

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO**

MAGISTRSKO DELO

**Socialno delo skozi perspektivo uporabnikov s težavami v duševnem zdravju,
ki so vključeni v koordinirano obravnavo v skupnosti**

Mentorica: izr. prof. dr. Jana Mali
Somentorica: doc. dr. Liljana Rihter

Danuška Breznik

Ljubljana, 2016

PODATKI O MAGISTRSKEM DELU

Ime in priimek: Danuška Breznik

Naslov naloge: Socialno delo skozi perspektivo uporabnikov s težavami v duševnem zdravju, ki so vključeni v koordinirano obravnavo v skupnosti

Kraj: Ljubljana

Leto: 2016

Število strani: 132

Število tabel: 0

Število grafov: 0

Število prilog: 5

Mentorica: izr. prof. dr. Jana Mali

Somentorica: doc. dr. Liljana Rihter

Deskriptorji: duševno zdravje, mladi, stari ljudje, stigmatizacija, totalne institucije, dezinstitutionalizacija, koordinator obravnave v skupnosti

Povzetek: Z raziskavo sem podrobneje odkrivala značilnosti koordinirane obravnave v skupnosti. Primerjala sem vidik uporabnikov in socialnih delavk. Ob tem sem odprla še nekaj drugih tem: finančni viri, socialna mreža uporabnikov, njihove izkušnje s stigmatizacijo in institucionalizacijo. Ugotovila sem, da imajo ljudje s težavami v duševnem zdravju, ki so vključeni v koordinirano obravnavo v skupnosti, vpliv nad samo storitvijo, saj se izvaja na podlagi metode osebnega načrtovanja in izvajanja storitev. Poleg tega so več prednosti pripisali koordinirani obravnavi v skupnosti kot pa življenju in prejemanju storitev v instituciji. Želijo si večje finančne podpore za samostojno življenje, velikokrat se soočajo s stigmatizacijo in izključevanjem iz družbe. Socialni delavci ocenjujejo, da bi v okviru koordinirane obravnave in programa odprtih stanovanjskih skupin morali zaposliti večje število socialnih delavcev.

Title: Social Work from the Perspective of Service Users with Mental Health Problems in Coordinated Community Care

Keywords: mental health, the young, older people, stigmatisation, total institutions, deinstitutionalisation, coordinator of community care

Abstract: The study presents a detailed account of the characteristics of coordinated community care. It contains a comparison of the social workers' perspective with the perspective of service users. At the same time it opens some other topics: financial sources, the social network of service users, their experiences with stigmatisation and institutionalisation. The study reveals that the people with mental health problems who are involved in coordinated community care have influence on their service because it is implemented on the basis of individual care planning and realisation of services. Moreover, they see more advantages in coordinated community care compared to living and receiving services in an institution. They wish to receive more financial support for independent life and they often experience stigmatisation and exclusion from society. Social workers estimate that a greater number of people should be employed in coordinated care and in the program of home sharing communities.

PREDGOVOR

V magistrskem delu sem pozornost namenila dvema skupinama intervjuvancev, uporabnikom ter socialnim delavcem. Z raziskovanjem sem zajela več tem: zgodovino institucionalizacije uporabnikov, oceno koordinirane obravnave v skupnosti in socialnih delavcev, s katerimi sodelujejo. Zanimala me je socialna mreža uporabnikov in njihova vključenost v skupnost, njihovi finančni viri, izkušnje z diskriminacijo, izključenostjo iz družbe.

Raziskovanje sem usmerila na tri časovne perspektive. Pri uporabnikih me je najprej zanimalo, kako ocenjujejo preteklo izkušnjo hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici, kako ocenjujejo druge storitve, v katere so že bili ali pa so še vključeni (nadzorovana obravnava, metadonska ambulanta, komuna za odvisnike, Inštitut Vir, CPO, dom za stare, obisk druge socialne delavke, pogovorna skupina).

Uporabnikovo sedanost predstavlja delovanje v koordinirani obravnavi v skupnosti, zato me je zanimalo, kako so uporabniki navezali stik s koordinatorko, kdaj so se vključili; kaj jim pomeni koordinirana obravnava, kakšne so prednosti in njihovi predlogi za izboljšanje te storitve; katere oblike pomoči prejemajo v sklopu storitve, kako pogosto prejemajo pomoč, kakšen je njihov odnos s socialnimi delavkami ter katere osebne lastnosti in načine dela cenijo pri koordinatorki. Zanimalo me je, kako poteka izvajanje osebnega načrta, kako ocenjujejo prejemanje storitev na domu, kakšne bi bile posledice, če ne bi bili vključeni v storitev. Pri mladih sem raziskovala še, kakšne oblike pomoči so jim na voljo pri vstopanju na trg dela. Raziskovala sem tudi, kakšna je njihova socialna mreža, kako pogosto se družijo z drugimi uporabniki, drugimi člani skupnosti, v kolikšni meri dobijo neformalno pomoč socialne mreže ter v kolikšni meri se vključujejo v dogodke v skupnosti. Zanimalo me je še, kakšni so njihovi finančni viri, kako le-ti vplivajo na uresničevanje njihovih ciljev, kako pogosto se srečujejo z njihovim pomanjkanjem in kakšni so njihovi predlogi za rešitev finančne stiske. V eni izmed tem sem raziskovala, v kolikšni meri se intervjuvanci srečujejo z diskriminacijo, izključevanjem iz družbe, na kak način poteka antidiskriminacijsko socialno delo znotraj storitve.

Zanimali pa so me tudi pogledi na prihodnost v smislu tega, kako vidijo uporabniki svoje življenje čez pet let in kaj si želijo.

Glede socialnih delavcev, ki sodelujejo pri izvajanju storitve koordinirane obravnave (koordinatorki obravnave v skupnosti in skupnostni socialni delavki), sem raziskovala

sledeče teme: koordinirana obravnava v skupnosti in programu odprtih stanovanjskih skupin, socialno delo v praksi, dodatna znanja, ki jih pri svojem delu potrebujejo, sodelovanje z drugimi institucijami/storitvami v skupnosti, izključenost in stigmatizacija uporabnikov. Znotraj koordinirane obravnave in programa odprtih stanovanjskih skupin me je zanimalo, koliko uporabnikov na dan obiščejo, kakšna je kakovost dela, kaj vpliva nanjo, kdo jim pomaga pri izvajanju osebnih načrtov ter če število socialnih delavk, ki delujejo na tem področju, zadostuje. Socialno delo v praksi sem raziskovala, ko sem socialne delavke spraševala, katere metode uporabljajo in kako delajo po metodi osebnega načrtovanja in izvajanja storitev. Zanimalo me je, katera dodatna znanja potrebujejo za svoje delo, kolikšna je vključenost ljudi z demenco in kakšna znanja bi za to skupino uporabnikov še potrebovale. V poglavju o uporabnikih sem poizvedovala o številu vključenih uporabnikov, o poteku njihove vključitve v storitev, kako je s podporo čez vikend, ob praznikih in v času krize, kako dolgotrajna je njihova obravnava, koliko uporabnikov se je vrnilo v institucijo ter kakšne so njihove potrebe, stiske, želje. Zanimalo me je tudi, kakšno je sodelovanje z drugimi institucijam/storitvami, kamor so še vključeni njihovi uporabniki, ter morebitna izključenost in stigmatizacija uporabnikov.

Empirični del magistrskega dela sem si zastavila zelo obširno. Primerjala sem vzorec generacije mladih in starih ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju in so vključeni v koordinirano obravnavo. Hkrati sem opravila intervjuje še s koordinatorkama obravnave v skupnosti in skupnostnima socialnima delavka, ki sodelujeta kot izvajalki osebnih načrtov uporabnikov. Želela sem pregledati še sekundarno gradivo, in sicer letna poročila o izvajanju pomoči in podpore uporabnikom, ki so vključeni v program Odprte stanovanjske skupine: vzpostavljanje oskrbe v skupnosti. Zastavljenega cilja nisem uresničila zato, ker bi lahko pridobila le letna poročila za enega intervjuvanca, za ostale pa ne, saj nimajo osebnega paketa financiranja, ker niso upravičeni do institucionalnega varstva. Poleg tega sem že iz primarnega gradiva pridobila podatke, ki sem jih želela raziskati s pomočjo sekundarnega gradiva, tako da sem lahko potrdila ali ovrgla predvideni tezi številka 8 in 9.

Širina izbrane teme je imela tako pozitivne kot negativne posledice. Pozitivne zato, ker sem lahko primerjala dve skupini ljudi, uporabnike in socialne delavce, ter raziskala potrebe dveh generacij uporabnikov. Hkrati mi je zelo široko zastavljena tema onemogočila zajeti večje število uporabnikov in socialnih delavcev. Bolje bi bilo,

če bi svojo raziskavo omejila le na uporabnike ali pa na socialne delavce. Če bi v raziskavo zajela le perspektivo uporabnikov, bi bilo dobro, da bi se osredotočila na večje število mladih in starih ljudi. Vseeno bi me pri tem oviralo dejstvo, da je v koordinirano obravnavo v skupnosti v Mestni občini Maribor vključenih največ uporabnikov srednje generacije, zato bi težko primerjala večje število mladih in starih ljudi. Predvsem bi bila težava pri intervjuvancih, ki so stari 65 let in več. Če bi v raziskavo vključila le socialne delavce, bi bilo bolje, da bi se osredotočila le na koordinatorje obravnave v skupnosti, kar bi pomenilo, da bi v raziskavo morala zajeti večje število regij. Lahko bi se osredotočila tudi na izvajalce osebnih načrtov uporabnikov, tako bi morala vzpostaviti stik z več koordinatorji različnih regij in jih vprašati, kdo jim kot izvajalci osebnih načrtov pomagajo, nato pa izvajalce z njihovim strinjanjem tudi intervjujati. Tako bi odprla zanimivo temo o razlikah znotraj koordinirane obravnave. Že v mariborski regiji, kjer delujeta dve koordinatorki, eni kot izvajalci pomagajo socialni delavci, drugi pa skupnostni socialni delavki znotraj nove nevladne organizacije Zavoda Franko Maribor. Če bi v vzorec zajela le socialne delavce oz. izvajalce osebnih načrtov, ne bi v raziskavo zajela uporabniškega vidika, ki je ključen, če želimo storitev še izboljšati in prilagoditi potrebam uporabnikov.

Pri oblikovanju smernic za intervjuvanje sem nekatere teme med uporabniki in socialnimi delavci premalo natančno poenotila. Hkrati sem tako pri uporabnikih kot socialnih delavcih zajela preveč tem, ki sedaj niso povsem raziskane, rezultate pa težje posplošimo. Pri temi stigmatizacija in izključenost uporabnikov sem podtemo mnenje lokalne skupnosti o vključenosti uporabnikov v obravnavo izpustila, saj ni imela vpliva na moje rezultate. Bolje bi bilo, da bi se osredotočila na manjše število kategorij, kot je npr.: ocena koordinirane obravnave v skupnosti, izključenost in stigmatizacija uporabnikov s težavami v duševnem zdravju.

Kljub temu se je v več kategorijah izpostavilo več tem, ki jih je treba še dodatno raziskati, predvsem pa izpostavljeno problematiko reševati. Med takšne teme spadajo: nizki finančni viri ljudi s težavami v duševnem zdravju, nezaposljivost mladih ljudi s težavami v duševnem zdravju, prevladovanje medicinskega modela dela ter neprilagojen, neenakovreden odnos strokovnjakov znotraj institucij, v katere se vključujejo ljudje s težavami v duševnem zdravju, vključevanje ljudi z demenco v koordinirano obravnavo v skupnosti ter potreba po povečanem številu zaposlenih koordinatorjev in skupnostnih socialnih delavcev v Mestni občini Maribor.

Zahvaljujem se socialnim delavkam in uporabnikom, ki so s svojimi odgovori soustvarili nalogo, mentorici izr. prof. dr. Jani Mali in somentorici doc. dr. Liljani Rihter za strokovno pomoč ter staršem, ki mi pomagajo na osebni poti doseganja zastavljenih ciljev.

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

MAGISTRSKO DELO

**Socialno delo skozi perspektivo uporabnikov s težavami v duševnem zdravju,
ki so vključeni v koordinirano obravnavo v skupnosti**

Mentorica: izr. prof. dr. Jana Mali
Somentorica: doc. dr. Liljana Rihter

Danuška Breznik

Ljubljana, 2016

KAZALO VSEBINE

1 TEORETIČNI DEL	10
1.1 Stigma in njene posledice	10
1.2 Kritični pregled služb in storitev na področju duševnega zdravja v Sloveniji ..	15
1.3 Duševno zdravje prebivalcev Slovenije	21
1.4 Življenje v socialni instituciji in vidiki »totalnosti«	24
1.5 Dez institucionalizacija	28
1.6 Koordinirana obravnava v skupnosti	32
2 PROBLEM	41
3 METODOLOGIJA	44
3.1 Vrsta raziskave	44
3.2 Merski instrumenti in viri podatkov	44
3.3 Populacija in vzorčenje	44
3.4 Zbiranje podatkov	45
3.5 Obdelava in analiza podatkov	46
4 REZULTATI	49
4.1 OCENA STORITVE	49
Prejemanje pomoči na domu in prejemanje pomoči v instituciji	49
Finančna sredstva in samostojno življenje v skupnosti	53
4.2 VPLIV UPORABNIKA NA KOORDINIRANO OBRAVNAVO V SKUPNOSTI	54
Osebnostno načrtovanje in izvajanje storitev ter koncept pravic	54
4.3 OCENA SOCIALNIH DELAVCEV	57
Oblike pomoči, ki jih uporabniki prejemaajo	57

4.4 VSTOPANJE/VKLJUČENOST V SKUPNOST	58
Izključevanje in stigmatizacija	58
Socialna mreža in vključevanje uporabnikov v skupnost	59
4.5 METODE SOCIALNEGA DELA	61
Prilagajanje potrebam uporabnikov	61
Socialno delo in demenca	62
Antidiskriminacijsko socialno delo	63
4.6 IZVAJANJE STORITVE	63
Sodelovanje z drugimi institucijami in strokovnjaki	64
Število koordinatorjev obravnave v skupnosti in skupnostnih socialnih delavcev	65
4.7. TEZE	67
5 RAZPRAVA	69
6 SKLEPI	74
Prejemanje pomoči na domu in v instituciji	74
Finančna sredstva in samostojno življenje v skupnosti	74
Osebno načrtovanje in izvajanje storitev ter koncept pravic	75
Oblike pomoči, ki jih uporabnik prejema	75
Izključevanje in stigmatizacija	75
Socialna mreža in vključevanje uporabnikov v skupnost	75
Prilagajanje potrebam uporabnikov	76
Socialno delo in demenca	76
Antidiskriminacijsko socialno delo	76
Sodelovanje z drugimi institucijami in strokovnjaki	76
Število koordinatorjev obravnave v skupnosti in skupnostnih socialnih delavcev	77

7 PREDLOGI.....	78
8 LITERATURA	81
9 PRILOGE	86
10 POVZETEK.....	131

1 TEORETIČNI DEL

1.1 Stigma in njene posledice

Pojem stigma so uporabljali že stari Grki. Besedo so uporabljali za označevanje telesnih znakov in nenavadnosti ter nečesa slabega v moralnem statusu nosilca same stigme. Znaki so bili vrezani ali vžgani v telo ter so pomenili, da je zaznamovani suženj, hudodelec, izdajalec, človek, ki se ga je treba izogibati. V krščanski dobi je izraz stigma dobil še dva metaforična pomena. Glede na versko trditev se je nanašal na telesna znamenja božje milosti, ki so privzemala obliko izstopajočih znamenj na koži, glede na medicinsko trditev pa se je izraz stigma nanašal na telesna znamenja telesnih motenj. Danes se beseda stigma uporablja v smislu sramote in se ne nanaša toliko na same telesne simptome kot nekoč. Družba določa načine kategoriziranja ljudi ter lastnosti, ki človeka uvrščajo v določeno kategorijo.

Ločimo tri vrste stigme: fizično iznakaženost, značajske slabosti (te večinoma pripisujemo težavam v duševnem zdravju, odvisnosti, poskusu samomora, brezposelnosti) in skupinsko stigmo, ki se lahko prenaša iz roda v rod (npr. skupinska stigma rase, narodnosti, veroizpovedi) (Goffman 2008: 13).

Ljudje izražamo stigmo s pomočjo jezika, npr. eni izmed stigmatizirajočih izrazov, poimenovanj so: »pankrt«, »bebec«, »kripelj« (Goffman 2008: 14). Tudi pojem prizadetost (angleško disability) ali hendikep označuje poškodovanost, ki je vidna ali pa nevidna. Gre za družbeno konstruirano oviranost na ekonomski, družbeni, psihološki in simbolni ravni, ki jih doživljajo ljudje. Poškodovanost hendikepira, ovira, onemogoča, naredi človeka »in-validnega« ali »ne-močnega«. Hendikep je torej sinonim za poškodovanost, kakršna je gibalna, senzorna, intelektualna oviranost in težave z duševnim zdravjem. Hendikep je tudi sinonim za družbeno prikrajšanost, ki ljudi z ovirami diskriminira v vsakdanjem življenju (Zaviršek 2000: 7–8).

Ljudje, ki jih družba stigmatizira, lahko to stigmo ponotranjijo, zaradi družbeno sprejetih norm se lahko začnejo sramovati svoje »pomanjkljivosti« (Goffman 2008: 16). Stigmatiziran posameznik se na svoj položaj lahko odzove tudi tako, da skuša svojo stigmo popraviti s terapijo, operacijo ali pa se umakne iz družbe. Hkrati lahko stigmatizirani posameznik meni, da bo njegovo naključno neprimerno vedenje hitro interpretirano kot posledica njegove drugačnosti. Posameznik se lahko skuša vključiti v družbo s sovražno predrznostjo, ki je tako kot umik interpretirana negativno (Goffman 2008: 17, 22, 24).

Stigmatiziran posameznik se lahko v interakciji z drugimi ljudmi obnaša, kot da je njegova znana drugačnost nepomembna, če pa ta drugačnost ni opazna, pa se posameznik sooči z vprašanjem, kako nadzirati informacije o drugačnosti, kako spregovoriti o njej, komu in kdaj. Človek, ki je prišel iz psihiatrične bolnišnice, je s strani družinskih članov lahko obravnavan obzirno, kot da nima težav z duševnim zdravjem, vseeno pa obstaja dvom o njegovem duševnem zdravju. Člani družine ga lahko dojemajo tudi kot »duševno bolnega«, čeprav sam o sebi tega mnenja nima (Goffman 2008: 43–44). Človek, ki ga spremlja stigma, lahko svojo drugačnost zamolči ali pa jo prikriva, npr. tako, da skuša stigmati zmanjšati pomen (Goffman 2008: 68, 91).

Stigmatizacija je odziv okolja na drugačnost. Stigmatizirane posameznike družba dojemata kot manjvredne. Ljudje, ki so drugačni od okolja, so stigmatizirani, ne dosegajo pričakovanih norm neke družbe. Stigmatizirati je mogoče vse človeške razlike, npr. barvo kože, starost, izobrazbo, težave v duševnem zdravju (Kuklec 2010: 196).

Po Bon 2007 (Kuklec 2010: 196) vsaka človeška kultura teži k postavitvi meje med bolnimi in zdravimi. V sklop bolnih spadajo tudi ljudje, ki jih spremljajo težave v duševnem zdravju.

Goffman (1963) in Sartorius (1999) (Kuklec 2010: 197) med posledicami stigme ljudi, ki jih spremljajo težave v duševnem zdravju, navajata še druge ovire v človekovem življenju, s katerimi se posameznik sooča: težave pri iskanju zaposlitve, pri izobraževanju ter iskanju partnerja.

Kuklec (2010: 197) navaja Crisp (2004) po mnenju katerega lahko težave v duševnem zdravju, ki povzročajo stigmato, razvrstimo v več sklopov:

1. Težave v duševnem zdravju, za katere javnost meni, da so povezane z nasiljem in nezakonitimi aktivnostmi: shizofrenija, razne odvisnosti, težave, ki so povezane z okužbo z virusom HIV.
2. Težave v duševnem zdravju, katerih vedenje svojce spravlja v nelagoden položaj: demenca, mejno organizirana osebnostna motnja, avtizem.
3. Težave, katerih zdravljenje povzroči opazne stranske učinke, npr. povečanje teže ob antipsihotični terapiji.

4. Po Sartorius 1999 (Kuklec 2010: 197) so ljudje, ki jih spremlja shizofrenija, velikokrat označeni kot nevarni, leni, nesposobni za delo, partnerske odnose, nesposobni prevzeti vlogo starša in izpolnjevati socialne obveznosti.

S stigmatizacijo je povezana tudi diskriminacija ljudi. Beseda diskriminacija izhaja iz latinščine (*discriminatio*) in pomeni razliko, mejo. Beseda ima slabšalni pomen in zaznamuje priznavanje pravic ali ugodnosti ene skupine na račun druge zaradi kakršnih koli razlik. Diskriminacija se opredeljuje tudi kot omejevanje pravic, zapostavljanje, zanemarjanje koga. Diskriminatornost pa označuje pravno kategorijo, ki pomeni neutemeljeno razlikovanje posameznikov na podlagi ene ali večih osebnih lastnosti, npr.: spola, religije, etničnosti, statusa, hendikepa (Verbinc 1982 v Medica 2011: 207). Po Vertovec (1999) je družba diskriminatorna, če družbene in kulturne razlike marginalizira in ignorira (Medica 2011: 207).

Po Bourdieu (1991) v (Samaluk, Turnšek 2011: 184) imajo vse oblike diskriminacije, skupno značilnost, da določeno družbeno skupino ovrednotijo kot manjvredno in tako »[...] upravičujejo kratenje njihovih pravic in možnosti«.

Za razumevanje neenakosti in diskriminacije Van Dijk (2004; 2005) (Samaluk, Turnšek 2011: 184) opozarja na upoštevanje kognitivne in socialne dimeznije teh procesov. Kognitivno dimenzijo predstavljajo prepričanja, stereotipi, predsodki, ideologije, ki opravičujejo diskriminatorne prakse; socialno dimenzijo pa sestavljajo socialne prakse, kot je neenakopravna porazdelitev socialnih virov in kratenje človekovih pravic.

Ko govorimo o diskriminaciji, je treba omeniti tudi antidiskriminacijsko socialno delo. Neil Thompson (1995: 274) povezuje antidiskriminacijsko socialno delo z razvojem same stroke. Trdi, da se je antidiskriminacijska praksa, poimenovana tudi praksa proti zatiranju, pojavila v osemdesetih letih v okviru radikalnega socialnega dela.

Prakso proti zatiranju v socialnem delu udejanjajo številni koncepti, med njimi avtor opozori na upoštevanje socialnega konteksta človeka, na ravnanje z močjo, ki ne sme prispevati k zatiranju uporabnikov, upoštevanje koncepta opolnomočenja, ki pomaga uporabniku, da prevzame nadzor nad svojim življenjem. Hkrati avtor poudari še skupen odziv, pri katerem je treba upoštevati dejstvo, da je uporabnik partner v izvirnih delovnih projektih pomoči ter da strokovnjaki sodelujejo z istomislečimi kolegi, da bi tako razširili antidiskriminacijsko socialno delo. K antidiskriminacijski praksi

prispeva tudi samorefleksija predpostavk, predsodkov strokovnjakov (Thompson 1995: 275–276).

V praksi proti zatiranju nam pomagajo še določene strategije razvoja. Thompson (1995: 278–279) omenja vključevanje antidiskriminacijske prakse v teorijo, politiko in prakso. Spodbuja k prevrednotenju tradicionalnih konceptov socialnega dela, kritiki slabe prakse, uporabi teorije v praksi ter skrbi za stokovne delavce zaradi zahtevnega dela in stresa. Hkrati se strokovni delavci morajo podpirati v skupni akciji za prakso proti zatiranju.

Sama dodajam, da k antidiskriminacijski praksi v socialnem delu prispevajo tudi nekateri drugi koncepti in metode dela. Naj omenim le nekatere: vzpostavljanje delovnega odnosa, koncept normalizacije, dezinstitutizacije, načrtovanje storitev od spodaj navzgor, metoda osebnega načrtovanja, analiza tveganja in zagovorništvo. Antidiskriminacijsko socialno delo je treba vzpostavljati v odnosu do posameznika, skupine in v odnosu do družbe s skupno akcijo, bojem za pravice tistih, ki so diskriminirani.

Kuklec (2010: 198) navaja MacInnes in Lewis (2008), ki pravita, da naj bi bila stigmatizacija večplastni koncept, ki zajema tudi t. i. samostigmatizacijo, to pomeni reakcijo stigmatizirane osebe proti samemu sebi. Samostigmatizacija poveča občutek manjvrednosti, pojavi se anksioznost, depresija, kar vpliva na družbene interakcije, zadovoljstvo z življenjem, na socialne odnose in uspešnost na trgu dela.

Tudi Cigoj Kuzma (2013: 18) opozarja na nizek socialni položaj ljudi s težavami v duševnem zdravju, saj se zaradi svoje nalepke težko zaposlijo, izključenost s trga dela pa jim tudi onemogoča ohranjanje socialne mreže, zato je njihov socialni kapital je vse manjši.

Dragoš (2000: 82) navaja Lina (2000), ki meni: »[...] [S]ocialni kapital je na mikro ravneh zelo pomemben olajševalni ali zaviralni dejavnik družbene neenakosti, saj se nanaša na strukturo socialnih mrež, ki kreirajo dostopnost do virov in pogoje njihove uporabe.«

Od socialnega kapitala so odvisni dogodki na socialnem, civilnodružbenem, političnem, ekonomskem področju, pa tudi trendi na vseh ravneh, od mikro- in mezo- do makrodružbene in internacionalne ravni. Socialni kapital je pomemben predvsem za profesijo socialnega dela, ki ima neposredno opraviti s horizontalnimi in vertikalnimi vezmi, z razmerji recipročnosti, z (ne)zaupanjem med ljudmi in z

regulacijo omrežij po neformalnih socialnih normah. To pa so hkrati najpomembnejši dejavniki socialnega kapitala (Dragoš 2002: 87–88).

Zrim Martinjak (2006: 41) trdi, da visoka stopnja socialnega kapitala neke družbe, skupnosti, pomeni nižjo stopnjo kriminala, višjo stopnjo zdravja, daljšo življenjsko dobo, boljše izobraževalne dosežke, večjo enakopravnost, večjo blaginjo otrok, znižuje zlorabe otrok, korupcijo, viša učinkovitost vlade, višji so tudi ekonomski dosežki družbe.

Rezultati raziskave o prisotnosti stigmatizacije pri zdravstvenih delavcih v Psihiatrični kliniki Ljubljana (Kuklec 2010: 200–201) kažejo, da so delavci najmanj naklonjeni ljudem, ki so odvisni od alkohola, nato ljudem s shizofrenijo ter nato ljudem z levkemijo. Iz rezultatov je razvidno, da imajo tudi zdravstveni delavci predsodke do uporabnikov, vzrok za stigmatizacijo in predsodke pa je moč najti tudi v pomanjkljivem znanju o določenih težavah, ki lahko spremljajo človeka.

Raziskava je pokazala, da so ljudje, ki jih spremlja shizofrenija, v dokaj veliki meri podvrženi stigmatizaciji. Zaskrbljujoče je dejstvo, da uporabnike stigmatizira osebje samo, vzrok za stigmatizacijo pa najverjetneje ni le pomanjkanje znanja, temveč tudi predsodki družbe, ki nas že iz otroštva spremljajo in izoblikujejo.

Brezposelnost je ena izmed pogostih posledic stigmatizacije, ki je v Sloveniji vse višja. Konec julija 2015 je bilo v Sloveniji registriranih 109.557 brezposelnih (Zavod RS za zaposlovanje).

Predvsem tisti uporabniki, ki jih spremljajo težave v duševnem zdravju, se še težje vključijo na trg dela.

Zidar (2012: 62) omenja Alcocka (2008), ki pravi, da je plačano delo za večino ljudi edini vir zaslužka, hkrati določa naš družbeni položaj in vpliva na našo samopodobo.

Zidar (2012: 64) navaja tudi Reskina in Padavica (1994), ki samo delo delita na tri oblike: na plačano delo, ki generira dohodek, na neplačano delo, ki ga ljudje opravljajo zase ali za druge, ter prisilno delo, za katerega ljudje ne dobijo plačila oz. je to plačilo simbolno. Uporabniki socialnega varstva so pogosto vključeni v delo, ki se imenuje delovna terapija, prostočasne aktivnosti, programi socialne vključenosti. V to delo niso prisiljeni, vendar se po drugi strani vseeno od njih pričakuje, da bodo v takšno delo vključeni. Delo uporabnikov v socialnovarstvenih organizacijah pa je še danes vrednoteno kot manjvredno.

Stigmatizacija zaradi nalepke težave v duševnem zdravju je kompleksna in trdovratna, saj človeka zaznamuje in izključi na številnih področjih, ki sooblikujejo kvalitetno življenje. Zaradi tega je prav, da se stroka, kot je socialno delo, zavzema za krepitev moči uporabnikov, hkrati pa je treba družbo poučiti o težavah v duševnem zdravju, da bo lahko ta presegla predsodke do te skupine prebivalcev.

1.2 Kritični pregled služb in storitev na področju duševnega zdravja v Sloveniji

Področje duševnega zdravja je urejeno s številnimi dokumenti, ki določajo načine delovanja in ukrepanja. Osrednja zakona, ki vplivata na izvajanje socialnovarstvenih storitev na področju duševnega zdravja v Sloveniji, sta Zakon o socialnem varstvu (Ur. l. RS, št. 3/2007) ter Zakon o duševnem zdravju (Ur. l. RS, št. 77/2008).

Storitve, ki so namenjene odpravljanju socialnih stisk in težav definira Zakon o socialnem varstvu (2007), (Ur. l. RS, št. 3/2007). Med storitve uvršča prvo socialno pomoč, osebno pomoč, pomoč družini, institucionalno varstvo, vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji ter pomoč delavcem v podjetjih, zavodih ter pri drugih delodajalcih.

Pregled obstoječih programov in storitev s področja duševnega zdravja v Sloveniji pa je jasno razviden iz četrtega člena Zakona o duševnem zdravju (Ur. l. RS, št. 77/2008). V okviru javne službe v Sloveniji delujejo: izvajalci psihiatričnega zdravljenja, izvajalci socialnovarstvenih programov in storitev, izvajalci nadzorovane obravnave ter izvajalci obravnave v skupnosti. Izvajalci psihiatričnega zdravljenja so: psihiatrične bolnišnice, psihiatrične ambulante s koncesijo za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ambulante za klinično psihologijo s koncesijo za opravljanje zdravstvene dejavnosti, zdravniki specialisti oziroma specialistke s koncesijo za opravljanje psihiatričnega zdravljenja, psihologi s specializacijo iz klinične psihologije s koncesijo za opravljanje zdravstvene dejavnosti in izbrani osebni zdravniki s koncesijo.

Ob koncu leta 2007 je bilo v upravni enoti Maribor na področju duševnega zdravja zaposlenih 19 psihiatrov, 27 medicinskih sester, 59 zdravstvenih tehnikov, 9 delovnih terapevtov, 12 psihologov ter 7 socialnih delavcev (Pribaković Brinovec 2009: 88).

Iz podatka o številu kadrov na področju duševnega zdravja je razvidno, da so socialni delavci na tem področju najslabše zastopani, kljub temu pa so za vzpostavljanje kvalitetnega življenja uporabnikov s težavami v duševnem zdravju še kako

pomembni. Človek potrebuje podporo predvsem po odpustu iz psihiatrične bolnišnice ter pri preprečevanju ponovnih hospitalizacij. Tudi definicije socialnega dela opozarjajo na pomembnost stroke in nakazujejo, da jo je potrebno bolje umestiti na področje duševnega zdravja, saj lahko ljudi podpre pri uresničevanju pravice in potrebe po življenju v skupnosti.

Tudi Predlog Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014–2018 poudarja, da duševno zdravje ni le stvar zdravstvenega sektorja, temveč vseh sektorjev in politik. Izpostavlja potrebo po celovitem pristopu promocije in varovanja duševnega zdravja pri pripravi konkretnih ukrepov. Kar pomeni, da morajo biti posamezni ukrepi in dejavnosti različnih sektorjev medsebojno usklajeni, saj je tako mogoče doseči največjo stroškovno učinkovitost. Poleg tega morajo biti ukrepi za izboljšanje duševnega zdravja enakomernejše dostopni v vseh regijah Republike Slovenije.

Hkrati tudi Glasser (2003: 19) opozarja na pretirano medicinsko obravnavo težav v duševnem zdravju. Psihatri ne vzpostavljajo več odnosa zdravnik – uporabnik, temveč težave v duševnem zdravju označijo kot neravnovesje v kemizmu možganov, ki ga je mogoče popraviti le s psihofarmaki.

Poleg prevlade medicinskega modela pri delu z ljudmi s težavami v duševnem zdravju je v Sloveniji število hospitalizacij v psihiatričnih bolnišnicah visoko, kar je zagotovo ena izmed posledic pomanjkanja skupnostnih služb.

Leta 2006 je bilo v podravski regiji skupno 1.615 hospitalizacij, v osrednjeslovenski regiji 2.653, skupno pa jih je v Sloveniji bilo 10.072. Pri statističnem pregledu so bile zajete sledeče ustanove: Psihiatrična bolnišnica Begunje in Ormož, Splošna bolnišnica Maribor, Psihiatrična bolnišnica Idrija, Psihiatrična klinika Ljubljana in Psihiatrična bolnišnica Vojnik. Splošna bolnišnica Maribor je leta 2006 opravila skupno 1.360 hospitalizacij, od tega je bilo 1.053 ljudi iz podravske regije (Pribaković Brinovec 2009: 90).

Poleg visokega števila hospitalizacij, veliko ljudi s težavami v duševnem zdravju prejema pomoč v institucionaliziranih oblikah pomoči in jim tako ni omogočena pravica do življenja v svojem domačem okolju. Po podatkih Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (2015) imamo v Sloveniji pet posebnih socialnovarstvenih zavodov: Dom Nine Pokorn Grmovje (OE Celje), Socialnovarstveni zavod Dutovlje (OE Koper), Delovnovarstveni zavod Prizma (OE Ljubljana), Zavod Hrastovec (OE Maribor) in Dom Lokavci (OE Murska Sobota). Po podatkih Skupnosti socialnih

zavodov Slovenije (2015) imajo določeni domovi za stare v Sloveniji posebne socialnovarstvene enote za ljudi s težavami v duševnem zdravju, med te domove spadajo: Dom upokojnecev in oskrbovancev Impoljca (OE Krško), Dom upokojencev Idrija (OE Ljubljana), Dom Danice Vogrinc Maribor (OE Maribor) in Dom upokojencev Podbrdo (OE Nova Gorica). V Zavodu Hrastovec je na razpolago 683 prostih mest, na dan 2. 9. 2015 ni bilo prostih mest, na sprejem pa je čakalo 37 ljudi. V Domu Danice Vogrinc Maribor je na oddelku posebne socialnovarstvene enote 200 mest. Tudi tukaj ni bilo prostih mest, na sprejem pa sta čakala dva prosilca.

Skupnostno službo je treba v Sloveniji še razširiti in okrepiti, da bo zadostovala potrebam uporabnikov in jim omogočila samostojno živeti v domačem okolju. Skupnostno službo spodbuja Zakon o duševnem zdravju z vzpostavitvijo koordinirane in nadzorovane obravnave v skupnosti. Na področje socialnega varstva je vpeljal tri nove institute: koordinatorja obravnave v skupnosti, zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja in multidisciplinarni tim. S tem se uvajajo pozitivne spremembe, a obenem tudi negativne, saj se dopušča uporaba prisilnih sredstev, prisilnih sprejemov, omejuje se vloga zastopnika ter koordinatorjem obravnave v skupnosti zaradi pomanjkanja izvajalcev ne omogoča učinkovito delati (Rafaelič *et al.* 2013: 98).

Rafaelič (2012: 170) še omenja, da Zakon o duševnem zdravju tudi ne prepoveduje zapiranja v bolnišnice ter socialne zavode. Koordinatorji obravnave v skupnosti pa nimajo poleg pomanjkanja izvajalcev niti zadostnih finančnih sredstev za izvajanje osebnih paketov storitev za uporabnike.

Tudi število koordinatorjev v nekaterih regijah, npr. podravski, je premajhno, kar vpliva na njihovo kakovost dela in posledično na življenje uporabnikov. Iz Seznama koordinatorjev obravnave v skupnosti (marec 2015) Ministrstva za delo družino in socialne zadeve je razvidno, da štajersko regijo pokrivajo tri koordinatorke obravnave v skupnosti. Od tega imata dve sedež na Centru za socialno delo (CSD) Maribor, ki obsega CSD Lenart, CSD Maribor, CSD Pesnica, CSD Ruše ter CSD Slovenska Bistrica. Ena koordinatorka pa ima sedež na CSD Ptuj, ki obsega CSD Ormož in CSD Ptuj.

Poleg koordinirane obravnave v skupnosti so tudi nevladne organizacije tiste, ki krepijo skupnostno službo v Sloveniji in so tako pomembne nosilke duševnega zdravja v skupnosti (Zorko, Jeriček Klanšček 2009: 92). Nevladne organizacije uporabnikom omogočajo svetovanje, samopomoč in izobraževanje, vključenost v dnevne centre,

obisk pisarne za svetovanje, bivanje v stanovanjskih in bivalnih skupinah. Omogočajo jim pomoč ter podporo pri učenju in študiju, delo z družinami. Uporabniki se lahko vključijo v treninge socialnih in življenjskih spretnosti, organizacije jim lahko pomagajo pri pripravi prostočasnih dejavnosti, uporabniki se lahko vključijo tudi v zaposlitveni center s podporno zaposlitvijo ter v program usposabljanja za delo.

Podatki Inštituta RS za socialno varstvo kažejo, da je leta 2014 na področju duševnega zdravja Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve sofinanciralo 21 programov, ki jih izvajajo sledeči socialnovarstveni zavodi in društva. CSD Koper izvaja program stanovanjskih skupin (Stanovanjska skupina Val) in Dnevni delovno terapevtski center Barčica. CSD Ruše in CSD Kamnik (Dnevni center za osebe s težavami v duševnem zdravju Štacion) izvajata program dnevnega centra. Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje izvaja program stanovanjskih skupin, program dnevnega centra, Društvo Novi paradoks omogoča uporabnikom bivanje v stanovanjskih skupinah, Ozara Slovenija, Nacionalno združenje za kakovost življenja ima prav tako vzpostavljeno mrežo stanovanjskih skupin, dnevnih centrov ter pisarn za informiranje in svetovanje (Pisarna za informiranje in svetovanje Zasavje). Društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa »Vezi« Sežana izvaja program stanovanjskih skupin (Stanovanjska skupina Podgrad). Društvo Altra – odbor za novosti v duševnem zdravju omogoča uporabnikom bivanje v stanovanjskih skupinah, obiskovanje dnevnega centra (Dnevni center Ljubljana), imajo tudi svetovalnico (Svetovalnica z elementi dnevnega centra Prevalje ter Svetovalnica Altra). Društvo Samarijan izvaja program zaupnega telefona za klic v duševni stiski. Če pogledamo razporeditev programov v celotni Sloveniji, je v vseh regijah prebivalec s težavami v duševnem zdravju dostopen dnevni center. Stanovanjske skupine niso na voljo v zasavski in posavski regiji, program informacijskih pisarn in svetovalnic pa ni na voljo v podravski ter primorsko-notranjski regiji. Telefonsko svetovanje je dosegljivo vsem prebivalcem Slovenije (Inštitut RS za socialno varstvo. Spremljanje izvajanja programov socialnega varstva. Poročilo o izvajanju programov v letu 2014. Končno poročilo (maj 2015).

Za populacijo starih ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju, lahko na podlagi podatkov Inštituta RS za socialno varstvo zasledimo še Slovensko združenje za pomoč pri demenci – Spominčica, ki deluje v vseh regijah, razen v koroški, zasavski

in posavski (Inštitut RS za socialno varstvo. Spremljanje izvajanja programov socialnega varstva. Poročilo o izvajanju programov v letu 2014. Končno poročilo (maj 2015).

Leta 2007 (Zorko, Jeriček Klanšček 2009: 94–95) je bilo v Sloveniji 171 nevladnih organizacij, ki delujejo na področju duševnega zdravja. Pri tem so avtorji upoštevali le tiste organizacije, ki so Agenciji Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve oddale poročilo za leto 2007.

Od vseh nevladnih organizacij se jih 33 % ukvarja s področjem odvisnosti od psihoaktivnih snovi, 21 % se jih ukvarja s težavami v duševnem zdravju, kot so depresija, anksioznost, motnje hranjenje in poskus samomora. Z nasiljem v družini se ukvarja 14 % organizacij, 5 % organizacij pomaga žrtvam kaznivih dejanj, 9 % jih pomaga ženskam, 4 % pa starim ljudem (Zorko, Jeriček Klanšček 2009: 96). 52 % organizacij poroča, da namenja vsebine tudi otrokom in mladostnikom, 68 % organizacij pa naj bi se poleg svojih področij ukvarjalo še s promocijo in preventivo na področju duševnega zdravja (ibid.).

Večina nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja nudi uporabnikom delavnice (87 %), predavanja (88 %), svetovanje (97 %), skupine za samopomoč ima 83 % organizacij, 23 % jih ima dnevne centre, 11 % organizacij pa stanovanjske skupnosti (Zorko, Jeriček Klanšček 2009: 98).

Med nevladnimi organizacijami, ki so se razvile pred kratkim, želim izpostaviti Zavod Franko Maribor, ki izvaja program Odprte stanovanjske skupine: vzpostavljanja oskrbe v skupnosti in v katerega je vključen kar precejšen del uporabnikov, ki so sodelovali v raziskavi, na podlagi katere je nastalo magistrsko delo. V nadaljevanju opisujem program, ki je lahko ena izmed izhodiščnih točk za razvoj in razširitev skupnostne oskrbe vseh generacij ljudi, ki jih spremljajo težave v duševnem zdravju, in je lahko dobra podpora pri delu koordinatorjev obravnave v skupnosti.

Program Odprtih stanovanjskih skupin se je začel razvijati septembra 2010 s prvimi preselitvami uporabnikov iz socialnovarstvenih zavodov, ki so se udeležili socialne akcije IZ-HOD. Gibanje IZ-HOD je opozorilo na pospešitev dezinstitutizacije ter poudarilo pomen skupnostnega socialnega modela dela (Rafaelič, Flaker 2012: 7).

Že v tem času so izvajalke še v okviru Agencije za individualno načrtovanje, posredovanje in koordiniranje socialnih storitev zagotavljale podporo in pomoč uporabnikom s težavami v duševnem zdravju v Mestni občini Maribor (Anžlovar, Bedrač 2015).

Program Zavoda Franko Maribor je nastal na podlagi raziskave HOPS (Hitre ocene potreb in storitev) na področju vsakdanjih potreb. HOPS so izdelale študentke Fakultete za socialno delo v sodelovanju s koordinatorko obravnave v skupnosti Centra za socialno delo Maribor Simono Ratajc v letu 2011/2012. Uporabniki so znotraj raziskave izpostavili potrebe po storitvah, ki jih javne službe še niso izvajale, kar je bila ključna spodbuda za razvoj programa odprtih stanovanjskih skupin (Anžlovar, Bedrač 2015).

V program so vključeni uporabniki, ki so bili iz drugih programov, kot so stanovanjske skupine, komune za odvisnike, že izključeni. Vključeni so tudi tisti uporabniki, ki so že bivali v posebnem socialnovarstvenem zavodu, npr. domu za stare ljudi. V program so vključeni uporabniki vseh starosti, tako mlada, srednja kot stara generacija. Nekatere uporabnike spremljajo dvojne diagnoze, senzorne, intelektualne ali gibalne ovire. Večina uporabnikov se sooča s pomanjkanjem finančnih virov, zato povečini uveljavljajo pravice iz javnih sredstev (pravico do denarne socialne pomoči, nadomestila za invalidnost, varstvenega dodatka) ali pa so invalidsko upokojeni (Anžlovar, Bedrač 2015).

Vključitev v program odprtih stanovanjskih skupin uporabniku predlaga koordinatorka obravnave v skupnosti. V primeru vključitve v program Zavoda Franko Maribor uporabnik in koordinatorka v osebnem načrtu opredelita oblike in pogostost pomoči, ki jo uporabnik potrebuje. Delo v zavodu temelji na timskem sodelovanju s koordinatorko, psihiatri, drugimi strokovnjaki, ki so potrebni za podporo uporabniku, na sodelovanju s svojci, prostovoljci, študenti, ki soustvarjajo kakovost bivanja človeka s težavami v duševnem zdravju v skupnosti. Program temelji na terenskem delu, izvajalke so vključenim uporabnikom na voljo v domačem in formalnem okolju. Skupnostne socialne delavke so dosegljive ves dan, tudi med vikendi in prazniki. Uporabnike spodbujajo pri medsebojni pomoči, izmenjavi znanj ter pri vključevanju v skupnost, kar pomeni udeležbo na javnih prireditvah, aktivnostih in pri obiskih knjižnice (Anžlovar, Bedrač 2015).

V Sloveniji sistem dolgotrajne oskrbe še ni dobro organiziran, saj je urejen z več zakoni. Hkrati bo na področje duševnega zdravja vplival tudi predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo (2010). Dolgotrajna oskrba je v drugem členu predloga zakona opredeljena kot dejavnost, ki osebam, odvisnim od pomoči drugih zaradi posledic bolezni, poškodb, invalidnosti ali drugih vzrokov v

daljšem časovnem obdobju, zagotavlja pomoč pri opravljanju temeljnih in podpornih dnevnih opravil. Zakon o dolgotrajni oskrbi mora izhajati iz trditve, da ima vsak pravico do življenja v skupnosti. Hkrati mora prerazporediti in zmanjšati institucionalne kapacitete in to pomoč prenesti v skupnostno službo.

Pozitivno je, da predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo predvideva zagotoviti sredstva za prilagoditev stanovanja, negativno pa je, da zakon ne govori o preselitvah iz institucij v skupnost ter o stanovanjski politiki za področje dolgotrajne oskrbe. Predlog zakona predvideva denarno nadomestilo kot enega izmed načinov sofinanciranja oskrbe, a je to nadomestilo nizko, uporabniku pa bi bilo po zakonu potrebno urediti tudi storitve vključevanja v skupnost, ki bi prispevale h kakovostnejšemu vsakdanu človeka (Rafaelič, Nagode 2012: 58–59).

Pregled služb s področja duševnega zdravja nas opozori na sledeče probleme: v Sloveniji na področju duševnega zdravja prevladuje medicinski model dela, socialno delo pa je v ozadju. Omenjeno dejstvo kažejo tudi rezultati raziskave v nadaljevanju. Hkrati se prebivalci Slovenije srečujejo z neenako dostopnostjo do storitev, ki so povečini institucionalizirane, razvoj skupnostnih služb na področju duševnega zdravja v Sloveniji pa je šele na začetku.

1.3 Duševno zdravje prebivalcev Slovenije

Tema duševnega zdravja prebivalcev je zelo pomembna. To dejstvo poudarja tudi Zelena knjiga: Izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva. Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo (2005), saj duševno zdravje prebivalstva vpliva na gospodarske, socialne, izobraževalne, kazenske in sodne sisteme. V Evropski uniji naj bi težave v duševnem zdravju imel vsak četrti državljan, kar pa vodi k zmanjšani kakovosti življenja, pogosti so tudi samomori.

Na temo duševnega zdravja v Sloveniji je bilo izvedenih kar nekaj raziskav. Javnomnenjska raziskava iz leta 2006, v kateri je sodelovalo 1.476 polnoletnih oseb s stalnim prebivališčem v RS, je pokazala, da 12 % ljudi ni zadovoljnih s svojim življenjem, 37 % prebivalcev Slovenije pa meni, da redko najdejo čas za stvari, ki jih v življenju zares veselijo. 5 % vprašanih se je v času anketiranja počutilo depresivne, 1 % vprašanih pa se je počutilo depresivne ves čas. 7 % vprašanih je bilo v zadnjem

tednu večino časa žalostnih, 2 % vprašanih pa skoraj ves čas (Tomšič *et al.* 2009: 20).

Raziskava Eurobarometer o duševnem zdravju prebivalcev Slovenije, ki je bila izvedena leta 2006 na vzorcu 846 polnoletnih državljanov, je pokazala, da je v letu pred anketiranjem 12,7 % ljudi moralo omejiti svoje dejavnosti in izostati z dela zaradi težav v duševnem zdravju. Od teh je slaba polovica v preteklem letu že iskala strokovno pomoč, najpogosteje pri splošnem zdravniku. 9,6 % pa jih je že jemalo zdravila. Pogosteje so zdravila jemali brezposelni in ženske ter tisti, ki so bili nezadovoljni s svojim prihodkom. Med zdravili so prevladovala pomirjevala, nato zdravila iz domače lekarne ter nato antidepressivi (Tomšič *et al.* 2009: 20–21).

Hospitalizacija zaradi težav v duševnem zdravju je daljša od drugih hospitalizacij. Tudi število samomorov je v Sloveniji zelo visoko in je v 90 % posledica zapleta pri težavah v duševnem zdravju. Ljudje s težavami v duševnem zdravju se velikokrat soočajo z zmanjšano zmožnostjo za trajno pridobitno dejavnost, več kot četrtnina ljudi je zaradi tega uvrščena v I. kategorijo invalidnosti, ki pomeni popolno upokožitev, ostalih 15 % ljudi pa je zaradi težav v duševnem zdravju uvrščenih v II. ali III. stopnjo invalidnosti (Tomšič *et al.* 2009: 80). V Sloveniji sta najpogostejši težavi v duševnem zdravju depresija in anksioznost, posebej ranljivi skupini pa sta populacija otrok ter starih ljudi (Jeriček Klanšček *et al.* 2009: 101). Tomšič *et al.* (2009: 22) v sklopu tega opozarjajo na pomemben javnozdravstveni problem slovenskega prebivalstva, odvisnost od drog. Po podatkih Informacijske enote za prepovedane droge pri Inštitutu za varovanje zdravja Republike Slovenije (*ibid.*) je v letu 2007 v sedemnajstih centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (od skupno osemnajstih) zdravstveno pomoč zaradi težav z drogami iskalo 1.566 uporabnikov. Od tega je bilo 77 % moških in 23 % žensk. Povprečna starost uporabnikov drog je bila 29,4 leta. Rezultati raziskav še kažejo, da je med ljudmi, ki so odvisni od heroina, petina tistih, ki imajo pridružene še težave v duševnem zdravju in so vključeni v program pomoči zaradi težav z drogami kot tudi v psihiatrično zdravljenje. Tudi rezultati drugih raziskav (Tomšič *et al.* 2009: 22) potrjujejo, da se ljudje, ki so odvisni od heroina, v največji meri soočajo s težavami v duševnem zdravju, ki se kažejo v obliki depresivnih, anksioznih, psihotičnih in somatizacijskih simptomov.

Podatki mednarodne študije HBSC iz leta 2006, ki je bila narejena na reprezentativnem vzorcu 5.130 mladostnikov starih enajst, trinajst in petnajst let, so

pokazali, da ima četrtnina vprašanih slovenskih deklet negativno telesno samopodobo. Skoraj polovica slovenskih mladostnikov pa vsaj enkrat na mesec doživlja razdražljivost, nemir, nespečnost in potrto, glavobol, bolečine v želodcu in križu. 10 % vprašanih te simptome doživlja več kot enkrat na teden (Tomšič *et al.* 2009: 22). Tomšič (2009: 23) še navaja Tomorijevo (1998), ki ugotavlja, da kaže klinično pomembno stopnjo depresivnosti 20 % fantov in 40,5 % deklet v slovenskih srednjih šolah. Nezdravljene duševne motnje, še posebej depresija, pa zelo pogosto vodijo v samomorilno vedenje. Pri odraslih je eden izmed napovednih dejavnikov za samomorilno vedenje prav depresija, pri mladostnikih pa sta napovedna dejavnika za samomorilno vedenje nizko samospoštovanje in slaba samopodoba.

Posebno ranljiva skupina v Slovenijo so stari ljudje. V obdobju starosti pride do zmanjšanja telesnih in duševnih sposobnosti, pri starih ljudeh sta pogost pojav tudi demenca in depresija, depresija pa pogosto vodi v samomor. V povprečju naj bi se z depresijo soočalo 15 % starih ljudi, pri tistih, ki se soočajo še z drugimi zdravstvenimi težavami, kot je možganska kap, rak, srčno-žilno obolenje, pa je odstotek še višji. Na pojav depresije vpliva osamljenost, dolgčas in strah pred smrtjo. Podatki Ankete o zdravju in zdravstvenem varstvu iz leta 2006 kažejo, da je v Sloveniji v starosti od 65 do 74 let v porastu pojavnost kronične depresije in tesnobe. Z demenco pa naj bi se soočal 1 % starih 60 let ter od 30 do 45 % ljudi, ki so stari 85 let (Tomšič *et al.* 2009: 23).

Duševno zdravje starih ljudi, predvsem fenomen demence, je še danes velikokrat spregledano področje. Stare ljudi, ki jih spremlja demenca tako svojci, strokovnjaki kot tudi družba, še vedno odrivajo na rob in v institucionalno okolje. Še vedno primanjkuje skupnostnih služb, ki bi se lahko v takšni meri prilagodile staremu človeku z demenco, da bi lahko bival v svojem domačem okolju. Morda je to naloga in izziv tudi za koordinirano obravnavo v skupnosti.

V Sloveniji je fenomen demence razpoznavna tema predvsem v zadnjem desetletju. Demenca je bolezen, ki se najpogosteje pojavi v starosti, in z višanjem starosti delež ljudi, ki oboli za demenco, narašča. Demenca je tudi izziv za socialno delo, ker so problemi ljudi, ki jih spremlja demenca, tabuizirani in prikriti. Posledice demence se odražajo tudi na človekovem socialnem področju, zato bolezen ni le medicinski fenomen, temveč je potrebno nuditi podporo ljudem z demenco in njihovim svojcem tudi z znanjem socialnega dela (Mali, Milošević Arnold 2007: 5).

Socialni delavec mora slediti potrebam človeka z demenco in potrebam socialne mreže, ki starega človeka spremlja (Mali *et al.* 2011: 9).

Duševno zdravje mladih in starih ljudi je pomembna tema, ki jo je treba pri vlogi socialnih delavcev večkrat izpostaviti tako strokovni kot širši javnosti. Strokovnjakom jo je treba predstavljati z namenom povečanja skupnega sodelovanja različnih strok pri podpori človeku, ki ga spremljajo težave v duševnem zdravju, ter z namenom izpopolnjevanja in iskanja novih storitev, ki bi prebivalcem s težavo v duševnem zdravju omogočile življenje v skupnosti.

Tako pri mladih kot starih ljudeh se socialno delo sooča s številnimi izzivi. Pri obeh generacijah je za stroko izziv, kako človeku omogočiti živeti v domačem okolju, ohraniti samostojnost, avtonomijo, zmanjšati stigmo človeka, odvisnost od psihofarmakov in ponovno hospitalizacijo. Pri mladih ljudeh, ki jih spremljajo težave v duševnem zdravju, se pojavi še potreba po pomoči pri iskanju prve zaposlitve ali vrnitve na delovno mesto. Pri starih ljudeh pa je v ospredju predvsem iskanje odgovorov na vprašanje, kako povečati/ohraniti socialno mrežo, kako preživeti prosti čas in kako čim dlje ostati v svojem domačem okolju. Za širšo javnost je tema duševnega zdravja pomembna predvsem zato, ker izpostavljenost tem, npr. govor o demenci, shizofreniji in drugih težavah ter motnjah, zmanjšuje predsodke družbe do te populacije, jo opozarja, da se s takšnimi težavami lahko sooči vsak izmed nas in da je ob ustrezni podpori mogoče živeti v skupnosti. Hkrati se s predstavitvijo tem o duševnem zdravju zmanjšuje stigma tistih prebivalcev, ki se s temi težavami že soočajo.

1.4 Življenje v socialni instituciji in vidiki »totalnosti«

Flaker (1998: 71–72) navaja Foucaulta, ki je trdil, da naj bi se totalna ustanova rodila v času t. i. »velikega zapiranja«, ki je potekalo v 17. stoletju po vsej Evropi. V tem času so zaprli velik del prebivalstva (ostarele, brezdomce, invalide, sirote, brezumne, berače, vojake, prostitutke in homoseksualce).

V Sloveniji so velike zaprte ustanove nastale v 19. stoletju in še prej, največ jih je nastalo po drugi svetovni vojni, ko so ljudi z ovirami naseljevali v oddaljene gradove in druge stavbe, ki so jih med vojno izpraznili (Flaker 1998: 5).

Nastale so tudi institucije za ljudi, ki jih spremljajo težave v duševnem zdravju.

Flaker (1998: 93) navaja Foucaulta (1987), ki piše, da so se posebne ustanove za »nore« v Evropi prvič pojavile v 15. stoletju v Španiji. Konec 18. stoletja je »norost« označevala nekoga, ki je asocialen, in hkrati nekoga, ki je izgubil razum, zato je deležen usmiljenja. Nestrpnost in rasizem do »norcev« pa sta se pojavili šele v drugi polovici 19. stoletja (Flaker 1998: 97). Za utemeljitelja sodobne psihiatrične ustanove in znanosti o težavah v duševnem zdravju veljata Philippe Pinel ter William Tuke, ustanovitelj Zatočišča v Yorku (Flaker 1998: 103).

Vsaka ustanova človeka omeji, mu začrta okvire, znotraj katerih mora delovati, živeti tako, kot to predvidijo cilji same organizacije in zaposleni, ki delujejo tako, da se cilji uresničujejo. Tudi Zaviršek (2000: 60) trdi, da socialne institucije, ki so v 19. stoletju nastale na temelju univerzalizma, zadovoljujejo potrebe ljudi ne glede na njihove socialne, spolne in etnične razlike. Zaradi tega se številni teoretiki zavzemajo za koncept razlike, ki poudarja, da ima vsak človek drugačne potrebe.

»[U]stanovam, ki zajemajo tako rekoč vse vidike posameznikovega življenjskega kroga (delo, zabavo, rekreacijo itn.) prav zaradi totalnega zajetja Goffman pravi totalne.« (Flaker 1998: 18) Mali (2006: 21) navaja Goffmana (1961), ki pravi, da v totalni ustanovi vsi vidiki življenja potekajo na istem mestu in pod isto oblastjo. Izvajajo se različne dejavnosti, ki naj bi omogočile človeku, da pozabi, kje je, čas pa mu hitreje mine.

Flaker (1998: 19) še navaja Goffmana (1968), ki je opisal pet skupin totalnih ustanov: ustanove za tiste, ki ne morejo živeti sami in so nenevarni (domovi za slepe, ostarele, sirote, revne); ustanove za tiste, ki so nezmožni skrbeti zase, hkrati pa so nevarni za skupnost (psihiatrične bolnišnice, bolnišnice za tuberkulozne, leprozorji); ustanove za zavarovanje skupnosti pred nekaterimi nevarnostmi (zapori, taborišča za vojne ujetnike, koncentracijska taborišča); ustanove za izvajanje nekaterih delovnih nalog (ladje, vojašnice, internati, šole internatskega tipa, delovni tabori) in ustanove za verski umik (samostani).

V instituciji je človek stigmatiziran, ločen od zunanjega sveta, izgublja pravice, v odnosu do strokovnjaka je manjvreden. Velike ustanove povečujejo stigmo človeka. Bivanje v ustanovi zapečati usodo človeka v očeh drugih in v njegovih očeh. V totalnih ustanovah so ljudje segregirani iz vsakdanjega življenja, kar jih naredi še bolj tuje, drugačne in nevsakdanje. V instituciji postane človek zaradi velikega števila uporabnikov razosebljen, izgublja stike s svojim domačim okoljem, svojo socialno

mrežo, izgublja svojo preteklost in prihodnost, saj ne sme imeti osebnih želja, načrtov, upov (Flaker 1998: 7). Kladnik (2009: 46) navaja Hojnik-Zupanc (1999), ki kot značilnosti institucionalnega življenja za človeka navede še: izgubo svobode, avtonomije, razosebljenost, nizek materialni standard in družbeno stigmo.

Danes je realnost pridobljenega statusa prizadete osebe ta, da z njim človek nekaj pridobi in hkrati izgubi. Kot primer, kaj povzroči status, poznamo segregacijo hendikepiranih, ki jo pojasnjujejo z moralnimi argumenti: če jim hočemo pomagati, jih moramo kategorizirati in razdeliti v posebne ustanove, na posebna delovna mesta, v posebne šole. Ko človek dobi status nekoga, za katerega skrbijo in ga varujejo drugi, izgubi ključne pravice: pravico do izbire, do gibanja, participacije, samodeterminacije in spoštovanja (Zaviršek 2000: 10–11). Sama dodajam, da človek v psihiatrični bolnišnici izgubi samostojnost oz. je le-ta ogrožena. Zaviršek (2000: 141) piše o poniževanju in kratenju temeljnih človekovih pravic (pravice do zasebnosti, informacij, pritožbenih postopkov, prepoved svobode gibanja, pomanjkanje izbir). Tudi odhod v psihiatrične institucije (Polje, Studenc) je poln predsodkov družbe, strahu pred norostjo, pred nečim groznim (Zaviršek 2000: 8–9). Zaviršek (2000: 126) navaja Laub (1992), ki govori o umanjkanju prič, molk pa je povezan s tem, da je o določeni bolečini družbeno sprejemljivo govoriti, npr. če nekoga izgubiš v vojni; o tem, da nekoga izgubiš v psihiatrični bolnišnici, pa se ne govori, takšna bolečina nima prostora v javnem pripovedovanju.

Flaker (1998: 21) navaja Goffmana (1961), ki opisuje, da so v instituciji uporabniki in osebje ločeni. Uporabniki so vezani na bivanje v instituciji in imajo za razliko od osebja omejen stik z zunanjim svetom. Osebje je v odnosu do varovancev v totalni instituciji v neenakovrednem odnosu. Osebje poseduje moč, kar lahko pokažejo tudi z uporabo jezika, s tonom glasu. Uporabniki so videni kot manjvredni, med obema skupinama je velika formalna razdalja. Poleg tega uporabnik ni deležen vseh informacij (npr.: o načrtih v prihodnosti, o zdravljenju, terapiji), kar mu onemogoča odločati in usmerjati lastno življenje. Tudi v psihiatričnih bolnišnicah so prisotni vidki totalnosti, predvsem v odnosu osebja do uporabnikov. V sklopu tega, da ima osebje moč in nadzor nad uporabniki, Erić (2010) omenja zanimivo dejstvo glede predpisovanja zdravil, ki je lahko tudi eden izmed pokazateljev neenakovrednega odnosa med osebjem in uporabniki. Zanimivo je, da nekateri psihoterapevti

predpisujejo več zdravil zaradi iracionalnega strahu pred možnostjo, da bi naredili napako in uporabnika privedli v težko stanje (Erić 2010: 627).

Glasser (2003: 82) govori o t. i. zunanjem nadzoru, ki ga ima psihiater, ko uporabniku postavi diagnozo težave v duševnem zdravju in človeku vsiljuje zdravila.

Lynch (2003) (Glasser 2003: 7) piše, da medicinski pristop v psihiatriji temelji na predpostavkah, da je temeljni vzrok duševne stiske biološki (gre za biokemijsko neravnovesje ali za genetsko nepravilnost ali prisotnost obeh dejavnikov). V ospredju psihiatrije je torej težava v duševnem zdravju, človek kot subjekt pa je v ozadju.

Škerjanc (2006: 18) navaja Oliverja (1998), ki trdi, da je za medicinski pristop značilno, da se osredotoča na pomanjkljivosti posameznika, na to, kje posameznik odstopa od norme. Človek se mora prilagoditi danim okoliščinam, življenjski situaciji. Ta pristop sistematično prezre spretnosti, talente in sposobnosti ljudi ter njihov prispevek v skupnosti.

»[...] [S]ocialni model [dela] se osredotoča na prepoznavanje in preštevanje ovir, ki preprečujejo ljudem polno participiranje in kakovostno življenje v skupnosti.« (Škerjanc 2006: 20.) Škerjanc (2006: 19) še piše, da socialni model vidi vzroke za izključenost v načinu organiziranosti družbe ter v sledenju idealu popolnega telesa.

V institucijah, kjer prevladuje medicinski model dela, lahko govorimo o prevadujoči rabi koncepta skrbi (načrtovanje od zgoraj navzdol), ki pomeni, da država vzpostavlja socialnovarstvene storitve na podlagi splošnih ocen strokovnjakov o potrebah uporabnikov. V institucijah, kjer prevladuje socialni model dela, pa lahko govorimo o konceptu pravic (načrtovanje skrbi od spodaj navzgor), ko se storitve vzpostavijo na podlagi uporabnikovih ciljev (Škerjanc 2006: 21–23).

Mali (2012: 90) ugotavlja, da imajo tudi domovi za stare ljudi nekatere značilnosti totalnih institucij, saj je življenje v instituciji podrejeno pravilom, birokraciji, v ospredju je cilj poskrbeti za množico ljudi. V začetku se mora človek prilagajati življenju v instituciji. Pravila v domovih za stare se lahko delno prilagodijo potrebam uporabnikov (način plačevanja storitev, prilagoditve obrokov hrane, izvajanja oskrbe, mesta, časa, oblike in načina bivanja), a še vedno onemogočajo individualiziran pristop, saj pravila v instituciji vseeno ostajajo.

Disciplinski sistem v domovih je sestavljen iz hišnih pravil in kazni, ki sledijo neupoštevanju teh pravil. Uporabniki se prilagajajo življenju v domu za stare, ko jih sprašujemo po njihovih potrebah, željah ali spremembah, so skromni in nekritični do bivanja v instituciji (Mali 2006: 24). Stanovalci, ki so nepokretni in bivajo v večposteljnih sobah, so izpostavljeni medosebni kontaminaciji, saj jih pri negovanju gledajo drugi uporabniki. Zasebnost jim odvzemajo tudi zaposleni, ki vstopajo v sobe brez trkanja.

Uporabniki v domu za stare ljudi so še vedno odvisni od osebja, saj lahko le od njih prejmejo storitve, ki jih plačujejo in zaradi katerih so v domu (Mali 2006: 25). Prosti čas stanovalci doma preživljajo z vključevanjem v zaposlitvene dejavnosti, več dejavnosti je na voljo pokretnim stanovalcem, za nepokretne stanovalce pa je teh dejavnosti zelo malo (Mali 2006: 25).

Ob tem se nam lahko postavi tudi vprašanje, če se delavnice v domovih za stare vzpostavljajo na podlagi koncepta pravic, torej potreb, želja uporabnikov, ali pa se izvajajo glede na splošne ocene in potrebe strokovnjakov.

Avtorica je z raziskavo ugotovila, da je Goffmanova totalna ustanova idealen tip ustanove in da vseh značilnosti ne najdemo v eni totalni ustanovi. Tudi v domovih za stare ljudi niso prisotne vse značilnosti, tiste, ki so prisotne, pa ne obstajajo v idealni obliki. Uporabnik je upoštevan, osebje se prilagaja njegovim potrebam in zahtevam, a v okvirih delovanja ustanove (Mali 2006: 26).

Kljub institucionaliziranim oblikam pomoči, ki v Sloveniji prevladujejo tudi na področju duševnega zdravja, so spremembe, ki pozitivno vplivajo na življenje uporabnikov mogoče. Eden izmed korakov je zagotovo vnašanje socialnega modela dela v psihiatrične bolnišnice, domove za stare ljudi in druge institucije ali programe, ki so namenjeni tej populaciji. Pomembno je, da socialno delo kot stroka zavzame enakovredno mesto pri vzpostavljanju pomoči za uporabnike, hkrati pa je v Sloveniji treba spodbuditi proces dezinstitutionalizacije z namenom pospešenega razvijanja in povečevanja števila skupnostnih služb.

1.5 Dezinstitutionalizacija

Proces zapiranja ustanov se je po svetu začel že med drugo svetovno vojno ali takoj po njej. Izkušnje koncentracijskih taborišč, vojnih ujetnikov in zavest, da je druga

svetovna vojna tudi osvobodilna vojna proti zatiranju, so podprle dezinstitucionalizacijo in misel, da so »civilne« različiice zapiranja etično neustrezne. Vojne izkušnje so pokazale strokovnjakom, da je mogoče pomagati ljudem tudi v skupnosti in ne le v totalnih ustanovah (Flaker 1998: 5).

Pri uporabnikih in strokovnjakih se je tako potreba po dezinstitucionalizaciji pojavila v drugi polovici sedemdesetih let. Hkrati se je pojavil tudi drug, nasproten proces NIMBY (Not in My Backyard). Fenomen Not in My Backyard je zajel večino zahodnih držav že v drugi polovici sedemdesetih let in pomeni nasprotovanje ustanavljanju skupnostnih služb na lokalni ravni, gre za protest posameznikov ali skupnosti proti stanovanjski enoti, kjer bi živeli hendikepirani ljudje. NIMBY je posledica negativnih predstav o gibalno oviranih, o ljudeh s težavami v duševnem zdravju in drugih hendikepiranih. Primer tega fenomena je upor lokalne skupnosti proti preselitvam manjšega števila ljudi iz Zavoda Hrastovec (Zaviršek 2000: 40–41).

Dezinstitucionalizacija je proces zapiranja ustanov in prestrukturiranja institucij v skupnostne službe. Dezinstitucionalizacija je poleg preselitve ljudi iz institucije v skupnost tudi vnos novih paradigem: dezinstitucionalizacija poudarja pravico ljudi do življenja v skupnosti, pravico do individualizirane oskrbe, pojavljaja se neposredno financiranje osebnih paketov za uporabnike ter partnerstvo uporabnikov v procesu načrtovanja in izvajanja pomoči (Flaker *et al.* 2008: 20).

Dezinstitucionalizacija je tudi človeški proces osvobajanja in krepitve solidarnosti, saj je cilj dezinstitucionalizacije osvoboditev, ukinitve ločevanja in izločevanja. Za dezinstitucionalizacijo je pomembno, da se zanjo zavzemajo vsi sektorji in vse stroke, ki soustvarjajo kakovostnejše življenje uporabnikov (Flaker 2012a: 26).

V Sloveniji se je proces dezinstitucionalizacije začel z eksperimentom v Logatcu (Vodopivec *idr.*, 1973; 1974; Vodopivec 1974) v (Flaker 2012a: 14), ko je skupina raziskovalcev začela s preoblikovanjem deškega prevzgaiališča. Z akcijsko raziskavo so raziskovalci in profesorji z Inštituta za kriminologijo želeli vzpostaviti drugačne vzgojne stile, demokratične odnose med »gojenci« in vzgojitelji. Za socialno delo je eksperiment velikega pomena, saj je vpeljal tehnologijo skupinske dinamike, ki mora temeljiti na demokratičnih odnosih med uporabniki in strokovnjaki.

Dezinstitucionalizacija se je nato nadaljevala na številnih drugih projektih. Rakitna je bila delavnica demokratičnih odnosov in poletni tabor za otroke, ki med počitnicami niso imeli kam iti. Sledilo je delo v taborniškem odredu *Črni mrav*, ki je temeljilo na vključevanju otrok, ki so bili izključeni iz drugih pristočasnih aktivnostih. Taborniška

dejavnost ni temeljila na posebnih oblikah vzgoje in obravnave, temveč na demokraciji, skupnih dogovorih vseh udeležениh. Poleg otrok so se v tabore začeli vključevati tudi prostovoljci. Ozadje kolonij in taborov pa je bilo tudi t. i. antipsihiatrično gibanje, ki se je zavzemalo za modernizacijo psihiatrije in za drugačne terapevtske prakse (Flaker 2012a: 15, 16).

Leta 1981 sta Franci Imperl in Irena Benedik iz zavoda v Logatcu ustanovila prvo stanovanjsko skupino v Ljubljani. Tudi nekaj drugih zavodov se je preoblikovalo v stanovanjske skupine (Preddvor, Jarše) ali pa so odpirali stanovanjske skupine v bližini ali v mestnih središčih. V času od leta 1976 do 1984 je bila dezinstitutionalizacija osredotočena predvsem na populacijo otrok in mladostnikov, nastajali so tabori, kolonije, širila se je mreža prostovoljcev in angažiranih strokovnjakov. V sredini osemdesetih let sta potekala dva tabora v Hrastovcu, nastal pa je tudi Odbor za družbeno zaščito norosti. Prvi tabor v Hrastovcu, ki je potekal leta 1987, je bil namenjen izboljšanju kvalitete življenja stanovalcev, ideja je bila početi stvari, ki so onkraj institucionalnega: izleti v trgovino in okolico, ličenje na ženskem oddelku, okrogle mize, ulična predstava v Mariboru. Leta 1988 je potekal drugi tabor, v sklopu katerega je nastal dokumentarec »Ljudnica«. V obdobju od 1985 do 1990 je Odbor za družbeno zaščito norosti deloval kot novo družbeno gibanje ter društvo, ki se je borilo proti totalnim ustanovam ter zapiranju na področju duševnega zdravja. Hkrati je odbor ustanovil prvo stanovanjsko skupino za ljudi s težavami v duševnem zdravju, v kateri so živeli štirje stanovalci Hrastovca. Znotraj projekta Tempus, ki je bil namenjen usposabljanju za psihosocialne službe na področju duševnega zdravja v skupnosti, so nastajale zagovorniške skupine, skupine za samopomoč, dnevni centri in ženske svetovalnice. Razvijale so se nove metode dela: individualno načrtovanje, zagovorništvo, analiza tveganja, delo v stanovanjskih skupinah. V devetdesetih letih je prišlo do razvoja skupnostnih služb na področju socialnega varstva: ustanovitev društva YHD, društva Paradoks (ta se je ločil od Altre, ki se je prej imenovala Odbor za družbeno zaščito norosti). Uvajati se je začelo neposredno financiranje, delalo se je na spremembi zakonodaje za področje duševnega zdravja, zgodilo pa se je tudi to, da so uporabniki še vedno ostajali v institucijah, novonastale oblike v skupnosti pa so postajale vse bolj institucionalizirane. Z letom 2001 se je v zavodu Hrastovec začela selitev uporabnikov v stanovanjske skupine, ne pa tudi v samostojno življenje. Kot opozarja avtor, je pomembno, da uporabnikom zagotovimo, kam iti, ter da jim tam, kjer živijo, zagotovimo ustrezno podporo. Premiki in preselitve so se dogajale tudi v

drugih socialnovarstvenih zavodih, tudi centri za socialno delo so uvedli katalog nalog centrov za socialno delo in koordinacijo pluralnih storitev v skupnosti (Flaker 2012a: 17–23).

Leta 2009 je bil sprejet še Zakon o duševnem zdravju (Flaker 2012a: 24). Leta 2010 je potekalo gibanje Iz-hod, ki je želelo opozoriti na pravico ljudi po samostojnem in svobodnem življenju izven institucij. Iz-hod se je začel 18. julija in končal 24. avgusta (Rafaelič, Flaker 2012: 7). Iz-hod je imel za cilj spodbuditi proces dezinstitutionalizacije, zahteval je odpiranje vseh ustanov zaprtega tipa, hkrati pa tudi zahteval vzpostavitev skupnostnih služb (Rafaelič 2012: 167).

Iz-hodu, v katerem so aktivisti prehodili okrog 700 km (Rafaelič, Flaker 2012: 7), se je pridružilo osem stanovalcev zavodov ter pet stanovalcev stanovanjskih skupin. V sklopu gibanja je bila ustanovljena nevladna organizacija Agencija IN, ki je izvajala projekt neposrednega financiranja (Bohinec, Rafaelič 2012: 197–198). Gibanje je imelo še druge učinke, v predlogu nacionalnega načrta socialnega varstva je bila dezinstitutionalizacija kot cilj jasno zastavljena; posebne zavode in oskrbo za stare ljudi je v času desetih let treba urediti tako, da bo delež mest v skupnosti vsaj enak deležu mest v instituciji (Rafaelič, Flaker 2012: 7).

Ko je leta 2014 Agencija IN prenehala s svojim delovanjem, se je v Mestni občini Maribor ustanovil Zavod Franko, ki izvaja program Odprte stanovanjske skupine – Vzpostavljanje oskrbe v skupnosti in ljudem s težavami v duševnem zdravju, ki so se vključili v koordinirano obravnavo v skupnosti, omogoča samostojno življenje v domačem okolju (Anžlovar, Bedrač 2015).

Proces dezinstitutionalizacije se je v Sloveniji dokaj dobro začel, vendar ga je potrebno nadaljevati v smeri systemske spremembe. Potrebna je sprememba zakonodaje, financiranja, potrebni so finančni viri, novi kadri, razvoj novih prehodnih skupnostnih služb in zagotovitev stanovanj za samostojno življenje ljudi. Hkrati systemska sprememba podpore in pomoči ljudem ne pomeni le spreminjanja socialnega varstva, temveč so potrebne spremembe še na drugih področjih, kot sta medicina in psihiatrija.

Tudi osebe institucij in uporabniki (socialnovarstveni zavodi, zapori, psihiatrične bolnišnice, domovi za stare, vzgojni zavodi), ki so jih Iz-hodovci obiskali, so spregovorili o nekaterih sistemskih ovirah za samo dezinstitutionalizacijo. Navajali so zastarele kadrovske standarde in normative, ki ne omogočajo sprememb pri organizaciji dela, ne dopuščajo dela v skupnosti. Navajali so nesodelovanje med

javnimi in nevladnimi službami ter med zdravstvenim in socialnim varstvom (Rafaelič 2012: 172–173).

Kot primer dobre prakse dezinstitutionalizacije je treba omeniti delo Franca Basaglie v Italiji (Rafaelič 2012: 167–170), kjer je proces zapiranja ustanov in odpiranja skupnostnih služb na področju duševnega zdravja potekal v treh korakih. Najprej so demokratizirali odnose znotraj institucije (psihiatrična bolnišnica v Gorici), v drugem koraku so preselili stanovalce v stanovanjske skupine (psihiatrična bolnišnica v Trstu), s tretjim korakom pa so ljudi preselili v skupnost, kjer jih pri samostojnem življenju podpirajo skupnostne službe.

Med pregledom zgodovine dezinstitutionalizacije spoznavamo, da je proces potrebno in možno razširiti na vsa področja socialnega dela, predvsem pa na področje socialnega dela s starimi ljudmi, ki je specifično in velikokrat izvzeto iz sprememb. Tudi stari ljudje s težavami v duševnem zdravju imajo pravico, da živijo kvalitetno in dostojno življenje v svojem domačem okolju, v skupnosti.

1.6 Koordinirana obravnava v skupnosti

Že samo socialno delo se je začelo kot terensko delo, v zahodnem svetu je šlo za t. i. tradicionalno dobrodelnost, s katero so socialni delavci na domovih obiskovali revne ljudi in pri tem uporabljali različne oblike pomoči (Milošević Arnold 2009a: 16).

Terensko socialno delo danes pomeni, da socialni delavec vstopa v druge prostore zunaj svojega matičnega okolja, ki ga opredeljujemo kot institucionalni prostor. Socialni delavec lahko vstopa v institucionalni prostor drugih služb in strokovnjakov, s katerimi sodeluje pri opravljanju svojih nalog. Najpogosteje pa pojem terensko delo označuje prihod socialnega delavca v zasebni prostor uporabnika na domu ali pa obiske v institucijah, kjer uporabniki stalno ali pa začasno živijo (Milošević Arnold 2009a: 8).

Milošević Arnold (2009a: 9–10) navaja Saleebeyja (1977), ki je prvi pri terenskem socialnem delu opozoril na pomembnost vidika moči. Poudaril je, da imajo uporabniki več moči v svojem običajnem življenjskem okolju kot pa v institucionalnem. Uporabnik ima v domačem okolju tudi pravico, da zavrne naš obisk. Terensko delo je raziskovanje življenjskega sveta uporabnika, ki nam pomaga odkriti, olepšati, raziskati, uporabiti moč in vire uporabnika za reševanje njegove stiske.

Milošević Arnold (2009a: 10) navaja tudi Nolimala (1999), ki trdi, da gre pri terenskem delu za uporabo različnih metod dela. Socialni delavec ljudi informira, jim zagotovi dostop do neke storitve, je aktiven v lokalni skupnosti, kjer uporabnik živi (pomoč pri socialni izključenosti, stigmatizaciji ali reševanju brezposlenosti).

Izrazi terensko, ulično, skupnostno, zunajinstitucionalno delo imajo skupno značilnost, in sicer povedo, da s terenskim delom skušamo doseči uporabnike tam, kjer živijo in delajo. Na tak način pa vzpostavljamo stik tudi s skupinami, ki jih na drugačen način ni mogoče doseči (Križanič 2009: 56).

Pojem skupnostno socialno delo pa je večkrat definirano tudi kot metoda socialnega dela, kot sodelovanje socialnih delavcev pri povezovanju in organiziranju ljudi v skupnost. Križanič (2009: 57) navaja Dominelli (1998), ki trdi, da skupnostno socialno delo pomeni skupnostno skrb za ljudi, ki potrebujejo pomoč, da bi lahko živeli v skupnosti. Gre za razvijanje skupnosti kot pomoč pri razvijanju samopomoči, mobilizaciji in organiziranju ljudi za spremembe. Hkrati pojem pomeni organizacijo skupnosti, ki temelji na koordinaciji in upravljanju služb socialnega varstva s poudarkom na boljši izrabi virov, ter socialno akcijo, ki povezuje prikrajšane, da bi povečala njihovo moč, in deluje na ravni strukturnih sprememb v družbi.

Naloga socialnega dela je, da deluje na vseh treh ravneh dela, da pomaga posameznikom, skupnosti in družbi. Le na tak način bo lahko socialno delo pustilo svoj pečat in vplivalo na izboljšanje življenja vseh ljudi v družbi.

V postmodernejši dobi postaja terensko delo tako v svetu kot pri nas spet vse pomembnejše. Ko vse bolj upoštevamo uporabnika in njegove življenjske izbire, želimo spoznati njegov življenjski svet in se mu približati, ga razumeti, ko priznavamo, da je le on sam strokovnjak za svoje življenje in reševanje svojih problemov, postane tudi obisk njegovega bivalnega okolja nujna sestavina socialnega dela (Milošević Arnold 2009b: 139.)

Kljub pomembnosti in številnih pozitivnih posledicah skupnostnega socialnega dela, je v Sloveniji socialno delo v domačem okolju uporabnika še vedno v ozadju. V ospredju je institucionaliziranost storitev in administrativna vloga socialnih delavcev.

Ker se je socialno delo že začelo kot terensko delo, je treba ta vidik stroke krepiti. Ena izmed pozitivnih praks skupnostnega socialnega dela na področju duševnega zdravja je koordinirana obravnava v skupnosti, ki jo predstavljam v nadaljevanju z namenom, da bi jo socialni delavci razumeli in spoznali drugačno perspektivo dela, ki

človeka še dodatno opolnomoči, saj lahko živi v skupnosti, hkrati pa je obdan s formalno in neformalno mrežo pomoči, ki ga pri samostojnem življenju podpira na način, ki ga ubesedi človek sam.

V Sloveniji terensko in skupnostno socialno delo nista dobro razvita zaradi več razlogov: pri prvem Milošević Arnold (2009b: 140) navaja Rapošo Tajnšek (1993), ki kot razlog izpostavlja način financiranja in organiziranja socialnih služb.

Za drugi razlog Milošević Arnold 2009b (140–141) navede avtorico Urh (2009), ki govori o preobremenjenosti strokovnih delavcev z administrativnim delom. Hkrati socialni delavci sami pogosto vidijo skupnostno socialno delo le kot dopolnilno dejavnost, saj je administrativna dejavnost, ki se veže na dodeljevanje socialnovarstvenih pravic, videna kot osrednja dejavnost centrov za socialno delo.

Zaradi tega je treba terensko socialno delo kot enakovredno metodo umestiti v katalog nalog centrov za socialno delo, strokovnim delavcem na terenu pa nuditi redno supervizijo in zapisovati obiske socialnega delavca na domu uporabnika na način, da ima uporabnik možnost zapis sooblikovati ter spreminjati.

Skupnostno socialno delo v Sloveniji se na področju socialnovarstvenih storitev duševnega zdravja od leta 2009 širi v obliki koordinirane obravnave v skupnosti, ki jo bom v nadaljevanju opisala. Koordinirana obravnava v skupnosti je po Zakonu o duševnem zdravju (Ur. l. RS, št. 77/2008) v 91. členu opredeljena kot izvajanje pomoči osebam, ki ne potrebujejo več zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ali nadzorovani obravnavi, vendar potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave.

V tretjem členu Pravilnika o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti (Ur. l. RS, št. 49/2009) je zapisano, da mora strokovni delavec psihiatrične bolnišnice ali koordinator nadzorovane obravnave vsaj tri tedne pred odpustom uporabnika obvestiti pristojni center za socialno delo. Koordinator obravnave v skupnosti nato obišče uporabnika in oba z zastopnikom seznani z možnostjo vključitve v obravnavo v skupnosti. Oseba se vključi v obravnavo, če podpiše pisno privolitev (gl. priloga 5: Privolitev v koordinirano obravnavo). Če se uporabnik ne želi vključiti v obravnavo, naredi koordinator uradni zaznamek.

Flaker in drugi (2013: 53–54) še poudarjajo, da se uporabnik vključi v koordinirano obravnavo prostovoljno in koordinatorja pooblasti, da ta začne z izvajanjem svojih storitev. Koordinator uporabniku po vzpostavitvi stika predstavi namen njunih srečanj, svojo in njegovo vlogo ter mu predstavi metodo osebnega načrtovanja in izvajanja storitev.

Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti (Ur. l. RS, št. 49/2009) določa, da koordinator z uporabnikom, ki privoli v obravnavo, pripravi predlog osebnega načrta. Če uporabnik, ki končuje zdravljenje v psihiatrični bolnišnici ali v nadzorovani obravnavi, po odpustu nima zagotovljenega bivanja, pa koordinator prednostno izdelava predlog rešitve glede njegove ustrezne namestitve.

Predlogi ciljev in ukrepov načrta obravnave v skupnosti, ki jih pripravita uporabnik in koordinator, se nanašajo na področja urejanja stanovanjskih razmer, socialne varnosti, zaposlitve in dela, na urejanje podpore pri opravljanju temeljnih in podpornih dnevnih opravil, na urejanja podpore pri zagotavljanju socialnih stikov in družabnosti. Glede na ugotovljene potrebe in oblike pomoči se v načrtu lahko opredelijo tudi druga področja, ki so pomembna za vključevanje uporabnika v skupnost (Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti, Ur. l. RS, št. 49/2009).

Flaker in drugi (2011: 118–119) še dodajajo, da je pri individualnem načrtovanju treba slediti določenim načelom dela: individualno načrtovanje in izvajanje mora biti reaktivno in reflektivno, krepi mora moč uporabnika, mu zagotavlja vpliv in pravico do napak, hkrati mora uporabnik imeti nadzor nad zapisom in izvajanjem načrta. Samo načrtovanje mora temeljiti na zaupnosti oz. poklicni molčečnosti načrtovalca. Uporabnik mora imeti nadzor nad tem, kakšne informacije koordinator o njem posreduje naprej.

Pri načrtovanju koordinator najpogosteje uporabi tehniko nestandardiziranega intervjuja, pri katerem vprašanja niso vnaprej določena. Ob strinjanju uporabnika lahko pri zapisu načrta sodelujejo tudi drugi udeleženi, npr.: svojci, partner, prijatelji, skrbnik, delavci organizacij, ki izvajajo storitve, potencialni izvajalci storitev (Flaker *et al.* 2013: 59–61). Zapis načrta mora vsebovati jezik uporabnika, njegove besede, voljo. Zapis lahko piše tudi uporabnik sam, koordinator pa mu zapis pomaga urediti. Na vsakem srečanju uporabnik in koordinator pregledata zapis in ga skupaj popravita ali dopolnita (Flaker *et al.* 2013: 67–68).

Načrt ima dva dela. V pripovednem delu je človek predstavljen kot oseba s perspektive moči, na kratko je lahko zapisana še njegova življenjska zgodba ter sedanja življenjska situacija, ki utemelji cilj in paket storitev, ki ga bo uporabnik prejemal. Pripovedni del načrta se zaključi s cilji, ki si jih človek postavi. Izvedbeni del načrta vsebuje zapis nalog in dejavnosti, ki se bodo izvajale, kdo jih bo izvajal, kolikšna sredstva so za izvajanje potrebna in kje se bodo sredstva pridobila (Flaker *et al.* 2013: 72–73). Za analizo situacije uporabnika se lahko v načrtu uporabijo Brandonovi magneti: vpliv, stanovanje, bolečina, stiki, spretnosti, cilji. Flaker in drugi (2013: 90) pa navajajo tudi Tajnšek in Bohinc (2007), ki govorita o zemljevidu oz. ekozemljevidu.

Načrt se lahko zapiše tudi po kategorijah dolgotrajne oskrbe, te so (Flaker *et al.* 2008: 387–392):

- namesto hospitalizacije in institucionalizacije (kako je prišlo do hospitalizacije, kakšne prelomnice v življenju je uporabnik doživel, kaj mu je pomembno v življenju);
- stanovanje (kje uporabnik živi, kje bi rad živel);
- delo in denar (kaj dela posameznik, kaj bi rad delal);
- vsakdanje življenje (kako živi, kako bi rad živel);
- nelagodje v interakciji (kaj človeka spravi v zadrego, komu zaupa skrivnosti, kdo ga spoštuje, koga sam spoštuje);
- stiki in družabnost (s kom se družijo, s kom bi se rad družil);
- institucionalna kariera (kaj ga moti v instituciji, kaj potrebuje ob sprejemu in odpustu, kako pridobiti zagovornika);
- neumeščenost in pripadnost (o čem lahko odloča v življenju, katere vloge, položaje ima v družini, družbi, katere bi rad imel, kam bi se rad vključil, kakšne so njegove želje, cilji v življenju).

Na podlagi dogovora z uporabnikom in v skladu s cilji, ki jih je le-ta opredelil za organiziranje svojega življenja v skupnosti, koordinator predlaga člane multidisciplinarnega tima. Tim sestavljajo stalni in nestalni člani tima (Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti, Ur. l. RS, št. 49/2009). Poleg stalnih članov lahko v multidisciplinarni tim uporabnik in koordinator vključita še druge

člane, npr.: najbližjo osebo, patronažno sestro, predstavnike nevladnih organizacij in druge, ki lahko vplivajo na potek obravnave v skupnosti. Na sejah se o delu tima piše zapisnik, ki vsebuje potek seje, obravnavane predloge tima in sprejete sklepe. Na sejah tima je javnost izključena (Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti, Ur. l. RS, št. 49/2009).

Sestanek multidisciplinarnega tima poteka kot timska konferenca. Na timski konferenci gre za predstavljanje možnosti, ki se uporabniku z uresničevanjem načrta odpirajo. Timska konferenca spodbudi uporabnika k izvajanju načrta. Koordinator vodi sestanek tako, da najprej da besedo uporabniku, ki predstavi svoj načrt. Koordinator skrbi, da zastopa glas uporabnika. Če uporabnik nima opravilne sposobnosti, na timu sodeluje tudi njegov zakoniti zastopnik. Na timu mora biti navzoč uporabnik, razen če se sam odloči drugače. Zapisnik, ki se piše na multidisciplinarnem timu, je pomemben dokument, saj da načrtu formalno veljavo in omogoči dostop do sredstev (Flaker *et al.* 2013: 156–158).

Ko se uporabnik in multidisciplinarni tim dogovorita o vsebini načrta, ga uporabnik in koordinator potrdita s podpisom. Načrt na predlog koordinatorja sprejme center za socialno delo. Rok za pripravo načrta ne sme biti daljši od trideset dni od pisne privolitve osebe (Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti, Ur. l. RS, št. 49/2009).

Načrt uporabnika lahko potrdi posamezni organ, komisija, tim ali timska konferenca. Posamezni organ je lahko predstavnik plačnika, npr. občina, ki mora sprejeti načrt in zagotoviti sredstva za izvajanje načrta. To se zgodi, ko sredstva niso velika, pri večjih zneskih pa je potrebna posebna komisija ali tim. Tim potrdi načrt tudi, če gre za medinstitucionalno sodelovanje ali pa sodelovanje različnih strokovnjakov iste organizacije (Flaker *et al.* 2013: 154).

Če je načrtovanje del formalnega postopka ali pa če je načrt podlaga za izplačilo sredstev za izvajanje načrta, je formalna potrditev nujen sestavni del procesa. S potrditvijo načrta postanejo dogovori formalni, uporabnik dobi sredstva za izvedbo ubesedenih ciljev v načrtu. Če gre za neposredno financiranje, dobi uporabnik po potrditvi načrta finančna sredstva, v drugem primeru pa dostop do sredstev (Flaker *et al.* 2013: 154).

Flaker (2012a: 24) opredeli neposredno financiranje kot pogoj za samostojno življenje človeka. Britanci ključni uspeh za neodvisno življenje ljudi z ovirami pripisujejo ravno neposrednemu financiranju, ki se je vzpostavilo na podlagi pobude gibanja za neodvisno življenje v Veliki Britaniji (The Independent Living Movement in the UK). Neposredno ali osebno financiranje pomeni, da finančna sredstva dobi uporabnik in z njimi tudi sam, seveda ob pomoči drugih, razpolaga. Uporabnik prejme finančna sredstva, nato pa sam izbere storitev, izvajalca storitve, ki jo bo potreboval. Prvič so ljudje dobili sredstva za oskrbo neposredno v Angliji, v okviru projekta IT (Rafaelič, Nagode 2012: 49). Rafaelič, Nagode (2012: 49) navajata Škerjanc (1996), ki trdi, da je bil v Sloveniji prvi poskus neposrednega financiranja v začetku devetdesetih let v slovenski Istri.

Od denarnih prejemkov, ki se danes neposredno plačujejo uporabniku v Sloveniji, poznamo tudi dodatek za pomoč in postrežbo (Rafaelič, Nagode 2012: 53). V Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (2012), (Ur. l. RS, št. 96/2012) je dodatek za pomoč in postrežbo v 7. členu definiran kot denarni prejemek, ki ga upravičenec pridobi v primeru, ko ne more samostojno opravljati vseh ali večine osnovnih življenjskih potreb.

Denar omogoči uresničevanje ciljev oz. izvedbo paketa. Ceno paketa določita uporabnik in načrtovalka na podlagi cene storitev, ki jih uporabnik potrebuje. Ceno stroškov nato potrdi zavod, ministrstvo in občine. Več storitev potrebujejo tisti uporabniki, ki se preselijo iz zavodov. Primerjava cen osebnih paketov s cenami zavodske oskrbe je še pokazala, da je povprečna cena osebnih paketov na letni ravni za 2.725,32 evrov nižja od cen oskrbe v zavodih (Flaker *et al.* 2011: 159, 163, 165).

Koordinator skupaj z uporabnikom oblikuje možno mrežo izvajalcev (Flaker *et al.* 2013: 188). Kot neformalni izvajalci načrta lahko nastopajo uporabnikovi sorodniki ali prijatelji. Kot formalni izvajalci pa so na voljo službe iz treh sektorjev: javnega, zasebnega in nevladne prostovoljne organizacije, kot so: društva, združenja, skupine za samopomoč (Flaker *et al.* 2011: 164, 181). Paket storitev naj bi se začel izvajati potem, ko multidisciplinarni tim potrdi načrt, a najpogosteje uporabniki potrebujejo storitve že pred tem. Nujne storitve se zato začnejo izvajati takoj, nato pa se te dejavnosti vključijo v načrt in potrdijo (Flaker *et al.* 2013: 196). Koordinator po šestih mesecih izvajanja načrta skupaj z uporabnikom oceni izvajanje in pripravi morebitne dopolnitve načrta (Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini,

pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti, Ur. l. RS, št. 49/2009). Ocenitev izvajanja načrta ter spreminjane načrta lahko poteka tudi prej, pobudo za spremembo lahko da uporabnik, koordinator, najbližja oseba ali član multidisciplinarnega tima. Spremembo načrta pa sprejme center za socialno delo (Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti, Ur. l. RS, št. 49/2009).

Izvajanje načrta se lahko tudi začasno prekine, če je uporabnik ponovno hospitaliziran ali vključen v nadzorovano obravnavo. Po končanem ponovnem zdravljenju ali nadzorovani obravnavi multidisciplinarni tim skupaj z uporabnikom ponovno preveri načrt in pripravi morebitne spremembe (Pravilniku o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti, Ur. l. RS, št. 49/2009).

Obravnava v skupnosti za uporabnika po Pravilniku o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti (Ur. l. RS, št. 49/2009) preneha, če oba s koordinatorjem ugotovita, da ni več potrebe po obravnavi v skupnosti, če uporabnik pisno izjavi, da ne želi več obravnave v skupnosti, ter če ne sodeluje pri izvajanju načrta. O prenehanju obravnave v skupnosti sprejme sklep center za socialno delo.

Če uporabnik sam želi končati izvajanje paketa, koordinator s pomočjo analize tveganja oceni, če je to dobro zanj. Če tim in center za socialno delo z analizo tveganja ugotovita, da bi bila prekinitve izvajanja paketa za uporabnika v preveliko škodo, pa center ravna v skladu z javnimi pooblastili. Nekateri uporabniki bodo potrebovali podporo za samostojno življenje dolgotrajno, celo do konca svojega življenja (Flaker *et al.* 2013: 201–202).

Koordinirana obravnava v skupnosti in metoda osebnega načrtovanja in izvajanja storitev celostno podpirata uporabnika, saj sledita njegovim potrebam. Med uporabnikom in koordinatorjem (načrtovalcem) se lažje razvije pristen osebni odnos, uporabnik lažje občuti varnost in koordinatorju zaupa svoje cilje, saj je že od vsega začetka opolnomočen. Sam se odloči za vključitev v obravnavo v skupnosti, sam odloči, kdaj in kje ga koordinator lahko obišče. Tako tudi pri soustvarjanju načrta lažje dobi upanje, da se mu uresniči tisto, česar do sedaj zaradi družbenih predsodkov, institucionalizacije, pomanjkanja socialne mreže, ni imel. Uporabnik sam izbere izvajalce in začne sodelovati s stalnim krogom ljudi, ki se lahko nahajajo povsem

izven institucionalne mreže pomoči. S pomočjo koordinatorja in izvajalcev lažje začne verjeti v zmožnost, da lahko živi v skupnosti brez pogostih hospitalizacij in drugih institucij. Poleg tega je koordinirana obravnava v skupnosti možnost za razširitev in razvoj terenskega socialnega dela in skupnostnih služb na področju socialnega dela z ljudmi, ki imajo težave v duševnem zdravju in na drugih področjih.

2 PROBLEM

Koordinirana obravnava v skupnosti je po Zakonu o duševnem zdravju (ZDZdr, Ur. l. RS, št. 77/2008) v 91. členu opredeljena kot izvajanje pomoči osebam, ki ne potrebujejo več zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ali nadzorovani obravnavi, vendar potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave. Za raziskavo na področju koordinirane obravnave v skupnosti, v okviru katere kot prostovoljka delujem že od leta 2013, sem se odločila zaradi treh poglavitnih razlogov. Prvič, storitev ocenjujem kot možnost in podlago za razvoj ostalih področij dela z uporabniki storitev socialnega varstva, predvsem vidim koordinirano obravnavo v skupnosti ter program odprtih stanovanjskih skupin kot eno izmed storitev, ki jo je potrebno razširiti tudi kot pomoč starim ljudem.

Stari ljudje se v Sloveniji soočajo z neprilagojenimi socialnovarstvenimi storitvami, ki jim ne omogočajo kvalitetnega preživljanja starosti (Breznik 2013: 96). Njihova oskrba je danes še pretirano institucionalizirana, v procesu dezinstitutionalizacije pa se spremembe na tem področju odvijajo počasi in na obrobju (Hlebec, Mali 2013: 29). Problematika starih ljudi je velikokrat spregledana. Hkrati so prezrte njihove specifične potrebe, saj se tudi stari ljudje soočajo s težavami v duševnem zdravju (Mali 2013: 62).

Drugič, koordinirana obravnava v skupnosti temelji na metodah in konceptih socialnega dela, ki jih sama uvrščam v teoretično in praktično središče same stroke. Osnovna metoda koordinirane obravnave v skupnosti je osebno načrtovanje in izvajanje storitev, ki temelji na raziskovanju življenjskega sveta uporabnika ter na omogočanju dostopa do sredstev. Metoda osebnega načrtovanja in izvajanja storitev sledi in konkretizira več konceptov socialnega dela: vzpostavljanje delovnega odnosa, analizo tveganja in krepitev moči. Gre za osnovne načine delovanja v socialnem delu, saj pri izvajanju storitev in osebnem načrtovanju uporabljamo tudi pogovarjanje, zapisovanje, terensko ter timsko delo (Flaker *et al.* 2013: 19).

Tretjič, koordinirano obravnavo v skupnosti pa lahko z raziskovanjem še izboljšujemo in spodbujamo razvoj socialnega dela v skupnosti.

Teze, ki jih želim z raziskavo preveriti, so sledeče:

OCENA STORITVE

1. Uporabniki več prednosti pripisujejo vključitvi v koordinirano obravnavo v skupnosti kot pa življenju in prejemanju storitev v instituciji.
2. Uporabniki si želijo več finančne podpore za samostojno življenje v skupnosti.

VPLIV UPORABNIKA NA KOORDINIRANO OBRAVNAVO V SKUPNOSTI

3. Uporabniki, ki so vključeni v koordinirano obravnavo v skupnosti, imajo vpliv nad samo storitvijo, saj je le-ta izvajana na podlagi metode osebnega načrtovanja in izvajanja storitev.

OCENA SOCIALNIH DELAVCEV

4. Mladi si od socialnih delavcev želijo več pomoči pri vključevanju na trg dela.

VSTOPANJE, VKLJUČENOST V SKUPNOST

5. Stari ljudje, ki jih spremljajo težave v duševnem zdravju in so vključeni v koordinirano obravnavo v skupnosti, se v primerjavi z mladimi, ki jih spremljajo težave v duševnem zdravju in so vključeni v koordinirano obravnavo, pogosteje srečujejo z izključenostjo iz skupnosti ter stigmatizacijo.
6. Stari ljudje, vključeni v koordinirano obravnavo v skupnosti, imajo v primerjavi z mladimi manjšo socialno mrežo in posledično manjšo pomoč sorodnikov.

METODE SOCIALNEGA DELA

7. Socialni delavec v skupnosti se lahko bolj prilagodi individualnim potrebam uporabnika kot socialni delavec v instituciji.
8. Socialni delavci bi potrebovali več znanja o demenci, ki lahko pogosto spremlja starega človeka.
9. Socialni delavci premalo pozornosti namenijo antidiskriminacijskemu socialnemu delu, ki ima velik pomen za kakovostno vključevanje in življenje v skupnosti.

IZVAJANJE STORITVE

10. Sodelovanje skupnostnih socialnih delavcev in drugih strokovnjakov v institucijah, kamor so vključeni uporabniki, je šibko.
11. V okviru koordinirane obravnave v skupnosti in v okviru programa odprtih stanovanjskih skupin bi bilo potrebno zaposliti več socialnih delavcev, kar bi omogočilo večjo kvaliteto dela.

3 METODOLOGIJA

3.1 Vrsta raziskave

Magistrsko delo temelji na empirični, kvalitativni raziskavi, saj sem zbirala in analizirala besedne opise, ki se nanašajo na raziskovan pojav (Mesec 2009: 85).

V kvalitativni raziskavi osnovno izkustveno gradivo predstavljajo besedni opisi ali pripovedi, ki so tudi obdelani in analizirani na besedni način (Mesec 2007: 11).

Hkrati je raziskava tudi poizvedovalna, saj gre za spoznavanje nekega področja problematike, za opredelitev značilnosti, osnovnih sestavin same problematike, v raziskavi pa se bom osredotočila na manjše število primerov (Mesec 2009: 80).

3.2 Merski instrumenti in viri podatkov

Raziskovalni instrument je vprašalnik, torej vnaprej pripravljen spisek vprašanj, ki se zastavijo v intervjuju (Mesec 2009: 206).

V raziskavi sem uporabila dva spiska vprašanj, ki sem ju izoblikovala sama, in sicer vprašalnik za uporabnike, dostopen v prilogi 1: *Smernice za izvedbo intervjuja z uporabniki*, ter vprašalnik za socialne delavce, ki sem ga priložila v prilogi 2: *Smernice za izvedbo intervjuja s socialnimi delavci*.

3.3 Populacija in vzorčenje

Mojo populacijo predstavljata dve skupini: ljudje s težavami v duševnem zdravju, ki so na dan raziskave, 1. 3. 2015, vključeni v koordinirano obravnavo v skupnosti v Mestni občini Maribor vsaj dva meseca, in tudi tisti, ki v koordinirano obravnavo v skupnosti niso več vključeni in od zaključka njihove obravnave ni minilo več kot dve leti. Populacijo uporabnikov predstavljata dve starostni skupini, in sicer mladi do 35. leta ter stari ljudje (65 let in več). Z uporabniki sem opravila skupno osem intervjujev, od tega štiri intervjuje z mladimi (z oznakami: A, B, C, D) ter štiri intervjuje s starimi ljudmi (z oznakami: E, F, G, H). Moj drugi vzorec predstavljajo socialne delavke, dve koordinatoriki obravnave v skupnosti v Mestni občini Maribor in dve skupnostni socialni delavki, ki delujeta kot izvajalki osebnih načrtov v okviru programa odprtih stanovanjskih skupin Zavoda Franko.

Vzorec uporabnikov in socialnih delavcev je neslučajnostni in priročni (Mesec 2009: 153). V vzorec je bilo vključenih dvanajst intervjuvancev, od tega osem uporabnikov

in štiri socialne delavke. V raziskavo sem vključila tiste uporabnike, ki jih obiskujem kot izvajalka osebnih načrtov ali pa z njimi sodeluje koordinatorka obravnave v skupnosti. Vse socialne delavke, ki so odgovarjale na zastavljena vprašanja, poznam in z njimi sodelujem od leta 2013.

3.4 Zbiranje podatkov

Podatke sem zbirala v času od 1. 3. 2015 do 30. 6. 2015 na območju Mestne občine Maribor. Primarne podatke sem zbirala z metodo spraševanja.

Uporabnike, s katerimi sem sodelovala sama in so ustrezali mojemu vzorcu, sem predhodno prosila za sodelovanje in jim razložila namen raziskave. Z uporabniki, ki jih nisem poznala, pa sem vzpostavila stik s pomočjo koordinatorka obravnave v skupnosti ter s pomočjo drugih skupnostnih socialnih delavk. Intervjuje z uporabniki sem opravila individualno na domu sogovornika ali na kraju, ki so si ga izbrali sami. Da sem pridobila vse odgovore na vprašanja, sem se k uporabnikom po predhodnem dogovoru še vračala, nekateri so mi svoje naknadne odgovore zaupali po telefonu. Intervjuje s socialnimi delavkami sem opravila po predhodnem dogovoru in obrazložitvi namena raziskave. Dve socialni delavki sem obiskala kar na centru za socialno delo. Odgovore vprašanih sem po predhodnem dogovoru in strinjanju posnela na diktafon ter jih prepisala.

Z dobesednim zapisom sem v računalnik vnesla natančen prepis intervjuja z vključenimi premori in odzivi intervjuvancev. Prepise sem vprašanim posredovala v pregled in popravo po elektronski pošti.

Ker sem intervjuvala ljudi, ki jih poznam, je to imelo vpliv na rezultate. Dejstvo, da so me vprašani uporabniki že poznali, je bilo pozitivno, saj sem z njimi zaradi tega lažje vzpostavila stik in osebni odnos, ki je pri intervjuvanju zelo pomemben. Hkrati je imelo poznanstvo negativne posledice, saj so vedeli, da poznam socialne delavke, s katerimi sodelujemo, in so mi morda zaradi tega kakšno negativno stvar, ki bi jo radi izboljšali, tudi zamolčali. Dejstvo, da sem poznala socialne delavke ni imelo tolikšnega vpliva, imelo je celo prednost, saj sem jih zaradi lastnega poznavanja storitve lažje spodbudila k pogovoru.

3.5 Obdelava in analiza podatkov

Zbrane podatke sem obdelala kvalitativno. Datoteke posnetih odgovorov sogovornikov sem po opravljenem intervjuju iz diktafona prenesla na računalnik, jih večkrat poslušala in jih ob tem dobesedno prepisovala ter jih uredila. Prepisane intervjuje uporabnikov in socialnih delavk sem shranila v dve mapi, da sem jih lahko ločeno analizirala. Nato sem vsak prepisan intervju kvalitativno analizirala (Mesec 2007: 27–37). Ko sem ga prebrala, sem najprej izločila dele besedila, ki jih pri analizi nisem potrebovala. Te dele besedila sem obarvala z modro barvo. Vsak intervjuvanec je dobil svojo veliko tiskano črko, ki je tudi označevala del kode, ki sem jih nato pripisala besednim zvezam. V poseben Wordov dokument sem pod vseh 32 vprašanj za uporabnike in 21 vprašanj za socialne delavke prepisala odgovore vseh osmih uporabnikov ter štirih socialnih delavk (priloga 3: *Združeni odgovori uporabnikov*, priloga 4: *Združeni odgovori socialnih delavk*). Tako sem lahko pregledno videla, kateri odgovori vprašanih mi še manjkajo. Vprašanja, na katera posamezni intervjuvanec ni podal odgovora, sem pod prepisan intervju dodala naknadno. Intervjuvanca sem namreč poklicala in ga prosila za ponovni obisk, nekateri pa so mi svoj odgovor povedali po telefonu in mi narekovali, kako naj ga zapišem. Dopisanim odgovorom sem pripisala kode, kot da gre za nadaljevanje besedila intervjuja in jih nato odprto in osno kodirala kot ostale dele besedila.

Kode v intervjujih uporabnikov in socialnih delavk sem označila z velikimi tiskanimi črkami. Črke A, B, C, D označujejo mlade od 18 do 35 let, črke E, F, G, H pa stare ljudi (65 let in več). Črki A, B označujeta še koordinatorki obravnave v skupnosti, črki C in D pa skupnostni socialni delavki. Tudi pri vseh navedbah izjav intervjuvancev, uporabnikov in socialnih delavk sem v rezultatih raziskave navedla njihove izjave s pripisanimi kodami. V drug Wordov dokument sem vstavila tabelo, kjer sem opravila kvalitativno analizo, ki je zaradi velike obsežnosti nisem priložila, sem pa v nadaljevanju skušala obdelavo v tabeli prikazati s predstavitvijo konkretnega primera glede na faze obdelave gradiva.

V prvi stolpec tabele sem zapisovala teme besedila:

TEME
12. VKLJUČENOST UPORABNIKOV V DRUGE STORITVE/INSTITUCIJE

V drugi stolpec podteme:

PODTEME
OCENA METADONSKE AMBULANTE

V tretji stolpec sem prepisala odgovor oz. izjave vseh vprašanih:

IZJAVE
Najprej sem bila na metadonski./ (40C) tam sem dobivala psihiatrično pomoč./ (41C) tam ti takoj povem, da si zanje številka./ (42C) ker tam je toliko folka, džankijev./ (43C) tam se ne moreš zanašat na tistega psihiatra./ (44C) vprašajo te kakšno dozo jemlješ./ (45C) če ti odgovarja, ja, ne in to je to./ (46C) Tam se ti nihče ne posveti./ (47C) Tam gledajo samo kako ti prideš skozi s terapijo./ (48C) Tako, da si še moraš nekaj drugega poiskati./ (49C) Potem se to ni obneslo./ (50C) ker substitucija se nikdar ne obnese./ (51C) Ne vem, če je 1 % takšnih, ki se jim je to obneslo./ (52C)

V četrtem stolpcu sem besedilo odprto, v petem pa osno kodirala. Pri odprtem kodiranju sem posameznim delom besedila prosto pripisovala smiselne pojme:

ODPRTO KODIRANJE
- Si številka (42C), preveč ljudi (43C), ni prave podpore psihiatra (44C), nihče se ne posveti človeku (47C)

Pri osnem kodiranju pa sem odgovore razvrščala v kategorije in podkategorije:

OSNO KODIRANJE
OCENA METADONSKE AMBULANTE
a) Vidiki totalnosti institucij - Preveč ljudi (43C) b) Odnos do uporabnikov - Si številka (42C), ni prave podpore psihiatra (44C), nihče se ne posveti človeku (47C)

Ko sem dele besedila odprto kodirala, sem opazila, da nekaterih izjav intervjuvancev ne bi rada uporabila, saj za moje raziskovanje nimajo pomena. Tiste dele izjav sem naknadno, čeprav sem jim že pripisala kode, označila z modro barvo in jih v nadaljnji analizi nisem uporabila. Pri osnem kodiranju sem izjave intervjuvancev razvrščala v posamezne kategorije, podobne odgovore združevala in nato posameznim

odgovorom, ki so se pojavljali tudi pri drugih intervjuvancih, le pripisala oznake. Odgovore sem urejevala s pomočjo oznak a), b), c), d), pod vsako črko pa naštevanja, podkategorije pa sem označila z alinejami (-), kar je razvidno iz primera. Nadaljevala sem z odnosnim kodiranjem, kjer sem izbrala relevantne kategorije in pojme, druge pa izločila. Pri odnosnem kodiranju sem skušala odgovore vprašanih in različne kategorije postaviti v odnose:

4. VKLJUČENOST UPORABNIKOV V DRUGE STORITVE/INSTITUCIJE

Intervjuvanci imajo poleg hospitalizacij v psihiatrični bolnišnici raznoliko zgodovino institucijonalizacije. V različne institucije, storitve so bili vključeni pred vključitvijo v koordinirano obravnavo ali pa vzporedno (*C-vključenost v koordinirano obravnavo in CPO, vključenost uporabnikov v Zavod Franko*). Mladi so bili vključeni v nadzorovano obravnavo (B), v metadonsko ambulanto (C), komune za odvisnike (C, D), Inštitut Vir Celje (C), CPO (C). Stari ljudje pa v dom za stare (H), na domu so jih obiskovale druge socialne delavke v obliki pomoči na domu (E). V druge institucije niso bili vključeni le trije uporabniki (A, F, G).

4 REZULTATI

4.1 OCENA STORITVE

Prejemanje pomoči na domu v okviru koordinirane obravnave v skupnosti in programa odprtih stanovanjskih skupin ima za večino uporabnikov več prednosti kot pa življenje in prejemanje storitev v instituciji. Vključenost v koordinirano obravnavo v skupnosti vprašanim omogoča samostojno življenje, čeprav nizki finančni viri večine vprašanih negativno vplivajo na kvaliteto življenja in omejujejo oz. otežujejo njihovo uresničevanje ciljev osebnega načrta.

Prejemanje pomoči na domu in prejemanje pomoči v instituciji

V raziskavi sem primerjala prejemanje storitev na domu, kjer uporabnik živi v okviru koordinirane obravnave v skupnosti, z bivanjem in prejemanje storitev v instituciji.

Na podlagi rezultatov ugotavljam, da je zgodovina institucionalizacije pri uporabnikih zelo raznolika in obširna, saj je bila večina intervjuvancev pred vključitvijo v koordinirano obravnavo v skupnosti oz. ob vključenosti v koordinirano obravnavo vključenih tudi v druge institucije/storitve. Večina vprašanih je v institucijah negativno ocenila neprilagojenost pravil ter osebni odnos strokovnjaka. Intervjuvanci so poleg tega zaznali še druge vidike totalnosti: prisilo (nadzorovana obravnava, dom za stare ljudi), delo/aktivnosti, ki zapolnijo čas človeku (komuna za odvisnike), zavajanje (dom za stare ljudi) ter slabo hrano (dom za stare ljudi).

Uporabniki so bivali v dveh institucijah, in sicer v komuni za odvisnike in v domu za stare. V komuno za odvisnike je bila vključena polovica mladih. Don Pierinova komuna v Italiji ni namenjena uporabnikom s težavami v duševnem zdravju, saj ni dovoljeno jemati zdravil. Spodbujajo neprestano delo, kar lahko primerjamo z aktivnostmi, ki v instituciji zapolnijo človeku čas. Vsako jutro se morajo uporabniki udeležiti še pogovorne skupine. Tako v Don Pierinovi komuni kot v komuni v Ljubljani so pravila uporabnikom neprilagojena.

Tudi v domu za stare je bila poleg slabe hrane izpostavljena neprilagojenost pravil: zapiranje doma ob določeni uri, po kateri ni izhoda in možnosti kajenja, prepoved kajenja na balkonu. Iz doma so uporabnico peljali tudi v psihiatrično bolnišnico Ormož. Ker ji niso povedali, kam jo peljejo, so jo morali na silo spremiti iz reševalnega vozila. V domu je posameznica pozitivno ocenila delo osebja.

Nekateri stari ljudje izkušnje z življenjem v domu za stare niso imeli, kljub temu pa so z menoj podelili mnenje o tovrstni instituciji. Polovica starih ljudi si še ne želi oditi v dom za stare. Posameznik je to utemelji s tem, da še vse zmore: *»Ne, žena me je enkrat želela spraviti v dom,/ (96E) a jaz nisem za v dom,/ (97E) jaz še vse zmorem./ (98E)«* Druga intervjuvanka pa je povedala: *»Ne, za dom sem še premlada,/ (18G) ko ne bom več zmogla, bom šla,/ (19G) ampak želim imeti svojo sobo./ (20G)«*

Nekateri uporabniki so bili vključeni v Center za preprečevanje odvisnosti Maribor, nadzorovano obravnavo, metadonsko ambulanto, Inštitut Vir v Celju in bili deležni obiska druge socialne delavke na domu uporabnika.

Instituciji, ki se ukvarjata s specifično problematiko odvisnosti od drog, sta Center za preprečevanje odvisnosti Maribor (CPO) ter Inštitut Vir v Celju. Center za preprečevanje odvisnosti Maribor ne dovoljuje uporabe mobitela, bančne kartice, denarja, stikov s staro družbo, izhodov. Uporabnica je bila deležna celodnevne nadzora staršev, striktnih pravil, institucijo je morala obiskovati štirikrat na teden, obvezno je morala biti v dnevnem centru, napredovala je po stopnjah, vsaka višja stopnja ji je dovoljevala več svobode. Inštitut Vir – socialna rehabilitacija, raziskovanje in razvoj v Celju je potrebno obiskovati le enkrat na teden, prav tako ni testiranje na uporabo drog. Med institucijama je velika razlika, na podlagi ocene uporabnice in pozitivnih rezultatov njene zaključene obravnave v CPO, sklepamo, da je institucija v Mariboru uspešnejša. Hkrati pa je potrebno opozoriti, da je bila uporabnica ob vključitvi v CPO vzporedno vključena še v koordinirano obravnavo v skupnosti, torej sta na njeno osamosvojitev pomembno vplivali obe storitvi.

Nadzorovano obravnavo je posameznik ocenil kot neustrezno, ni pravice do odločanja o jemanju zdravil, lahko pride do ponovne prisilne namestitve v bolnišnico. Koordinatorica nadzorovane obravnave je bila v odnosu do uporabnika vzvišena in neprilagodljiva.

V metadonski ambulanti je preveliko število ljudi, odnos strokovnjaka do uporabnika ni osebni, individualiziran, prav tako ni osebne zavzetosti za človeka: *»Tam ti takoj povem, da si zanje številka,/ (42C) ker tam je toliko folka, džankijev,/ (43C) tam se ne moreš zanašat na tistega psihiatra,/ (44C). Tam se ti nihče ne posveti./ (47C)«*

Obisk javne delavke na domu se je pri uporabniku izvajal enkrat tedensko v obliki sprehodov, pogovorov. Uporabnik ni izpostavil nobenega negativnega vidika tovrstne pomoči.

Če primerjamo obe generaciji, so imeli mladi pred vključitvijo v koordinirano obravnavo v skupnosti daljšo zgodovino institucionalizacije kot pa stari ljudje. Nekateri so bili v komuni za odvisnike, posameznica še v metadonski ambulanti, Centru za preprečevanje odvisnosti Maribor, v Inštitutu Vir Celje, vključeni so bili tudi v nadzorovano obravnavo. Stari ljudje so bili v domu za stare, posameznika je obiskovala javna delavka na domu.

Pri oceni institucij se negativni vidiki, ki jih opisujejo uporabniki, glede na starost bistveno ne razlikujejo, saj je večina negativno ocenila odnos osebja ter neprilagojenost pravil. Pripadnica stare generacije pa je negativno ocenila še hrano in zavajanje človeka.

K zgodovini institucionalizacije vprašanih lahko uvrstimo tudi njihovo hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici. Intervjuvanci so bili na dan raziskave vsega skupaj hospitalizirani od osem dni do sedem let.

Največ intervjuvancev je kot pozitivne vidike obravnave v psihiatrični bolnišnici navedlo dobro hrano nato aktivnosti in bližino sočloveka v sobi. Med pozitivne vidike hospitalizacije so uvrstili še: manjšo podobnost zaporu, modernost, svetlost stavbe, podobnost bolnišnice s hotelom, prijaznost in obiske, izhode ob vikendih, korektnost osebja. Pozitivno je bilo vrednoteno tudi bivanje na odprtem oddelku: *»No potem pa so me dali na odprt oddelek,/ (45E) tam pa je super./ (46E) Tam imaš razne dejavnosti,/ (47E) smo peli,/ (48E) reševali križanke,/ (49E) imeli smo ročna dela./ (50E) Prišla je tudi terapevtka/ (51E), včasih me je tudi na kakšni skupini pooblastila, da jo jaz vodim./ (52E) Na odprtem oddelku sem bil z vsemi delavci v dobrih odnosih./ (53E)«*

Med negativne vidike obravnave v psihiatrični bolnišnici so nekateri intervjuvanci uvrstili prisotnost drugih uporabnikov z večjimi težavami v duševnem zdravju. Negativno so označili še strogost, uporabo prisilnih varnostnih ukrepov, zadrogiranost, močna pomirjevala, majhnost institucije, odsotnost aktivnosti in odprtega oddelka. Zaprt oddelek so ocenili tako: *»Če si na zaprtem oddelku,/ (39E) je kot da bi bil v zaporu./ (40E) Oni ti dajo še pa še tablet,/ (41E) samo na slabo ti*

gre./ (42E) tehniki so agresivni./ (43E) na vsak način hočejo, da dobiš plenico./ (44E)«

Sogovornica, ki so jo spremljale dvojne diagnoze, je navedla, da detoksikacija ljudi, ki so odvisni od drog, poteka prehitro, polega tega uporabnikom ne predstavijo nadaljnjih možnosti zdravljenja: *»Poleg tega se mi zdi, da psihiatrične bolnišnice niso dovolj kvalificirane, da bi detoksicirale odvisnike/ (269C) – to počnejo prehitro./ (270C) ne verjamejo odvisnikom./ (272C) Prav tako bi morale po končani detoksikaciji odvisniku predstaviti možnosti nadaljnjenga zdravljenja in ohranjanja abstinence./ (273C)«* Posameznica je v odnosu strokovnjaka zaznala odsotnost zavzetosti in osebnega, individualiziranega pristopa do sočloveka ter fizično nasilje nad starim človekom: *»Lahko bi se bolj zavzeli za človeka./ (40F) tam si številka./ (41F) Pa še sestro (42F) sem videla, da je starega človeka tepla z žlico./ (43F)«* Posameznice v psihiatrični bolnišnici ni nič motilo, a pozitivnih vidikov hospitalizacije ni navedla.

Obisk socialne delavke na domu v okviru koordinirane obravnave v skupnosti je več kot polovica vprašanih ocenila kot pozitivno. Nekaterim je prejemanje storitev na domu boljše, saj nimajo finančnih virov za plačilo prevoza, posameznica še težko hodi: *»Ja, to je vredno./ (47F) jaz ne morem nikamor hodit, še v trgovino komaj grem./ (48F) nimam niti denarja za avtobus./ (49F)«* Posameznica je pozitivno ocenila tako prejemanje storitev na domu kot v instituciji. Le ene vprašane koordinatorka ni obiskala na domu, a ji je bilo bolj všeč, da je lahko šla k njej sama.

Med prednostmi koordinirane obravnave se je izoblikovalo več kategorij. Uporabnikom je najbolj všeč druženje z drugimi uporabniki, nato pristočasne aktivnosti, dodatni materialni viri, neodvisnost, fleksibilnost, bivanje v domačem okolju, odnos koordinatorke. V kategoriji ostalo so vprašani v največji meri navedli, da jim v storitvi vse ustreza, nato pa, da imajo več časa zase, niso zadrožirani kot v bolnišnici ter da je lažje, če se z nekom pogovorijo. Le posameznica ni navedla nobenih prednosti storitve.

Največ predlogov intervjuvancev za izboljšanje koordinirane obravnave je vezanih na pogostost prejete pomoči. Uporabniki si želijo pogostejših druženj, obiskov koordinatorke, skupnostnih delavk in prostovoljcev. Posameznica si želi pogostejših multidisciplinarnih timov. Intervjuvanci s želijo druženj z drugimi uporabniki in vnaprej napisan program druženja. Drugi predlogi vprašanih se pojavijo le enkrat in so vezani

na organizacijo same storitve (prihod na dom po uporabnika) ter na sodelovanje z drugimi strokovnjaki (opora večih strokovnjakov znotraj koordinirane obravnave v skupnosti, sodelovanje s psihiatrom, psihologom). Med drugimi željami intervjuvancev zasledimo željo po večji samostojnosti, plesu. Nekateri uporabniki predlogov za izboljšanje koordinirane obravnave v skupnosti niso navedli.

Primerjava uporabnikovih ocen prejetja storitev v instituciji in v skupnosti nam pokaže, da je večina vprašanih več prednosti pripisala koordinirani obravnavi v skupnosti kot pa bivanju in prejemanju storitev v instituciji, ki jih še vedno zaznamuje kar nekaj vidikov totalnosti.

Finančna sredstva in samostojno življenje v skupnosti

Kljub temu, da so intervjuvanci koordinirano obravnavo v skupnosti pozitivno ocenili, jim samostojno življenje oz. višjo kvaliteto samostojnega življenja v skupnosti slabša pomanjkanje finančnih virov, ki je ena izmed težav večine vprašanih.

Skoraj vsi mladi prejemajo denarno socialno pomoč in so iskalci zaposlitve, posameznica ima status študentke. Ena izmed koordinatorik obravnave v skupnosti je poudarila, kako težko je denarno socialno pomoč z uporabniki razporejati čez ves mesec. Pri mladih so socialne delavke opozorile na problem nezaposljivosti, ki jim onemogoča oz. slabša samostojno življenje v skupnosti. Tudi večina starih ljudi prejema dodatne finančne vire, predvsem v obliki varstvenega dodatka. Njihove pokojnine so nizke tudi zaradi predčasne invalidske upokojitve ali dela na prilagojenem oz. nižjem delovnem mestu. Socialne delavke so razlog nizkih finančnih virov nekaterih starih ljudi pripisale še izgubi premoženja.

Polovica mladih ocenjuje, da se s pomanjkanjem finančnih virov sooča zelo pogosto. S pomanjkanjem bi se nekateri soočili tudi v primeru izključenosti iz koordinirane obravnave v skupnosti: »*Slabo bi bilo,/ (44A) ne bi dobil denarja,/ (45A) v dolgovi bi bili spet/ (46A)*« Stari ljudje poudarjajo svojo skromnost in varčevanje, čeprav se s pomanjkanjem finančnih virov soočajo. Posameznik z ženo finančno pomaga vnukom, kljub temu je oddal vlogo za dodatek za pomoč in postrežbo in za pridobitev izredne denarne socialne pomoči.

Vsi mladi menijo, da finančni viri omejujejo uresničevanje ciljev iz osebnega načrta. Stari ljudje razlog za neuresničene cilje poleg nizkih finančnih virov pripišejo še

drugim razlogom, ki jih niso opredelili. Glede na vrsto neuresničenih ciljev so cilji polovice mladih vezani na izobraževanje, nato pa na prostčasne aktivnosti in družino. Neuresničeni cilji starih ljudi se navezujejo na vsakdanje, življenjske potrebe (razvoz kosila na dom, hladilnik, pralni stroj) in na dopust.

Med predlogi za rešitev finančne stiske mladi v največji meri navajajo mesečno denarno nagrado za prostovoljno delo, nato denarno pomoč občine, zaposlitev, varčevanje. Stari ljudje pa varčevanje, skromno življenje, pomoč v obliki varstvenega dodatka.

Tako mladi kot stari ljudje imajo potrebo po dodatnih finančnih virih za samostojno življenje v skupnosti. Mladi se želijo zaposliti, se seliti na svoje, biti samostojni ter imeti urejene družinske razmere. Stari ljudje menijo, da niso imeli nekih pomembnih ciljev ali pa si želijo osnovnih življenjskih dobrin, kot sta hladilnik ali pralni stroj.

4.2 VPLIV UPORABNIKA NA KOORDINIRANO OBRAVNAVO V SKUPNOSTI

Osebnostno načrtovanje in izvajanje storitev ter koncept pravic

Intervjuvancem koordinirana obravnava v skupnosti zagotavlja vpliv, saj delo po metodi osebnega načrtovanja socialnim delavcem omogoča, da raziščejo življenjski svet človeka, njegove potrebe, stiske, želje in zaradi koncepta pravic ter načrtovanja storitev od spodaj navzgor pomoč prilagodijo potrebam uporabnika. Uporabniki tako sami izberejo obliko pomoči, način in čas njenega izvajanja ter izvajalca pomoči. Tudi odločitev o vključitvi v storitev je prostovoljna.

Koordinatorica obravnave v skupnosti naveže stik z uporabnikom tudi v drugih institucijah in ne le v psihiatrični bolnišnici. Večina intervjuvancev je prvi stik s koordinatorico navezala v psihiatrični bolnišnici, mladi še v komuni za odvisnike v Ljubljani, stari ljudje pa so z njo v stik prišli tudi na podlagi prijave nasilja socialni službi ter obiska v domu za stare. Prvi pogovor z uporabnikom koordinatorica opiše kot spoznavni, saj uporabnik predstavi svojo življenjsko situacijo, gre tudi za predstavitev načina sodelovanja znotraj storitve. Če se uporabnik želi preseliti iz institucije, je potrebno pred tem dokončati še preselitveni načrt. Koordinatorica je poudarila, da je pomembno, da se v storitev vključijo predvsem tisti uporabniki, ki bi

potrebovali institucionalno varstvo ali se želijo preseliti iz institucije ali pa mladi, ki se znajdejo v obdobju stiske, ko bi se lahko začelo njihovo propadanje. Vključitev uporabnikov v program odprtih stanovanjskih skupin poteka preko koordinatorke, ki nekaterim uporabnikom kot izvajalce osebnega načrta predlaga Zavod Franko, v okviru katerega sta zaposleni dve skupnostni socialni delavki.

Cilji uporabnikov, ki so vključeni v koordinirano obravnavo v skupnosti, se uresničujejo glede na osebni načrt, kjer uporabnik skupaj s koordinatorico ubesedi in zapiše potrebe, cilje, želje, izvajalce in način izvajanja. Koordinatorici z vprašanji vodita uporabnike k zapisu korakov do cilja, zanima ju življenjska zgodba človeka, njegova socialna mreža, vpliv, njegovi materialni viri in stiske, s katerimi se sooča. Koordinatorici soustvarjata osebni načrt z uporabnikom po magnetih po Brandonu. Pri vsakem magnetu se z uporabnikom razišče njegov problem, želja po spremembi in cilji, ki jih želi uresničiti. Metoda omogoča uporabniku in socialnem delavcu vpogled v opravljeno pot in načrtovanje novih ciljev. Uporabniki velikokrat ne vedo, kaj pomeni dobiti izvajalca za nek namen, zato se izvajanje običajno začne že v času pisanja osebnega načrta. Osebni načrt uporabnika se sproti zapisuje, da lahko uporabnik kaj popravi. Drugi strokovnjaki (socialni delavci, koordinatorji) pri metodi osebnega načrtovanja in izvajanja storitev delajo različne napake, saj pišejo načrte sami, brez uporabnika, in jih vključijo v programe, ki jim niso prilagojeni: *»Najslabše je, ko slišim socialne delavce pa tudi druge koordinatorje, da sami delajo načrt, brez uporabnika/ (55B) in jim predlagajo neke standardne programe, ki jim niso prilagojeni, enim so kakšni programi premalo, drugi ne zmorejo slediti pravilom programa/ (56B) in potem hitro rečejo, da uporabnik ne zmore samostojnosti./ (57B)«* Koordinatorica sledi izvajanju osebnih paketov, kar pomeni, da uporabnik plača, kar in kolikor storitev potrebuje, torej gre za popolno prilagajanje storitev uporabnikovim potrebam. Druga koordinatorica je opozorila na dolgoročnost sprememb pri uporabnikih in na potrebo po načrtovanju storitev od spodaj navzgor.

Obe koordinatorici obravnave v skupnosti neposredno sodelujeta z izvajalci osebnih načrtov njenih uporabnikov. Vsaka koordinatorica ima svojo posebnost dela. Eni kot izvajalki osebnih načrtov pomagata javna delavca: *»Ponavadi imamo zjutraj sestanek z mojima javnima delavcema,/ (10A) Oni imajo štiri do pet uporabnikov na dan, da jih obiščejo./ (12A) Oni so izvajalci načrtov./ (13A)«* Javna delavca kot izvajalca načrtov obiskujeta skoraj vse njene uporabnike, ki so vključeni v koordinirano obravnavo v

skupnosti. Obisk uporabnika je lahko enkratno ali pa poteka tedensko. Javna delavca skupaj z uporabniki urejata zadeve, ki jih le-ta ubesedi v načrtu, npr.: odhod k zdravniku, na zavod za zaposlovanje, dogovor o tem, kaj bo kupil, kuhal, plačilo položnic na pošti, pranje oblačil, pomoč pri preživljanju prostega časa, pri razporejanju časa, razpolaganju z denarjem. Drugi koordinatorki kot izvajalki osebnih načrtov pomagata skupnostni socialni delavki Zavoda Franko Maribor. Program odprtih stanovanjskih skupin zavoda je nastal zaradi potreb uporabnikov. Koordinatorica je zaznala, da si malo ljudi želi živeti v stanovanjskih skupinah, saj si jih večina želi imeti svoje stanovanje. V okviru programa odprtih stanovanjskih skupin: vzpostavljanje oskrbe v skupnosti, socialni delavki uporabnikom pomagata pri iskanju stanovanja ter pri urejanju ostalih vsakdanjih razmer za življenje v skupnosti.

Čeprav imata obe koordinatorki izvajalce osebnih načrtov, se tudi sami vključujeta v izvajanje načrtov uporabnikov (spremljanje uporabnika na institucijo, timski sestanki z izvajalci, prevoz uporabnika, vključevanje v njegovo vsakdanje življenje). Ena koordinatorka je ob tem izpostavila pomembnost neodvisnih izvajalcev osebnih načrtov, saj je naloga koordinatorjev koordiniranje skupnostnih služb.

Pri delu z uporabniki socialne delavke poleg metode osebnega načrtovanja in izvajanja storitev uporabljajo še metodo analize tveganja, zagovorništva, nekatere so navedle tudi pogovor, poslušanje, socialno delo z družino, individualno delo z uporabnikom, socialno delo s skupino in krizni tim. Polovica socialnih delavk je poleg metod navedla še koncepte, ki jih uporabljajo, in sicer koncept normalizacije, krepitev moči, vzpostavljanje delovnega odnosa, raziskovanje življenjskega sveta uporabnika ter perspektivo moči.

Intervjuvanci so koordinirano obravnavo v skupnosti opredelili zelo raznoliko, kar kaže na dejstvo, da je pomoč uporabnikom prilagojena njihovim individualnim potrebam. Starim ljudem pomeni koordinirana obravnava predvsem pogovor, dogovarjanje ali pomoč. Mladi so jo opredelili bolj raznoliko, in sicer kot pomoč, reševanje težav, pridobivanje socialnih pravic, vključenost, socialno reintegracijo, prvo pomoč, svetovanje, povezovanje z drugimi strokovnjaki in socialno mrežo. Koordinirana obravnava v skupnosti jim pomeni tudi izlete in novoletna praznovanja. Socialne delavke obiščejo uporabnike različno pogosto, na kar vplivajo njihove potrebe. Čez vikend in ob praznikih imajo uporabniki zagotovljeno podporo izvajalk Zavoda Franko. Izvajalkam v času uporabnikove krize pomaga tudi koordinatorka.

Ker koordinirana obravnava temelji na metodi osebnega načrtovanja in izvajanja storitev, imajo uporabniki vpliv nad samo storitvijo.

4.3 OCENA SOCIALNIH DELAVCEV

Večina vprašanih ima dober odnos s socialnimi delavkami, na kar vpliva tudi njihova odkritost, sočutje, zaupanje v uporabnika, zaupljivost, človeški odnos, razumevanje, spremljanje njihovega napredka.

Odnos z uporabniki bi socialne delavke izboljšale, če bi se striktnije držale dogovorov, ki jih sklenejo z njimi, če bi mladim dopuščale večjo samostojnost in če bi enakovredno zastopale interese vseh udeleženi v problemu in rešitvi.

Uporabniki od socialnih delavk prejemajo raznoliko pomoč, pri mladih se socialne delavke zavedajo problema nezaposljivosti, zato so v veliki meri deležni pomoči pri vključevanju na trg dela.

Oblike pomoči, ki jih uporabniki prejemajo

Mladi od koordinatorke v največji meri prejemajo pomoč pri socializaciji. Skupnostne socialne delavke jim najpogosteje pomagajo pri socializaciji in pri storitvah. Mladi prejemajo pomoč še v obliki svetovanja, prve socialne pomoči, izredne denarne pomoči, imajo finančno pomoč Zavoda Franko Maribor, so deležni pogovora, nasveta, pomoči pri socializaciji, imajo spremstvo na Rdeči križ, pomoč pri iskanju zaposlitve, pri razdelitvi deleža za plačilo položnic, skupnostna delavka zavzema tudi vlogo mame. Starim ljudem koordinatorka in skupnostni socialni delavki v največji meri pomagata v obliki storitev. Polovica starih ljudi prejema pomoč pri pridobivanju izredne denarne socialne pomoči ter v obliki pogovora. Pomoč dobivajo stari ljudje še v obliki prve socialne pomoči, pri pridobivanju izredne denarne pomoči in v obliki druženja.

O pomoči pri vstopu na trg dela sem spraševala samo mlade. Skoraj vsi so že bili deležni pomoči pri vstopanju na trg dela. Polovica mladih dobiva pomoč v obliki spremstva na institucijo, ki pomaga uporabnikom do zaposlitve (CIPS, zavod za zaposlovanje). Posameznik dobiva pomoč tudi pri pisanju prošenj za delo. Posameznici pa je koordinatorka pomagala pri ponovni vključitvi v šolanje. Tudi želje za prihodnost mladih ljudi so v največji meri vezane na delo oz. iskanje zaposlitve.

Vsi mladi imajo željo po zaposlitvi oz. vključitvi v zaposlitveno rehabilitacijo. Pri mladih v enaki meri sledijo želje, vezane na ustvarjanje družine (najti partnerja/ko, ustvariti družino, se preseliti skupaj s partnerjem, živeti s sinom) in na stanovanjske razmere (živeti v lastnem stanovanju oz. sami). Večina mladih si čez pet let ne želi več biti vključenih v koordinirano obravnavo v skupnosti, saj želijo postati povsem samostojni in neodvisni.

Tudi polovica socialnih delavk je pri mladih ljudeh opozorila na problem nezaposljivosti, hkrati je večina mladih že bila na oceni delovne zmožnosti, veliko jih je trajno nezaposljivih, potrebujejo prilagojena delovna mesta, invalidska podjetja pa ne zaposlujejo. Pri nekaterih mladih socialne delavke celo ugotavljajo, da nimajo motivacije za spremembo, življenje je zanje sprejemljivo takšno, kot je. Tiste, ki živijo doma, pa podpirajo starši.

Mladi si ne želijo dodatne pomoči socialnih delavcev pri vključevanju na trg dela, čeprav je to eden izmed njihovih poglavitnih problemov.

4.4 VSTOPANJE/VKLJUČENOST V SKUPNOST

Večina vprašanih se je zaradi težav v duševnem zdravju že soočala z izključevanjem iz družbe in stigmatizacijo, ki negativno vpliva tudi na vključevanje uporabnikov v skupnost in na širjenje njihove socialne mreže.

Izključevanje in stigmatizacija

Polovica intervjuvancev ima osebne izkušnje z izključevanjem iz družbe. Skoraj vsi mladi so zaznali izključevanje iz družbe, med starimi ljudmi pa je izključevanje zaznala le polovica vprašanih. Vsi so zaznali izključenost zaradi same stigme, mladi imajo izkušnjo tudi z interakcijskim prekrškom: *»Enkrat sem šel od šaha in sem premagal svojega mentorja in sem šel ven ter zunaj mahal, saj sem bil sem zelo dobre volje./ (116B) Mamina nekdanja prijateljica je to videla in sporočila nadzorovani obravnavi, da maham po cesti in da se mi je duševno stanje poslabšalo./ (117B)«* Prepoznali so še stigmo zaradi odvisnosti od drog: *»Se pa spomnim, da ko so cimre v študentskem domu našle moje skrite injekcije,/ (275C) mi niso dale niti možnosti,/ (276C) da bi karkoli povedala ali razložila,/ (277C) ampak so mi takoj postavile pogoj,/ (278C) da takoj poberem svoje stvari/ (279C) in se izselim/ (280C) ali pa bodo*

klicale policijo./ (281C) Ničelna toleranca do odvisnika./ (282C)« Imajo izkušnjo tudi s stigmo zaradi bivanja v psihiatrični bolnišnici: *»Če si bil v norišnici, drugi kažejo s prstom na tebe, da si nor./ (83B)«* Stari ljudje pa so zaznali še stigmatizacijo zaradi nalepke težave z odvisnostjo od alkohola.

Polovica socialnih delavk je zaznala stigmatizacijo uporabnikov na delovnem mestu in pri vstopu na trg dela. Eno uporabnico so zaradi težav v duševnem zdravju celo odpustili, drug uporabnik ne dobi službe zaradi tega, ker je bil pogosto hospitaliziran. Stigmo pa lahko uporabniki tudi ponotranjijo: *»Ja pri stigmi se mi zdi pomembno poudariti, da pri mladih hospitalizacija in stigmatizacija povzroči, da se sami začnejo počutiti nesposobne za vstop na trg dela./ (185A)«* V enaki meri so socialne delavke zaznale stigmatiziranost uporabnikov v skupnosti, kjer živijo. Stigmatizacija uporabnikov je po besedah socialnih delavk prisotna v medsosedskih odnosih, pri vključevanju uporabnikov v skupnostne aktivnosti, pri iskanju stanovanja. Pri tem se socialne delavke srečujejo z dilemo, ali na ogledu stanovanja z uporabnikom sploh povedati, da so socialne delavke. Če uporabniki spregovorijo o svojih težavah, so videni skozi nalepko, družba ima predsodke do življenja uporabnikov v skupnosti. Lastnike stanovanj zanima, kakšne težave ima uporabnik, če bo lahko sam, če je tega sposoben. Bojijo se, da bo prišlo do težav, sprašujejo, zakaj bi se tak človek preselil v svoje stanovanje, če je v Sloveniji urejen sistem posebnih socialnovarstvenih zavodov. Socialne delavke so zaznale tudi stigmatizacijo zaradi storitev/institucij, ki so namenjene ljudem s težavami v duševnem zdravju, stigmatizacijo družbe zaradi jemanja zdravil, stigmatizacijo zaradi nalepke ter stigmatizacijo v organizaciji, kamor so uporabniki vključeni: *»Tudi pri socialni vključenosti / (213B) gledajo uporabnike skozi njihove nalepke,/ (214B) ne pa skozi njihove vrline./ (215B)«*

Socialna mreža in vključevanje uporabnikov v skupnost

Vsi mladi se družijo z drugimi uporabniki, ki so vključeni v koordinirano obravnavo, od starih ljudi, ki so bili vključeni v raziskavo, pa se z drugimi uporabniki družijo le polovica. Posameznica zaradi tega, ker težko hodi, za drugo vprašano takšna druženja predstavljajo dodaten finančni strošek.

Tako mladi kot stari ljudje s sosedi nimajo pogostejših stikov: *»S sosedi pa tako, ko jih vidim, jih pozdravim, drugače pa se z njimi ne družim./ (100B)«* Le pripadnico

stare generacije dve sosedi obiščeta na domu. Večina mladih ima pogoste stike s starši, nekateri tudi s prijatelji, znanci. Stari ljudje pa omenjajo druženje s sinovoma partnerkama in vnuki, druženje s sodelavko, prijatelji.

Vsi vprašani prejemajo neformalno pomoč socialne mreže. Največ pomoči vprašani dobijo od sorodnikov, nekateri tudi od sosedov, prijateljev, v obliki dela na črno. Polovici mladih od sorodnikov v največji meri pomagajo starši, polovici stric in teta (pomagala staršem vprašane). Nekaterim starim ljudem pomagajo otroci, drugim teti, partnerka. Le posameznica ne prejema nobene pomoči sorodnikov.

Tako mladim kot starim ljudem sorodniki pomagajo v obliki finančnih virov. Pripadnik stare generacije še doda, da z ženo finančno pomagata vnukom. Mladi prejemajo pomoč še v obliki materialnih virov, pri reševanju problemov ter v obliki čustvene podpore, ki so jo prejeli starši uporabnice. Polovica starih ljudi od sorodnikov prejema pomoč pri vsakdanjih opravilih. Posameznica je poudarila, da gre za vzajemno pomoč med njo in sinom: *»Pomaga mi sin./ (65G) Včasih skuha on kosilo,/ (66G) včasih jaz./ (67G) Operem mu./ (68G) posušim/ (69G) in zlikam obleke./ (70G) Kupi mi hrano,/ (71G) greva na sprehod./ (72G)«*

Obe generaciji prejemata pomoč prijateljev, mladi pri reševanju problemov, stari ljudje pa pri opravljanju vsakdanjih opravil. Obema generacijama pomagajo sosedi. Pripadnika mlade generacije bi lahko sosedi zagovarjali na sodišču, stari pa omenjajo vzajemno pomoč, kozmetične storitve v zameno za kosilo: *»Edino dve sosedi prideta k meni na obisk./ (58G) Ena mi naredi pedikuro, manikuro, obrvi mi populi,/ (59G) jaz pa jo povabim na kosilo./ (60G)«* Druga vprašana si pri sosedi izposodi denar: *»Če mi zmanjka za cigarete pa si 20 evrov sposodim od sosede./ (83H)«* Pripadnica stare generacije pri čiščenju stanovanja prejema pomoč v obliki dela na črno.

Intervjuvanci se najpogosteje v dogodke v skupnosti vključujejo v okviru koordinirane obravnave v skupnosti. Vsi mladi se udeležujejo dogodkov, večina izmed njih tudi izletov ter novoletnih praznovanj. Nekateri uporabniki se v dogodke v skupnosti vključujejo tudi samoiniciativno, vključeni so v društvo za razvoj in mladino, obiskujejo prireditve drugih društev v skupnosti, udeležujejo se športnih dogodkov, koncertov, obiskujejo knjižnico, dnevni center. Več kot polovica starih ljudi se v dogodke v skupnosti sploh ne vključuje. Posameznica kot razlog navede bolečine v glavi: *»Se ne,/ (98F) ne morem bit dolgo pokonci, glava me boli,/ (99F) moram se uleči./ (100F)«*

Koordinatorica meni, da je potrebno uporabnike vključevati v običajne dogodke v skupnosti, kot so odhod v knjižnico, odhod z mladimi v Pekarno, na Center za informiranje in poklicno svetovanje. Potrebno bi bilo vzpostaviti prostor za družabništvo, kavarnico, kjer lahko človek kaj prebere, dostopa do interneta in kjer se ustavijo še drugi ljudje. Vključitev uporabnikov v običajne dogodke v skupnosti ocenjuje kot boljšo možnost v primerjavi z vključitvijo uporabnika v dnevni center. V dnevnem centru je človek segregiran, saj je še zmeraj vključen v določen krog uporabnikov. Obe skupnostni socialni delavki uporabnike spodbujata, da se sami vključujejo v programe v skupnosti, spodbujani so tudi k vključitvi v prostovoljna dela. Obe generaciji si želita ohraniti sedanjo socialno mrežo, ki se predvsem pri mladih zmanjša zaradi diagnoze težave v duševnem zdravju, pri starih ljudeh pa tudi zaradi spremenjenih stanovanjskih razmer, saj večina vprašanih zaradi poteka življenja, npr. osamosvojitve otrok in smrti partnerja, živi samih. Kot negativno posledico izključenosti iz koordinirane obravnave tako pripadnik mlade kot pripadnica stare generacije navedeta manjšo socialno mrežo in osamljenost. Polovica socialnih delavk je potrebo po bližini sočloveka prepoznala pri starih ljudeh. Ocenjujejo, da so stari ljudje osamljeni, njihove socialne mreže osiromašene, da si želijo družabništva in pomoči pri urejanju medsebojnih odnosov z bližnjimi, npr. odraslimi otroki, ki so manj tolerantni, manj razumevajoči. Tudi starim ljudem vključitev v koordinirano obravnavo pomeni varnost.

4.5 METODE SOCIALNEGA DELA

Socialne delavke, ki kot koordinatorke ali izvajalke pomagajo uporabnikom koordinirane obravnave v skupnosti, se pri svojem delu želijo čim bolj prilagajati uporabnikom. Pri tem uporabljajo specifične metode in znanja, kot je socialno delo z ljudmi, ki jih spremlja demenca in antidiskriminacijsko socialno delo.

Prilagajanje potrebam uporabnikov

Večina vprašanih uporabnikov ima s socialnimi delavkami dober odnos. Pripadnik stare generacije ima slabši odnos s koordinatorico obravnave v skupnosti, saj le-ta ni upoštevala sklenjenih dogovorov. Pripadnica mlade generacije ima slabši odnos s skupnostnima delavka, verjeten razlog je v premajhni samostojnosti znotraj koordinirane obravnave v skupnosti.

Če primerjamo obe generaciji, stari ljudje med osebnostnimi lastnostmi koordinatorke v največji meri cenijo prijaznost in dejstvo, da lahko človeku zaupajo. Od načinov dela cenijo odkritost, posameznika pa moti neobjektivnost in dejstvo, da bolj podpira ženo kot njega. Mladi cenijo sočutje, zaupanje vanje, pripravljenost pomagati, človeški odnos in razumevanje. Od načinov dela cenijo njene izkušnje, vlogo zagovornice, obvladovanje birokracije, pomoč na domu, neprestano spremljanje, dejstvo, da jih ne obsoja zaradi narejenih napak. Posameznik bi jo cenil, če bi koordinatorka upoštevala dogovore.

Na podlagi uporabnikovih opisov odnosa s socialnimi delavkami lahko sklepamo, da se socialni delavci v veliki meri prilagajajo potrebam uporabnikov, težje pa ocenimo, kakšen odnos imajo do uporabnikov socialni delavci, ki delujejo v institucijah. Kljub vsemu se je veliko uporabnikov v institucijah že srečalo z neprilagojenostjo pravil in neosebnim odnosom strokovnjaka, tudi socialne delavke slabše sodelujejo s tistimi institucijami, v katerih se zaposleni uporabnikom ne prilagajajo.

Socialno delo in demenca

Socialne delavke potrebujejo dodatna znanja za svoje delo. Nekatere si želijo več znanja o tem, kako motivirati človeka za spremembo, ter znanje o tem, kako bolje poslušati človeka, druge bi potrebovale specifična strokovna usposabljanja s področja duševnega zdravja, tudi o socialnem delu z demenco. Ena koordinatorka ljudi z demenco ne vključuje v koordinirano obravnavo, saj se ji zdi, da mora človek vedeti, zakaj je z njo. Meni, da potrebujejo ti uporabniki več čustvenega kontakta in pomiritev. Na njeno odločitev, da bi vključila uporabnika z demenco v obravnavo, bi pomembno vplival podatek, v kateri fazi demence je. Druga koordinatorka ima vključeni dve uporabnici, ki ju spremlja demenca, ena uporabnica je še predstavnica srednje generacije. Meni, da tudi ljudje z demenco ne potrebujejo celodnevne prisotnosti sočloveka. O dodatnih znanjih za delo z ljudmi z demenco se je samoizobraževala z branjem ustreznih strokovnih knjig. Ocenjuje, da ne potrebuje dodatnega znanja, morda ga potrebujejo izvajalci osebnih načrtov uporabnikov. Ena skupnostna socialna delavka, izvajalka načrtov, bi potrebovala več časa, da bi lahko prebrala kakšno knjigo o demenci, druga je poudarila, da ni posebnih programov za ljudi z demenco, zato jih veliko ostane v domu za stare ljudi. Hkrati opaža, da se pri ljudeh z demenco potrebe po pomoči povečujejo, lahko se zgodi, da vključitev v

koordinirano obravnavo v skupnosti in program odprtih stanovanjskih skupin čez čas ne bosta več zadostovala, saj bo človek potreboval več zdravstvene oskrbe.

Antidiskriminacijsko socialno delo

Večina vprašanih se sooča z diskriminacijo, izključenostjo iz družbe in pri tem potrebujejo pomoč socialnih delavk. O pomoči socialnih delavk pri soočanju z diskriminacijo so spregovorili predvsem mladi, ti so v večini bili deležni tolažbe, nasveta in spodbude k resocializaciji. Pripadnica stare generacije je bila deležna pomoči v obliki pogovora.

Pri soočanju z diskriminacijo, izključenostjo iz družbe zaradi težav v duševnem zdravju, so socialne delavke uporabnikom v največji meri pomagale s tolažbo, nato z nasvetom, spodbudo k resocializaciji ter s pogovorom. Nekatere so kot antidiskriminacijsko delo opredelile še timske sestanke v organizaciji, kamor je vključen uporabnik, kjer ga predstavijo skozi osebni načrt, ob tem pa poudarijo njegove spretnosti. Pri pomoči s pogovorom posameznica uporabnikom z odnosom pokaže, da so enakovredni. Ena socialna delavka pa o antidiskriminacijskem socialnem delu ni govorila.

Socialne delavke izvajajo antidiskriminacijsko socialno delo, kljub temu bi lahko antidiskriminacijsko prakso uvedle ne le na mikro- in mezoravni, temveč tudi na makroravni.

4.6 IZVAJANJE STORITVE

Na kvaliteto izvajanja koordinirane obravnave v skupnosti pomembno vpliva dobro sodelovanje z drugimi institucijami in strokovnjaki ter zadostno število zaposlenih. Socialne delavke sodelujejo z različnimi institucijami, ki jih obiskujejo uporabniki. Pozitivno so ocenile sodelovanje s psihiatrično bolnišnico, zavodom za zaposlovanje in Inštitutom za rehabilitacijo Soča Maribor. Vse tri institucije so dobile pozitivno oceno zaradi dela zaposlenih, ki se prilagajajo uporabnikom. V okviru koordinirane obravnave v skupnosti in v okviru programa odprtih stanovanjskih skupin Zavoda Franko Maribor so socialne delavke preobremenjene z delom na terenu, zato bi bilo potrebno zaposliti več socialnih delavcev.

Sodelovanje z drugimi institucijami in strokovnjaki

Tako v UKC Maribor kot v Psihiatrični bolnišnici Ormož pripravijo uporabnika na vključitev v koordinirano obravnavo in mu storitev predstavijo. V UKC Maribor bi lahko imeli le več skupnih sestankov. Zaposleni na zavodu za zaposlovanje so občutljivi za potrebe uporabnikov, želijo si skupnega sodelovanja, z uporabniki so tam imele že več skupnih sestankov. Na Inštitutu za rehabilitacijo Soča se zaposleni prilagajajo potrebam uporabnikov. Delavci so pozorni na uporabnike, se jim prilagajajo in sprejemajo odmore med delom, ki jih le-ti potrebujejo.

Ozara, Šent, Lukavci in center za socialno delo so dobili negativno oceno. Institucijam je skupno, da se ne prilagajajo uporabnikom. Ozara se ne prilagaja uporabnikom, če pride do težav, jih raje izključijo. Želijo si uporabnikov, ki so nezahtevni. Kljub temu pa uporabnikom, ki obiskujejo dnevni center, nudijo topel obrok in povračilo potnih stroškov. Skupnostna socialna delavka je imela na začetku slabe izkušnje s sodelovanjem z zaposlenimi v dnevnem centru, nato pa so začeli kar dobro sodelovati v korist ene uporabnice. V Šentu imajo le dnevni center, uporabniki, ki ga obiskujejo, so zadovoljni, novi uporabniki se tam počutijo osamljene, zato se raje vključijo v Ozaro. Zaposleni v Šentu se uporabnikom ne prilagajajo in se z njimi ne ukvarjajo. Delavnice, ki jih izvajajo, niso vzpostavljanje na podlagi želja uporabnikov, temveč so namenjene same sebi. V Lukavcih so želeli nekatere uporabnike zadržati v instituciji in jim onemogočiti selitev v skupnost. Hrastovec ni ocenjen ne pozitivno ne negativno, saj je nekaj preselitev uporabnikov že bilo, nekaj pa jih je še v pripravi.

O sodelovanju drugih strokovnjakov sta spregovorili dve socialni delavki, obe sta ocenili, da drugi strokovnjaki premalo poznajo koordinirano obravnavo. Koordinatoriki se zdi, da drugi strokovnjaki premalo poznajo predvsem sledeča dejstva o koordinirani obravnavi v skupnosti: kako omogočiti človeku, da ostane v skupnosti, kaj narediti, če pride do tveganih situacij. Strokovnjaki začnejo ocenjevati, ali je uporabnik sposoben živeti v skupnosti, pri tem ima veljavo le mnenje psihiatra, ne pa osebni načrt uporabnika. Ne vedo, da načrtovanje ni le odhod uporabnika v stanovanjsko skupino, temveč tudi spremljanje človeka, ko je ta že tam.

V kategoriji ostalo je skupnostna socialna delavka izpostavila, da ni varovanja osebnih podatkov uporabnika: *»Prvi problem je,/ (82D) da ni varstva osebnih podatkov,/ (83D) če za uporabnika velja, da je »slab uporabnik«,/ (84D) kot ga v*

instituciji poimenujejo,/ (85D) se to hitro razširi/ (86D) in vse institucije ga zavračajo./ (87D) Potem se vključi v naš program,/ (88D) a to je premalo,/ (89D) človek potrebuje še druge vključitve,/ (90D) a ga nikjer nočejo sprejeti./ (91D)«

Poudari še, da bi bilo potrebno delati skupaj, ne pa da dela vsaka organizacija zase, ter dejstvo, da če uporabnik enkrat nečesa ni zmoget, še ne pomeni, da tega nikdar ne bo zmoget: »*Pomembno bi bilo, da bi delali skupaj, ne pa vsaka organizacija posebej,/ (133D) ne se spraševati čigav je uporabnik,/ (134D) temveč kaj potrebuje./ (135D) Pomembna je fleksibilnost./ (136D) Če uporabnik enkrat ni zmoget,/ (137D) ne mu zapreti vrat in reči ne zmores./ (138D) Ko enkrat nekoga izključijo,/ (139D) je zelo težko priti nazaj./ (140D) Uporabnico S. so izključili v vseh dnevni centrih,/ (141D) sedaj pa super funkcionira v enem izmed njih./ (142D)«*

Število koordinatorjev obravnave v skupnosti in skupnostnih socialnih delavcev

Socialne delavke so na terenu preobremenjene. V koordinirano obravnavo v skupnosti imata koordinatorji na območju Mestne občine Maribor vključenih skupno okrog 120 uporabnikov. Ena koordinatorica ima vključenih od 40 do 50 uporabnikov, druga jih je prvo leto imela 30, nato 50, zadnji dve, tri leta pa jih ima okrog 70. V programu odprtih stanovanjskih skupin Zavoda Franko pa je trenutno 30 uporabnikov. Veliko uporabnikov je v koordinirano obravnavo v skupnosti vključenih dolgotrajno, več let, nekateri so vključeni že od vzpostavitve same storitve. Skupnostna socialna delavka je dolgotrajnost vključitve v program odprtih stanovanjskih skupin primerjala z vključitvijo uporabnika v zavod, kjer se pričakuje, da bo uporabnik tam do konca življenja. Koordinatorica je izpostavila vključenost mladih, zanje meni, da so vključeni krajši čas, ker potrebujejo pomoč v nekem določenem trenutku. Druga koordinatorica je spregovorila o neuspešnosti vključitev. Meni, da je vključitev uporabnika v koordinirano obravnavo neuspešna ob smrti uporabnika, ob odhodu uporabnika v dom za stare ter pri prekinitvi sodelovanja. Ena skupnostna socialna delavka je opazila je, da s časom večina uporabnikov potrebuje manj podpore. V institucijo so se do sedaj vrnil le trije uporabniki zaradi treh vrst razlogov: neuspešnost koordinirane obravnave, zaradi lastne odločitve uporabnika in zaradi centra za socialno delo. Koordinirana obravnava v skupnosti je bila neuspešna pri enem uporabniku, saj obiski koordinatorke in javnega delavca niso zadostovali. Na podlagi

lastne volje se je v institucijo vrnil en uporabnik. Posameznik se je v zavod vrnil zaradi centra za socialno delo, ki mu ni omogočil življenja v skupnosti, ker je pred leti poškodoval mamo. Število vrnitev uporabnikov v institucijo zmanjšuje tudi program odprtih stanovanjskih skupin, saj uporabnikom omogoča podporo tudi čez vikend in ob praznikih, večjo podporo imajo tudi v času krize.

Preobremenjenost socialnih delavk ima številne negativne posledice. Koordinatorke zmanjka časa za administracijo, za pisanje vabil, zapisov timskih sestankov, multidisciplinarnih timov, za zapis prvih razgovorov z uporabniki, nekatere socialne delavke nimajo časa za zapis daljše analize tveganja oz. za zapis večjih analiz tveganja. Zaradi premajhnega števila zaposlenih v Zavodu Franko ne morejo izvajati skupinskih aktivnosti, problem se pojavi, če je odsotna ena skupnostna socialna delavka, saj druga ne zmore obiskovati vseh uporabnikov. Zaradi obsežnega terenskega dela zmanjkuje časa za urejevanje dokumentacije, onemogočen je strokovni razvoj kadra. Vse socialne delavke si želijo povečati število zaposlenih. Ena koordinatorica si želi več prostovoljnih oz. plačanih delavcev na terenu, ki so mobilni in bi lahko pomagali uporabnikom. Druga koordinatorica poudari, da sta za potrebe cele regije, kjer je pet centrov za socialno delo, dva koordinatorja premalo. Hkrati se ji zdi pomembno na terenu imeti več izvajalcev, ki sledijo potrebam uporabnikov, več skupnostnih služb in skupnostno službo ljudi različnih profilov: *»Potrebovali bi ne samo več koordinatorjev,/ (40B) temveč tudi več dobrih izvajalcev v skupnosti, ki z znanjem sledijo potrebam uporabnikov,/ (41B) več skupnostnih služb,/ (42B) idealno bi bilo, da bi bila organizirana neka skupnostna služba različnih profilov/ (43B): psihiater na terenu, ki uporabniku na domu predpiše zdravilo./ (44B)«*

Tudi skupnostni socialni delavki Zavoda Franko sta kot problem izpostavili nestabilno financiranje programa, ki ni vzpodbudno za pridobivanje novega kadra. Neprestano menjavanje kadra pa negativno vpliva na vključene uporabnike. Kvaliteto dela izboljšuje tudi timsko delo s koordinatorico in drugimi, za kar pa mora biti na voljo dovolj časa.

4.7 TEZE

Teze, ki sem jih z raziskavo potrdila:

OCENA STORITVE

1. Uporabniki več prednosti pripisujejo vključitvi v koordinirano obravnavo v skupnosti kot pa življenju in prejemanju storitev v instituciji.
2. Uporabniki si želijo več finančne podpore za samostojno življenje v skupnosti.

VPLIV UPORABNIKA NA KOORDINIRANO OBRAVNAVO V SKUPNOSTI

3. Uporabniki, ki so vključeni v koordinirano obravnavo v skupnosti, imajo vpliv nad samo storitvijo, saj je le-ta izvajana na podlagi metode osebnega načrtovanja in izvajanja storitev.

METODE SOCIALNEGA DELA

4. Socialni delavec v skupnosti se lahko bolj prilagodi individualnim potrebam uporabnika kot socialni delavec v instituciji.

IZVAJANJE STORITVE

5. V okviru koordinirane obravnave v skupnosti in v okviru programa odprtih stanovanjskih skupin bi bilo potrebno zaposliti več socialnih delavcev, kar bi omogočilo večjo kvaliteto dela.

Teze, ki sem jih z raziskavo delno potrdila:

VSTOPANJE, VKLJUČENOST V SKUPNOST

6. Stari ljudje, vključeni v koordinirano obravnavo v skupnosti, imajo v primerjavi z mladimi manjšo socialno mrežo in posledično manjšo pomoč sorodnikov.

METODE SOCIALNEGA DELA

7. Socialni delavci bi potrebovali več znanja o demenci, ki lahko pogosto spremlja starega človeka.
8. Socialni delavci premalo pozornosti namenijo antidiskriminacijskemu socialnemu delu, ki ima velik pomen za kakovostno vključevanje in življenje v skupnosti.

IZVAJANJE STORITVE

9. Sodelovanje skupnostnih socialnih delavcev in drugih strokovnjakov v institucijah, kamor so vključeni uporabniki, je šibko.

Teze, ki jih z raziskavo nisem potrdila:

OCENA SOCIALNIH DELAVCEV

10. Mladi si od socialnih delavcev želijo več pomoči pri vključevanju na trg dela.

VSTOPANJE, VKLJUČENOST V SKUPNOST

11. Stari ljudje, ki jih spremljajo težave v duševnem zdravju in so vključeni v koordinirano obravnavo v skupnosti, se v primerjavi z mladimi, ki jih spremljajo težave v duševnem zdravju in so vključeni v koordinirano obravnavo, pogostejše srečujejo z izključenostjo iz skupnosti ter stigmatizacijo.

5 RAZPRAVA

Intervjuvanci so imeli bogato zgodovino institucionalizacije, predvsem pred vključitvijo v koordinirano obravnavo v skupnosti. V institucijah/storitvah, v katere so bili vključeni, so večinoma negativno ocenili neprilagojenost pravil ter osebni odnos strokovnjaka. Strokovnjaki so v odnosu do uporabnika vzvišeni, neprilagodljivi, človeka ne upoštevajo kot individuum in se osebno ne zavzamejo zanj.

Tudi socialne delavke težko sodelujejo z institucijami, kjer se zaposleni uporabnikom ne prilagajajo.

Neprilagojenost pravil je sestavina koncepta skrbi. Pri konceptu skrbi (načrtovanje od zgoraj navzdol) država vzpostavlja socialnovarstvene storitve na podlagi splošnih ocen strokovnjakov o potrebah uporabnikov, kar ima za posledico vzpostavitev storitev, ki so posameznikom neprilagojene (Škerjanc 2006: 23). Tudi socialne institucije so v 19. stoletju nastale na temelju univerzalizma, ki ne upošteva ljudi kot individuumov (Zaviršek 2000: 60). Danes pa se neprilagojenost pravil kaže tudi v medicinskem pristopu in ohranjanju nekaterih značilnosti totalnosti znotraj institucij ter storitev, ki so namenjene uporabnikom (Mali 2012: 90).

Eden izmed vidikov totalnosti, ki so ga uporabniki navedli in je pokazatelj koncepta skrbi in medicinskega modela dela, je tudi prevelika zadrogiranost uporabnikov v psihiatrični bolnišnici. Erić (2010: 627) celo trdi, da nekateri psihoterapevti predpisujejo več zdravil zaradi tega, ker se bojijo, da bodo naredili napako in se bo uporabnik začel srečevati s še večjimi težavami v duševnem zdravju.

Prilagojenost storitev posamezniku omogoča metoda osebne načrtovanja in izvajanja storitev, ki je temelj koordinirane obravnave v skupnosti. Flaker in drugi (2013: 19) še dodajajo, da osebno načrtovanje in izvajanje storitev temelji na raziskovanju življenjskega sveta uporabnika ter na omogočanju dostopa do sredstev. Metoda konkretizira več konceptov socialnega dela: vzpostavljanje delovnega odnosa, analizo tveganja in krepitev moči.

Vse socialne delavke v okviru koordinirane obravnave v skupnosti uporabljajo metodo osebne načrtovanja in izvajanja storitev. Koordinatorica metoda omogoča, da vesta, kje sta z uporabnikom in kam želita priti. Vpliv nad samo storitvijo uporabnikom omogočajo še druge metode in koncepti, ki jih socialne delavke uporabljajo v praksi. To so med drugimi še analiza tveganja, zagovorništvo, vzpostavljanje delovnega odnosa, raziskovanje življenjskega sveta uporabnika in

perspektiva moči. Koordinatorica pri svojem delu sledi izvajanju osebnih paketov, kar pomeni, da uporabnik plača le tisto pomoč, ki jo potrebuje. Storitve so mu prilagojene in vzpostavljene na podlagi njegovih osebnih stisk in potreb.

Osebni paket (Flaker *et al.* 2013: 194) oz. "personal care package" je količina sredstev, ki jih uporabnik potrebuje za uresničitev ciljev v osebnem načrtu.

Ceno osebnega paketa določita uporabnik in koordinatorica na podlagi seštevka cen za posamezne storitve (Flaker *et al.* 2011: 159), ki jih uporabnik od drugih služb, izvajalcev, npr. Zavoda Franko Maribor, potrebuje.

Obe koordinatorici sodelujeta z izvajalci osebnih načrtov uporabnikov, eni pomagata javna delavca, drugi pa skupnostni socialni delavki Zavoda Franko Maribor, ki sta uporabnikom dosegljivi tudi čez vikend in ob praznikih. Čeprav je naloga koordinatorke koordiniranje skupnostnih služb, se tudi sami vključujeta v izvajanje osebnih načrtov.

Več kot polovica vprašanih uporabnikov je prejetje storitev na domu v okviru koordinirane obravnave ocenila pozitivno. Nekaterim starim in mladim ljudem je prejetje storitev na domu boljše zaradi pomanjkanja finančnih virov, predstavnici stare generacije pa tudi zaradi tega, ker težko hodi.

Večina uporabnikov ima nizke finančne vire. Skoraj vsi vprašani prejemajo denarno pomoč: mladi v obliki denarne socialne pomoči, stari pa v obliki varstvenega dodatka. Denarna socialna pomoč in varstveni dodatek sta v Zakonu o socialnovarstvenih prejemkih 2010 (Ur. l. RS, 61/2010) socialnovarstvena prejemka, namenjena tistim posameznikom, ki si materialne varnosti ne morejo zagotoviti zaradi okoliščin, na katere sami ne morejo vplivati. Višina denarne socialne pomoči po podatkih Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve (2015) trenutno znaša 270,83 evrov.

Polovica mladih je ocenila, da se s pomanjkanjem finančnih virov srečuje zelo pogosto, stari ljudje pomanjkanja finančnih virov niso izpostavljali, povedali pa so, da živijo skromno in varčujejo. Tudi socialne delavke so pri uporabnikih zaznale potrebo po višjih finančnih virih, pri mladih so zaznale še težave pri iskanju zaposlitve. Goffman (1963) in Sartorius (1999) (Kuklec 2010: 197) sta med posledicami stigme ljudi, ki jih spremljajo težave v duševnem zdravju, navedla več ovir v človekovem življenju, s katerimi se posameznik sooča; med njimi so tudi težave pri iskanju zaposlitve. Skoraj vsi pripadniki mlade generacije so že bili deležni pomoči pri vstopu na trg dela, polovica v obliki spremstva na institucije, ki pomagajo uporabnikom pri iskanju zaposlitve, nekateri so pomoč dobili tudi pri pisanju prošenj za zaposlitev.

Mladi intervjuvanci niso nikjer posebej izpostavili želje po prejemanju več pomoči pri vključevanju na trg dela, čeprav imajo skoraj vsi status brezposlene osebe in si želijo zaposlitve oz. vključitve v zaposlitveno rehabilitacijo.

Mladi so pri navezovanju novih stikov in širjenju socialne mreže bolj aktivni kot stari ljudje. Vsi mladi se vključujejo v dogodke v skupnosti, od starih ljudi pa se v dogodke v skupnosti vključuje le posameznik. Vsi mladi se družijo z drugimi uporabniki, medtem ko se od starih ljudi z drugimi uporabniki družijo le polovica. Najverjetneje na razliko pri vključevanju v dogodke v skupnosti vpliva mobilnost, telesno zdravje, ki je pri starih ljudeh slabše in jih že lahko ovira pri opravljanju vsakdanjih aktivnosti. Kljub temu je potrebno stare ljudi spodbujati k vključevanju v dogodke, saj tako človek ni več osamljen, večja se njegova socialna mreža. Vključevanje v skupnost jim lahko olajšamo, npr. s prihodom na dom po uporabnika in spremstvom pri vrnitvi. Kljub temu se tako mladi kot stari ljudje družijo s prijatelji ali znanci. Več stikov s sosedi ima stara generacija, npr. druženja s sosedama, finančna pomoč sosedu. Pomoč sorodnikov prejemajo vsi mladi in skoraj vsi stari ljudje. Polovici mladim pomagajo straši, polovici pa stric ali teta. Nekaterim starim ljudem pomagajo otroci, enim partnerka, drugi teti. Stari ljudje menijo, da bodo v prihodnosti še naprej vključeni v koordinirano obravnavo v skupnosti, na podlagi česar lahko sklepamo, da jim prejeta pomoč pomeni varnost in bližino sočloveka, ki jo potrebujejo. Tudi polovica socialnih delavk je pri starih ljudeh zaznala potrebo po bližini sočloveka. Menijo še, da so stari ljudje osamljeni, saj so njihove socialne mreže osiromašene.

Mladi se pogosteje soočajo z izključenostjo iz skupnosti in stigmatizacijo kot pa stari ljudje. Skoraj vsi mladi so imeli izkušnjo stigmatizacije. Navedli so izkušnjo stigmatizacije zaradi same stigme, izkušnjo z interakcijskih prekrškom, soočali so se s stigmatizacijo zaradi odvisnosti od drog ter zaradi bivanja v psihiatrični bolnišnici. Med starimi ljudmi se je s stigmatizacijo srečala le polovica vprašanih. Zaznali so izključenost zaradi same stigme ter zaradi težav z odvisnostjo od alkohola. Mogoče je, da se stari ljudje v enaki meri ali pogosteje kot mladi srečujejo s stigmatizacijo in izključenostjo iz skupnosti, vendar zaradi manjšega poznavanja opisane tematike stigme niso zaznali v tolikšni meri kot mladi.

O izključenosti in stigmatizaciji uporabnikov so spregovorile tudi socialne delavke. Kljub temu, da so o stigmatizaciji, s katero se soočajo uporabniki govorile na splošno, lahko sklepamo, da so pri mladih zaznale večjo stigmatizacijo, saj so poudarile predvsem stigmatizacijo na delovnem mestu in pri vstopu na trg dela. Nato so govorile še o

stigmatizaciji pri vključevanju uporabnikov v skupnost (pri vključevanju v aktivnosti, pri iskanju stanovanja, v medsosedske odnose). Zaznale so stigmatizacijo zaradi institucij, kamor so bili vključeni uporabniki, zaradi jemanja zdravil, zaradi nalepke ali stigmatizacijo v organizaciji, ki jo uporabnik obiskuje. Koordinatorica je opozorila še na ponotranjanje stigme pri mladih ljudeh. Tudi Goffman (2008:16) govori o tem, da lahko stigmatiziran posameznik le-to ponotranji in se zaradi družbeno sprejetih norm lahko začne sramovati svoje »pomanjkljivosti«

Socialne delavke se na stigmatizacijo odzovejo s timskimi sestanki v instituciji, kjer je do stigmatizacije prišlo, uporabnikom pomagajo s pogovorom, z njim imajo vzpostavljen enakovreden, partnerski odnos. Uporabniki so prejeli pomoč tudi v obliki tolažbe, nasveta ali spodbude k resocializaciji.

Nekatere izmed konceptov, ki so jih socialne delavke uvrstile v antidiskriminacijsko prakso, predstavi tudi Thompson (1995: 275–276). Avtor trdi, da prakso proti zatiranju v socialnem delu udeležajo številni koncepti: upoštevanje socialnega konteksta človeka, ravnanje z močjo, ki ne sme prispevati k zatiranju uporabnikov, upoštevanje koncepta opolnomočenja, ki pomaga uporabniku, da prevzame nadzor nad svojim življenjem. Hkrati avtor poudari še skupen odziv, pri katerem je potrebno upoštevati dejstvo, da je uporabnik partner v izvirnih delovnih projektih pomoči ter da sodelujemo z istomiselnimi kolegi, da bi tako razširili antidiskriminacijsko socialno delo. K antidiskriminacijskemu delu prispeva tudi samorefleksija lastnih predpostavk in predsodkov.

Antidiskriminacijska praksa je pomembna tudi pri delu z ljudmi, ki jih spremlja demenca. V Sloveniji je bila po podatkih *Ankete o zdravju in zdravstvenem varstvu leta 2006* v starosti od 65 do 74 let pogosta kronična depresija in tesnoba, 1 % ljudi, starih 60 let in več, ter 30 do 45 %, starih od 85 let in več, pa naj bi se soočal z demenco (Tomšič *et al.* 2009: 23). Ena koordinatorica ima v obravnavo vključeni dve uporabniki, ki ju spremlja demenca. Druga koordinatorica nima vključenih ljudi z demenco, na njeno presojo o vključitvi bi vplivala faza demence, v kateri je oseba. Socialnim delavkam bi strokovna usposabljanja o delu z ljudmi z demenco koristila, posledično bi lahko zaradi večje usposobljenosti v koordinirano obravnavo vključile več ljudi z demenco in jim tako pomagale v njihovem domačem okolju. Ob tem bi se v izvajanje osebnega načrta uporabnika v okviru koordinirane obravnave lahko vključile še druge skupnostne službe, npr.: dnevni center, pomoč na domu,

pomembna pa bi bila tudi opora neformalne socialne mreže. Zaradi izdelanega osebnega načrta bi človek v zadnji fazi demence prejemal takšno oskrbo, kot si jo je želel. Ena koordinatorka dodatnega znanja o delu z ljudmi, ki jih spremlja demenca ne potrebuje, kljub temu se je samoizobraževala z branjem knjig o demenci in socialnem delu. Ena skupnostna socialna delavka bi potrebovala več znanja o demenci. Druga je izpostavila problematiko te skupine uporabnikov, večina jih biva v domu za stare ljudi.

Poleg dodatnih znanj so socialne delavke izrazile potrebo po večjem številu zaposlenih koordinatorjev in skupnostnih socialnih delavcev oz. mobilnih terenskih delavcev kot izvajalcev osebnih načrtov uporabnikov. Zaradi velikega števila vključenih uporabnikov so na terenu preobremenjene, kar pa otežuje sprotno delo, zapisovanje dokumentacije, izdelavo večjih oz. daljših analiz tveganja, izvajanje skupinskih aktivnosti in strokovni razvoj kadra. Hkrati si tudi veliko uporabnikov želi pogostejših obiskov koordinatorke, eni tudi pogostejših obiskov skupnostne socialne delavke in prostovoljcev. Skupnostni socialni delavka sta poudarili, da mora biti financiranje programa Zavoda Franko Maribor stabilno, saj nestabilnost ne spodbuja novih zaposlitev, menjavanje kadra pa ima negativne posledice za uporabnike.

6 SKLEPI

Prejemanje pomoči na domu in v instituciji

- Večini vprašanih je prejemanje storitev na domu boljše od prejemanja storitev v instituciji; kot razlog so navedli pomanjkanje finančnih virov (npr. za avtobus), pripadnica stare generacije še dejstvo, da je gibalno ovirana (težko hodi).
- Vprašani so več prednosti pripisali koordinirani obravnavi v skupnosti kot pa bivanju in prejemanju storitev v instituciji.
- Obe generaciji sta pri bivanju oz. prejemanju storitev v institucijah negativno ocenili odnos osebja in neprilagojenost pravil. Med druge negativne vidike, ki kažejo na totalnost v institucijah, so nekateri uvrstili še prisilo, aktivnosti, ki zapolnijo človeku čas, zavajanje, slabo hrano, prisotnost drugih uporabnikov z večjimi težavami v duševnem zdravju, strogost, uporabo prisilnih varnostnih ukrepov, zadrogiranost, prehitro detoksikacijo in odsotnost pomoči pri izbiri nadaljnjih možnosti zdravljenja za uporabnike z dvojnimi diagnozami, majhnost in podobnost institucije zaporu ter fizično nasilje nad starim človekom.

Finančna sredstva in samostojno življenje v skupnosti

- Večina uporabnikov ima nizke finančne vire. Skoraj vsi vprašani prejemajo denarno pomoč; mladi v obliki denarne socialne pomoči, stari pa v obliki varstvenega dodatka.
- Večina vprašanih se srečuje s pomanjkanjem finančnih virov. Polovica mladih je pomanjkanje zaznala zelo pogosto. Stari ljudje občutijo pomanjkanje finančnih virov, a živijo skromno in varčujejo.
- Pomanjkanje finančnih virov je tudi eden izmed razlogov za neuresničene cilje vprašanih. Neuresničeni cilji polovice mladih so vezani na izobraževanje, nato na prostočasne aktivnosti in družino. Pri starih ljudeh so neuresničeni cilji povečini vezani na vsakdanja opravila in osnovne življenjske potrebe (razvoz kosila na dom, hladilnik, pralni stroj).
- Med predlogi za rešitev finančne stiske je največ mladih navedlo mesečno denarno nagrado za prostovoljno delo, nato denarno pomoč občine, zaposlitev

in varčevanje. Starim ljudem rešitev finančne stiske predstavlja skromno življenje, varčevanje ter pomoč v obliki varstvenega dodatka.

Osebnostno načrtovanje in izvajanje storitev ter koncept pravic

- Koordinirana obravnava v skupnosti, ki temelji na metodi osebnega načrtovanja in izvajanja storitev, zagotavlja uporabnikom vpliv nad svojim življenjem.
- Obe koordinatorki obravnave v skupnosti se vključujeta v izvajanje načrtov uporabnikov in neposredno sodelujeta z izvajalci njihovih osebnih načrtov, eni na terenu pomagata javna delavca, drugi skupnostni socialni delavki Zavoda Franko Maribor.

Oblike pomoči, ki jih uporabnik prejema

- Večina mladih je že bila deležna pomoči pri vstopu na trg dela, polovica v obliki spremljanja na CIPS, zavod za zaposlovanje; nekateri so dobili pomoč pri pisanju prošenj za delo.
- Večina mladih je kljub prejeti pomoči med iskalci zaposlitve, le posameznica ima status študentke.

Izključevanje in stigmatizacija

- Mladi se pogosteje soočajo z izključenostjo iz skupnosti in stigmatizacijo kot pa stari ljudje.
- Mladi so imeli izkušnjo stigmatizacije zaradi same stigme, izkušnjo z interakcijskih prekrškom, soočali so se s stigmo zaradi odvisnosti od drog ter zaradi bivanja v psihiatrični bolnišnici. Stari ljudje so zaznali izključenost zaradi same stigme ter zaradi težav z odvisnostjo od alkohola.

Socialna mreža in vključevanje uporabnikov v skupnost

- Mladi so pri navezovanju novih stikov in širjenju socialne mreže bolj aktivni kot pa stari ljudje. Vsi mladi se vključujejo v dogodke v skupnosti in se družijo z drugimi uporabniki, medtem ko stari ljudje vključevanju v dogodke v skupnosti in druženju z drugimi uporabniki namenijo malo časa.

- Obe generaciji se družita s prijatelji znanci, tesnejši stik s sosedi ima stara generacija. Skoraj vsi vprašani prejemajo neformalno pomoč sorodnikov.
- Stari ljudje si želijo ostati vključeni v koordinirano obravnavo v skupnosti, saj potrebujejo bližino sočloveka, socialne delavke, ki jim da občutek varnosti.

Prilagajanje potrebam uporabnikov

- Socialni delavci, ki delujejo v okviru koordinirane obravnave, se prilagajajo potrebam uporabnikov.
- Tisti strokovnjaki, ki se uporabnikom ne prilagajajo, so iz uporabnikove in socialnodelavske perspektive negativno ocenjeni, uporabniki so z njihovim delom nezadovoljni, socialne delavke z njimi težko vzpostavijo dobro sodelovanje.

Socialno delo in demenca

- Nekatere socialne delavke bi potrebovale dodatna znanja o demenci, kar bi lahko pozitivno vplivalo na vključevanje večjega števila ljudi z demenco v koordinirano obravnavo v skupnosti.

Antidiskriminacijsko socialno delo

- Socialne delavke izvajajo antidiskriminacijsko socialno delo v obliki timskih sestankov v instituciji, kjer je do stigmatizacije prišlo, s partnerskim odnosom do uporabnikov ter pogovorom.
- Socialne delavke bi lahko antidiskriminacijsko socialno delo še dodatno razširile na mezoravni in ga vzpostavile na makroravni.

Sodelovanje z drugimi institucijami in strokovnjaki

- Socialne delavke dobro sodelujejo s tistimi institucijami, ki se prilagajajo uporabnikom.
- Polovica socialnih delavk ocenjuje, da nekateri strokovnjaki koordinirane obravnave v skupnosti ne poznajo dovolj dobro.

Število koordinatorjev obravnave v skupnosti in skupnostnih socialnih delavcev

- Vse socialne delavke so izrazile potrebo po novem kadru. Želijo si več koordinatorjev obravnave v skupnosti in skupnostnih socialnih delavcev oz. mobilnih terenskih delavcev kot izvajalcev osebnih načrtov uporabnikov. Večje število zaposlenih bi omogočilo sprotno delo, olajšalo zapisovanje dokumentacije, izdelavo analiz tveganja, izvedbo skupinskih aktivnosti, omogočilo strokovni razvoj zaposlenim, hkrati bi razbremenitev zaposlenih pozitivno vplivala na kakovost njihovega dela.

7 PREDLOGI

1. Ker je bilo prejemanje storitev na domu uporabnika ocenjeno pozitivneje kot prejemanje storitev v instituciji, je potrebno spodbuditi razvoj skupnostnih služb za ljudi s težavami v duševnem zdravju. Ob tem je potrebno izboljšati kvaliteto storitev v institucijah, ki jih uporabniki obiskujejo oz. tam ostanejo več dni. Institucionalna pravila je treba prilagoditi uporabnikom in izboljšati odnos strokovnjakov. Tudi socialne delavke težko sodelujejo z institucijami, ki se ne prilagajajo uporabnikom. Vidiki totalnosti v institucijah bi se zmanjšali tudi z uporabo socialnodelovnega modela dela, z upoštevanjem koncepta pravic ter metode osebnega načrtovanja in izvajanja storitev.
2. Večina vprašanih se zaradi nizkih finančnih virov sooča s pomanjkanjem, ki je tudi eden izmed razlogov za nekatere še neuresničene cilje uporabnikov v osebnih načrtih. Pomanjkanje finančnih virov negativno vpliva tudi na njihovo samostojnost v skupnosti. Mladim je potrebno pomagati pri vstopu na trg dela ter vplivati na višanje pokojnin in pozitivno politiko zaposlovanja s spodbujanjem pozitivnih sprememb zakonodaje (Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (2012), Ur. l. RS 96/2012, Zakona o delovnih razmerjih (2013), Ur. l. 21/2013, 78/2013, Zakona o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov (2007), Ur. l. 16/2007).
3. Večina mladih s težavami v duševnem zdravju se težko vključi v prvo oz. ponovno zaposlitev, zato je potrebno na makroravni spodbujati pozitivno diskriminacijo zaposlovanja za ljudi s težavami v duševnem zdravju tudi s sofinanciranjem na državni in evropski ravni ter tako spodbuditi delodajalce k njihovem zaposlovanju oz. ohranitvi delovnega mesta. Na mezoravni je potrebno spodbujati nastanek in razvoj socialnih podjetij za ljudi s težavami v duševnem zdravju. Vključitev v socialna podjetja pa je treba omogočiti tudi srednji in stari generaciji s težavami v duševnem zdravju. Na mikroravni lahko socialne delavke krepijo moč ljudi za vstop na trg dela tako, da jim pomagajo tudi pri pripravi na zaposlitveni razgovor.
4. Večina uporabnikov se je v preteklosti že soočala z izključenostjo iz skupnosti in stigmatizacijo. Socialne delavke so jim pri tem pomagale z antidiskriminacijskim socialnim delom, ki ga je potrebno še bolj razširiti na mezoravni s

poučevanjem skupnosti o ljudeh, ki jih spremljajo težave v duševnem zdravju, o koordinirani obravnavi v skupnosti, o stigmati. Na makroravni je treba spregovoriti o stigmatizaciji težav v duševnem zdravju in z izobraževanjem v obliki predavanj, delavnic spodbuditi ljudi, da prepoznajo lastne predsodke in jih s časom premostijo.

5. Socialni delavci moramo najprej poznati lastne predsodke in jih premostiti. Pomembno je ukrepati, še preden pride do neposredne stigmatizacije uporabnika. To lahko storimo z ozaveščanjem skupnosti o ljudeh s težavami v duševnem zdravju in organizacij, kamor bo vključen uporabnik še pred njegovo preselitvijo oz. vključitvijo v nek program. Izvajati je treba pozitivno diskriminacijo in v primeru soočanja uporabnika s stigmatizacijo hitro reševati posledice le-te, saj lahko pride do ponotranjanja stigme.
6. Starim ljudem je treba s prevozom in s spodbudami olajšati vključevanje v dogodke v skupnosti in druženje z drugimi uporabniki, saj se bodo tako čutili bolj povezane in manj osamljene. Z vključevanjem v skupnost bodo lahko povečali socialno mrežo in zadovoljili potrebo po varnosti in bližini sočloveka.
7. Nekatere socialne delavke potrebujejo dodatna znanja o socialnem delu in demenci. Zato je treba vzpostaviti izobraževanje strokovnih delavcev o demenci, o koordinirani obravnavi v skupnosti in načinih vključevanja ljudi z demenco. Na izobraževanju je treba spregovoriti o dobri praksi vključevanja te skupine uporabnikov in tako spodbuditi njihovo številnejšo zastopanost. Nekatere socialne delavke so ocenile, da nekateri strokovnjaki koordinirane obravnave v skupnosti ne poznajo dovolj dobro. Zato je treba o praksi koordinirane obravnave v skupnosti večkrat spregovoriti in širiti primere dobre prakse, saj bi to spodbudilo kakovostno delo znotraj storitve in razširilo skupnostno socialno delo. Primer dobre prakse je koordinirana obravnava v Mestni občini Maribor, kjer sta socialni delavki na podlagi potreb uporabnikov in pobude koordinatorke ustanovile novo nevladno skupnostno službo Zavod Franko Maribor, ki velikemu številu uporabnikov pomaga kot izvajalec njihovih osebnih načrtov.
8. Vse socialne delavke so na terenu preobremenjene. Tudi same ocenjujejo, da v Mestni občini Maribor potrebujejo več koordinatorjev obravnave v skupnosti in skupnostnih socialnih delavcev oz. mobilnih terenskih delavcev kot izvajalcev osebnih načrtov uporabnikov. Nove zaposlitve bi razbremenile

socialne delavke in povečale kakovost dela, kar bi pozitivno vplivalo na vključene uporabnike.

8 LITERATURA

Anžlovar, I., Bedrač, J. (2015), *Zavod Franko: opis programa Odprte stanovanjske skupine-Vzpostavlanje oskrbe v skupnosti*. Maribor (osebni zapis, neobjavljeno).

Bohinec, M., Rafaelič, A. (2012), Oskrba iz-hodovcev, solidarnost in terapija svobode. *Časopis za kritiko znanosti*, 39, 250: 197–211.

Breznik, D. (2013), *Viri socialne opore in potrebe po pomoči starih ljudi v Mestni občini Ljubljana*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).

Cigoj Kuzma, N. (2013), Poti do izboljšanja socialnega položaja ljudi s težavami z duševnim zdravjem. V: Mali, J. (ur.), 5. *Kongres socialnega dela. Socialno delo in pomen državljanstva za socialno državo*, (Ljubljana, 25. do 27. september 2013). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (18).

Dragoš, S. (2002), Socialni kapital: dragocena, nejasna in nevidna dobrina. *Socialno delo*, 41, 2: 71–89.

Erič, L. (2010), Psihodinamična psihofarmakoterapija stanj strahu. V: Eric, L. (ur.), *Psihodinamična psihiatrija II. Teorije strahu in stanja strahu*. Ljubljana: Hermes (615–634).

Flaker, V. (1998), *Odpiranje norosti: vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Založba I*cf.

Flaker, V. (2012a), Kratka zgodovina dezinstitutionalizacije. V spomin Katje Vodopivec. *Časopis za kritiko znanosti*, 39, 250: 13–30.

Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J., Urek, M. (2008), *Dolgotrajna oskrba. Očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Flaker, V., Mali, J., Rafaelič, A., Ratajc, S. v sodelovanju z Balantič, K., Udovič N. (2013), *Osebno načrtovanje in izvajanje storitev*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Flaker, V., Nagode, M., Rafaelič, A., Udovič, N. (2011), *Nastajanje dolgotrajne oskrbe: ljudje in procesi - eksperiment in sistem*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Flaker, V. @Boj za (2012b), *Direktno socialno delo*. Ljubljana: Založba I*cf.

Glasser, W. (2003), *Opozorilo: Psihiatrija je lahko nevarna za vaše duševno zdravje*. Radovljica: Mca.

Goffman, E. (2008), *Stigma: zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Maribor: Aristej.

Hlebec, V., Mali, J. (2013), Tipologija razvoja institucionalne oskrbe starejših ljudi v Sloveniji. *Socialno delo*, 52,1: 29–41.

Jeriček Klanšček, H., Gabrijelčič Blenkuš, M., Zorko, M. (2009), Sklepne ugotovitve. V: Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M., Roškar, S. (ur.), *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (100–105).

Jeriček Klanšček, H., Gabrijelčič Blenkoš, M., Zorko, M. (2009b), Sklepne ugotovitve. V: Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M., Roškar, S. (ur.), *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (100–105).

Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M., Roškar, S. (ur.) (2009a). *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Kladnik, T. (2009), Uporaba in odpiranje institucionalnega prostora. V: Milošević Arnold, V., Urh, Š. (ur.), *Terensko delo: institucionalni, javni in zasebni prostori socialnega dela*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (45–52).

Kobolt, A., razpotnik, Š., Zorc-Maver, D. (ur.), *Socialna pedagogika: izbrani koncepti stroke*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta (37–50).

Križanič, M. (2009), Ulično socialno delo. V: Milošević Arnold, V., Urh, Š. (ur.). *Terensko delo: institucionalni, javni in zasebni prostori socialnega dela*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (55– 69).

Kuklec, V. (2010), Stigmatizacija pacientov z različnimi diagnozami s strani zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 44, 3: 195–201.

Lynch, T. (2003), Predgovor. V: Glasser, W. (ur.). *Opozorilo: Psihijatrija je lahko nevarna za vaše duševno zdravje*. Radovljica: Mca (5–7).

Mali, J. (2006), Koncept totalne ustanove in domovi za stare. *Socialno delo*, 45, 1/2: 17–27.

Mali, J. (2013), Socialno delo s starimi ljudmi kot specializacija stroke. *Socialno delo*, 52, 1: 57–67.

Mali, J., (2012), Uvajanje dezinstitutionalizacije na področju oskrbe starih ljudi. *Časopis za kritiko znanosti*, 39, 250: 86–94.

Mali, J., Mešl, N., Rihter, L. (2011), *Socialno delo z osebami z demenco: raziskovanje potreb oseb z demenco in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Mali, J., Milošević Arnold, V. (2007), Uvodna beseda. V: Mali, J. (ur.), Milošević Arnold, V. (ur.), *Demenca - izziv za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (23–36).

Medica, K. (2011), Diskriminatornost: diskriminativnost. *Monitor ISH*, 13, 2: 207–212.

Mesec, B. (2007), *Metodologija raziskovanja v socialnem delu II. Študijsko gradivo za interno rabo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Mesec, B. (2009), *Metodologija raziskovanja v socialnem delu 1: Načrtovanje raziskave*. Študijsko gradivo za interno rabo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Milošević Arnold, V. (2007), Socialnodelovni pogled na demenco. V: Mali, J. (ur.), Milošević Arnold, V. (ur.), *Demenca - izziv za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (23–36).

Milošević Arnold, V. (2009a), Uvod. V: Milošević Arnold, V., Urh, Š. (ur.), *Terensko delo: institucionalni, javni in zasebni prostori socialnega dela*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (7–19).

Milošević Arnold, V. (2009b), Dom uporabnika in spoznavanje širšega konteksta uporabnikovega življenja. V: Milošević Arnold, V., Urh, Š. (ur.), *Terensko delo: institucionalni, javni in zasebni prostori socialnega dela*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (103–130).

Pribaković Brinovec, R. (2009), Mreža javne zdravstvene službe. V: Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M., Roškar, S. (ur.), *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (84–91).

Rafaelič, A. (2012), Sedemsto kilometrov je veliko, a ne dovolj. *Časopis za kritiko znanosti*, 39, 250: 165–176.

Rafaelič, A., Flaker, V. (2012), Sedemsto kilometrov proti zapiranju. *Časopis za kritiko znanosti*, 39, 250: 7–12.

Rafaelič, A., Flaker, V., Urek, M., Mali, J., Grebenc, V., Šabič, A., Ratajč, S. (2013), Izkušnje z uvajanjem zakona o duševnem zdravju in predlogi za spremembe zakona. Okrogla miza. V: Mali, J. (ur.), *5. Kongres socialnega dela. Socialno delo in pomen državljanstva za socialno državo*, (Ljubljana, 25. do 27. september 2013). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (98).

Rafaelič, A., Nagode, M. (2012), Uvajanje dolgotrajne oskrbe. *Časopis za kritiko znanosti*, 39, 250: 47–61.

Samaluk, B., Turnšek, N. (2011), Osveščanje o mehanizmih diskriminacije - nekaj rezultatov pilotne evalvacijske študije. *Sodobna pedagogika*, 62 = 128, 3: 182–203.

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

Thompson, N. (1995), V podporo antidiskriminacijski akciji. *Socialno delo*, 34, 5: 273–280.

Tomšič, S., Kovše, K., Roškar, S., Kofol Bric, T., Bajt, M., Zorko M., Štokelj, R. (2009), Duševno zdravje v Sloveniji. V: Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M., Roškar, S. (ur.), *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (20–83).

Zaviršek, D. (2000), *Hendikep kot kulturna travma. Historizacija podob, teles in vsakdanjih praks prizadetih ljudi*. Ljubljana: * cf.

Zidar, R. (2012), »Delo ni blago!«. *Časopis za kritiko znanosti*, 39, 250: 62–73.

Zorko, M., Jeriček Klanšček, H. (2009), Pregled nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja. V: Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M., Roškar, S. (ur.), *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (92–99).

Zrim Martinjak, N. (2006), Koncept socialnega kapitala. V: Sande, M., Dekleva, B.,

Spletni viri:

Inštitut RS za socialno varstvo. Spremljanje izvajanja programov socialnega varstva. Poročilo o izvajanju programov v letu 2014. Končno poročilo (maj 2015). Dostopno na www.mloads/dokumenti__pdf/sociala/Koncno_porocilo_za_leto_2015.pdf ddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageup (5. december 2015).

Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti (2009), Ur. l. RS, 49/2009. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=92970> (5. december 2015).

Predlog Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja od 2014 do 2018. Dostopno na http://www.sent.si/fck_files/file/NOVICE/NPDZ_3_J.pdf (5. december 2015).

Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo (2010), Dostopno na http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/ZDOZ_DO_uvod__cleni_in_obrazlozitev_-_12.03.2010.pdf (5. december 2015).

Seznam koordinatorjev obravnave v skupnosti (marec 2015). Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Dostopno na http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/dusevno_zdravje/ (5. december 2015).

Skupnost socialnih zavodov Slovenije (2015). Dostopno na <http://www.ssz-slo.si/pregled-kapacitet-institucionalnega-varstva-starejsih-in-posebnih-skupin-odraslih> (5. december 2015).

The Independent Living Movement in the UK. Dostopno na <http://www.independentliving.org/docs6/evans2003.html> (5. december 2015).

Višina denarne socialne pomoči. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Dostopno na http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/denarna_socialna_pomoc (5. december 2015).

Zakon o duševnem zdravju (2008), Ur. l. RS 77/2008. Dostopno na <http://www.uradni-list.si/1/content?id=88016> (16. september 2015).

Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (2012), Ur. l. RS 96/2012. Dostopno na <http://www.uradni-list.si/1/content?id=110802> (5. december 2015).

Zakon o socialnem varstvu (2007), Ur. l. RS, 3/2007. Dostopno na <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=20073&stevilka=100> (5. december 2015).

Zavod RS za zaposlovanje. Dostopno na http://www.ess.gov.si/trg_dela/aktualno_o_trgu_dela (5. december 2015).

Zelena knjiga. Izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva. Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo (2005). Dostopno na http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_sl.pdf (5. december 2015).

9 PRILOGE

Priloga 1: Smernice za izvedbo intervjuja z uporabniki

1. Mi lahko zaupate vašo starost?
2. Kako ste živeli, preden ste se srečali s težavami v duševnem zdravju?
 - a) Kje ste živeli?
 - b) Kje ste bili zaposleni?
 - c) Kakšna je bila vaša socialna mreža?
 - d) Kakšno izobrazbo imate?
3. Kdaj so se pojavile vaše težave v duševnem zdravju?
4. Kako je do teh težav prišlo?
5. Kakšno pomoč in podporo ste prejeli pred vključitvijo v koordinirano obravnavo v skupnosti?
 - a) Koliko časa ste bili do sedaj hospitalizirani v psihiatrični bolnišnici?
 - b) V katere druge storitve, socialnovarstvene institucije ste bili vključeni?
 - c) Kako ocenjujete druge storitve, institucije?
6. Kako je bilo v psihiatrični bolnišnici, kako ocenjujete tam delo strokovnjakov?
7. Kako je potekal postopek vključitve v koordinirano obravnavo v skupnosti oz. kako ste se vključili?
8. Kako dolgo ste že vključeni v koordinirano obravnavo v skupnosti, od kdaj ste vključeni?
9. Sedaj, ko ste vključeni v koordinirano obravnavo, a prejimate še kakšno pomoč drugih strokovnjakov? Ste vključeni še v katere druge storitve?
 - a) Kako pogosto obiščete psihiatra?
10. Kaj vam je všeč pri koordinirani obravnavi, kakšne so njene prednosti?
11. Kaj bi vi izboljšali pri koordinirani obravnavi, kaj vam ni tako všeč?
12. Kako pa bi vi opisali koordinirano obravnavo, če bi storitev komu predstavljali?
13. Kako pogosto pa se srečujete s pomanjkanjem finančnih sredstev?
14. Kaj bi predlagali za rešitev problema finančne stiske?
15. V kolikšni meri pa vaši finančni viri pripomorejo k uresničevanju ciljev? Spodbujajo uresničitev ciljev ali jo zavirajo?
16. Kaj bi se zgodilo, če od jutri naprej ne bi bili več vključeni v koordinirano obravnavo v skupnosti? Kako bi to vplivalo na vas?
17. Z vključitvijo v koordinirano obravnavo v skupnosti sodelujete s koordinatorko in drugimi skupnostnimi socialnimi delavkami. Kakšen je vaš odnos s koordinatorjem obravnave v skupnosti in kakšen je vaš odnos z drugimi skupnostnimi socialnimi delavkami?

18. Kako pogosto vas obišče koordinatorka in kako pogosto drugi skupnostni socialni delavki?
19. Kakšno pomoč/storitve vam nudi koordinatorka in skupnostni socialni delavki?
20. Kako vam pomagajo pri vstopu na trg dela? (Vprašanje je relevantno le za mlade uporabnike.)
21. Katere osebnostne lastnosti najbolj cenite pri koordinatorki, pri njenem odnosu do vas?
22. Kako pa poteka izvajanje načrta? katerih ciljev še niste uresničili?
23. Kaj pa glede prejemanja storitev: koordinatorka in skupnostni delavki vas obiščeta na domu, kako ocenjujete obisk koordinatorke in skupnostnih delavk na vašem domu?
24. S kom živite?
25. Kako pogosto se družite z drugimi uporabniki, ki so vključeni v koordinirano obravnavo v skupnosti?
26. Kako pogosto se družite z drugimi člani skupnosti (sorodniki, sosedi, znanci iz vašega kraja)? V kakšnem odnosu ste z njimi?
27. Kje vam vaša socialna mreža nudi oporo/pomoč?
28. V katere dogodke v skupnosti se vključujete? Kdo vam pri tem pomaga?
29. Kaj lokalna skupnost, soseska meni o vaši vključenosti v koordinirano obravnavo?
30. Kako pogosto se vi osebno srečujete s predsodki družbe, izključenostjo?
31. Na kak način vam koordinatorka in drugi skupnostni delavki pomagata pri soočanju z diskriminacijo, izključenostjo?
32. Kako pa vidite svojo prihodnost čez pet let? Kje živite, kaj delate, s kom se najpogosteje družite? Kakšen je vaš status zaposlitve?

Priloga 2: Smernice za izvedbo intervjuja s socialnimi delavci:

1. Kako dolgo že opravljate delo koordinatorke/skupnostne socialne delavke?
2. Koliko uporabnikov je trenutno vključenih v koordinirano obravnavo v skupnosti/ v program odprtih stanovanjskih skupin?
3. Kako poteka vaš delovni dan?
4. Koliko uporabnikov na dan obiščete?
5. Kako poteka zagotavljanje podpore uporabnikom čez vikend in ob praznikih?
6. Kaj bi potrebovali, da bi lahko kakovostneje delali?
7. Kako poteka vključitev uporabnika v storitev?
8. Kdo vam pri izvajanju osebnih načrtov pomaga?
9. Koliko zaposlenih skupnostnih socialnih delavcev ocenjujete, da bi v zavodu potrebovali, da bi lahko kakovostneje delali z uporabniki? (Vprašanje je relevantno le za skupnostni delavki programa odprtih stanovanjskih skupin Zavoda Franko Maribor).
10. Kakšno je sodelovanje s socialnimi delavci in drugimi strokovnjaki v institucijah, kamor so še vključeni vaši uporabniki?
 - a) S katerim profilom najpogosteje sodelujete?
 - b) Kaj bi potrebovali, da bi lahko z njimi vzpostavili več sodelovanja?
 - c) Kako dobro drugi strokovnjaki v institucijah poznajo Vašo storitev?
11. Kako je s financiranjem storitve?
12. Koliko časa so v povprečju uporabniki vključeni v koordinirano obravnavo v skupnosti oz. v program odprtih stanovanjskih skupin?
13. Kako poteka vključevanje uporabnikov v skupnost?
14. Koliko uporabnikov se je vrnilo v institucijo? Kako je do tega prišlo?
15. Katere metode socialnega dela pri svojem delu uporabljate? Jih lahko opišete in poimenujete?
16. Katera znanja bi za svoje delo še potrebovali?
17. Kako poteka metoda osebnega načrtovanja, jo lahko opišete? Kako pa vi konkretno delate po metodi osebnega načrtovanja? (Vprašanje je relevantno le za koordinatorke obravnave v skupnosti).
18. Česa si po vašem mnenju uporabniki, ki so vključeni v koordinirano obravnavo, še želijo? Kakšne želje vam zaupajo?
19. Koliko starih ljudi, ki so vključeni v koordinirano obravnavo v skupnosti, se srečuje z demenco? Kakšno pomoč jim nudite? Kakšno znanje bi potrebovali za delo s starimi ljudmi, ki jih spremlja demenca?

20. Uporabniki, tako mladi kot stari, se zaradi nalepke srečujejo z izključenostjo iz skupnosti, stigmatizacijo. Na kak način se odzovete na to? Lahko podatek kak konkreten primer in vaš odziv na situacijo, ko se je uporabnik soočal s stigmo?
21. Bi še karkoli želeli še sami dodati o koordinirani obravnavi?

Priloga 3: Združeni odgovori uporabnikov¹

Združeni odgovori uporabnikov, MLADI OD 18 DO 35 LET (A, B, C, D) ter STARI 65 LET IN VEČ (E, F, G, H)

Legenda barv:

	Nepomembne izjave intervjuvancev
---	-------------------------------------

SPOL

A: Moški (0A).
B: Moški (0B).
C: Ženski (0C).
D: Ženski (0D).

E: Moški (0E).
F: Ženski (0F).
G: Ženski (0G).
H: Ženski (0H).

STAROST

1. (Mi lahko zaupate vašo starost?)

A: Star je 32 let (1A).
B: 26 (1B).
C: 28 (1C).
D: Ja, stara sem 25 let (1D).

E: 69 let bom 2. 7. (1E)

¹ Prepisi odgovorov intervjuvancev v prilogi 3 in 4 niso jezikovno pregledani.

F: 68 (1F)

G: 68 (1G).

H: (Aha. 79 let ste stari.) Ja./ (1H) Jaz se mlajše počutim. (Smeh.)

VKLJUČENOST V PROGRAM ODPRTIH STANOVANJSKIH SKUPIN

A: Da.

B: Da.

C: Ne.

D: Da.

E: Ne.

F: Ne.

G: Da.

H: Ne.

PRED VKLJUČITVIJO V KOORDINIRANO OBRAVNAVO V SKUPNOSTI

2. (Kako ste živeli preden ste se srečali s težavami v duševnem zdravju?)

a) Kje ste živeli?

A: Živel sem s sostanovalci, ki jih od prej nisem poznal (2A).

B: Živel sem doma (2B). Živel sem od pomoči Rdečega križa/ (20B) in kaj so mi dali drugi ljudje./ (21B) Nisem znal zahtevati kar mi pripada./ (22B) Živel sem skromno./ (23B) doma, pri starših./ (24B)

C: NAKNADNO: Do 19. leta sem živel pri starših./ (239C) potem sem se oktobra 2005 preselila v Ljubljano, kjer sem študirala./ (240C) Bivala sem v privatnem stanovanju, ki sem si ga delila z eno cimro./ (241C) Naslednje leto sem se morala preseliti, ker me niso več hoteli imeti v tistem stanovanju/ (242C) in sem eno leto živel s fantom v hostlu./ (243C) Potem sem se spet selila v novo privatno stanovanje/ (244C) in bivala en mesec v študentskem domu,/ (245C) kjer so me prav tako ven vrgli zaradi težav z drogami, / (246C) potem spet eno leto v novem privatnem stanovanju,/ (247C) nakar sem se 2008 vrnila v Maribor in od takrat spet živim pri starših./ (248C)

D: Živela sem večinoma na ulici,/ (3D) pred tem pa sem živel pri mami./ (4D)

E: Šla sva k stari mami tam sva stanovala,/ (2E) je pa bil tudi problem, ker je tudi bratranec želel tam živeti. Midva sva bila pri stari mami nekje osem let. /(3E) Imava enega otroka, želela sva si dva, ampak ima najin sin le eno ledvico, zato so nama priporočali, da ostaneva pri enem otroku. Po teh osmih letih sva

dobila stanovanje na Strossmayerjevi./ (4E) Imela sva dnevno sobo, kuhinjo in jedilnico v eni sobi. Tam ni bilo vodovoda, bil pa je odtok, jaz sem imel kolega in ta mi je uredil vodovod, ni bilo problema. Tam sva bila deset let./ (5E) Jaz sem pa bil v delavskem svetu v Jeklotehni in zato sem dobil dvosobno stanovanje v Regentovi leta 1975./ (6E) (Tukaj kjer ste sedaj?) Ja./ (7E) (Torej Vi živite z ženo?) Ja, z ženo./ (78E)

F: Ja z možem./ (2F) če sva pa 45 let poročena. Živela sva v privat stanovanju./ (3F) šestkrat sva se selila./ (4F) Z možem živela v privat stanovanju, po smrti moža tam živi sama.

G: Živela sem tukaj, v tem stanovanju./ (2G), mož mi ga je podaril./ (3G) NAKNADNO: (Preden ste živeli s težavami v duševnem zdravju s kom ste živeli?) Z možem/ (88G) in otrokoma./ (89G)

H: Vseposvoda, v Medžimurju./ (2H) Piranu, tam sem živela z možem, družino./ (3H) Ko je mož umrl, sem se preselila v Maribor./ (4H)

b) Kje ste bili zaposleni?

A: Delal sem na črno (A3), prejemal sem denarno socialno pomoč./ (A4) Vmes je prišla tudi kakšna služba. V lesni industriji smo delali za Ikeo, za Razgorška sedežne garniture. (Preko katerega podjetja?) To sem delal preko invalidskega podjetja./ (A5)

B: NAKNADNO: Nisem še bil zaposlen./ (130B) delal sem le sezonska dela, obiral sem jabolka./ (131B)

C: NAKNADNO: Ne, prvič sem bila zaposlena leta 2011./ (249C) ko sem imela že kar hude odvisniške / (250C) in psihične težave./ (251C)

D: Ne, nikjer nisem bila zaposlena./ (2D)

E: Ja delal sem pa v Jeklotehni./ (13E) Bil sem tudi kurir./ (14E)

F: Jaz sem delala na Teznu v vrtnariji./ (5F) potem pri enem gospodu, strelišče je imel./ (6F) čistila sem bloke./ (7F) (Na črno mislite?) Ja./ (8F) Potem pa sem tako šla na psihiatrijo. Ker sem bila bolana, druge službe nisem dobila, nato mi je eden pomagal in sem šla v invalidsko podjetje Bodočnost prosit za delo. (Do pokoja ste potem delali v Bodočnosti?) Ja, do penzije./ (9F) Stara mama je postala nepokretna, jaz sem pa kot 7 let star otrok šla h kmetu delat./ (22F) da sva kaj za jest imeli. Jaz sem jo mogla negovat. Pri 14 letih sem odšla v tujino, v Avstrijo na sezonsko delo./ (23F)

G: Delala sem v muzeju, v SKD-ju/ (4G) bila sem računovodkinja./ (5G)

H: V Metropolu v Portorožu./ (6H) (Aha, kaj ste pa delili tam?) Najprej sem delala v kuhinji./ (7H) lonci so bili težki, bila sem bolana./ (8H) potem pa so me dali za čistilko./ (9H) (Samo v tem podjetju ste delali?) Ne, skoraj tri leta sem delala pri gluhih./ (10H) (Ste delali v kakšnem društvu za gluhe?) Ja, tam sem prala, na roke sem prala./ (11H) Potem sem pa od tam šla v Metropol. Bila sem stara 20 let, nato sem bila noseča in sem odšla na porodniško, potem pa sem našla delo v Metropolu.

c) Kakšna je bila Vaša socialna mreža?

A: Družil sem se s prijatelji s katerimi smo radi zahajali ven, delali smo tudi kakšne bedarije./ (A7)

B: Imel sem bolj ozek krog prijateljev, iz DRIMA predvsem (3B).

C: Prej nisem imela težav v duševnem zdravju./ (3C) obiskovala sem gimnazijo./ (4C) takrat nisem imela nobenih težav v duševnem zdravju, imaš pač svoje faze, ki jih imajo vsi v srednji šoli./ (5C) imela sem prijatelje./ (6C) hodili smo ven./ (7C) včasih spili kaj alkohola./ (8C) nisem pa imela nekih težav z alkoholom./ (9C) travo sem poizkusila le nekajkrat./ (10C) ni mi bilo. (Ahm.) Imaš velike načrte./ (11C) študirat./ (12C) naredit kaj iz sebe./ (13C) normalni lajf./ (14C) dokler nisem prišla na faks./ (15C)

D: Sem jih imela./ (8D) vendar sem zaradi svojih laži te prijatelje izgubila./ (9D) ker vsak, ki te dobi na laži, se noče potem več s teboj družiti.

E: Tam sva si uredila vse, edino vhodna vrata in balkon še je potrebno urediti, ampak letos ne, ker greva na morje. No potem pa je prišel Jazbinškov zakon in so bila stanovanja poceni, takrat sva midva to stanovanje lepo odkupila. Najbolj hudo mi je bilo, sem imel kolega./ (8E) ki sva skupaj delala in kaj je naredil. Šel je na lestev, nek kabel je hotel priklopiti in je iz zgornje stopnice lestve padel na hrbet na mizo. To je trajalo dve leti, in se je slabšalo, slabšalo, vsi organi so mu počasi odpovedovali, in lani je umrl./ (9E) isti letnik je bil kot jaz. Žal mi je za njega. Njegova žena pa je postala dementna./ (10E) Je šla parkrat na Pobrežje, trikrat in ni groba našla. Prišla je tudi do mojega stanovanja in rekla, Silvo pridi mi odkleniti stanovanje, in grem dol in stanovanje odklenjeno. Ja delali smo skupaj, ona je delala v pisarni. *(Pa sedaj je še doma ta gospa?)* Ne, v domu je. Njen sin pa je samostojni podjetnik, je zelo vreden, velikokrat greva skupaj na kavo/ (11E)

F: *(Aha torej prej ste se veliko družili s prijatelji? V začetku sem bila pa kar družabna./* (13F) Ja, mene so prijateljice rade imele./ (20F)

G: Vreden, vse je bilo vreden./ (13G)

H: Ja, bilo jih je kar nekaj./ (12H)

d) Kakšno izobrazbo imate?

A: Jaz sem obdelovalec lesa (6A).

B: Šole nisem dokončal. Tretji letnik gimnazije sem padel enkrat, potem sem ga šel še enkrat delat, ampak nisem naredil letnika in sem opustil solo (4B).

C: Načrtujem, da bom septembra diplomirala kot poslovna sekretarka./ (252C) Obiskovala sem gimnazijo./ (4C) Imaš velike načrte./ (11C) študirat./ (12C) naredit kaj iz sebe./ (13C) normalni lajf./ (14C) dokler nisem prišla na faks./ (15C)

D: Obiskovala sem OŠ Ivana Cankarja./ (5D) nato pa trgovsko šolo./ (6D) po izobrazbi sem trgovka./ (7D)

E: Trgovsko šolo./ (13E)

F: Štiri leta šole imam samo./ (21F)

G: Srednjo ekonomsko šolo./ (15G)

H: Nisem v šolo hodila./ (13H) Jaz sem nepismena./ (14H)

VKLJUČITEV V KOORDINIRANO OBRAVNAVO

3. (Kdaj so se pojavile vaše težave v duševnem zdravju?)

A: Kakšna tri leta nazaj (8A).

B: Jaz težko rečem kdaj so se pojavile moje težave,/ (5B) ker nimam prividov,/ (6B) nimam prisluhov./ (7B)

C: Čez par mesecev po jemanju drog,/ (32C) ker to vpliva na možgane, če ti zlorabljaš drogo./ (33C) Potem se pojavi paranoja,/ (34C) psihoza,/ (35C) to najprej pripisuješ odtegnitvenemu sindromu, kar tudi je,/ (36C) ampak poleg tega sindroma, se kemija spremeni v možganih, drugače razmišljaš, drugače doživljaš stvari./ (37C) Začela sem jemati pri 19. tih,/ (38C) težave pa so se pojavile pri 20. tih letih./ (39C)

D: Pri 13. letih,/ (10D)

E: To se je začelo, ko sem bil star 49 let./ (15E)

F: *(Torej vaše težave v duševnem zdravju pa so se pojavile, ko ste bili 27 let stari?)* Ja, 27 let sem bila stara./ (26F)

G: To pa je bilo nekje pri 45. letih./ (16G)

H: Oh to sem imela pa približno 31 let./ (5H) Takrat sem še delala.

4. (Kako je do teh težav prišlo?)

A: Takrat sva se z mamo kregala, sedaj pa je bolje. (Mhm)./ (A9)

B: *NAKNADNO:* Preveč vode sem pil./ (158B) V glavi sem dobil zamisel,/ (159B) da bi rad malo eksperimentiral/ (160B) in sem 30 litrov vode spil/ (161B) v treh dneh./ (162B) Tako sem si porušil elektrolitsko ravnovesje,/ (163B) postal sem zelo zmeden./ (164B) Odšel sem k sosedom/ (165B) in jim rekel naj pokličejo policijo,/ (166B) imel sem občutek, da mi oni lahko pomagajo./ (167B) Sosedje so menili, da sem vzel kakšno drogo/ (168B) in so poklicali policijo,/ (169B) ti pa so poklicali psihiatrično bolnišnico./ (170B) Hotel sem jim povedati, da nočem nikomur nič hudega/ (171B) in sem rekel, da sem Jezus Kristus,/ (172B) nato so me hospitalizirali/ (173B) in mi diagnosticirali duševno bolezen shizofrenijo./ (174B) Ampak jaz nimam nobenih resnih simptomov shizofrenije, nimam prisluhov, prividov./ (175B)

C: To tako veš kako je prišlo do teh težav, zaradi zlorabe drog./ (2C) Takrat sem šla v Ljubljano,/ (16C) to tako veš, imaš občutek, da nisi več pri starših,/ (17C) da si za sebe,/ (18C) da lahko delaš kar hočeš./ (19C) Zaradi pretirane svobode/ (20C) se mi je kar naenkrat »vtrgalo« in sem si rekla zdaj pa bom vse poizkusila kar je možno./ (21C) Veš, ko te doma najprej »ujčkajo« kar nekaj let,/ (22C) potem pa si misliš, zdaj pa imam svobodo delat kar hočem./ (23C) In začela sem sama iskati ljudi od koga lahko kaj dobim in tako je šlo to naprej./ (24C) *(Kaj si ti točno jemala?)* Jaz sem takoj začela s heroinom,/ (25C) imela sem fanta, preko njega sem izvedela, da ima prijatelja, ki uživa droge/ (26C) in sem jaz njega nagovorila,/ (27C) nihče ni prišel do mene in rekel: »Ej boš ti to probala?«/ (28C) To si ljudje napačno predstavljajo,/ (29C) to je res zelo redko, da pride nekdo in ti ponudi,/ (30C) ti moraš sam poiskati nekoga./ (31A)

D: Ko sta se moja starša ločila./ (11D) Takrat sem se začela drogirat./ (12D) prodajat./ (13D) Živela sem pri brezdomcih./ (14D) v zapuščenih hišah smo se pikali./ (15D) uživali ekstazije./ (16D) kadili travo./ (17D)

E: To so me zastrupili./ (16E) Mene je glava bolela in mi je ena šefica dala Aspirin, potem pa je nekdo rekel, da lahko na Aspirin pijem kavo. Potem sem šel do medicinske sestre in mi je dala injekcijo v žilo, potem sem bil 14 dni na Pohorju, potem pa so me odpustili. Vse ostalo pa je žena kriva./ (17E) (Zakaj?) Jaz bi mogel biti kot suženj./ (18E) nobenega denarja ne bi smel imet./ (19E) jaz pa si tega ne dovolim. Enkrat sva šla v betnavski gozd in sem ji rekel, da rabim telefon in sem ji ga vzel./ (20E) nato pa je šla na policijo./ (21E) jaz ne vem kaj je govorila. Nato pa so me kar na psihiatrijo zapeljali./ (22E) To je bil pred štirimi leti./ (23E)

F: Ker sem živela brez topline./ (27F) nikogar nisem imela./ (28F) pa delat sem mogla./ (29F) Bila sem kot tisti ptič v gozdu. Če živiš kot majhen otrok brez staršev in opravljaš moško dela, to je povsem normalno. Tudi ko sem čistila, sem v mrzli vodi delala. Enkrat sem v podjetju skupaj padla na stranišču, nato so šli po socialno in so me v bolnišnico odpeljali. Živela sem težko življenje./ (30F) brez vsega./ (31F)

G: Ampak so bili šefi kot meč nad glavo./ (6G) tak nadzor je bil./ (7G) Stalno so bili kontrole./ (8G) kazni./ (9G) tako sem ostala doma./ (10G) ker sem tak stres doživela./ (11G) (Aha. Torej zaradi stresne službe so se pojavile vaše težave v duševnem zdravju?) Ja./ (12G)

H: Živci, z otroki sem imela težave, nista hotela v šolo hodit, jaz pa službe nisem želela pustiti, niso me poslušali. (Aha torej z otroki ste imeli težave?) Ja pa z možem tudi, on je pil. Velike težave so bile./ (18H) mož je pil./ (19H) otroci niso želeli v šolo./ (20H) Mlajšega sem dala v Medžimurje eni družini./ (21H) (Kaj pa druga dva?) Druga dva pa sta morala v dom./ (22H) ju je socialna vzela./ (23H)

5. (Kakšno pomoč in podporo ste prejemali pred vključitvijo v koordinirano obravnavo v skupnosti?)

a) Koliko časa ste bili do sedaj hospitalizirani v psihiatrični bolnišnici?

b) V katere druge storitve, socialnovarstvene institucije ste bili vključeni?

c) Kako ocenjujete druge storitve, institucije?

A: (O tem sva se že pogovarjala, kajne. Rekel si, da si bil enkrat zelo kratek čas v bolnišnici, drugič pa nekoliko dlje.) Ja prvič sem bil tam samo en dan in nisem dobil tablet, drugič pa sem bil en teden v bolnišnici, takrat pa sem dobil tablete./ (10A) Bil sem tudi na zaprtem oddelku./ (11A) (A dobiš kakšne tablete?) Če mi zmanjka, potem ja. (Kako pogosto pa jemlješ tablete?) Vsak dan in sicer trikrat na dan. / (14A) (Kaj pa kakšno pomoč strokovnjakov, prijateljev si takrat prejemal, preden si se vključil v koordinirano obravnavo?) Ja nekaj prijateljev sem imel. Enega sem spoznal, ko sem bil hospitaliziran, s tistim prijateljem sva se družila. Šla sva skupaj na tenis, na košarko. Ko sem imel stisko sem šel do njega, on mi je tudi dal zdravilo in mi tako pomagal./ (15A)

B: (Kako dolgo pa si bil v bolnišnici?) Januarja 2013 so me odpeljali, tam sem bil sedem mesecev, (10B) tri tedne na zaprtem oddelku./ (11B)

(Kako pa ocenjuješ nadzorovano obravnavo?) Sploh mi ni bilo všeč./ (32B) vključil sem se po bivanju v psihiatrični bolnišnici./ (33B) Rekel sem, da bom prenehal z jemanjem depo terapije./ (34B) to zdravnikom ni bilo všeč in so me vključili v nadzorovano obravnavo./ (35B) Nimaš pravice odločati, če boš jemal kemikalije ali ne./ (36B) Lahko te nazaj v bolnišnico privedejo s silo./ (37B) *(Kako dolgo pa si bil v nadzorovani obravnavi?)* Od avgusta 2013 do januarja 2015./ (38B) Dr. Jure Koprivšek je podal sodišču predlog za vključitev v nadzorovano obravnavo/ (39B) in sodišče je razsodilo, da se moram vključiti./ (40B) *(Te je še kaj motilo, ti je kaj bilo všeč?)*. Ni mi bila všeč prisila./ (41B) odnos koordinatorke, saj je bila vzvišena do mene./ (42B) Težko se ji je bilo prilagoditi./ (43B) Ni ji bilo všeč, da hkrati hodim na injekcijo in na sestanek z njo./ (44B) to pa stane, saj se moram voziti v Maribor z vlakom./ (45B) *(Mhm.)* *(Torej preden si se vključil v koordinirano obravnavo, si bil v psihiatrični bolnišnici, vključen si bil v nadzorovano obravnavo, si še kakšno drugo institucijo, storitev obiskoval?)* V PUM sem bil vključen, to je projektno učenje mladih./ (46B) naredil sem tudi tečaj za peka in slaščičarja./ (47B)

C: Najprej sem bila na metadonski./ (40C) tam sem dobivala psihiatrično pomoč./ (41C) tam ti takoj povem, da si zanje številka./ (42C) ker tam je toliko folka, džankijev./ (43C) tam se ne moreš zanašat na tistega psihiatra./ (44C) vprašajo te kakšno dozo jemlješ./ (45C) če ti odgovarja, ja, ne in to je to./ (46C) Tam se ti nihče ne posveti./ (47C) Tam gledajo samo kako ti prideš skozi s terapijo./ (48C) Tako, da si še moraš nekaj drugega poiskati./ (49C) Potem se to ni obneslo./ (50C) ker substitucija se nikdar ne obnese./ (51C) Ne vem, če je 1 % takšnih, ki se jim je to obneslo./ (52C) Ja, potem sem šla v Italijo, v komuno. *(Kako se imenuje komuna?)* Don Pierinova komuna, nekje blizu Rima je. / (53C) Tam so me vrgli ven čez en teden./ (54C) zato ker v komuni ne smeš nič jemati, nobenih tablet./ (55C) jaz pa sem potrebovala tablete, da sem lahko funkcionirala./ (56C) *(Kakšne tablete si jemala?)* Antidepresive./ (57C) pa antipsihotike./ (58C) mislim, da takrat tudi pomirjevala./ (59C) Ampak jaz sem potrebovala tablete, oni pa jih tam ne dovoljujejo, ker so za vse enaka pravila./ (60C) Potem so mi oni rekli, da bi morala v drugo komuno, za dvojne diagnoze./ (61C) napotili so me v Ljubljano v komuno./ (62C) Tam sem bila mesec in pol./ (63C) potem pa so me še tam ven vrgli./ (64C) ker nisem hotela igrati po njihovih pravilih/ (65C) *(Kakšna pa so bila njihova pravila?)* Meni enostavno tam ni ugajalo, jaz mislim, da sem tam imela najhujše težave v duševnem zdravju, čeprav sem bila na tabletah./ (66C) ker mi tisto okolje ni ustrezalo./ (67C) zame je bila to kazen, ki jo moram oddelati./ (68C) jaz sem izgubila stik z realnostjo./ (68C) nisem želela verjet, da sem v neki komuni, v nekem zaporu, delavnem zaporu./ (69C) *(Kaj pa ste imeli delavnice ali kako?)* Skozi si moral nekaj delati./ (70C) v kuhinji./ (71C) na vrtu./ (72C) fantje so mogli nekaj popravljat okrog hiše./ (73C) Če ni bilo dela, so si ga iz izmislili./ (74C) ker so imeli velik poudarek na delu./ (75C) Ker če se z nečim fizičnim zaposliš./ (76C) je to dobro za tebe./ (77C) Zjutraj smo imeli skupino eno uro./ (78C) kjer smo govorili kako se počutimo./ (79C) Brali smo Don Perinojevo knjigo./ (80C) vsi tam so bili oprani od te knjige./ (81C) zame je bilo to odbijajoče./ (82C) *(Kaj pa si potem, ko si odšla iz komune?)* Ja, potem so mi rekli: »Ne moremo te tukaj več imet, aktivno kažeš, da nočeš bit tukaj.«/ (83C) Jaz sem rekla, da je to res, meni se bo »vtrgalo«, če bom še naprej tukaj./ (84C) Starši so mi rekli, da če me vržejo iz komune./ (85C) da me bodo vrgli na cesto./ (86C) saj ne vedo več kaj narediti./ (87C) Potem sem vprašala svetovalke v komuni kaj naj sedaj naredim, kakšne so še možnosti zame. / (88C) Rekli so mi da me bodo poslali domov/ (89C) in bodo starši naredili z menoj kaj pač bodo/ (90C) ali pa mi dajo kontakt od koordinatorke obravnave v skupnosti Simone./ (91C) Preden sem odšla iz komune, je prišla tja Simona./ (92C) da smo se dogovorili kako bomo naprej delali./ (93C) Nato sem šla domov./ (94C) Simona pa mi je naročila, naj jo pokličem takoj, ko bom doma, da dogovoriva termin srečanja./ (95C) Dobila sem občutek, da mi res hoče pomagati./ (96C) Tako sem začela hodit k njej./ (100C) takoj mi je povedala kakšne možnosti imam za naprej, kdo mi lahko pomaga./ (101C) Kot prvo možnost mi je povedala za CPO/ (102C) in tako sva tudi šli skupaj tja./ (103C) Na informativnem pogovoru/ (104C) je svetovalka takoj, najprej, ko sva se usedli poudarila./ (105C) da tukaj ni mobitela./ (106C) ni interneta./ (107C) ni kartice./ (108C) ni stikov s staro družbo./ (109C) ni izhodov/ (110C) in 24-urni nadzor s strani staršev ponavadi./ (111C) Jaz sem rekla, ne, halo, saj sem odrasla oseba, tega se jaz ne grem./ (112C) Seveda iskala sem lažjo možnost tako kot vsak »džanki«./ (113C) Nato se je Simona potrudila in poiskala še drugo možnost./ (114C) začela sem hoditi v Celje na Vir./ (115C) naj bi izvajali enak program kot CPO./ (116C) Tja sem hodila lepo enkrat na teden./ (117C) niso me testirali./ (118C) jaz sem se še pa lepo naprej drogirala/ (119C) in sem rekla »fajn«, lepo na »izi« skozi pridem./ (120C) Nato sem rekla, da tudi tja ne bom hodila, ni mi bilo, v Celje se mi ni dalo voziti./ (121C) Nato sem se doma naprej »fiksala«./ (122C) prišla še v druge probleme./ (123C) Nato me je Simona ponovno začela nagovarjati, naj grem na CPO./ (124C) starši pa so mi postavili ultimati, ali grem na CPO ali pa na cesto./ (125C) In sem rekla, dobro, grem tja. Seveda mi spet ni bilo všeč./ (126C) ker pravila tam so bila striktna do »amena«./ (127C) Tja sem mogla hodi štirikrat na teden./ (128C) V dnevnem centru moraš bit in buljit v steno, če nimaš kaj drugega za delati, pač tam moraš

bit./ (129C) Ni bilo interneta./ (130C) kartice. *(Kakšne kartice, da bi lahko klicala?)* Ne, bančne. *(Aha).*/ (131C) Pa tudi na splošno denarja nisi smel imet v denarnici./ (132C) Pravila so bila »ubitačna«. Jaz sem tja hodila samo zato, ker so mi doma postavili ultimat./ (133C) No potem pa je lažje, narediš prvo stopnjo, prideš na drugo, prideš na tretjo, dobivaš vse več bonitet./ (134C) Lahko hodiš ven, ampak poveš kam greš./ (135C) dobiš mobilni./ (136C) povrne se ti dostojanstvo./ (137C) potem prideš do točke, ko si rečeš takšno življenje pa je res fajn, jaz bi rad naprej tako živel./ (138C) Zato verjetno tudi je zastavljeno, da traja zdravljenje dve leti in pol./ (139C) *(Kako dolgo pa si se ti zdravila tam?)* Na začetku imaš sprejemno stopnjo, to traja en mesec./ (140C) tam te spoznajo./ (141C) vidijo kakšni so tvoji problemi, kako ti lahko pomagajo./ (142C) nato imaš tri stopnje./ (143C) vsaka traja osem mesecev./ (144C) ko jih zaključiš pa še pol leta hodiš na CPO in jim poveš kako si./ (145C) *(Pa s Simono si se še dobivala tekom vključenosti v CPO?)* Ja.

D: Pri trinajstih letih sem začela z drogami./ (18D) do 15. leta sem se pikala./ (19D) uživala travo./ (20D) potem sem šla v komuno v Italijo./ (21D) tam sem bila leto in pol./ (22D) potem pa v komuno v Ljubljano./ (23D) *(Torej pomoč, ki si jo prejemale preden si se vključila v koordinirano obravnavo je bila vključenost v komuni, kaj pa pomoč socialne mreže si prejemale?)* Ne, doma mi niso pomagali./ (24D) Bila sem v treh materinskih domovih./ (73D) v Jesenicah./ (74D) Mozirju/ (75D) in Mariboru./ (76D) NAKNADNO: *(Koliko časa si bila do sedaj skupno v psihiatrični bolnišnici?)* Nekje dve leti./ (148D)

E: NAKNADNO: *(Kako ocenjujete pomoč na domu?)* Vredu./ (99E) socialna delavka je prišla k meni./ (100E) sva šla na sprehod./ (101E) sva se pogovarjala./ (102E) *(Koliko časa ste bili vse skupaj v psih.bolnišnici?)* Tega pa res ne vem./ (95E) *(Ste bili še v kateri drugi instituciji pred vključitvijo v koord.obravnavo?)* Ne, žena me je enkrat želela spraviti v dom./ (96E) a jaz nisem za v dom./ (97E) jaz še vse zmorem./ (98E)

F: NAKNADNO: *(Koliko časa ste bili vse skupaj v psihiatrični bolnišnici?)* Uf, to pa je bilo 7 let./ (94F)

G: Joj. *(Približno.)* En mesec, prvič sem bila na Pohorskem dvoru *(Pri 45.letih?)* Ja./ (22G) Potem pa sem še bila v mariborski./ (23G) *(Kako dolgo pa ste bili v psihiatrični bolnišnici v Mariboru?)* Tudi nekje en mesec./ (24G) *(Ste bili še v kateri drugi instituciji pred vključitvijo v koord.obravnavo?)* Ne, samo k psihiatru sem hodila./ (17G) *(V domu za stare tudi niste bili?)* Ne, za dom sem še premlada./ (18G) ko ne bom več zmogla, bom šla./ (19G) ampak želim imeti svojo sobo./ (20G)

H: *(Torej bili ste v Mariboru, Ormožu, Idriji, še kje?)* Ne. *(Več kot eno leto mislite?)* Ja, verjetno nekje leto in pol./ (58H).

(Aha samo v psih.bolnišnici ste bili?) Ja, v Mariboru v psih. bolnišnici./ (24H) pol leta sem bila v domu za stare./ (25H) pol leta sem bila v domu za stare./ (25H) *(Kje pa?)* Na Pobrežju, v Sončku./ (26H) *(Kako pa vam je bilo tam?)* Slabo./ (27H) slaba hrana./ (28H) *(Kaj pa osebje?)* Osebje je bilo super./ (29H) *samo hrana je bila slaba, hrana pa je glavna.* Kosilo še je bilo kar vredu./ (30H) večerja pa je bila mlečna./ (31H) *Pa to ni bilo ne mleko, ne voda. (Kaj pa drugi stanovalci so vredu?)* Veliko stanovalcev je šlo iz tega doma drugam./ (32H) *(Sami ste se odločili, da greste v dom?)* Ne, to so me iz psih.bolnišnice pripeljali tja./ (33H) Jaz sem mislila, da bo boljše./ (34H) saj so mi sestre to predlagale./ (34H) *(Še vas je kaj motilo v domu?)* Tam poleti ob 21.00 uri zaprejo dom, pozimi pa ob 20.00./ (35H) jaz pa kadim/ (36H) in po tisti uri ne smeš več ven./ (37H) na balkonu pa ne smeš kaditi./ (38H) *To me je tudi motilo. (Kako pa ste se tam počutili?)* Ko so me iz doma za stare peljali v Ormož, mi niso povedali kam me peljejo/ (42H) in sem hotela zbežat iz rešilca./ (43H) Mislila sem, da grem v Maribor in ne v Ormož./ (44H) Potem mi je lagal, da še eno gospo peljemo v Ormož./ (45H) Potem smo prišli v Ormož in so me mogli na silo odpeljati iz rešilca./ (46H)

6. (Kako pa je bilo v psihiatrični bolnišnici, kako ocenjujete tam delo strokovnjakov?)

A: Ni mi všeč, da moraš strogo sporočiti povedati ali pa napisati, če tisti dan kam greš, če greš recimo popoldan na sprehod. To bi lahko bilo samoumevno, za sprehode ne bi rabili biti tako strogi. Ne bi bilo potrebno, da so tako strogi./ (17A) *(Kaj pa s kakšno socialno delavko si imel tam stik?)* Ne. *(Kaj pa če primerjaš*

koordinirano obravnavo in pomoč, ki si jo dobil v psihiatrični bolnišnici, kakšne so razlike?) Moraš imeti enega prijatelja kjerkoli si, da mu zaupaš vse. Če imaš nekoga takega, potem je vredu./ (30A)

B: Zadrogiran si tako, da za sebe ne veš./ (13B) jaz sem bil na začetku celo privezan na posteljo/ (14B) in na močnih pomirjevalih./ (15B) Če si agresiven ali nisi ti dajo močna pomirjevala in psihotike./ (16B) Ampak meni je bilo v bolnišnici kar vredu./ (17B) ker jaz sam za sebe nisem vredu skrbel./ (18B) nisem si šel po socialno podporo./ (19B) Živel sem od pomoči Rdečega križa/ (20B) in kaj so mi dali drugi ljudje./ (21B) Nisem znal zahtevati kar mi pripada./ (22B) Živel sem skromno./ (23B) doma, pri starših./ (24B) Lahko napišeš, da se je to izboljšalo zaradi Simone, koordinatorke./ (25B) sedaj poznam svoje pravice/ (26B) in zahtevam kar mi pripada./ (27B) V bolnišnici je prijetno le to, da imaš stalno obrok na mizi, ki ga prej nisem imel./ (52B)

C: *(Kaj pa v institucijah, rekla si, da so te motila institucionalna pravila?)* Ja, pa ni neke človečnosti./ (168C) sedaj ne morem reči za vse ampak povečini je tako./ (169C) *NAKNADNO: (Si bila v psihiatrični bolnišnici, kako si se tam počutila?)* V psihiatrični bolnišnici sem bila trikrat./ (253C) Dvakrat v mariborski psihiatrični bolnišnici/ (254C) in enkrat na psihiatričnem oddelku Ljubljana Polje./ (255C) V ta prvi mi je bilo bolj všeč./ (256C) zdelo se mi je manj kot zapor./ (257C) bilo je več aktivnosti./ (258C) stavba je večja./ (259C) bolj moderna./ (260C) svetla./ (261C) bolj prijazna./ (262C) Medtem, ko se mi je ta druga zdela kot zapor./ (263C) precej manjša./ (264C) ljudje so imeli res hude psihične motnje/ (265C) in sem se med njimi počutila čisto napak, da ne spadam tja./ (266C) Tudi aktivnosti ni bilo/ (267C) in pa nobenega odprtega oddelka./ (268C) Poleg tega se mi zdi, da psihiatrične bolnišnice niso dovolj kvalificirane, da bi detoksicirale odvisnike/ (269C) – to počnejo prehitro./ (270C) ne verjamejo odvisnikom, ko se potožijo, da imajo hude bolečine ali nervoznost./ (271C) in tako ne dobijo potrebnih analgetikov in pomirjeval./ (272C) Prav tako bi morale po končani detoksikaciji odvisniku predstaviti možnosti nadaljnjenga zdravljenja in ohranjanja abstinence./ (273C)

D: Hrana je bila včasih dobra./ (47D) včasih je bila grozna./ (48D) Zdravila sem se od 13. leta./ (49D) zdaj nazadnje sem bila tam pred enim letom./ (50D) *(Koliko časa pa si bila vse skupaj na psihiatriji?)* Joj, to pa ne vem. Od 13. leta./ (51D) skupno pa ne vem koliko časa sem bila tam./ (52D) *(Še lahko opišeš svojo izkušnjo v psih.bolnišnici?)* Ko nisem imela vikend izhodov./ (53D) sem se slabo počutila./ (54D) bila sem žalostna./ (55D) ni se mi dalo nič./ (56D) včasih niti obiskov nisem dobila./ (57D) včasih sem bila sama v sobi./ (58D) Ko sem pa imela dovoljene izhode./ (59D) pa mi je bilo že boljše./ (60D)

E: *Jaz bom kar odkrito povedal.* Če si na zaprtem oddelku./ (39E) je kot da bi bil v zaporu./ (40E) Oni ti dajo še pa še tablet./ (41E) samo na slabo ti gre./ (42E) tehniki so agresivni./ (43E) na vsak način hočejo, da dobiš plenico./ (44E) *Jaz tega nisem hotel in so mi pustili, da grem sam na stranišče, da se sam stuširam.* No potem pa so me dali na odprt oddelek./ (45E) tam pa je super./ (46E) Tam imaš razne dejavnosti./ (47E) smo peli./ (48E) reševali križanke./ (49E) imeli smo ročna dela./ (50E) *Nazadnje, ko sem bil tam sem delal hišico za ptičke, ampak mi je žal, da je nisem kupil za spomin. Eno malenkost zanj daš, toliko, da imajo vsaj nekaj kritja za material.* Potem je prišlo novo leto in sem se jaz javil, da postavim jelko. Jaz sem svoje naredil, jelko okrasil. Še dve sta se javili in jima ni šlo. *(Smeh).* Ena je rekla: »Kako sem bila nora, da sem se javila.« Prišla je tudi terapevtka/ (51E) in je bila res vredu, včasih me je tudi na kakšni skupini pooblastila, da jo jaz vodim./ (52E) Na odprtem oddelku sem bil z vsemi delavci v dobrih odnosih./ (53E)

F: Ja jaz sem bila v Ormožu/ (36F) in na Pohorskem dvoru./ (37F) *(Kako pa ste se počutili?)* *Saj veste,* doma si doma, tam pa je čisto drugo./ (38F) *(Je kaj pozitivnega tam?)* Kaj jaz vem./ (39F) *(Kaj pa je bilo negativnega?)* Lahko bi se bolj zavzeli za človeka./ (40F) tam si številka./ (41F) Pa še sestro (42F) sem videla, da je starega človeka tepla z žlico./ (43F) *to se ne dela s starim človekom. Zato se jaz bojim, kaj če se meni to zgodi. Potem sem sestri rekla, dajte jo bom jaz nahranila, če je vam težko. Ne moreš tega delat v službi.*

G: Vse je bilo vredu, nič me ni motilo./ (25G)

H: V Mariboru sem bila skoraj mesec dni./ (40H) Pa iz doma za stare so me peljali v Ormož./ (41H) *(Kako pa vam je bilo v psih.bolnišnici Ormož?)* Hrana je bila super./ (47H) kot da bi imeli hotel./ (48H) *(Kaj pa vam tam ni bilo všeč?)* Vse je bilo v redu./ (51H) osebje je bilo v redu/ (52H) *(Kako pa je bilo v psih.bolnišnici Maribor?)* V redu./ (53H) jaz sem imela tam druge gospe./ (54H) *(Kaj pa ko ste bili prvič v psih.bolnišnici?)* To sem bila pa v Idriji/ (55H) približno dva meseca./ (56H) *(Kako pa vam je tam bilo?)* Vsi so bili prijazni, zdravniki, sestre./ (57H) *(Torej bili ste v Mariboru, Ormožu, Idriji, še kje?)* Ne.

7. (Kako pa ste se vključili v koordinirano obravnavo? Oz. kako je potekal postopek vključitve v koordinirano obravnavo?)

A: Ja koordinatorica je hodila k mami v psihiatrično bolnišnico, nato pa sta se dogovorili, da pride tudi k njej na dom. *(Torej se je najprej vključila mama, potem pa še ti?)* Ja./ (18A) *(Zazvoni telefon, S. se javi in se pogovori. Pogovor traja dve minuti, nato s pogovorom nadaljujeva).* Nek izvod sem podpisal./ (19A) *(Torej koordinatorica je prišla k tebi na dom, vključila se je mama in nato ti).* Ja v bistvu sva se istočasno vključila. *(Nato vama je zadevo predstavila in si podpisal).* Ja, ampak se točno ne spomnim predstavitve. *(Imaš izvod, ki si ga podpisal doma?)* Mislim, da. Bilo je govora o tem, da bom šel na zaposlitveno delavnico./ (20A) koordinatorica me je aktivirala, da sem začel aktivno iskati delo./ (21A) S tem sem se strinjal. Prej nisem bil tak, službe nisem iskal tako intenzivno. Recimo enkrat na mesec sem iskal neko novo delo./ (22A)

B: Koordinatorica pa je prišla k meni v psihiatrično bolnišnico s socialno delavko M. (12B). *(Kako dolgo pa si vključen v koordinirano obravnavo?)* Najprej sem sodeloval z drugo socialno delavko M. (skupnostna socialna delavka),/ (28B) s Simono sodelujem šele nekaj mesecev, no sodelovala sva že prej, (avgust 2013) (29B) ampak formalno, pogodbeno sem vključen od 6. marca 2015./ (30B) Simona mi je pomagal pri izključitvi iz nadzorovane obravnave./ (31B)

C: *(Kaj pa si potem, ko si odšla iz komune?)* Ja, potem so mi rekli: »Ne moremo te tukaj več imet, aktivno kažeš, da nočeš bit tukaj.«/ (83C) Jaz sem rekla, da je to res, meni se bo »vtrgalo«, če bom še naprej tukaj./ (84C) Starši so mi rekli, da če me vržejo iz komune,/ (85C) da me bodo vrgli na cesto,/ (86C) saj ne vedo več kaj narediti./ (87C) Potem sem vprašala svetovalke v komuni kaj naj sedaj naredim, kakšne so še možnosti zame. / (88C) Rekli so mi da me bodo poslali domov/ (89C) in bodo starši naredili z menoj kaj pač bodo/ (90C) ali pa mi dajo kontakt od koordinatorke obravnave v skupnosti Simone./ (91C) Preden sem odšla iz komune, je prišla tja Simona,/ (92C) da smo se dogovorili kako bomo naprej delali./ (93C) Nato sem šla domov,/ (94C) Simona pa mi je naročila, naj jo pokličem takoj, ko bom doma, da dogovoriva termin srečanja./ (95C) Dobila sem občutek, da mi res hoče pomagat./ (96C) Tako sem začela hodit k njej,/ (100C) takoj mi je povedala kakšne možnosti imam za naprej, kdo mi lahko pomaga./ (101C) Kot prvo možnost mi je povedala za CPO/ (102C) in tako sva tudi šli skupaj tja./ (103C)

D: Bila sem na psihiatriji v Mariboru,/ (25D) oni so poklicali gospo S.R., koordinatorico./ (26D) Z njo sem sodelovala pol leta, malo manj,/ (27D) potem sva stike prekinili,/ (28D) čez dve leti pa sva ponovno vzpostavili sodelovanje./ (29D)

E: Žena je šla na socialno,/ (33E) enkrat sva imela konflikt,/ (34E) takrat sem ji dal dva focna,/ (35E)

F: Ko sem bila nazadnje na psihiatriji,/ (44F) ko je mož umrl.

G: V psihiatrični bolnišnici so mi predlagali, da pride Simona, ki mi lahko pomaga, tako me je obiskala v psihiatrični bolnišnici./ (21G)

H: Prišla je v Sonček./ (59H)

8. (Od kdaj ste vključeni v koordinirano obravnavo?)

A: Od leta 2012 (23A).

B: 6. 3. 2015 (30B).

C: Od novembra 2010 do 2013, mislim, da sva se še v letu 2014 nekajkrat dobili,/ (148C) intenzivno pa sva delali nekje tri leta./ (149C)

D: Z njo sem sodelovala pol leta, malo manj,/ (27D) potem sva stike prekinili,/ (28D) čez dve leti pa sva ponovno vzpostavili sodelovanje./ (29D) Nekje pred letom in pol sem se vključila ponovno./ (30D) *(Torej kdaj si se vključila?)* S. poznam štiri leta,/ (99D) najprej sem bila vključena v storitev leto in pol,/ (100D) potem sem sodelovanje prekinila,/ (101D) sedaj pa sem spet vključena./ (102D)

E: Dobra štiri leta./ (32E)

F: Ne vem. Šla sem na psihiatrijo, ko je bil mož na pljučnem, jaz tega nisem mogla prenest, želela sem narediti samomor. Ko sem šla iz bolnišnice, sem vprašala psihiatrinjo kdaj bo Simona prišla, no potem pa sem jo klicala, ker jaz rabim človeka, da se z njim pogovorim, nimam nikogar. Nekje dva meseca sem vključena./ (45F)

G: Ja sedaj pa že tri leta *(Torej od leta 2012?)* Ja/ (26G)

H: Eno leto./ (60H)

9. (Sedaj, ko ste vključeni v koordinirano obravnavo, a prejimate še kakšno pomoč drugih strokovnjakov? Ste vključeni še v druge storitve?)

A: Zdaj hodim k psihiatrinji na pol leta./ (12A) Tam me vpraša kako se počutim, kako gledam na svoje življenje, oceni če sem napredoval./ (13A) Na pol leta grem k psihiatrinji./ (24A) *(Druge pomoči pa ne prejemaš niti od socialne mreže, torej sorodnikov, prijateljev?)* Mama, z mamo si medsebojno pomagava./ (25A) *Vključen je tudi v Zavod Franko.*

B: *(No sedaj pa si še poleg koordinirane obravnave vključen v program Odprtih stanovanjskih skupin v Zavod Franko, še kam?)* Ja še v DRIM v Poljčanah./ (47B) NAKNADNO: *(Kako pogosto obiščeš psihiatra?)* Enkrat na mesec grem na psihiatrijo./ (154B) Tam imamo skupino za samopomoč,/ (155B) potem grem k psihiatru na razgovor,/ (156B) nato pa dobim depo./ (157B)

C: *(Še obiskuješ psihiatra? Kako pogosto?)* Približno enkrat na dva meseca,/ (274C) ker sem se lepo ustalila na predpisani medikamentozni terapiji/ (275C) in zdaj samo še občasno spremljava,/ (257C) če se je kaj v mojem življenju ali počutju spremenilo/ (258C) in je treba kaj prilagoditi ali celo možno opustiti./ (259C)

D: NAKNADNO: *(Sedaj poleg vključenosti v koordinirano obravnavo in Zavod Franko obiskuješ samo psihiatra kajne? Kako pogosto?)* Ja,/ (130D) enkrat na mesec imam psihiatra./ (131D)

E: Enkrat na mesec./ (73E)

F: Enkrat na mesec/ (95F)

G: Enkrat na dva meseca./ (32G)

H: *Ni odgovora.*

10. (Kaj pa vam je všeč pri koordinirani obravnavi? Kakšne so njene prednosti?)

A: To mi je všeč, da bo sedaj nek dodaten denar iz občine. *Res sem vesel, če bo./ (26A) Ja skupnostni socialni delavki sta vredni, ker mi pomagata pri iskanju zaposlitve./ (27A) všeč mi je, če gremo kam na kak izlet./ (28A)*

B: Imaš več svobode./ (48B) lahko delaš kar hočeš./ (49B) v bolnišnici imaš vedno nek urnik./ (50B) nimaš par ur za sebe./ (51B) *V bolnišnici je prijetno le to, da imaš stalno obrok na mizi, ki ga prej nisem imel./ (52B) Včasih ni prijetno biti v družbi nekaterih ljudi, eni so pravi psihoapati tam v bolnišnici./ (53B) V koordinirani obravnavi pa si v domačem okolju./ (54B) nisi zadrožiran, tako kot v bolnišnici./ (55B) Všeč mi je bilo tudi to, da sem s koordinatorko kot prevajalec šel v Trst na predavanje o dezinstitutionalizaciji./ (56B) Prevajal sem iz angleščine v slovenščino in obratno./ (57B) Prevajal sem tudi na Fakulteti za socialno delo na predavanju o duševnem zdravju./ (58B)*

C: Simona tudi poskrbi za socialna druženja z drugimi uporabniki./ (159C) *smo šli v kino./ (160C) na Lent./ (161C) pri Dravi smo igrali odbojko./ (162C) novoletna zabava./ (163C) to se mi zdi vredno./ (164C) Človek se mora družiti./ (164C) mora iti malo ven./ (165C) Pri Simoni se res ne počutiš kot številka./ (166C) res začutiš, da ji ni vseeno./ (167C)*

D: Ne vidim prednosti./ (46D)

E: *NAKNADNO: (Kakšne so prednosti koord.obravnavne?) Vse je vredno./ (103E) druženje z drugimi uporabniki je fino./ (104E) edino lahko bi napisali mesec prej program druženj, da veš kam greš, kako se obleči./ (105E)*

F: Malo je lažje, da se z nekom pogovoriš./ (50F)

G: Vse je vredno./ (33G)

H: Ko jo kaj prosim, naredi./ (74H)

11. (Kaj pa bi vi izboljšali pri koordinirani obravnavi, kaj vam ni tako všeč? Kakšne so slabosti storitve?)

A: Ne bi./ (29A)

B: Želim si, da bi se s koordinatorko in skupnostnimi socialnimi delavkami, prostovoljci pogostejše družili./ (59B) Težje mi je tudi hoditi v Maribor,/ (60B) saj včasih pridejo po mene, če bi pa vedno moral hoditi v Maribor, pa bi bilo to finančno težko za mene./ (61B)

C: Če imaš duševne probleme, se ne moreš zanašat samo na koord. obravnavo,/ (150C) fino je, kot neka opora,/ (151C) najbolje pa je, da imaš okrog sebe psihiatra,/ (152C) psihologa,/ (153C) podporo iz večih strani./ (154C) Fino je, ko Simona skliče sestanek vseh strokovnjakov/ (155C) in vsi slišijo kaj se dogaja/ (156C) (*Multidisciplinarni tim?*) Ja, ta sestanek bi lahko Simona večkrat sklicala,/ (157C) mi smo imeli to samo dvakrat./ (158C)

D: NAKNADNO: Rada bi bila bolj samostojna./ (132D)

E: Predlagal bi kak ples,/ (74E) druženje z drugimi uporabniki./ (75E)

F: (*Kako pogosto pa vas obišče?*) Ja, enkrat na dva tedna/ (67F), sedaj pa ji bom rekla, naj pride vsak teden, ker jaz rabim nekoga./ (68F) (*Kaj pa z drugimi uporabniki, ki so vključeni pri Simoni ste se že družili?*) Ne./ (74F) Bi pa šla, samo hodim težko./ (75F)

G: Vredu je./ (34G)

H: Vse je vredu./ (75H)

12. (Kako pa bi vi opisali koordinirano obravnavo, če bi storitev nekemu predstavljali?)

A: Ja, da ji lahko pomagajo socialne delavke,/ (32A) samo mora imeti svoje težave, če nimaš težav, potem pomoči ne potrebuješ./ (33A)

B: Simona in ostale so mojstrice v birokraciji, znajo pripraviti legalne dokumente./ (63B) Skupaj gremo na kak izlet,/ (64B) [socialne delavke so prijazne,/ \(65B\)](#) [niso materialistične kot večina ljudi,/ \(66B\)](#) [so prijetne./ \(67B\)](#) Tudi za novo leto se dobimo in gremo recimo na pico./ (68B) Nisi tako osamljen za novo leto, nisi brez prijateljev recimo. To je zelo dobro./ (69B)

C: Ne vem je mešanica med socialno reintegracijo,/ (170C) Simona se mi je včasih zdela kot psihologinja,/ (171C) pa da ti tako na nek človeški način pomaga./ (172C) (Bi storitev še komu predlagala?) Bi,/ (173C) tudi, če recimo na začetku ne veš kam po pomoč,/ (174C) greš k Simoni in ona ti lahko dobro svetuje./ (175C) Pove ti opcije, možnosti,/ (176C) pomaga ti navezat stik s strokovnjaki./ (177C)

D: To je kot neka skupnost,/ (61D) socialna mreža./ (62D)

E: Ja v bistvu gre za dogovarjanje./ (58E)

F: Pogovarjamo se./ (53F)

G: Pogovarjamo se./ (35G)

H: To je pomoč./ (77H)

13. (Kako pogosto pa se srečujete s pomanjkanjem finančnih sredstev?)

A: Auh, zelo pogosto./ (34A) *(Zmoti naju natakara in naju prosi, da poravnava račun, saj menjuje izmeno. Plačam in ponovim vprašanje).* Zelo pogosto,/ (34A) ne morem si privoščiti tako, kot če bi bil zaposlen v nekem podjetju, kjer bi prejemal plačo./ (35A) *(A sedaj prejemaš denarno socialno pomoč?)* Tako je./ (36A) *(Kaj pa od občine dobivaš kaj?)* Ne še. To bi pa dobil sedaj, na podlagi osebnega načrta./ (37A) *Ni še fiksno. (Koliko pa bi naj dobil?)* Od 400 do 500 evrov za nekje šest mesecev. Na mesec bi tako dobil še dodatno 75 evrov./ (38A)

B: Odkar sem v koordinirani obravnavi so se stvari izboljšale./ (70B) sem na socialni pomoči,/ (71B) lahko ravno ni, ampak si lahko privoščim nekaj stvari. / (72B) Sosedje so se preselili in sedaj si lahko mi pridelujemo hrano na njihovi zemlji./ (73B) Kupil sem si tudi knjigo o naravnem vrtnarjenju./ (74B) Občasno si lahko kaj privoščim, če varčujem./ (75B)

C: Jaz sploh nisem razpolagala z denarjem v času vključenosti, dolgo časa./ (177C)

D: Kar pogosto./ (63D) *(Prejemaš pa denarno socialno pomoč, to je tvoj edini vir dohodka?)* Ja./ (64D)

E: Ja, to pa je problem./ (62E) danes sem si moral od žene sposoditi 60 evrov,/ (63E) ampak to ji bom vrnil. Simona mi je tudi predlagala, da izpolnim obrazec za enkratno denarno socialno pomoč./ (64E) *(Kako pogosto pa se srečujete s pomanjkanjem finančnih sredstev?)* To samo ta mesec, drugače ne,/ (65E) s skupno pokojnino gre,/ (66E) še vnukom malo pomagava z ženo./ (67E)

F: Ja brez varstvenega dodatka ne bi zmogla./ (54F) *Dobila sem še sedaj pokojnino po možu. Samo s tem se ne moreš preživet in položnic plačat, zato dobim še varstveni dodatek. (Se srečujete s pomanjkanjem finančnih sredstev?)* Ne,/ (55F) jaz živim skromno/ (56F) in varčujem./ (57F) *Zdaj me je edino strah zaradi zapuščinske kako bo.*

G: *(Kaj pa s pomanjkanjem finančnih sredstev se srečujete?)* Ja pokojnino imam samo./ (36G) *(A varstven dodatek imate?)* Ne./ (39G) *(S pomanjkanjem finančni virov se srečujete?)* Ja vedno na koncu meseca./ (37G) *(Aha torej vsak mesec vam zmanjka finančnih sredstev?)* Ja./ (38G)

H: *(S pomanjkanjem finančnih sredstev se srečujete?)* Jaz imam pokojnino,/ (78H) varstveni dodatek./ (79H) Zdaj sem dobila denarno pomoč, da si kupim hladilnik./ (65H) Simona mi je izpolnila./ (66H) *(Aha izredno denarno pomoč, enkratni znesek mislite?)* Ja, enkratni./ (67H) Varčujem,/ (80H) če nimam, kupim najnujnejše,/ (81H) edino brez cigaretov ne morem bit,/ (82H) če mi zmanjka za cigarete pa si 20 evrov sposodim od sosede./ (83H)

14. (Kaj bi predlagali za rešitev problema finančne stiske?)

A: Dober predlog je, če bi dobil finančno pomoč še iz občine pa prostovoljno bom začel delat. *(A takrat bi dobil kakšno nagrado za prostovoljno delo ali kako?)* Ja, 75 evrov bi dobil./ (39A) *(Kje pa bi delal kot prostovoljec?)* Pri Kibli morda. Vendar pol bi želel, da bi tudi iz občine dobil kak denar.

B: NAKNADNO: Sedaj sem vključen kot prostovoljec./ (132B) pri Zavodu Franku./ (133B) tako bom dobil 70 evrov na mesec./ (134B) Mislim, da bo to dovolj, živim skromno./ (135B)

C: Ni razpolagala z denarjem (177C).

D: Varčevanje./ (77D) *(Aha. Še kaj morda?)* Ja zaposlitev bi tudi pripomogla k rešitvi stiske./ (78D)

E: *I. Nima večjih finančnih stisk.*

F: Varčevanje./ (58F) skromno življenje./ (59F)

G: NAKNADNO: Želim si kakšne pomoči./ (90G) kak varstveni dodatek./ (91G)

H: *I. Ni odgovora.*

15. (V kolikšni meri pa vaši finančni viri pripomorejo k uresničevanju ciljev? Spodbujajo uresničitev ciljev ali jo zavirajo?)

A: Omejujejo me./ (40A) Želel sem si, sedaj, ko je bil Maribor v Ligi prvakov, da bi šel na kakšno gostujočo tekmo v Lisbono ali pa v Nemčijo, a ni bilo finančnih sredstev./ (41A) *(Kaj pa glede na cilje, ki si si jih zastavil v načrtu, ki sta ga zapisala s koordinatorko?)* Ja saj ti cilji, se bodo začeli uresničevati, ko bom dobil denar iz občine./ (42A) Sedaj bom poravnal položnice za stanovanje v vrednosti 250 evrov, pomagam mami./ (42A) *(Do sedaj pa nisi plačeval položnic za stanovanje?)* Sem, ampak ne v tolikšni meri. Pa fitnes karto si bom plačal./ (43A) *(Aha).*

B: NAKNADNO: No, sedaj se bom vključil v rehabilitacijski program, kjer bom delal glede na svoje zmožnosti./ (76B) Ne bi še šel v pokoj, imam še veselje do dela./ (77B) Odkar sem v koordinirani obravnavi so se stvari izboljšale./ (70B) sem na socialni pomoči./ (71B) lahko ravno ni, ampak si lahko privoščim nekaj stvari./ (72B) Drugače pa me finančni vir ovirajo./ (136B) npr. ne morem si privoščiti nadaljnjega šolanja./ (137B)

C: Ja ponovno oditi na študij v Ljubljano./ (178C) delno cilja nisem uresničila zaradi financ, vendar to bi se še po mojem vseeno dalo./ (179C) predvsem pa zaradi tega, nisem šla, ker še sama nisem bila dovolj psihično pripravljena./ (180C)

D: *(Torej finance verjetno omejujejo dosego tvojih ciljev, ki si si jih zadala?)* Ja./ (65D) *(Kateri pa so ti cilji, ki jih še nisi uresničila?)* Moj največji cilj je, da dobim nazaj otroka./ (66D) Vem, da to iz danes na jutri ne gre, to bi rada uresničila v roku enega leta. *(Torej tvoj otrok pa je star 3 leta, sedaj je v rejništvu.)* Ja./ (67D) *(Kako pa je prišlo do tega, da si tako mlada zanosila?)* Nisem vedela, da bo oče otroka zapustil./ (68D) Ko je izvedel, da sem noseča je rekel, da ne bo skrbel za otroka./ (69D) da očetovstva ne bo podpisal./ (70D) *(In kaj potem nisi imela urejenih stanovanjskih razmer, da so ti ga vzeli ali kako?)* Ja nisem imela stanovanja/ (71D) pa tudi zaradi moje preteklosti so ga vzeli./ (72D)

E: *Ne zazna večje stiske zaradi pomanjkanja finančnih sredstev.*

F: Ne, ne morem./ (63F) ampak potrpi (Kaj si pa želite, pa si ne morete privoščiti?) Jaz sem skromna, že z možem sva skromno živela.

G: Ja, na dopustu že nisem bila 10 let./ (40G)

H: *Ni odgovora.*

16. (Kaj bi se zgodilo, če od jutri naprej ne bi bil več vključen v koordinirano obravnavo v skupnosti? Kako bi to vplivalo na vas?)

A: Slabo bi bilo,/ (44A) ne bi dobil denarja,/ (45A) v dolgovih bi bili spet./ (46A) *Ne vem kdaj bi potem z mamo izplačala te dolgove./ (47A)*

B: *NAKNADNO:* Izgubil bi del socialne mreže,/ (138B) če bi rabil pomoč pri kakšni legalni zadevi bi bil brez podpore,/ (139B) manj aktiven bi bil,/ (140B) ne bi hodil na pohode,/ (141B) *na pustolovščino s Simono*, ko sem hodil skupaj z njo kot prevajalec./ (142B)

C: Če bi predčasno zaključila, se ne bi dobro izšlo,/ (181C) to je neka dodatna opora, ki jo imaš ob drugih stvareh,/ (182C) *tako kot sem prej izpostavila, več stvari kot imaš, večja je možnost, da ti uspe./ (184C) Na začetku res rabiš veliko opore, potem pa s časoma zmanjšuješ./ (183C)*

D: Bolj samostojna bi bila./ (79D)

E: Žalosten bi bil,/ (59E) ker sem navezan na Simono,/ (60E) na Ireno./ (61E)

F: Hudo bi mi bilo./ (64F) *Enega gospoda poznam, ki ga socialna delavka dvakrat na teden obišče, ker gosod pije in se krasno razumejo.*

G: Ja, potem bi bila pa sama./ (43G)

H: Ne predstavljam si, da ne bi bila vključena./ (84H)

17. (Z vključitvijo v koordinirano obravnavo v skupnosti sodelujete s koordinatorko in drugimi skupnostnimi socialnimi delavkami. Kakšen je vaš odnos s koordinatorko obravnave v skupnosti in kakšen je vaš odnos z drugimi skupnostnimi socialnimi delavkami?)

A: *Vredu, smo povezani.* Eni malo bolj zaupam kot drugi./ (48A) (*A res?*) Ja, ena je bolj odprta, vesela, dobrosrčna./ (49A)

B: Zelo všeč so mi kot osebe,/ (80B) imam občutek nekega prijateljskega odnosa/ (81B), so zelo tolerantne do drugačnih oseb./ (82B) Če si bil v norišnici, drugi kažejo s prstom na tebe, da si nor,/ (83B) od njih pa ni takšnega odnosa./ (84B) Imam občutek, da me dojemajo kot sebi enakega./ (85B) So aktivne, npr. gremo skupaj kdaj na pohod./ (86B) Imamo tudi delavnice,/ (87B) npr. glasbeni nastop/ (88B) in igranje družabnih iger, (89B) enkrat smo delali okraske iz modelirne mase./ (90B) Spremljajo me na Rdeči Križ./ (91B)

C: Ja, misliš študentke še takrat ne? (*Ja.*) To je vredno, ker vedno ne moreš klicat Simone,/ (184C) jaz sem se v okviru koord. obravnave na začetku neke enkrat na teden dobila s Simono,/ (185C) dvakrat na teden pa s študentkami, z Lidijo, s tabo, z Ivo./ (186C) (*Kako pa so ti študentke pomagale?*) Pogovor,/

(187C) odhod na pijačo./ (188C) ven./ (189C) malo za socializacijo./ (190C) zabavo./ (191C) Glej temo prednosti koordinirane obravnave: Pri Simoni se res ne počutiš kot številka./ (166C) res začutiš, da ji ni vseeno./ (167C)

D: S koord. imava kar vredno odnos./ (80D) s skupnostnima delavkama pa tako, tako./ (81D)

E: NAKNADNO: (Kakšen odnos imate s koord.?) Zdaj bolj slab./ (106E) ni se držala dogovora o tem kdaj pride k meni domov/ (107E), ni prišla na ZPIZ, ko sem imel komisijo./ (108E) Zdaj imam tako drugo koord./ (109E) to sem srečal le trikrat, ampak do sedaj se je držala dogovora./ (110E)

F: Se vredno razumemo./ (65F) poslušaj me./ (66F) meni to veliko pomeni.

G: Vredno se razumemo./ (44G)

H: Vredno./ (85H)

18. (Kako pogosto vas obišče koordinatorka in kako pogosto druga skupnostna socialna delavka?)

A: Koordinatorka me obišče bolj redko, kakšen mesec in pol je ni bilo./ (50A) (Kako pogosto pa te obiščeta skupnostni socialni delavki?) Enkrat na teden pride ena in ista skupnostna socialna delavka./ (55A)

B: Enkrat, včasih dvakrat na mesec./ (62B) (Kako pogosto pa te obišče koord. in kako pogosto skupnostni socialni delavki? Rekel si, da se s koordinatorko dobiš enkrat na mesec, kaj pa s skupnostimi socialnimi delavkami?) Tudi nekje enkrat na mesec./ (92B)

C: Na začetku enkrat na teden, potem pa manj./ (146C) Jaz sem se v okviru koord. obravnave na začetku nekje enkrat na teden dobila s Simono./ (185C) dvakrat na teden pa s študentkami, z Lidijo, s tabo, z Ivo./ (186C)

D: Koord. me obišče, ko ima čas, ponavadi na mesec trikrat, štirikrat./ (82D) skupnostni delavki pa vsak dan./ (83D) (Prideta k tebi domov?) Ja./ (84D)

E: Drugače pa me obišče glede na to kdaj kaj potrebujem. Recimo enkrat na mesec./ (93E)

F: Ja, enkrat na dva tedna/ (67F), sedaj pa ji bom rekla, naj pride vsak teden, ker jaz rabim nekoga./ (68F)

G: Simona bolj redko, nekje enkrat na dva meseca./ (45G) Iva in Jana pa me izmenično obiščeta. Vsak dan, nekje dve uri je ena tukaj./ (46G)

H: Ko kaj nujno rabim./ (86H) grem do nje na center za socialno delo./ (87H) (Koliko približno na mesec pa se vidiš?) Ko kaj rabim, ko mi mora kaj prebrat jo obiščem, mogoče dvakrat na mesec./ (88H)

19. (Kakšno pomoč/storitve vam nudi koordinatorka in skupnostni socialni delavki?)

A: Recimo sedaj sem dal prošnjo za izredno denarno socialno pomoč./ (56A) *saj sem potreboval hladilnik. Potreboval sem informacijo o tem in sem poklical koordinatorko, da mi je potrdila to informacijo, saj lahko na CSD vidi, če je pomoč odobrena ali ne./ (57A) (Kaj pa skupnostni socialni delavki?) Pomagata mi najbolj pri iskanju zaposlitve./ (58A) pri plačevanju položnic./ (59A) pomagata razdeliti delež, koliko plača mama in koliko jaz./ (60A) (Kako pogoste obiske pa bi si želel? Je vredu v tvojem primeru enkrat na teden?) Ja, vredu./ (61A) (Imaš še kak predlog kako bi ti koordinatorka in skupnostni socialni delavki lahko pomagali?) Ne. Nimam.*

B: NAKNADNO: Vse mi pomagajo pri socializaciji, (175B) druženju, (176B) vključevanju v aktivnosti./ (177B) Koordinatorica me vzame s seboj kot prevajalca./ (178B) pomaga mi urediti birokratske dokumente./ (179B) Prostovoljec sem./ (180B) tako dobim finančno pomoč./ (181B) (V Zavodu Franko?) Ja./ (182B) *Ko sem rabil pomoč, je prišla k meni domov/ (149B) in smo skupaj napisali pritožbo/ (150B) proti podaljšanju nadzorovane obravnave./ (151B) Spremljajo me na Rdeči Križi./ (91B)*

C: Simona se mi je včasih zdela kot psihologinja./ (171C) pa da ti tako na nek človeški način pomaga./ (172C) *(Bi storitev še komu predlagala?) Bi./ (173C) tudi, če recimo na začetku ne veš kam po pomoč./ (174C) greš k Simoni in ona ti lahko dobro svetuje./ (175C) Pove ti opcije, možnosti./ (176C) pomaga ti navezat stik s strokovnjaki./ (177C) Simona tudi poskrbi za socialna druženja z drugimi uporabniki./ (159C) smo šli v kino./ (160C) na Lent./ (161C) pri Dravi smo igrali odbojko./ (162C) novoletna zabava./ (163C)*

(Kaj pa z drugimi skupnostni socialnimi delavci si sodelovala, kako ocenjuješ njihovo delo?) Ja, misliš študentke še takrat ne? (Ja.) To je vredu, ker vedno ne moreš klicat Simone./ (184C) jaz sem se v okviru koord. obravnave na začetku nekje enkrat na teden dobila s Simono./ (185C) dvakrat na teden pa s študentkami, z Lidijo, s tabo, z Ivo./ (186C) (Kako pa so ti študentke pomagale?) Pogovor./ (187C) odhod na pijačo./ (188C) ven./ (189C) malo za socializacijo./ (190C) zabavo./ (191C)

D: Svetuje mi/ (85D) *glede financ./ (86D) življenja./ (87D) otroka./ (88D) velikokrat greva na izlete./ (89D) (Kaj pa drugi dve skupnostni socialni delavki, kako pa ti oni dve pomagata?) Ena mi nudi nasvete./ (90D) druga pa se obnaša kot mama./ (91D) zato razmišljam o izključitvi iz storitve./ (92D) Pogrešam več samostojnosti./ (93D)*

E: Sedaj me je Simona tudi vprašala katero socialno delavko si želim, da me obiskuje in sem rekel, da Irena, *sedaj pa bomo videli kako bo./ (28E) Simona sedaj pride v začetku aprila k nam domov in bo naredila finančni program, kolikšen del moje pokojnine moram dati ženi./ (29E) Jaz sem ji ponudil 250 evrov in je najprej rekel, da tega ne bo sprejela, sedaj pa bi sprejela.* Ne morem se dogovoriti z njo./ (30E) Simona mi je tudi predlagala, da izpolnim obrazec za enkratno denarno socialno pomoč./ (64E) *Ja včeraj sva bila skupaj tukaj v kavarni in sva napisala vlogo za dodatek za pomoč in postrežbo./ (68E) Pri izpolnjevanju obrazcev, vlog za denarno pomoč./ (69E) za dodatek za pomoč in postrežbo./ (70E) pri razdeljevanju finančnih sredstev./ (71E) Dvakrat na leto se tudi dobimo pri psihiatriji, jaz, Simona in žena./ (72E)*

F: Pogovor./ (69F) danes me je zapeljala do sodišča./ (70F)

G: *(Kakšno pomoč pa vam nudi koordinatorka?) Povedala mi je, da se lahko vključim v skupino./ (47G) tam vsak pove kako se počuti, kaj je delal. (To mislite skupino v psihiatrični bolnišnici?) Ne, to je druga. (Aha.) (Še kakšno pomoč vam je nudila? Načrt sta tudi pisali.) Ja, samo kaj naj jaz, jaz si želim samo zdravja in miru. (Kakšno pomoč pa vam nudita skupnostni delavki?) Pogovor./ (48G) druženje./ (49G)*

H: Zdaj sem dobila denarno pomoč, *da si kupim hladilnik./ (65H)* Simona mi je izpolnila./ (66H) *(Aha izredno denarno pomoč, enkratni znesek mislite?)* Ja, enkratni./ (67H) *(Kakšno pomoč pa vam nudi koordinatorka?)* Bila sem 7 dni brez elektrike./ (68H) *v domu so mi vzeli vso pokojnino./ (69H) domov sem prišla s 25 evri. Šla sem do nje in jo prosila.* Simona mi je posodila svoj denar za plačilo elektrike./ (70H) Ko dobim kakšno pismo grem do nje, da mi prebere./ (71H) *ker sem sama nepismena./ (72H)* Pomoč pri pridobivanju izredne denarne socialne pomoči sva rekli./ (89H) posodila vam je denar./ (90H) prebere vam pošto/ (91H). *(Še kaj?)* Ne.

20. (Kako vam pomagajo pri vstopu na trg dela?)

A: Na CIPSU sta me veliko naučili./ (62A) sedaj tja zahajam sam. Lahko delam samostojno, grem tudi sam tja, pogledam prosta dela./ (63A) *(A nimaš ti doma računalnika, torej lahko tudi od doma pogledaš?)* Ja, ampak se mi je sedaj ponovno pokvaril računalnik, prej pa sem lahko tudi doma spremljal prosta dela. *(A sedaj tudi sam pošlješ prošnjo ali kako?)* Pri tem sta mi najprej pomagali skupnostni delavki./ (64A) bil sem tudi na zaposlitveni delavnici, tam so me naučili bolje napisati prošnjo za delo./ (65A) sedaj pa jo napišem sam./ (66A)

B: Simona (koordinatorka) je prišla na Zavod za zaposlovanje z mano in mi pomagala./ (93B)

C: Ja, to sva vključili v osebni načrt./ (192C) *jaz sem delala tri mesece, bila sem urednica revije./ (193C)* ampak so me potem čez tri mesece vrgli./ (194C) *ker sem bila zadeta./ (195C)* Pa pomagala mi je pri ponovni vključitvi v šolanje./ (196C)

D: Pri tem mi trenutno ne pomagajo./ (94D)

21. (Katere osebnostne lastnosti pa najbolj cenite pri koordinatorki? Pri njenem odnosu do vas?)

A: Kako to misliš? *(Katero osebnostno lastnost najbolj ceniš pri njej, pri njenem odnosu do tebe?)* Nič ni posebnega. Najbolj bi cenil, če bi se nekaj dogovorili in bi se tega držala./ (67A) Sedaj se včasih drži dogovora, včasih ne./ (68A) gnečo ima z uporabniki./ (69A)

B: NAKNADNO: To bi lahko pa kar našteval: sočutje./ (143B) izkušnje./ (144B) sposobnosti v birokraciji./ (145B) njeno zaupanje vame./ (146B) ona se postavi zame na sodišču./ (147B) pripravljenost pomagati./ (148B) Ko sem rabil pomoč, je prišla k meni domov/ (149B) in smo skupaj napisali pritožbo/ (150B) proti podaljšanju nadzorovane obravnave./ (151B)

C: Predvsem zelo človeški odnos./ (260C) Nikoli me ni sodila ali grajala zaradi preteklosti/ (261C) ali napak, ki sem jih delala/ (262C) ali recidivov, ki sem jih imela./ (263C) Spremljala me je, ko mi je šlo super pa tudi ko sem imela hude krize./ (264C) Zelo se je potrudila, da je z mano opredelila cilje/ (265C) in me vzpodbujala/ (266C) ter spremljala moj napredek./ (267C)

D: Izleti so mi všeč./ (95D) NAKNADNO: Razumevajoča je./ (133D)

E: NAKNADNO: (Katere osebnostne lastnosti najbolj cenite pri koord.?) Ja ni mi všeč, da vedno bolj podpira ženo kot meni./ (111E) ni objektivna./ (112E)
F: Prijazna je./ (71F)

G: Odkritost najbolj cenim./ (50G)

H: Njej zaupam./ (73H) Prijazna je./ (76H) Prijazna je./ (92H)

22. (Kako pa poteka izvajanje načrta? Katerih ciljev še nisi uresničil? Kaj bi si želeli na tej točki spremeniti?)

A: Nisem se še preselil na svoje, kar je moj cilj v načrtu, z mamom naj bi imela vsak svoje stanovanje./ (70A) želim si fitnes karto./ (71A) denar iz občine./ (72A) (Kaj pa zaposlitev?) To tako delam na tem, ampak še tega nisem uresničil, to je danes težko./ (73A) Kakor si jaz želim, tako se naredi. (Kaj pa če primerjaš delo neke socialne delavke v instituciji in skupnostno socialno delavko? Si spoznal kakšno socialno delavko v instituciji?) Ne, nisem spoznal. (Aha).

B: NAKNADNO: Nisem si še našel službe./ (152B) ampak ta cilj bom uresničil z vključitvijo v zaposlitveno rehabilitacijo./ (153B)

C: Služba./ (203C) ostalo sem vse uresničila./ (204C) (Bravo.)

D: Samostojnost./ (103D) več stikov z otrokom./ (104D) pridobitev otroka nazaj./ (105D)

E: Sedaj uresničujem te cilje glede dodatka/ (77E) in izredne socialne pomoči./ (78E)

F: (Sta s Simono že napisali osebni načrt?) Ne še./ (72F) (Aha tako, da še nista ciljev opredelili.) Ne ne./ (73F)

G: Jaz nekih posebnih ciljev niti nisem imela./ (51G)

H: Želim si enkratno denarno pomoč./ (93H) da si lahko kupim hladilnik./ (94H) pralni stroj./ (95H)

23. (Kaj pa glede prejemanja storitev, vam ustreza, prejemanje storitev na domu ali obisk socialnega delavca v instituciji? Kako ocenjujete prihod koordinatorke na vašem domu?)

A: Ja, pride skupnostna delavka, mi je boljše, ker nimam sedaj denarja za karto za avtobus./ (74A)

B: Bolj mi je všeč prejemanje storitev na domu./ (94B) ampak je tudi odvisno od osebe./ (95B) Obisk koordinatorke nadzorovane obravnave mi ni bil všeč./ (96B) zato sem jaz raje njo obiskal v bolnišnici./ (97B)

C: NAKNADNO: Moja koordinatorka ni nikoli prišla k meni domov za razgovore./ (268C) *mislim da niti nikoli ni bilo potrebe./* (269C) Meni je kar všeč, da sem šla malo ven in k njej, *da sem lahko nekaj planirala./* (270C) *Je pa verjetno dobra opcija za tiste, ki iz kakršnihkoli razlogov ne morejo priti v CSD./* (271C) Ali pa kar tako na obisk, kot vem, da k nekaterim hodi, da preveri situacijo./ (272C)

D: Meni je oboje v redu./ (106D)

E: To je super, da me na domu obišče./ (76E)

F: Ja, to je v redu./ (47F) jaz ne morem nikamor hodit, še v trgovino komaj grem./ (48F) nimam niti denarja za avtobus./ (49F)

G: To je v redu, da pridejo na dom. / (52G)

H: *(Pa vam ustreza prihod koord.na dom?)* Seveda. / (96H)

24. (S kom živite?)

A: Z mamom./ (75A)

B: Živim skupaj z mamom./ (98B)

C: (S kom živiš sedaj si še pri starših ne?) Zaenkrat./ (205C) *potem pa grem na Irsko./* (206C) *(Smeh).*

D: Sedaj živim s fantom/ (107D), prej sem živela v svojem stanovanju./ (108D) *sama sem živela tri mesece./* (109D) *en mesec pa sedaj na novo živim s fantom./* (110D)

E: *Jaz sem pa bil v delavskem svetu v Jeklotehni in zato sem dobil dvosobno stanovanje v Regentovi leta 1975./* (6E) *(Tukaj kjer ste sedaj?)* Ja./ (7E) *(Torej Vi živite z ženo?)* Ja, z ženo./ (78E)

F: *Z možem živela v privat stanovanju, po smrti moža tam živi sama.*

G: Sama.

H: *(Sedaj pa živite sami kajne?)* Ja./ (96H)

25. (Kako pogosto se družite z drugimi uporabniki, ki so vključeni v koordinirano obravnavo v skupnosti?)

A: Malo, no saj se kar družim./ (76A) Dvakrat na mesec (112A) NAKNADNO: (Kako pogosto se družiš z drugimi uporabniki, ki so vključeni v koordinirano obravnavo, lahko v povprečju oceniš kolikokrat na mesec se družite?) Dvakrat na mesec (112A)

B: Enkrat na mesec se recimo dobimo./ (99B) gremo skupaj na pohod./ (100B)

C: Ni bilo tako pogosto, nekje enkrat na mesec./ (207C) edino, ko sem jih učila angleščino./ (208C) potem enkrat na teden./ (209c) to je bila tudi dobra izkušnja./ (210c) simona je predlagala delavnico poučevanja angleščine, ki bi jo vodila jaz./ (211C) in potem sem videla, da mi kar gre, / (212C) da imam neko žilico za poučevanje./ (213C)

D: Redko./ (111D) NAKNADNO: (Lahko še bolj natančno določiš kolikokrat na mesec se družiš z drugimi uporabniki?) Nekje enkrat na mesec./ (147D)

E: (Kolikokrat na mesec se družite z drugimi uporabniki?) Enkrat na teden./ (113E)

F: (Kaj pa z drugimi uporabniki, ki so vključeni pri Simoni ste se že družili?) Ne./ (74F) Bi pa šla, samo hodim težko./ (75F)

G: Hjo, če so pa eni taki bogi, jaz se s tistimi težko družim./ (53G) (Ste se pa družili?) Ja, na skupini./ (54G) enkrat na mesec./ (55G) (Ampak ti uporabniki niso vključeni v koord.obravn.?) Ne. (Aha s temi uporabniki iz koord.obravn.pa se ne družite?) Ne./ (56G)

H: Se ne družim./ (98H) so položnice./ (99H) sedaj bodo delali še fasado na hiši, bodo še večje položnice.

26. (Kako pogosto se družite z drugimi člani skupnosti (sorodniki, sosedi, znanci iz Vašega kraja? V kakšnem odnosu ste z njimi?)

A: Včasih se pogovarjam s sosedi recimo o športu, nogometu./ (77A) Z znanci se pogovarjam na fitnesu./ (78A) (Kaj pa s sorodniki?) Z mamom se pogovarjam, z drugimi pa ne. (V kakšnem odnosu si s sorodniki?) S sorodniki se ne pogovarjam./ (79A) z omo sem se pogovarjal, ampak je že umrla, z bratranci, teto, pa se ne pogovarjam.

B: Imam prijatelja iz DRIMA./ (98B) z njim se kar pogosto dobim./ (99B) star je 25 let in je predsednik društva. S sosedi pa tako, ko jih vidim, jih pozdravim, drugače pa se z njimi ne družim./ (100B)

C: Čisto na začetku sem videla samo starše./ (214C) zaposlene na CPO./ (215C) Simono./ (216C) nek omejen stik./ (217C) potem pa sem začela sodelovati s študentkami, ki jih je predlagala Simona./ (218C) dobiš varne vrstnike, to smo imeli na CPO./ (219C) v Goblicon sem se vključila./ (220C) šla sem na faks./ (221C) vzpostavim svoje stare hobije./ (222C) tako se ti nato počasi širi ta socialna mreža./ (223C)

D: Ne pogosto./ (112D) ker se predvsem z mamom in očetom slišimo predvsem po telefonu./ (113D) z drugimi se pa ne družim./ (114D)

E: Družimo se s prvo/ (84E) in drugo ženo od sina/ (85E) in z njunimi otroki./ (86E) Najbolj hudo mi je bilo, sem imel kolega./ (8E) ki sva skupaj delala in kaj je naredil. Šel je na lestev, nek kabel je hotel priklopiti in je iz zgornje stopnice lestve padel na hrbet na mizo. To je trajalo dve leti, in se je slabšalo, slabšalo, vsi organi so mu počasi odpovedovali, in lani je umrl./ (9E) isti letnik je bil kot jaz. Žal mi je za njega. Njegova žena pa je postala dementna./ (10E) Je šla parkrat

na Pobrežje, trikrat in ni groba našla. Prišla je tudi do mojega stanovanja in rekla, Silvo pridi mi odklenit stanovanje, in grem dol in stanovanje odklenjeno. Ja delali smo skupaj, ona je delala v pisarni. *(Pa sedaj je še doma ta gospa?)* Ne, v domu je. Njen sin pa je samostojni podjetnik, je zelo vredn, velikokrat greva skupaj na kavo/ (11E)

F: *(Kaj pa v kakšne dogodke v skupnosti se vključujete, npr. obiščete kakšno prireditel?)* K sodelavki grem,/ (77F) h kolegici grem,/ (78F) k znancem./ (79F) Včeraj je prišel en kolega, družinski prijatelji smo že 20 let/ (60F) *(Kako pogosto pa se slišite z drugimi člani skupnosti, sosedi, znanci?)* Prej smo se s sosedi, zdaj pa ne./ (76F) *Ko je mož padel pa so videli kakšno nogo ima pa ga niso mogli v bolnico peljat. Ko pa so oni potrebovali pomoč, pa sem jim vedno pomagala. Enkrat sva z možem sosedom še denar posodila, zaradi tega pa sva potem morala stanovanje preko sklada plačevati. (Še kdo drug od sorodnikov bi vam lahko pomagal?)* Imam sorodnike v Novem Sadu, tam je od stare mame hčera, a nimam naslova, nimamo niti stikov.

G: Nisem najbolj za druženje s sosedi, pozdravimo se, to pa je vse./ (57G) Edino dve sosedi prideta k meni na obisk./ (58G) Ena mi naredi pedikuro, manikuro, obrvi mi populi,/ (59G) jaz pa jo povabim na kosilo./ (60G) *(S prijatelji se dobro razumete?)* Ja./ (61G) Z nikomer se ne kregam./ (62G)

H: Včasih se pozdravimo,/ (100H) drugače pa vsak za sebe,/ (101H) kregamo se ne./ (102H)

27. (Kje vam vaša socialna mreža nudi oporo/pomoč?)

A: *(Torej če bi potreboval pomoč od njih, od sorodnikov ti oni nebi pomagali?)* Verjetno ne. (80A) *(Na koga pa bi se obrnil, če bi imel nek problem, krizo?)* Najprej na mamo,/ (81A) potem če ona ne bi imela časa pa na kolegico od mame./ (82A) *(Kaj pa sosedi, znanci bi ti lahko pomagali, bi jih prosil za pomoč?)* Ne, sploh sosedom ne zaupam./ (83A)

B: Z nekaterimi sosedi se kar dobro razumem/ (101B) in se mi zdi, da bi se postavili zame, npr. rekli kakšno dobro besedo zame na sodišču./ (102B) *(Kaj pa s sorodniki?)* S stricem in teto se zelo dobro razumem,/ (103B) dali so mi tudi denar,/ (104B) da sem si lahko kupil ameriško borovnico, za semena,/ (105B) dajo mi tudi kaj hrane./ (106B) Imajo pa kar veliko dela v službi, dobili so že četrtega otroka. Ampak jim pridem voščiti za rojstni dan, isto oni mene obiščejo za rojstni dan./ (107B) Imam kar dobre odnose,/ (108B) a nimam neke široke mreže./ (109B) Imam nekaj ljudi s katerimi se dobro razumem in to je to. *(Torej sorodniki ti lahko tudi finančno pomagajo?)* Ja.

C: Mi doma smo v bistvu za moj problem le eni teti povedali,/ (224C) ostali pa v bistvu ne vedo,/ (225C) niso niti tukaj blizu doma *(Pa tista teta, ti je kdaj pomagala?)* Finančno pomoč je nudila,/ (226C) starša je podpirala,/ (227C) nekomu sta mogla povedati./ (228C) Najprej sem bila jezna, ker sta povedala,/ (229C) ampak sedaj razumem./ (230C)

D: Pomagata mi oče in mama,/ (115D) oče mi kupi obleke,/ (116D) hrano,/ (117D) včasih mi dasta kaj denarja./ (118D) *(Z drugimi sorodniki imaš stike?)* Zelo redko./ (119D) *(Če bi potrebovala njihovo pomoč bi jo dobila?)* Ne vem./ (120D)

E: *(Kaj pa žena Vam pomaga pri vsakdanjih opravilih?)* Ja, na njo se lahko obrnem,/ (91E) pa na Simono,/ (92E)

F: Imam še teto v Kanadi/ (14F). *Možev brat ni prišel na njegov pogreb*, teta iz Kanade pa mi je poslala 50 evrov za hrano/ (15F) in za sveče za grob./ (16F) Ona je vsako leto/ (17F) možu za rojstni dan in god poslal čestitko in kakšnih 5 evrov./ (18F) *Ker ona tudi težko živi, je ločena, stara 80*. Imam še teto v Murski/ (19F) *ona bo pa 100 let stara*.

No teti iz Kanade/ (33F) in Murske/ (34F) bi mi že pomagali./ (35F) *ampak tudi težko živita*. Teta iz Murske je imela prijatelje, a se nista razumela, nato je sama ostala z otrokom in je mogla težko delat, da je oba preživela. Teta iz Kanade pa tudi težko živi, je sama, z možem sta šla narazen, ima majhno pokojnino, je bolana. Hudo ji je za mene, za mojega moža. Teta iz Murske me je klicala, rada bi, da pridem kaj k njej na obisk, ampak nazadnje, ko sem šla sem skupaj padla in so mi rekli zakaj hodim okrog sama, če sem bolana. Včasih sem se zmotila in sem šla na napačen avtobus. Ne najdem se. Včeraj je prišel en kolega, družinski prijatelji smo že 20 let/ (60F) in včasih pride in mi kaj pomaga./ (61F) včeraj sva si skupaj skuhala kosilo./ (62F)

G: Edino dve sosedi prideta k meni na obisk./ (58G) Ena mi naredi pedikuro, manikuro, obrvi mi populi./ (59G) jaz pa jo povabim na kosilo./ (60G) Prijatelji/ (63G) in sosedi mi ne pomagajo./ (64G) Pomaga mi sin./ (65G) Včasih skuha on kosilo./ (66G) včasih jaz./ (67G) Operem mu./ (68G) *Midva sva samo dva, ni poročen, tako da mu jaz operem*, posušim/ (69G) in zlikam obleke./ (70G) *(Kje pa on vam še pomaga?)* Kupi mi hrano./ (71G) greva na sprehod./ (72G) *(Kaj pa kdo od drugih sorodnikov bi vam lahko pomagal?)* Mi smo bolj takšna družina, da je vsak za sebe./ (73G) Ena gospa pride tudi na 14 dni k meni/ (74G) in skupaj očistiva stanovanje./ (75G) *(Aha na črno?)* Ja./ (76G)

H: *Moj najstarejši sin je bil proročen, se je ločil, našel eno žensko z dvema otrokoma, sedaj pa so se spet skregali in je spet sam*. *(Aha. Pa ste z njim v stiku?)* Enkrat na dva meseca pride./ (103H) išče denar od pokojnine./ (104H) *(Kaj pa z drugima dvema otrokoma ste v stiku?)* Ne, niti ne vem kje sta./ (105H) *(Bi lahko dobili pomoč od sosedov ali pa sorodnikov?)* Ne./ (106H) še oni od mene želijo pomoč./ (107H)) če mi zmanjka za cigarete pa si 20 evrov sposodim od sosede./ (83H)

28. (V katere dogodke v skupnosti se vključujete? Kdo vam pri tem pomaga?)

A: Tako da kam gremo? *(Ja, recimo.)* Sam grem./ (84A) *včasih me pokličejo, pridejo z avtom po mene*,/ (85A) recimo ko smo šli na Trate,/ (86A) peš smo šli na Pohorje./ (87A) *(Torej v okviru koordinirane obravnave?)* Ja./ (88A) *(Nekaj pa greš tudi sam?)* Ja, na nogometno tekmo,/ (89A) na koncert Cece, Bljelo dugme sem šel sam./ (99A)

B: *(Rekel si, da si vključen tudi v društvo?)* Ja DRIM./ (110B) v knjižnico redno zahajam./ (111B) obiskujem prireditve drugih društev v svojem kraju, npr. proslava občine, pokušine vina./ (112B)

C: *Simona tudi poskrbi za socialna druženja z drugimi uporabniki*,/ (159C) smo šli v kino,/ (160C) na Lent,/ (161C) pri Dravi smo igrali odbojko,/ (162C) novoletna zabava,/ (163C)

D: *NAKNADNO*: S koordinatorko/ (134D) greva skupaj na izlete,/ (135D) na kak dogodek me vzame sabo, / (136D) če greva po kakšno uporabnico./ (137D) Na posvetu v Brdu/ (138D) sem bila z vami./ (140D) Z drugimi uporabniki,/ (141D) s Simono,/ (142D) Ivo, Jano,/ (143D) s teboj/ (144D) smo praznovali novo leto v piceriji./ (145D)

E: *(Aha v dnevni center hodite)./ (36E) Ja, to hodim vsak ponedeljek./ (37E)*
F: Se ne./ (98F) ne morem bit dolgo pokonci, glava me boli./ (99F) moram se uleči./ (100F)
G: To pa ne./ (77G)

H:/. Ni odgovora.

29. (Kaj lokalna skupnost, soseska meni o vaši vključenosti v storitev koordinirane obravnave, kaj meni o obiskih koordinatorke in skupnostnih socialnih delavk?)

A: Saj niti ne vedo./ (86A)
B: Oni sploh ne vedo, da sem vključen v to./ (113B) *pa tudi sam o tem ne razlagam./ (114B)*
C: Nihče v bistvu ni vedel, le tisti najbližji so vedeli./ (231C) *tako da se v bistvu nisem s tem srečala./ (232C)*
D: NAKNADNO: Mislím, da tega ne vedo./ (146D)
E: NAKNADNO: Ne vedo za vključitev./ (114E).
F: NAKNADNO: Ja saj jaz sem sosedi povedala, da me obišče koordinatorka./ (96F) Ne vem kaj si misli./ (97F)
G: Veliko jih ne ve za mojo vključenost./ (78G)
H: Ne vem./ (108H)

30. (Kako pogosto pa se vi osebno srečujete s predsodki družbe in diskriminacijo?)

A: Ja. Enkrat sem slišal, da sta se dve sosedi pogovarjali, da sva jaz in mama nora./ (87A) *Nato sem potrkal po vratih in rekel halo, pa sta pobegnili not, saj se ne morejo tako pogovarjat. Lahko rečem, da danes že vsak, enih 70 % ljudi ima težave v duševnem zdravju pa imajo normalno službo in normalno delajo./ (88A) Poznam soseda, ki ima 100 mg tablete pa dela od jutra do večera, avto ima, vse, ampak potrebuje tablete, da je bolj umirjen, da ni vzkipljiv. Je veliko takšnih primerov./ (89A)*
B: Če si bil v norišnici, drugi kažejo s prstom na tebe, da si nor./ (83B) *(Kako pogosto pa se ti osebno srečuješ s predsodki družbe in diskriminacijo? Se s tem srečuješ?)* Hm. Ja./ (115B) *(Ja? Lahko morda opišeš kak primer?)* Npr. enkrat sem šel od šaha in sem premagal svojega mentorja in sem šel ven ter zunaj mahal, saj sem bil sem zelo dobre volje./ (116B) Mamina nekdanja prijateljica je to videla in sporočila nadzorovani obravnavi, da maham po cesti in da se mi je duševno stanje poslabšalo./ (117B)

C: NAKNADNO: Ne zelo pogosto./ (273C) presenetljivo, ampak verjetno zato, ker sem svoje stanje dobro skrivala./ (274C) Se pa spomnim, da ko so cimre v študentskem domu našle moje skrite injekcije./ (275C) mi niso dale niti možnosti./ (276C) da bi karkoli povedala ali razložila./ (277C) ampak so mi takoj postavile pogoj./ (278C) da takoj poberem svoje stvari/ (279C) in se izselim/ (280C) ali pa bodo klicale policijo./ (281C) Ničelna toleranca do odvisnika./ (282C)

D: Nisem opazila, da bi me kdo izključeval./ (121D)

E: Ne, sploh ne/ (87E).

F: Veste, da govorijo./ (80F) Še o možu so grdo govorili, ker je včasih kak kozarček spil./ (81F) Še pshiatrinja je napisala, da me moti, da grdo govorijo o nama.

G: (Kaj pa s predsodki družbe, diskriminacijo se srečujete?) Ne./ (79G)

H: Nihče mi v oči ne pove nič slabega./ (109H) edino slabo o meni med seboj govorijo./ (110H)

31. (Na kak način pa vam pomaga koordinatorka obravnave v skupnosti in druge skupnostne socialne delavke pri soočanju z diskriminacijo, izključenostjo?)

A: Lahko me potolažijo z besedami./ (90A) (Aha, ste se že pogovarjali o tem?) Ja, skupnostna socialna delavka mi je rekla, da se bom vsakodnevno soočal z ljudmi, ki so lahko krivični do mene. V tem smislu. / (91A)

B: Npr. ko sem za novo leto obiskal prijatelja s katerim vsako leto spustiva raketo in se pomeriva kdo ima boljše. Ta prijatelj je prekinil stike z menoj, ker se mu zdi, da nimam perspektive./ (118B) Takrat me je skupnostna delavka M. potolažila./ (119B) da se v življenju prijatelji menjajo, mi je dala nasvet in me znala potolažiti./ (120B)

C: NAKNADNO: Pomagala mi je predvsem na ta način, da sem delala sama na sebi./ (283C) se resocializirala/ (284C) in izvlekla iz brezizhodne situacije./ (285C) ter na ta način odpravljala diskriminacijo in izključenost, ki spadata k odvisniškemu življenju./ (286C).

D: Ni zaznala izključevanja. Nisem opazila, da bi me kdo izključeval./ (121D)

E: Ni zaznal izključevanja. Ne, sploh ne/ (87E).

F: Ja pogovarjava se./ (82F)

G: / Ni zaznala izključevanja.

H: / Ni odgovora.

32. (Kako pa vidite svojo prihodnost čez pet let? Kje živite, kaj delate, s kom se najpogosteje družite? Kakšen je vaš status zaposlitve?)

A: *To je težko vprašanje. (Kaj si želiš? Kako se vidiš čez pet let?)* Da bi imel svojo službo,/ (92A) da bi živel v svojem stanovanju,/ (93A) da bi bil neodvisen./ (94A) Da bi imel punco in bi skupaj žvela in imela svojo družino./ (95A) *Zato se ljudje rodimo, da se razmnožujemo, da imamo svoje potomce, samo nekateri jih nimajo, nekateri jih imajo, eni si otrok želijo pa jih ne dobijo, recimo partnerjev, eni jih nočejo. Jaz si želim imeti punco. (Kaj pa čez pet let si še vključen v koordinirano obravnavo?)* Ne vem, če bi še bilo smiselno, mogoče le kak prijateljski odnos./ (96A) Imel bi punco, razdelila bi si delo, si pomagala./ (97A)

B: Čez 5 let bom imel službo preko rehabilitacije,/ (121B) živel bom najverjetneje v istem kraju,/ (122B) verjetno sam, *saj mama pravi, da bi se morda preselila./ (123B)* Rad bi ostal vključen v koordinirano obravnavo,/ (124B) saj imam prijatelje,/ (125B) *skupaj gremo na izlet,/ (126B) pohod,/ (127B)* koordinatorko lahko spremljam na dogodkih (128B) in tam prevajam./ (129B)

C: Faks bom imela končan,/ (233C) diplomo,/ (234C) službo,/ (235C) v načrtu imam oditi iz Slovenije,/ (236C) s fantom bi se rada skupaj preselila/ (237C) in samostojno zaživela./ (238C)

D: Moj status bo zaposlena,/ (122D) žvela bom s sinom/ (123D) in zanj skrbela,/ (124D) upam, da bom imela še istega fanta/ (125D) in bom žvela v istem stanovanju *z Blekico, mačka je Blekica./ (126D)* Družim se z bratom,/ (127D) s kolegico in kolegom./ (128D) *(Si še vključena v koord.obravnavo?)* Ne./ (129D)

E: Svojo prihodnost vidim predvsem v rekreaciji, v športu,/ (88E) v izobraževanju, berem veliko knjig in se samoizobražujem/ (89E) *(Ste še čez pet let vključeni v koordinirano obravnavo?)* Ja seveda,/ (90E) *zakaj pa ne. Jaz imam veliko kondicije, včasih sva z ženo hodila do Trikotne jase, sedaj pa ona ne more več.*

F: Ne vem kako bo, strah me je,/ (83F) verjetno nekaterih stvari več ne bom zmogla sama,/ (84F) ne bom mogla v trgovino,/ (85F) čistit,/ (86F) potrebovala bom pomoč./ (87F) Kuhat se mi ne da./ (88F) *(Ste še vključeni v koord.obravnavo?)* Ne vem kako dolgo bom še žvela/ (101F)

G: Isto,/ (80G) želim si živeti v istem stanovanju,/ (81G) obiskuje me sin./ (82G) Želim si miru,/ (83G) zdravja./ (84G) *(Kaj pa v koord.obrav.ste še vključeni?)* Ja, če bom žvela, upam, da me bodo še obiskovale./ (85G) *Nič kaj, samo zdravja/ (41G) in miru si želim./ (42G)*

H: Živim še tukaj,/ (111H) družim se najbolj s svojim vrtom./ (112H) Jaz imam zaupanje v koord., da mi bo pomagala./ (113H)

Priloga 4: Združeni odgovori socialnih delavcev

Združeni odgovori socialnih delavcev (dve koordinatorki: A, B) in dve skupnostni socialni delavki programa odprtih stanovanjskih skupin Zavoda Franko (C, D)

Legenda barv:

	Nepomembne izjave intervjuvancev
---	-------------------------------------

1. Kako dolgo že opravljate delo koordinatorke/skupnostne socialne delavke?

A: Jaz sem od vsega začetka zraven, od leta 2009./ (0A) ko smo začeli, takrat smo naredili tudi izpit za koordinatorja. Približno polovica nas ima ta izpit, polovica koordinatorjev pa se je zamenjala, sedaj v celi Sloveniji deluje okrog 25 koordinatorjev. Sem od leta 2009 zraven, sem pa pa zmes, leta 2010 bila eno leto na porodniški.

B: Šest let, od novembra 2009, torej čisto od začetka./ (0B)

C: Od oktobra 2011 sodelujem s koordinatorko S./ (0C) takrat sva tudi s S. začeli razmišljati o vzpostavitvi programa odprtih stanovanjskih skupin./ (1C) Prej sem delala na Agenciji In, tam smo začeli z letom 2010.

D: Jaz sem se vključila v program oskrbe v skupnosti avgusta 2013/ (0D) preko koordinatorke obravnave v skupnosti S./ (1D) kjer sem se na Centru za socialno delo zanimala za pripravništvo. Ker takrat nisem mogla dobiti pripravništva, me je koordinatorka povabila v program.

2. Koliko uporabnikov je trenutno vključenih v koordinirano obravnavo v skupnosti/ v program odprtih stanovanjskih skupin?

A: Če ti dam približno oceno, ker eni izstopajo, eni so v pripravi, da se bodo vključili, z enim se samo pogovarjamo in vzdržujemo samo kontakt in ne delamo na nobenih ciljih. Uporabnikov je nekje med 40 in 50./ (1A) (Toliko uporabnikov imaš ti?) Ja, to so samo moji uporabniki.

B: Zadnji dve, tri leta jih imam okrog 70./ (1B) Prvo leto jih je bilo 30, nato 50, potem pa nekje 70./ (2B)

C: 30./ (2C)

D: V našem zavodu je 30 uporabnikov./ (2D) ta številka pa niha./ (3D)

3. Kako poteka vaš delovni dan?

A: Zjutraj pridem v službo. (Smeh.) Ponavadi imam že za en teden ali pa dva tedna naprej organizirano h komu bom šla in kaj bom delala./ (2A) Zjutraj v pisarni opravim telefonske klice/ (3A) in naredim tisto, kar sem prejšnji dan obljubila ljudem na njihovih domovih./ (4A) Obiščem običajno dva, tri, včasih štiri uporabnike na dan./ (5A) Če delam načrte, lahko obiščem le dva uporabnika./ (6A) načrti so zelo naporno zadeva. Po teh obiskih se običajno sproži ogromno dela, ki ga moraš v pisarni narediti, recimo poklicat druge organizacije./ (7A) izpolnjevati kakšne vloge./ (8A) se dogovarjat./ (9A) Ponavadi imamo zjutraj sestanek z mojima javnima delavcema./ (10A) trenutno imam samo eno, enega pa še čakam./ (11A) Oni imajo štiri do pet uporabnikov na dan, da jih obiščejo./ (12A) Oni so izvajalci načrtov./ (13A)

(To imajo tudi drugi koordinatorji tako organizirano, ali imaš to samo ti tako urejeno?) Ja v bistvo je to moja posebnost, tega pri drugih koordinatorjih nisem zasledila./ (14A) ko imamo enkrat mesečno aktiv v Ljubljani. Javni delavci so izvajalci, prihajajo k njim domov./ (15A) grejo s človekom urejat zadeve za katere se dogovorimo v načrtu./ (16A) nekdo mora k zdravniku./ (17A) nekdo potrebuje osebno izkaznico./ (18A) nekdo mora na zavod za zaposlovanje./ (19A) Lahko gre za enkratno dejanje./ (20A) večinoma pa imajo dogovorjene tedenske obiske pri človeku/ (21A) in se z njim dogovorijo kaj bo kuhal, kaj bo kupil./

(22A) gresta plačat položnice na pošto./ (23A) dasta praat oblačila./ (24A) To ni enako kot pomoč na domu./ (25A) gre za pomoč pri vsakdanjih stvareh./ (26A) pomoč pri preživljanju prostega časa./ (27A) razporejanju časa./ (28A) razpolaganju z denarjem/ (29A) pomoč pri plačilu položnic./ (30A) *za razporeditev sredstev čisto na splošno. Javna delavca imasta poln urnik. Tako recimo izgleda urnik ene javne delavke (Mi pokaže urnik.)* Javna delavca obiskujeta skoraj vse moje uporabnike./ (31A)

B: Moj delovni dan poteka zelo različno./ (3B) kljub temu, da delam na CSD nimam uradnih ur, to pomeni, da v času uradnih ur jaz ne rabim biti v pisarni./ (4B) velikokrat grem že zjutraj na teren./ (5B) ali pa se zjutraj ustavim na CSD./ (6B) *ker sedaj nismo več v centru in lahko izgubim veliko časa, če se vozim sem in tja. (Kdaj pa greš na teren?)* Nekje ob 8.00 uri./ (7B) Kar veliko časa sem v psihiatrični bolnišnici./ (8B) pri meni je kar veliko vključitev uporabnikov na novo./ (9B) *druge koordinatorke v večini poročajo o tem, da delajo s tistimi uporabniki, ki so se vključili na začetku, v času prvih dveh let, nekih novih vključitev pa nimajo. Praviloma moje delo ni izvajanje na terenu,* moje delo je, da z uporabnikov ustvariva načrt, ki ga zapisujem na CSD, na domu, v bolnišnici ali v zavodu./ (10B) grem predvsem v Hrastovec, tudi v Lokavce, tam z uporabniki ustvarimo načrt preselitve./ (11B) Kar veliko je timskega dela z izvajalkami na terenu./ (12B) predvsem, če pride pri uporabnikih do sprememb, kakšnih tveganih situacij./ (13B) Nekaj seveda je izvajanja pri mojem delu./ (14B) kakšnega uporabnika kam zapeljem./ (15B) z nekom grem uredit neke stvari./ (16B) *kar seveda že sodi v izvajanje,* vendar pomagam izvajalkam./ (17B) *seveda one zelo veliko odtehtajo,* če njih ne bi bilo, bi ti ljudje morali biti v neki instituciji./ (18B) V glavnem mi zmanjka časa za izvajanje administracije./ (19B) saj je moj koledar zapolnjen z zapisovanjem načrta./ (20B) potem pridejo revizije./ (21B) potem se tudi sama vključim v izvajanja./ (22B) tudi uporabnikom odgovarja, da jaz vsake toliko časa pridem k njim in pogledamo kako poteka izvajanje./ (23B) *To je zaradi odnosa,* ker v času ko delam z uporabniki načrt, se vzpostavi nek odnos in si želijo mojega spremljanja./ (24B) Za pisarno mi pa zmanjka časa./ (25B) potrebno je pisati vabila za timske sestanke./ (26B) zapise timskih sestankov./ (27B) revizije./ (28B) zapis multidisciplinarnega tima./ (29B) zapis prvih razgovorov z uporabniki./ (30B) *(Koliko uporabnikov na dan pa običajno obišeš?)* Nekje pet, šest./ (31B) *(Kaj pa med vikendi?)* Ja praviloma je moj delovni čas od ponedeljka do petka./ (32B) *ampak tako vemo, da bo potrebno urediti podporo uporabnikom tudi čez vikend,* takrat delam, če me potrebujejo izvajalke./ (33B) če gre za neko krizno situacijo./ (34B) tudi telefona si ne izklopim, če presodim, ali pa da se z uporabnikom dogovorim, da se čez vikendom slišiva./ (35B) *Ne prakticiram pa tega, da bi me vsi še čez vikend klicali. Npr. v petek popoldan smo imeli eno krizno situacijo, me je klicala mama, da je njena hčera v krizi, ni si pa želela biti v bolnišnici, in tako sem šla do nje, jo peljala v dežurno ambulanto, da je dobila zdravlila in potem smo se dogovorili, da se v soboto slišimo kako se ona počuti. (Kaj pa bi potrebovala, da bi lahko kot koordinatorka kakovostneje delala?)* Ja, tukaj je več stvari, tako kot sva na začetku začeli, glede na potrebe cele regije, kjer je pet centrov za socialno delo, sta dva koordinatorja absolutno premalo./ (36B) Predvsem bi rada, da imajo možnost vključitve v storitev tisti ljudje, ki bi potrebovali institucionalno varstvo/ (37B) ali pa se želijo preseliti iz institucionalnega varstva/ (38B) ali pa mladi, ki se znajdejo v nekem obdobju stiske, ko bi se lahko začelo neko njihovo propadanje./ (39B) *To se mi zdijo ključni uporabniki, ne pa tisti, ki potrebujejo samo neko svetovanje, tiste lahko vključimo drugam.* Potrebovali bi ne samo več koordinatorjev./ (40B) temveč tudi več dobrih izvajalcev v skupnosti, ki z znanjem sledijo potrebam uporabnikov./ (41B) več skupnostnih služb./ (42B) idealno bi bilo, da bi bila organizirana neka skupnostna služba različnih profilov/ (43B): psihiater na terenu, ki uporabniku na domu predpiše zdravlilo./ (44B) *tudi primer iz petka, takrat je tista punca najprej vprašala, če bi lahko prišel psihiater k njej na dom, da ne bi rabila iti v bolnišnico. Pri nas pa še to ni tako razvito, no le ASPO (<https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=22915&lang=eng>)-ambulanta za skupnostno psihiatrično zdravljenje nekako to izvaja pri tistih, ki so tam vključeni.*

C: V bistvu si lahko vnaprej razporedim dan./ (3C) z uporabniki se dogovorim kateri dan in ob kolikih jih obišečem./ (4C)

D: Ja v bistvu je urnik dokaj fleksibilen./ (4D) vnaprej veš za uporabnike s katerimi dnevno delaš./ (5D) Jaz imam vsak dan 3 ali pa 4 uporabnike./ (6D) ki potrebujejo dnevno pomoč./ (7D) Z vsemi temi uporabniki delam dve uri na dan./ (8D) Običajno obišečem 4 do 5 uporabnikov./ (9D) Ponavadi grem na teren ob 8.00, 7.30 zjutraj/ (10D) in se vračam domov okrog 16.00 ure./ (11D) Zvečer še imam enega uporabnika./ (12D) ki mu samo doziram tablete./ (13D) Ob petkih obišečem še uporabnico Z./ (14D) kjer sem prisotna na stiku v okviru rejništva./ (15D) *stik pa traja tudi do sedmih zvečer.* Potem se dela tudi med

vikendih in praznikih,/ (16D) je pa res, da pride tudi dan, ko se s terena vrnem tudi ob 13.00 uri,/ (17D) ampak potem tisti dan izkoristim za urejanje dokumentacije./ (18D)

4. Koliko uporabnikov na dan obiščete?

A: Obiščem običajno dva, tri, včasih štiri uporabnike na dan./ (5A) Če delam načrte, lahko obiščem le dva uporabnika,/ (6A) *načrti so zelo naporno zadeva. (Že odgovorila pri vprašanju 3.)*

B: Nekje pet, šest./ (31B)

C: 5, 6, včasih 4./ (5C) Odvisno tudi od njihovih potreb./ (6C)

D: *(Odgovor že pri vprašanju 3).* Običajno obiščem 4 do 5 uporabnikov./ (9D)

5. Kako poteka zagotavljanje podpore uporabnikom čez vikend in ob praznikih?

A: Čez vikende jaz nisem dosegljiva,/ (32A) vsi moji uporabniki to vedo./ (33A) Telefon puščam v službi,/ (34A) po tretji uri nisem dosegljiva./ (35A) *Tako, da so se na to navadili, tudi nihče ne kliče.* Če pa pride do krize, se to ponavadi kaže že več dni prej,/ (36A) in vnaprej planiramo kako to reševati,/ (37A) *recimo ena moja uporabnica, ko pride v krizo, se me začne izogibat, tako vem, da to ne bo vrede.* Sedaj načrtujemo kako pri njej ukrepati v času krize, kaj storiti, da ne bo potrebovala v času krize oditi v bolnišnico,/ (38A) pri njej bo pri izvajanju pomagal Zavod Franko,/ (39A) torej skupnostni delavki ki sta dosegljivi tudi čez vikend./ (40A)

B: Ja praviloma je moj delovni čas od ponedeljka do petka,/ (32B) *ampak tako vemo, da bo potrebno urediti podporo uporabnikom tudi čez vikend,* takrat delam, če me potrebujejo izvajalke,/ (33B) če gre za neko krizno situacijo,/ (34B) tudi telefona si ne izklopim, če presodim, ali pa da se z uporabnikom dogovorim, da se čez vikendom slišiva./ (35B) *Ne prakticiram pa tega, da bi me vsi še čez vikend klicali. Npr. v petek popoldan smo imeli eno krizno situacijo, me je klicala mama, da je njena hčera v krizi, ni si pa želela biti v bolnišnici, in tako sem šla do nje, jo peljala v dežurno ambulanto, da je dobila zdravila in potem smo se dogovorili, da se v soboto slišimo kako se ona počuti.*

C: Ja, z določenimi uporabniki delam dnevno, tako, da tudi med praznikih, vikendih,/ (7C) drugače pa če nastopi kakšna kriza pri uporabniku, se zagotovi podpora tudi ob vikendih./ (8C)

D: *(Torej nudiš oporo tudi ob vikendih in praznikih, je to le v nujnih primerih?)* Tisti, ki so dnevno vključeni,/ (19D) jih obiščemo tudi med prazniki,/ (20D) *recimo za božič, novo leto,* poskusimo vključiti tudi svojce./ (21D) *Pri uporabnici T. so se svojci ponudili in tako je praznike preživela doma, z njimi, uporabnik D. pa nima svojcev, zato je bilo njega potrebno obiskati tudi za božič, novo leto.*

6. Kaj bi potrebovali, da bi lahko kakovostneje delali?

A: Oni bi potrebovali več denarja,/ (41A) *denar je hud problem,* teh 296 evrov zelo težko razporejamo čez mesec./ (42A) Definitivno bi potrebovali več ljudi z avtomobili, da je na terenu večja mobilnost./ (43A) *(A s tem misliš na prostovoljce ali kako?)* Ja, na prostovoljce, no jaz bi jih plačala,/ (44A) *ker vidim druženje z uporabniki z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju na njihovih domovih kot zelo pomembno, plačano delo.*

B: *Ja, tukaj je več stvari, tako kot sva na začetku začeli,* glede na potrebe cele regije, kjer je pet centrov za socialno delo, sta dva koordinatorja absolutno premalo./ (36B) Predvsem bi rada, da imajo možnost vključitve v storitev tisti ljudje, ki bi potrebovali institucionalno varstvo/ (37B) ali pa se želijo preseliti iz institucionalnega varstva/ (38B) ali pa mladi, ki se znajdejo v nekem obdobju stiske, ko bi se lahko začelo neko njihovo propadanje./ (39B) *To se mi zdijo*

ključni uporabniki, ne pa tisti, ki potrebujejo samo neko svetovanje, tiste lahko vključimo drugam. Potrebovali bi ne samo več koordinatorjev./ (40B) temveč tudi več dobrih izvajalcev v skupnosti, ki z znanjem sledijo potrebam uporabnikov./ (41B) več skupnostnih služb./ (42B) idealno bi bilo, da bi bila organizirana neka skupnostna služba različnih profilov/ (43B): psihiater na terenu, ki uporabniku na domu predpiše zdravilo./ (44B) tudi primer iz petka, takrat je tista punca najprej vprašala, če bi lahko prišel psihiater k njej na dom, da ne bi rabila iti v bolnišnico. Pri nas pa še to ni tako razvito, no le ASPO, ambulanto za skupnostno psihiatrično zdravljenje nekako to izvaja pri tistih, ki so tam vključeni.

C: Stabilnost./ (9C) da bi bil program že bolj utečen./ (10C) da ne bi bila takšna negotova situacija kot je sedaj./ (11C) Potrebna bi bila večja pripravljenost ljudi na življenje uporabnikov v skupnosti./ (12C)

D: Za nas je mogoče ovira finančna nestabilnost./ (22D) v kolikor bi bile finance zagotovljene./ (23D) bi bila kvaliteta dela še višja./ (24D) Vendar se mi zdi, da ravno zaradi dobrega timskega dela/ (25D) sama kvaliteta dela ni toliko padla/ (26D) tudi v teh mesecih, ko je bilo veliko negotovosti./ (27D) Ampak vem pa, da sta motivacija dela in tudi kakovost dela višji, če si ti zadovoljen. (Seveda). Jaz sem recimo aprila, maja, junija, julija obiskovala uporabnika v Šentilju za kar sem za prevoz porabila svoj denar, svoj čas, nisem pa vedela, če bom dobila te stroške povrnjene. In potem se vprašaš, če bi sploh šel. Isto imamo za leto 2015 uporabnico, ki bi potrebovala samo spremstvo od Šentilja do Maribora in nazaj. In ne veš kako to izvesti. Hkrati pa je ena tistih, ki bi to nujno potrebovala. Če uporabnico sprejemem, porabim v enem dnevu štiri ure samo zanj, če pa tega ne bomo dobili sofinancirano, je to problem, hkrati pa bi lahko v tem času nudila oporo vsaj dvema uporabnikoma v Mariboru.

7. Kako poteka vključitev uporabnika v storitev?

A: Skoraj praviloma v bolnišnici./ (45A) Tam se začne prvi spoznavni pogovor z uporabnikom./ (46A) v bolnišnico me pokliče socialna delavka/ (47A) ali pa psihiater./ (48A) (Zvoni telefon, Ana se javi in me prosi, da izklopim diktafon.) (Zvoni telefon, Ana se javi in me prosi, da izklopim diktafon.) (No rekla si, da te v psihiatrični bolnišnici kontaktira socialna delavka ali pa psihiater?) Ja, v bolnišnici zelo dobro poznajo koordinirano obravnavo v skupnosti./ (49A) tako v UKC Maribor/ (50A) kot v Ormožu./ (51A) Človeka pripravijo na vključitev./ (52A) vprašajo ga, če želi še kakšno pomoč po odhodu iz bolnišnice, če si želi doma karkoli spremeniti, da bi mu bilo boljše, da ne bi potreboval več bolnišnične podpore./ (53A) Ljudje ponavadi že kar vedo, aha, pride socialna delavka iz CSD./ (54A) V bolnišnici se z uporabniki dobim enkrat, dvakrat./ (55A) nastavimo z uporabniki že neke nastavke za načrt./ (56A) načrt pa izoblikujemo v njihovem domačem okolju./ (57A) (Načrt pa delaš z uporabniki po magnetih po Brandonu?) Ja, vpliv, stiki, denar, življenjska situacija, bolečina, pomembni ljudje./ (58A) Pri vsakem magnetu poizkušam ugotoviti kje je problem/ (59A) in kaj si želi spremeniti./ (60A) iz teh sprememb pa uporabnik sam izoblikuje cilje./ (61A)

B: Ja, ponavadi me pokliče socialna delavka./ (45B) tam se na timu s psihiatrom odločijo, kdo bi bil primeren za vključitev./ (46B) Prvi razgovor/ (47B) je neko spoznavanje drug drugega./ (48B) življenjske situacije človeka./ (49B) gre tudi za predstavitev naloge, kako delamo, na kak način sodelujemo./ (50B) če se uporabnik odloči, začneva pisati načrt./ (51B) ene še obiščem v bolnišnici./ (52B) druge že doma./ (53B). Tisti, ki so v zavodu pa se ne preselijo dokler ni dokončan načrt./ (54B) Najslabše je, ko slišim socialne delavce pa tudi druge koordinatorje, da sami delajo načrt, brez uporabnika/ (55B) na podlagi neke rutine in jim predlagajo neke standardne programe, ki jim niso prilagojeni, enim so kakšni programi premalo, drugi ne zmorejo slediti pravilom programa/ (56B) in potem hitro rečejo, da uporabnik ne zmore samostojnosti./ (57B) Sama sledim temu, da dobro spoznamo življenjski svet uporabnika in iz tega potem izhajamo.

C: Vključitev poteka prek koordinatorke obravnave v skupnosti, S./ (13C) sedaj se bomo povezali še z drugo koordinatorico, A./ (14C) Obe dobita informacije o uporabnikih v psihiatrični bolnišnici./ (15C) v lokalni skupnosti./ (16C) Tudi na terenu opazimo potrebe po vključitvi./ (17C) uporabniki se med seboj poznajo/ (18C) in se želi še kdo drug vključiti./ (19C) to se predlaga koordinatorici./ (20C) ona pa odloči o vključitvi uporabnika./ (21C) saj je ona zadolžena za osebni načrt/ (22C).

D: Pri nas se vsi uporabniki vključijo preko koordinatorke./ (43D) ki presodi, če je oseba primerna za program vzpostavljanja oskrbe v skupnosti ali ne./ (44D) Na podlagi individualnega načrta./ (45D) ki ga zapišeta koordinatorka in uporabnik./ (46D) se oseba vključi k nam./ (47D) Potrebe na terenu kažejo./ (48D) da bi lahko mi vključevali uporabnike v naš zavod./ (49D) tudi preko socialne mreže./ (50D) En uporabnik pozna drugega./ (51D) in mu priporoča našo storitev./ (52D) in nato se ta želi vključiti v naš program./ (53D) Ampak trenutno si tega ne moremo privoščiti./ (54D) saj tukaj ne bi bilo nobenega sofinanciranja./ (55D) tudi koordinatorka bi bila preobremenjena./ (56D) Trenutno nas je premalo./ (57D) *(Torej možno je sprejeti zunanje uporabnike, ampak zaradi financ, kadra ni izvedljivo?)* Tako je. Sedaj, ko smo postali že dovolj prepoznavni./ (58D) uporabnike k nam lahko napoti tudi psihiatrična bolnišnica./ (59D) ampak so problem finance./ (60D) Če dobimo podporo s strani ministrstva./ (61D) bomo lahko še kakšnega uporabnika sprejeli./ (62D) trenutno pa smo res vezani na občinsko podporo./ (63D)

8. Kdo vam pri izvajanju osebnih načrtov pomaga?

A: *(To imajo tudi drugi koordinatorji tako organizirano, ali imaš to samo ti tako urejeno?)* Ja v bistvo je to moja posebnost, tega pri drugih koordinatorjih nisem zasledila./ (14A) *ko imamo enkrat mesečno aktiv v Ljubljani. Javni delavci so izvajalci*, prihajajo k njim domov./ (15A) grejo s človekom urejat zadeve za katere se dogovorimo v načrtu./ (16A) nekdo mora k zdravniku./ (17A) nekdo potrebuje osebno izkaznico./ (18A) nekdo mora na Zavod za zaposlovanje./ (19A) Lahko gre za enkratno dejanje./ (20A) večinoma pa imajo dogovorjene tedenske obiske pri človeku./ (21A) in se z njim dogovorijo kaj bo kuhal, kaj bo kupil./ (22A) gresta plačat položnice na pošto./ (23A) dasta prat oblačila./ (24A) To ni enako kot pomoč na domu./ (25A) gre za pomoč pri vsakdanjih stvareh./ (26A) pomoč pri preživljanju prostega časa./ (27A) razporejanju časa./ (28A) razpolaganju z denarjem./ (29A) pomoč pri plačilu položnic./ (30A) *za razporeditev sredstev čisto na splošno. Javna delavca imasta poln urnik. Tako recimo izgleda urnik ene javne delavke (Mi pokaže urnik.)* Javna delavca obiskujeta skoraj vse moje uporabnike./ (31A) *(Že odgovorila pri vprašanju 3).*

B: *(Potem se pri izvajanju storitev povečini vključita skupnostni socialni delavki?)* Ja, jaz sem zelo malo uporabnikov vključila v običajne stanovanjske skupine./ (58B) mislim, da le enega ali dva./ (59B) ker vidim, da si ljudje nekako želijo pridobiti lastno stanovanje./ (60B) zato smo tudi začeli razvijati program odprte stanovanjske skupine./ (61B) *Zato smo razvili ta program, ene uporabnike so iz stanovanjske skupine izključili, zato smo začeli vzpostavljati program, ki bi odgovoril na njihove potrebe seveda z določeno podporo.* Začeli smo urejat domače razmere./ (62B) iskati stanovanja./ (63B) in uporabnikom nuditi oporo, da lahko živijo v skupnosti./ (64B)

C: Ja prostovoljke./ (23C) študentke./ (24C). Tako je že v načrtu opredeljeno./ (25C) kdo pomaga pri izvajanju načrta./ (26C) včasih tudi motiviram lastno socialno mrežo./ (27C) *pri selitvi enega uporabnika sem za pomoč prosila fanta, njegovega kolega.*

D: Tukaj delamo res timsko./ (64D) Tako izvajalci./ (65D) koordinatorka./ (66D) psihiater./ (67D) svojci./ (68D) partner/ ka uporabnika./ (69D) osebje dnevnega centra, če je oseba vanj vključena./ (70D) Skušamo res vključiti vse tiste ljudi./ (71D) ki so za osebo v določenem obdobju pomembni./ (72D)

9. Koliko zaposlenih skupnostnih socialnih delavcev ocenjujete, da bi v zavodu potrebovali, da bi lahko kakovostneje delali z uporabniki? (Vprašanje je relevantno le za skupnostni delavki programa odprtih stanovanjskih skupin).

C: NAKNADNO: Odvisno od potreb uporabnikov./ (107C) *(Kaj pa pri tridesetih uporabnikih, koliko zaposlenih bi potrebovali?)* Ja, sedaj malo stojijo skupinske aktivnosti./ (108C) ker so v ospredju druge naloge./ (109C) drugače pa se mi zdi, da zmorem sodelovati z vsemi uporabniki, ki jih imam./ (110C) Če bi imela več uporabnikov./ (111C) in če bi imel kdo krizo./ (112C) bi bil to problem./ (113C) Teren zahteva nekje 8 ur, 9 ur na dan./ (114C) res pa je da mi za dokumentacijo ne ostane toliko časa./ (115C)

D: Pri nas se je zelo poznalo, ko je šla stran socialna delavka M./ (28D) tako, da bi bil minimum 3 skupnostne socialne delavke./ (29D) *(Torej na 30 uporabnikov, 3 socialne delavke?)* Ja, vendar tako bi lahko pomagali le že vključenim uporabnikom./ (30D) če pa imaš ti nove uporabnike./ (31D) pa nastane problem./ (32D) Ko ti dobiš nekoga, ki se na novo preseli v skupnost./ (33D) on sam potrebuje veliko podpore./ (34D) da lahko v skupnosti živi./ (35D) Pri nas je tudi problem./ (36D) če ena zboli./ (37D) dan, dva še lahko kriješ nekaj njenih uporabnikov./ (38D) predvsem tiste, ki nujno potrebujejo pomoč./ (39D) ostalih pa ne moreš./ (40D) Zato je naš cilj./ (41D) da v letu 2015 zaposlimo še eno socialno delavko./ (42D)

10. Kakšno je sodelovanje s socialnimi delavci in drugimi strokovnjaki v institucijah kamor so še vključeni vaši uporabniki?

- d) S katerim profilom najpogosteje sodelujete?
- e) Kaj bi potrebovali, da bi lahko z njimi vzpostavili več sodelovanja?
- f) Kako dobro drugi strokovnjaki v institucijah poznajo vašo storitev?

A: *(No rekla si, da te v psihiatrični bolnišnici kontaktira socialna delavka ali pa psihiater?)* Ja, v bolnišnici zelo dobro poznajo koordinirano obravnavo v skupnosti./ (49A) tako v UKC Maribor/ (50A) kot v Ormožu./ (51A) Človeka pripravijo na vključitev./ (52A) vprašajo ga, če želi še kakšno pomoč po odhodu iz bolnišnice, če si želi doma karkoli spremeniti, da bi mu bilo boljše, da ne bi potreboval več bolnišnične podpore./ (53A) Ljudje ponavadi že kar vedo, aha, pride socialna delavka iz CSD./ (54A)

Moram reči, da sem presenečena nad občutljivostjo strokovnjakov v Zavodu za zaposlovanje./ (62A) rehabilitacijske delavke dajejo velik poudarek za delo z osebami s težavami v duševnem zdravju./ (63A) si res želijo sodelovanja./ (64A) potem v Inštitutu za rehabilitacijo Soča v Mariboru, na Čufarjevi so zelo pozorni na naše uporabnike./ (65A) razumejo njihove posebnosti, težavo jutranjega vstajanja in prihajanja tja./ (66A) se prilagajajo./ (67A) sprejemajo odmore, ki jih uporabniki potrebujejo med delom./ (68A) *(Kako pa s Šentom, Ozaro, tam imaš vključene kakšne uporabnike?)* Z Ozaro imam nekoliko slabše izkušnje./ (69A) organizacija, ki je namenjena izključno uporabnikom s težavami v duševnem zdravju, vendar velikokrat ne sprejema njihovih posebnosti./ (70A) želijo si le določenih ljudi s katerimi ni veliko delo./ (71A) Ko pride do problema pa uporabnika raje izključijo./ (72A) *namesto da bi ga rešili.* V dnevnem centru je nekoliko boljše./ (73A) v stanovanjskih skupinah pa nekoliko slabše./ (74A) *(Kaj pa Šent?)* Tam je nekoliko boljše./ (75A) Šent ne ponuja veliko storitev, imajo dnevni center./ (76A) tisti, ki hodijo tja, so tam zadovoljni./ (77A) tisti, ki pa se želijo na novo vključiti, pa ponavadi ne ostanejo tam, se počutijo osamljene./ (78A) ker obstaja nek krog uporabnikov, ki je dokaj zaprt in zato grejo novi uporabniki raje v Ozaro./ (79A) Ozara ima še to prednost, da če je uporabnik tam določen čas, dobi povrnjene potne stroške/ (80A) in topel obrok./ (81A) *Šent pa tega nima in nekomu to veliko pomeni. Tisti dan, ko gre na Ozaro, ne rabi kuhat.*

B: Zelo različno./ (65B) mi smo kar dobro vzpostavili sodelovanje s psihiatrično bolnišnico./ (66B) *seveda so stvari, ki še jih lahko izboljšamo, ampak sedaj obstaja kar dobra podlaga za sodelovanje.* Kar nekaj težav smo imeli s stanovanjsko skupino Ozara./ (67B) ker imajo zastavljen program, ki ga ne želijo prilagajati./ (68B) če pride do težav prej razmišljajo kako nekoga izključiti kot pa prilagoditi program./ (69B) *Tudi osebnega načrtovanja, podobno kot vsaka nevladna organizacija, niso videli kot neko sodelovanje, del cilja, ki ga želi uresničiti uporabnik, temveč so govorili, vi iz CSD, to je nekaj drugega.* Za zavode pa je tako, s Hrastovcem smo sodelovali že od začetka, nekaj ljudi smo že preselili v skupnost./ (70B) z nekaterimi imam že skoraj narejene načrte pred preselitvijo./ (71B) Drugače pa v Lokavcih smo imeli težave./ (72B) ko so na silo želeli zadržati neke uporabnike./ (73B) *če se tako izrazim. (A Marina in Damjana sta se preselili? Onidve sta se nameravali skupaj preseliti v stanovanje?)* Ne, nista se. Najprej so na CSD zadrževali, ker imajo skrbništvo nad Damjano, nato so nekako v zavodu prepričali Marino, ki je že kar institucionalizirana, saj je 20 let in več v zavodu, naj ostane, psihiater pa je to nekako podprl. Damjana pa se še vedno želi preseliti. Tudi v zavodu Hrastovec je seveda čutil, da bi neke ljudi s katerimi ni veliko dela trajno obdržali in jih predstavljali tudi nad zunaj kot neke dobre primerke, vendar te ljudi je ravno potrebno preseliti. Speljati preselitve iz zavodov za ljudi s katerimi so pripravljene načrti in usmeriti psihiatrično bolnišnico v to, da ljudi ne nameščajo na novo v zavode, temveč, da jih najprej usmerijo v skupnost ali pa da v zavodu ostanejo res za kratek čas.

T. so želeli namestiti v zavod, sedaj pa čisto v redu funkcionira v programu odprte stanovanjske skupine. Glede sodelovanja s CSD pa je tako,/ (74B) da oni v glavnem nameščajo ljudi v zavode./ (75B) S CSD je posebno poglavje težav, CSD so ponavadi za tiste uporabnike, ki imajo več težav zainteresirani, da uporabnika pospravijo nekam in potem z njim več nimajo težav/ (76B). Najbolj problematična je naloga izvajanja skrbništva,/ (77B) gre v bistvu za zlorabo, če nekomu ne omogočiš, da se preseli iz zavoda, da poskusi zaživeti v skupnosti./ (78B) *(Kako dobro pa se ti zdi, da drugi strokovnjaki v instituciji poznajo storitev koordinirane obravnave?)* Mislijo, da jo poznajo vsi, v resnici pa je ne poznajo prav./ (79B) Tudi na posvetu o dezinstitutionalizaciji na Brdu so govorili o nalogah koord. obravnave tako kot piše v zakonu, teoriji, da imamo načrt, potrditev načrta na tiskem sestanku, te predstavitve vsi poznajo že sedaj, pridejo tudi kdaj k meni in želijo mene v tem smislu poučevati. Tisto česar ne poznajo pa je/ (80B): kako nekoga ohraniti, da ostane v skupnosti,/ (81B) kaj narediti, če pride do nekih tveganih situacij./ (82B) Zaplete se, ko začnejo strokovnjaki ocenjevati, če je človek sposoben živeti v skupnosti ali ne./ (83B) Center za socialno delo zaprosi za mnenje psihiatra,/ (84B) da izda oceno, če je nek človek sposoben živeti v skupnosti ali ne./ (85B) Če se človek vključi v koordinirano obravnavo v skupnosti,/ (86B) mu moramo zagotoviti storitve, da bo v skupnosti tudi ostal./ (87B) Tudi stanovanjske skupine zahtevajo ob sprejemu mnenje psihiatra,/ (88B) če pa jaz rečem, da imamo načrt v katerem piše kaj človek potrebuje in kdo mu bo pomagal, to pa jim ne pomeni toliko./ (89B) Ali pa če nekdo potrebuje, lahko ima izvajalce iz različnih programov./ (90B) Na Kraljih ulice smo želeli vključiti enega uporabnika v program *Resettlement*, ki zagotavlja bivanje, tam niso razumeli, da on poleg njihove vključitve potrebuje še drugo podporo, ki jo bo bom zagotovila jaz z izvajalko na terenu, tega pa niso razumeli in ga niso sprejeli. O tem je potrebno govoriti pa tudi o tem kaj pomeni načrtovanje,/ (91B) to ni le odhod v stanovanjsko skupino,/ (92B) temveč tudi spremljanje, ko je že človek tam./ (93B)

C: Če pogledam primer iz Ozare,/ (28C) so na začetku bili zaposleni/ (29C) malo negativno presenečeni,/ (30C) potem pa so me kot strokovno delavko sprejeli/ (31C) in delamo skupaj/ (32C) za korist ene uporabnice./ (33C) *(A uporabniki, ki so vključeni v program povečini obiskujejo nevladne organizacije?)* Ja, Ozaro,/ (34C) Šent./ (35C) V Šentu je za nas najbolj aktualen dnevni center,/ (36C) tja sta vključeni dve naši uporabnici./ (37C) D. je obiskoval skupino za samopomoč *Korenina* v psihiatrični Z UKC Maribor kar dobro sodelujemo,/ (39C) čeprav bi lahko imeli več skupnih sestankov,/ (40C) z Zavodom za zaposlovanje tudi kar dobro sodelujemo,/ (41C) tam smo bili z našimi uporabniki že večkrat na skupnih sestankih./ (42C) Hrastovec/ (43C) sedaj težko ocenim, ker v prejšnjem letu zaradi nestanovitnih pogojev zavoda ni bilo novih preselitev./ (44C) Sedaj pa je potrebno tudi tam/ (45C) začeti ponovno z dezinstitutionalizacijo,/ (46C) promocijo življenja v skupnosti./ (47C) *(Kako dobro pa se ti zdi, da drugi strokovnjaki v institucijah poznajo vašo storitev?)* Bolnišnica jo dobro pozna,/ (48C) druge nevladne organizacije,/ (49C) ki pa niso toliko specializirane za to področje pa manj./ (50C) bolnišnici./ (38C)

D: Jaz imam pol dobrih/ (73D) in pol slabih izkušenj./ (74D) Pri nas imamo uporabnike,/ (75D) ki potrebujejo neko kontinuiteto dela,/ (76D) spremstvo. / (77D) Spremljajo jih dvojne diagnoze,/ (78D) majhna socialna mreža,/ (79D) slab socialni položaj,/ (80D) vsi jih zavračajo./ (81D) Prvi problem je,/ (82D) da ni varstva osebnih podatkov,/ (83D) če za uporabnika velja, da je »slab uporabnik«,/ (84D) kot ga v instituciji poimenujejo,/ (85D) se to hitro razširi/ (86D) in vse institucije ga zavračajo./ (87D) Potem se vključi v naš program,/ (88D) a to je premalo,/ (89D) človek potrebuje še druge vključitve,/ (90D) a ga nikjer nočejo sprejeti./ (91D) Hkrati opažam, da so strokovni delavci nefleksibilni,/ (92D) izpolnjujejo dokumentacijo/ (93D), niso plačani le za izpolnjevanje dokumentacije, potrebno bi bilo narediti še kaj več./ (94D) Sama sem na Šent/ (95D) spremljala eno uporabnico,/ (96D) kjer strokovni delavci niso tam za uporabnike,/ (97D) temveč delajo za računalnikom./ (98D) Tam sem bila jaz tista,/ (99D) ki se je ukvarjala z uporabniki namesto njih./ (100D) Ena naša uporabnica je imela problem s prosjačenjem/ (101D) in so jo želeli iz Šenta izključiti,/ (102D) ostala bi lahko le v primeru mojega spremstva,/ (103D) čeprav je punca povsem samostojna./ (104D) Strokovni delavci so zato tam,/ (105D) da uporabnike motivirajo./ (106D) Ampak oni imajo radi uporabnike/ (107D), ki so sami motivirani,/ (108D) se sami aktivirajo./ (109D) Tudi o naši uporabnici Z. slabe stvari govorijo. / (110D) Ne vem zakaj bi ona morala tam risati,/ (111D) če si tega ne želi./ (112D) Problem je,/ (113D) da se organizacije ljudem ne prilagodijo./ (114D) V Šentu imajo uporabniki na voljo različne delavnice,/ (115D) a če se vanjo vključita le dva uporabnika,/ (116D) potem te delavnice ne bodo izvajali./ (117D) Sedaj bodo recimo imeli delavnico o zdravi prehrani,/ (118D) niso se pa vprašali koliko uporabnikov si sploh lahko privoščijo zdravo prehrano,/ (119D) saj večina njih prejema denarno socialno pomoč./ (120D) Delavnica je sama sebi namen./ (121D) Ni pomembno, da je nekomu namenjena,/ (122D) pomembno je, da se nekaj izvaja./ (123D) *(S katerim profilom pa najpogosteje sodelujete?)*

S socialnimi delavci, drugimi strokovnimi delavci?) Zelo različno./ (124D) Slabo izkušnjo imam s CSD./ (125D) kjer je strokovna delavka po svoji primarni izobrazbi pravnica./ (126D) in iz njene strani ni nobene fleksibilnosti./ (127D) Ni posluha./ (128D) in razumevanja./ (129D) vsi delajo individualne načrte./ (130D) a uporabnik v njih ni vključen./ (131D) uporabnik ni del načrta./ (132D) (Razumem. Kaj pa bi potrebovali, da bi lahko s strokovnimi delavci v instituciji vzpostavili več sodelovanja?) Pomembno bi bilo, da bi delali skupaj, ne pa vsaka organizacija posebej./ (133D) ne se spraševati čigav je uporabnik./ (134D) temveč kaj potrebuje./ (135D) Pomembna je fleksibilnost./ (136D) Če uporabnik enkrat ni zmoget./ (137D) ne mu zapreti vrat in reči ne zmoreš./ (138D) Ko enkrat nekoga izključijo./ (139D) je zelo težko priti nazaj./ (140D) Uporabnico S. so izključili v vseh dnevnih centrih./ (141D) sedaj pa super funkcioniira v enem izmed njih./ (142D) (Kako dobro pa se ti zdi, da drugi strokovnjaki v institucijah poznajo vašo storitev?) Zdi se mi, da premalo./ (143D) Psihatrija v UKC Maribor./ (144D) storitev dobro pozna./ (145D) mi z njimi dobro sodelujemo./ (146D) Na splošno pa je problem glede sofinanciranja./ (147D) še vedno je preveč poudarka na institucionalnem varstvu./ (148D) institucija je razumljena kot nek varen prostor./ (149D) privilegirane so stanovanjske skupine./ (150D) Velja, da človek lahko živi v stanovanjski skupini./ (151D) da bi pa živel doma./ (152D) tega pa ne zmore./ (153D) vendar za to ne obstaja nek tehtni razlog./ (154D) Potem mi, družba./ (155D) nismo pripravljeni, zrel./ (156D) da človek s težavo v duševnem zdravju živi doma./ (157D)

11. Kako je s financiranjem storitve?

A: Jaz dobim plačo./ (82A) program vzpostavljanja oskrbe v skupnosti plača občina./ (83A) Koordinatorji pa koordinirano obravnavo opravljamo kot nalogo, ki jo določa zakon./ (84A) To nalogo nalaga centrom za socialno delo./ (85A) ki je zaposlil koordinatorje./ (86A) da bi ljudem s težavami v duševnem zdravju pomagali, da bi jim boljše šlo v življenju./ (87A) pod pogojem, da si tega želijo./ (88A) Opažam pa, da si ljudje s težavami v duševnem zdravju ne želijo sodelovanja s socialnimi delavkami./ (89A) želijo čimprej oditi iz bolnišnice./ (90A) in nadaljevati s svojim običajnim življenjem./ (91A) Zdi se mi, da ni toliko ljudi, ki si želijo spremembe./ (92A) ker nekateri so bili hospitalizirani zaradi tega, ker so bili moteči dejavniki v okolju./ (93A) Včasih se mi zdi, da sem jaz dodatna oseba v življenju, ki jim teži. S takšnimi ljudmi je dovolj, da imam z njimi vzpostavljen stik./ (94A) da vidim kako jim gre in če kdaj kaj potrebujejo./ (95A) Veliko ljudi, ki je bilo hospitaliziranih./ (96A) in smo vzpostavili stik / (97A) pa pridejo k meni/ (98A) in izpolnijo vlogo za denarno socialno pomoč./ (99A) na tak način ohranjamo kontakt, druge pomoči pa si ne želijo./ (100A)

B: Ja koord. so zaposleni preko CSD./ (94B)

C: (Kako pa je s financiranjem storitve? Torej glavni vir je občina in prijava na razpise?) Ja./ (51C)

D: (Kako pa je s financiranjem storitve? Torej rekla si iz občine.) Ja, mi v bistvu izvajamo institucionalno varstvo izven javne mreže/ (158D) po Zakonu o socialnem varstvu./ (159D) kjer je dolžna storitev financirati občina, kjer ima posameznik stalno bivališče./ (160D)

12. Koliko časa so v povprečju uporabniki vključeni v koordinirano obravnavo v skupnosti/ v program odprtih stanovanjskih skupin?

A: So tudi takšni, ki so vključeni od vsega začetka, od leta 2009./ (101A) Skoraj vedno so uporabniki vključeni dolgotrajno, leto, dve, tri leta./ (102A) Včasih je tudi koordinirana obravnavo neuspešna./ (103A) npr. uporabnik, ki je odšel v dom za stare./ (104A) eni umrejo./ (105A) eni ne želijo več sodelovati./ (106A) tam, kjer pa smo stvari dobro zastavili/ (107A) pa traja obravnavo eno, dve leti./ (108A)

B: Eni so vključeni vsaj nekaj let./ (95B) dolgotrajno./ (96B) eni so vključeni krajši čas./ (97B) ker rabijo pomoč v nekem določenem trenutku./ (98B) npr. mladi./ (99B) Kaže se, da tisti, ki so imeli neko obdobje intenzivno oporo in so imeli predlog za odhod v zavod, za odvzem poslovne sposobnosti, da se je zmanjšala potrebo po opori.

C: Sedaj so še vsi vključeni./ (52C)

D: Jaz vidim to kot dolgoročni proces./ (161D) To moramo enačiti z nekom, ki se vključi v zavod./ (162D) V zavodu se ne pričakuje, da bo uporabnik tam eno, pet let./ (163D) temveč se pričakuje, da bo tam do konca življenja./ (164D) Pri nas se gledajo potrebe posameznika./ (165D) podpora se prilagaja./ (166D) Pri

nas rezultati dela kažejo,/ (167D) da večina uporabnikov s časom/ (168D) potrebuje vedno manj podpore./ (169D) Ni uporabnika, ki bi mu oporo povečevali,/ (170D) razen M., ki ima demenco,/ (171D) pri njej se opora povečuje/ (172D) in morda naša pomoč čez čas ne bo več zadostovala./ (173D) Saj bo uporabnica recimo potrebovala več zdravstvene oskrbe./ (174D)

13. Kako poteka vključevanje uporabnikov v skupnost?

A: /.

B: **To je dobro, če na tem delajo izvajalci, da iščejo dejavnosti, dogodke, programe, ki niso namenjeni le ljudem s težavami v duševnem zdravju, temveč za vse.** Uporabnike je dobro vključevati v običajne dogodke v skupnosti,/ (100B) odhod v knjižnico,/ (101B) za mlade v Pekarno, / (102B) na CIPS,/ (103B) na kakšno predavanje,/ (104B) to je vsekakor bolje kot odhod in vključitev v nek dnevni center./ (105B) Dobro bi bilo vzpostaviti tudi kak prostor za družabništvo,/ (106B) kot kavarnico, kjer se še drugi ljudje ustavijo,/ (107B) kjer lahko kaj prebereš,/ (108B) dostopaš do interneta,/ (109B) ker npr. dnevni centri veliko ljudi segregirajo,/ (110B) si za nas ali nisi, tudi, če si sprejet si v nekem krogu uporabnikov in marsikoga to moti/ (111B).

C: Kam bi se vključil uporabnik,/ (53C) se razmišlja že v načrtu,/ (54C) tudi na podlagi vsakodnevnih aktivnosti vidiš česa si uporabnik želi,/ (55C) kam se želi vključit./ (56C) Ena možnost so prostovoljna dela/ (57C) s področja vzgoje,/ (58C) izobraževanja,/ (59C) kulture,/ (60C) kjer uporabnik kot prejemnik denarne socialne pomoči/ (61C) dobi 75 evrov nagrade na mesec./ (62C) Lahko pa se uporabnik vključi tudi sam/ (63C) v kak program v skupnosti,/ (64C) ti pa ga pri tem samo spremljaš./ (65C)

D: Mi ves čas stremimo k temu kaj ponuja skupnost/ (175D) in kako se mi lahko vključimo./ (176D) Uporabnika vključimo v že obstoječe službe,/ (177D) na začetku ga ponavadi spremljamo,/ (178D) potem se eni začnejo sami vključevati,/ (179D) saj se tako uresničuje tudi koncept normalizacije./ (180D)

14. Koliko uporabnikov se je vrnilo v institucijo? Kako je do tega prišlo?

A: Zdi se mi, da se uporabniki, ki so vključeni pri meni vračajo v bolnišnico in pridejo ponovno domov, / (109A) enega uporabnika je obiskoval javni delavec tudi čez vikend,/ (110A) ampak potem pa nekako ni šlo več,/ (111A) uporabnik se je moral vrniti v zavod,/ (112A) žal ni bila več koordinirana obravnava v skupnosti dovolj./ (113A)

B: Potem, ko smo vzpostavili program z izvajalkami v skupnosti,/ (112B) je bilo manj potreb, da bi ljudje odšli v institucijo,/ (113B) pred tem je bil zame en opozorilni znak ta, ko sem srečala ljudi, ki zaradi nezadostne podpore niso mogli ostati doma/ (114B) in so mogli v zavod,/ (115B) **potem sem se jaz vprašala kaj je sploh namen storitve. Takrat sem se zavedala, da je potrebno nekaj naredit. (Torej praktično pa se ni nihče iz koord. obravnave vrnil v institucijo?)** V bistvu se je eden,/ (116B) ki se je dvakrat želel preselit, ampak to zaradi lastnega problema neobstanka. Ni to bi zaradi tega, ker nismo bili pripravljeni z njim delat. V bistvu me še vedno kliče in bi se rad preselil nazaj v skupnost. Potem smo imeli poleti fanta J., ki so ga odpustili iz enega zavoda./ (117B) On se je vrnil v Hrastovec/ (118B) **zaradi težav s CSD**, CSD ni dovolil, da je on doma,/ (119B) ker je pred leti poškodoval mamo/ (120B) in ko so ga iz tistega zavoda odpustil, je center spet naredil vse, da so ga ponovno vključili nazaj v zavod./ (121B)

C: **Na začetku, ko še nisem bila zaposlena pa do zdaj, se je** v institucijo vrnil le eden,/ (66C) sam se je tako odločil./ (67C)

D: Pri nas nihče,/ (181D) zmanjšale so se hospitalizacije,/ (182D) kar pa ne pomeni, da se je zmanjšalo število kriz osebe,/ (183D) temveč so te postale obvladljive tudi za svojce./ (184D) V času krize/ (185D) smo naredili krizni tim/ (186D) in uporabnik je ostal doma,/ (187D) namesto da bi dva, tri tedne preživel v bolnišnici./ (188D) Bil je doma/ (189D) ob večji podpori./ (190D) Imamo tudi kar nekaj uporabnikov, ki so bili pred sprejemom v zavod,/ (191D) pred odvzemom poslovne sposobnosti,/ (192D) pa smo mi s svojim delom dokazali,/ (193D) da lahko človek živi v skupnosti,/ (194D) seveda ob ustrezni strokovni podpori./ (195D)

15. Katere metode socialnega dela pri svojem delu uporabljate? Jih lahko opišete in poimenujete?

A: Pogovor./ (114A) poslušanje se mi zdi osnova./ (115A) *poslušanje je še nekako pomembnejše kot pogovor.*/ (116A) Metoda osebnega načrtovanja po Jelki Škerjanc, za tiste uporabnike, ki si želijo spremembe./ (117A) *Včasih se s kom pogovarjam in če pozabim na individualno načrtovanje, se mi zdi, da zadeva nima ne repa ne glave,* če se pa vrnem na metodo osebnega načrtovanja pa spet z uporabnikom veva kje sva./ (118A) kaj sva naredila, / (119A) kam greva./ (120A) No, še pri koordinirani obravnavi se mi zdi pomembno, da si lahko veliko s človekom./ (121A) greš z njim na Zavod za zaposlovanje/ (122A) k psihiatru/ (123A) in se skupaj pogovorimo, če bi lahko zmanjšali vnos zdravil./ (124A) *recimo ena socialna delavka iz tretjega nadstropja, ki dela na podorčju družine nima možnosti, da gre skupaj nekam s človekom in se pogovori o tem česa si človek želi.*

B: Osebno načrtovanje./ (122B) krepitev moči./ (123B) raziskovanje življenjskega sveta./ (124B) delovni odnos./ (125B) upravljanje s tveganji./ (126B) gledanje skozi oči normalizacije./ (127B) vključevanje uporabnikov v običajen vsakdan./ (128B) *organiziramo življenje na način, da poteka kot nek običajen vsakdan, ne pa v nekih okvirih, strukturah, ki je nad posameznikom.*

C: Vzpostavljanje delovnega odnosa./ (68C) analiza tveganja./ (69C) socialno delo z družino./ (70C) socialno delo s skupino./ (71C) uporaba koncepta normalizacije./ (72C) *(Katera znanja bi za svoje delo še potrebovala?)* Zanimivo bi bilo, če bi odšla na kak seminar v Italijo./ (73C) kjer imajo več izkušenj z dezinstitutionalizacijo. / (74C) Zanima me tudi tema zdravil./ (75C) alternative zdravljenju./ (76C)

D: Naše delo temelji na perspektivi moči./ (196D) izhajamo iz virov moči uporabnika./ (197D) *drugače pa uporabljamo vse metode socialnega dela.*/ (198D) individualno delo s posameznikom./ (199D) s skupino./ 200D) zagovorništvo./ (201D) analiza tveganja./ (202D) *Analiza tveganja je ključna metoda dela,* (203D) *predvsem pri uporabnikih, kjer so tveganja zelo pogosta.* (204D) Potem je pomemben krizni tim./ (205D)

16. Katera znanja bi za svoje delo še potrebovali?

A: To se zgodi, ko vidiš, da človek potrebuje pomoč, pa je ne želi./ (125A) Recimo potrebovala bi več znanja o tem kako motivirati človeka za spremembo./ (126A) kako bolje poslušati človeka./ (127A)

B: Jaz mislim, da je predvsem dobro znanje utrjevati./ (129B) zmanjka mi tudi časa za zapis daljše analize tveganja./ (130B) prej, ko sem imela manj uporabnikov./ (131B) sem lahko bolj dosledno in sproti delala./ (132B) zdaj mi pa malo zmanjkuje časa./ (133B) *Tisto kar se mi zdi zdaj in naslednje leto pomembno pa je dobro zastaviti službo v skupnosti, aktivirati skupnost, izvajalce, vzpostaviti neko timsko delo, da se zares izhaja iz osebnih načrtov, ki ne postanejo neka rutina. Potem lahko omogočimo ljudem, ki so v bolnišnici, da ni novih sprejemov v zavode, hkrati pa lahko ljudi iz zavodov preselimo.*

C: *NAKNADNO:* Potrebovala bi specifična strokovna usposabljanja iz področja duševnega zdravja./ (116C)

D: *(Katera znanja bi za svoje delo še potrebovala?)* Ker je toliko terena./ (206D) trpi strokovno delo./ (207D) nekje obtičiš./ (208D) nimaš časa, da se strokovno razvijaš./ (209D) Želela bi si več časa./ (210D) da bi lahko naredila več analiz tveganja./ (211D) Pomembne so tudi izkušnje./ (212D) tukaj se pa tako venomer učiš./ (213D)

17. Kako poteka metoda osebnega načrtovanja, jo lahko opišete? Kako pa vi konkretno delate po metodi osebnega načrtovanja? (Vprašanje je relevantno le za koordinatorje/ke obravnave v skupnosti).

A: Izhajam iz tega, da v prvem poglavju želim spoznati človeka kako živi sedaj./ (128A) samo malo se s človekom vračam k temi kako je bilo prej./ (129A) imam enega uporabnika, ki se venomer vrača v preteklost in govori samo o tem kako je bil majhen in kako je bil venomer bolan, zato ima sedaj težave.

Njega zelo težko pripravim za pogovor o sedanjosti. V prvi vrsti torej gre za spoznavanje človeka,/ (130A) ki poteka po vnaprej določenih vprašanjih,/ (131A) ki jih nekako spontano zastavljam, potem me zanima njegova mreža ljudi, ki mu stoji ob strani,/ (132A) dogovoriva se s kom se bova skupaj pogovarjala./ (133A) *(Kako to misliš?)* Recimo, če gre za odrasle otroke, ki živijo pri svojih starših, se dogovoriva kdaj bova vključila starše, se z njimi pogovorila,/ (134A) če bova delala na njihovem odnosu. Uporabnik mi da mandat, da recimo pokličem njegovo mamo se z njo pogovorim,/ (135A) potem pa se pogovorimo še skupaj./ (136A) Poglavlje vpliv je zelo pomembno./ (137A) V tem poglavju ponavadi raziščemo materialne vire,/ (138A) kaj rabi, kje je primanjkljaj,/ (139A) potem raziščemo njegovo stisko./ (140A) Eden najpogostejših ciljev uporabnikov je, da ne bi bili več hospitalizirani/ (141A) ali pa da bi bilo življenje takšno kot je bilo prej./ (142A) In tak cilj je zelo velik, obširen, zato ga z uporabnikom do potankosti raziščeva./ (143A) Tukaj si človek zastavi tudi cilje, ki mu niso prijetni,/ (144A) ampak vidi, da jih mora narediti, da bo lahko ostal doma/ (145A), recimo jemanje zdravil, umivanje, oblačenje./ (146A) Seveda jih pa jaz z vprašanji vodim do teh korakov./ (147A)

B: Z uporabnikom delava skupaj,/ (134B) jaz sproti pišem, ko se o tem pogovarjava,/ (135B) lahko reče, da kaj popravlja, da ni tako rekel, kot sem zapisala./ (136B) Trudim se, da zapišem, tako kot uporabnik pove./ (137B) *(Dobesedno pišeš?)* Čisto dobesedno ne, spremenim v neko slovnično obliko, včasih pa uporabim kak stavek uporabnika, ki pove o uporabniku kako se predstavi. Cilje tudi skupaj opredeliva z uporabnikom,/ (138B) to je nujno, ker velikokrat si ljudje ne predstavljajo kaj to pomeni, katerega izvajalca bi lahko za nek namen dobili,/ (139B) takrat je dobro, da že vključim izvajalce, da si lažje predstavljajo./ (140B)

18. Česa si po vašem mnenju uporabniki, ki so vključeni v koordinirano obravnavo še želijo? Kakšne želje vam zaupajo?

a) Je kakšna razlika pri tistih, ki so stari do 35. let in tistih, ki so stari 65. let in več? Kakšne so specifične potrebe ene in druge populacije?

A: Če izhajam iz uporabnikov, ki jih trenutno imam v obravnavi, pri mladih opažam, da ne želijo ničesar spremeniti,/ (148A) življenje se jim zdi spremenljivo takšno kot je,/ (149A) nimajo nekih ambicij, da bi kaj v življenju dosegli,/ (150A) če pa že imajo ambicije, pa zanje niso pripravljeni nič narediti./ (151A) *(S kakšno stisko pa se soočajo?)* Ko pride do psihoze pri človeku starem od 18 do 25 let in običajno živi še doma,/ (152A) opažam razmišljanje, da so mu starši dolžni dajati žepnino,/ (153A) da mu pripada, da vsak dan je pico,/ (154A) da dobi vsak dan škatlo cigaret./ (155A) Pri takšnih mladih se sodelovanje ponavadi zaključi po dveh, treh pogovorih,/ (156A) ni neke motivacije,/ (157A) sami niso pripravljeni storiti kaj dosti,/ (158A) sploh pa takrat, ko še živijo pri starših/ (159A) in jim določene stvari omogočajo pod predpostavko, saj on je bolan in mu vse to res pripada,/ (160A) ponavadi imajo ti starši tudi dokaj normalne plače in si lahko to privoščijo, v teh štirih letih sem kar nekaj teh primerov imela izkušnjo videti, lahko rečem, da je problem nastal že skozi vzgojo./ (161A) Ali pa se mladim zalomi kje v šolanju in so iz sistema izviseli/ (162A) Dva, tri uporabnika sem vključevala v PUM,/ (163A) eden se je tam kar uspešno našel, dva pa spet ne, ker se jima je zdelo težko zjutraj vstati, ker ko padejo enkrat skozi vrteča vrata hospitalizacij, velikih doz, je potem samo še slabše in jim je težko zadržati v neki družbi štiri, pet ur. Kar se tiče prihodnosti za mlade je težko, ko so v enem letu večkrat hospitalizirani v bolnišnici/ (164A) in dobijo diagnozo./ (165A) Nimajo izkušnje kaj to pomeni biti v službi in si zaslužiti plačo,/ (166A) nimajo niti te ideje, skozi hospitalizacijo začnejo verjeti, da tega niso sposobni./ (167A) *(Kaj pa pri starih ljudeh, 65. let in več?)* Različno./ (168A) Enega imam, ki je star 70 let in živi v samskem domu,/ (169A) on je velik športnik in je cele dneve okrog edino kar je problem pri njemu je to, da si ne zna oprati oblačil,/ (170A) ker tega nikdar ni počel. Zato k njemu hodi enkrat na teden javna delavka,/ (171A) on ima nalogo, da svoja oblačila zapakira v vrečko in to skupaj odpeljeta oprati v zavetišče za brezdomce./ (172A) Tudi tuša ne zna uporabljati,/ (173A) sedaj delamo na tem projektu, da bi se to naučil,/ (174A) sicer on nima te želje, ampak v samskem domu s tem pritiskajo/ (175A) Pa pri zdravniku še nikdar ni bil,/ (176A) tako da tudi to je en korak v prihodnosti. *(Nikdar še ni bil pri zdravniku?)* Ne, on je bil v bistvu deložiran iz stanovanja, nato sem ga jaz odpeljala v samski dom in je tam zelo zadovoljen, tudi finančno mu gre dobro skozi, ker ima varstveni dodatek 450 evrov, samski dom pa stane mesečno 103 evre. Kar vrede. *(Kaj pa od drugih, še imaš kaj straih ljudi vključenih?)* Ja, en gospod, ki se je odločal ali bi bil doma ali v domu, je šel v dom za

stare Podgorca. / (177A) Bomo sedaj videli, če se bo tam dobro počutil. (Torej stari ljudje pa si želijo razrešitve bivalne stiske?) Ne, mislim, da to ni osrednji problem, težko sedaj na splošno rečem, zelo različno. Zelo malo me kličejo za vključitev uporabnikov iz geriatrije./ (178A) tam je veliko ljudi z demenco in jaz nimam vključenih starih ljudi z demenco, saj se mi zdi, da človek mora vedeti zakaj dela načrt, zakaj je z mano./ (179A) (Torej ne bi sprejela uporabnika, ki ima z demenco?) Odvisno v kateri fazi demence je./ (180A)

B: Ja, dobra plat tega je da ta naloga vključuje ljudi različnih starosti, od mladih do starih. Jaz imam kar precej vključenih mladih./ (141B) ki so se jim začele težave v duševnem zdravju in so šolanje./ (142B) zaposlitev prekinili./ (143B) so izpadli iz nekih vsakodnevnih obveznosti./ (144B) (Kakšne pa so njihove želje?) Velikokrat je pri njih prisotna želja po osamosvojitvi./ (145B), govorijo o problemih s starši, o medsebojnem nerazumevanju./ (146B) Tukaj je bistveno, da jim mi omogočimo, da se zares osamosvojijo./ (147B) da začnejo razpolagat z lastnim denarjem./ (148B) potem se ponovno vključijo v šolanje./ (149B) pri mladih so pogosta vračanja v bolnišnico./ (150B) in to želimo preprečiti./ (151B) Ali pa gre doma za nasilje./ (152B) ki lahko pripeljejo k vrnitvi v bolnišnico./ (153B) (Kaj pa pri starih ljudeh?) Pri starejših pa je tako, da oni povečini imajo urejene stanovanjske, bivalne pogoje./ (154B) Bolj gre pri njih za odnose z bližnjimi./ (155B) ki so zaradi bolezni postali manj tolerantni./ (156B) manj razumevajoči./ (157B) bolj občutljivi./ (158B) Velikokrat se pri njih pojavi potreba po varstvu, prisotnosti, da je nekdo tam z njimi./ (159B) tudi pri demenci./ (160B) Čeprav jaz mislim, da tudi človek z demenco./ (161B) ne potrebuje 24-urne prisotnosti nekoga./ (162B) (Koliko uporabnikov pa ima demenco?) Mirvete ima, sicer še ona ni starostnica./ (163B) pri Luciji je nekako opazen z(Kaj pa na splošno s kakšnimi stiskami se srečujejo mladi in stari?) Tako kot sem že rekla pri mladih problem preživljanja./ (182B) odnosov s starši./ (183B) šolanja./ (184B) zaposlovanja, / (185B) osamosvajanja./ (186B) Pri starih pa, večina njih si želi ostati v domačem okolju./ (187B) imajo tudi stiske pri zmožnosti preživljanja./ (188B) ker so nizke pokojnine./ (189B) ampak to je kar problem tudi pri srednji generaciji./ (190B) saj se jih večina invalidsko upokoji./ (191B) in imajo zelo nizke pokojnine./ (192B) Pri starejših/ (193B) pa so potem stiske v zvezi z odnosi z odraslimi otroki./ (194B) problem osamljenosti./ (195B) izgube premoženja./ (196B) ačetek demence./ (164B)

C: Pri mladih / (77C) je možna vključitev v zaposlitev./ (78C) programe socialne vključenosti./ (79C) ocena dela zmožnosti./ (80C) pri mladih so v ospredju aktivnosti, ki so usmerjene v delo./ (81C) Pri starih / (82C) pa se potrebe bolj nanašajo na preživljanje prostega časa./ (83C) pojavlja se več težav z zdravjem./ (84C) težav s krizo je manj./ (85C) nekako lažje obvladujejo težave z duševnim zdravjem./ (86C)

D: Pri mladih do 35. let/ (214D) je največji problem nezaposljivost./ (215D) Večina njih je že bila na oceni delovne zmožnosti./ (216D) veliko jih je trajno nezaposljivih/ (217D) ali pa potrebujejo prilagodljiva delovna mesta./ (218D) Invalidska podjetja ne zaposlujejo./ (219D) (Kaj pa uporabniki, ki so stari 65. let in več? Kakšne so njihove potrebe?) Predvsem potreba po družabništvu./ (220D) ker so osiromašene socialne mreže./ (221D) uporabniki so osamljeni./ (222D) potem so problem tudi finance./ (223D) (Torej kakšno je sodelovanje s populacijo mladih in starih, to sva že rekli.) Ja, pri mladih/ (224D) še je mogoče to, da njih res želimo nekam vključiti./ (225D) delamo na normalizaciji./ (226D) težimo k temu, da bi se znebili svoje nalepke težave v duševnem zdravju./ (227D) (Torej kaj bi potrebovali za boljše delo z mladimi?) Delavnice na zavodu so slabe./ (228D) po eni strani dobijo uporabniki upanje./ (229D) po drugi strani pa so prenasičen s pisanjem prošenj./ (230D). (Kaj pa pri starih ljudeh, kaj bi potrebovali za boljše sodelovanje z njimi?) Bilo bi potrebnih več centrov kamor bi se lahko vključevali./ (231D) če pa pogledam uporabnico L./ (232D) pa je njej najpomembnejše, ko jo nekdo obiše./ (233D) (S kakšnimi stiskami uporabnikov se srečujete pri svojem delu?) Pri nas se uporabnik najprej vključi./ (234D) ker potrebuje pomoč v vsakdanjem življenju./ (235D) kasneje pa vidiš, da se za tem skriva veliko stisk:/ (236D) problem deložacije./ (237D) pomanjkanja denarja./ (238D) brezposelnost./ (239D) neprilagojena delovna mesta./ (240D) izgube./ (241D) (Kakšne izgube?) Stanovanja./ (242D) socialne mreže./ (243D) subvencije./ (244D) Nek problem se reši, pride drug. Npr. uporabnica A. je imela svoje stanovanje, sedaj je v osebnem stečaju.

19. Koliko starih ljudi, ki so vključeni v koordinirano obravnavo v skupnosti, se srečuje z demenco? Kakšno pomoč jim nudite? Kakšno znanje bi potrebovali za delo s starimi ljudmi, ki jih spremlja demenca?

A: *(Torej stari ljudje pa si želijo razrešitve bivalne stiske?)* Ne, mislim, da to ni osrednji problem, težko sedaj na splošno rečem, zelo različno. Zelo malo me kličejo za vključitev uporabnikov iz geriatrije./ (178A) tam je veliko ljudi z demenco in jaz nimam vključenih starih ljudi z demenco, saj se mi zdi, da človek mora vedeti zakaj dela načrt, zakaj je z mano./ (179A) *(Torej ne bi sprejela uporabnika, ki ima demenco?)* Odvisno v kateri fazi demence je./ (180A)

Jaz v bistvu ne vidim ljudi z demenco kot tiste, ki so vključeni v koordinirano obravnavo./ (181A) saj zakon nalaga, da se mora uresničevati volja človeka, pri demenci pa je princip dela drugačen, zdi se mi, da potrebujejo več čustvenega kontakta, pomiritev./ (182A)

B: Nekaj sem se sama izobraževala./ (165B) prebrala literature v povezavi s socialnim delom in demenco./ (166B) samo kot koordinatorka mislim, da ne potrebujem posebej o tem nekega dodatnega znanja./ (167B) bolj mogoče pri izvajalcih./ (168B) če bi oni več znanja potrebovali./ (169B) V koord. obravnavi nimamo toliko uporabnikov z demenco./ (170B) zato, ker svojci v bistvu napotijo človeka v psihiatrično bolnišnico z namenom./ (171B) da bi namestili starega človeka v dom./ (172B) Zdi se mi, da čakajo do konca, dokler lahko./ (173B) ko pa več ne zmorejo./ (174B) pa pridejo v bolnišnico./ (175B) Socialne delavke v bolnišnici pravijo./ (176B) da je njihova naloga pri starih ljudeh z demenco./ (177B) da namestijo takšnega človeka iz bolnišnice v dom za stare./ (178B) Kar je v bistvu zelo slabo. Imela sem en primer v začetku leta, ko je prišlo do konflikta, gospa ni želela v dom, sin pa je pri tem vztrajal, govoril, da ima alkoholno demenco in da bo doma umrla. Ljudje ne vidijo koliko lahko naredijo, če imajo ljudje neko podporo doma, ampak grejo iz ene v drugo skrajnost, lahko si doma, če si sam, samostojen, če ne pa v dom. Zato imamo tudi tako malo uporabnikov vključenih v koord. obravnavo v skupnosti, največ med njimi pa je tistih./ (179B) kjer gre za nek začetek demence./ (180B) Res pa je, da mi kar zmanjšuje časa za njih./ (181B)

C: *(Koliko starih ljudi, ki so vključeni v vaš program, se srečuje z demenco?)* Vključena je gospa M., ki spada še v srednjo generacijo./ (87C) *(Kakšno znanje pa bi potrebovali za delo s starimi ljudmi, ki jih spremlja demenca?)* Potrebovala bi več časa./ (88C) da bi lahko prebrala še kakšno knjigo o demenci./ (89C) Pri nekaterih ljudeh se hitreje pokažejo znaki demence./ (90C) so bolj tipični kot pri drugih./ (91C) menim, da je pri vsakem nekoliko različno./ (92C)

D: *(Koliko starih ljudi, ki so vključeni v vaš program, se srečuje z demenco?)* Dejansko nihče./ (245D) demenco ima le M., ampak še ne sodi v populacijo starih ljudi./ (246D) *(Kakšno znanje pa bi potrebovali za delo s starimi ljudmi, ki jih spremlja demenca?)* Ni nekih posebnih programov./ (247D) *(Recimo Spominčica.)* Ja, ampak se mi zdi premalo./ (248D) veliko starih ljudi z demenco ostane v domu za stare./ (249D)

20. Uporabniki, tako mladi in stari se zaradi nalepke srečujejo z izključenostjo iz skupnosti, stigmatizacijo. Na kak način se odzovete na to? Lahko podate kak konkreten primer in vaš odziv na situacijo, ko se je uporabnik soočal s stigmo?

A: Zagotovo je prisotna./ (183A) predvsem se mi zdi, da je problem pri človeku, ki ima težave v duševnem zdravju in tega v njegovem delovnem okolju ne vedo, pa tudi če delodajalec ve, je zanj težko./ (184A) Sem pa pred kratkim enega uporabnika videla na teku na Pohorje in sem bila zanj zelo vesela, bil je vključen kot ostali in tukaj ni bilo stigmatizacije.

B: Ja, lahko se srečajo s stigmatizacijo v svojem bivanjskem okolju./ (197B) nekdo išče stanovanje, pa ga ne dobi, ko se izve, da sodeluje s CSD./ (198B) tako, da včasih obstaja dilema./ (199B) če povedati, da nekdo sodeluje s CSD ali ne, tudi ali ob ogledu stanovanja ne veš ali povedati, da si socialna delavka ali ne./ (200B) *(Za uporabnike iščete večinoma stanovanja preko oglasov?)* Ja./ (201B) ampak ne vse, tudi preko stanovanjskega sklada dobijo uporabniki stanovanja./ (202B). Potem pa nam postavljajo tudi tam različna vprašanja./ (203B) ko slišijo, da ima nekdo težave v duševnem zdravju vprašajo češ./ (204B) kaj če bodo težave./ (205B) bo lahko sam./ (206B) pa zakaj se bi preselil./ (207B) če imamo v Sloveniji urejen sistem zavodov./ (208B) Če pa se kdo preseli iz posebnega zavoda kot je Hrastovec/ (209B) pa vprašajo bo sploh sposoben./ (210B) kaj pa je z njim./ (211B) Potem tudi pri zaposlitvi./ (212B) tudi pri soc.

vklučenosti / (213B) gledajo uporabnike skozi njihove nalepke./ (214B) ne pa skozi njihove vrline./ (215B) *(Kako pa ste ukrepali?)* Ja, ponavadi smo se dogovorili za timske sestanke, / (216B) tam smo organizaciji, kamor je vključen uporabnik/ (217B) predstavili osebni načrt/ (218B) in obrnili perspektivo, da nismo gledali na uporabnika le iz nekih slabosti, temveč iz dobrih izkušenj./ (219B) kar je sprožilo kar dober odziv./ (220B) Začetek skupnega sodelovanja./ (221B) hkrati pa je bilo dobro za uporabnika./ (222B)

C: *Mhm.* V bistvu se mi zdi, da uporabnike lahko že mi izključimo./ (93C) če jih vključujemo samo v aktivnosti, ki so namenjene ljudem s težavami v duševnem zdravju./ (94C) Enega uporabnika/ (95C) je tudi stigmatizacija družbe/(96C) privedla do želje po opustitvi zdravl./ (97C) Zaradi zdravl/ (98C) ga je obsojala babica./ (99C) sam piše knjigo in meni./ (100C) da bodo ljudje nanj drugače gledali./ (101C) če bo ob izidu knjige jemal zdravl./ (102C) od zdravnika ali psihiatra/ (103C) si želi izjave, potrdila da je zdrav./ (104C) *Sam pri sebi meni, da nalepka vpliva nanj. Sedaj bo prenehal jemati ena zdravl, ampak razmišlja, da bi začel jemati uspavala, ker uspavala jemljejo vsi ljudje in ne le tisti, ki imajo težave v duševnem zdravju. Kako pa se ti odzoveš na ta občutek njegove stigmatizacije?* S pogovorom./ (105C) poskušam mu zmanjšati občutek, težo same nalepke./ (106C)

D: Ja uporabnico T. so želeli izključiti iz PUM-a, ampak smo pri tem vztrajali. Nato jo je sprejela tako skupina kot zaposleni in so se drug od drugega učili. *(A sprva pa je niso želeli sprejeti niti zaposleni niti drugi uporabniki?)* Ne. *(Kako pa si uporabnici nudila oporo?)* Ona je posebna uporabnica, povsod se prilagodi, zdi se mi, da tako ne čuti diskriminacije, nekako jo bolj potlači in s tem živi. Morda se bolj čuti diskriminacija/ (250D) pri uporabniku M./ (251D) on ne more dobiti službe./ (252D) ker je bil že tolikokrat hospitaliziran./ (253D) Uporabnica B. je v službi povedala, da ima težave v duševnem zdravju/ (254D) in je bila odpuščena./ (255D) *(Torej največ stigmatizacije je pri vstopu na trg del?)* Ja./ (256D) pa tudi pri medsosedskih odnosih./ (257D) vključevanju v aktivnosti v skupnosti./ (258D) ko oseba reče, da je bila na psihiatriji./ (259D) je videna skozi nalepko./ (260D) *(A na kak poseben način krepiš moč uporabnikov pri stigmatizaciji?)* V bistvu ne./ (261D) ampak mi s svojim odnosom pokažemo./ (262D) da so uporabniki enakovredni./ (263D) tudi uporabniki sami o tem govorijo./ (264D) povedo, da ni mogoče vedeti kdo je uporabnik./ (265D) kdo strokovni delavec./ (266D) *Ko grem jaz z uporabnikom na kavo in srečam prijatelja, ga pozdravim in s tem dam občutek tudi uporabniku, da ga ne izključujem.*

21. Bi karkoli želeli še sami dodati o koordinirani obravnavi?

A: Ja pri stigmi se mi zdi pomembno poudariti, da pri mladih hospitalizacija in stigmatizacija povzroči, da se sami začnejo počutiti nesposobne za vstop na trg dela./ (185A) *Drugače pa rada hodim v službo, rada delam načrte z ljudmi. Dobivam pozitivne feedbacke od ljudi. (Res, kaj pa?)* Ena gospa mi, ki ni ravno zaupljiva, mi je recimo zaupala, da ni vedela, da sem tako topla oseba, ne rabimo takoj začeti z načrtom, cilji, problemi slejkoprej pridejo na plan in na koncu mi je vse povedala. Na začetku sem bila precej bod pritiskom./ (186A) sedaj pa načrt, spremembe./ (187A) se mi zdi, da so se me ljudje kar ustrašili./ (188A) *Kakšna sprememba, jaz sem komaj vstal. Ali pa recimo tudi to, več sem si želela za ljudi, kot so si oni sami./* (189A) *(No super, hvala.)*

B: /.

C: /.

D: /.

Priloga 5: Privolitev v koordinirano obravnavo v skupnosti

CENTER ZA SOCIALNO DELO

PRIVOLITEV V OBRAVNAVO V SKUPNOSTI

PODATKI O OSEBI

Ime in priimek: _____

Najbližja oseba ali zakoniti zastopnik: _____

Naslov bivališča: _____

Pošta: _____

Podpisani(a) izjavljam, da mi je koordinator obravnave v skupnosti pojasnil možnost vključitve v obravnavo v skupnosti in v obravnavo: PRIVOLIM / NE PRIVOLIM

Dosedanje sodelovanje z nevladnimi organizacijami (ime izvajalca in oblika sodelovanja):

Podpisani izjavljam, da dovolim posredovanje osebnih podatkov in informacij o zdravstvenem stanju za potrebe obravnave.

Seznanjen(a) sem tudi s pravico, da lahko svojo privolitev tudi kadarkoli prekličem.

Kraj in datum: _____

Ura: _____

Koordinator obravnave v skupnosti: Podpis osebe ali zakonitega zastopnika:

10 POVZETEK

Terensko socialno delo je v Sloveniji še vedno tisto, ki je tako na področju duševnega zdravja kot na drugih specifičnih področjih socialnega dela potisnjeno v ozadje.

Koordinirana obravnava v skupnosti, ki se izvaja od leta 2009 na podlagi Zakona o duševnem zdravju (Ur. l. RS, št. 77/2008), pa je storitev, ki ljudem, ki jih spremljajo težave v duševnem zdravju, omogoča življenje v skupnosti. Temelji na metodi osebnega načrtovanja in izvajanja storitve, analizi tveganja, zagovorništvu. Med koncepti pa sledi vzpostavljanju delovnega odnosa in osebnega stika, normalizaciji, načrtovanju skrbi od spodaj navzgor, kar pomeni, da se prilagaja potrebam posameznega uporabnika. V koordinirano obravnavo so vključeni uporabniki mlade, srednje in stare generacije. Vključitev v koordinirano obravnavo ljudem, tudi tistim, ki jih spremlja demenca in druge ovire, ter tistim, ki so že živeli v posebnih socialnovarstvenih zavodih omogoča, da živijo doma, mladim pa omogoči ponovno osamosvojitve. Zaradi tega je koordinirana obravnava v skupnosti lahko spodbuda za nadaljnji razvoj in izboljševanje skupnostnih služb v Sloveniji.

Z raziskovanjem koordinirane obravnave v skupnosti skozi perspektivo uporabnikov, koordinatork obravnave v skupnosti in skupnostnih socialnih delavk sem v teoretičnem delu naloge preučila posledice stigme, kritično sem skušala pregledati zakonodajo in službe na področju duševnega zdravja v Sloveniji, pregledala sem vidike totalnosti institucij ter pozornost namenila še procesu zapiranja ustanov.

V empiričnem delu sem z intervjuvanjem uporabnikov in socialnih delavcev zajela več tem: duševno zdravje starih in mladih ljudi, zgodovino institucionalizacije, oceno koordinirane obravnave v skupnosti in socialnih delavcev, s katerimi sodelujejo, raziskovala sem socialno mrežo in vključenost uporabnikov v skupnost, njihove finančne vire, izkušnje z diskriminacijo in izključenostjo iz družbe. Pri intervjuvanju socialnih delavcev me je zanimalo še, kako poteka socialno delo v praksi, dodatna znanja, ki jih pri svojem delu potrebujejo, ter kakšno je njihovo sodelovanje z drugimi institucijami/storitvami v skupnosti. Rezultati so pokazali, da uporabniki več prednosti pripisujejo vključitvi v koordinirano obravnavo kot pa bivanju in prejemanju storitev v

instituciji. Rezultati so pokazali še, da imajo uporabniki vpliv nad samo storitvijo, saj je ta izvajana na podlagi metode osebnega načrtovanja in izvajanja storitev. Želijo si več finančne podpore za samostojno življenje v skupnosti. Socialni delavci se pri sodelovanju z uporabniki srečujejo s specifičnimi področji socialnega dela: socialno delo z mladimi, starimi ljudmi, socialno delo z družino, socialno delo z ljudmi, ki imajo težave zaradi odvisnosti od drog. Pri svojem delu najpogosteje uporabljajo metodo osebnega načrtovanja, analizo tveganja ter koncept raziskovanje življenjskega sveta uporabnika. V okviru koordinirane obravnave v skupnosti in v okviru programa odprtih stanovanjskih skupin pa bi bilo treba zaposliti več socialnih delavcev, kar bi omogočilo večjo kvaliteto dela.