rešimo sami.	*samostojno reševanje sporov*
A20	Samo enkrat se je zgodilo, vsaj kolikor jaz vem, da sta se dva moška tako močno skregala, da je prišlo do	*pomoč zaposlenih pri reševanju sporov*

	pretepa. Vmes je seveda moral vskočiti socialni delavec, da ni prišlo do kakšne poškodbe, škode. Po tem jima je tudi rekel, da bodo to razčistili skupaj in povabil ju je na pogovor, saj se takega vedenja v hiši pač ne dopušča.	
A21	Ne dopušča se ne pitja alkohola in uživanja prepovedanih substanc. Neka pravila morajo biti, če ne drugega, da smo mi varni.	*smiselnost pravil*
A22	Nekateri odnosi so postali zelo prijateljski, s temi ljudmi se družim tudi izven hiše.	*druženje izzven drop-in centra*
A23	vendar se mi zdi, da imajo zaposleni med sabo neke konflikte	*konflikti med zapolsenimi*
A24	Kadar pa je šefica žalostna zaradi govoric ali pa kakšnih sporov, jo preprosto objamem in ji rečem, da si nihče ne zasluži biti žalosten zaradi takih reči	*vzajemna pomoč med uporabniki in zaposlenimi*
A25	Mislim pa, da so zaposleni tukaj zelo v redu – spoštujejo nas kot samostojne osebe, nas podpirajo, če rabimo pomoč, ničesar nam ne vsiljujejo.	*spoštovanje in pomoč s strani zaposlenih*
A26	Vse je prostovoljno. Če nekdo pač nečesa noče, ga zaposleni ne bodo silili, da to stori.	*prostovoljnost*
A27	Jaz se sicer še nisem pritožila, vendar če bi se mogla, bi se šefici. Če imaš problem, ga poskušaš rešiti med sabo, šele nato se pritožiš zaposlenim.	*samostojno reševanje sporov*
A28	Ljudje so me tukaj sprejeli toplo in počutila sem se dobro. Ko pa sem dobila še službo, sem postala močnejša in trdnejša. Zrasla sem, ponovno sem dobila samozavest in voljo do življenja. Karnhuset nam omogoča živeti.	*osebnostna rast*
A29	Pridobila sem si tri nove zelo dobre prijateljice, s katerimi se družim tudi izven hiše. Redno se obiskujemo, si kuhamo večerje, hodimo ven. Poleg tega pa sem pridobila tudi veliko prijetnih znancev in kolegov, s katerimi se v hiši dobro razumemo.	*krepitev socialnega omrežja*
A30	Pomembno mi je, da delam. Tudi ljudje me drugače gledajo, sem bolj normalna, ne izstopam.	*občutek normalnosti*
A31	Kar se tiče prijateljve izven Karnhsueta.. jih imam! Še iz "boljših časov", ko je bil mož še živ. Ti nas tudi pridejo obiskat v hišo, kar je super, ko pridejo tudi "ta normalni", si tudi mi mislimo "oh, pa saj nismo tako napačni, da se oni pogovarjajo z nami".	*Ohranjanje stikov z ljudmi izven drop-in centra*

Oseba B, moški, star 45 let, v Karnhuset hodi 4 leta

ŠTEVILKA	IZJAVA	POJEM
B1	Pred štirimi leti ko sem kot brezdomec živel na cesti in se občasno zdravil v bolnišnici, me je moj "contact person" vprašal: »Kje boš spal danes? Zelo je mrzlo.« Odgovoril sem mu, da nimam nikjer prenočišča in da bom verjetno kar na ulici. Rekel mi je, da bo poskušal nekaj urediti in je šel. Kasneje me je povabil v njegovo pisarno in rekel, da je našel kraj zame v Umei, kjer se mladi in stari ljudje družijo med sabo. Da pa imajo določene težave in da si tam tudi pomagajo. Pomislil sem: »Jaz imam težave, oni imajo težave – idealen kraj zame.«	*pridružitev prek kontaktne osebe*
B2	Prišel sem sem in počutil sem se doma. Nikoli nisem imel doma, veš.	*občutek doma ob prvem stiku z drop-in centrom*
B3	Ljudje tukaj so poskrbeli zame. Poznal sem veliko ljudi v mestu, vendar nisem imel prijateljev. Tukaj sem jih dobil, povedali so mi, da mi bo šlo sčasoma bolje, da bo vse v redu.	*pomoč in sprejemanje s strani uporabnikov*
B4	Ljudje tukaj so mi dali občutek, da sem človek.	*pridobitev občutka človečnosti*
B5	Pomagam ljudem, se pogovarjam z njimi, ko imajo težave. To je kot ogledalo: Ko ima nekdo težave, pove drugemu in drugi razume, ker imata podobno izkušnjo. Včasih sem jaz tisti, ki pomaga, drugič sem tisti, ki potrebuje pomoč	*vzajemna pomoč*
B6	... včasih pa tudi prevzamem skrb za kafič, počistim kopalnico. Ko morajo zaposleni na sestanek, pa tudi prevzamem odgovornost za hišo, imam ključe, poskrbim za obiskovalce.	*aktivna participacija pri hišnih opravilih*
B7	Ti sestanki so za vse ljudi tukaj. Če imaš kaj za povedati, kaj za podeliti z ljudmi, imaš tukaj priložnost. Sestanki so tukaj tudi zato, da se obveščamo, kaj se dogaja v naslednjem tednu, kaj se dogaja v drugi hiši, ki jo imamo v Umeii. Govorimo o vsem.	*smiselnost tedenskih sestankov*
B8	… tisti, ki smo na nek način prostovoljci, smo tukaj večino dneva, pomagamo ljudem, vendar za to ne dobimo plačila. Približno 5 nas je.	*prostovoljec v drop-in centru*
B9	Gre se zato, da če hočemo kaj predlagati, imamo kakšno idejo, jo predlagamo in uresničimo.	*možnost soustvarjanja drop-in centra*
B10	Tukaj imamo veliko aktivnosti – glasbeni studio, keramični studio.. Jaz organiziram salso, nudim masažo.	*Salsa*
B11	Moja ideja je bila, da bi učil salso. Ljudje so bili za, na	*možnost*

	tablo sem napisal obvestilo kdaj in kje jo imamo, in smo jo imeli 6 mesecev. Tukaj lahko uresničiš vse, je magična hiša. Imaš možnost, da si svoj gospodar – lahko barvaš stene, strežeš v baru, ustvarjaš.	*soustvarjanja drop-in centra*
B12	Ljudje pa ti pri tem pomagajo.	*vzajemna pomoč*
B13	Hiša je naša, od vseh. Brez uporabnikov hiša propade.	*uporabniška organizacija*
B14	Če imam problem oz. če se z nečem ne strinjam, se vedno najprej pogovorim z osebo, s katero sem v konfliktu. Ok, včasih je potrebo najprej malo počakati, da se vsak zase pomiri, vendar se po nekem času vedno pogovorimo. Saj zato smo tukaj, da se pogovarjamo. Nikoli ne vpletem zaposlenih v razreševanje konfliktov, saj smo sposobni sami rešiti zadeve.	*samostojno reševanje konfliktov*
B15	Dobro se razumem z vsemi, dajejo mi priložnost da rastem, verjamejo vame, v moje sposobnosti.	*osebnostna rast*
B16	Zaposleni so tako zelo drugačni od drugi strokovnih delavcev kjerkoli drugje. So človeški – kdaj se zgodi, da jaz pomagam njim, ker imajo težave, spet drugič oni meni. Ne bojijo se pokazati svoje človeške plati, ne skrivajo se za svojo strokovnostjo.	*lastnosti zaposlenih*
B17	Zelo sem se spremenil – iz brezdomca, pretepača, zasvojenca sem končno postal jaz, S., ki je dober človek, ki zna in rad pomaga.	*osebnostna rast*
B18	Tukaj sem lahko jaz jaz – pa tudi, če sem slabe volje, pa tudi če sem zelo bolan.. Ljudje me bodo sprejeli takega, kot sem. In jaz sem se naučil sprejemati njih, nisem več jezen, sovražen, besen.	*medsebojno sprejemanje*
B19	Imam se bolj rad. Karnhuset mi dovoljuje, da sem kar sem oz. da se trudim biti to, kar si želim.	*krepitev moči*
B20	Spoznal sem ogromno ljudi, pridobil nekaj dobrih prijateljev in eno najboljšo prijateljico, ki mi pomeni vse.	*širjenje socialne mreže*
B21	Sedaj je na žalost v bolnišnici, ker se že več mesecev ne počuti dobro, vendar jo obiskujem prav vsak dan. Ne maram psihiatrije, vendar je zanjo trenutno najbolje, da je tam.	*mešani občutki o psihiatriji*
B22	Imam tudi veliko prijateljev izven Karnhuseta, z njimi sem se spoznal, ko sem začel hoditi na salso..	*prijatelji izven drop-in centra*
B23	Velikokrat jih (prijatelje) povabim, da pridejo na obisk sem, lansko leto pa sem tečaj salse v Karnhusetu vodil še z eno prijateljico, ki je ena boljših plesalk salse v mestu.	*Sodelovanje drop-in centra z različnimi posamezniki iz skupnosti*

Oseba C, moški, star 53 let, v Karnhuset hodi 7 let

ŠTEVILKA	IZJAVA	POJEM
C1	7 ali 8 let nazaj sem hodil v podobno hišo kot je ta – tam smo se družili in kuhali kosila in večerje. Sedaj je že zaprta. En dan sem videl na oglasni deski list, na katerem je nekaj pisalo o Karnhusetu.	*samostojna odločitev za obisk drop-in centra*
C2	V oči mi je padlo predvsem to, da imajo tam glasbeni studio, v katerem lahko igraš glasbo kadarkoli. Ker sem bobnar, sem to takoj izkoristil in prišel sem.	*dobra ponudba za uporabnike*
C3	Pogovarjala sva (strokovni delavec) se prvi dan, pokazal mi je tudi glasbeni studio in bil sem navdušen.	*dobri prvi občutki*
C4	Sem pridem skoraj vsak dan. Najprej si v kafiču kupim kozarec mleka in sendvič, pojem in popijem, nato pa se malo družim z ljudmi.	*vsakodnevni obiskovalec*
C5	Najraje sem z A. in R. (zaposlena), veliko govorimo o glasbi.	*prijetni odnosi z zaposlenima*
C6	Z dvema bendoma igramo v glasbenem studiu.	*aktivna participacija*
C7	V enem bendu sta še 2 zaposlena tukaj in en uporabink, v drugem smo uporabniki in 2, ki drugače ne obiskujeta Karnhuseta.	*sodelovanje uporabnika z ljudmi izven drop-in centra*
C8	Potem hodim še na jogo, ki jo vodi moja bivša žena. Sem jo jaz predlagal in nekateri ljudje so bili za, tako da nas sedaj 5 hodi na njene ure ob četrtkih.	*Joga*
C9	Včasih sem se tedenskih sestankov bolj udeleževal, sedaj ne več toliko, ker imam ob petkih še druge obveznosti. Mislim pa, da je zelo v redu, da sem prisoten na sestanku, ker zvem, kaj vse se dogaja v hiši. No, pa saj tudi napišejo vsa obvestila na oglasno desko, je pa vseeno v redu, ker če si prisoten, lahko tudi kaj pokomentiraš, vprašaš.	*smiselnost tedenksih sestankov*
C10	Sem pa enkrat predlagal bend, ki bi ga lahko gostili na glasbenem večeru in so se strinjali, tako da smo jih na koncu tudi imeli. Aja, pa še enkrat sem predlagal na sestanku, da bi moja bivša žena vodila jogo. Sem potem tudi lepo napisal na list papirja, kdaj in kje se bo to dogajalo, tako da so videli vsi, tudi tisti, ki jih ni bilo na sestanku.	*organizacija aktivnosti*
C11	Pod oglasno desko imamo škatlo, kjer lahko anonimno oddamo pritožbo. To je povsem anonimno. To škatlo se pregleda na petkovem sestanku, prebere se pritožbe in se o njih diskutira. Je pritožba upravičena? Kaj bi lahko spremenili, kako? Sam je še nikoli nisem oddal, ker nimam pritožb.	*anonimne pritožbe*
C12	Se je pa že nekajkrat zgodilo, da so se ljudje pritožili. Ampak to je v redu – če se pritožimo, lahko to	*smiselnost pritožb*

	spremenimo.	
C13	Sam bi se pritožil samo nad tem, da imajo zaposleni kdaj preveč dela z drugimi stvarmi in si težko vzamejo čas zame.	*pritožba nad zaposlenimi*
C14	Največkrat sedim v miru, tisti, ki hoče govoriti z mano, naj.	
C15	Kljub delu in obveznostim, ki jih imata (zaposlena), lahko vedno pridem k njima na pogovor. Sta zelo dostopna in prijateljska. Največkrat govorimo o glasbi, o tem, kaj moramo še vaditi z bendom, kje bomo nastopali. Najbolje se počutim v njuni bližini.	*prijateljsi odnosi z nekaterimi zaposlenimi*
C16	Na splošno pa bi ocenil odnose v hiši kot dobre. Spoštujemo in sprejemamo en drugega.	*medsebojno spoštovanje*
C17	Jaz se velikokrat ne počutim prav dobro, zaradi bolezni, pa vseeno pridem sem – ljudje me pustijo na miru, če vidijo, da mi ni do pogovora. Cenim to. Pa mi zelo pomaga, da pridem. Da so ljudje okrog, pa da sem lahko to kar sem.	*medsebojno sprejemanje*
C18	Tisti od prej so se bolj ukvarjali s papirji, pa s tem, koliko denarja gre komu, komu priskrbeti stanovanje, itd. Bili so zelo uradni. Zaposleni tukaj pa so prijateljski, človeški. Vzamejo so čas za nas, pogovarjajo se z nami. So dostopni in predvsem zelo odprti. To je drugače. In zaradi tega imam tudi dobre odnose z njimi.	*lastnosti zaposlenih*
C19	Postal sem bolj odprt. Včasih sem bil bolj zatežen, tih, sramežljiv. Lahko bi rekel, da sem se v tem smislu res spremenil. Ali pa se nisem, so pa ljudje tukaj tisti, ki to sprejmejo in mi ne očitajo moje zadržanosti.	*medsebojno sprejemanje*
C20	Mogoče sem postal bolj družaben, aktiven in samozavesten.	*pridobitev samozavesti*
C21	Tukaj nisem dobil nekih pravih prijateljev. To so bolj znanci, s katerimi si krajšam prosti čas. Prijatelje sem imel že od prej in ti so isti. Nisem si povečal kroga in tako mi tudi ustreza. Bi bilo preveč ljudi v mojem življenju, če bi naredil to.	*Enako velika socialna mreža kot prej*

Oseba D, fant, star 20 let, v Karnhuset hodi 2 leti

ŠTEVILKA	IZJAVA	POJEM
D1	Po zdravljenju v bolnišnici in terapijah s psihiatrom, mi je on priporočil, da obiščem ta center. Prišel sem sem in ga vzljubil	*priporočilo psihiatra*
D2	Sem pridem vsak ponedeljek, ko imamo mladi srečanje. Začnemo ob 17h, se usedemo po kavčih, zastonj imamo	*srečevanje mladih*

	vse pijače, kavo, čaj in slaščice.	
D3	Pogovarjamo se neumnosti, pa tudi o resnih temah. Ne vem, odvisno od dneva in od tega, kaj ima kdo za povedat. Včasih pripravimo temo mi, včasih zaposlena. Predvsem se pogovarjamo o težavah, ki jih imamo.	*participacija*
D4	Na vsake toliko časa gremo na izlet, v kino, na koncert.. to je kul, ker nam hiša plača.	*srečevanje mladih*
D5	Z nekaterimi prijatelji v hiši imamo tak mali bend in trenutno se pripravljamo za nastop na glavnem trgu Umea. Koncert bo v zvezi podiranja stereotipov z duševno boleznijo in mi bomo zaigrali en komad.	*sodelovanje z lokalno skupnostjo*
D6	Če se zmenimo s kolegi, da se dobimo in družimo, pridemo tudi sredi tedna, igramo igro biljarda, kakšen komad, itd. Ta hiša je res kul, nudi ti ogromno možnosti.	*participacija*
D7	Jaz ustvarjam svojo glasbo in zaposleni me je vprašal, če bi posnel kakšen komad.	*lastnosti zaposlenih*
D8	Sedaj pripravljam pesmi in konec tedna začnemo snemat.	*aktivna participacija*
D9	Nazadnje ko sem bil, je bil prejšnji teden, ko sva z A. naznanila, da bom snemal komade. Ljudje so me pohvalili. Tja grem, kadar imam kaj za povedat, podelit.	*občasno sodelovanje na tedenskih sestankih*
D10	Drugače pa ne hodim, ker mislim, da se imajo starejši več za pomenit. Za nas mlade znajo biti teli sestanki dolgočasni.	*dolgočasnost tedenskih sestankov*
D11	Ne vem, še nikoli nisem imel tako dobrih odnosov z ljudmi, ki so neki strokovnjaki, zaposleni.	*dobri odnosi z zaposlenimi*
D12	To je zaradi njih – so odprti, topli, skulirani, umetniško nadarjeni. Znajo si vzeti čas, se pogovoriti, se pritoževati nad življenjem skupaj s tabo. V ljudeh vidijo potencial in ga negujejo – tako so v meni potencialnega glasbenika in me podprli na moji glasbeni poti.	*lastnosti zaposlenih*
D13	Z ostalimi ljudmi tukaj se dobro razumem. Vsi smo si različni, ampak vseeno zelo podobni. Imamo izkušnjo duševne bolezni, zato se razumemo. In iz tega razumevanja pride spoštovanje, potrpežljivost in solidarnost. Z ljudmi tukaj se bolje razumem kot z domačimi.	*dobri odnosi z uporabniki*
D14	Sprijaznil sem se s svojo oviro in začel ponovno delati stvari, ki sem jih počel pred nesrečo. Povzpel sem se iz depresije in ponovno zaživel.	*sprejemanje oviranosti*
D15	V hiši sem si pridobil 2 dobra prijatelja, ostali so znanci, s katerimi se dobro razumem.	*širjenje socialne mreže*

Priloga 2: intervju z zaposlenim

Karnhuset je uporabniška organizacija, ki pripada večji organizaciji RSMH. Kakšna je struktura te organizacije? Kako ste z njo v povezavi, ste od nje v kakšnem smislu odvisni?

Karnhuset je del združenja Karngarden (The social cooperative Kargarden), ki ga tvorita Karnhuset in Aspgarden, drop in center, ki se nahaja malo izven mesta. To združenje Karngarden imajo čez trije lastniki: RSMH (The Swedish Association for Social and Mental health), IFS (Association for relatives to people with mental illness) in ena fizična oseba. Ti trije lastniki morajo biti uradno napisani na papirju, da tako podjetje lahko obstaja. Vendar pa imamo mi svoj svet – Karngarden, RSMH svojega in IFS svojega. Seveda sodelujemo z RSMH, ker je večina naših ljudi članov RSMH, vendar nismo odvisni od njih. Smo povsem neodvisni, oni so samo lastniki. Če torej postaneš član združenja Karngarden, postaneš istočasno član RSMH. Kot člani se lahko udeležujemo njihovih letnih sestankov in tam sodelujemo, poslušamo, kaj imajo za povedati. Obstaja pa tudi okrožni RSMH – Vasterbotten, ki je sestavljen iz različnih delegatov. Vendar oni na naše delo ne vplivajo. Mi smo zaposleni s strani združenja Karngarden. Tudi predsednik Karngardna je najvišja oseba za nas, je tudi naš predsednik. Skrbi za finance, zaposlovanje ljudi, itd. In ona je odgovorna svetu Karngardna. Ni visoke hierarhije, organizacija je dokaj "ravna".

Pod predsednikom pa ste vi, zaposleni tukaj. Koliko vas pravzaprav je?

Vseh skupaj nas je 14, vendar za obe hiši skupaj. Vsi tudi niso zaposleni za poln delovni čas. Polni čas nas dela 6 oseb, vsi ostali so 25 - 90% delovnega časa. Zato se tudi zanašamo na prostovoljce, Švede in tuje študente, ki prihajajo k nam na prakso vsako leto.

Kakšno je vaše delo? Kako se razlikuje od drugih zaposlenih?

Nekaj zadolžitev imamo vsi zaposleni skupnih. To so srečevanje in druženje z ljudmi tukaj, skrb za hišo in praktične zadeve. Potem pa se naše zadolžitve malo razlikujejo. Jaz, na primer, skrbim za glasbene aktivnosti in za tuje študente, ki prihajajo na prakso. Medtem ko sta drugi dve zaposleni odgovorni za mlade, za srečevanje z njimi, kuhanje z njimi ... Ena socialna delavka je odgovorna za izobraževanje, prav zdaj predava študentom fizioterapije o zdravju,

bolezni in okrevanju v skupnosti. Imam različne specifične naloge. Vsak zase pa sprejme tudi kakšne neformalne obveznosti, ki niso zapisane na papirju.

Sam torej skrbim za študente kot si ti, za tiste, ki hočejo igrati glasbo, za prirejanje glasbenih večerov, za snemanje glasbe. Pa tudi za nakup potrebnih stvari in hrane za hišo. Vsega, kar potrebujemo za to, da hiša funkcionira. Ustvarjam okolje, da se ljudje dobro počutijo, jim nudim možnost pogovora, pomoči, če jo potrebujejo. Včasih jih pospremim v bolnišnico, z njimi počakam v čakalnici, dokler ne pride zdravnik. Gostujem tudi pri različnih organizacijah, v bolnišnicah in na fakultetah, da jih informiram o našem delu. Da so ljudje obveščeni o našem obstoju. Vedno več ljudi pozna naše delo in je z njim tudi zadovoljno. Kljub temu, pa jih veliko še ne pozna našega dela. Lani smo dobili nagrado s strano občine, ker dobro delamo, in ker je občina hotela, da ljudje vedo za nas. Težko se mi je hvaliti in govoriti, kakšne so naše zasluge. Sam imam občutek, da velikokrat ne naredim kaj dosti. Ampak saj je boljše kot to, da bi se "napajal" z zahvalami in nagradami. Tisti, ki pride sem s tem namenom, ne bo zadovoljen.

Omenili ste organizacije in bolnišnico, s katero sodelujete. Kako izgleda to sodelovanje?

Ja, veliko sodelujemo z bolnišnico, zavodom za zaposlovanje in centrom za socialno delo. Oni pošiljajo ljudi sem, jim priporočajo, naj pridejo na rehabilitacijo. Mladi npr. sestavljajo program, s katerim bodo sodelovali na psihiatričnih dnevih v oktobru. Sodelovanje je zelo pomembno. Ljudje potrebujejo široko mrežo organizaciji, ljudi, pomagajočih poklicev, da čim bolje in čim hitreje okrevajo. Pa tudi mi potrebujemo široko mrežo sodelujočih organizacij – da nas npr. tudi finančno podprejo. Imamo veliko aktivnosti in zaradi tega nas radi podprejo. Lani smo dobili 100.000 kron od močne organizacije, ki zelo podpira naše delovanje.

Od kje drugje še dobite denar? Kdo financira vaše delovanje?

Glavni del pride od občine, od socialnih služb in Nacionalnega združenja za duševno zdravje, ki financira naše projekte. To leto so nam namenili 500.000 kron za kulturo, lansko leto pa je bilo za zdravje, predlani pa za projekte, namenjene mladim. Tudi kraljica Viktorija ima poseben sklad, ki financira različne posebne aktivnosti in od tam tudi dobimo denar. V bistvu denar, ki ga dobimo od občine, pokrije zgolj delovanje dveh hiš, zato se moramo prijavljati na čim več različnih razpisov. Naša menedžerka je zelo dobra, ima veliko socialno mrežo, pozna veliko različnih organizacij, zato ve, kam se prijavljati, itd. Mora biti zelo prepričljiva,

ko se prijavljamo na razpise. Veš, smo neprofitna organizacija, zato ves denar, ki pride, vnesemo nazaj v organizacijo. V zaposlovanje, izobraževanje, v nadgradnjo.

Velik problem vidimo v tem, da so naši uporabniki brezposelni. Vsi tako močno hrepenijo po delu, pa ga je tako nemogoče dobiti zaradi njihove bolezni in predsodkov ljudi. Razmišljamo, o tem, kako bi lahko vnesli ta vidik dela tudi v našo hišo. Da bi ljudi zaposlili, jih rehabilitirali za nova delovna mesta. Vendar ne vemo ... Smo navsezadnje le drop-in center, ki ni povezan z delom. Taka je npr. uporabniška organizacija v Stockholmu – Fountaine House. Za to organizacijo se morajo ljudje najprej prijaviti, nato naredijo različne teste, ki pokažejo, za kakšno delo so primerni. Nato se tam zaposlijo, ne vem pa, kako so plačani. Obvezno je, da pridejo vsak dan delat. Ne pridejo na kavo in druženje.

Nakateri ljudje, ki pridejo sem, so člani, drugi so zgolj obiskovalci. Člani plačajo neko članarino. Kaj dobijo za to? So drugače obravnavani kot obiskovalci?

Trudimo se, da bi vsi postali člani organizacije, saj več kot nas je, močnejša je organizacija. Seveda pa ne moremo prisiliti ljudi, da bi se včlanili. Seveda so prav vsi dobrodošli v hišo, vendar, če smo natančni, bi lahko kafič uporabljali samo člani. Člani, ki plačajo 150 kron na leto seveda morajo dobiti nekaj od tega. Zakaj ne bi imeli ugodnosti od tistih, ki ne plačajo? Najprej smo imeli različne cene hrane in pijače – za člane in obiskovalce. Nato pa je občina rekla: »Aha, vi ste restavracija. Vi ste odprti za vse, ljudje lahko pridejo k vam jest. Vendar vaša kuhinja ni primerna za restavracijo, zato morate to zapreti.« Zato smo se odločili, da postanemo bolj zaprti, uradno lahko tukaj kupijo hrano in pijačo samo člani, ampak v resnici ni tako. Vsi so dobrodošli! Ampak člani imajo veliko ugodnosti, ja. Tako grejo ta vikend zastonj na izobraževanje o okrevanju. Za počitnice grejo člani v gore, na plavanje.. Ni veliko, vendar je nekaterim zelo težko plačati. Če ne plačajo do 1. marca, ko imamo letni sestanek, se to vzame kot dejstvo, da nočejo biti člani. Mogoče se to sliši zelo strogo, vendar sem mnenja, da včasih pač moraš biti strikten, da se ljudje zavedo tega, kar imajo, da ne vzamejo za samoumevno. Kot npr. »o poglej, tukaj imajo zelo poceni hrano, lahko pridem skoraj zastonj skozi.« Da ne samo izkoriščajo ponujenega, ampak da se zavejo, kaj to vse je in začnejo sodelovati, biti aktiven del organizacije. Tako žalostno je videti ljudi, ki samo kadijo, jedo sladkarije in pijejo kokakolo. Kako jim pokazati, da če se potrudijo, če nekaj naredijo, je lahko življenje več vredno? Tega se ne da ... To morajo sami videti. Včasih imam občutek, da se nikamor ne premaknemo.

Kljub vsemu, sem pa videla, da je tukaj veliko ljudi aktivnih in da sodelujejo pri aktivnostih, vsakodnevnih hišnih opravilih...

Ja, veliko je takih! Nekateri so tako zelo aktivni, ker sami tako hočejo, drugi, ker so jih poslali iz zavoda za zaposlovanje. Naša organizacija je uporabniška. Njen namen je, da bi uporabniki s časom sami vodili, skrbeli za hišo. Sedaj se velikokrat znajdemo v takšni situaciji, da kdo izmed uporabnikov reče, jaz ne delam tukaj, ti si tisi, ki je plačan – pa delaj. Ampak to je vse za njih, za njihovo dobro. Do nekaterih to pride, do drugih sploh ne. Za vikende smo restavracija. Ljudje pridejo, pojedo in grejo. In to me zelo žalosti. Vem, sedaj se sliši vse negativno. Vendar pa ni tako. Nekaterim ljudem ta hiša pomeni vse. Sploh poleti, ko je najhujše. Poleti smo odprti vsak dan, no, tudi čez leto smo odprti vsak dan. Vendar pa poleti še podaljšamo svoj delovnik, da sta lahko obe hiši odprto dlje. Nimamo aktivnosti, smo pa odprti. Prilagodimo svoj dopust, tukaj smo za ljudi. In predvsem poleti največkrat slišimo s strani uporabnikov, da je super, da smo tukaj. Včasih so hodili na počitnice, so bili aktivni med poletjem, sedaj pa zaradi bolezni in pomanjkanja denarja ne morejo.

Hiša je odprta od leta 1998 vsak dan. Takrat je bila ustanovljena, imeli so svoje prostore v stanovanju neke stavbe. Vendar je bilo premajhno za vse njihove aktivnosti. Tam so bili 3 leta, nato pa so se prijavili na nek projekt, ki je bil sprva financiran 4 leta, nato pa so podaljšali. Takrat smo odprli še drugo hišo in nastalo je združenje Karngarden. Od takrat smo neodvisni.

Mogoče veste, koliko ljudi je članov trenutno?

Približno 200. Natančnega podatka ne vem. Člani so tisti, ki letno plačajo članarino, vendar pa jih je veliko med njimi takih, ki več let ne plačajo, zato jih izbrišemo kot člane. To je številka, veliko izmed njih jih sploh ne vidimo. Jih je sram bolezni, tega, da sodelujejo z nami. Tukaj govorim o odnosu ljudi do bolezni. Vsi člani mesečno dobivajo revijo Magazin, ki vsebuje različne članke iz področja duševnega zdravja. Ljudje ga naročajo na naslov Karnhuseta, ne na njihove domove, ker se bojijo, da bodo sosedje videli, kakšne časopise dobivajo in kaj je narobe z njimi. Ne govorimo samo o odnosu večinske družbe do ljudi s težavami v duševnem zdravju, ampak tudi o odnosu, ki ga imajo ljudje s težavami sami do sebe in do sebi podobnih.

No, toliko je članov, dnevno pa prihaja v drop-in center med 30 in 50 ljudi. Odvisno tudi od aktivnosti. Za glasbene večere je lahko tukaj tudi do 100 ljudi. Odvisno tudi od denarja. Po navadi dobijo denarno pomoč 19., kar pomeni, da jih teden pred tem ni, ker so brez denarja. Jim pa omogočamo, da lahko vzamejo hrano in pijačo tudi brez plačila, mi pa si to zapišemo in vodimo evidenco. Ne vodimo je zaradi tega, ker bi se bali, da ne bi vrnili, ampak zato, da jih lahko opozorimo in se z njimi pogovorimo. Velikokrat se je namreč že zgodilo, da so bili v veliki stiski, ko so ugotovili, da dolgujejo 200 kron. To se nam ne zdi veliko, njim pa zelo. Zato se trudimo, da ne bi prišlo do takih dolgov.

Ja, odvisno od denarja in situacije. Je pa tako, da če koga izmed rednih uporabnikov ni več kot en teden, ga pokličemo in povprašamo, kako je. Po navadi, jih zmanjka denarja za vozovnico in rečejo, da pridejo čez 2 dni, ko dobijo denar. Ja, to z denarjem je vedno problem. Ko ga imajo, ga zapravijo za cigarete, ki so na Švedskem zelo drage. Ampak jih ne morem obsojati. Zame so heroji, ker zjutraj vstanejo iz postelje, se spopadajo z glasovi v svojih glavah in kljub slabim glasovom nekaj naredijo iz dneva. Razumem jih, ko radi posežejo po cigaretah, za sprostitev, za razvajanje. Tudi sam to potrebujem. Rad imam te ljudi. Tako so iskreni, močni. Kličem jih bojevniki. In njihov humor je neverjeten. Z nekaterimi uporabniki se šalim o njihovi bolezni. Postali smo tako dobri prijatelji. O nekaterih stvareh, ki jih počnem tukaj, se ne da prebrati v knjigah, ne moremo se jih naučiti. Priti morajo iz nas, delati moramo s srcem. Zame je neverjetna izkušnja delati tukaj in za to sem globoko hvaležen.

Moje naslednje vprašanje je povezano v pravili, ki veljajo v hiši. Vem, da npr. ljudje ne smejo prinašati alkohola in drog v hišo, ampak drugih ne poznam, nisem opazila. So še druga?

V bistvu jih nimamo veliko: Ne smemo brskati po pornografskih straneh na internetu, ter ne smemo tlačiti ljudi na tla. V prepirih, nesporazumih, ne smemo žaliti, preklinjati, odvzeti ljudem moči. To ni sprejemljivo! Kot vidiš, ni veliko pravil. Mogoče je eno pravilo tudi to, da se ne dotikamo hrane v hladilniku, pa ne zato, ker je pod nadzorom, ampak zaradi higienskih razlogov. Po navadi je tako, da jo pripravlja en izmed zaposlenih, ki se ponudi, da pomaga tudi drugim. Vedno jim razložimo, da ne gre za nadzor, ampak higieno in to zelo dobro razumejo, sprejmejo.

Opazila pa sem, da imate na hladilnikih ključavnice. S kakšnim namenom?

No, to je smešna zgodba. Hladilnike smo namreč že dobili s ključavnicami in take imamo že nekaj let. Vendar pa nikoli niso zaklenjeni.

Mislim, da so to vsa pravila. No, eno je še, ki se ga skušamo držati, vendar včasih ne uspeva. In to so govorice. Ne govorimo o drugemu, če ga ni zraven. Najhujše je, če se govorice razširijo, ker vzamejo toliko časa in energije, da jih razrežimo, razčistimo. Trudimo se govoriti o dejanjih, ne pa o ljudeh.

Moje zadnje vprašanje se nanaša na sprejemanje odločitev, večjih in manjših. Opazila sem, da imajo uporabniki velikokrat možnost predlagati spremembe, akcije, ideje, vendar pa ni vedno tako. Kdo odloča o najpomembnejših odločitvah?

Torej, nikoli ne sprejemamo odločitev, ki stanejo. Če imam predlog, ki stane 100000 kron, moram iti s tem predlogom do odbora, ki se odloči ali je investicija dobra ali ne. Kar pa se tiče manjših predlogov, ki pridejo s strani uporabnikov in ne stanejo dosti, so uporabniki tisti, ki odločijo. Če so zainteresirani za npr. salso, se bo salsa izvajala. Če ima uporabnik predlog, da izrazi na tedenskem sestanku ali pa napiše na oglasno desko, in če so ljudje za, se podpišejo ter s tem tudi garantirajo, da bodo obiskovali aktivnost. Če hočejo, imajo vpliv. Če pa je prisoten denar, se najprej zaposleni pogovorimo med sabo in s predsednico, nato pa se posvetujemo še z odborom. Tukaj, ne moremo, ne smemo reči ne predlogu. Tudi če v srcu veš, da obstaja malo možnosti, da projekt uspe, uporabniku ne smeš reči ne in mu vzeti zagnanosti in samoiniciative.

Priloga 3: Združevanje sorodnih pojmov v kategorije

1. OPIS DROP-IN CENTRA KARNHUSET	
1.1. SPLOŠNI PODATKI O DROP-IN CENTRU KARNHUSET	
Z36	*Začetki drop-in centra*
Z1	*Lastniki drop-in centra*
Z2	*Neodvisnost od RSMH*
Z3	*Sodelovanje z RSMH*
Z4	*Članstvo v RSMH*
Z5	*Neodvisnost od RSMH*
M17	*Cilji organizacije*
1.2. LOKACIJA IN STAVBA	
M1	*Razporeditev prostorov*
Z35	*Odpiralne ure prilagojene potrebam uporabnikov*

A2	*Nizke cene hrane in pijače*
A4	*Oddaljenost drop-in centra, če nisi iz mesta*
1.3. ŠTEVILO ZAPOSLENIH/UPORABNIKOV IN NJIHOVE NALOGE	
Z6	*Zaposlovanje*
Z7	*Zaposleni in prostovoljci*
Z8	*Skupne naloge zaposlenih*
Z9	*Specifične naloge zaposlenih*
Z10	*Skupne naloge zaposlenih*
Z37	*Število članov*
Z39	*Število dnevnih obiskovalcev*
Z40	*Število obiskovalcev odvisno od aktivnosti*
Z41	*Število obiskovalcev odvisno od denarja*
Z25	*Članstvo*
Z26	*Razlike med člani in nečlani*
Z28	*Članarina*
1.4. GLAVNE DEJAVNOSTI	
M6	*Glasbeni večeri*
M13	*Odprta kuhinja*
M15	*Tedenski sestanki uporabnikov*
M19	*Filmski večeri in srečevanje žensk*
M18	*Delovna rehabilitacija*
B10	*Salsa*
C8	*Joga*
D4	*Srečevanje mladih*
1.5. FINANCIRANJE IN SODELOVANJE Z DRUGIMI USTANOVAMI	
Z12	*Sodelovanje s psihiatrično bolnišnico*
Z13	*Sodelovanje z organizacijami, bolnišnicami in fakultetami*
Z16	*Sodelovanje s psihiatrijo*
Z17	*Pomembnost sodelovanja za uporabnike*
Z18	*Pomembnost sodelovanja za drop-in center*
Z19	*Finančni podporniki*
Z10	*Prijavljanje na razpise*
Z21	*Zaposlena za področje financ*
Z27	*Problemi z občino*
M9	*Neprofitna organizacija*
M14	*Sodelovanje s psihiatrijo*

2. MOŽNOST RESNIČNIH IZBIR IN PARTICIPACIJA	
2.1.MOŽNOST IZBIRE DROP-IN CENTRA	
A1	*Samostojna odločitev za obisk drop-in centra*
A5	*Po krizni situaciji ponovna prostovoljna odločitev za drop-in center*
B1	*Pridružitev prek kontaktne osebe*
C1	*Samostojna odločitev za obisk drop-in centra*
D1	*Priporočilo psihiatra*
2.2.PARTICIPACIJA V DROP-IN CENTRU	
A7	*Zaposlitev v drop-in centru*

A8	*Zaposlitev za polovični čas*
A10	*Strežba v kavarni drop-in centra*
A11	*Druženje z ljudmi*
A15	*Organizacija aktivnosti*
B6	*Aktivna participacija pri hišnih opravilih*
B8	*Prostovoljec v drop-in centru*
C4	*Vsakodnevni obiskovalec*
C6	*Aktivna participacija*
C10	*Organizacija aktivnosti*
D3	*Aktivna participacija*
D6	*Aktivna participacija*
Z30	*Pasivnost uporabnikov*
Z31	*Aktivna participacija*
Z34	*Pasivnost uporabnikov*
2.3. VPLIV NA ODLOČITVE V DROP-IN CENRU	
A13	*Aktivna udeležba na tedenskih sestankih*
A14	*Prisotnost zaposlenih na tedenskih sestankih*
A16	*Aktivna udeležba na tedenskih sestankih*
B7	*Smiselnost tedenskih sestankov*
B9	*Možnost soustvarjanja drop-in centra*
B11	*Možnost soustvarjanja drop-in centra*
B13	*Uporabniška organizacija*
C9	*Smiselnost tedenskih sestankov*
C11	*Anonimne pritožbe*
C12	*Smiselnost pritožb*
D9	*Občasno sodelovanje na tedenskih sestankih*
D10	*Dolgočasnost tedenskih sestankov*
Z32	*Uporabniška organizacija*
Z51	*Sprejemanje odločitev s strani odbora*
Z52	*Sprejemanje odločitev s strani uporabnikov*
Z53	*Osebna odgovornost*
Z54	*Sprejemanje odločitev s strani zaposlenih in odbora*
3. ODNOSI	
3.1. ODNOSI MED UPORABNIKI	
A6	*Poslušanje in vzajemna pomoč*
A12	*Vzajemna pomoč*
A17	*Dobri odnosi*
A19	*Samostojno reševanje sporov*
B3	*Pomoč in sprejemanje s strani uporabnikov*
B5	*Vzajemna pomoč*
B12	*Vzajemna pomoč*
B14	*Samostojno reševanje sporov*
B18	*Medsebojno sprejemanje*
C16	*Medsebojno spoštovanje*
C17	*Medsebojno sprejemanje*

C19	*Medsebojno sprejemanje*
D13	*Dobri odnosi*
M3	*Vzajemna pomoč*
3.2. ODNOSI MED UPORABNIKI IN ZAPOSLENIMI	
A18	*Opravljanje zaposlenih s strani uporabnikov*
A24	*Vzajemna pomoč*
A25	*Spoštovanje in pomoč s strani zaposlenih*
C5	*Dobri odnosi*
C13	*Pritožba nad zaposlenimi*
C15	*Prijateljski odnosi*
D11	*Dobri odnosi*
Z29	*Nadrejenost zaposlenih*
Z33	*Konflikti*
Z45	*Dobri odnosi*
A20	*Pomoč zaposlenih pri reševanju sporov*
4. OPOLNOMOČENJE	
4.1.SPREMEMBE PRI UPORABNIKIH ODKAR OBISKUJEJO DROP-IN CENTER	
A28	*Osebnostna rast*
A29	*Krepitev socialnega omrežja*
B4	*Pridobitev občutka človečnosti*
B15	*Osebnostna rast*
B17	*Osebnostna rast*
B19	*Krepitev moči*
B20	*Širjenje socialne mreže*
C20	*Pridobitev samozavesti*
C21	*Enako velika socialna mreža kot prej*
D14	*Sprejemanje oviranosti*
4.2.KAKO ZAPOSLENI KREPIJO MOČ UPORABNIKOM?	
B16	*Lastnosti zaposlenih*
C18	*Lastnosti zaposlenih*
D7	*Lastnosti zaposlenih*
D12	*Lastnosti zaposlenih*
M16	*Zaposleni kot eksperti iz izkušenj*
Z42	*Zaupanje v uporabnike*
Z44	*Razumevanje uporabnikov*
Z55	*Spoštovanje uporabnikov*
5. NORMALIZACIJA	
5.1.VKLJUČENOST DROP-IN CENTRA V LOKALNO SKUPNOST	
A22	*Druženje z uporabniki izven drop-in centra*
A31	*Ohranjanje stikov z ljudmi izven drop-in centra*
B22	*Ohranjanje stikov z ljudmi izven drop-in centra*
B23	*Sodelovanje uporabnika z različnimi posamezniki iz skupnosti*
C7	*Sodelovanje uporabnika z različnimi posamezniki iz skupnosti*
D5	*Sodelovanje z lokalno skupnostjo*

Z38	*Stigmatizacija*
5.2.DELO	
A9	*Pravično plačilo za delo*
A30	*Občutek normalnosti*
Z22	*Brezposelnost uporabnikov*
Z23	*Stigmatizacija*
Z24	*Drop-in center kot možnost za rehabilitacijo in zaposlitev*

10. POVZETEK

Diplomsko nalogo sem začela s procesom, ki je močno povezan z uporabniškimi organizacijami – dezinstitucionalizacijo. Uporabniki so bili namreč eni izmed tistih, ki so v 60-ih letih prejšnjega stoletja opozarjali na nehumanost psihiatričnih bolnišnic ter s svojo kritiko sprožili procese zapiranja in reorganiziranja totalnih ustanov. Delo nadaljujem s poglavjem, ki podrobno opiše procese, ki so se dogajali na Švedskem, saj tako lažje razumemo delovanje uporabniške organizacije, ki sem jo raziskovala. Sledi opis uporabniških gibanj, ki so vzpostavila različne skupine in organizacije za vzajemno pomoč en drugemu, opozarjale so na prisilno in nehumano naravo psihiatričnega zdravljenja ter zahtevale večjo participacijo pri odločanju o službah, ki jih uporabljajo. Iz njih so nastale uporabniške organizacije, katerim nato posvetim novo poglavje. Opišem značilnosti uporabniških organizacij, kako se razlikujejo od tistih, ki so strokovno vodene, njihovo sodelovanje s strokovnjaki, razmerja moči itn. Pri tem izpostavim različne modele uporabniških organizacij – partnerski, suportivni in separatistični. Modeli se razlikujejo glede na sodelovanje oz. nesodelovanje uporabnikov in strokovnjakov v uporabniških organizacijah. V drop-in centru Karnhuset, uporabniški organizaciji iz Švedske, kjer sem delala študijo primera, zasledimo partnerski model, kjer strokovnjaki in uporabniki skupaj upravljajo organizacijo. Nato na kratko opišem socialnodelavske koncepte, ki jih zasledimo v vsakdanu uporabniških organizacij ter opišem največjo švedsko organizacijo RSMH, kateri pripada drop-in center. V raziskovalnem delu diplomske naloge se nato posvetim študiji organizacije, saj me zanima, kako poteka to sodelovanje med uporabniki in zaposlenimi strokovnjaki, kako organizacija deluje, iz katerih virov se financira, kakšne dejavnosti ponuja itn., ter kakšen je pravzaprav vpliv in participacija uporabnikov v sami organizaciji, glede na to, da vodila mesta zasedajo strokovnjaki.

Študija primera je pokazala, da je uporabniška organizacija RSMH in njen drop-in center Karnhuset že od svojih začetkov v tesnem sodelovanju s strokovnjaki. Strokovni socialni delavci so zaposleni v drop-in centru, sodelujejo s psihiatrijo, socialnimi službami in drugimi organizacijami. Sodelovanje s strokovnjaki jim koristi pri samem financiranju organizacije ter, po njihovem mnenju, pri celoviti pomoči ljudem, da čim bolje in čim hitreje okrevajo. Organizacija je hierarhično urejena. Hierarhija obstaja med samimi zaposlenimi, uporabniki in zaposlenimi ter med samimi uporabniki. Participacija intervjuvanih uporabnikov je različna

- od dela za polovični čas v kavarni Karnhuseta, prostovoljca, ki je na voljo za pomoč ljudem, organiziranja in sodelovanja v dnevnih aktivnosti, nastopanja v javnosti, do skrbi za hišo. Njihova participacija je omejena zgolj na vzpostavljanje storitev v organizaciji ter občasno na seznanjanje širše javnosti. Uporabniki trdijo, da imajo v drop-in centru vpliv in moč odločanja. Trdijo, da ima vsak, ki to hoče, vpliv na odločitve. V raziskavi pa ugotovim, da je pri večjih odločitvah, kar se tiče zaposlovanja, odpuščanja, financiranja, predsednica združenja tista, ki se odloča s posvetovanjem z zaposlenimi.

Skozi procese normalizacije, krepitve moči in vzpostavljanja in ohranjanja dobrih odnosov okrog sebe pa uporabniki dobivajo izkušnjo medsebojne pomoči, sprejemanja in spoštovanja, kar krepi njihove občutke lastne vrednosti in pripadnosti ter pripomore k sprejemanju samega sebe in svojih težav. Uporabniki tako pridobijo tudi višjo samozavest, osebnostno zrastejo in razširijo svoje socialno omrežje. Iz tega sklepam, da gre pri uporabniških organizacijah, ne glede na to, kakšne so, s kom sodelujejo, kakšen odnos imajo do psihiatrije, predvsem za medsebojno pomoč ljudi s podobnimi izkušnjami, krepitev moči in destigmatizacijo svojega položaja.

Za večjo krepitev moči uporabnikov na koncu dela predlagam, da bi se strokovnjaki morali zavestno odpovedati moči, ki jim je samoumevno dana, ter jo podeliti uporabnikom. Mislim, da bi uporabniki morali prevzeti nekatere vodilne položaje in imeti več vpliva pri zaposlovanju, odpuščanju in financiranju, delo strokovnjakov pa bi bilo potrebno bolj omejiti na dajanje tehničnih informacij v zvezi zdravili in zdravljenjem, materialno pomočjo v smislu pisarn, materiala ter dostopnostjo tistih ljudi, ki lahko uporabnikom pomagajo doseči cilje. Uporabnikom bi bilo potrebno omogočiti enakovreden izhodiščni položaj pri prevzemanju vodilnih mest v organizaciji ter enaka izhodišča pri zaposlovanju uporabnikov v partnerski uporabniški organizaciji. Za popolno participacijo uporabnikov pa bi jih bilo potrebno vključiti v poklicno usposabljanje izvajalcev storitev ter v uporabniško raziskovanje.

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Maja Pišljar, vpisana na Fakulteto za socialno delo v štud. letu 2009/2010 kot redna študentka izjavljam, da sem diplomsko delo z naslovom *Primer partnerske uporabniške organizacije na Švedskem* napisala samostojno s korektnim navajanjem virov in ob pomoči mentorice doc. dr. Nine Mešl in somentorice as. ds. Petre Videmšek.

Datum: 12. 3. 2014 Podpis: