

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO
SPECIALISTIČNI ŠTUDIJ ZMANJŠEVANJE ŠKODE NA PODROČJU DROG

SPECIALISTIČNO DELO

Jasmina Čavuzić

Ljubljana 2016

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO
SPECIALISTIČNI ŠTUDIJ ZMANJŠEVANJE ŠKODE NA PODROČJU DROG

SPECIALISTIČNO DELO
POTREBE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN NAČRTOVANJE ODGOVOROV
V LOKALNI SKUPNOSTI VELENJE

Mentorica: doc. Vera Grebenc

Jasmina Čavuzić

Ljubljana 2016

PODATKI O SPECIALISTIČNEM DELU

Ime in priimek: Jasmina Čavuzić

Naslov naloge: POTREBE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN NAČRTOVANJE
ODGOVOROV V LOKALNI SKUPNOSTI VELENJE

Kraj: Celje

Leto 2016

Število strani: 143

Število slik: 1

Število tabel: 0

Število grafov: 0

Število prilog: 21

Mentorica: doc. Vera Grebenc

Deskriptorji: duševno zdravje, duševno zdravje in skupnost, inovacije v socialnem delu,
destigmatizacija

POVZETEK:

S specialistično nalogo sem želela prikazati stanje in potrebe na področju duševnega zdravja v lokalni skupnosti Velenje. Za ta namen sem uporabila raziskavo »Hitra ocena in odgovor«. Zanj sem se odločila, ker mi je z anketiranci omogočila pristne stike. Cilji so usmerjeni k iskanju odgovorov, le ti pa izhajajo neposredno od uporabnikov. Namen raziskave je poiskati potrebe, ki jih imajo osebe s težavami v duševnem zdravju, jih poimenovati in poiskati ustrezne rešitve in predloge za izboljšanje kvalitete življenja. Namen je tudi poiskati že obstoječe programe na področju duševnega zdravja v lokalni skupnosti Velenje ter vpeljati inovacije socialnega dela v le te. Cilji raziskave so usmerjeni v iskanje sivih peg, k oceni stanja, iskanja rešitev in storitev ter implementaciji že obstoječih storitev.

ASIGMENT DATA:

Name: Jasmina Čavuzić

The title of the thesis: THE NEEDS OF THE MENTAL HEALTH FIELD AND RESPONSE PLANNING IN THE LOCAL COMMUNITY VELENJE

Place: Celje

Mentor: doc. Vera Grebenc

Descriptors: mental health, mental health and community, innovations in social work, destigmatization

With this thesis i tried to encompass the state and needs of the mental health field in the local community of Velenje. To accomplish that i referenced the study "Quick evaluation and response". I decided to use this particular study because it enabled me to have a very pristine contact with the respondents. My goals are oriented towards finding answers, and those come directly from the users. The intention of the study is to identify needs of people with mental health problems, name them and find adequate solutions and suggestions for an improved quality of life as well as finding and identifying existing programs in the field of mental health inside the local community of Velenje and introduce social elements to them. Goals are also aimed at finding grey areas, evaluation of the existing state of matters, finding solutions and implementation of existing solutions.

KAZALO VSEBINE

1	Teoretični uvod.....	7
1.1	Uvod	7
1.2	Uveljavljanje Zakona o duševnem zdravju: obravnava v skupnosti in koordinator obravnave v skupnosti	8
1.2.1	Načrt obravnave v skupnosti	14
1.3	Boj za destigmatizacijo in socialno vključevanje oseb s težavami v duševnem zdravju	19
1.3.1	Stigmatizacija in stigma.....	20
2	Mreža izvajalcev in storitev na področju duševnega zdravja v skupnosti.....	37
3	Prilagodljivost storitev (ali potreb) individualiziranemu pristopu.....	59
4	Empirični del	64
4.1	Metodologija raziskave	64
4.1.1	Namen raziskave	64
4.1.2	Cilji raziskave	64
4.1.3	Vrsta raziskave in metoda dela ter omejitve pri raziskovalnem delu.....	64
4.1.4	Opredelitev raziskovalne populacije in vzorec	65
4.1.5	Raziskovalni instrumenti in viri podatkov	66
4.1.6	Zbiranje podatkov, obdelava ter analiza	67
4.2	Demografske značilnosti skupnosti Velenje.....	68
4.3	Etnografski zemljevid	70
5	Rezultati raziskave	72
5.1	Ocena življenja oseb s težavami v duševnem zdravju.....	72
5.1.1	Ocena socialnih delavk.....	73
5.1.2	Tveganja na podlagi ocene stanja in potreb	74

5.2	Ocena socialnega konteksta.....	74
5.2.1	Ocena intervjuvancev s težavami v duševnem zdravju	74
5.2.2	Ocena socialnih delavk.....	76
5.2.3	Tveganja na podlagi ocene stanja in potreb	76
5.3	Ocena zdravja	77
5.3.1	Ocena intervjuvancev s težavami v duševnem zdravju	77
5.3.2	Ocena socialnih delavk.....	77
5.3.3	Tveganja na podlagi ocene stanja in potreb	78
5.4	Ocena tveganj.....	78
5.4.1	Ocena intervjuvancev s težavami v duševnem zdravju	78
5.4.2	Ocena služb	79
5.4.3	Politika in odnos do oseb s težavami v duševnem zdravju.....	81
5.4.4	Želje in potrebe	82
6	Sklep.....	83
7	Predlogi.....	87
8	Literatura in viri	88

1 TEORETIČNI UVOD

1.1 Uvod

Po večletnem prizadevanju je bil v letu 2009 sprejet Zakon o duševnem zdravju. Ta nacionalni dokument, ki je tudi prvi s področja duševnega zdravja, je Slovenijo uvrstil med prve države, ki to področje zakonsko urejajo. Mnenja o njem so v javnosti deljena. Kljub temu pa to področje ostaja stigmatizirano in diskriminirano, kar po mojem mnenju gre pripisati nepoznavanju, neosveščenosti, obveščenosti in informiranju družbe o duševnem zdravju.

Flakerjeva definicija duševnega zdravja v skupnosti (Flaker, 2001, 73):

Duševno zdravje v skupnosti je interdisciplinarno področje delovanja, ki se je razvilo na terenu psihiatrije z namenom zasledovanja emancipatoričnih ciljev ob upoštevanju skupnostnih načel. Ti cilji so: izboljšanje življenjskega položaja ljudi z duševno stisko, izboljšanje in spreminjanje služb, da bodo bolj sledile potrebam, željam in nujam uporabnikov, družbeno prevrednotenje duševne stiske in norosti ter vzpostavljanje takih družbenih pogojev, ki bodo onemogočali destruktivne izide in spodbujali ustvarjalno reševanje človeških stisk.

Helena J. Klanšček je v uvodnem članku zbornika Duševno zdravje v Sloveniji (2009) izpostavila pogled na duševno zdravje v preteklosti. Dolga leta se je na duševno zdravje gledalo kot na bolezen, izpostavljeni so bili negativni vidiki, ljudje, ki imajo težave v duševnem zdravju, pa so veljali za nore, obsedene ali nevredne normalnega življenja. Danes je naš pogled manj diskriminatoren in manj izključujoč, saj vemo, da za boleznijo lahko zboli vsak.

Flaker v knjigi Direktno socialno delo v akciji (2012) izpostavi, da duševna stiska odseva pritiske na delovnem mestu, izgubo službe, zadolženost in nezmožnost rednega plačevanja položnic. Kot vzroke navaja še osamljenost, zmedenost, občutek odvečnosti in pomanjkanja smisla v življenju.

»Utemeljitelj psihiatrije Philippe Pinel je razumel nastanek »duševne bolezni« kot posledico socialne prikrajšanosti in socialnih razmer ter življenja v neurejenem okolju.« (Flaker, V. Boj za: 264)

Duševno zdravje posameznika se zrcali v kakovosti vsakdanjega življenja, v načinu, kako se sooča z življenjskimi situacijami, težavami, krizami in stiskami, v odnosu, ki ga ima do sebe in do drugih.

Pomembna je sposobnost, da ne glede na okoliščine vidimo smisel življenja in mu sledimo, da smo nenehno v stiku s samim seboj in s svojim avtentičnim bitjem, kar nam omogoča, da smo vedno v centru svojega lastnega življenja, tukaj in zdaj. Vsebina duševnega zdravja se odraža tudi v kvaliteti socialnih odnosov ter z vrednotami, ki jih posameznik in skupnost promovirajo v vsakdanjem življenju (www.ozara.org/clanek4htm).

Menim, da je ključnega pomena, da se koncept duševnega zdravja spremeni iz negativnega v pozitivno konotacijo. V ta namen se naj uporabijo preventivni programi, ki vsebujejo elemente za ohranjanje duševnega zdravja ter ga tudi krepijo. Kot dodatno vrednost vidim osveščanje in informiranje ter razna izobraževanja na temo duševnega zdravja tako za širšo populacijo kot tudi za strokovno.

Zaradi vseh teh spoznanj, ki sem jih usvojila skozi izobraževanje za koordinatorja in kasneje pri delu koordinatorke obravnave v skupnosti na področju Velenja in ker me tema duševnega zdravja še vedno zanima, sem se lotila pisanja te specialistične naloge. Eno izmed ključnih spoznanj, ki sem ga vesela, je, da se spreminja tako pojmovanje duševnega zdravja kot pogled na osebe s težavami v duševnem zdravju. Vendar menim, da obstaja potreba po nadaljnjih spremembah ter da se vsa teorija in znanja ter praksa s tega področja nadgrajujejo. Te spremembe so počasne, a upam, da korenite.

1.2 Uveljavljanje Zakona o duševnem zdravju: obravnava v skupnosti in koordinator obravnave v skupnosti

Profil koordinatorja obravnave v skupnosti se je v Sloveniji razvijal v razvojno raziskovalnih projektih Načrtovanje in vodenje skrbi za ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi težavami leta 1994 in Individualno financiranje spremljanja in pomoči za ljudi s posebnimi potrebami na Obali leta 1995 (Formalni in strokovni okvirji za uvajanje in izvajanje Zakona o duševnem zdravju 2009; 16 po Oreški 2008 in Škerjanc, 2006). Nadalje se je oblikoval pilotski projekt Individualiziranja financiranja storitev socialnega varstva (prav tam, po Flaker in sodel., 2007).

V sedanji obliki in z državnim pooblastilom za izvajanje koordinacije se profil dokončno izoblikuje s sprejetim Zakonom o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 77/2008).

Obravnava v skupnosti in koordinator obravnave v skupnosti je ena izmed inovacij, ki jih omenjeni zakon uvaja na področje duševnega zdravja. Ostale inovacije so še: obveznost odvetniške podpore uporabnikom v postopkih pred sodiščem, zastopništvo in zastopnik, nadzorovana obravnava v skupnosti in koordinator nadzorovane obravnave ter nacionalni program duševnega zdravja (Formalni in strokovni okvirji za uvajanje in izvajanje Zakona o duševnem zdravju, 2009, str. 4).

V splošnem koordinacija pomeni »ureditev, uskladitev v delovanju« (Leksikon Sova, str. 536). Koordinator obravnave v skupnosti usklajuje delovanje na različnih ravneh. Sodeluje s posamezniki, skupnostjo, tudi neformalnimi skupinami in mrežami (Formalni in strokovni okvirji, 34). Koordinacija je umeščena v skupnost, kjer posameznik biva oziroma živi. Namen obravnave je »pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave« (Zakon o duševnem zdravju, Uradni list RS, št. 77/2008, člen 91). V »obravnavo« je potrebno vključiti izvajalce, ki so posledično vključeni v socialno mrežo uporabnika. Socialna mreža je sestavljena s formalno mrežo izvajalcev (javni sektor, zasebni sektor in nevladne organizacije) in neformalno mrežo izvajalcev (svojci in prijatelji oziroma bližnji). Nekateri so mnenja, da bi v kontekstu socialnega dela in dolgotrajne oskrbe namesto izraza socialna mreža bilo primerneje uporabljati izraz podporna mreža, v kolikor se govori o mreži ene osebe, pa tudi osebna mreža ali osebna skupnost (Individualno načrtovanje in izvajanje storitev, str. 61).

Podporna mreža je pogosto v ospredju pri koordinaciji (podpora pri vsakdanjih dejavnosti, vključevanje v družabne, delovne dejavnosti). Pri podporni mreži za razliko od družabne mreže ni toliko v ospredju družabnost, ampak to, da se opravi naloga članov mreže. Takšne mreže so pomembne tudi v času krize. Družabna mreža se običajno nanaša na neformalno okolje, razen v primerih, ko so uporabnikom zagotovljeni plačani družabniki (individualno načrtovanje in izvajanje storitev, str. 92). Koordinacija obravnave v skupnosti se izvaja po načelu krepitev moči uporabnika. Iz tega razloga so v mreži pomembne relacije odnosov, ki jih ima uporabnik z drugimi udeleženci. Zemljevid moči (Krepitev moči v teoriji in praksi) je metoda, ki razkrije, kakšni so ti odnosi oziroma koliko vpliva ima uporabnik v interakcijah. Prav tako se oblikuje skupaj z uporabnikom možna mreža izvajalcev, tako neformalne kot formalne mreže (Individualno načrtovanje in izvajanje storitev, str. 98). Raziskovanje osebne mreže uporabnika je pomembno, ker se moč povezuje z vplivom, ki ga ima posameznik v interakcijah. Ta vpliv se lahko definira kot socialni vpliv, odraža pa se z mnenjem, prošnjo in dejanjem, namenjenim drugim, hkrati je to

recipročni proces, ker v njem posameznik sprejema tudi vplive od drugih (Ule, Socialna psihologija, str. 299). Socialna psihologija vidi razliko med (socialnim) vplivom in (socialno) močjo v glavnem v tem, da je vpliv pretežno obojestranski interakcijski proces, medtem ko je moč v domeni tistega, ki z določeno močjo v interakciji razpolaga: »Moč torej ne pripada kakršnemukoli izvoru vpliva, temveč le posebnim, običajno socialno opredeljenim (legitimiranim) izvorom vplivov.« (Ule, str. 301) Socialna moč se odraža v nadzoru interakcij, ki ga ima posameznik, šibkost moči pa se, nasprotno, kaže v nizki stopnji nadzora. Pojav socialne moči se vedno veže na njen nasprotni ali dopolnjujoči pojem, ki pa ni nemoč, ampak poslušnost. Socialna moč namreč potrebuje zavestno podrejanje, kar se izraža v poslušnosti, nemoč pa je lahko samo izraz pasivne vdanosti v usodo in še ne pomeni zavestnega podrejanja (Ule, str. 313).

Razlike med vplivom in močjo (Ule, str. 301):

- razlika v odnosih, ki se vzpostavijo med akterji: pri vplivu se odraža soodvisnost v odnosih, ker imajo akterji enake možnosti, da usmerjajo delovanje drug drugega, posledično so odvisni drug od drugega. Moč predpostavlja odvisnost enega akterja od drugega, torej en akter usmerja dejavnost drugih, zato je to enosmerni vpliv;
- razlika v obsegu vpliva: vpliv je širši pojem. Vsaka moč vsebuje vpliv, vpliv ne vsebuje nujno odnosov moči, odnosi so lahko enakopravni;
- razlika v sredstvih delovanja: vpliv temelji na vrednotah, normah, pravilih delovanja. Moč pretežno deluje s pomočjo prisile.

Pogoji za socialno moč bi torej bili: situacija odvisnosti drugega, na podlagi katerega posameznik lahko uveljavlja svoj vpliv v interakciji na način, da usmerja delovanje drugega, kar mu omogoča nadzor nad interakcijo. Pogoj za socialni vpliv pa ne vsebuje nujnosti situacije odvisnosti in nujnosti nadzora (Ule). V primeru individualnega načrtovanja se vpliv uporabnika kaže v odločitvi za vzpostavljanje delovnega odnosa s strokovnim delavcem, v odločitvi za sodelovanje pri metodi osebnega načrta. Uporabnikova moč pa se kaže pri nadzoru poteka osebnega načrta, pri odločitvah o svojem življenju s pomočjo ciljev in odločitvah glede uresničevanja ciljev ter odločitvah glede izvajalcev storitev v osebnem paketu. »Nosilec/nosilka moči ima občutek, da lahko postavlja cilje, načrtuje, da daje pečat situacijam in da nadzira situacijo.« (Ule, str. 318)

Razliko med vplivom in močjo se je zdelo pomembno izpostaviti, ker ni nujno, da je uporabnik brez vpliva, če je ugotovljeno, da v določeni situaciji nima moči. Zapisano drugače, ne glede na

to, če uporabnik v določeni situaciji ima moč ali ne, si še zmeraj lahko zagotovi vpliv, če se ustvari enakopravnost v odnosih. Glede na vpliv uporabnika v odnosih z udeleženci koordinator nastopa v različnih vlogah, zagotovo pa kdaj v vlogi mediatorja ali zagovornika.

Moč pa se ne nanaša le na osebno moč, ampak je pomembna tudi pogodbeni moč. Pogodbeni moč omogoča posameznikom, da vstopajo v pogodbene odnose, kar izkazuje najprej kredibilnost posameznika. Nadalje se morajo z vsebino pogodbe strinjati vse stranke. Končno pa se s pogodbo stranke zavežejo, da se bodo pogodbene obveznosti izvršile. Pogodbeni moč je odvisna od statusa osebe (status državljana, drugi formalni statusi, kupna moč oziroma denar (lažje izpolnjevanje pogodbenih obveznosti), garancije (poroki, skrbniki, zagovorniki, pologi, premoženjske garancije, socialni kapital) ter ugled in spoštovanje (dosežki, družinski ugled, cenjene spretnosti, ugledna vloga) (Krepitev moči). Da bi se razkrila pogodbeni moč uporabnika, se je potrebno vprašati, v kolikšni meri je uporabnik lahko pogodbeni stranka (Individualno načrtovanje in izvajanje storitev).

Sama moč koordinatorja se odraža v mandatu, ki mu je podeljen s strani države in s strani uporabnika. Tovrstna moč je značilna za socialne države, gre pa za birokratsko razmerje moči. Uporabniki so sicer odvisni od strokovnjakov, a se jim dopušča nekaj svobode, v primeru pritožbe pa celo moč nad strokovnjakom (Krepitev moči, Basaglia). V delovni odnos koordinator lahko vloži vpliv, ki je omogočen s poklicnim statusom, znanjem, veščinami, informacijami, osebnimi in poklicnimi izkušnjami, časom, poznavanjem mrež, sistemov, struktur v okolju, zavezanosti uporabniški perspektivi in verovanju v uspeh uporabnika (Škerjanc, Individualno načrtovanje).

Tako so za izvajanje nalog koordinacije v skupnosti potrebne določene kompetence. To so sposobnosti, ki jih koordinator poseduje za izvajanje nalog koordinacije v skupnosti. Kompetence tudi najbolje predstavijo vsebino dela in profil koordinatorja, kar je namen tega poglavja. V gradivu, po katerem so povzete, najdemo številne kompetence. Za lažjo predstavitev so razdeljene na mikro, mezo in makro raven, saj bi praksa socialnega dela naj upoštevala oziroma delovala na vseh treh ravneh (Rapoša Tajnšek).

Kompetence koordinatorja obravnave v skupnosti so (Formalni in strokovni okvirji za izvajanje; str. 44):

1. Mikro raven:

Sposobnost vzpostaviti sodelovanje z osebo na temelju zaupanja in spoštovanja; sposobnost in znanja za zagotavljanje podpore posamezniku za dejavno vključevanje v glavne družbene tokove in demarginalizacijo; sposobnost prilagajanja posamezniku in njegovi situaciji, sposobnost vživljanja v stisko osebe, humanega odnosa in spoštljivega ravnanja; poznavanje značilnosti posameznih zdravljenj, posledic in učinkov le-teh ter sposobnost, da osebo o tem ustrezno informira; sposobnost v izvirnih projektih podpore in pomoči povezovanja izkušenj in izvedenstva uporabnikov s strokovnim znanjem v pomoč pri izboljšanju njihovega življenja; spretnosti in znanja za pomoč uporabniku pri dostopu do pomembnih virov, sredstev in omrežij, izobraževanja, zaposlovanja in nastanitve; poznavanje, razumevanje vzvodov za prerazporejanje moči in sposobnost vzpostavljanja delovnega odnosa, ki osebi zagotovi vpliv in zadnjo besedo pri koordinaciji socialno varstvenih storitev v obravnavi v skupnosti; znanje in izkušnje pri zapisovanju načrtov po metodi individualnega načrtovanja z udejanjanjem ciljev, izdelave analize tveganja in načrta za zmanjševanje tveganja; znanje in sposobnost beleženja in dokumentiranja; sposobnost strokovne refleksije lastne prakse in sposobnost iskanja pomoči zase (v tem primeru je posameznik koordinator).

2. Mezo raven:

Sposobnost vzdrževanja in zagovarjanja strokovne avtonomije v dialogu z različnimi akterji, institucijami in javnostjo; znanja in spretnosti za načrtovanje, oblikovanje, koordiniranje ter ocenjevanje kakovosti služb in storitev za duševno zdravje; sposobnost mreženja s svojci, sosesko, skupnostjo, ustanovami, delovnim okoljem in drugimi javnimi dobrinami; poznavanje procesov družbenega razvrednotenja in stigmatizacije na področju duševnega zdravja, sposobnost prepoznavanja, poimenovanja in delovanja v zmanjševanju le-teh ter v smeri emancipacije posameznika z diagnozo v skupnosti; sposobnost ravnanja s tveganji na področju duševnega zdravja v skupnosti; zmožnost avtonomije v izvedbi posameznih nalog v profesionalni praksi na področju duševnega zdravja v skupnosti; sposobnost za strateško razmišljanje in ravnanje; sposobnost oblikovanja inovativnih strokovnih pristopov in rešitev na področju služb za duševno zdravje; znanje in sposobnost sporočanja, poslušanja, pisnega izražanja, javnega predstavljanja in argumentiranja, govornega izražanja, jasnega, aktivnega, argumentiranega nastopanja, uporabe informacijsko komunikacijskih tehnologij, pogajanja, dogovarjanja.

3. Makro raven:

Poznavanje, razumevanje konceptov, teorij, pojavov, metod in postopkov socialnega dela: družbenih kontekstov, pravnih norm, institucij, javne politike in uprave, pravic državljanov do ukrepov socialne politike in socialnega varstva; zmožnost kritičnega vrednotenja implikacij problemov kulture, rase, spola, spolne usmeritve za duševno zdravje; sposobnost analize in sinteze: družbenih fenomenov in dogajanja, sinteza področnih znanj, sposobnost razumevanja povezav med položajem osebe in širšim družbenih kontekstov, sposobnost prepoznati in odstraniti ovire v sistemih; zmožnost prevzemanja etične in profesionalne odgovornosti in profesionalne discipline, skrb za lastni profesionalni razvoj, za razvoj, uveljavljanje in ugled stroke ter posredovanje znanja na področju duševnega zdravja v skupnosti; kritično branje strokovnih govoric in sposobnost prevajanja jezika vsakdanjega življenja v jezik drugih strok (medicina, pravo, pedagogika ...); sposobnost delovanja v pluralnem strokovnem okolju: razumevanje globalnih procesov, zastopanja stroke in delovanja v mednarodnih strokovnih telesih, pisanja in objavljanja.

Po Zakonu o duševnem zdravju so naloge koordinatorskega centra za socialno delo v skupnosti naslednje: (Zakon o duševnem zdravju, Uradni list RS, št. 77/2008):

- Priprava, koordinacija in nadziranje izvajanja načrta obravnave v skupnosti: načrt obravnave v skupnosti sprejme center za socialno delo na predlog koordinatorskega centra za socialno delo v skupnosti. Pri pripravi predloga načrta obravnave v skupnosti koordinatorski center sodeluje z osebo in multidisciplinarnim timom. Po šestih mesecih koordinatorski center oceni izvajanje in pripravi morebitne dopolnitve načrta obravnave v skupnosti.
- Organiziranje in vodenje multidisciplinarnega tima: multidisciplinarni tim sestavljajo psihiater, patronažna sestra, predstavnik centra za socialno delo in nevladnih organizacij, najbližja oseba in drugi, ki lahko vpliva na potek obravnave v skupnosti in ki ga imenuje center za socialno delo.
- Nudenje strokovne podpore in podpore glede namestitve izvajalcem obravnave v skupnosti: pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave.
- Skrb za evidenco obravnav v skupnosti: evidenca vsebuje podatke o datumu začetka izvajanja in datumu zaključka obravnave v skupnosti in podatke o številu oseb, ki so bile obravnavane. Ministrstvu za socialno varstvo koordinatorski center predloži letno poročilo o

izvajanju obravnave v skupnosti. Poročilo je dano v anonimizirani obliki in lahko poleg statističnih podatkov vsebuje tudi splošne ugotovitve in priporočila glede varovanja pravic oseb na področju duševnega zdravja.

1.2.1 Načrt obravnave v skupnosti

Načrt obravnave v skupnosti je dokument, po katerem se obravnava v skupnosti sploh lahko izvaja. Tipična značilnost koordinacije obravnave v skupnosti je, da načrtovanje in koordiniranje izvaja ista oseba. Zakon o duševnem zdravju določi, da se v skupnosti lahko obravnava oseba, ki pisno privoli v načrt obravnave v skupnosti (Uradni list RS, št. 77/2008, 91. člen). Če si uporabnik želi obravnave v skupnosti, mora pisno privoliti v načrt obravnave v skupnosti. V kolikor uporabnik v načrt ne privoli pisno, ampak ustno, s koordinatorjem nadaljujeta z izvedbo in pisni dogovor ali skleneta pozneje ali pa se osebni načrt šteje za izjavo o privolitvi v obravnavo v skupnosti (Individualno načrtovanje in izvajanje storitev, 2010, str. 31). Uporabnik je tisti, ki da mandat za izdelavo načrta. Hkrati je tudi tisti, ki dovoli izvajanje načrta oziroma ga potrdi, ko je izdelan.

Lastnik načrta je uporabnik, čeprav Poštrak in Urek pišeta, da pri zapisovanju dokumentacije o uporabniku ni toliko v ospredju vprašanje lastnine dokumenta, kolikor je v ospredju vzpostavljanje delovnega odnosa in s tem sodelovanja med uporabnikom in socialnim delavcem (Poštrak, Urek, 2008).

Kot je že bilo zapisano, je kot proces opolnomočenja uporabnika pomembno poudariti še enkrat, da se vpliv uporabnika kaže že v samem začetku v možnost izbire, da se odloči za obravnavo v skupnosti, kar potrdi s pisnim privoljenjem, posledično pa vpliva na to, da se sam odloči za sodelovanje oziroma za delovni odnos s koordinatorjem. Tako se opolnomočenje začne že pred tem, ko se vzpostavi delovni odnos oziroma se začne načrtovanje. Hkrati je privolitev uporabnika predpogoj za izvajanje koordinacije obravnave v skupnosti.

Metoda, ki se uporablja za izdelavo načrta obravnave v skupnosti, je individualno načrtovanje z udejanjanjem ciljev (Formalni in strokovni okvirji za uvajanje in izvajanje Zakona o duševnem zdravju, 2009, str. 68) oziroma individualno načrtovanje in izvajanje storitev (Individualno načrtovanje in izvajanje storitev, 2010, str. 7). Temeljno izhodišče metode je, da omogoča nadaljnji vpliv uporabnika v vseh fazah procesa načrtovanja in uresničevanja ciljev oziroma storitev. Ne gre pa »zgolj« za paket storitev na področju socialnega varstva, prilagojen potrebam uporabnika. V

ospredju je predvsem uresničevanje državljanskih pravic in izboljševanje kakovosti življenja, ki je načelo programov OZN in vlad demokratičnih držav (Škerjanc, 2006, str. 8). Pristop, ki izhaja iz ocene situacije, kot jo doživlja posamezni uporabnik in omogoča njegov vpliv na storitve, se imenuje »od spodaj navzgor«. Prednosti tovrstnega pristopa na področju socialnega varstva so (Škerjanc, 2006, str. 26):

- načrtovanje storitev, ki jih posameznik potrebuje, kar vpliva na učinkovitost storitev;
- prevzemanje in zadrževanja vpliva uporabnika nad storitvami, posledično tudi nad svojim življenjem;
- krajevne oblasti se informira o potrebah občanov po določenih storitvah, kar omogoča učinkovito načrtovanje in razvoj potrebnih storitev;
- zbrane potrebe krajevnih okolij lahko kažejo trende in smeri na državni ravni.

Individualizirani pristop torej upošteva edinstvenost in dostojanstvo posameznika in pravice, ki iz tega izhajajo (Škerjanc, 2006, str. 52):

- pravica do samoodločanja: uporabnik opredeli svojo situacijo, cilje, ki jih želi uresničiti in tudi pot do ciljev. Pri načrtovanju izvedbe razišče lastne vire in podeli mandate za sodelovanje drugih pri udejanjanju ciljev;
- pravica do sodelovanja: uporabnik in strokovni delavec v partnerskem odnosu prispevata vsak svoj nenadomestljivi del za udejanjanje ciljev iz načrta;
- pravica do izbire: uporabnik izbira načrtovalca, okoliščine za sodelovanje, vsebine storitev in izvajalce;
- pravica do učenja iz lastnih napak: uporabnik pridobi informacije o možnih posledicah svojih odločitev, opredeljuje se po lastni presoji in ob tem ne izgubi pravice do storitev za udejanjanje ciljev;
- pravica do premisliti si: uporabnik lahko kadarkoli spremeni svoj cilj, ga prekliče ali nadomesti z novim;
- pravica do ohranitve nadzora: nad procesom načrtovanja, nad izvajanjem storitev in nad zapisanimi osebnimi podatki;
- pravica do sporočanja in sporazumevanja, ki uporabniku najbolj ustreza: vsi sodelujoči v procesu prilagodijo komuniciranje.

Pri metodi individualnega načrtovanja se lahko zapisuje individualni načrt, ad hoc načrtovanje in načrtovanje na zalogo, odvisno od življenjskih situacij in namenov, ki se želijo doseči. Pri zapisovanju načrtov gre za načrtovanje posameznih korakov za doseganje ciljev.

V Sloveniji je uveljavljena metoda individualnega načrta. Metoda je primerna za uvajanje večjih življenjskih sprememb, kot so življenjski prehodi, sprememba statusa ali socialnih vlog (Škerjanc, 2006, str. 59).

S časom se pojem individualni načrt spreminja v pojem osebni načrt, saj primernejše izraža enkratnost oziroma edinstvenost uporabnika (Individualno načrtovanje in izvajanje storitev, 2010, str. 17). Osebni načrt služi kot smerokaz za izvajanje koordinacije obravnave v skupnosti.

Zapisovanje dobrega osebnega načrta ni samoumevno, ker je od zapisa odvisno, kako bo potekalo izvajanje načrta. Dober način zapisovanja omogoči, da se v načrtu upoštevajo vsi pomembni vidiki in postopki za uresničevanje ciljev, ki jih določi uporabnik, hkrati pa se le tako lahko omogoči udeležanje vpliva uporabnika. Metoda narekuje, da se z uporabnikom sproti preverja, kar je v načrtu že zapisano.

Dejanska udeležba uporabnika pri nastajanju načrta se lahko preverja tudi po 14-stopenjski lestvici vpliva uporabnikov pri zapisovanju in dokumentiranju po Katie Prince (Prince, 1996, str. 196, Poštrak, Urek, 2008, str. 61):

1. Seznanjanje uporabnika o tem, kaj bo zapisano:

- uporabnik je seznanjen s tem, da ima pravico do vpogleda v vso dokumentacijo ali njen del;
- uporabnik je seznanjen z dodatnimi, podrobnejšimi informacijami, kako naj to stori;
- uporabnik je seznanjen s tem, kaj se je o njem pisalo, in so mu ponujeni zapisi v branje, če uporabnik izrazi to željo;
- uporabniku se pojasni, o čem se namerava pisati.

2. Partnerski odnos med uporabnikom in strokovnim delavcem:

- uporabniku se pojasni, kaj bo napisano, in se mu zapisano ponudi v branje;
- uporabniku se pojasni, kaj bo napisano, in branje zapiskov je sestavni del naslednjega srečanja;
- posvetovanje z uporabnikom, kaj bi morali zapisi vsebovati.

3. Soudeležba uporabnika pri dokumentiranju:

- posvetovanje z uporabnikom, kaj je treba zapisati, in posredovanje izdelka v branje;
- posvetovanje z uporabnikom, kaj mora biti zapisano, branje zapisov je sestavni del naslednjega srečanja;
- zapis osnutka v navzočnosti uporabnika;
- pridobitev soglasja uporabnika za vsako točko zapisa, napisanega v navzočnosti uporabnika;
- pridobitev mnenja uporabnika, kaj naj bi ostalo zapisano, in v uporabnikovi navzočnosti dobesedno poročilo o tem, kar uporabnik izjavi;
- uporabnik zapiše svoje poročilo, ki je priloženo k dokumentaciji;
- uporabnikovi zapisi so izključna, edina dokumentacija o dogodkih, ki se jih vloži v spis.

Metoda individualnega načrtovanja ustvarja pogoje, da se lahko vključijo vse stopnje udeležbe uporabnikov pri zapisovanju. V kolikor se dopusti uporabniku možnost, da postane soudeleženec pri zapisovanju, pravica do vpogleda v dokumentacijo lahko postane nekaj nujnega in ni samo izbira ali zahteva uporabnika. Torej preverjanje že zapisanega v individualnem načrtu ni samo samoumeven postopek metode načrtovanja, ampak je odraz pravice uporabnika do vpogleda v dokumentacijo. Primer dobre prakse za uveljavljanje pravice posameznika bi lahko bil, da uporabnika poučimo oziroma informiramo, da ima, podobno kot lahko preverja osebni načrt, po Zakonu o varovanju osebnih podatkov pravico do vpogleda v vse dokumente, ki se nanašajo na njegove osebne podatke.

Zapisovanje osebnega načrta vključuje postopek načrtovanja, ki ga sestavljajo naslednje vsebine (Individualno načrtovanje in izvajanje storitev, 2010, str. 14–53):

- načela načrtovanja,
- vzpostavitev delovnega odnosa,
- raziskovanje življenjskega sveta,
- zapisovanje načrta,
- okoliščine načrtovanja.

Načelo načrtovanja narekuje recipročnost pravice uporabnika in dolžnosti koordinatorskega. Uporabnik ima pravico do krepitev moči, koordinator ima dolžnost, da zagotovi vpliv uporabnika. Uspešnost pri načrtovanju in uresničevanju osebnega načrta ter posledično spreminjanja situacije

uporabnika kažeta na to, koliko se je moč uporabnika okrepila. Kot smo že zapisali, se moč uporabnika izraža v nadzoru pri načrtovanju: potek načrtovanja (kako in kje), vsebina načrta (kaj bo v njem zapisano in kaj ne bo), kakšne cilje si bo uporabnik v načrtu postavil in kako jih bo dosegel. Uporabnik je vključen v načrtovanje in v njem sodeluje, če je možno, je prisoten pri vseh dejavnostih, s koordinatorjem se dogovarja, katere informacije bosta posredovala. Preden koordinator posreduje načrt drugim, mora o tem pridobiti dovoljenje uporabnika. Koordinator pri svojem delu upošteva poklicno molčečnost. Pri načrtovanju koordinator ne dvomi v nerealnost ali realnost zastavljenih ciljev. Cilji, ki se zdijo nerealni, se dosegajo po posameznih fazah oziroma korakih. Uporabnik pri uresničevanju sam uvidi nerealnost zastavljenega cilja in ima vedno možnost, da spremeni osebni načrt in načine izvajanja nalog. To je omogočeno z načelom refleksivnosti in reflektivnosti.

V delovnem odnosu ne pride v ospredje oblikovanje rešitve, ampak oblikovanje odprtega prostora za pogovor in soustvarjanje rešitev. »Gre za skupen projekt, ki temelji na odkrivanju, raziskovanju uporabnikove moči, da doseže svoje cilje in uresniči sanje.« (Individualno načrtovanje in izvajanje storitev, str. 28) V uvodu koordinator predstavi sebe, metodo individualnega načrtovanja in vsebino načrta. Če s strani uporabnika prejme mandat za načrtovanje, skleneta dogovor o načrtovanju. Koordinator, ki je hkrati tudi strokovni delavec Centra za socialno delo, lahko izvaja vse ostale storitve za uporabnika, ne glede na vsebino in izvajanje načrta in glede na interese uporabnika.

Raziskovanje življenjskega sveta uporabnika omogoča dostop do resursov. Omogoča poti in (potencialne) izvajalce za dosego ciljev. Velja za osnovno metodo pri individualnem načrtovanju. V raziskovanje vključimo tehnike: nestandardiziran intervju z uporabnikom, pogovor z drugimi udeleženci situacije, opazovanje in eksperiment.

Načrt se zapisuje v uporabnikovem jeziku, ker mora biti uporabniku razumljiv. Strokovni žargon in uradniško zapisovanje se pri zapisovanju načrta ne uporabljata. Na vsakem srečanju z uporabnikom se preveri, kar se je zapisalo po zadnjem srečanju. Tako uporabniku damo možnost, da izrazi svoje strinjanje ali nestrinjanje z zapisanim. Uporabnik tudi dobi možnost, da zapisano spremeni ali dopolni. Omenjeno je že bilo, da se tako omogoči tudi pravica uporabnika do vpogleda v dokumentacijo.

Okoliščine načrtovanja se nanašajo predvsem na trajanje zapisovanja in kraj zapisovanja. Poskušamo se čim bolj prilagajati uporabniku, vsekakor pa poskrbimo za varen prostor, da se bomo skupaj z uporabnikom lahko nemoteče osredotočili na zapisovanje načrta.

Struktura načrta se na splošno deli na dva dela:

- pripovedni del,
- izvedbeni del.

Namen pripovednega dela je, da predstavi uporabnika, tj. njegovo enkratnost in njegovo življenjsko zgodbo. Pri življenjski zgodbi je pomembno izpostaviti tisto, kar nakazuje na to, kar se bo zgodilo v prihodnje. Kar se bo zgodilo v prihodnje, je domena izvedbenega dela načrta. Iz tega razloga se pripovedni del zaključi s cilji, ki si jih zastavi uporabnik. Pripovedni del mora utemeljiti zastavljene cilje, zato je pomembno, da je zapisan s perspektive uporabnikove moči. Na podlagi pripovedi se opravi analiza situacije. Za analizo uporabimo postopek magnetov, indeksa potreb in zemljevida.

Izvedbeni del načrta predstavlja način izvedbe za vsak zastavljeni cilj. Tako so sestavni deli izvedbenega načrta: naloga, opis dejavnosti/storitve, izvajalec, cena/potrebna sredstva, rok.

1.3 Boj za destigmatizacijo in socialno vključevanje oseb s težavami v duševnem zdravju

Eno izmed prednostnih področij predloga nacionalnega programa duševnega zdravja je stigma in socialna izključenost (Nacionalni program ...). Med kompetencami koordinatorja obravnave v skupnosti je prej omenjeno poznavanje procesov družbenega razvrednotenja in stigmatizacije na področju duševnega zdravja, prepoznavanje, poimenovanje in delovanje v zmanjševanju le-teh ter v smeri emancipacije posameznika z diagnozo v skupnosti. Proces družbenega razvrednotenja in stigmatizacije je pomemben vidik tudi takrat, ko je potrebno nastopiti v vlogi zagovornika. Teža prepričanj, ki otežuje emancipacijo posameznika se lahko zmanjša, če so predstavljeni primerni argumenti, ki postavijo situacijo v širši (družbeni) kontekst. Prav tako obstaja nevarnost, da sami strokovni delavci stigmatizirajo uporabnike, če stigme ne prepoznavajo kot take. Sogovornica, ki je svoj čas hodila v dnevni center in je po dolgem času šla na obisk, je dejala, da ji ni bil všeč odnos strokovnih delavk do uporabnikov. Ko sem jo vprašala zakaj, je rekla: »V smeh me naj

spravijo, ne pa da vlečejo najslabše iz mene ... Ti si potreben pomoči, jaz ti jo dajem, vprašaj se, kakšno ...» (ustna komunikacija)

Da bi se zmanjšalo stigmatiziranje uporabnikov s strani služb, Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja začetek boja proti stigmatizaciji umesti na zdravstveno in socialno varstveno področje ter šolsko okolje. Izobraževanje in strpnost delavcev omogočata pravočasen odziv na duševne stiske, v nasprotnem primeru se s potrebno pomočjo odlašajo zaradi neznanja, stereotipov, inercije in predsodkov strokovnih delavcev (Resolucija o nacionalnem programu DZ 2011–2016, str. 17). Stigmatizacija oseb s težavami v duševnem zdravju otežuje njihovo vključevanje v skupnost, namen koordinacije pa je, da se izvaja v skupnosti in da uporabniku omogoči vključevanje v skupnost, zato je nekaj besedila namenjeno stigmatizaciji/destigmatizaciji in socialnemu vključevanju/izključevanju.

1.3.1 Stigmatizacija in stigma

Na proces stigmatizacije med drugim vplivajo nalepke. Nalepke ne določijo le trenutnega položaja osebe, ampak se običajno ohranijo tudi v kasnejšem obdobju, tj. po »institucionalni karieri« s predznakom bivši. Že sam pomen nalepke je za posameznika lahko stigmatizirajoč (Dolgotrajna oskrba, 335). Lahko pa nastaja kot proces, ki vodi v stigmatizacijo, samoizpolnjujočo se prerokbo ali v sekundarno deviantnost. Teorijo nalepk (»Labelling Theory«) in proces etiketiranja so simbolični interakcionisti oblikovali v raziskovanju deviantnosti (Sandstrom, Martin, Fine, 2001, str. 223; Haralambos, Holborn, 2005, str. 413). Proces etiketiranja v svoje raziskovanje vključuje tudi fenomenologija oziroma etnometodologija, vendar se za razliko od simboličnega interakcionizma bolj osredotoča na sam pojav deviantnosti (Haralambos, Holborn, 2005, str. 420). Etnometodološke raziskave torej ne izvirajo toliko iz interakcij med socialnimi akterji kot interakcionistične raziskave. Ne glede na številne teoretične pristope pa se vsa raziskovanja običajno osredotočajo na deviantnosti, ki so negativno sankcionirane: kriminaliteta in delinkvenca, nezakonita uporaba drog, prostitucija, duševne bolezni, samomor, alkoholizem in homoseksualnost (Haralambos, Holborn, 2005, str. 393). Interakcionistični pogled je bil deležen nekaj kritik (Haralambos, Holborn, 2005, str. 418), je pa kljub temu veliko prispeval k raziskovanju pojava deviantnosti: dvom o deviantnih osebah kot nenormalnih, patoloških posameznikih; problematiziranje pozitivistične in deterministične teorije; vzpostavljanje problema, kdo ima moč etiketirati dejanja in posameznike kot deviantne osebe (Haralambos,

Holborn, 2005, str.420). Simbolni interakcionizem in podobni pristopi se nagibajo k temu, da je oseba bolj avtonomna kot odvisna od družbe. (Ule, 2005, str. 28). Osebo predstavi kot avtonomno v tem smislu, da delovanje osebe izvira iz lastne perspektive interakcije z drugimi. Iz tega razloga je za socialno delo lahko zanimiv, saj si stroka prizadeva za večanje avtonomije posameznika. Preučuje, kako in zakaj so nekateri socialni akterji označeni kot deviantni, ter učinke označenosti na njihovo nadaljnje delovanje (Haralambos, Holborn, 2005, str. 413), ali podobno, zakaj so nekateri ljudje prej prepoznani in označeni in kako se njihove akcije, interakcije in samo-koncept spreminjajo, ko dobijo nalepko devianta (Sandstrom, Martin, Fine, 2005, str. 223). Tako simbolični interakcionizem ne raziskuje razlogov za podvrženost (engage) nekaterih socialnih akterjev deviantnosti, ampak to, kako se je deviantnost producirala s postavitvijo in uveljavljanjem (application) pravil, kdo postavlja pravila, kako, kdaj in zakaj jih le-ti uveljavljajo (Sandstrom, Martin, Fine, 2001, str. 223): »Ali se etiketo prilepi ali ne, bo odvisno od tega, kako občinstvo dejanje interpretira. To bo spet odvisno od tega, kdo je dejanje storil, kdaj in kje ga je storil, kdo opazuje dejanje in kakšno je dogovarjanje med različnimi akterji, ki so vključeni v interakcijski položaj« (Haralambos, Holborn, 2005, str. 413). Deviantnost se bi naj ustvarila s postavljanjem družbenih pravil, saj nastane prav s kršenjem teh pravil, torej je deviantnost bolj posledica uporabe pravil in sankcij, ni toliko lastnost dejanja, ki je podvrženo sankcijam. Dejanje postane deviantno, ko ga kot takega socialni akterji v interakciji označijo (Haralambos, Holborn, 2005, str. 413). Posledično se dejanja, ki se definirajo kot deviantna, prenesejo na osebo v obliki izrazov, ki določajo njene lastnosti ali stanja, podobno kot nalepka. Posledica etiketiranja je v tem, da je nalepka v ospredju pred vsemi ostalimi družbenimi vlogami, ki jih ima posameznik: »To je glavni status v tem smislu, da vpliva na vse druge položaje, ki jih ima posameznik« (Haralambos, Holborn, 2005, str. 314). Odziv drugih je običajno vezan na negativne značilnosti, ki so povezane z nalepkami, in »ker posameznikovo pojmovanje samega sebe v glavnem izvira iz odzivov drugih, bo praviloma samega sebe pojmoval z vidika etikete« (Haralambos, Holborn, 2005, str. 314). S stališča simbolnega interakcionizma ljudje namreč oblikujemo svojo identiteto v socialnih interakcijah (Ule, 2005, str. 25). To zagotovo velja v primeru sekundarne deviantnosti, ko posameznik nima druge izbire, kot da sprejme nalepko, se z njo identificira in razvije že tako ali tako pričakovani vzorec obnašanja (Sandstrom, Martin, Fine, 2005, str. 223), kar se lahko definira tudi kot samoizpolnjujoča se prerokba (Haralambos, Holborn, Ule, str. 231). Nalepke torej lahko predpostavljajo negativne lastnosti, katerih posledica je, da posameznik postane stigmatiziran. Na

enak način tudi stigma pripiše negativne lastnosti identiteti posameznika, ki ga ločuje od drugih. Južnič stigmo pojmuje kot družbeni odnos, ki je odvisen od odstopanja družbeno določene normiranosti in je lahko izrazito diskriminatoren, ko se vzpostavi stereotipen odnos ali stališče do tega odstopanja. V primeru, da posameznik prestopi tolerančni prag, je stigmatiziran (Južnič, 1993, str. 122). Na splošno stigmatizacija pomeni »negativno označevanje vedenja ali lastnosti določenih posameznikov ali skupin, kar ima za posledico njihovo soc. osamitev« (Sova leksikon, str. 1056). V neformalnih skupinah ima stigma učinek izobčenja, v formalnih skupinah pa učinek izključevanja (Individualno načrtovanje, str. 24). Stigmatizacija in socialno izključevanje sta torej lahko dva med seboj povezana dejavnika. Goffman je stigmati posvetil veliko pozornosti v svojih spisih o upravljanju poškodovane identitete (Goffman, 2008). Že sam naslov nakazuje, da je posameznik zaradi stigme oškodovan. Stigma določa vloge, ki v družbi niso cenjene. Podobno kot nalepke, vloge, ki so posledica stigme, odvzamejo moč, ker le-te prevladajo nad vsem, kar počnemo, in dejanja postanejo znak stigme (Krepitev moči v teoriji in praksi, Individualno načrtovanje in izvajanje storitev, str. 24).

Izraz stigma izhaja iz časa antične Grčije, pomenil je vrezane ali vžgane znake v telo osebe in ji tako določal status sužnja, hudodelca ali izdajalca, skratka nečiste osebe, ki se ji je treba izogniti. V krščanski dobi se termin uporablja za telesna znamenja božje milosti, medicinska stroka je uporabljala termin za telesna znamenja telesnih motenj. Danes se uporablja bolj za sramoto kot telesne simptome in termin se uporablja precej široko (Goffman, 2008, str. 1). Prav zaradi široke uporabe se vsakdo kdaj znajde v vlogi nosilca stigme, »vsakdo ima svojo stigmo, nekaj, česar se sramuje, se boji, da ga bo diskreditiralo« (Individualno načrtovanje ... 24). Razlog, da se vsakdo znajde v vlogi nosilca stigme, če ne dejansko, pa potencialno, je zastavljenost meril normalnosti na način, da je izkušnja nosilca stigme lahko splošno človeška: »Lahko rečemo, da je celostna odvisnost sebstva od institucionalne ureditve družbe, ki ji posameznik pripada, tudi splošna lastnost vseh sebstev (Ule, 2005, str. 234, socialna psihologija).

Goffman razlikuje tri vrste stigme (Goffman, 2008, str. 13):

- telesna odbojnost, različne fizične iznakaženosti,
- značajske slabosti, pripisujemo jih neodločnosti, nebrzdanim ali nenaravnim strastem, nevarnim ali okostenelim prepričanjem ter nepoštenosti in o katerih sklepamo na podlagi znanih dejstev, na primer, o duševni bolezni, zaporni kazni, razvadah odvisnosti,

alkoholizmu, homoseksualni spolni usmeritvi, brezposelnosti, poskusih samomora in radikalnem političnem obnašanju,

- skupinske stigme rase, narodnosti in veroizpovedi, ki se lahko prenašajo iz roda v rod in v enaki meri prizadenejo vse člane družine.

Za ljudi s težavami v duševnem zdravju »stigma izhaja iz stereotipnih predstav o nevarnosti in nekompetentnosti ljudi z duševnimi motnjami, na katerih temeljijo predsodki o nevarnem in nepredvidljivem vedenju. Kaže se s strahom in diskriminacijskim vedenjem do posameznikov, ki imajo duševne motnje« (Nacionalni program, str. 13). Posledica stigmatizacije je, da osebe s težavami v duševnem zdravju zaradi strahu pred stigmo ne poiščejo pravočasno ustrezne zdravstvene pomoči (Nacionalni program, str. 14). Moj sogovornik z izkušnjo se je s tem strinjal: »To je res. Imaš strah pred okolico, pred ljudmi, strah te je, da ne bi izgubil ljudi. Če se pojaviš na psihiatriji, te izločijo« (ustna komunikacija). Strah onemogoča, da bi oseba o svojih težavah spregovorila pravočasno. V praksi se kdaj pokaže, da nekateri posamezniki zavračajo vključevanje v skupnostne službe na področju duševnega zdravja, ker bi se počutili stigmatizirane, kljub temu da imajo sami težave v duševnem zdravju. Tudi Goffman je ugotavljal, da so v času, ko so izšli njegovi spisi, bivši uporabniki psihiatričnih služb redko bili pripravljeni podpreti društva za duševno zdravje (Goffman, 2008, str. 27). »Osebe z duševnimi motnjami in njihovi bližnji so pogosto deležni diskriminacije, izključenosti in nespoštovanja temeljnih človekovih pravic. Stigma negativno vpliva tudi na dostopnost oziroma potek zdravstvene obravnave« (Nacionalni program, str. 3).

Goffman je zapisal, da se osebo s stigmo diskriminira in s tem zmanjšuje njene življenjske zmožnosti, kar je posledica domneve, da oseba s stigmo ni čisto pravi človek. Družbene dobrodelne dejavnosti bi naj bile namenjene blažitvi in popravljanju teh reakcij (Goffman, 2008, str. 14). Osebe s stigmo dobivajo napotke, kako bi se naj v interakciji z drugimi obnašale, Goffman napotke v svojih spisih poimenuje kodeks obnašanja (Goffman, 2008, str. 102). Lahko gre za napotke, ki so podani znotraj skupine ljudi, ki ji oseba zaradi stigme pripada, ali napotke, ki so podani od širše družbe, napotke, ki so kdaj izraženi kot priporočila profesionalcev oziroma strokovnjakov. Povzetek priporočil bi se lahko zapisal tako (Goffman, 2008, str. 102–109): Posameznik, ki je nosilec stigme, bi kljub temu nase naj gledal kot na popolnega človeka. Lastnost, zaradi katere je stigmatiziran, sploh ni toliko pomembna, torej se je ne bi smel sramovati, tudi drugih posameznikov z enako stigmo ne. Prav tako se ne bi smel sramotiti s tem, da bi jo poskušal

prikrivati. S trdim delom, vztrajnostjo in kolikor pač zmore, lahko izpolnjuje običajne standarde, v kolikor ni povzročen vtis, da poskuša zanikati svojo drugačnost, in v kolikor ga še normalne osebe lahko dojemajo oziroma sprejemajo kot normalnega. Glede na to, da imajo tudi normalne osebe lastne težave, se stigmatizirani posameznik ne bi smel počutiti zagrenjenega, zamerljivega ali samopomilujočega, ampak bi moral gojiti vesel in naklonjen odnos do življenja. »Pravijo, da bo, če je sam resnično sprijaznjen s svojo drugačnostjo, to sprejemanje imelo takojšen vpliv na normalne, da bodo v socialnih situacijah sproščeni z njim« (Goffman, 2008, str. 106). V kolikor je deležen opazk oziroma nespoštljivega ravnanja zaradi stigme, mora razumeti, da normalni ljudje ne mislijo nič slabega, ravnajo, kot najbolje vedo, zato jim je potrebno pomagati, da bodo ravnali dobro. Opazke je potrebno ali preslišati ali normalne osebe prevzgojiti, seveda na dobrohoten način, in jim pokazati, da je oseba, ki je nosilec stigme, kljub stigmatizaciji polno človeško bitje: »Bolj ko stigmatizirani posameznik odstopa od norme, tem sijajnejše bo morda moral predstavljati standardni subjektivni jaz, če želi druge prepričati, da ga res poseduje, in bolj bodo morda od njega zahtevali, naj jim preskrbi model tega, kar naj bi običajni človek čutil o samem sebi« (Goffman, 2008, str. 104). V kolikor normalne osebe kažejo zadrego v interakciji, mora stigmatizirani posameznik ukrepati tako, da zmanjša napetost (npr. naravnost spregovori o svoji hibi, da tako prebije led, hkrati pa pokazati, da obvladuje svoje stanje, priporočena je tudi šaljivost in dopuščanje zadostnega časa normalnim osebam, da se zberejo za odziv...). Pomoč in sočutje naj sprejme kot dobronamerno in s hvaležnostjo, tudi če ju kdaj doživlja kot vtikanje v zasebnost. Priporočen kodeks obnašanja tako predstavlja tudi obvezo stigmatiziranega posameznika, da ščiti normalne osebe. Delovanje stigmatiziranega posameznika v skladu s priporočenim kodeksom obnašanja pomeni »dobro prilagoditev« in zaščito normalnih oseb pred soočanjem s krivičnostjo in bolečino, ki je posledica stigme, zaščito pred priznanjem normalnih oseb o omejenosti njihove obzirnosti in strpnosti in zaščito pred ogroženostjo v lastnih identitetnih prepričanjih. Različnost, ki terja stigmatizacijo, »izvira od družbe, kajti preden lahko razlika dobi kak pomen, jo mora konceptualizirati družba kot celota« (Goffman, 2008, str. 109). Iz opisanega lahko sklepamo, da je dajanje napotkov kot strokovna pomoč stigmatiziranim osebam odvečno in neučinkovito. Poznavanje procesa stigmatizacije nas pouči, da je stigmatizirana vloga le ena izmed številnih vlog, ki v socialnih interakcijah lahko diskreditira človeka. Vsak posameznik pa igra tudi cenjene družbene vloge in v kolikor jih strokovni delavci prepoznamo, so le-te lahko izhodišče za proaktivno delovanje za zmanjševanje stigme, saj so druge vloge protistrup za stigmatizacijo.

(Individualno načrtovanje, Krepitev moči v teoriji in praksi). V cenjene vloge posameznik vstopi, ko mu je zagotovljena vsakdanja, navadna življenjska situacija. Wolfensberger ta proces poimenuje normalizacija (Wolfensberger, 1985, po Krepitev moči v teoriji in praksi, str. 45). Stigmatiziranje pa obstaja tako dolgo, dokler ne izginejo odnosi »nadmoči in podrejanja, v katerih določena skupina predstavlja normo nasproti podrejeni, od nje odvisni skupini« (Ule, 2005, str. 237). Tudi Južnič meni, da je upor posameznika proti stigmi običajno razumljen kot dokaz njegovega neprimernega vedenja, ki potrjuje, da si stigmo zasluži. Stigme se znebi le v primeru, če mu jo odvzame družbeno okolje, ki tako identiteto predpiše, določi in opredeli (Južnič, 1993, str. 122).

V zvezi s stigmo je dobro premisliti še o interakcijskih prekrških, ker le-ti lahko vplivajo na oblikovanje stigme, prav tako strokovni delavci lahko v konkretni interakciji pripomorejo k zmanjševanju pomena interakcijskih prekrškov. Koordinatorji vstopajo v odnose z drugimi udeleženci v mreži uporabnika, pogosto skupaj z uporabnikom, zato se velikokrat znajdejo v situacijah, ki jih zaznamuje interakcijski prekršek. Pri uporabnikih lahko interakcijski prekrški bolj izstopajo, se povezujejo s stigmo in zmanjšujejo interakcijsko, s tem pa tudi pogodbeno kredibilnost posameznika. Posledica interakcijskih prekrškov je lahko tudi pripisovanje nalepke, in v takem primeru nalepka velja za sekundarno deviantnost (Dolgotrajna oskrba). V primerih interakcijskih prekrškov sta bolj ali manj dolgoročno možna vsaj dva neugodna izida za uporabnika: prvi je, da posameznik nima pogodbene moči, ker se mu zmanjša pogodbeno kredibilnost, drugi je ta, da posameznik lahko postane nosilec stigme, če se mu pripiše nalepka, ki je posledica interakcijskih prekrškov. Strategije, ki so v pomoč strokovnim delavcem oziroma koordinatorjem za blažitev interakcijskih prekrškov, so lahko naslednje (Dolgotrajna oskrba, str. 240–257):

- Pustiti pri miru

Pustiti pri miru pomeni, da interakcijski prekršek razumemo kot interakcijski prekršek in mu ne pripisujemo večjega pomena, ki bi se navezoval na karkoli drugega, kot npr. na osebni značaj (stigmatiziranega) posameznika. Hkrati pomeni to, da pustimo posamezniku živeti lastno življenje, uveljavljati lastno voljo in način življenja. Tako posameznik ne dobi občutka, da se ga ne spoštuje in da se ne meni za njegovo voljo in potrebe. Pogosto si uporabniki želijo prav to, da bi jih drugi pustili pri miru.

- Dedramatizacija

To pomeni, da prekrškom ne pripisujemo dramatičnega pomena ali mu tovrsten pomen odvzamemo, prekršek banaliziramo. Za to je potrebna potrpežljivost, ki jo dosežemo z empatijo. Pomeni tudi umiritev ostalih udeležencev v drami.

- Taktika praktične relevantnosti

S to taktiko se osredotočimo na pomembne vidike v interakciji. V delovnem odnosu se strokovni delavec osredotoča samo na definiran predmet delovnega odnosa. Preusmerjanje na relevantno omogoči preusmerjanje pozornosti od lastnosti k dogodkom in dejanjem. Omogoči delovanje, ki je za situacijo bistvena in pomembna. Deluje v smeri zmanjševanja škode. Vedno pa je treba upoštevati tudi to, kaj vsak posameznik doživlja kot relevantno.

- Sprejemanje drugih interpretacijskih okvirjev

Pomeni alternativno definicijo situacije, ki je lahko bolj dramatična ali bolj običajna. Stigmatizirane osebe potrebujejo navadne definicije situacije in banaliziranje dramatičnih. Dramatizacija nenavadnega dogodka namreč osebo še bolj utrdi v stigmatizirajoči vlogi.

- Interes (drugih) za nenavadna doživetja

Pomeni, da izkažemo zanimanje za nenavadne dogodke drugih in jih ne diskvalificiramo na podlagi diagnoz ali drugih dokumentiranih zapisovanj. V zgodbi se poskuša najti tisto, kar nas zanima in čemur bi pripisali estetsko ali etično veljavo.

- Uokvirjanje nenavadnih dogodkov

Smisel uokvirjanja je, da se nenavadni dogodek preoblikuje tako, da je dostopen vsem. Poskuša se povezati tuja izkušnja z lastno na način, da je lahko sprejemljiva tako nam samim kot tudi drugim. V primeru, da posameznik preoblikuje identiteto ostalih udeležencev oziroma je njegova percepcija napačna, se poskuša delovati oziroma vplivati na to, da se popravi percepcija, torej posameznik spozna svojo napačno predstavo, da se loči med dvema identitetama udeležencev (»pravo« in »preoblikovano«), da se stalno ali začasno ostali udeleženci umaknejo iz situacije ali se umakne iz situacije posameznik, katerega percepcija je napačna.

- Sprejemanje drugačnosti

Strategija, ki jo pogosto uporabijo svojci in bližnji ter posameznik, ki v situaciji vidijo kakšno življenjsko sporočilo ali situacijo doživljajo kot duhovno, ezoterično izkušnjo. Lahko se zgodi, da drugačnost postane zgolj fraza in nakazuje drugačnost kot nalepko.

- Humor

Je eden izmed načinov preokvirjanja. S humorjem se lahko razbije monotonost, se popestri dan posamezniku in strokovnemu delavcu, soočenje s situacijo je z uporabo humorja kdaj lažje. »Humor omogoči razplet situacije in hkrati z uporabo paradoksa in paradoksnega omogoča uporabo razuma v nerazumni situaciji.« (str. 251)

- Spoštovanje

Če je posameznik deležen spoštovanja strokovnega delavca, interakcijski prekrški niso tako izraziti ali se delajo v manjšem obsegu, tako interakcijski prekrški posameznikov kot strokovnih delavcev. Spoštovanje je v veliki meri odvisno od stališč, ki jih imajo strokovni delavci in drugi udeleženci v interakciji do nalepk in stigmatiziranih vlog.

- Zaupniki in prevajalci

To so ljudje, ki so sposobni podati alternativo v interakcijskih prekrških, torej situacijo posameznika dobro poznajo (svojci, bližnji) in lahko tudi drugim udeležencem situacijo razložijo na sprejemljiv način (lik spremljevalca, družabnika, zaupnika, prevajalca). Že sama navzočnost spremljevalca lahko deluje pomirjujoče. Kot sogovorniki ali zagovorniki so prisotni tudi takrat, ko ima posameznik opraviti s socialnimi in drugimi službami, strokovnimi delavci ali oskrbovalci.

V kolikor je stigmatiziranje odvisno od družbene ureditve, je za poznavanje procesa stigmatizacije pomembna seznanjenost z državnimi ukrepi za to področje. Pomembna je iz razloga, ker država določi smernice za družbeno ureditev s pomočjo zakonodaje in ostalih dokumentov. Na podlagi poznavanja ukrepov se lahko seznanimo s tem, kaj je že storjenega na določenem področju in kaj še bo (»trendi«), lahko se odločimo za izvajanje določenih dejavnosti/programov v skladu z ukrepi, lahko pa se odločimo za kritično držo in poskušamo s svojim delovanjem vplivati na spremembe.

Že prej je bil omenjen cilj predloga nacionalnega programa duševnega zdravlja boj proti stigmi in socialni izključenosti. Program določi tudi dve strategiji z ukrepi za izvajanje strategij in doseganja ciljev ter naloge izvajalcev (Nacionalni program, str. 45).

1. Zagotavljanje enakih možnosti in pravic osebam z duševno motnjo in njihovim svojcem na področjih zagotavljanja zdravstvenega in socialnega varstva, izobraževanja, zaposlovanja in bivanja v skupnosti.

Ukrepi:

- izvajanje ciljnih in načrtovanih programov za destigmatizacijo oseb z duševno motnjo in njihovih svojcev ter strokovnjakov, ki delajo s temi osebami;
- vključevanje vseh deležnikov na področju duševnega zdravja, vključno z množičnimi občili, v dejavnosti za destigmatizacijo duševnih motenj;
- vzpostavljanje možnosti za zagovorništvo in samozagovorništvo.

Naloge izvajalcev:

- razpisi za projekte nevladnih organizacij,
- predavanja za strokovno in splošno javnost,
- izdelava meril in spremljanje učinkov ozaveščanja,
- krepitev zastopniške službe po ZDZdr in ustanavljanje zagovorniških centrov,
- krepitev in podpora uporabniškim skupinam in združenjem, kot tudi skupinam svojcem in njihovim združenjem.

2. Zagotavljanje aktivnega socialnega vključevanja oseb z duševnimi motnjami in njihovih svojcev v različne oblike socialnega udejstvovanja.

Ukrepi:

- izvajanje dejavnosti za izboljšanje pogojev za formalne in neformalne oblike socialnega udejstvovanja oseb z duševno motnjo in njihovih svojcev na družabnem, družbenem in poklicnem področju;
- uvajanje ukrepov dostopnosti na področju stanovanjske preskrbe, zaposlovanja in izobraževanja in drugih pomembnih področij socialne vključenosti;
- omogočanje socialne varnosti in večje možnosti vstopa na trg delovne sile.

Naloge izvajalcev:

- usklajevanje različnih politik,
- podporno zaposlovanje, pomoč pri študiju in izobraževanju, pomoč pri vsakdanjem življenju,

- izvedba razpisov za projekte nevladnih organizacij,
- zagotovitev primerne stanovanjske oskrbe, ki v Resoluciji kot naloga izvajalcev na tem mestu ni omenjena, v cilju Mreža izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje v okviru javne službe pa se med ukrepi za izvajanje strategij in doseganje ciljev določi med drugim Preoblikovanje posebnih socialno varstvenih zavodov v skupnostno mrežo služb za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju: vzpostavljanje oskrbovanih stanovanj, zaščitanih stanovanj, prehodnih stanovanjskih skupin, mobilnih služb za reševanje stisk (Resolucija, str. 61).

Strategije in cilji so dokaj »abstraktno« opredeljeni, torej lahko dopuščajo veliko prostora za inovativnost in predvsem iznajdljivost in domiselnost. Strategije so sicer pisane v skladu z že sprejetimi smernicami, ne predstavljajo pa ničesar, kar ne bi že v formalni (papirnati) obliki obstajalo v drugih dokumentih (npr. Program boja revščini in socialni izključenosti, Akcijski načrt, Nacionalno poročilo o socialnem vključevanju).

2^[NN1]. Socialno vključevanje:

Stigmatizacija in socialno izključevanje sta bila predstavljena kot dva med seboj povezana dejavnika, povezana v smislu, da stigmatizacija lahko vpliva na socialno izključevanje. Evropska unija v zadnjem času socialnemu vključevanju namenja veliko pozornosti. Leto 2010 je bilo tudi leto boja proti revščini in socialni izključenosti.

Pomemben pomen socialnemu vključevanju določajo smernice Organizacije združenih narodov (Deklaracija in Akcijski program, Kopenhagen 1995; svetovni vrh o socialnem razvoju) in na evropski ravni ugotovitve vlad evropskih držav v okviru Sveta Evrope: »Poročilo Sveta Evrope temelji na izhodišču, da socialna izključenost ne pomeni le pomanjkanja dohodka in materialnih dobrin, temveč neustrezno in neenakopravno sodelovanje posameznikov in posameznih skupin prebivalstva v družbenem življenju (Program boja proti revščini in socialni izključenosti, str. 7). Vlade držav članic so v skladu s priporočili EU sprejemale dokumente, ki urejajo področje socialnega vključevanja. Vlada RS je leta 2000 opredelila socialno vključevanje kot eno izmed prednostnih politik (Nacionalni akcijski načrt o socialnem vključevanju, str. 1). V Sloveniji socialno vključevanje omenijo med drugim še dokumenti Program boja proti revščini in socialni izključenosti, Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja 2006–2008 in 2008–2010 ter Operativni program razvoja človeških virov za obdobje 2007–2013. Po

dokumentih se osebe s težavami v duševnem zdravju uvrščajo med najbolj ranljive skupine (Operativni program ... str. 45, Nacionalni akcijski načrt o socialnem vključevanju 2004–2006, str. 19 in Nacionalno poročilo za socialno vključevanje 2008–2010, str. 12), »centri za socialno delo obravnavajo letno približno 2.200 oseb s težavami v duševnem zdravju« (Operativni program ..., str. 45, Raziskava). Nekatere skupine so definirane kot ranljive, ker je prisotno večje tveganje socialne izključenosti in neenakost možnosti (Operativni program ..., str. 12) ali drugače, so tveganjem revščine in socialne izključenosti bolj izpostavljene (Nacionalno poročilo, str. 12). Pri teh skupinah se prepletajo različne prikrajšanosti, kot so materialna/finančna, izobrazbena, zaposlitvena, stanovanjska prikrajšanost in druge, poleg tega imajo te skupine omejen dostop do pomembnih virov. Splet različnih dejavnikov ranljivih skupin (kot so določene lastnosti, način življenja, življenjske okoliščine, pripisane stigme) lahko vodi v manjšo fleksibilnost odzivanja na hitre in dinamične spremembe in so skupine zato manj konkurenčne na področjih, kjer se prepletata načelo konkurenčnosti in omejeni viri (npr. trg delovne sile). Iz tega razloga so odrinjene na rob družbe in ogrožene s socialno izključenostjo (Raziskovalna naloga, Trbanc; str. 5). Zaviršek in Škerjanc opozarjata, da je izraz »ranljivost« nekaterih družbenih skupin primerno uporabljati takrat, ko govorimo o procesu, ki nastane zaradi ustvarjenih pogojev, katerih posledica je izključevanje. Posameznik je ranljivejši, ker se na določeno značilnost prilepijo druge ranljivosti. Ranljivim skupinam se lahko opišejo tudi druge lastnosti ali oznake, katerih posledica je, da se ranljivost poglobi in začne delovati izključevalsko ali diskriminatorno (Poročilo raziskave, str. 388). »Izraz ranljiva družbena skupina opozarja torej na procesualnost v življenju človeka in na verjetnost kumulacije in nalaganje negativnih situacij, ki peljejo od ranljivosti posameznika in posameznice do izključenosti« (Zaviršek, Škerjanc, 2000, str. 388).

Pojem socialne izključenosti je eden izmed novejših konceptov, nastal je na podlagi analiz socialne politike in njenih učinkov v družbi. Koncept je vključen v vsebine dokumentov Evropske skupnosti od poznih osemdesetih let, velja pa za enega izmed temeljnih sodobnih problemov, primarno se veže na koncept državljanstva in socialnih pravic posameznika. Socialna izključenost se kaže v nepopolnem zagotavljanju pravic državljanek in državljanov, hkrati oziroma posledično pride do njihovega nesodelovanja v katerem izmed sistemov, ki vključujejo državljane v družbo (Program boja proti revščini in socialni izključenosti, str. 9). Osebe s težavami v duševnem zdravju in njihovi svojci se npr. spopadajo z diskriminacijo, izključenostjo in nespoštovanjem temeljnih človekovih pravic (Nacionalni program duševnega zdravja, str. 3) Program določi naslednje

sisteme, ki naj bi v družbi zagotavljali socialno vključevanje (Program boja proti revščini in socialni izključenosti, str. 9, po Commins v Trbanc, 1996):

- sistem zakonodaje, ki predstavlja možnost za civilno vključenost (enakopravnost vseh državljanov v demokratični družbi),
- sistem trga delovne sile, ki predstavlja možnost za gospodarsko vključenost (biti zaposlen in imeti določeno gospodarsko funkcijo),
- sistem države blaginje, ki predstavlja možnost za socialno vključenost v ožjem smislu (imeti dostop do socialnih storitev),
- sistem družine in sistem neformalnih, prijateljskih mrež, ki predstavlja možnost za medosebno vključenost, občutek varnosti, družabnost in moralno podporo.

»Zaradi delovanja kompenzacijskih mehanizmov v teh družbenih sistemih izključenost oziroma nepopolna vključenost v enega od naštetih sistemov še ne pomeni tudi socialne izključenosti v celoti; le-ta se pojavi ob nakopičenju izključenosti iz večine ali vseh sistemov« (Program boja proti revščini in socialni izključenosti, str. 9). Hkrati se za skupine, ki so izpostavljene večjemu tveganju socialne izključenosti, ugotavlja, da so problemi pogosto kompleksni in jih je potrebno reševati s kombiniranjem ukrepov politik na področju zaposlovanja, stanovanjske politike, socialnih in zdravstvenih storitev ... (Nacionalno poročilo za socialno vključevanje 2008–2010, str. 12). Prav tako reševanje kompleksnih težav naj ne bi bilo omejeno na reševanje zgolj najbolj izrazitega problema, ampak je potreben celovit pristop, v katerega so vključeni ukrepi/programi za motiviranje posameznikov in njihovo ponovno vključevanje v družbo (Raziskava, str. 11). Zmanjševanje socialne izključenosti oseb s težavami v duševnem zdravju mora omogočiti enak dostop do ekonomskih in družbenih dobrin, prav tako spoštovanje drugih članov v družbi in pomoč, ki zagotavlja ponovno upanje in bolj kakovostno življenje, kar omogoča, da osebe lahko razvijajo svoje možnosti (Nacionalni program duševnega zdravja, str. 15). Torej se ukrepi za socialno vključevanje lahko prepletajo na sistemskih (zakonodaja, institucionalna okolja, lokalna skupnost) kot tudi na odnosnih ravneh (civilna družba, javno mnenje, motiviranje izključenih posameznikov, delodajalcev, svojcev).

Na socialno izključenost v večji meri vpliva revščina; Townsend, ki jo opredeli kot relativno deprivacijo, vezano na standarde določene družbe v določenem času, trdi, »da revščina pomeni nezmožnost za udeležbo v uveljavljenih družbenih aktivnostih, ki veljajo za normalne,« da imajo posamezniki zelo nizke dohodke, ki vplivajo na to, »da so dejansko izključeni iz običajnih

življenjskih vzorcev, navad in aktivnosti« (Sociologija, Teme in pogledi, str. 138). Tudi povezava med duševnim zdravjem in revščino je dokazana: »Revščina povečuje tveganje za duševne motnje in negativno vpliva na razvoj ustreznih politik za duševno zdravje« (Nacionalni program duševnega zdravja, str. 3). Osebe s težavami v duševnem zdravju imajo pogosto finančne težave, ker se upokojijo sredi delovno aktivnega obdobja ali precej pred njegovim koncem, zaradi česar imajo nizke pokojnine (Raziskava, str. 20). Program boja proti revščini in socialni izključenosti definira revščino kot materialno izključenost. Na njo se vežejo druge socialne izključenosti, ki so hkrati povzročitelji in posledice materialne izključenosti: »To so predvsem brezposelnost (izključenost iz zaposlitve), neizobraženost (izključenost iz izobraževanja), slabo zdravje (ki je v veliki meri odvisno od zagotavljanja osnovnih življenjskih pogojev in virov, kot so primeren prostor za bivanje, izobrazba, hrana, dohodek, stabilen ekosistem, mir ter socialna pravičnost in enakost) in odsotnost ali neprimernost stanovanjskih pogojev (Program boja proti revščini in socialni izključenosti, 2000, str. 7). Socialna izključenost v povezavi s stigmatizacijo ima za ljudi s težavami v duševnem zdravju »velik vpliv na (ne)kakovost življenja posameznika: brezposelnost, nizek socialni položaj, manjše možnosti, da si ustvarijo družino, slabe bivalne razmere, manjši dostop do izobraževanja in izpopolnjevanja ter druge posledice« (Nacionalni program, str. 15). Predstavniki nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja opazajo, da so posledice izključenosti izpad socialne mreže, izguba zaposlitve in s tem povezana finančna stiska, zaradi katere se posamezniki soočajo s pomanjkanjem samozavesti in stalnimi ponovnimi hospitalizacijami (Raziskovalna naloga, str. 21). Analiza položaja izključenih družbenih skupin v Sloveniji (analiza Zaviršek, Škerjanc, po Program boja proti revščini in socialni izključenosti, str. 79) kaže, da se skupine soočajo z ekonomsko, socialno in kulturno izključenostjo. Raziskovalna naloga opredeli indikatorje izključenosti in opozori, da se med seboj prepletajo, kar otežuje prepoznavanje prikrajšanosti, ki najbolj pripomore k temu, da posameznik postane pripadnik izključene družbene skupine. Indikatorje analiza deli na (Program boja proti revščini in socialni izključenosti, 2000, str. 82):

1. Ekonomske:

- otežen dostop do izobraževanja, predvsem študija,
- nedostopnost do dela/brezposelnost,
- pomanjkanje možnosti izbire pri poklicnem izobraževanju,
- pomanjkanje možnosti pri izbiri poklica,

- pomanjkanje informacij.

2. Socialne:

- institucionalizem, hospitalizem in azilna praksa,
- socialno varstvo, temelječe na pokroviteljski praksi skrbi za ljudi in manj na osebni avtonomiji in individualnih pravicah,
- odsotnost izbire izvajalcev storitev,
- oteženo gibanje in arhitekturne ovire.

Poročilo o raziskavi med socialne indikatorje uvršča še (Zaviršek, Škerjanc, str. 390):

- sistem paketa: ko ustanova socialnega varstva ponudi človeku paket storitev, ki jih mora uporabnik v celoti sprejeti ali zavrniti, npr. človek, ki potrebuje stanovanje, nekajurno nego in hrano, mora zaradi teh potreb vse življenje živeti v zavodu.

Ta indikator v Programu ni naveden.

3. Psihološke:

- skromna samozavest,
- nezaupanje v pravno državo,
- stereotipi in z njimi obarvano javno mnenje,
- socialna izolacija in dolgotrajna osamljenost,
- strah, da bi zahteva po boljših uslugah privedla do novih izključevanj.

Poročilo o raziskavi med psihološke indikatorje uvršča še nekatere, ki spet v Programu niso navedeni (Zaviršek, Škerjanc, 2000, str. 390):

- doživljanje interpersonalne in institucionalne viktimizacije,
- občutek, da je treba biti hvaležen državi,
- pripisovanje negativnih nalepk,
- občutek, da nima pomena zahtevati spremembe, saj se ne bo nič spremenilo.

Problematika oseb s težavami v duševnem zdravju/ljudi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami se veže na:

- prevlado medicinskega modela,
- hospitalizem (prevzem stila vedenja v instituciji),

- ekonomske in stanovanjske stiske, največkrat povezane z brezposelnostjo in brezdomstvom,
- stigmo (kot posledico izbire pomoči),
- izolacijo in osamljenost,
- doživljanje depersonalizacije.

Povzame se lahko, da pride do pojava socialne izključenosti, ko so posameznikom nedostopni viri v družbenih sistemih, ki omogočajo vključevanje in uveljavljanje državljskih pravic. Materialna izključenost (revščina) v večji meri pogojuje ostale izključenosti. Stigmatizacija in diskriminacija določenih družbenih skupin pa je dejavnik, ki dodatno oteži socialno vključevanje. Ker je socialna izključenost pogojena z nedostopnostjo virov na različnih področjih, morajo biti ukrepi socialnega vključevanja predmet različnih politik (ekonomske, zdravstvene, stanovanjske, izobraževalne, socialne ...).

Za področje socialnega varstva pri omogočanju dostopa do storitev velja, da je mreže različnih storitev potrebno razširiti, izboljšati kvaliteto in jih prilagajati individualnim potrebam uporabnikov: »Namesto razvoja velikih institucij bo treba pospeševati zlasti skupnostne oblike podpore uporabnikov in namesto institucionalizacije podpirati zlasti integracijo in aktivacijo uporabnikov« (Nacionalni akcijski načrt o socialnem vključevanju 2004–2006, str. 11). Eden izmed ukrepov za socialno vključevanje je zagotavljanje namestitve za ranljive skupine, najdemo ga lahko v večini omenjenih dokumentov. Prav tako je za osebe s težavami v duševnem zdravju najbolj razviden premik v tem ukrepu (Nacionalno poročilo o socialnem vključevanju 2006–2008 in 2008–2010): za osebe s težavami v duševnem zdravju se je mreža stanovanjskih skupin razširila z 202 mest na 216 mest oziroma za 7 %, mreža dnevnih centrov za svetovanje in zagovorništvo se je v letu 2008 razširila z 290 mest na 400 mest oziroma za 38 % (Nacionalno poročilo o socialnem vključevanju 2008–2010, str. 15). Za boljšo dostopnost do socialno varstvenih storitev poročilo določi institucionalno varstvo za osebe s težavami v duševnem zdravju, predvidoma 172 mest. Med predvidenimi spremembami na področju socialno varstvenih storitev je tudi menjava izraza institucionalnega varstva z izrazom socialna oskrba z namestitvijo, ker »dosedanji izraz institucionalnega varstva ni vedno odražal dejanskega stanja namestitve upravičenca, ki ni nujno vedno v določeni instituciji« (Nacionalno poročilo za socialno vključevanje, str. 37).

V kolikor ima materialna izključenost velik vpliv na ostale izključenosti in je eden izmed ukrepov za socialno vključevanje večanje možnosti za zaposlitev, se lahko pojavi vprašanje, kateri ukrepi

so sprejeti za večanje možnosti zaposlovanja oseb s težavami v duševnem zdravju. Kar se tiče zaposlovanja ranljivih družbenih skupin, je opaziti predloge zaposlovanja v zaščitenem ali prilagojenem delovnem okolju, kot so skrajšani delovni čas, fleksibilna razporeditev delovnega časa, delitev delovnega mesta (Nacionalni akcijski načrt o socialnem vključevanju 2004–2006, str. 19), eden izmed predlogov je tudi zaposlitev v socialnih podjetjih (Raziskovalna naloga, str. 23). Osebe s težavami v duševnem zdravju se lahko vključijo v programe, ki so namenjeni težje zaposljivim osebam, v kolikor osebe pridobijo status invalida, lahko koristijo vse ukrepe za usposabljanje in zaposlovanje invalidov (Raziskovalna naloga, str. 22). »Poudariti velja, da slovenska zakonodaja nikjer ne obravnava specifičnih potreb oseb s težavami v duševnem zdravju, ki bi potrebovale večjo fleksibilnost pri strukturi delovnega dneva in tedna, delo na domu, različna svetovanja in podobno« (Raziskovalna naloga, str. 23). Osebam s težavami v duševnem zdravju so na voljo programi psihosocialne rehabilitacije, svetovalci Zavoda za zaposlovanje ugotavljajo, da je za osebe zelo koristno vključevanje v javna dela in usposabljanje na delovnem mestu, katerega namen je pridobivanje manjkajočih znanj, veščin in spretnosti za opravljanje konkretnega dela (Raziskovalna naloga, str. 23). Več kot četrtino oseb, ki so se zdravile v psihiatrični bolnišnici, strokovne komisije za oceno invalidnosti invalidsko upokojijo (po Grah, 2003, Raziskovalna naloga, str. 19). Leta 2006 je zaradi različnih duševnih motenj status invalida pridobilo 1.728 oseb. Duševne in vedenjske motnje so lahko vzrok za 1. kategorijo invalidnosti (Nacionalni program duševnega zdravja, str. 25). Ovire pri zaposlovanju so stigmatizacija, bojazen delodajalcev pred dolgotrajnimi odsotnostmi zaradi bolezni, zaradi česar oseb s težavami v duševnem zdravju ne zaposlijo in manjša zmožnost dela, kar se lahko razume po mnenju predstavnikov nevladnih organizacij kot slabša koncentracija in slabše motorične sposobnosti zaradi jemanja zdravil (Raziskovalna naloga, str. 21). Nekateri predlogi glede izboljšanja položaja in zaposljivosti oseb s težavami v duševnem zdravju, ki so jih posredovali strokovni delavci in sodelavci CSD, svetovalci na uradih za delo in predstavniki nevladnih organizacij s področja težav z duševnim zdravjem v raziskovalni nalogi, so naslednji (Raziskovalna naloga, str. 24–25):

- Večja vključenost oseb s težavami v duševnem zdravju v oblikovanje programov javnih institucij in nevladnih organizacij. Vodenje društev in javnih programov bi lahko prevzeli visoko izobraženi in sposobni uporabniki. Hkrati se zdi pomembno vključiti uporabnike v načrtovanje dela služb in servisov na področju duševnega zdravja.

- Pri vseh programih in storitvah je pomembno upoštevati individualne potrebe uporabnikov in omogočati uporabnikom odločanje med storitvami, ki so na razpolago.
- Vzpostavljajte svetovalne službe, ki bi bila v pomoč zaposlenim osebam s težavami v duševnem zdravju v obdobju kriz z zdravjem.
- Pridobivanje zaposlitve za čas, ko osebe s težavami v duševnem zdravju lahko delajo. Najboljša bi bila vključitev v normalno delovno okolje s prilagojeno zaposlitvijo (fleksibilne zaposlitve kot npr. zaposlitev za krajši delovni čas, delitev delovnega mesta, delo na domu, omogočanje bolj fleksibilnega delovnega časa). Fleksibilno zaposlovanje bi preprečilo segregacijo in prezgodnje upokojevanje.
- Druge oblike zaposlovanja, kot so socialna podjetja in kooperative.

2 MREŽA IZVAJALCEV IN STORITEV NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA V SKUPNOSTI

1. Definicija skupnosti

Na splošno se pojem skupnost lahko definira na več načinov, so pa nekatere značilnosti, ki jih je možno razbrati pri večini interpretacijah skupnosti. Osebe s težavami v duševnem zdravju potrebujejo podporo pri socialnem vključevanju, za ta namen se kaže potreba po razvijanju skupnostnih služb. Prav tako koordinator obravnave v skupnosti izvaja storitve v smeri socialnega vključevanja uporabnikov. Za osebe s težavami v duševnem zdravju je socialno vključevanje povezano s skupnostjo; oseba ima v skupnosti dostop do javnih dobrin in storitev. V skupnosti oseba običajno tudi biva oziroma živi. Iz tega razloga je dobro imeti predstavo, kaj za osebo s težavami v duševnem zdravju lahko vse skupnost je, katere storitve se ji v skupnosti lahko nudijo in kaj posamezne storitve vsebujejo.

Pojem skupnost se je uporabljal na različne načine v različnih kontekstih. Izhaja iz latinske besede »communis«, pomeni tovarštvo, navezuje pa se na skupnost odnosov in doživljanja. V srednjeveški latinščini je pojem označeval dejansko prijateljstvo oziroma neko tovariško združenje. Nanašal se je bolj na kakovost kot vsebino odnosov (Žnidarec Demšar, 2005).

Različne skupine ljudi (filantropi, družboslovci, novinarji ...) so se dolgo ukvarjali z definicijami tega pojma. Definicij je mnogo, nekatere so osnovane na geografskih omejitvah ali na socialni mreži, nekatere pa na ljudeh s skupnimi političnimi, socialnimi ali ekonomskimi interesi. V družboslovnih razpravah lahko prepoznamo dve obliki razumevanja skupnosti. Prva je strukturalna, saj pogledi na skupnost izhajajo iz strukturnih značilnosti skupnosti v povezavi s prostorom, njihovo strukturo in njihovo politično identiteto kot entiteto države. Druga je socialno psihološka predpostavka, ki poudarja pomen skupnega bivanja, identiteto, odnose v smislu obstojanja in načina povezovanja (Martinez-Brawley, 1995 v Žnidarec Demšar, 2005).

Pojem skupnost so najverjetneje uvedli sociologi, zagotovo pa so se s tem pojmom veliko ukvarjali. Običajno je s tem mišljena skupina ljudi, ki živijo na določenem ozemlju, vzpostavljajo tesne odnose in čutijo pripadnost. Nemški sociolog Tonnies razlikuje krvne skupnosti (družina, sorodstvo), krajevne skupnosti oziroma skupnosti zemlje (soseščina, vas, predindustrijsko mesto) in duhovne skupnosti (prijateljstvo, verske skupnosti). Tonnies definira skupnosti kot tvorbe, ki so

visoko kohezivne in solidarnostne, zajemajo pa celovitost človekove osebnosti. Pri njegovi klasifikaciji je zanimivo to, da označi skupnost in družbo kot dve obliki sobivanja ljudi (Tonnies, po Jeriček). Razlika med skupnostjo in družbo bi naj bila v tem, da je skupnost prevladujoča oblika povezovanja ljudi in je v tradicionalni predindustrijski družbi temeljila na patriarhalnem načelu. Družba pa je značilna za meščansko in tržno naravnano družbo, kjer prevladujejo pogodbeni in konkurenčni odnosi, utemeljeni na pravnem redu in tržni menjavi. Martinez-Brawley trdi, da se v velemestih pojavljajo nove skupnosti, ki jih predstavljajo različne manjšinske in etnične skupnosti, njihova interakcija pa je podobna tistim, ki velja za skupnost (Martinez-Brawley, 1995 v Žnidarec Demšar, 2005). Žnidarec Demšar še doda, da ekonomski in družbeni procesi, kot so deagrarizacija, suburbanizacija, globalizacija, deteritorizacija, zmanjšujejo razlike med tipičnim vaškim in mestnim modelom lokalne skupnosti (Žnidarec Demšar, 2005).

Tudi definicija pojma skupnosti, relevantna za skupnostno (socialno delo), se nanaša na določeno geografsko območje (običajno lokalna skupnost, naselje) in/ali skupne interese (skupna kultura in identiteta, identifikacija določenih potreb, značilnosti posameznih skupin) (Mayo).

Skupnostni psihologi navajajo težave pri definiranju skupnosti. Ker je skupnost pogosto definirana preširoko, zato izgubi specifičen pomen. Če pa se ločijo različni tipi skupnosti, pogosto ustvarijo umetno polarizacijo (Puddifoot, 1996, po Jeriček, 2004). Skupnosti navadno delijo na lokalne in odnosne. Lokalne bi naj bile osnovane na specifičnem območju, povezane s pripadnostjo kraju in so starejši model, odnosne pa naj bi nastale zaradi skupnega interesa ali značilnosti, ki jih kažejo člani, in niso vezane na kraj (Jeriček, 2004, str. 57).

Spremembe v družbi (večja mobilnost, migracije, mešanje kultur, večanje mestnega prebivalstva, daljše odsotnosti ljudi od doma) vplivajo na spreminjanje skupnosti tako, da se pojavljajo vedno nove oblike (npr. virtualne skupnosti), ki so bolj odprte in niso toliko vezane na geografske ali prostorske dejavnike. Iz tega razloga soseske niso več primarne skupnosti, kjer bi skrbeli drug za drugega, ampak gre pogosto za šibke socialne vezi, brez globljih stikov in poznanstev (Jeriček, 2004).

Nekateri (Anderson, 1999, Jeriček) govorijo o multiskupnostnem posamezniku, ker ne obstaja več ena trdna (lokalna) skupnost in ljudje pripadajo številnim (odnosnim) skupnostim ter se odločajo, katerim skupnostim bodo pripadali.

Eden izmed razlogov, da ljudje pripadajo več skupnostim, je tudi ta, da so novodobne skupnosti prevzele zadovoljevanje le določenih psihosocialnih potreb in funkcij, ki so jih včasih zadovoljevale »zaprte« skupnosti. Tradicionalne lokalne skupnosti so nudile medsebojno pomoč, solidarnost, občutek varnosti, izmenjavanje informacij v bližnji okolici in o njej, skupno reševanje problemov na skupnem in individualnem nivoju. Nove »virtualne« skupnosti pa so bolj usmerjene v informacije o svetu, ideje o tem, kaj je prav in kaj ni, kaj je zaželeno in kaj je nezaželeno, igrajo vlogo pri oblikovanju identitete in v izbiri socialnih vlog, ostajajo pa potrebe, ki niso zadovoljene (Jeriček, 2004).

Pogoj za skupnost je torej prostor (dejanski ali virtualni), kjer se lahko srečujejo posamezniki, ki imajo določen skupni cilj, ki jim lahko omogoča zadovoljevanje določene potrebe ali uresničevanje določenega interesa. Na psihološki ravni pa je še pogoj za skupnost, da ljudje občutijo pripadnost in solidarnost in da se s skupnostjo lahko identificirajo.

Izraz skupnost v povezavi s službami ali storitvami na področju socialnega varstva običajno le-te diferencira od institucionalnega varstva. V primeru nevladnega sektorja je običajno v nasprotju z izrazom država, saj se nanaša na relativno neformalno in po načelu »od spodaj navzgor« izvajanja storitev, v nasprotju z bolj birokratskim pristopom, značilnim za javni sektor. Skupnostne službe običajno tudi zapolnijo oziroma dopolnijo primanjkljaj v storitvah, ki jih je potrebno izvajati, in se izvajajo v nezadostnem obsegu ali pa v celoti ne odgovarjajo na socialne potrebe. Skupnostne službe v povezavi z nevladnim sektorjem hkrati promovirajo prostovoljno delo in samopomoč. Usmerjene so bolj v opolnomočen in participatoren pristop pri zagotavljanju storitev, ki temeljijo na spoštovanju različnosti uporabnikove perspektive. Skupnostno delo se osredotoča na izboljšanje kakovosti življenja in zagotavljanja večjega vpliva. V veliki meri se osredotoča na potrebe tistih, ki so prikrajšani ali izključeni zaradi revščine in diskriminatorne prakse. (Mayo)

Tako tudi definicije duševnega zdravja v skupnosti jasno nakazujejo ločevanje od institucionalnega varstva.

Duševno zdravje v skupnosti je definirano kot ponudba storitev za duševno zdravje v skupnosti, namesto v ustanovah, ki uporabnika ločijo od (vsakršne) skupnosti (Ramon, 1993, po Jeriček). Pri tej definiciji gre za vse vrste skupnosti, v katerih posameznik biva ali se giblje.

Flakerjeva definicija duševnega zdravja v skupnosti (Flaker, 2001, 73):

Duševno zdravje v skupnosti je interdisciplinarno področje delovanja, ki se je razvilo na terenu psihiatrije, z namenom zasledovanja emancipatoričnih ciljev ob upoštevanju skupnostnih načel. Ti cilji so: izboljšanje življenjskega položaja ljudi z duševno stisko, izboljšanje in spreminjanje služb, da bodo bolj sledile potrebam, željam in nujam uporabnikov, družbeno prevrednotenje duševne stiske in norosti ter vzpostavljanje takih družbenih pogojev, ki bodo onemogočali destruktivne izide in spodbujali ustvarjalno reševanje človeških stisk.

1. Izboljšanje življenjskega položaja ljudi z duševno stisko.

Ti cilji so potrebni, ker je zgodovinsko, družbeno in kulturno gledano vloga in položaj, ki so ju imeli ljudje, ki so bili označeni kot nori ali duševni bolniki, izrazito obrobna in stigmatizirana. S tako oznako oseba avtomatično izgubi velik del svojih državljanskih pravic, osebnega dostojanstva, pogodbene moči in verodostojnosti v vsakdanjih stikih. Poleg tega pa določene stiske za krajši ali daljši čas onesposobijo ljudi za opravljanje določenih funkcij, vlog ali nalog in jim je pri tem potrebno varstvo, podpora in možnost kompenzacije.

2. Izboljšanje in spreminjanje služb, da bodo bolj sledile potrebam, željam in nujam uporabnikov.

Večina tradicionalnih služb, ki so namenjene ljudem z osebnimi stiskami, je izrazito segregativnih, nadzorovalnih in služi bolj družbenim potrebam po nadzorovanju deviantnih oseb oziroma čuvanju javnega reda in miru, skladiščenju odvečne delovne sile, reševanju družbenih problemov z odstranitvijo njihovih nosilcev.

3. Družbeno prevrednotenje in drugačno vrednotenje norosti, duševne stiske, drugačnosti.

Z nastankom psihiatrije v začetku 19. stoletja je bila norost izobčena z družbenih obzorij in zaprta v medicinsko ustanovo. Racionalnost kot ideal meščanske družbe negativno sankcionira vse oblike prestopkov zoper razumno ravnanje. Emancipacija norosti je nuja sodobne družbe tudi za tiste, ki niso označeni kot duševni bolniki, pa so zaradi disciplinske narave sistema utesnjeni in si ne upajo misliti in ravnati drugače.

4. Vzpostavljanje družbenih pogojev, ki bodo onemogočali destruktivne izide in spodbujali ustvarjalno reševanje človeških stisk.

Kriza sama po sebi ni škodljiva, pač pa njeni izidi in posledice, kako se kriza zabeleži v družbeni tekstualnosti, kakšen pomen se ji pripiše in kakšen položaj se da posameznikom, ki so preživeli

krizo. Nekateri izidi so izrecno pozitivni (takrat govorimo o ustvarjalnem izidu krize), drugi pa so spet povsem destruktivni. (Flaker, 2001, str. 72)

2. Razvoj tretjega sektorja

Danes procesi ob vstopu Slovenije v Evropsko skupnost vplivajo na razvoj skupnostnih služb in prakso socialnega dela. Procesi se povezujejo z deinstitutionalizacijo in pluralizacijo, s katero se uveljavljajo različni akterji pri zagotavljanju storitev. V praksi se kaže v razvijanju stanovanjskih skupin v javno-socialno varstvenih zavodih in krajšanju procesa zdravljenja v psihiatričnih bolnišnicah. Pomemben postaja tudi prostovoljni in privatni sektor, kjer se več pomoči usmerja v sorodniško, sosedsko, vrstniško in prijateljsko pomoč in dobrodelnost (Kapelj, 2005).

V 70. letih se je razvoj države blaginje znašel v krizi, naraščal je prepad med razpoložljivimi sredstvi in vedno večjimi stroški socialnih programov, kriza pa se je tudi kazala v tem, da so uporabniki bili nezadovoljni s storitvami javnih služb, saj niso omogočale izbire in niso bile dovolj občutljive za specifične potrebe in pričakovanja uporabnikov (Rapoša Tajnšek, 2000, v Žnidarec Demšar, 2005).

Država blaginja je prevzela obveznost za zagotavljanje kvalitete življenja ljudi in hkrati odgovornost za zadovoljevanje potreb. S tem je država v vlogi tistega, ki definira potrebe in zagotavlja storitve za zadovoljevanje teh potreb, kar se lahko imenuje blaginjski paternalizem. Posledica je, da se zadovoljujejo le kolektivne potrebe, torej tiste, ki so posplošene na večjo množico ljudi. Na takšen način se lahko uveljavlja enakost in neenakopravnost, saj se ogroža avtonomija posameznikov (Leskošek, 1996a, v Žnidarec Demšar, 2005).

Posledično se storitve standardizirajo in tipizirajo, kar povzroča omejen dostop do storitev, nekatere posameznike se izloči kot neupravičene do določenih storitev, ali pa so zmogljivosti služb premajhne, da bi zadostile vsem potrebam (Svetlik, 1989, v Žnidarec Demšar, 2005).

Posledica blaginjskega paternalizma je tudi, da se posamezniki za zadovoljevanje svojih potreb obračajo na državo, s tem pa se omeji razvoj samoregulacijskih mehanizmov, ki so značilni za civilno družbo. Ker so posamezniki pasivni prejemniki pomoči, se pretrgajo vezi, ki slonijo na samopomoči in solidarnosti, kar onemogoča prostor za razvoj civilne družbe. Tako ne obstaja drugi pol, ki bi državi postavljala mejo njenega delovanja (Leskošek, 1996a v Žnidarec Demšar, 2005).

Sodobni koncepti socialne politike upoštevajo pluralno blaginjo, spremenila se je družbena pogodba med državo in civilno družbo in oblikovali so se trije nosilci v novem razmerju: država, ki temelji na moči, trg, ki temelji na denarju, in civilna družba oziroma skupnost, ki temelji na solidarnosti. (Žnidarec Demšar, 2005). Tretji nosilec je lahko tudi tretji sektor ali nevladni sektor.

V tretji sektor spadajo tudi nevladne organizacije.

Osnovne značilnosti nevladnih organizacij so (Leskošek, 1996a, v Žnidarec Demšar, 2005):

- ustanovljene so zaradi določene nezadovoljene potrebe ali pa javne službe te potrebe ne zadovoljijo na ustrezen način,
- prevzamejo zagovorniško vlogo, ker niso obremenjene z javnimi pooblastili,
- v različna profesionalna polja vnašajo nove doktrine ali pripomorejo k spreminjanju starih,
- omogočajo uveljavljanje nasprotujočih si mnenj; delujejo po principih samopomoči in samoorganizacije in niso ustanovljene v profitne namene.

Slabosti se kažejo v tem, da ni mehanizmov, ki bi omogočili stalnost in nadzor nad njihovim delovanjem, so slabo financirane in zato odvisne od prostovoljnih sodelavcev, lahko jih ustanovi vsak, kot take so tudi prostor za združevanje radikalnih skupin (Leskošek, 1996a, v Žnidarec Demšar, 2005).

Vendar pa se uveljavljajo spremenjeni koncepti delovanja nevladnih organizacij, ki omogočajo nove možnosti za načrtovanje in spremljanje kakovosti storitev, za nadzor kakovosti izvajanja storitev ter za metode za ugotavljanje potreb uporabnikov in vključevanja uporabnikov v izvajanje storitev na področju socialnega varstva. Za kakovostno izvajanje storitev je pomembno, da so uporabniki soizvajalci, da so storitve pomemben dejavnik socialne usklajenosti in del socialne države. Pri ugotavljanju kakovosti storitev je pomembna določitev ustreznih indikatorjev. Kakovostno delovanje državnih in lokalnih oblasti predstavljajo metode načrtovanja in spremljanja storitev ter nadzora (Leskošek, Hrženjak, 2001, v Kapelj, 2005).

Skupnostne službe za svoj razvoj potrebujejo dve osnovni izhodišči, to sta, da so spremembe načelne in sistemske. Načelne spremembe so tiste, ki se navezujejo na učinkovitost, sprejemljivost in dostopnost služb za uporabnike ter lokalno skupnost. Načela so usmerjena v zaščito pravic, minimaliziranje hendikepa, spoštovanje antidiskriminatorne obravnave, omogočanje življenja v običajnih okoljih ter podporo članov v lokalni skupnosti, ki bo omogočala zadovoljevanje potreb. Sistemske spremembe se navezujejo na pregled že delujočih organizacij in iskanje skupin, ki bi

bile pripravljene podpreti nove predloge in ukrepe. Spremembe so usmerjene v to, kako se lahko zbere koalicija, ki bo podpirala načelne spremembe, in kakšne zahteve bodo potrebne za implementacijo služb, ki bodo osnovane na novih načelih.

Za načrtovanje sprememb je prav, da se upoštevajo tri glavne komponente sistemskih sprememb:

- Vzpostavljanje strateškega okvira: potrebno je večanje lokalnega vpliva, ki prispeva k večji decentralizaciji razvijanja socialnih služb, saj je naloga regionalnih služb in občin vzpostaviti strateški okvir za delovanje služb. Strateški okvir je povezan tudi s financiranjem, saj se mora prepoznati pomen financiranja lokalnih inovativnosti, kadrovanje in izobraževanje pa mora pospeševati dogovore z osebjem za sprejemanje sprememb. Sodelovanje z različnimi službami v skupnosti lahko prispeva k učinkoviti pomoči in podpori ter socialni varnosti uporabnikov. Učinkovito je delovanje, kjer službe sodelujejo tako pri načrtovanju in izvajanju sprememb, saj sodelovanje zmanjšuje ovire pri soočanju s kompleksnostjo.
- Upravljanje in sodelovanje z obstoječimi službami: pri načrtovanju sprememb je potrebno pozornost usmeriti v dve nevarnosti. Obstoječe službe dominirajo v lokalnem načrtovanju nad skupnostno usmerjenimi alternativami, ki predstavljajo inovacijo. Nevarnost bi bila tudi, da se obstoječe službe izključijo iz procesa načrtovanja. Iz tega razloga je pomembno vključevanje že obstoječih služb, kar omogoča uspešno preusmerjanje ljudi v stiskah tudi v nove skupnostne službe. Podpora obstoječih služb in njihovih zaposlenih je pomembna za premik iz institucij v skupnost.
- Razvijanje skupnostno orientiranih služb: pri načrtovanju in izvajanju je potrebno zamenjati birokratske pristope s procesi, ki promovirajo participacijo ljudi in upoštevajo specifične vrednote in načela, prav tako je potrebno vključevati tiste, katerim so storitve namenjene. Pomembno je partnerstvo med službami in skupnostjo, ker tako razvoj novih služb ni odvisen od profesionalnih služb in profesionalnih delavcev. Skupnostne službe si morajo prizadevati za javno podporo in promocijo integracije ljudi v skupnost (Towell in Kingsley v Ramon, Gianichedda, 1998, v Žnidarec Demšar, 2005).

Procesi, ki vplivajo na razvoj skupnostnih služb na področju socialnega varstva:

- decentralizacija – prenos financiranja in odločanja na lokalne oblasti; premik od ponujenih uslug k potrebam uporabnikov (od spodaj); vloga državnih struktur se kaže v ohranjanju

funkcije usmerjanja sredstev, zagotavljanju storitev vsem državljanom, spodbujanju kvalitete preko raziskovanja, ovrednotenju in usposabljanju, vloga lokalnih oblasti pa pri načrtovanju služb, postavljanju prioritet, dodeljevanju sredstev in trga znotraj skupnosti;

- skupnostna skrb (deinstitucionalizacija) – za premik od institucionalne skrbi k uvajanju skupnostne skrbi in služb je poglobitveni proces, za katerega sta značilna načrtno in odločno zapiranje ustanov ter razvijanje služb, ki omogočajo obnovitev pravic posameznika kot državljana in vrnitev med ljudi;
- individualizacija – je posledica premika v skupnost in pomeni različne oblike individualnega načrtovanja; storitve so prilagojene uporabnikovim potrebam, željam, hotenjem ter prinašajo hkratno uveljavljanje perspektive uporabnikove moči in potencialov;
- neposredno financiranje – uporabnik ostane v skupnosti, dobavitelji storitev postanejo deloma odvisni od plačil uporabnika, ki storitve kupujejo na trgu (Kapelj, 2005, str. 17–18).

SZO že dobro desetletje opozarja, da se na področju duševnega zdravja morajo razvijati dopolnilne skupnostne službe in da se naj v vseh državah vzpostavi mreža skupnostnih služb za duševno zdravje. Dopolnilne skupnostne službe se morajo razvijati hkrati z zmanjševanjem števila bolnišničnih postelj in skrajševanjem ležalne dobe v psihiatričnih bolnišnicah (Resolucija).

Za področje duševnega zdravja se v razvitih državah kaže potreba po razvijanju rehabilitacijskih programov v skupnosti, izvajanju protistigmatizacijskih programov, preventivi in zagotavljanju socialnega vključevanja ljudi z duševnimi motnjami (Thornicroft, Tansella, 2003).

Vključevanje celotne mreže pomoči, ki je na razpolago v konkretnem okolju, se definira kot skupnostna skrb. Skupnostna skrb vključuje neformalni in formalni del civilne družbe, storitev javnih služb in privatnih izvajalcev, ki so na razpolago v skupnosti. Pomen skupnostne skrbi je v tem, da poveže vse vire pomoči, zahteva enakopravno sodelovanje uporabnikov, si prizadeva za opolnomočenje, premik moči od profesionalnih služb v skupnost ter odpravo faktorjev, ki ustvarjajo neenakovredno razmerje moči. Cilj skupnostne skrbi je tudi prilagajanje, usklajevanje in razvijanje mreže pomoči (Žnidarec Demšar, 2005).

V tem kontekstu se lahko enačita pojma skupnostna skrb in skupnostna obravnava: sodobna organizacija služb za duševno zdravje združuje skupnostne in bolnišnične oblike obravnave. Skupnostna skrb pomeni, da so službe blizu uporabnikovemu domu. Skupnostna obravnava je

organizacija služb za duševno zdravje, ki zagotavlja učinkovito obravnavo oseb z duševnimi motnjami za določeno skupino prebivalstva v skladu z njihovimi potrebami (Thornicroft in Tansella, 1999, Resolucija). Gre torej za organizacijo in mrežo služb, ki omogočajo osebam z duševnimi motnjami nepretrgano zdravstveno obravnavo, nastanitev, zaposlitev ter socialno podporo in vključitev v družbo. Skupnostna obravnava vključuje zdravstvene, socialne in nevladne službe, zdravstveno nego in zdravstveno vzgojo ter formalne in neformalne mreže. (Thornicroft in Szmukler, 2005, Resolucija)

Poglavitne sestavine sistema skupnostne obravnave so (Thornicroft, Tansella, 2003, Resolucija):

- načrtovanje obravnave,
- delovne skupine za intenzivno spremljanje, zdravstveno obravnavo in rehabilitacijo,
- delovne skupine za krizne posege,
- psihiatrične ambulate,
- klinično psihološke ambulate,
- dnevni in zaposlitveni centri,
- različne oblike nastanitve s podporo,
- psihiatrične bolnišnice.

Skupnostna obravnava se izvaja v delovnih skupinah za intenzivno obravnavo oseb z duševno motnjo v skupnosti, ki zagotavljajo nepretrgano pomoč osebam s ponavljajočimi se duševnimi motnjami in pridruženo invalidnostjo, krizne posege, pomoč na domu in nepretrgano zdravstveno obravnavo. Take delovne skupine so sestavljene iz zdravnikov, psihologov, specialistov klinične psihologije, medicinskih sester, socialnih delavcev in delovnih terapevtov in delujejo na določenem območju (Thornicroft in Tansella, 2007, Resolucija).

Prednost skupnostnih služb pred institucionalnimi (Thornicroft, Tansella, 2007, Resolucija):

- dostopnost, predvsem za ljudi, ki imajo dolgotrajne psihične težave in manjše zmožnosti,
- manjša verjetnost zanemarjanja in drugih kršitev človekovih pravic,
- boljše odkrivanje primerov,
- lažje ocenjevanje kliničnega in socialnega dela,
- boljši rezultati glede vključevanja sestavin sistema,
- večji pregled nad učinkovitostjo porabe sredstev za določeno skupino prebivalstva,
- manjše število »izgubljenih« oseb z duševno motnjo,

- lažja obravnava na domu,
- večja zavzetost in pripadnost strokovnih delavcev,
- boljša povezanost služb,
- manjša uporaba kriznih posegov in bolnišnične obravnave,
- boljša osveščenost oseb z duševno motnjo in izobraženost osebja,
- večja podpora svojcev,
- opredeljena odgovornost za vsako osebo z duševno motnjo,
- boljše sporazumevanje med osebjem, osebami z duševno motnjo in njihovimi svojci,
- boljše usklajevanje med zdravstvenim varstvom na primarni in sekundarni ravni.

Cilji skupnostnih služb za ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju so (Kapelj, 2005, str. 17):

- socializacija,
- integracija,
- krepitev moči,
- razvoj socialnih mrež,
- pogodbeni odnos upravljanja s finančnimi viri.

Paradokso je po Lamovec (1995) končni cilj skupnostnih služb, da se posameznik od njih osvobodi. Učinkovitost skupnostnih služb se kaže v tem, kako zadovoljujejo potrebe uporabnikov. Zadovoljevanje potreb bi naj vključevalo učenje in spodbujanje k samostojnemu zadovoljevanju le-teh (Lamovec, 1995).

Značilnosti dobre skupnostne službe (Lamovec, 1995, str. 219):

- Vpliv na lastno življenje: pomeni zagotovilo, da se uporabnik v mejah zmožnosti odloča o stvareh, ki so zanj pomembne. Odločanje in posledično nadzor nad lastnim življenjem je mogoče, če ima posameznik na razpolago več izbir. Vpliv na lastno življenje je povezan z osveščanjem o socialno-kulturni pogojenosti in njenem preseganju ter osveščanjem o lastni zmožnosti za preoblikovanje vsakdana. V kolikor je možno ponuditi več izbir, je potrebno tudi zagotoviti odgovorno odločanje oziroma seznanjanje s posledicami vsake izbire (analiza tveganja). Lamovec zapiše razumno tveganje, ki je povezano z dopuščanjem pravice posamezniku, da se zmoti. Ocena stopnje tveganja omogoči posameznikom

pridobivanje bogatejših izkušenj, saj izolirano okolje omogoči zaščito pred dejanskimi ali namišljenimi nevarnostmi.

- Spodbujanje udeležbe pri odločanju in načrtovanju: ne gre zgolj za vključevanje v vodenje in načrtovanje organizacije, ampak tudi za usposabljanje za pomembne vloge v družbi. Pomembna pri tem so uporabniška združenja, ki jih vodijo uporabniki in manjše enote, kot so stanovanjske skupine, kjer je lahko omogočen vpliv pri izboru osebja, širjenju storitev, oblikovanju politike organizacije.
- Skrb za kvaliteto odnosov: poleg zagotavljanja družabnikov posameznikom, zagotavljanja odnosov z osebjem, ki temeljijo na intimnosti in bližini, Lamovec na tem mestu omeni opogumljanje posameznikov v smeri spolnosti ter zagotavljanje neoviranih spolnih in ljubezenskih stikov.
- Razvijanje individualnosti: ščitenje posameznika pred skupinskim pritiskom za prilagajanje, izenačevanje in uniformiranost.
- Integracija: pogoj za integracijo je odprtost skupnostnih služb in možnost druženja izven okvira organizacije. Uporabniki bi naj, kolikor je mogoče, uporabljali javne prostore (npr. knjižnica, bazen, razstave ...) in se tako neposredno vključevali v skupnost.
- Pripravljenost za soočanje z bolečino: pomeni, da osebe deli bolečino z drugim in je ne poskuša na hitro odpraviti. Sprejemati mora občutke drugih in poskušati s posameznikom poiskati pomen trpljenja in izgub.
- Zagovorniški odnos: osebe stoji uporabniku ob strani tako, da ga spodbuja pri uresničevanju lastnih zamisli in razvijanju osebnih, socialnih in drugih spretnosti.
- Enakovredna obravnava: pri enakovredni obravnavi vseh je hkrati pomembna tudi pozornost za etične razlike in razumevanje konteksta drugih kultur ter za razlike glede na spol in značilnosti, povezane z njimi.
- Zavedanje lastnih motivov: to zavedanje je pomembno, ker v nasprotnem primeru lahko zdrsnemo v sindrom pomoči in zadovoljujemo lastne potrebe ter ne dopuščamo možnosti, da dajejo tudi posamezniki, ampak jih puščamo v vlogi pasivnega prejemnika pomoči.

Skupnostne službe za osebe s težavami v duševnem zdravju bi naj nudile krizni center s timom za krizno intervencijo na domu, dnevni center kot družabno središče in stanovanjske enote (Mosher, Burti, 1988, Lamovec, 1995). Na ta način skupnostne službe lahko zagotavljajo preživetje krize v izvenbolnišničnem okolju, kar bi naj tudi (med drugim) bil namen skupnostnih služb: alternativa

hospitalizaciji. Poskusi kriznega tima in kriznih intervencij so se dogajali v Sloveniji v 90. letih. Razvoj skupnostnih služb in nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja v Sloveniji ni šel v tej smeri, da bi krizni tim in krizna intervencija postala ustaljena praksa.

Lamovec našteje kar nekaj utemeljenih razlogov za krizno intervencijo na domu (Lamovec, 1995, str. 208):

- posredovanje na domu pogosto prepreči hospitalizacijo,
- opazovanje na domu daje točnejše podatke o situaciji, uporabnik se počuti bolj varnega in ima na razpolago svojo običajno mrežo,
- srečanje z domačimi omogoči članom tima, da vključijo družino v nekakšen »ritual zdravljenja«, ki družino povezuje in jo usmerja v bolj učinkovito pomoč,
- krizni tim ima možnost, da preimenuje ali postavi v pozitivni okvir posamezne oblike motečega vedenja ter ga prikaže kot razumljiv, običajen odziv na stres,
- podpora, ki jo nudi tim »identificiranemu pacientu«, lahko ohrani njegovo prejšnjo vlogo v družini ter njegov osebni vpliv in odgovornost v običajnem socialnem okolju (str. 208).

3. Mreža izvajalcev in storitev na področju duševnega zdravja v Sloveniji

Ena izmed ugotovitev glede organiziranosti in delovanja javne zdravstvene službe in nevladnih organizacij (Duševno zdravje v Sloveniji, str. 101) je ta, da služb za duševno zdravje v lokalni skupnosti in drugih nestacionarnih psihiatričnih služb v skupnosti (služb za rehabilitacijo) ni ali pa jih je premalo. Ostale ugotovitve so še:

- teritorialna pokritost s psihiatričnimi službami je neenakomerna;
- mreža izvajalcev, ki izvajajo programe in storitve za duševno zdravje, ni vsem enako dostopna;
- nevladne organizacije imajo različne psihosocialne programe, ki so pomemben del preventivnih in promocijskih aktivnosti;
- koordinacija psihosocialnih programov različnih nevladnih organizacij je pomanjkljiva;
- ni registra nevladnih organizacij in ustreznega vrednotenja njihovih programov;
- pomanjkljivo sodelovanje med nevladnimi in vladnimi ustanovami ter združenji s tega področja.

V Sloveniji kot konkretnost govorimo o mreži izvajalcev in storitev na področju duševnega zdravja. Opisana bo z namenom, da bi se prikazalo, kakšne storitve so na voljo uporabnikom in za

občutek, čemu so lahko uporabniki »podvrženi«. Opisana bo tudi z namenom, kaj je možno vključiti v koordinacijo pri obravnavi v skupnosti.

»V prihodnje bi bilo smiselno razmišljati o usklajenem teritorialnem načrtovanju delovanja nevladnih organizacij in javne zdravstvene mreže z namenom, da bi zapolnili vrzeli oziroma neenakomerno teritorialno pokritost z javnimi zdravstvenimi službami. S tem bi vsaj malo prispevali k načelu večje enakosti in enake dostopnosti« (Duševno zdravje v Sloveniji, str. 99).

Mreža izvajalcev in storitev na področju duševnega zdravja (Kam po pomoč v duševni stiski):

1. Splošni osebni zdravnik

Glede na zdravstveno stanje pacienta lahko splošni osebni zdravnik predlaga zdravljenje z zdravili v svoji ambulanti, obisk specialista psihiatra, napotitev v bolnišnico. Včasih je tudi njegova dolžnost, da predlaga pregled pri specialistu in izda ustrezno napotnico. Po pregledu pri specialistu ali po odpustitvi iz bolnišnice se posameznik ponovno oglasi pri svojem osebnem zdravniku in prinese izvide.

Naloge splošnega osebnega zdravnika so še:

- ugotavljanje zdravstvenega stanja,
- zdravljenje, nadziranje okrevanja,
- skrb za preprečevanje določenih zdravstvenih težav,
- odrejanje prevozov z reševalnim vozilom,
- izdajanje listin za povračilo potnih stroškov,
- ugotavljanje nezmožnosti za delo do 30 dni,
- v primeru daljše nezmožnosti za delo pošiljanje dokumentacije imenovanemu zdravniku Zavoda za zdravstveno zavarovanje ali na Invalidsko komisijo.

2. Specialist psihiater

Po opravljeni diagnostiki specialist psihiater predlaga zdravljenje. Zdravljenje duševnih motenj sestoji iz zdravljenja z zdravili (farmakoterapija), zdravljenja s psihološkimi sredstvi (psihoterapija), zdravljenja z uporabo drugih tehnik (socioterapija, delovna terapija, psihoedukacija). Predlagana kombinacija zdravljenja je odvisna od narave duševne motnje, je pa učinkovitejša, če oseba s težavami v duševnem zdravju sodeluje in ima oporo svojcev in bližnjih.

3. Specialist klinični psiholog

Osrednji dejavnosti sta klinična psihološka in nevropsihološka diagnostična obravnava in psihoterapevtska obravnava. Pri diagnostičnem in terapevtskem delu pogosto sodeluje v timu z drugimi strokovnimi delavci. Pri diagnostiki se ocenjuje celostno delovanje posameznika in posledične možne bolezni, pri dodatni diagnostiki pa specifično funkcioniranje (spoznavne funkcije, čustvovanje, osebnost, inteligentnost ...). Klinični psiholog je običajno usposobljen za več terapevtskih pristopov.

4. Psihiatrična bolnišnica

Zdravljenje v bolnišnici poteka z enakimi metodami kot zdravljenje v ambulanti. Po odpustu iz bolnišnice ima oseba postavljeno diagnozo in predpisano oziroma priporočeno zdravljenje. Zdravljenje se nadaljuje v ambulantah in v programih služb za duševno zdravje v skupnosti.

Razlogi za zdravljenje v bolnišnici:

- novo nastala duševna motnja, ki ni obvladljiva v ambulantnem vodenju,
- ponovitev že prej ugotovljene duševne motnje pri posamezniku, poslabšanje pa ni obvladljivo v ambulantnem vodenju,
- v bolnišnici izvedena zamenjava zdravil, da se zagotovijo vsi previdnostni ukrepi,
- neželeni učinki zdravil, ki niso obvladljivi v ambulantnem vodenju.

5. Centri za socialno delo

Osebam s težavami v duševnem zdravju lahko nudijo naslednje storitve:

- Prva socialna pomoč

Do te storitve so upravičeni vsi, ki se znajdejo v socialni stiski in težavi. Je bolj usmerjena v informiranje o tem, kakšna pomoč se lahko pričakuje od centra za socialno delo in o vrstah pomoči pri drugih izvajalcih. Ugotavlja se, ali gre za osebno stisko ali za materialne težave, ne zajema pa konkretnega reševanja stiske, temveč napotitev do izvajalcev ali storitev, ki lahko pomagajo pri konkretnem problemu.

- Osebna pomoč

Tudi do te storitve so upravičeni vsi, ki se znajdejo v socialni stiski in težavi. Storitev se izvaja kot svetovanje, urejanje in vodenje, da oseba lahko ob ustrezni strokovni pomoči v svojem okolju zaživi boljše in kakovostnejše. Deloma se storitev lahko izvaja v domačem okolju kot dodatna pomoč, ki omogoča lažje vsakodnevno funkcioniranje v domačem okolju (redna ali trajna pomoč

pri načrtovanju in izvajanju posameznih dejavnosti z več izvajalci, kot so laični delavci, osebna socialna mreža, prostovoljci in druge zunanje službe).

- Pomoč družini za dom

Storitev se izvaja kot svetovanje in pomoč pri urejanju in reševanju družinskih stisk in kot raznoliki dogovori ter kot pomoč pri urejanju drugih opravkov, kot so dogovori o urejanju stanovanja, dogovori o smotrni porabi denarja in plačevanju položnic.

- Storitev koordinirane obravnave v skupnosti

Storitev je že bila predstavljena v prvem poglavju, glede na načrt obravnave pa se izvaja:

- urejanje stanovanjskih oziroma bivalnih razmer,
- urejanje socialne varnosti,
- urejanje zaposlitve in dela,
- urejanje podpore pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil,
- urejanje podpore pri zagotavljanju socialnih stikov in družabnosti,
- urejanje drugih ugotovljenih potreb, ki vplivajo na dvig kakovosti življenja.

- Storitev odvzema poslovne sposobnosti

Gre za odvzem celotne ali delne poslovne sposobnosti osebi z duševno motnjo. Pravica se uveljavlja v primeru ugotovitev, da odrasla oseba ni sposobna varovati svojih osebnih ali premoženjskih koristi.

- Pomoč družini na domu

Storitev vključuje socialno oskrbo, socialni servis, varovanje na daljavo:

- socialna oskrba: konkretna pomoč, ki se izvaja za samostojnejše življenje v domačem okolju, dvig kakovosti življenja in razbremenitev svojcev. Storitev pomeni pomoč v gospodinjstvu, pomoč pri vzdrževanju osebne higiene ter pomoč pri ohranjanju socialnih stikov. V praksi se za to storitev odločajo osebe s težavami v duševnem zdravju, kjer je narava duševne motnje tako intenzivna, da posameznika ovira pri njegovem vsakdanjem življenju, je pa možno s pomočjo drugega vzpostaviti ustrezno funkcioniranje v domačem okolju;
- socialni servis: je storitev, ki je plačljiva in ni del javne službe. Podobna je storitvi socialne oskrbe, vendar je bolj obsežna in zajema več pomoči na domu (prinašanje pripravljenih

obrokov hrane, nakup in prinašanje živil ali drugih potrebščin, pripravo drv ali druge kurjave, nabavo ozimnice, pranje in likanje perila, vzdrževanje vrta in okolice stanovanja, temeljito čiščenje in popravila v stanovanju, opremljanje in dekoriranje, spremljanje pri obiskih trgovin, predstav, sorodnikov ali na počitnicah, organiziranje in izvajanje drugih oblik družabništva, pedikerske, frizerske in druge podobne storitve za nego telesa in vzdrževanje videza, celodnevno nadzorovanje preko osebnega telefonskega alarma, kontrola jemanja zdravil, varovanje in nadziranje stanja preko noči);

- varovanje na daljavo: storitev, kjer upravičencu priključijo poseben telefonski aparat. Ko potrebuje kakršnokoli pomoč, pokliče s pritiskom na gumb. Na klice se odzovejo 24 ur na dan, vse dni v letu.

6. Institucionalno varstvo

Je organizirana oblika bivanja, kot je zavod, dom starejših ali druga oblika bivanja. Namestitev je smiselna, če so izčrpane vse oblike pomoči in oseba ne zmore več živeti v domačem okolju.

- posebni socialno varstveni zavod: če oseba zaradi narave duševne motnje ne more več skrbeti zase in je njeno življenje lahko trajno ogroženo, se jo lahko namesti v zavod. Gre za dalj časa trajajočo nezmožnost funkcioniranja na vsakdanji ravni, kljub podpori služb v skupnosti. Pri namestitvi osebi pripada osnovna socialna in zdravstvena oskrba (nudenje pomoči pri vzdrževanju osebne higiene in izvajanju dnevnih aktivnosti: vstajanje, oblačenje, premikanje, hoja, komunikacija in orientacija). Zagotovljeno je 24-urno varstvo. Posebni poudarek je tudi na ohranjanju in razvoju samostojnosti, razvoju socialnih odnosov, delovni okupaciji, korekciji in terapiji motenj, aktivnemu preživljanju prostega časa ter reševanju osebnih in socialnih stisk;
- bivalna enota, stanovanjske skupine: prav tako obsega osnovno ter socialno oskrbo in zdravstveno varstvo. Organizirane so kot samostojne enote ali dislocirane enote zavodov. V bivalne enote nadomeščajo največ 24 oseb, v stanovanjsko skupino od 4 do 6 oseb;
- oskrbovana stanovanja: običajno so nameščeni starejši ljudje, ki ne zmorejo samostojnega življenja v domačem okolju. Lahko je primerna tudi za osebe, ki zaradi psihofizičnih lastnosti niso v celoti sposobni za samostojno življenje brez pomoči druge osebe. Obsega osnovno ter socialno oskrbo in zdravstveno varstvo.

7. Zaposlitveni programi

Ti programi služijo ohranjanju in razvijanju delovnih spretnosti, navad in veščin v delovnem okolju, s tem lahko nudijo podporo pri širšem socialnem vključevanju.

- Zaposlitvena rehabilitacija: za osebe, ki so ovirane zaradi svoje invalidnosti in se ne zmorejo normalno vključevati v proces dela, so dolgotrajno brezposelni in za doseg svojega zaposlitvenega cilja potrebujejo vodenje in pomoč. Rehabilitacijo izvajajo Inštitut za rehabilitacijo in koncesionarji v sodelovanju z rehabilitacijskimi svetovalci in rehabilitacijsko komisijo po vseh območnih službah Zavoda RS za zaposlovanje.
- Programi socialne vključenosti: so socialni in delovni programi, namenjeni podpori in ohranjanju delovnih sposobnosti in socialne integracije. Izvajajo se aktivnosti in razvijajo dejavnosti v smeri učinkovitega reaktiviranja nezaposljivih oseb v delovno in socialno okolje. V programe se vključijo osebe, ki zaradi invalidnosti niso zaposljive.

8. Nevladne in humanitarne organizacije s področja duševnega zdravja

Na področju duševnega zdravja storitve, ki zapolnijo primanjkljaj in sledijo potrebam uporabnikov, v veliki meri nudijo nevladne organizacije.

Nevladne organizacije veljajo za najpomembnejše nosilke boja proti stigmi in socialni izključenosti (Nacionalni program duševnega zdravja, Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, str. 48), veljajo tudi za nosilke novih trendov (Socialni program boja proti revščini in socialni izključenosti, str. 61).

Nevladne organizacije delujejo že od poznih 80. let, v 90. letih so se ustanovila društva Altra, Šent, Ozara, Novi Paradoks, Vezi in kasneje kot društvo svojcev, Humana. Ker se storitve izvajajo v skupnosti, so v podporo ljudem po odpustu iz psihiatrične bolnišnice in pred hospitalizacijo. Namen nevladnih organizacij je izvajanje psihosocialne rehabilitacije in informiranje posameznikov ter njihovih svojcev, pa tudi javnosti (<http://www.resnicaje.si/>).

Nevladne organizacije v okviru obravnave v skupnosti izvajajo javne in verificirane socialnovarstvene programe. Med drugim so pomembne, ker nudijo informacije in lahko usmerjajo ljudi pri iskanju nadaljnje pomoči ali nudijo možnost vključevanja v lastne programe (Kam po pomoč v duševni stiski, str. 24).

Skupne značilnosti nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja v skupnosti: izvajajo dopolnilne programe socialnega varstva, ustanovljene so na pobudo uporabnikov ali njihovih

bližnjih, so neprofitne, sofinancirane so iz proračunskih sredstev, donacij, sponzorstev in članarin. Sodelujejo z javnimi zavodi in drugimi nevladnimi organizacijami. Vključujejo prostovoljce. (Kapelj, 2005, str. 19)

Pregled nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja, v katerega je bilo zajetih 171 nevladnih organizacij kaže na to, da večina od teh nudi uporabnikom delavnice (87 %), predavanja (88 %) in svetovanje, ki je lahko klasično, telefonsko ali internetno (97 %). Skupine za samopomoč ima 83 % nevladnih organizacij, 23 % jih ima dnevne centre oziroma zatočišča, skoraj 11 % jih ima stanovanjske skupnosti (Duševno zdravje v Sloveniji, str. 98).

Programi, ki jih izvajajo nevladne organizacije na področju duševnega zdravja:

- Pisarne za svetovanje in informiranje: strokovni delavci s storitvami informiranja, osebne pomoči ali svetovalnih pogovorov omogočajo, da se oseba čim bolj pouči o vrstah pomoči, ki ji pripada glede na stopnjo težave in stiske. Možna so tudi svetovanja, ki potekajo večkrat in kontinuirano, njihov namen pa je čim boljše opremljanje in seznanitev z načini obvladovanja težav, pravočasnega ukrepanja v primeru poslabšanja duševne motnje, konstruktivnega pristopa ter vključevanja v vsakodnevno življenje. V nekaterih programih se izvajajo storitve zagovorništva in varovanja pravic uporabnikov. Na osnovi svetovalnih pogovorov se lahko izdela individualni načrt, kjer se konkretizirajo potrebe in pričakovanja ter kako in s kom jih uresničiti. Podobno kot pri obravnavi v skupnosti se strokovna delavka lahko poveže z zunanjimi izvajalci, ki so v mreži služb duševnega zdravja. S pomočjo individualnega načrta je možno zagotoviti tudi življenje v domačem okolju, ki ga brez pomoči drugih oseba ne bi zmogla. Po prvem informativno-svetovalnem pogovoru se oseba lahko vključi v vodene skupine za samopomoč. Storitve se izvajajo tako v pisarni kot v življenjskem okolju uporabnika. Upravičenci so polnoletni posamezniki, ki imajo težave v duševnem zdravju, in njihovi svojci in se v storitev vključijo prostovoljno:

- Dnevni centri: namenjeni so izvajanju različnih dejavnosti, druženju, učenju socialnih spretnosti in veščin, spoznavanju novih ljudi, s katerimi se širi krog poznanstev. Različne delavnice in skupine za samopomoč omogočajo učenje medsebojne pomoči in samopomoči. V programe društva se vključujejo tudi prostovoljci. Organizirajo se pikniki, zabave, izleti, praznovanje rojstnih dni, ogled kino predstav in dramskih predstav, s pomočjo katerih se krepijo socialni stiki med uporabniki in ki spodbujajo k razvoju in širitvi

njihove socialne mreže. Večina dnevnih centrov organizira raznolike delavnice o zdravi prehrani, zdravem življenju, predavanja o učinkih zdravil, skupinsko telovadbo, redne izletniške pohode, rekreativne tabore. Krepitev in varovanje duševnega zdravja poteka preko različnih tematskih delavnic (življenje z duševno motnjo, medosebni odnosi, spolnost, ljubezen, zasvojenosti, učenje sproščanja in asertivnih tehnik, duhovna rast, čustvena inteligenca ...). Možna so učenja tehnik s področja likovnega in ročnega ustvarjanja. Dnevni centri so namenjeni vsem polnoletnim osebam s težavami v duševnem zdravju, ki se vanje vključijo prostovoljno in se strinjajo s pogoji posameznega centra. Delujejo vsak delavnik med 8. in 17. uro. Nekatere dejavnosti pa se lahko izvajajo med vikendi (pohodniški izleti).

- Stanovanjske skupine: manjše bivalne enote, ki so namenjene tistim osebam s težavami v duševnem zdravju, ki potrebujejo občasno ali stalno podporo pri bivanju in organiziranju vsakdana ter pri prehodu v samostojno življenje. Običajno so vključeni posamezniki, ki nimajo svojcev ali se z njimi ne razumejo, ne zmorejo pa živeti sami. Omeniti je treba tudi to, da ima vsaka nevladna organizacija določene kriterije za sprejem v stanovanjsko skupino. Tako npr. vsaj ena izmed nevladnih organizacij ne sprejema ljudi, ki jim je postavljena dvojna diagnoza, kar nakazuje na selektiven pristop in v praksi pomeni manjšanje možnosti določenih uporabnikov, da bi se iz institucionalnega varstva vključili v obravnavo v skupnosti.
- Združenja svojcev oseb z duševno motnjo: namenjena so vsem, ki imajo bližnjega, ki trpi za duševno motnjo. Nudijo aktivnosti, ki opogumljajo svojce, jim olajšujejo stiske in informirajo o tem, kako živeti z bližnjim, ki ima duševno motnjo. Poučujejo se o duševnih motnjah, njihovem zdravljenju ter temah, ki krepijo medosebne odnose in so na splošno uporabne za duševno blagostanje. Predavanja in delavnice izvajajo strokovnjaki, gosti in svojci z dolgoletnimi izkušnjami.
- Skupine za samopomoč: omogočajo izmenjavo izkušenj in iskanje rešitev s pomočjo drugih, ki imajo podobne težave. Srečevanja potekajo redno tedensko, na srečanjih se upoštevajo pravila, ki se na začetku skupaj določijo. Skupine za samopomoč se izvajajo kot del programa dnevnega centra ali del programa svetovalno-informacijske pisarne.
- Program socialne mreže: načrtovanje in izvedba različnih izobraževalnih, športnih, kulturnih in družabnih dogodkov za osebe s težavami v duševnem zdravju. Nekatere

nevladne organizacije tovrstne dejavnosti izvajajo v programu dnevnega centra. Namen programa je zmanjševanje možnosti osamljenosti, ohranjanje socialne spretnosti, krepitev kroga znancev in prijateljev, na katere se lahko oseba obrne v primeru težav in si izboljšuje kakovost življenja. Dejavnosti so organizirane tudi ob popoldnevih, konec tedna in med prazniki. Med izobraževalne in interesne dejavnosti sodijo predavanja in seminarji na temo duševnega zdravja, kreativne in ustvarjalne delavnice, tečaji računalništva in tujih jezikov ... Športne aktivnosti vključujejo organizirano igranje košarke, nogometa, odbojke, badmintona, tenisa, fitnes ali aerobiko ter tečaje plesa. Kulturne aktivnosti se nanašajo na ogled razstav, gledaliških in kino predstav, obiskov koncertov. Organizirano druženje zajema različna praznovanja, izlete po različnih krajih, organizacijo piknikov ter organizirane obiske ostalih enot društva.

- Program prostovoljcev: prostovoljci se zavežejo, da bodo z uporabniki sodelovali leto dni ter se bodo z njimi srečevali vsaj enkrat tedensko po eno uro. Prostovoljcu je dodeljen strokovni mentor, ki spremlja njegovo delo in ga pri njegovem delu spodbuja. Prostovoljno delo se izvaja na domu, v bolnišnici, zavodu, dnevnem centru ali v stanovanjski skupini, tam, kjer si uporabnik želi, da se izvaja. Namen prostovoljnega dela je druženje in pogovarjanje.

Dopolnilni programi:

- Telefoni za pomoč v stiski: krizni telefoni nudijo pogovor o posameznikovi duševni stiski in mu pri tem omogočajo, da ostane anonimen. Pomagajo pri trenutni razbremenitvi, osamljenosti in omogočajo svetovanje o nadaljnji napotitvi k strokovnjaku.
- Svetovalnice: nudijo individualno svetovanje, podporne skupine in skupine za samopomoč na področju zlorabe psihoaktivnih snovi, nasilja in motenj hranjenja. Primerne so za posameznika, ki potrebuje pomoč pri prestajanju težavnega obdobja ali pomoč pri sprejemanju večjih sprememb v življenju (telesne in duševne bolezni, invalidnosti in druge oblike prizadetosti). Pomagajo tudi svojcem pri sprejemanju drugačnosti člana družine.
- Zavetišča: v primeru doživljanja nasilja ali zlorabe posameznikom in družinam nudijo začasno namestitve materinski domovi, krizni centri za ženske, zatočišča in varne hiše.

Znane so nekatere splošne ugotovitve, ki izhajajo iz širše analize in se tičejo mreže izvajalcev in storitev na področju duševnega zdravja (Duševno zdravje v Sloveniji, str. 100):

- duševno zdravje ima v Sloveniji še vedno nizko prioriteto;

- duševne bolezni so v Sloveniji še vedno stigmatizirane, ljudje s težavami v duševnem zdravju pa so dostikrat diskriminirani in socialno izključeni;
- nimamo izdelanega pregleda vpliva javnih politik na duševno zdravje in obratno;
- premalo je medsektorskega povezovanja in sodelovanja;
- potrebna je uskladitev nacionalnih in mednarodnih kazalcev za duševno zdravje;
- nezadostna razvitost raziskovanja – manjka epidemioloških študij in raziskav socialnoekonomskih vplivov;
- nezadostna sredstva, ki so v okviru proračuna dodeljena varovanju duševnega zdravja;
- nezadostno razvit informacijski sistem za registracijo in spremljanje duševnih motenj;
- zdravstveni delavci na ravni primarnega varstva še vedno nimajo dovolj znanja in veščin, zaradi česar obstaja večja verjetnost neprepoznavanja duševnih motenj ali napačnega diagnosticiranja;
- sodelovanje in komuniciranje med psihiatričnimi institucijami in institucijami socialnega varstva, ki je nujno za ustrezne rešitve glede nastanitve, obravnave in stalne nege duševno bolnih ljudi, ni zmeraj najboljše;
- izobraževanje zdravstvenih delavcev ni popolnoma v skladu s potrebami sodobnega varovanja duševnega zdravja in z načeli preventive in izboljšanja duševnega zdravja;
- nujno je oblikovanje interdisciplinarnih in multidisciplinarnih timov, ki so usposobljeni za celovito obravnavo;
- službe, ki skrbijo za duševno zdravje morajo razviti postopke za izboljšanje kakovosti svojega dela in vgraditi mehanizme nadzora kakovosti dela;
- pri kadrih na posebej odgovornih in obremenjujočih delovnih mestih obstaja tveganje za sindrom izgorelosti, zato ga je treba preprečevati;
- uporabniki morajo biti vključeni v proces varovanja duševnega zdravja, zdravljenja in rehabilitacije;
- ranljive skupine morajo imeti prednost pri načrtovanju in organiziranosti služb, pri razvoju politik in programov pa je treba posebno pozornost nameniti determinantam neenakosti na področju duševnega zdravja;
- posebno pozornost je treba nameniti družinam in ženskam v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja;
- potrebne so aktivnosti tudi za promocijo duševnega zdravja v delovnem okolju;

- programi za duševno zdravje morajo vključevati preventivne aktivnosti in aktivnosti za izboljšanje duševnega zdravja;
- večina duševnih motenj zahteva hitro in takojšnjo uporabo rehabilitacijskih postopkov, rehabilitacija mora povečati kompetentnost bolnika in mu omogočiti reintegracijo v skupnost.

Premik v sodelovanju in komuniciranju med psihiatričnimi institucijami in institucijami socialnega varstva kaže Protokol sodelovanja koordinatorjev obravnave v skupnosti s predstavniki timov skupnostne psihiatrije. Poglavitni razlog je v pravici oseb s težavami v duševnem zdravju, saj gre za ustvarjanje možnosti v okviru zdravljenja, rehabilitacije ter polnega sodelovanja v skupnosti na načine, ki si jih osebe izberejo same in do katerih imajo pravico. Enakost dialoga med koordinirano obravnavo v skupnosti in skupnostno psihiatrijo je tudi v dajanju prednosti aktivni vlogi osebe z duševno motnjo v procesih destigmatizacije, preprečevanja, odkrivanja duševnih motenj, njihovega zdravljenja in psihosocialne rehabilitacije.

Za ta namen so se v okviru Protokola izoblikovali skupni cilji:

- boljša in celovitejša dostopnost do služb (storitev) na področju duševnega zdravja,
- kontinuirano in celovitejše zdravljenje ter psihosocialna rehabilitacija,
- boljše sodelovanje pacientov in njihovih svojcev pri načrtovanju, izvajanju zdravljenja in rehabilitacije – posledično manjše število hospitalizacij, predvsem tistih proti volji, in
- hitrejša in celovitejša vključevanje (reintegracija, resocializacija) v skupnost, posledično večja kakovost življenja.

3 PRILAGODLJIVOST STORITEV (ALI POTREB) INDIVIDUALIZIRANEMU PRISTOPU

V prejšnjem poglavju so bile predstavljene storitve (in izvajalci) na področju duševnega zdravja, ki jih lahko koristijo posamezniki, ki potrebujejo podporo pri spopadanju s svojim življenjskim kontekstom. Ne moremo mimo tega, da življenjski konteksti pomenijo med drugim tudi zadovoljevanje potreb, še posebej zadovoljevanje tistih potreb, ki se pojavijo za razreševanje stisk, tudi tistih, ki so posledica duševnega zdravja. Na področju duševnega zdravja se stiske lahko odražajo na osebni psihološki ravni ali družbeno izključujoči ravni, nedvomno pa se obe ravni prepletata. O tem, kako se potrebe zreducirajo na standardizirane storitve, ki dejansko ne odgovarjajo na specifične potrebe posameznika, ampak odgovarjajo na povprečnost, ki jo je v praksi težko ali celo nemogoče zaslediti, smo že govorili v prejšnjem poglavju.

Individualizirani pristop omogoča vzpostavljanje delovnega odnosa med uporabnikom in strokovnim delavcem, ki temelji ne samo na participaciji uporabnika pri odločanju o svojem življenju, ampak omogoča tudi odprt prostor za izražene potrebe, ki so enkratne in edinstvene v uporabnikovi izkušnji.

S stališča uporabnikov je pomembno to, da »zgolj« želi uveljaviti načelo državljanskih pravic in enakih možnosti dostopa do dobrin, kar pomeni prepoznavati (in razumeti) ovire, kot so arhitektonske ovire v okolju, revščina, pomanjkanje tehničnih pripomočkov, prilagojenih delovnih mest in osebne asistence in predsodkov. (Dolgotrajna oskrba, 2008, str. 15)

Telesne značilnosti ali stanje duševnega zdravja nimajo toliko opraviti z ovirami, kolikor je problematično to, da se družbeni prostor/sistem ne zmore širiti, razvijati in sprejemati različnosti.

Diskurzi o potrebah, ki so povezani s socialnovarstvenimi storitvami in organiziranjem življenja v skupnosti, so raznovrstni in številni (Dolgotrajna oskrba, 2008, str. 10):

- Delazmožnost (ocenjevanje delazmožnosti) in dolžnost poskrbeti za svoje preživetje, kar odgovornost za preživetje pripisuje posamezniku, ki bi naj poskrbel zase in zaslužil za življenje. Največjo odgovornost za pomoč »nemočnim« članom družbe nosi primarna družina, kar posameznika dela še bolj odvisnega. Vladni ukrepi temeljijo na ocenjevanju potreb in na zahtevah po delovnih navadah. Za posameznike, ki niso vključeni v trg dela, prevzame skrbniško vlogo

stroka, ki ji je podeljen mandat s strani države v obliki ukrepov in storitev za zagotovitev socialne varnosti, nad katerimi posamezniki nimajo vpliva.

»Zbiranje ocen o potrebah prebivalstva poteka skladno s prepričanjem, da je kategorija hendikepa ali invalidnosti za ta namen ustrezen in uporaben pripomoček« (Dolgotrajna oskrba, 2008, str. 11). Statistične analize temeljijo na osnovi diagnoz, kar pomeni klasifikacijo glede na specifične »pomanjkljivosti« posameznikov, ki določajo njihovo stopnjo funkcionalnosti, ki posledično opredeljujejo vrsto nezmožnosti posameznika. To »povečuje njegovo odvisnost od sodb in strokovnih ocen (zdravnikov, psihologov, socialnih delavcev, defektologov, pravnikov, delovnih terapevtov), pomeni razsojanje z metrom »normalnosti« in ga s tem izvzame iz občestva državljanov« (Dolgotrajna oskrba, 2008, str. 119). To pomeni, da v kolikor je hendikep oziroma primanjkljaj posameznikov predmet analize splošnih družbenih pojavov, so ravno le-ti posamezniki v izhodišču družbeno izključeni, vse analize pa potrjujejo ravno to. Zaskrbljujoče je to, da se s tem ohranja »status quo« oziroma se s tem ponuja »alibi za ohranjanje obstoječe neučinkovite politike in strokovne prakse« (Dolgotrajna oskrba, 2008, str. 12), ki bi naj nudila ukrepe za zmanjševanje »socialne izključenosti«.

- Potrošništvo, kjer posameznik kupuje storitve na prostem trgu. Diskurz se uveljavi v petdesetih in šestdesetih letih prejšnjega stoletja, uveljavi se tudi teorija hierarhije potreb Maslowa. Maslow potrebe razvrsti v hierarhijo, na najvišjo raven postavi potrebo po samouresničevanju. Potrebe je mogoče identificirati kot objektivne in univerzalne človeške cilje in posameznik je odgovoren, da svoje potenciale realizira (Maslow, 1954, po Dolgotrajna oskrba).

V potrošniški družbi potrebe postanejo kriterij za merjenje družbenega razvoja in zadovoljstva posameznikov. Na področju socialnega varstva postanejo potrebe pomembne za načrtovanje, merjenje in ocenjevanje za izvajanje storitev. Dokler pa ne obstoji problematična situacija, ki je posledica prezrtih in neizpolnjenih potreb, se družbena intervencija ne zgodi.

- Osebna izkušnja družbenega zatiranja in izključevanja posameznikov in skupin, oblikovana s strani uporabniških gibanj ljudi, ki prejemajo socialnovarstvene storitve. Povezana je s socialno pravičnostjo, družbenim zatiranjem, prerazporejanjem družbene moči in dostopnostjo razpoložljivih virov v skupnosti. Povezana je tudi s socialno izključenostjo, ki pomeni slab nadzor ali odsotnost nadzora nad viri.

S prevzemom vpliva nad socialno varstvenimi storitvami si bo posameznik lahko izboljšal kakovost življenja.

Če upoštevamo individualizirani pristop, ki je v metodah socialnega dela zelo prisoten, ko se ukvarjamo s potrebami posameznikov, kar se nenehno dogaja v praksi obravnave v skupnosti, nam pri prepoznavanju potreb lahko služijo ključne ugotovitve po Grebenc (2005, 216–240):

1. Potreb ne moremo razumeti brez vednosti o vsakdanjem življenju

Pogosto se potrebe razumejo kot določeni primanjkljaji, kar lahko omeji razumevanje vsakdanjih situacij, v katerih ljudje živijo. Tako se zgodi, da se potrebe zreducirajo na obstoječo kategorijo nujnosti, na podlagi katere se prične postopkovna obravnava. »S konceptom potreb poskušamo kanalizirati številne različne individualne nujnosti v obvladljive in nadzorovane sisteme« (Grebenc, 2005, str. 217).

Pripovedi starejših ljudi, ki so sodelovali v raziskavi, so nakazovale, da je potreba nekaj, kar jim omogoča, da izvršijo nalogo, je posrednik med načrtom in izvedbo. Potrebe so bolj postopki in orodja, s katerimi se doseže zaželeno in ne končni cilj.

O potrebah ljudi izvemo več, ko nam le-ti pripovedujejo o vsakdanjih situacijah in aktivnostih, seznanimo se tudi, ko nam pripovedujejo o svojih vrednotah, prepričanjih, o tem, kar se jim zdi v življenju pomembno. Pripovedi razkrijejo situacije, v katerih bi potrebovali pomoč, razkrijejo pa tudi, kako potrebe zadovoljujejo sami oziroma si organizirajo pomoč, torej gre pri zadovoljevanju potreb tudi za odnosne situacije, ki razkrivajo socialni kapital.

Pri prepoznavanju potreb moramo biti pozorni na dva procesa:

- proces zbiranja informacij, relevantnih za ocenjevanje potreb, in
- proces prevajanja potreb v intervencije – odgovore.

Različna je tudi intenziteta zadovoljevanja potreb, saj je nujnost odgovora odvisna od tega, ali situacija zahteva takojšen odziv (ogrožanje zdravja ali življenja ljudi) ali pa nam situacija daje čas za premislek, da izbiramo, primerjamo. V primeru situacije, kjer intenzivnost grožnje daje vtis hitrega ukrepanja, je toliko bolj pomembno, da se oceni tveganje, ki ga situacija predstavlja, in tudi tveganja, ki so povezana z rešitvami, saj je samoumevnost nekaterih rešitev rezultat posplošenosti v sistemskih rutinah ali rutinah ravnanj (Grebenc, 2005, str. 222).

Ekspertski odgovori na potrebe so rezultat organiziranosti družbenega odgovora na tveganja. Ti odgovori se kažejo kot samoumevnost zadovoljitve potreb, ki pa ne morejo zagotoviti, da se nekatere nezaželene posledice ne bodo zgodile. »Ekspertska vednost kot merljiva, pozitivistična, objektivna realnost daje vtis, da so odgovori pravilni, toda osebna izkušnja daje drugačen vtis« (Grebenc, str. 226). Nepredvidljive in problemske situacije zahtevajo, da so ljudje dovolj prilagodljivi, saj se na tipizirane rešitve ne morejo zanesti, ti odgovori bolj nudijo občutek varnosti. Dominantna ekspertska vednost povzroča, da morajo strokovnjaki imeti vse odgovore, da morajo ustreči ljudem in da so odgovorni za srečo drugih.

Nasprotno teorija pravičnosti (Rawls, 1972, po Grebenc) teži k temu, da merilo, po katerem se naj določa politika, postavljajo najbolj prikrajšani posamezniki, saj s tem institucije ne bi postavljale prednosti nekaterih na račun drugih. Neenakost je dovoljena kot korist najbolj ranljivim članom družbe. Etično delo v socialnem delu upošteva to načelo enakosti in enakopravnosti, kadar upošteva skrb za ljudi v njihovem življenjskem kontekstu, kot si ga določijo sami.

2. Zemljevid skupnosti – postavitev vsakdanjih situacij potreb v kontekst

Za raziskovanje potreb v vsakdanjem kontekstu je lahko ustrezen kvalitativen pristop z uporabo etnografskega raziskovalnega sloga, saj so omogočene različne kvalitativne metode pri zbiranju podatkov in pri analizi zbranega gradiva. Rezultat analize je etnografski zemljevid, ki vsebuje natančne opise pojavov in njihovih značilnosti.

Etnografski zemljevid prikaže vednost o vsakdanjem življenju in kontekst, znotraj katerega so izražene potrebe. Omogoča vsaj dve perspektivi; ena je širša, skupnostna ali celo družbena, druga je posebnost posameznikovega življenja. Na novo pridobljene informacije spreminjajo tudi zemljevid. Pri risanju zemljevida pa upoštevamo opise posameznikov, kar nam omogoča, da se sporazumemo o situacijah in tudi o načinih, s katerimi vplivajo ali bi radi vplivali na svoje življenje.

Kompleksna slika omogoči prepoznavanje tega, kaj pomeni za ljudi kakovost življenja in kako jo doseči. Na ta način pridobimo informacije tako o pomanjkanju kot tudi o virih znotraj skupnosti. Kontekstualni pristop »riše« tudi pozitivne vizije življenja: želje, vrednote, pričakovanja.

3. Koncept potreb je lahko tako orodje zatiranja kot emancipacije

Raziskovanje potreb je politično in ideološko dejanje, saj je povezano s paradigmami, zato je pomembno prepoznati, kdo definira potrebe in odloča o tem, kaj in kdaj je nekaj potrebno (Ife, 2002, Grebenc, 2005, str. 235).

Motivi za raziskovanje potreb so različni (npr. razvoj služb in storitev v skupnosti, raziskovanje potreb za načrtovanje odgovorov, spodbujanje skupnostnih akcij, evalvacija delovanja služb), moramo pa imeti v mislih, da lahko soustvarjamo tudi zatiralsko prakso, še posebej, če ne upoštevamo, da so možnosti za to. Način, da se temu izognemo, je, da v raziskavo vključimo celotno skupnost kot partner pri raziskovanju in ne kot objekt raziskovanja.

Pri raziskovanju v skupnosti moramo biti pozorni na posameznike, katerih glas ni slišan, ki so v skupnosti prezrti, in prevzeti tudi zagovorniško vlogo, če je potrebno. Dogovori in pogajanja samo z najglasnejšimi in najopaznejšimi predstavniki skupnosti niso dovolj.

Profesionalna dolžnost, ki jo imamo pri raziskovanju potreb, je, da smo pozorni na dinamiko razmerja moči v družbi. Da zagotovimo pravičnost, morajo biti izpolnjeni naslednji pogoji (Hudson, 2003, Grebenc, 2005, str. 237):

- upoštevanje odnosnosti (odnosi med posamezniki, skupinami in skupnostjo);
- diskurzivnost (omogočanje postavljanja trditev in nasprotnih trditev, kritike in obrambe obstoječih vrednot, primerjave vrednot z nedominirajočimi diskurzi);
- pluralnost glasov (prepoznavanje in slišanje glasov različnih posameznikov in družbenih skupin);
- upoštevanje pravic (obramba pravic posameznikov in skupnosti);
- refleksivnost (upoštevanje posameznosti pred seštevanjem posameznih enkratnih okoliščin v splošne kategorije).

4 EMPIRIČNI DEL

4.1 Metodologija raziskave

4.1.1 Namen raziskave

Osebe, ki imajo težave v duševnem zdravju, so v lokalni skupnosti Velenje potisnjene na rob družbenih tem. Zanje je poskrbljeno samo v Zdravstvenem domu Velenje, pri osebnem zdravniku, v okviru ambulantnega zdravljenja pri psihiatru in z napotitvijo v Psihiatrično bolnico Vojnik. Sicer je na voljo tudi Dnevni center Šent, ki se nahaja v Celju, kar je 25 km iz Velenja. Iz pogovorov in dela z osebami je razlogov, zakaj ne obiskujejo dnevnega centra, več. Najpogostejši pa so:

- ker je cena prevoza glede na njihov dohodek previsoka (finančni razlog);
- strah pred potovanjem, kar je vezano tudi na to, da pogosto te osebe nimajo socialne podpore;
- nizka motivacija;
- strah pred stigmatizacijo.

Za raziskavo sem se odločila z namenom, da se oblikujejo odgovori na potrebe oseb s težavami v duševnem zdravju na ravni izvajanja storitev in oblikovanje novih storitev v lokalni skupnosti Velenje. Namen je tudi spodbujanje procesov zavedanja o problemu duševnega zdravja in o potrebah oseb v skupnosti in v službah.

4.1.2 Cilji raziskave

Cilji so usmerjeni v iskanje sivih peg, k oceni stanja, iskanja rešitev in storitev ter implementaciji že obstoječih storitev.

Cilji so usmerjeni k iskanju odgovorov, le ti pa izhajajo neposredno od uporabnikov.

V tej nalogi sem zastavila sledeče cilje:

1. Ocena stanja in potreb oseb s težavami v duševnem zdravju na področju duševnega zdravja v lokalni skupnosti Velenje.
2. Ocena delovanja služb, ki so na razpolago pri reševanju težav oseb v duševni stiski.

4.1.3 Vrsta raziskave in metoda dela ter omejitve pri raziskovalnem delu

»Hitra ocena mora dati odgovore na ključna vprašanja, ki so hkrati tudi izhodišče za načrtovanje delovanja v skupnosti. Hitra ocena je namenjena temu, da zberemo podatke čim hitreje, saj je le tako mogoče hitro oblikovati ustrezen odgovor in načrtovati intervencijo. Prvine hitre ocene in odgovora so opisnost, konkretnost, poudarek na induktivnem sklepanju.« (Grebenc, 2003)

Raziskovalna metoda mi je v raziskovalnem delu omogočila dober vpogled v problematiko duševnega zdravja v lokalni skupnosti Velenje. Ker je kvalitativne narave, s tem omogoča vključenost vseh akterjev, in to na odprt način. Metoda mi je omogočila dobro opisovanje okolja, z zbranim gradivom sem lahko oblikovala trenutno stanje na področju duševnega zdravja, potrebe, rizičnost ter posledice ipd. Hitra ocena in odgovor pa sta mi dala odgovore na ključna vprašanja, ki so tudi izhodišče za nadaljnje načrtovanje v skupnosti.

Med omejitvami, ki se med raziskovalnim delom pokažejo, je morebitno nesodelovanje anketirancev, torej oseb s težavami v duševnem zdravju, zaposlenih v organizacijah (izvajalcev) in strogo ločevanje medicinskega in socialnega modela. Izpostaviti je treba tudi nevarnost napačne interpretacije s strani izvajalca anket. Da se temu izognemo, je potrebno vzpostaviti zdravo distanco, se umakniti iz vloge socialne delavke.

Raziskovalna vprašanja, ki sem si jih zastavila za jasen vpogled na področje duševnega zdravja, so sledeča:

- Kakšno je stanje na področju duševnega zdravja v lokalni skupnosti Velenje?
- Kakšna je ocena stanja na področju duševnega zdravja strokovnih delavk in oseb z izkušnjo duševne stiske na področju duševnega zdravja?
- Kako je vzpostavljeno medinstitucionalno delo ter multidisciplinarno delo na področju?
- Katere oblike pomoči so na voljo osebam s težavami v duševnem zdravju?
- Katere so potrebe oseb z izkušnjo v duševnem zdravju?
- Kako vpliva stigmatizacija na osebe s težavami v duševnem zdravju (na kvaliteto življenja)?

Pri vsem tem je treba upoštevati dejstvo, da obstajajo informacije, ki se lahko izmuznejo, t. i. sive lise.

4.1.4 Opredelitev raziskovalne populacije in vzorec

Podatke sem pridobila pri ciljni populaciji, to so osebe v duševni stiski, ki živijo v lokalni skupnosti Velenje ter so vključene v koordinacijo obravnave v skupnosti. Z njima sem sodelovala v času, ko sem bila na CSD Velenje zaposlena kot koordinator obravnave v skupnosti. V času sodelovanja sem se z njima dobro spoznala, ker sta imela občutek da jima pomagam, sta z intervjujem želela pomagati meni.

Prav tako sem podatke pridobila pri izvajalcih storitev na področju duševnega zdravja na CSD Velenje (koordinatorka obravnave v skupnosti in strokovna delavka na področju dela z odraslimi). Strokovna literatura, pravni viri, ki urejajo področje duševnega zdravja, publikacije, obstoječi informacijski sistemi so mi pri raziskovalnem delu pomenili pomemben vir podatkov.

4.1.5 Raziskovalni instrumenti in viri podatkov

Za pridobivanje podatkov sem se odločila, da bom uporabila poglobljen intervju odprtega tipa, saj mi je omogočal večjo dostopnost do informacij. Kot glavno vodilo je bila opisnost, ker mi je omogočala boljši vpogled v stanje in raziskovanje potreb oseb s težavami v duševnem zdravju in potreb strokovnih delavcev kot izvajalcev na področju duševnega zdravja.

S pomočjo intervjujev sem prišla v neposreden, osebni stik in na ta način pridobila vpogled v dejanske potrebe uporabnikov. Pri intervjujih sem uporabila odprta vprašanja, da sem nakazala smer pogovora, intervjuji so potekali v obliki odprtega tipa pogovora.

Intervjuje sem opravila z dvema strokovnima delavkama CSD ter dvema uporabnikoma storitev na področju duševnega zdravja. Vprašalnika, ki sem ju uporabljala pri intervjujih, sem oblikovala tako, da sem pridobila odgovore na registre:

- Ocena pojava (ocena življenja oseb s težavami v duševnem zdravju):
 - poznavanje in zaznavanje duševne bolezni, oseb s težavami v duševnem zdravju v lokalni skupnosti,
 - stališča do oseb s težavami v duševnem zdravju,
 - stopnja pojava in trendi,
 - življenjski pogoji,
 - značilnosti skupin oseb s težavami v duševnem zdravju,
 - življenjski slog, vrednote in družbena vloga oseb s težavami v duševnem zdravju,
 - kariera,

- zemljepisna usmeritev (kje živijo, s kom živijo).
- Ocena socialnega konteksta:
 - delo, zaposlitev, aktivnosti v prostem času,
 - materialni položaj (dohodki, sredstva in viri za preživetje ali boljšo kvaliteto življenja),
 - socialna mreža, stiki, druženje,
 - stanovanje,
 - socialne posledice, povezane s težavami v duševnem zdravju,
 - varnost (nasilje, kriminal),
 - neformalni viri pomoči v skupnosti,
 - oblike pomoči.
- Ocena zdravja oseb s težavami v duševnem zdravju:
 - ocena zdravstvenega stanja,
 - bolezni, nalezljive bolezni,
 - poškodbe,
 - samopomoč,
 - prehrana.
- Tveganja, povezana s težavami v duševnem zdravju:
 - vrsta tveganj,
 - zaznavanje tveganj,
 - norme, ki regulirajo tveganja.
- Ocena služb, ki so namenjena osebam s težavami v duševnem zdravju:
 - vrste obravnave/storitev, služb,
 - politika do oseb s težavami v duševnem zdravju,
 - ocena učinkovitosti,
 - ocena potreb po službah in storitvah, ki še ne obstajajo,
 - eko zemljevid služb (dostopnost).
- Potrebe, želje oseb s težavami v duševnem zdravju.

4.1.6 Zbiranje podatkov, obdelava ter analiza

Za lažjo primerjavo izjav anketirancev sem se odločila, da bom zbrane podatke prikazala v tabeli. Pri obdelavi ter analizi podatkov sem pozorno spremljala opisnost, konkretnost in induktivno sklepanje.

Anketiranje je bilo opravljeno v dveh sklopih. Konec leta 2011 z osebo 1 ter strokovno delavko 1, v začetku leta 2016 pa z osebo 2 ter s strokovno delavko 2.

Še dodaj

4.2 Demografske značilnosti skupnosti Velenje

Mesto Velenje je po podatkih statističnega urada glede na število prebivalcev 6. največje mesto v Sloveniji. Starostno sestavo MO v obdobju od 2008 naprej označuje rast mladega in starega prebivalstva, zmanjšuje pa se število prebivalcev v zrelem obdobju. Rast mladih po raziskavi, ki jo je dala napraviti Mestna Občina Velenje in je predstavljena v Glasilu sveta mestne občine Velenje dne 1. decembra 2015, je trenutno nekoliko višja.

V primerjavi s slovenskimi povprečjem izkazuje MO Velenje nekoliko nižja deleža prebivalcev z največ osnovno šolsko izobrazbo ter tistih z višjo in visoko stopnjo izobrazbe ter višji delež prebivalstva s srednješolsko izobrazbo.

V zadnjih desetih letih se je število delovnih mest zmanjšalo. Po podatkih Zavoda RS za zaposlovanje se je stopnja registriranih brezposelnih oseb od januarja do avgusta 2015 zmanjšala s 15,9 % na 12,6 %, kar nakazuje na določeno stopnjo okrevanja po gospodarski in finančni krizi.

Gospodarstvo v Velenju še vedno temelji na dveh ključnih panogah, in sicer na skupini Premogovnik Velenje in poslovnem sistemu Gorenje, ki zaposlujeta skoraj polovico aktivnega prebivalstva. Kot uspešna mala in srednje velika podjetja so še Esotech, d. d., HTZ Velenje, I.P., Veplas, d. d., Plastika Skaza, d. o. o.

Javni potniški promet je pomembne faktor pri razbremenjevanju individualnega avtomobilskega prometa. Tako je v Velenju vse od leta 2008 organiziran v obliki brezplačnega avtobusnega prevoza, storitev Lokalc.

Zaposleni na MO Velenje se sicer zavedajo, da je v občini stanovanj premalo, po drugi strani pa je kar nekaj praznih objektov. Zaznavajo, da je potrebno zagotoviti dovolj stanovanj za mlade in

mlade družine v mestnem središču. Zaznavajo, da so naslednja ranljiva skupina starejši občani, ki povprašujejo po varovanih in oskrbovanih stanovanjih.

MO Velenje je regijsko izobraževalno središče z vsemi stopnjami izobraževalnih programov. Poleg predšolske vzgoje je v Velenju 6 osnovnih šol, prav tako pa se je v sklopu Šolskega centra Velenje razvil srednješolski program (splošna gimnazija, splošna gimnazija s športnim oddelkom, umetniška gimnazija, poklicna in tehnična elektro in računalniška šola, poklicna in tehnična strojna, poklicna in tehnična rudarska, poklicna in tehnična šola za storitvene dejavnosti). V Šolskem centru je organiziran tudi višješolski program.

Andragoški zavod Ljudska univerza Velenje pokriva področje vseživljenjskega učenja. Ljudska univerza izvaja izobraževalne in svetovalne programe za vse generacije in posebne ciljne skupine. (glasilo št. 09 – Mestna občina Velenje, str. 222–264)

Nikjer v tej raziskavi, ki je predstavljena v glasilu, pa ni omenjene ranljive skupine, v katero sodijo ljudje s težavami v duševnem zdravju, s potrebami po stanovanju in dodatnih programih, ki bi jim omogočila lažje življenje.

V Velenju deluje Center za socialno delo (CSD), je javni socialno varstveni zavod, ki izvaja socialno varstvene storitve in naloge na podlagi javnih pooblastil ter druge dejavnosti, ki so namenjene reševanju socialne problematike posameznikov, družin in drugih skupin prebivalstva. Zaposlenih je

Dejavnosti, ki jih CSD izvaja, so:

- socialno varstvene dejavnosti (prva socialna pomoč, osebna pomoč, pomoč družini za dom, pomoč družini na domu);
- naloge na področju javnih pooblastil (varstvo družine in otrok, varstvo odraslih in materialne pomoči, starševsko varstvo in družinski prejemki, državne štipendije);
- izvajanje drugih dejavnosti (mladinske dejavnosti, dnevni center za otroke in mladostnike, socialna oskrba na domu, programi javnih del, viški hrane, izvajanje usposabljanj diplomantov za področje socialnega varstva, učna baza za študente FSD ...) (<http://www.gk1.csd-velenje.v-izdelavi.si.spletnestrani.com/domov/>).

Ostale službe, ki delujejo na področju socialne dejavnosti v Velenju, so:

- Rdeči križ in Karitas, ki izvajata deljenje paketov s hrano, oblačili, s šolskimi potrebščinami, plačevanje neplačanih položnic, počitnikovanje za otroke iz socialno ogroženih družin;
- Zveza prijateljev mladine, ki izvaja in organizira razne oblike kolonij in počitnikovanj v času zimskih in poletnih počitnic. Pomaga pri plačevanju neplačanih položnic družinam z otroki ...;
- Inštitut Integra, ki izvaja naslednje programe: zaposlitveno rehabilitacijo, program socialne vključenosti, center hiša (za brezdomne osebe), zaposlitveni center GEA, svetovalni center ter razne druge evropske programe (<http://www.eu-integra.eu/>);
- Dom za varstvo odraslih, ki izvajajo dnevno varstvo za odrasle, fizioterapijo, delovno terapijo, socialno službo, službo zdravstvene nege in oskrbe, službo prehrane in postrežbe, oddelek s posebnim spremljanjem Ježek (<http://www.domvelenje.si/>);
- Mladinski center Velenje, ki aktivno deluje na področju dela z mladimi osebami (<http://www.mc-velenje.si/smo-velenje/kdo-smo/>).

4.3 Etnografski zemljevid

Pri izdelavi etnografskega zemljevida sem uporabila dva različna vprašalnika, enega za koordinatorko obravnave v skupnosti in strokovno delavko s področja varstva odraslih ter drugega za osebi s težavami v duševnem zdravju. Obe osebi s težavami v duševnem zdravju sta občana Mestne občine Velenje, koordinatorka in strokovna delavka pa zaposleni na CSD Velenje.

Tabela 1: Podatki o intervjuvancih oseb s težavami v duševnem zdravju

VELENJE	Oseba 1	Oseba 2
Spol	moški	ženska
Starost	56	32
Poklic/izobrazba	dipl. ekonomist	gimnazijski maturant
Status	upokojenec	brez zaposlitve
Vir dohodka	invalidska pokojnina	denarna socialna pomoč

Tabela 2: Podatki o intervjuvankah, zaposlenih na CSD Velenje

VELENJE	Oseba 1	Oseba 2
Spol	ženska	ženska
Starost	38 let	32 let
Poklic/izobrazba	univ. dipl. soc. del.	dipl. soc. del.

5 REZULTATI RAZISKAVE

5.1 Ocena življenja oseb s težavami v duševnem zdravju

Od dveh oseb s težavami v duševnem zdravju (DZ), s katerima sem opravila intervjuja, je intervjuvanec izpostavil, da se bori za to, da preživi dan, da je brez posebnih ciljev. Če bi imel možnost, bi bil bolj aktiven in bi se ukvarjal s kakšno konkretno zaposlitvijo, tako pa se zaposli tudi s tem, da dnevno pelje bivšega tasta, ki je na invalidskem vozičku, na sprehode. Intervjuvanka pa je povedala, da bi rada bila bolj aktivna, vendar pa ji to ne dopušča finančna situacija. Dodala je, da so njene aktivnosti, kot je ples, petje in druženje, vezane na dom oziroma na njeno socialno mrežo.

Intervjuvanec razlaga, da so se mu spremenile vrednote. Kasneje v intervjuju je obrazložil, da je do spremembe vrednot prišlo zaradi bolezni. Smisel življenja zdaj vidi v tem, če je koristen v tem, kar počne, tudi pri hčerki. Smisel vidi tudi v tem, da je dobro zaznal bolezen in njene posledice. Intervjuvanka pa je izpostavila, da sta zanjo smisel družina in njena osebna rast.

Oba intervjuvanca zaznavata, da ima vse več oseb iz Velenja težave v DZ, vendar se ti skrivajo. Intervjuvanka domneva, da je teh težav več kot posledica stresa in sprememb v družbi, meni, da lahko do težav pride tudi zaradi finančnih težav.

Intervjuvanka je povedala, da ne pozna veliko oseb s težavami v DZ, raje izbira družbo oseb, ki nimajo teh težav. V Dnevni center Šent ravno iz tega razloga ne želi zahajati. Ne želi razpravljati z drugimi o njihovih težavah v DZ. Intervjuvanec srečuje osebe s težavami v DZ povsod po Velenju, predvsem po parku, trgovskih centrih, lokalih in kavarnah.

Oba intervjuvanca sta sprejela svojo bolezen (manično depresijo) in sta po nekajkratnih epizodah in hospitalizaciji tudi sprejela odločitev, da bosta redno jemala predpisano medikamentozno terapijo. Intervjuvanka je dodala, da se je po zadnji hospitalizaciji v PB odločila, da bo redno obiskovala psihiatra, saj se boji ponovnega zdravljenja v PB. Težave v DZ sta oba sprejela, se o bolezni in simptomih informirala in prejela potrebne informacije s strani lečečega psihiatra.

Oba intervjuvanca ocenjujeta družbo in odnos do oseb s težavami v DZ kot negativno in obsojajočo. Menita, da je to zgolj posledica napačnega razumevanja težav, vezanih na bolezen. Intervjuvanec je dodal še, da družba gleda na osebe s težavami v DZ posmehljivo, zviška, z

ignoranco. Sam sicer ni navajal, da bi imel z družbo te težave, nanj gledajo korektno, nekaj ljudi se ga sicer izogiba in z njimi nima običajnih stikov.

Tako intervjuvanec kot intervjuvanka rada prebirata časopise in članke, knjige na temo osebna rast ter alternativnega zdravljenja. Oba rada poslušata radio in določeno njima ljubo glasbo. Intervjuvanka je dodala, da se druží z osebami, ki nimajo težav v duševnem zdravju. Pozna delo nevladnih organizacij, vendar njihove pomoči ni sprejela. Želi si, da bi dobila zaposlitev in si na ta način omogočila boljše življenje. Intervjuvanec pa se udeležuje prireditev, ki so v Velenju in so brezplačne. Želel bi obiskati tudi gledališče, vendar si ga zaradi nizkih osebnih dohodkov ne more privoščiti.

Intervjuvanec je še izpostavil, da bi s pomočjo CSD in donatorjev (volunterjev) lahko pričakoval kakšno dodatno finančno pomoč.

Intervjuvanca živita v bloku, on v stanovanju, ki je njegova last, vendar pod hipoteko, ona v najemniškem stanovanju. Povsem samostojna ne more biti, ker je njen edini vir dohodka denarna socialna pomoč v višini cca. 260,00 evrov mesečno. Oba se zatekata po pomoč k svojcema. Iz povedanega je moč razbrati, da v njunem okolju ni razvita medsosedska pomoč.

Bolj ali manj sta si oceni obeh intervjuvancev enaki, kljub temu da sta časovni razmik in njuna starostna razlika velika. Oba sta izjavila, da sta v nekem času, v svojem ritmu, bolezen sprejela. Zdravstveno stanje ohranjata na svoj način. Skupni so jima sprehodi, redni obiski pri psihiatru, ter samoobljuba, da bosta redno jemala predpisana zdravila, oba prebirata knjige in članke, se zanimata o bolezni in simptomih le-te. Intervjuvanka rada pleše, posluša glasbo, izbira družbo oseb iz svoje socialne mreže, ki nimajo težav v duševnem zdravju. Oba hrepenita po zaposlitvi, po tem, da bi bila aktivna in koristna, saj bi si s tem omogočila udobnejše življenje in uresničila določene želje.

5.1.1 Ocena socialnih delavk

Strokovni delavki CSD Velenja sta zaznali in opažata, da večina ljudi gleda na osebe s težavami v DZ, kot da so nevarni, dojemajo jih drugačne, nerazumljive in nepredvidljive. Tako osebe s težavami v DZ doživljajo veliko stigmo, strah, nelagodja in se posledično izogibajo širši družbi ter se izolirajo.

Strokovna delavka, ki je odgovarjala v letošnjem letu, je opozorila, da so zaposleni na CSD (in drugih organizacijah) dobro seznanjeni in osveščeni o duševnem zdravju. Dodaja, da so svojci tisti, ki bi potrebovali več edukacije, časa in strokovne pomoči, da sprejmejo svojega bližnjega kot osebo s težavami v DZ.

Večjih procentualnih odstopanj glede stopnje izobrazbe strokovni delavki nista navedli. S težavami v DZ procentualno prevladujejo osebe z nižjo stopnjo izobrazbe, sledi srednja stopnja izobrazb, najmanj je oseb z višjo in visoko izobrazbo. Po spolu je med tistimi, ki na CSD iščejo pomoč, vezano na težave v DZ, več žensk. Več oseb je z otroki, brez zaposlitve, starih med 40 in 50 let. Sledijo tiste osebe, ki so stare med 31 in 40 let. Več oseb, ki poišče strokovno pomoč na CSD, je oseb slovenske narodnosti.

Osebe v večji meri živijo pri partnerju ali svojcih oziroma v najetem stanovanju, samo nekaj jih ima lastno stanovanje. Večina za transport uporablja javni prevoz, ki pa je precej visok strošek za osebe, ki prejemajo denarno socialno pomoč ali invalidsko pokojnino.

Iz vsega navedenega je iz registra moč razbrati, da sta strokovni delavki, ne glede na časovno razliko, odgovarjali podobno in da se stanje v Velenju ni spremenilo na bolje. Obe strokovni delavki sta s tem opozorili na podobne zadeve, ki so srž družbe.

5.1.2 Tveganja na podlagi ocene stanja in potreb

Iz vsega zgoraj navedenega se tveganje za osebe s težavami v duševnem zdravju povečuje, če imajo nizko izobrazbo, je njihova socialna mreža šibka oziroma izredno slaba, so izolirane, živijo v pomanjkanju in revščini. Zato to ocenjujem kot izjemno visoko tveganje, ki pospešuje stisko in težave v DZ. Javno mnenje o osebah s težavami v DZ je negativno, zato so osebe izpostavljene stigmatizaciji in socialni izključenosti. Pomembno se mi zdi izpostaviti tudi, da v Velenju še vedno ni edukacije in ustrezne oblike pomoči za svojce.

5.2 Ocena socialnega konteksta

5.2.1 Ocena intervjuvancev s težavami v duševnem zdravju

Oba intervjuvanca sta ocenila, da jima največ pomeni družina in družinski člani, ki jima pomagajo pri preživetju. Sicer živita sama, sta samski osebi.

Intervjuvanec je bil v preteklosti poročen, ima odraščajočo hčer in dovolj dober odnos z bivšo ženo in tastom. V veliko pomoč sta mu tudi brat in sestra. Navaja, da ima prijateljice, za eno ve, da bi želela biti z njim kot partnerka, a mu do tega ni, kljub temu da je njegova želja deliti življenje z neko ljubljeno osebo. O drugih prijateljih, ki bi ga obiskali na njegovem domu, ni govoril, pravi, da jih nima. Teh obiskov si tudi ne želi. Ima nekaj znancev, s katerimi se občasno in naključno srečuje v mestu. Stike ohranja tudi preko telefona, če je nujno. S sosedi se sicer videva, a le na hodniku. Intervjuvanec je povedal še, da je njegov občutek, da okolje nanj gleda zaradi bolezni drugače.

Intervjuvanka pove, da so se odnosi med družinskimi člani izboljšali. Ni poročena, nima partnerja, živi v najemniškem stanovanju. Njeno spolno življenje je slabo. Opisala se je kot družabno, komunikativno osebo, ki ima rada ljudi in potrebuje družbo. Počuti se ljubljeno in sprejeto, kljub temu da okolica, odkar ima diagnozo, nanjo gleda drugače. Zaradi bolezni je morala prekiniti študij, redne zaposlitve ne dobi, za eno leto je bila zaposlena le preko javnih del.

Oba intervjuvanca pomoči drugih pri urejanju stanovanja, pri skrbi za lastno osebno higieno in pri urejanju vsakodnevnih opravil ne potrebujeta. Oba imata želje biti bolj aktivna in se vključiti v njima pomembne aktivnosti v prostem času, vendar sta zaradi financ pri tem početju ovirana.

Vsak je našel svojo tehniko oziroma več teh, ki ju v primeru stiske pomirjajo. Zatekata se v sprehode, izvajata dihalne vaje, poskušata preobrniti misli, se pokriti z odejo čez glavo. Intervjuvanka se zateče po pomoč glede vsakodnevnih težav k svojima staršema.

Intervjuvanec je upokojen, njegova pokojnina znaša 690,00 evrov, vendar je dejansko izplačilo zaradi najetega hipotekarnega kredita le 480,00 evrov mesečno. Hipoteko je najel v manični fazi bolezni.

Intervjuvanka je prejemnica denarne socialne pomoči in dobi 260,00 eur mesečno. Pri preživljanju ji pomagata starša. Oba intervjuvanca, ko sta stabilna, znata razpolagati z denarjem in se s pomočjo izredne denarne socialne pomoči ter svojcev uspeta prebiti skozi mesec.

Oba živita sama, on v lastnem stanovanju, ki je komfortno. Ona živi v najemniškem stanovanju, za bivalne razmere ocenjuje, da so dobre, in je v njem zadovoljna.

Pri opisovanju o varnosti je intervjuvanec povedal, da nasilje zaradi slabega socialnega položaja v državi porašča, zaradi tega se ne počuti varnega. Da se zavaruje kot potencialna žrtev nasilja, izbira

kraje, kjer ocenjuje, da do nasilja ne prihaja. Intervjuvanka se počuti varno v okolju, kjer živi. V preteklosti je bila žrtev nasilja v domačem okolju s strani očeta, doživljala je psihično nasilje, ter s strani bivšega fanta, ko je bila žrtev tako psihičnega kot fizičnega nasilja.

5.2.2 Ocena socialnih delavk

Obe zaposleni strokovni delavki na CSD ocenjujeta, da imajo osebe s težavami v DZ težave z zaposlitvijo, običajno gre za dolgotrajno brezposelne, ki težko konkurirajo na trgu dela. Ena strokovna delavka je pri svojem delu zaznala, da se osebe s težavami v DZ bojijo zaposliti, ker se bojijo poslabšanja zdravstvenega stanja. Te osebe se invalidsko upokojijo sredi najbolj aktivnega življenjskega obdobja.

Strokovni delavki nista izpostavili problema brezdomstva med osebami s težavami v DZ, saj se določene osebe vključijo v programe stanovanjskih in bivalnih skupin, ki jih izvajajo NVO. Ocenjujeta, da se zaradi finančnih težav osebe ne morejo osamosvojiti, ker z denarno socialno pomočjo ne morejo pokriti stroškov bivanja. Zato jih večina živi pri starših.

Po njuni oceni je socialna mreža oseb s težavami v DZ šibka in omejena, odnosi s prijatelji so površinski, gre bolj za poznanstvo kot prijateljstvo. Poznanstva ustvarjajo preko programov NVO in obiskov psihiatrov, hospitalizacije.

Izražene potrebe oseb s težavami v DZ, kot jih zaznavata strokovni delavki, so tiste po varnosti, finančni neodvisnosti, samostojnosti, po stikih, kreativnem preživljanju prostega časa, po zaposlitvi, pripadnosti. Strokovna delavka je izpostavila, da mlajše osebe naprej poiščejo pomoč preko spletnih strani in se nato obrnejo na organizacijo.

Bolj ali manj sta si oceni obeh intervjuvank enaki, kljub temu da je časovni razmik pri izvedbi bil pet let. Razlika je v tem, da se je v trenutnem času povečala računalniška pismenost, ki manj omejuje osebe.

5.2.3 Tveganja na podlagi ocene stanja in potreb

Iz vsega zgoraj navedenega se tveganje povečuje za osebe s težavami v duševnem zdravju. Če je njihova socialna mreža šibka oziroma izredno slaba, so izolirane in so tudi stigmatizirane, živijo v pomanjkanju in revščini, kar ocenjujem kot izjemno visoko tveganje, ki pospešuje stisko in težave v DZ.

Brezposelnost daje osebam s težavami v DZ občutek manjvrednosti, nekoristnosti, jih na ta način tudi socialno izključuje in povzroča finančno negotovost. Zaradi tega so omejene pri izvajanju prostočasnih aktivnosti.

Osebam težave v DZ zmanjšajo socialno varnost in povzročajo nezaposlovanje.

5.3 Ocena zdravja

5.3.1 Ocena intervjuvancev s težavami v duševnem zdravju

Oba intervjuvanca ocenjujeta, da imata dobro zdravstveno stanje, trenutno lahko vplivata nanj, zato se tudi počutita dobro. Oba navajata zdravstvene težave, ona zaradi kroničnega vnetja ščitnice, on zaradi težav s hrbtenico in koleni. Poškodb nista utrpela. Ne uživata alkohola in drog. Redno hodita na sprehode, trudita se jesti redno in zdravo. Intervjuvanca sta od zadnje hospitalizacije redno na kontroli pri psihiatru, uživata predpisano medikamentozno terapijo, vplivata na svoje počutje in zdravstveno stanje, kot le najboljše zmoreta in znata.

Oba imata dobre izkušnje z osebnim zdravnikom ter zobozdravnikom.

Intervjuvanec manično depresijo obvladuje tudi s pomočjo koordinatorke obravnave v skupnosti.

Zdravstveno zavarovanje imata urejeno. Intervjuvanec si ga plačuje redno sam, intervjuvanka pa je, ker je prejemnica denarne socialne pomoči, opravičena plačevanja zdravstvenega zavarovanja.

Intervjuvanka je povedala, da probleme najraje rešuje sama ali v krogu družinskih članov. V skrajni sili gre v bolnico. Že večkrat je v depresivni fazi pomislila na samomor.

5.3.2 Ocena socialnih delavk

Obe strokovni delavki sta izpostavili, da jima osebe s težavami v duševnem zdravju pripovedujejo o telesnem zdravju in težavah.

Ena strokovna delavka je ocenila, da bi zaradi nabora informacij bilo potrebno, da osebe s težavami v DZ pridejo prej v programe, kjer dobijo usmeritve, informacije ter konkretno pomoč pri zmanjševanju tveganj. Druga je ocenila, da se tveganje zmanjša z osveščanjem in lažjim dostopom ter mrežo pomoči.

Svojci si lahko pomagajo med seboj z udeležbo v skupinah za samopomoč, z ozaveščanjem ter udeležbo na različnih predavanjih, okroglih mizah in forumih na temo duševno zdravje.

5.3.3 Tveganja na podlagi ocene stanja in potreb

Oblike samopomoči, kot sta jih razvili osebi s težavami v DZ, so šibke in ne dovolj dobro razvite. Hrana, ki jo uživajo osebe s težavami v DZ, je pogojena s finančnim stanjem, navadno je manj zdrava in hitro pripravljena. Osebe s težavami v DZ prepozno pridejo po informacije na CSD.

Službe, ki so na voljo osebam s težavami v DZ, naj razširijo svoje programe in promovirajo svojo dejavnost.

5.4 Ocena tveganj

5.4.1 Ocena intervjuvancev s težavami v duševnem zdravju

Kot sta intervjuvanca ocenila, pri osebah s težavami v DZ obstaja tveganje, kot je osamljenost, ki lahko pomeni, da bosta zaradi tega odvisna od pomoči drugih. Zaznavata tudi tveganje, vezano na finančne težave ali v obliki kombinacije jemanja predpisanih zdravil in istočasnega uživanja drog ali alkoholnih pijač. Intervjuvanec je omenil tveganje, da se zapira v stanovanje, ko mu je težko, ter finančne težave zaradi najemov kreditov v manični fazi bolezni. Intervjuvanka je omenila tudi svoje verbalno agresivno vedenje nad osebami, ki so ji blizu. Povedala je tudi, da je pomislila na samopoškodbeno vedenje, ki pa ga ni realizirala.

Zaradi bolezni sta oba spremenila svoje življenjske navade. Strah ju je poslabšanja zdravstvenega stanja ter ponovne hospitalizacije. Intervjuvanko je strah, da bi v času ponovne hospitalizacije imela predpisano medikamentozno terapijo, ki bi je ne potrebovala in bi bila zaradi tega »nafilana« z zdravili.

Njuno življenjsko pravilo je, da ne pijeta alkoholnih pijač. Intervjuvanec je povedal, da osebne stiske nosi sam in o njih ne razpravlja. Trudi se veliko gibati. Intervjuvanka je povedala, da se v trenutkih, ko ji je hudo, zjoče, navadno ji potem odleže.

Kot norme sta tudi navedla, da se trudita osredotočiti na lepe misli in trenutke.

5.4.1.1 Ocena socialnih delavk

Po oceni obeh strokovnih delavk so osebe s težavami v DZ izpostavljene raznim tveganjem. Izpostavili sta tveganja: nasilje in različne zlorabe; manj priložnosti zaradi pomanjkanja denarja in informacij, slabša kvaliteta življenja; izolacija; nedostopnost; zmanjšana socialna mreža.

Obe sta videli možnost zmanjšanja tveganja v ozaveščanju in dostopu do informacij, usmeritve in konkretni pomoči ter večji mreži pomoči in programov.

Svojci si pomagajo s skupinami za samopomoč, z različnimi izobraževanji in udeležbo na okroglih mizah na temo o DZ ter forumih.

Po oceni ene strokovne delavke so varovalne tehnike za zaščito in jih uporabljajo osebe s težavami v DZ v umiku, v iskanju smisla za humor in razvedrilo, v izolaciji.

5.4.1.2 Tveganja na podlagi ocene stanja in potreb

Osebe s težavami v duševnem zdravju so izpostavljene raznim nevarnostim, kot so nasilje in zlorabe. Njihovo življenje je podrejeno težavam, vezanim na DZ, zaradi tega so ovirane in omejene, kar jih vodi v osamljenost in izolacijo. Omenjene osebe so v nevarnosti, da škodijo sebi ali drugim, se izolirajo in lahko poškodujejo drugo osebo (verbalno nasilje).

5.4.2 Ocena služb

5.4.2.1 Ocena intervjuvancev s težavami v duševnem zdravju

Intervjuvanec je povedal, da pozna samo CSD in ZD, ki pomagajo osebam s težavami v DZ. Na CSD po njegovem mnenju uspešno vodi multidisciplinarni tim koordinatorica obravnave v skupnosti. Drugih društev ali organizacij v lokalni skupnosti ne pozna. Njegovo mnenje je, da Velenje ponuja dobre možnosti za zadovoljevanje vsakodnevnih potreb in želja oseb s težavami v duševnem zdravju.

Oba intervjuvanca na CSD urejata pravice do denarne socialne pomoči, dodatnega zdravstvenega zavarovanja in izredne denarne socialne pomoči. S storitvami sta zadovoljna. Intervjuvanka je dopolnila, da ima dovolj informacij, vendar se mora o določenih informacijah tudi sama pozanimati na način, da se pogovarja z drugimi ali pa jih prejme preko medijev. Želela bi, da bi imeli strokovni delavci na CSD manj dela z birokracijo, da bi jim več energije ostalo za uporabnike. Kljub vsemu meni, da so strokovne delavke v večji meri prijazne. Želela bi tudi s pomočjo strokovnih delavcev CSD poiskati primerno zaposlitev.

Oba intervjuvanca sta o oceni učinkovitosti storitev v ZD povedala, da imata dobre izkušnje. Na vprašanje o možnosti odločanja je intervjuvanec ocenil, da ne more podati nobene končne ocene.

Medtem ko je intervjuvanka povedala, da se lahko pogovori s psihiatrom, vendar pa nima vpliva na zdravlila v času hospitalizacije.

Njuna ocena je tudi, da v lokalni skupnosti Velenje ni nobene druge organizacije ali društva, ki bi pomagalo osebam s težavami v DZ.

5.4.2.2 Ocena socialnih delavk

Po oceni strokovni delavk je delo policije korektno, policisti spoštujejo osebno dostojanstvo oseb s težavami v DZ. Ena intervjuvanka je izpostavila, da policisti delajo v okviru pristojnosti, ampak nimajo kompetenc za delo na področju DZ. Delo policije je bistvenega pomena v kriznih situacijah in kot pomoč reševalni službi ter zdravstvenemu osebju.

Delo v socialni službi se opravlja v okviru pristojnosti CSD in je dobro, je pa odvisno od strokovne delavke. Po mnenju ene intervjuvanke je pomembno, da ima strokovna delavka veliko izkušenj, sposobnosti in znanj na področju dela z osebami s težavami v DZ.

Ena strokovna delavka je ocenila zdravstvene službe, da premalo sodelujejo s CSD kot z uporabniki in da je bolj v ospredju medikamentozna terapija. Druga je ocenila, da je njihova odzivnost na multidisciplinarnih timih prenizka. Kaže se potreba po intenzivnejšem sodelovanju med ZD in CSD.

Ocena sodišč, kot jo je podala ena strokovna delavka, je, da bo novi Zakon o duševnem zdravju, zaradi kratkih rokov v praksi slabo zaživel. Meni, da bi lahko sodišča organizirala posvetovanja in konference, kjer bi zakonodajalca seznanili s stvarmi, ki v praksi niso izvedljive.

Druga strokovna delavka, s katero sem intervju opravila v letu 2016, je ocenila, da je prispevek sodišč za povezovanje med službami izjemnega pomena. Sodišča vse bolj sodelujejo na posvetih na temo o DZ, zaprosijo za podatke o obravnavi in mnenje CSD. Vendar pa intervjuvanka nima ideje, kaj bi lahko sodišča v tem trenutku naredila še več.

V Velenju imajo osebe s težavami v DZ specialistično psihiatrično in psihološko ambulanto v okviru ZD. Na CSD se lahko osebe vključijo v koordinacijo obravnave v skupnosti, prav tako pa v socialno varstvene storitve, ki so v okviru CSD (prva socialna pomoč, osebna pomoč). Inštitut Integra nudi brezplačno pomoč in svetovanje pri iskanju rešitev posameznikom in družinam, ki so se znašli v stiski, kot tudi vključitev v program zaposlitvene rehabilitacije ter program socialne vključenosti. V letu 2016 lahko osebe s težavami v DZ obiskujejo tudi dnevni center Moj Klub, ki

deluje v okviru Mladinskega centra Velenje. V Dnevnem centru Šent je enota, ki je namenjena zmanjševanju škode na področju drog. Dvakrat tedensko poteka individualna obravnava Društva Projekt Človek v prostorih CSD. Ta program je namenjen osebam, ki uživajo prepovedane droge.

Obe strokovni delavki sta ocenili potrebe po programu stanovanjskih skupin, dnevni center ter psihoterapevtsko pomoč in ugotavljata, da se še vedno kaže potreba po široki mreži različnih služb, ki bi lahko odgovarjale na različne potrebe oseb. Ena strokovna delavka je še ocenila, da so potrebne spremembe v že obstoječih programih za osebe s težavami v DZ in da se ti programi tudi dodatno okrepijo.

5.4.2.3 Tveganja na podlagi ocene stanja in potreb

Osebam s težavami v DZ, kot je možno razbrati iz zgoraj navedenih ocen, je odvzeta možnost vpliva nad lastnim odločanjem. Delo strokovnih služb je sicer bolj povezano, a še vedno ne dovolj, predvsem se mora zdravstvo intenzivneje vključevati v multidisciplinarno delo. Izražena je potreba po spremembah in okrepitvi že obstoječih programov ter o prostornosti v lokalni skupnosti z novimi nevladnimi organizacijami.

5.4.3 Politika in odnos do oseb s težavami v duševnem zdravju

5.4.3.1 Ocena intervjuvancev s težavami v duševnem zdravju

Intervjuvanec je ocenil, da v širši družbi ne čuti prikrajšanosti, jo pa občuti, ker ne more dobiti dela. Intervjuvanka je brezposelna in zaradi tega čuti prikrajšanost. Ocenjuje, da nima dovolj denarja in si ne more privoščiti razvedrila.

Intervjuvanec je ocenil, da je zaradi splošnega stanja v državi veliko oseb s težavami v DZ. Intervjuvanka je ocenila, da načeloma dobi tisto, kar potrebuje od ljudi, ki jo poznajo. Želela pa bi, da so odnosi med ljudmi bolj prijazni, strpnejši.

5.4.3.2 Ocena socialnih delavk

Strokovni delavki sta pri oceni podali skoraj enotno mnenje. Ocenjujeta, da ima družba negativen odnos, poln predsodkov do oseb s težavami v duševnem zdravju. Problematiko vidita v tem, da osebe s težavami v DZ ne morejo spregovoriti o svojem zdravstvenem stanju, ker se ne želijo izpostavljati neprijetnostim. Ena strokovna delavka je videla težavo tudi v tem, da mediji negativno vplivajo na mnenje družbe o samih težavah, vezanih na DZ.

5.4.3.3 Tveganja na podlagi ocene stanja in potreb

Nezaposljivost in nizki osebni dohodki osebam s težavami v duševnem zdravju povzročajo socialno izključenost in finančno stisko. V svojem okolju se osebe s težavami v DZ ne počutijo dovolj varne, da bi lahko odkrito govorile o svojih težavah. Zaradi negativnega odnosa družbe in predsodkov do oseb s težavami v DZ ter medijskega negativnega poročanja so označeni kot nevarni.

5.4.4 Želje in potrebe

5.4.4.1 Ocena intervjuvancev s težavami v duševnem zdravju

Intervjuvanci si želijo več informacij in izobraževanj za družbo o samem duševnem zdravju. Poleg tega menijo, da je potrebna institucija, ki bi pomagala in usmerjala osebe s težavami v DZ glede zaposlitve, saj se kaže velika potreba po organiziranem zaposlovanju oseb s težavami v DZ. To bi se lahko razvilo v okviru CSD, koordinacije obravnave v skupnosti, vendar bi koordinatorka potrebovala širšo ekipo.

5.4.4.2 Ocena socialnih delavk

Ena strokovna delavka je izrazila potrebo po tem, da se svojci bolj intenzivno vključijo v zdravljenje oseb, da so enakovredni člani tima v procesu.

Druga pa vidi želje in potrebe še v zakonodaji, ki bi omogočila svojcem nadomestilo za delo, ki ga namenijo osebi s težavami v DZ. Osebe bi potrebovale več participacije pri samem zdravljenju, večjo aktivno vlogo, dobro načrtovano skrb po odpustu iz bolnišnice, informiranje in lažji dostop do socialnih mrež pomoči, fleksibilnih oblik zaposlovanja in dela, boljšo finančno stabilnost in višje denarne socialne pomoči.

6 SKLEP

V pričujoči nalogi sem z raziskovalnimi vprašanji najprej raziskala stanje na področju duševnega zdravja v Velenju.

»Raziskovanje vsakdanjega sveta je za socialno delo ključno, saj namreč socialno delo lahko uresničuje svoje poslanstvo le ob upoštevanju vsakdanje realnosti ljudi.« (Grebenc, Šabič, 2013, str. 7) Raziskovanje mi ni le opredelilo stanja in potreb ljudi s težavami v duševnem zdravju, opredelilo je tudi pokazatelje, ki vplivajo na stanje in razvoj socialnega dela. Potrebno je prilagoditi metode pomoči in storitev na področju socialnega varstva. Kar pa zahteva spremembo socialne politike, spremembo zakonodaje. K spreminjanju le te pa navadno niso povabljeni strokovnjaki, da bi s svojimi izkušnjami pri delu lahko prispevali k sprejemljivim spremembam. Prav tako niso vabljene osebe, ki se srečujejo s težavami in stiskami.

Socialno delo je, kot ga razumem iz teorije in prakse ter dela z osebami s težavami v duševnem zdravju, potrebno tam, kjer je stiska ljudi velika in si ljudje ne zmorejo sami pomagati, se s to stisko spopasti. Kjer ljudje potrebujejo spremembo in se jim ta morebiti že dogaja, jih je potrebno na tej poti podpreti, jim biti ob strani.

Po besedah Flakerja v knjigi *Direktno socialno delo* (2012) je socialno delo inovacija, ustvarjanje novega in soočanje z novim.

Pri raziskovalnem delu sem ugotovila, da kompleksnost in raznolikost dejavnikov vpliva na duševno zdravje. Ti so tako osebni oziroma gre za individualne determinante (biološki in psihološki) kot družbene determinante (ekonomski, politični in kulturni) ter determinante na lokalnem nivoju.

Raziskava je pokazala, da so determinante na osebni oziroma individualni ravni predvsem v izoliranju (lastnem ali drugih ljudi), tu gre za: neosveščenost in nevednost in nepoznavanje področja duševnega zdravja; nezadostne veščine in strategije za ohranjanje, če ne že izboljšanje posameznikovega socialno ekonomskega statusa.

Determinante na družbeni ravni, ki so razvidne iz raziskave, so naslednje: nekoherentnost med medicinsko in socialno metodo dela; pomanjkanje socialnih storitev v lokalnem okolju; neustrezni in/ali napačno izvajani programi, dejavnosti in promocije o duševnem zdravju; premalo zaposlenih socialnih delavcev na področju izvajanja socialno varstvenih storitev (CSD, nevladne organizacije

...); ne vključevanje stroke in uporabnikov pri ustvarjanju novih zakonov, programov ipd.; zaradi socialne politike, ki ni inovativna, so metode dela z uporabniki v socialnem delu zastarele in posledično manj neučinkovite ali povsem neučinkovite.

Na lokalnem nivoju je raziskava pokazala naslednje determinante: neustrezno, nezadostno ali pomanjkljivo medinstitucionalno sodelovanje; lokalno usmerjena politika (nikjer v načrtih niso omenjene osebe s težavami v duševnem zdravju); stanovanjska problematika; pomanjkanje programov, ki bi bili v pomoč in olajšali stiske oseb s težavami v duševnem zdravju.

Slika 1: Ravni vpliva na zdravje



Vir: Dahlgren in Whitehead
(http://www.nebojse.si/portal/Dokumenti/Diploma_promocija_dusevnega_zdravja_2007-09-12.pdf)

Iz raziskave sledi, da na področju duševnega zdravja ni dovolj, da bi se spremenila samo oseba s težavami v duševnem zdravju. Potrebne so globalne spremembe, torej na tako ravni države kot na lokalni ravni. Potrebno je ozaveščanje, informiranje javnosti in družbe in na splošno detabuiziranje področja o duševnem zdravju. Kar je zaskrbljujoče, je to, da se kljub časovnemu razmiku opravljenih intervjujev ni pokazala sprememba pri odpiranju ustreznih programov v lokalnem okolju. Torej se je pokazalo, da ni inovativnosti in odprtosti za nadgradnjo že obstoječih programov. Sklepam, da se s tem zavira napredek pri preoblikovanju lokalne politike, socialne politike in s tem možnost vpeljave novih, inovativnih in kreativnih programov, ki bi osebam s težavami v duševnem zdravju omogočili prijaznejše življenje in integracijo v lokalno skupnost.

»Sodobni koncepti socialnega dela izhajajo iz načela participacije ali vključevanja ljudi, to pomeni, da naj ljudje sodelujejo pri oblikovanju ustreznih in smiselnih odgovorov na svoje potrebe, želje, interese. Za socialno delo je etika udeležnosti ključno merilo delovanja. Pomeni

upoštevanje načela, da je posameznik strokovnjak z osebnimi izkušnjami.« (Grebenc, Šabič, 2013, str. 11)

V raziskavi je zaznati, da strokovni delavci vključijo osebe s težavami v duševnem zdravju pri oblikovanju in iskanju rešitev. Vendar pa niso vključeni pri oblikovanju novih programov ali spreminjanju že obstoječih. Prav tako ni vključena stroka.

Ovire, ki znižujejo kvaliteto življenja oseb s težavami v duševnem zdravju v lokalni skupnosti Velenje, so:

- Oseba s težavami v duševnem zdravju je brez zaposlitve, navadno prejemnik denarne socialne pomoči ali je invalidsko upokojena, ker nima druge možnosti. Brezposelnost v tem primeru ni samostojna volja, temveč je posledica težav v duševnem zdravju. Ker te osebe prejemajo nizke osebne dohodke, so na robu preživetja, zaradi posledic bolezni pa se v še hujši revščini znajdejo zaradi izposojanja denarja pri znancih in prijateljih ali najema kredita na banki. Kot se je izpovedal intervjuvanec, je namen izredne denarne socialne pomoči bil v tem, da je pokrila tovrstne dolgove. Zakon ne ureja invalidskega upokojevanja oseb s težavami v duševnem zdravju, zato so nekateri ljudje prejemniki denarne socialne pomoči v nedogled. Strokovna delavka je tu podala predlog po spremembi zakona.
- Vse skupaj osebe pritisne »v slabši materialni položaj, celo v revščino. Potem pomanjkanje onemogoča stike, saj revni nimajo ne denarja ne drugih pripomočkov, da bi navezovali stike in jih vzdrževali.« (Flaker, 2012, str. 178)
- Zaradi šibke socialne mreže se osebam s težavami v duševnem zdravju povečuje socialna izključenost. Osamljenost pri osebi narašča, stopnjuje se izoliranost iz okolja, kar jih pripelje v manjvredne družbene vloge. Iz raziskave je razvidno, da imajo osebe s težavami v duševnem zdravju socialno mrežo, ki ne zadovolji vseh potreb po podpori, prav tako ni ustrezne krepitve, ki bi osebam omogočila stabilnost ali dvig kvalitete življenja. Kljub temu sta intervjuvanca izpostavila, da je njuna družina tista, ki jima nudi zadostno podporo.
- Medinstitucionalno nesodelovanje – kot oviro je iz raziskave možno razbrati samo neodzivnost pri multidisciplinarnih timih s strani zdravstva.
- Delo s svojci lahko označim kot nezadostno, saj ni programa v lokalni skupnosti Velenje, ki bi svojcem nudil celovito delo z njimi. Znano je, da svojci potrebujejo informacije o bolezni bližnjega, opremiti jih je potrebno z veščinami in strategijami, ki so v pomoč pri

ohranjanju duševnega zdravja. Prav tako potrebujejo podporo, ko se spopadajo s težavami v duševnem zdravju njim bližnjih oseb.

- Negativno poročanje o duševnem zdravju, kot to počno mediji, s čimer vplivajo na ali krepijo prepričanje, mnenje in stališče ljudi v družbi. Vse to se odraža skozi stigmatizacijo, etiketiranje oseb s težavami v duševnem zdravju, s čimer so tem osebam odvzete možnosti za kvalitetno življenje. Možni ukrep proti temu negativnemu medijskemu poročanju vidim v preventivnem in promocijskem programu, ki bi ozaveščal in podal ustrezne informacije s področja duševnega zdravja.

Ocenjujem, da je vse zgoraj naštetе ovire potrebno reševati na ravni družbe in države, na ravni lokalne skupnosti ter na osebni ravni. Na osebni individualni ravni posameznika je potrebno le tega opremiti, opolnomočiti, ga krepiti, mu konec koncev tudi verjeti, da bo zmožel sam ali s pomočjo drugih dvigniti lastno raven kvalitete življenja.

V Velenju se kaže potreba po delovanju nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja, ki bi izvajale programe tako za osebe s težavami v duševnem zdravju kot za njihove svojce. Prav tako se kaže potreba po stanovanjskih skupinah, ki bi omogočile bivanje, saj je ena izmed potreb in temeljnih zahtev imeti svoj prostor. »V prostoru oblikujemo svoje življenje, svoj stil in svojo identiteto.« (Flaker, 2012, str. 159)

Prav tako je potrebna strategija preventivnih programov, s katerimi bi se lahko detabuiziralo področje duševnega zdravja, kar bi osebам s težavami v duševnem zdravju in njihovim svojcem omogočilo samostojno, dostojno in kvalitetno življenje.

7 PREDLOGI

V Velenju ni nobene nevladne organizacije, ki deluje na področju duševnega zdravja. Posledično se v lokalno skupnost ne uvajajo novosti, vezane na to področje. Iz tega sledi predlog, da bi morali predstavniki Mestne občine Velenje pritegniti in povabiti NVO z dotičnega področja. Na ta način bi se lahko osebam s težavami v duševnem zdravju ponudile priložnosti za izvajanje določenih programov, ki bi jim omogočili razna druženja. S tem pa se ponudi priložnost tkanj prijateljstev, medsebojno spoznavanje, suport in druženje. NVO imajo možnost organizirati razne prireditve, delavnice, predavanja na temo duševnega zdravja za osebe s to težavo, njihove svojce ter širšo javnost.

Zdravstvene ustanove v Velenju v sodelovanju z NVO, CSD in podobnimi ustanovami bi morale organizirati izobraževanje za javnost. Okrogle mize, predavanja, dnevi odprtih vrat in podobne prireditve pripomorejo k odpravljanju stigme in etikeranju oseb s težavami v duševnem zdravju. Domnevam lahko, da bi na ta način širša javnost osebe s težavami v duševnem zdravju gledala drugače. Mogoče bi jih zaradi tega pričela spoštovati, jih sprejemati v svojo sredino, vsekakor pa bi bile osebe s težavami v duševnem zdravju bolje razumljene.

NVO bi organizirale prostovoljno mrežo, ki je v Velenju na področju duševnega zdravja ni. Naloge prostovoljcev in spremljevalcev so spodbujanje stikov oseb s težavami v duševnem zdravju in druženju z drugimi iz okolja, hkrati bi bili prostovoljci družabniki sami. Prostovoljci bi osebe s težavami v duševnem zdravju spodbujali k večji aktivnosti, k udeleževanju raznih dejavnosti, prireditvah. Jim nudili pomoč in spremstvo pri urejanju določenih zadev na banki, Centru za socialno delo, občini, hodili z njimi po nakupih in podobno.

NVO in prostovoljci ter drugi pomembni ljudje v socialni mreži oseb s težavami v duševnem zdravju bi bili, in v določenih primerih tudi so, ključni pri sestavljanju, pisanju in oblikovanja načrta pomoči. Predvsem je tovrstno sodelovanje pomembno pri sestavljanju načrta obravnave v skupnosti, če je oseba vključena v koordinacijo obravnave v skupnosti na CSD. Tako se v Velenju lahko koordinator opira le na šibko socialno mrežo osebe s težavami v duševnem zdravju.

Predlog, ki ga imam in sledi iz raziskave, je tudi, da bi bilo potrebno omogočiti bolj enostaven in lažji dostop do dela in sicer z manj zahtevnim (prilagojenim) delom za osebe s težavami v duševnem zdravju. Mogoče s krajšim delovnim časom. Vendar bi bilo to potrebno urejati na državni ravni, potrebno bi bilo spremeniti zakonodajo, ki ureja invalidsko pokojnino, zakon o duševnem zdravju.

8 LITERATURA IN VIRI

- Brandon, Althea in David. (1994). Jin in jang načrtovanja psihosocialne skrbi. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Brandon, David. (1993). Pet principov normalizacije. Študijsko gradivo za interno uporabo. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Dernovšek, M., Oreški, S., Hrast, I. (2009): Kam in kako po pomoč v duševni stiski. Izobraževalno raziskovalni inštitut Ljubljana
- Flaker V. in sodel. (2010): Individualno načrtovanje in izvajanje storitev. Ljubljana, Fakulteta za socialno delo (interno gradivo)
- Flaker, V. α Boj za. (2012), Direktno socialno delo. Ljubljana: Založba/*cf.
- Flaker, V., Mali, J., Rafaelič, A., Ratajc, S. (2013) Osebno načrtovanje in izvajanje storitev. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker V. in sodel. (2007): Krepitev moči v teoriji in praksi. Ljubljana, Fakulteta za socialno delo
- Flaker, V. (2001): Kaj je duševno zdravje v skupnosti. Zdrav. vars. 40,1,2: 69-73
- Goffman, E. (2008): Stigma: zapiski o upravljanju poškodovane identitete (Mirjana Ule urednik). Maribor, Aristej.
- Grebenc, V. (2005): Ocena potreb in raziskovanje lokalnih vednosti kot izhodišče za delovanje v socialnem delu. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo
- Grebenc, V., Šabić, A. (2013) Ljubljanske zgodbe: biografije navadnih ljudi. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Grebenc, Vera. (2009). Hitra ocena stanja in potreb. Študijsko gradivo za interno uporabo. Fakulteta za socialno delo Ljubljana.
- Haralambos, M., Holborn, M. (2005): Sociologija, teme in pogledi. Ljubljana, DZS
- Inštitut RS za socialno varstvo in Fakulteta za socialno delo (2009): Formalni in strokovni okvirji za uvajanje in izvajanje Zakona o duševnem zdravju
- Južnič, S. (1993): Identiteta. Ljubljana, Fakulteta za družbene vede
- Jeriček Klanšek H., Zorko M., Bajt M., Roškar S. (ur.) (2009): Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
- Jeriček, H. (2004): Skupnost, izziv osamljenosti. Ljubljana, DZS

- Kapelj, M., Smonker, T. (2005): Skupnostna skrb na področju duševnega zdravja na Krasu. Sežana, Društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa
- Lešnik, B. (ur.) (2008): Dolgotrajna oskrba. Ljubljana, Fakulteta za socialno delo
- Lamovec, T. (1995): Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup: Nove oblike skrbi za osebe v duševni stiski. Ljubljana, Fakulteta za socialno delo
- Mesec, Blaž. (1997). metodologija raziskovanja v socialnem delu II. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Ogrizek, M. (ur.) (2006): Leksikon Sova. Ljubljana: Cankarjeva založba
- Poštrak, M., Urek, M. (ur.) (2008): Zapisovati socialno delo. Ljubljana, Fakulteta za socialno delo
- Sandstrom, K., Martin, D., Fine, G. (2001): Symbolic Interactionism at the End of the Century. V: Ritzer, G., Smart, B. (ur.) (2001): Handbook of Social Theory. London, SAGE Publications Ltd Sandstrom, Martin, Fine Theory of sociology
- Škerjanc, J. (2006): Individualno načrtovanje z udejanjanjem ciljev. Ljubljana, Center RS za poklicno rehabilitacijo
- Šugman Bohinc, L., Rapoša Tajnšek, P., Škerjanc, J. (2007): Življenjski svet uporabnika: raziskovanje, ocenjevanje in načrtovanje uporabe virov za doseganje zelenih razpletov. Ljubljana, Fakulteta za socialno delo
- Ule, M. (2005): Socialna psihologija. Ljubljana, Fakulteta za družbene vede
- Trbanc, M. (1996), Socialna izključenost. V: Svetlik, I. (ur.), Kakovost življenja v Sloveniji. Ljubljana, Fakulteta za družbene vede
- Program boja revščini in socialni izključenosti, 2000, MDDSZ
- Nacionalno poročilo o socialnem vključevanju
- Nacionalni akcijski načrt o socialnem vključevanju 2004 – 2006
- Operativni program razvoja človeških virov za obdobje 2007 – 2013
- Zaviršek, D., Škerjanc, J. (?), Analiza položaja izključenih družbenih skupin v Sloveniji in predlogi za zmanjšanje njihove izključenosti v sistemu socialnega varstva. Poročilo o raziskavi
- Nacionalno poročilo o socialnem vključevanju 2008 – 2010, 2006 – 2008
- Žnidarec Demšar, S. (2005): Skupnostno socialno delo. Ljubljana, Fakulteta za socialno delo, interno gradivo

- Zakon o duševnem zdravju. Uradni list RS, št. 77/2008, z dne 28.07.2008
- Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti. Uradni list RS, št. 49/2009, z dne 29.06.2009
- Nacionalna resolucija o programu duševnega zdravja 2011 -2016
- Zelena knjiga. (2005). izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva. Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo. Komisija Evropskih skupnosti: Bruselj.
- <https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=wm#inbox/151af5466882c10b?projector=1>
- www.ozara.org/clanek4htm
- [glasilo št. 27 glasilo št. 09 - Mestna občina Velenje](#)
- <http://www.gk1.csd-velenje.v-izdelavi.si.spletnestrani.com/domov/>
- <http://www.eu-integra.eu/>
- <http://www.domvelenje.si/>
- <http://www.mc-velenje.si/smo-velenje/kdo-smo/>
- http://www.nebojse.si/portal/Dokumenti/Diploma_promocija_dusevnega_zdravja_2007-09-12.pdf od 16 do

PRILOGE

Hitra ocena stanja potreb. Vera Grebenc (2009)

Študijsko gradivo za interno uporabo. Fakulteta za socialno delo.

OCENA POJAVA – ocena življenja oseb s težavami v duševnem zdravju

OCENA ŽIVLJENJA OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

REGISTER	OSEBA 1	OSEBA 2
Življenjski slog	Živi iz dneva v dan, brez konkretnih ciljev (bori se, da dan preživi); dneve preživlja različno, če si najde kakšno zaposlitev je bolj aktiven; pelje tasta (bivše žene) na sprehode, ker je na invalidskem vozičku.	Rada bi bila bolj aktivna, vendar ji težave vezane na finance to ne dovolijo. Je družabna, rada pleše in se druží.
Vrednote	Smisel življenja vidi, če je koristen karkoli že počne, tudi v odraščajoči hčerki. Smisel je tudi v tem, da je dobro zaznal bolezen (manično depresijo), oz. njene posledice. Vrednote so se mu spremenile.	Smisel življenja vidi v osebni rasti, v družini (starših in sestri).
Število, trendi	Opaža, da ima veliko ljudi težave v DZ, predvsem vidi to pri starejših ljudeh.	V bolnici je o tem veliko razmišljala. Misli, da se po Velenju precej skrivajo osebe v DZ. Meni, da je zaradi stresa in sprememb v družbi in finančnih težav v DZ vse več.

Zemljepisna umestitev	Težko bi natančno definiral lokacijo, meni, da povsod po mestu. Srečuje jih predvsem po parku, trgovinah, lokalih in kavarnah. Zbirališča, kjer bi se srečevali ljudje s težavami v DZ ne pozna.	Ne pozna veliko oseb s težavami v DZ, ne želi obiskovati Šent v Celju, želi si družbe, ki nimajo težav v DZ.
Zaznavanje, stališča	Bolezen je sprejel šele po desetih letih, zaradi tega je nastala nepopravljiva finančna škoda. Družba na ljudi s težavami v DZ gleda posmehljivo, ignoranco, zviška,.. Nanj gledajo korektno, nekaj ljudi se ga izogiba in nima z njimi običajnih kontaktov.	Bolezen je sprejela, odločila se je, da bo redno jemala zdravila in obiskovala psihiatra. Strah jo je ponovne hospitalizacije. O bolezni imam informacije, psihiater me je o njej podučil. Družba je negativna in obsojajoča (meni, da zaradi nepoznavanja bolezni in težav).
Značilnosti skupin	Zase in za še eno gospo iz Gorice ve, ker jo videva v nakupovalnem centru, za druge se ne zanima. Bere Dnevnik, Delo, Finance, prebira jih v knjižnici. Posebne prireditve za osebe s težavami v DZ ne ve da bi bile organizirane, veliko posluša radio, ker je glasba različna, rad ima staro glasbo (Pink	Rada posluša glasbo, poje, pleše, se sprehaja, rada se druži, prebira knjige in članke na temo osebne rasti in alternativnega zdravja. Ima telefon, ki ga dnevno uporablja, hodi v knjižnico. Za nekaj ljudi ve, da skrivajo svojo bolezen, svojo bolezen je sprejela, vendar se ne želi

	Floyd, Dire Straits, Bob Dylan, ...). Zahaja na prireditve, ki so brezplačne, želi si v gledališče, a si ga ne more privoščiti. S pomočjo CSD ali kakšni volanterjev, bi lahko pričakoval kakšno dodatno finančno pomoč.	družiti z ljudmi s težavami v DZ. Pozna NVO, vendar njihovo pomoč ne bo sprejela. Rada bi se zaposlila in si omogočila boljše življenje.
--	--	---

OCENA SOCIALNEGA KONTEKSTA

REGISTER	OSEBA 1	OSEBA 2
Socialna mreža, druženje	Stike z družino (bivša žena, hči) ima redne. Tudi z bratom Milanom ter sestro Mileno. Pogreša oz. želi si še nekoga, ki bi v novem okolju zaživel novo življenje, a se hkrati tega boji. Največ mu pomaga brat, tudi žena in hči. On pa njim lahko pomaga najbolj s tem, da skrbi za svoje zdravje, z rednim jemanjem predpisane terapije. Več kot 10 let živi sam. Ima še dve prijateljici, ki ga obiskujeta. Za eno ve, da bi	Njej pomembni ljudje so: družinski člani (oče, mama, brat z družino), širša družina, prijatelji in kolegi. Ima vsakodnevne stike z družino, ki so se v zadnjih letih izboljšali. Partnerja nima, ni poročena, nima otrok. Ima nekaj prijateljev in prijateljic. Včasih je imela pestro spolno življenje, v zadnjih letih je to področje bolj slabo. Načeloma je zelo družabna in komunikativna, ima rada ljudi

	želela biti z njim, a mu do tega ni. Prijateljev, ki bi ga obiskali nima, si jih tudi ne želi. Ima nekaj znancev, s katerimi se občasno in naključno srečajo. S sosedi se na hodniku pozdravlja. K sebi povabi le eno sosedo. Stike z drugimi ljudmi ohranja preko telefona, če je nujno.	in jih potrebuje (družbo). Zelo dobro shaja s svojimi ljudmi. Načeloma se počuti sprejeto in ljubljeno. Zaveda se, da ko je bolna, da je naporna za okolico. Seveda jo ljudje, sedaj ko ima diagnozo drugače »gledajo«, ker imajo predsodke in strahove,...
Neformalni viri pomoči, samopomoč	Večina nujnih stvari v stanovanju postori sam, razen, če gre za vzdrževalna dela. Takrat poišče pomoč. Po opravkih gre sam, potuje samostojno, posluhuje se javni prevoz ali zaprosi bivšo ženo. Ni vključen v nobeno društvo in ni aktiven član. Morda se bo kdaj vključil v društvo planincev, trenutno pa zaradi finančnih težav ne more narediti nič. Oblike samopomoči se še uči in jih spoznava, trenutno mu najbolj pomaga delo, tako da se je tudi prisiljen družiti z	Živi sama v stanovanju z najemniško pogodbo. Stanovanje si pospravi sama. Sama skrb za higieno. Sama si organizira svoj prosti čas, kaj bo počela. Na kosilo hodi k očetu in mami, zaradi finančnih razlogov. Lastnega avta nima, zato se posluhuje javni prevoz ali prevoz svojcev. Gre tudi peš. V trenutku stiske si poskusi najprej pomagati sama, z dihalnimi vajami, sprehodi,...če nič ne pomaga gre k psihiatru oz. v bolnišnico.

	ljudmi in se spoprijemati s težavami. V trenutku stiske se najraje pokrije z odejo čez glavo, misli poskuša preobrniti. Sam skrbi za dobro počutje, nanj pozitivno in negativno vpliva okolica (dogodki, mnenja,...).	Po pomoč glede vsakodnevnih težav, se obrne na družino in k prijateljem.
Delo, zaposlitev, prosti čas	Rednih aktivnosti nima (razen sprehodi, občasno delo), zaradi bolečin v hrbtenici je začel telovaditi. Nima nobenih posebnih obveznosti, rad pomaga nepokretnemu (bivšemu) tastu s sprehodi. Delal bi tudi volantersko, če bi bil koristen. Občasno delo, ki ga dobi proti plačilu, mu pomaga preživeti.	Zaradi brezposelnosti in ker prejema DSP (zaradi financ) se počuti precej omejeno. Če bi imela denar bi počela marsikaj, predvsem bi se želela izobraziti v svoji smeri in kasneje delati v tem poklicu (gimn. maturantka).
Materialni položaj	Prejema pokojnino v višini 690,00 eur. Zaradi hipoteke je izplačilo le 480,00 eur. Hipoteko je vzel v manični fazi. Prejel je enkratno soc. pomoč CSDja.	Je prejemnica DSP v višini 260,00 eur mesečno. Pri preživljanju ji pomagata starša. Z denarjem dobro razpolaga, kadar je zdrava oz. v remisiji.

Ali greste kam, vsaj 1 – krat tedensko? Kam radi greste? Kaj želite obiskati?	Nikamor ne hodi. Želi se včlaniti v Planinsko društvo, enkrat tedensko plavati, obiskati gledališče.	Zaradi finančnih razlogov si ne more privoščiti gledališča, kakšne izlete (rada bi šla v Paris).
Stanovanje	Živi v dvosobnem stanovanju (njegova last, stanovanje je pod hipoteko). Stanovanje je komforno zanj.	Živi kot najemnica stanovanja. Stanovanje je primerno zanj, razmere so dobre in je zadovoljna.
Varnost	Zaradi porasta nasilja (slab soc. položaj v državi) se v zadnjem obdobju ne počuti varnega. Pred nasiljem se zavaruje tako, da se ne izpostavlja na krajih kjer bi lahko do njega prišlo. Če bi bil deležen nasilja, bi poklical policijo.	V okolju se počuti varno. V preteklosti je doživljala nasilje s strani očeta (psihično) in bivšega fanta (psihično in fizično). Če bi bila v nevarnosti bi poklicala policijo ali reševalno enoto.
Socialne posledice, povezane s težavami v duševnem zdravju	Ima občutek, da ga okolica zaradi bolezni drugače gleda. Pri nekaterih sosedih opaža, da so ga veseli, ko se je vrnil iz bolnice.	Bolezen vpliva na njen položaj, saj je morala prekiniti študij. Zaradi bolezni ne dobi redne službe (bila je zaposlena preko javnih del). V manični psihozi se je vedno agresivno (verbano) vedla do družinskih članov.

OCENA ZDRAVJA

REGISTER	OSEBA 1	OSEBA 2
Ocena oseb s težavami v duševnem zdravju	K manični depresiji so se pojavile težave s koleno in hrbtenico. Skoraj dve leti je od kar ni zaužil nobene alkoholne pijače. Rad bi prenehal s kajenjem. Manično depresijo obvladuje z redno terapijo, obiski psihiatra, koordinatorke obrav. v skupnosti. Osebni zdravnik je dober, seznan ga z vsem kar mora vedeti. Zdravstveno zavarovanje redno plačuje in ima s premijo pokrite vse stroške zdravljenja. Trenutno ne potrebuje pomoči, če bo v prihodnje ne ve na koga se bo lahko obrnil. Je sam.	Trenutno se počuti fizično in psihično zdrava. Bolezen premaguje. Se je pa lansko poletje zgodila, da jo je povsem prevzela bolezen in je morala v bolnico. Ima tudi težave s ščitnico (kronično vnetje), z osebnim zdravnikom se lahko posvetuje in imata dober odnos. Tudi z zobozdravnikom je zadovoljna. Morala bi shujšati. Z zdravniki ima dober odnos, dobiva informacije vezane na njeno zdravstveno stanje, načeloma zdravila še dobro prenaša. So pa prisotni stranski učinki kot je povečana telesna teža in utrujenost. Redno hodi na sprehode, se trudi jesti zdravo. Redno uživa terapijo. Drog in alkohola ne uživa.

Bolezni, poškodbe	Kronična bolezen je manična depresija, katero obliko in posledice je zaznal šele pred leti. Bolezen ga ovira pri vsakdanjem življenju. V zadnjem času ni utrpel poškodb.	Ne. Razen vnetja ščitnice.
Samopomoč	Zdravje vezano na DZ ohranja z redno terapijo, poskuša paziti na prehrano (koliko mu to omogočajo finance), redno gibanje na svežem zraku, povečana fizična aktivnost.	Sprehodi, alternativno zdravje (dihalne vaje ipd.). Probleme najraje rešuje sama, če ne gre poišče pomoč pri starših in prijateljih. V skrajni sili gre v bolnico. O samomoru je razmišljala že večkrat, kadar je bila v depresiji.
Prehrana	Kuha si sam. večkrat se zgodi, da so obroki sestavljeni le iz suhega obroka. Izogiba se salam in prekajenega mesa, svinjskega. Trudi se, da bi jedel zdravo, vendar mu to ne uspeva vedno.	Načeloma si ne kuha sama, kosilo je pri starših in vedno ji dasta nekaj hrane še za domov. Je dovolj hrane (mogoče malo preveč), uživa pestro hrano.

OCENA TVEGANJA

REGISTER	OSEBA 1	OSEBA 2
Vrste tveganj	Osamljenost, večja nagnjenost k boleznim, finančna odvisnost ,... Ko mu je težko se zapira v stanovanje, preleži pokrit z odejo čez glavo. Se trudi, vendar mu težje uspeva kot v mlajših letih, tudi težje obvladuje finančni položaj vezan s posledicami nerazumevanja bolezni (iz preteklosti najemi kreditov, ipd.)	V povezavi z istočasnim jemanjem zdravil in uživanjem alkohola ali drog. V depresivnem stanju je pomislila tudi večkrat na samomor. Agresivno vedenje (verbalno) predvsem nad staršema. Samopoškodbeno vedenje (ki ga ni razvila, je pa pomislila nanj).
Zaznavanje tveganj	Spremenil je življenjske navade. Manj je v javnosti, manj se obremenjuje, kaj si mislijo o njemu. Boji se osamljenosti. Da bo odvisen od pomoči drugih. Boji se finančne odvisnosti. Strah zaradi morebitnega poslabšanja zdravstvenega stanja.	Navade je spremenila. Bolj ceni zdravje. V primeru ponovne hospitalizacije se boji, da bi jo preveč »nafilali« s tabletami, kar so po njenem mnenju že naredili.
Norme	Se ne izpostavlja. Ne pije alkohola.	Ne pije alkohola, ne uživa drog.

	Trudi se veliko gibati. Za pomoč bi poklical ožje sorodstvo. Oseben stiske prenaša sam, o njih ne razpravlja. Poskuša osredotočiti misli na lepe trenutke, ki jih je v življenju preživel. A mu težko uspeva.	Jemlje predpisano terapijo. Kadar ji je hudo se tudi zjoče. Navadno ji potem odleže. Poskusi ohraniti dobre in prijetne misli.
--	--	---

OCENA SLUŽB

REGISTER	OSEBA 1	OSEBA 2
Vrste služb, zadovoljevanje potreb	V Velenju pozna samo CSD in ZD, ki pomaga osebam s težavami v DZ. Meni, da Velenje ponuja dobre možnosti za zadovoljevanje vsakodnevnih potreb in želja oseb s težavami v DZ. Razen tima, ki ga uspešno vodi ga. Čavuzić (KOS), ne pozna drugega društva ali organizacije v lokalni skupnosti.	Največ je bila v stiku s svojo psihiatrinjo in z določenimi osebami, ki se ukvarjajo z alternativnim zdravljenjem. Obiskovala je tudi psihoterapevta. S storitvami je včasih bolj, drugič manj zadovoljna. CSD: prejema denarno pomoč in ima urejeno zdravstveno zavarovanje. Misli, da ima dovolj informacij, a ne vseh. Glede teh informacij se mora(jo) načeloma sami (po)zanimati,

		med seboj ali zve(do) iz medijev. Da bi bilo manj ukvarjanja z birokracijo in več ter energije za uporabnike. Da bi ji pomagali poiskati primerno zaposlitev.
Ocena učinkovitosti	Kaj dela CSD mu je znano, saj usluge redno koristi in misli, da delajo dobro. Z ZD ima dobre izkušnje in nima nobenih pripomb. Vtis na strokovne službe je dober, o možnostih odločanja pa ne more podati trenutno nobene končne ocene. Drugih organizacij v Velenju ni.	CSD ji nudi vse kar potrebuje. Meni, da so strokovne delavke v večji meri prijazne. V ZD ima dobre izkušnje z osebnim zdravnikom, kot z zobozdravnikom. S psihiatrom se lahko pogovori o težavah. Vendar se boji, da nima možnosti vpliva na zdravlila, če je v bolnici. Drugih organizacij ali društev ni.

POLITIKA IN ODNOS DO OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

REGISTER	OSEBA 1	OSEBA 2
Prikrajšanost zaradi težav v duševnem zdravju	V širši družbi ne čuti prikrajšanosti. Si pa težje pridobi kakšno delo.	Zaradi brezposelnosti čuti prikrajšanost. Zaradi tega, ker nima dovolj denarja, ne more

		v gledališče, ... tudi tu čuti prikrajšanost.
Odnos družbe	Meni, da je velik krivec za stisk ljudi in težav vezanih na DZ krivo stanje v državi.	Politika je ne zanima. Želi, da bi bili ljudje na splošno prijaznejši, strpnejši drug do drugega. Načeloma dobi vse kar potrebuje od ljudi, ki jih pozna.

ŽELJE IN POTREBE

REGISTER	OSEBA 1	OSEBA 2
Potrebe po službah in storitvah	Potreboval bi redno delo oz. dejavnost, ki bi mu prinesla nekaj denarja, pa bi zmagal. Občutek, da si koristen, da si nekaj dobrega naredil je največ, kar lahko človek pričakuje. Občutek, da imaš samo 480,00 eur in neplačane položnice je grozen. Sedaj je nekaj s pomočjo CSD uspel poravnati.	Želela bi, da bi imeli ljudje več informacij o DZ. V medijih bi morali poročati in osveščati ljudi, da bi razumeli, kaj je DZ, kakšne so potrebe oseb s težavami v DZ, kaj vse vpliva na DZ.

	V kraju bi morali osebe s težavami v DZ organizirano zaposliti. Obstajati bi morala institucija, ki bi usmerjala in iskala delo za osebe s težavami v DZ. Meni, da samo delo krepi človeka, zdravega in bolnega. Meni, da bi se lahko razvilo v okviru CSD, kjer je že KOS in so neki zametki nečesa dobrega. Vendar bi KOS za takšno dejavnost potreboval širšo ekipo	
Želje in potrebe	Poiskati si redno volontersko ali plačano delo.	Želi si službo, da ima občutek da dela in da je koristna. Želi si ostati v stabilnem stanju, brez hospitalizacije.

OCENA POJAVA

REGISTER	Strokovna delavka 1	Strokovna delavka 2
Ocena pojava	Večina ljudi gleda na osebe s težavami v DZ, da so nevarni. Dojemajo jih drugačne, nerazumljive, nepredvidljive.	Z veliko stigmo, v smislu strahu, nelagodja, izogibanja, zdi se jim nevarni. Strokovni delavci so dobro seznanjeni in osveščeni o DZ, svojci so tisti, ki potrebujejo več edukacije, časa in

	Na težave povezane z DZ gledajo s strahom, nelagodjem.	strokovne pomoči, da sprejmejo osebo s težavami v DZ.
--	--	---

DEMOGRAFSKE ZNAČILNOSTI OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

REGISTER	Strokovna delavka 1	Strokovna delavka 2
Izobrazba	Višja, visoka: 20% Srednja: 50% Nižja: 30%	Višja, visoka: 10% Srednja: 30% Nižja: 60%
Otroke Spol:	Brez otrok: 30% Z otroci: 70% M: 30% Ž: 70%	Brez otrok: 30% Z otroci: 70% M: 40% Ž: 60%
Zaposlitev	Da: 30% Brez zaposlitve: 55% Študentke: 5%	Da: 20% Brez zaposlitve: 80% Študentke: /
Stanovanje	lastno: 40% najem, oz. last sorodnikov, partnerja: 60%	lastno: 30% najem, oz. last sorodnikov, partnerja: 70%
Mobilnost:	Da: 30% Ne: 70%	Da: 30% Ne: 70%
Narodnost	Slo.: 80%	Slo.: 70%

	Druge narodnosti: 20%	Druge narodnosti: 30%
Starost	20- 30: 20% 31 – 40: 20% 40-50: 50% Starejši: 10%	20- 30: 20% 31 – 40: 30% 40-50: 40% Starejši: 10%

OCENA SOCIALNEGA KONTEKSTA

REGISTER	Strokovna delavka 1	Strokovna delavka 2
Zaposlitev	Osebe s težavami v DZ imajo težave z zaposlitvijo. Delodajalci se jih branijo. Osebe same se bojijo zaposliti, ker se bojijo poslabšanja zdrav. stanja, kar posledično pomeni, da ne bi dobili niti minimalne pokojnine. Te osebe se invalidsko upokojijo sredi najbolj aktivnega življenjskega obdobja.	Osebe s težavami v DZ imajo težave z zaposlitvijo, običajno gre za dolgotrajno brezposelne, ki težko konkurirajo na trgu dela.
Stanovanje	Imajo težave s stanovanjem. Navadno živijo pri družinah, četudi bi želeli iti na svoje, si nakupa ali najema stanovanja ne morejo privoščiti, saj	Problemi s stanovanjem in osamosvojitve so povezani predvsem s financami. Brezposelni prejemniki DSP ne morejo pokriti stanovanjskih stroškov in

	prejemajo nizke ali celo minimalne osebne dohodke. Nekatere osebe s težavami v DZ se vključijo v programe stanovanjskih in bivalnih skupin, ki jih izvajajo NVO.	ostalih stroškov preživljanja skozi mesec.
Socialni stiki	Osebe s težavami v DZ pomenijo hud stres za družino. So moteči za širšo družbeno skupnost, nezaželeni na delovnem mestu, ne navezujejo ustreznih partnerskih stikov, ostajajo brez družin. Njihova socialna mreža je slaba. Opaža, da osebe, ki se udeležijo določenih programov bolje razvito socialno mrežo. Mnogi si najdejo prijatelja v krogu ljudi, ki imajo sami izkušnjo duševne bolezni.	Socialna mreža uporabnikov je običajno šibka. Največkrat imajo neurejene odnose s sicer pomembnimi ljudmi, torej ožjimi družinskimi člani, partnerji, otroci, starši. Odnosi s prijatelji so navadno površinski, gre bolj za poznanstva, kot za prijateljstvo. Običajno imenujejo eno ali dve osebi za prijatelja. Največ poznanstev ustvarijo npr. na zdravljenju v psihiatrični bolnici ali v krogu ljudi, ki imajo sami izkušnjo duševne bolezni.
Izražene potrebe	Potreba po spoštovanju, po sprejetosti, po osnovni in ekonomski varnosti, potreba po konkretnih informacijah, na katere službe se lahko obrnejo, ki bi jim lahko	Po varnosti in preživetju skozi mesec, po finančni neodvisnosti in pokritju dolgov, po stikih, po kreativnem preživljanju

	pomagale pri lajšanju njihovih težav. Potrebujejo konkretno pomoč (pri izpolnjevanju obrazcev za DSP), pri iskanju informacij glede zaposlitve., pri pisanju prošenj za službo, pri urejanju zadev na različnih uradih, pri urejanju preprostih denarnih transakcij, uporaba bankomata,	prostega časa., po zaposlitvi, po samostojnem življenju,...
Iskanje pomoči	Nekatere osebe s težavami v DZ iščejo najprej pomoč v svoji socialni mreži, vendar dostikrat neuspešno, zato se obrnejo na različne organizacije (PB, NVO, ZD, CSD).	Mlajše osebe iščejo informacije o tem kar se jim dogaja preko spleta, nato se lažje obrnejo na organizacije, ki nudijo pomoč. Velja pa še vedno, da najprej poiščejo pomoč v svoji socialni mreži in nato v organizacijah.

OCENA ZDRAVJA

REGISTER	Strokovna delavka 1	Strokovna delavka 2
Ocena zdravja	Večina uporabnikov pove, kakšne zdravstvene težave imajo, kaj jih pesti, kako se	Uporabniki običajno na široko pripovedujejo o slabem telesnem zdravju in težavah,

	počutijo, kje čutijo bolečine ... Pogosto izrazijo željo po naši pomoči, to pomeni, da sprašujejo za informacije, na katerega zdravnika se lahko obrnejo pri določeni težavi, kje dobijo napotnico,...	ki jih pestijo. Običajno so to kronične bolezni. Lajšanje bolečin z različnimi zdravili, prej kot sprememba življenjskega stila. Različne specialistične obravnave, fizioterapija, ...
--	--	--

OCENA TVEGANJA

REGISTER	Strokovna delavka 1	Strokovna delavka 2
Tveganja Varovalne tehnike za zaščito	Osebe s težavami v DZ so izpostavljene izolaciji, zmanjšani soc. mreži, slabši kvaliteti zdravja, zadovoljevanju zgolj osnovnih potreb, pomanjkanju osnovnih sredstev za življenje, slabšemu zdr. stanju. V prvi vrsti vidim priložnost v tem, da prihajajo v različne programe, kjer dobijo potrebne informacije, usmeritve in konkretno pomoč pri zmanjševanju tveganj. Svojci se med seboj pomagajo tako, da se udeležujejo skupin za samopomoč, različna	Izpostavljene so nasilju in različnim zlorabam, manj priložnosti zaradi pomanjkanja informacij, slabša kvaliteta življenja, izolaciji, nedostopnosti. Zmanjševanje možnosti za tveganje je v osveščanju in dostopu informacij ter mreži pomoči. Svojci si pomagajo s skupinami za samopomoč, z osveščanjem. Umika in izolacija, iskanja smisla v humorju. Razvedrilo, koliko jim omogoči finančno stanje.

	izobraževanja, okroglih miz na temo DZ, forumov za svojce,...	
	Izolacija, umik.	

OCENA SLUŽB

REGISTER	Strokovna delavka 1	Strokovna delavka 2
Delo policije	Sodelovanje policije je pomembno predvsem kot pomoč zdravstvenemu osebju in reševalni službi v nujnih primerih. Glede na lastne izkušnje meni, da policija obravnava osebe s težavami v DZ korektno in spoštuje njihovo osebno dostojanstvo.	Delajo v okviru pristojnosti, nimajo pa kompetenc za delo na področju DZ. Je pa njihov prispevek bistvenega pomena v kriznih situacijah. Osebe obravnava korektno.
Socialne službe	Predvsem je odvisno od strokovne delavke, ki se srečuje z osebami s težavami v DZ. Meni, da je potrebno veliko izkušenj in znanj na področju DZ, ter sposobnosti strok. delavke.	Da se delo opravlja v okviru pristojnosti CSD dobro.

Zdravstvene službe	Zdravstvene službe sicer več sodelujejo z drugimi organizacijami, kot so sodelovale v preteklosti, vendar še vedno premalo. Po pripovedovanju uporabnikov, si vzamejo premalo časa za pogovor z njimi. Bolj je v ospredju medikamentozna terapija.	Večja odzivnost na multidisciplinarnih timih.
Sodišča	Glede na nov Zakon o DZ, meni, da bo v praksi bolj slabo zaživel, saj so roki prekratki. Lahko bi organizirali posvetovanja, konference, kjer bi seznanjali zakonodajalca s stvarmi, ki niso izvedljive v praksi v smislu spremembe. Delo drugih organizacij se ji zdi dobro.	Prispevek sodišč je izjemnega pomena za povezovanje med službami. Sodišča vse bolj sodelujejo na posvetih na to temo, zaprosijo za podatke o obravnavi in mnenje CSDja. Ne ve, kaj bi lahko sodišča naredila še več. Zaupam, da vsaka organizacija opravlja dobro svoje delo.
	Osebe s težavami v DZ imajo pomoč v lokalni skupnosti Velenje: socialno varstvene storitve v sklopu CSD, Inštitut Integra, ki nudi brezplačno svetovanje in pomoč pri iskanju rešitev posameznikom	V Velenju je specialistična psihiatrična in psihološka ambulanta v okviru ZD. Na CSD se uporabniki lahko vključijo v KOS, obravnava je individualna. Uporabniki lahko obiskujejo tudi dnevni center Moj Klub,

	in družinam, ki so se znašle v stiski. Svojci imajo na voljo CSD in njihove socialno varstvene storitve. Ter Inštitut Integra. Nove službe/storitve, ki bi jih potrebovale osebe s težavami v DZ potrebovale so brezplačno psihoterapevtsko svetovanje, meni, da je sicer potrebna široka mreža različnih služb, ki bi lahko odgovarjale na različne potrebe oseb. Nove službe/storitve, ki bi jih potrebovali svojci je mogoče v tem, da bi se zagotovili različni pomočniki, ki bi lahko razbremenili svojce.	ki deluje v okviru Mladinskega centra Velenje. Dnevni center Šent, katerega enota v Velenju je namenjena zmanjševanju škode na področju drog. V program zaposlitvene rehabilitacije ter program socialne vključenosti se lahko vključijo v okviru Inštituta Integra. Dvakrat mesečno poteka tudi individualna terapevtska obravnava Društva Projekt Človek v prostorih CSD. Nove službe/storitve, ki bi jih potrebovale osebe s težavami v DZ potrebovali stanovanjske skupine, dnevni center, psihoterapevtsko pomoč. Spremembe v že obstoječih programih za osebe s težavami v DZ je, da se okrepijo obstoječi programi.
--	---	--

POTREBE, ŽELJE

REGISTER	Strokovna delavka 1	Strokovna delavka 2
Potrebe, želje	Svojce, ki se želijo vključiti v obravnavo, bi bilo potrebno jemati kot enakovredne člane mreže oseb, ki nudijo pomoč, potrebno bi bilo ustrezno informirati družinske člane, večja dostopnost pomoči in informacij. Pomembno bi bilo, da jim zakonodaja omogoči razbremenitev na delovnem mestu za skrb za svojca oz. povračilo ali nadomestilo za delo, ki ga namenijo za svojca. Osebe s težavami v DZ bi potrebovale več participacije pri samem zdravljenju, seznanjanje o samem postopku zdravljenja, metodah dela, o medikamentozni terapiji, večjo aktivno vlogo, več soudeležbe, dobro načrtovano skrb po odpustu iz bolnice, dobro informiranje o mreži izvajalcev skupnostne skrbi, lažjo dostopnost do služb pomoči, dobro razvito	Svojce bi bilo potrebno bolj vključiti v zdravljenje oseb, da so enakovredni člani tima v procesu. Ohranjati aktivno vlogo v vsem kar se tiče procesa zdravljenja ter vzpodbudno okolje in mrežo pomoč.

	socialno mrežo, toplo in vzpodbudno okolje, ki bi odločalo samostojno odločanje, fleksibilne oblike zaposlovanja in dela, boljšo finančno stabilnost, višje denarne pomoči za uporabnike, ...	
--	---	--

VPRAŠALNIKA

Hitra ocena stanja potreb. Vera Grebenc (2009)

Študijsko gradivo za interno uporabo. Fakulteta za socialno delo.

Podrobnejša razlaga vprašanj s temami, ki jih vključujejo:

- **Ocena pojava** (ocena življenja oseb s težavami v duševnem zdravju):
 - o poznavanje in zaznavanje duševne bolezni, oseb s težavami v duševnem zdravju v lokalni skupnosti,
 - o stališča do oseb s težavami v duševnem zdravju,
 - o stopnja pojava in trendi,
 - o življenjski pogoji,
 - o značilnosti skupin oseb s težavami v duševnem zdravju,
 - o življenjski slog, vrednote in družbena vloga oseb s težavami v duševnem zdravju,
 - o kariera,
 - o zemljepisna usmeritev (kje živijo, s kom živijo).
- Ocena socialnega konteksta
 - delo, zaposlitev, aktivnosti v prostem času,
 - materialni položaj (dohodki, sredstva in viri za preživetje ali boljšo kvaliteto življenja),

- socialna mreža, stiki, druženje,
- stanovanje,
- socialne posledice, povezane s težavami v duševnem zdravju,
- varnost (nasilje, kriminal),
- neformalni viri pomoči v skupnosti,
- oblike pomoči.
- Ocena zdravja oseb s težavami v duševnem zdravju:
 - ocena zdravstvenega stanja,
 - bolezni, nalezljive bolezni,
 - poškodbe,
 - samopomoč,
 - prehrana.
- Tveganja, povezana s težavami v duševnem zdravju:
 - vrsta tveganj,
 - zaznavanje tveganj,
 - norme, ki regulirajo tveganja.
- Ocena služb, ki so namenjena osebam s težavami v duševnem zdravju:
 - vrste obravnave/ storitev, služb,
 - politika do oseb s težavami v duševnem zdravju,
 - ocena učinkovitosti,
 - ocena potreb po službah in storitvah, ki še ne obstajajo,
 - eko – zemljevid služb (dostopnost).
- Potrebe, želje oseb s težavami v duševnem zdravju.

VPRAŠALNIK/INTERVJU Z OSEBO, KI IMA TEŽAVE V DUŠEVNEM ZDRAVJU:

Hitra ocena življenja oseb, ki imajo težave v duševnem zdravju in ocena potreb

1. Okoliščine pogovora

Okoliščine vzpostavitve stika (kako ste vzpostavili stik s sogovornikom):

Drugi posebnosti v zvezi s pogovorom:

Kraj pogovora:

Čas trajanja pogovora: Začetek: Konec:

2. Značilnosti ciljne skupine

Spol: M Ž

Starost:

Izobrazba (poklic):

3. Socialno-ekonomski status in socialni kontekst (Veščine vsakdanjega preživetja in življenjski slog)

Zaposlitev, delo: Ali ste zaposleni? Kje? Ste zadovoljni s službo? Imate kakšen drug status: npr. invalidska upokojitev, študent, brezposelni, ste prijavljeni na zavodu?

Dnevne aktivnosti: Kaj radi počnete čez dan? Kako izgleda vaš običajen dan? Imate kakšne hobije? Kaj pa telesna aktivnost? Se vam zdi, da bi nekaj radi počeli, pa nimate možnosti (npr. zaradi financ)

Mobilnost: Kateri prevoz najpogosteje uporabljate? (peš, javni prevoz, imam avto)

Dohodek: S čim se preživljate? (Od česa živite?) Ali vam dohodek zadošča za življenje? Ste z dohodkom zadovoljni? Kako ocenjujete, da ravnate z denarjem? (Ali ocenjujete, da znate razpolagati z denarjem?)

Stanovanje: Kje živite? S kom živite? Ali ste zadovoljni s stanovanjem? Menite, da je dovolj prostora v stanovanju? Kakšne so stanovanjske razmere? Velikost? Ali je ogrevano? Vlažno? Ali je stanovanje opremljeno? Je voda v stanovanju? Električna? Svetloba?

Prehrana: Ali si sami kuhate? Kje se sicer prehranjujete? Ali dovolj jeste? Jeste dovolj pestro hrano? Kaj jeste?

Osebna higiena: Ali lahko poskrbite dnevno za osebno higieno?

Počitek: Kako si zagotovite počitek? Ali imate morda težave s spanjem?

Informacijsko omrežje: Ali imate telefon? Ga uporabljate? Berete dnevne časopise? Gledate televizijo, poslušate radio? Hodite v knjižnico? Kaj radi gledate? Kaj radi berete?

3.1 Socialne mreže:

Pomembni stiki: Kdo so za vas pomembni ljudje v vašem življenju?

Partnerstvo, družina: Ali imate stike z družino? Kako ocenjujete vaše stike z družino? Ali imate partnerja/ partnerko? Ste poročeni?

Otroci: Ali imate otroke? Koliko? Koliko so stari? Kako vam gre z njimi? Kakšne donose imate z otroki? Imate stike z otroci?

Prijatelji: Imate kakšno prijateljico, prijatelja?

Spolnost: Kako ocenjujete svoje spolno življenje?

Stališča do odnosov z drugimi: Ali se vam zdi, da ste oseba, ki potrebuje druge ljudi? Kako shajate z drugimi ljudmi? Kako drugi gledajo na vas? Bi rad, da se v zvezi z odnosi, ki jih imate z drugimi ljudmi, kaj spremeni?

3.2 Kariera, spremembe v statusih (navzgor ali navzdol v osebni biografiji): Ali so bili v vaši preteklosti kakšni dogodki, ki so po vašem mnenju vplivali na vaše življenje? Kateri so bili ti dogodki? Kako so ti dogodki vplivali na vaše življenje?

4. Ocena zdravja:

Ocena lastnega zdravja, kronične, akutne bolezni, potrebe v zvezi s trenutnim zdravjem: Kako ocenjujete svoje zdravje? Ali imate kakšne kronične bolezni? Ali imate osebnega zdravnika? Ali ste zadovoljni z njim? Ali imate svojega zobozdravnika? Ste zadovoljni z njim? Se vam zdi, da bi morali v zvezi svojim zdravjem kaj narediti? Kaj bi morali narediti po vašem mnenju v zvezi z zdravjem? (alternativno vprašanje: Se vam zdi, da bi potrebovali kakšno zdravljenje v tem trenutku? Kakšno zdravljenje/katere zdravstvene storitve?)

Informiranost o zdravstvenem stanju, odnos z zdravniki: Kako ocenjujete odnos zdravnikov /zdravstvenega osebja do vas? Ali imate jasne informacije o svojem zdravju? O zdravilih? Ali lahko pri zdravilih izbirate? So vam povedali, kaj imate na izbiro pri zdravilih? Kako prenašate zdravila?

Uporaba dovoljenih in nedovoljenih drog: Ali uživate kakšne droge? Katere droge? Kako pogosto? Ali ocenjujete, da imate zaradi uživanja drog težave? Katere? Ali uživate alkohol? Kako pogosto? Ali ocenjujete, da imate zaradi pitja alkohola težave? Katere? Ali sočasno jemljete tablete-

psihofarmake, ki jih predpisuje zdravnik v kombinaciji z drogami in alkoholom? Kakšna so po vašem mnenju tveganja povezana s sočasno uporabo psihiatričnih zdravil in drog ali alkohola?

Samopomoč, stiska: Kaj naredite, ko vas kaj boli? Kako si pomagате v stiski (ko ste žalostni, v krizi)? Kako rešujete vsakodnevne probleme?

Samomor: Ali ste že kdaj razmišljali o samomoru? Kdaj? Zakaj? Kaj sproži to misel na samomor?

Zgodovina zdravja: Kdaj ste dobili prvo diagnozo? (Kaj so vam zdravniki rekli, da imate?) Se je takrat, ko ste izvedeli za to (te) bolezen, v vašem življenju kaj spremenilo? Kaj? Kako živite s tem (diagnozami)? Kako vaša bolezen vpliva na vaše vsakdanje življenje? (pomožno vprašanje: Kaj vam to (diagnoza) pomeni?)

Ocena služb:

Zdravstvene službe: s katerimi zdravstvenimi službami ste v stiku? Ali ste zadovoljni s storitvami? Kdo vam je v preteklosti nudil pomoč v zvezi z zdravjem? (splošni zdravnik, specialist, homeopat, privatniki, nevladne...)

Druge službe, inštitucionalna obravnava: Ali ste bili kdaj nameščeni v kakšni inštituciji (zavod, zapor, bolnica). Kako so vas obravnavali? V katerih drugih službah tudi iščete pomoč (socialne – CSD, NVO, duhovniki, drugi)? Ali ste zadovoljni s storitvami?

Dostop do socialno-zdravstvenih storitev: Ali prejimate kakšno denarno socialno pomoč? Ali imate urejeno zdravstveno zavarovanje?

Pravice: Ali imate informacije katere storitve vam pripadajo? Kateri prejemki? (s strani države) Ali poznate svoje pravice v socialnem in zdravstvenem varstvu? So vam zdi, da so vam kdaj te pravice kršene? Kdaj? Kdo jih krši?

Potrebe uporabnikov glede služb: Kako bi vam te službe bolj koristile? (Kaj bi radi, da se v teh službah spremeni?) Ali bi kakšno storitev nujno potrebovali v tem trenutku? Katero? (intervencije, krize)

Tveganja:

Varnost: Ali se v okolju kjer živite počutite varno?

Nasilje, žrtev nasilja: Ali ste kdaj doživeli nasilje? Kdo je bil nasilen do vas? Ali nasilje še traja? Kako so nasilni do vas?

Povzročitelj/ica nasilja: Ali ste sami kdaj nasilni? Kdaj? Kako ste nasilni? Ali mislite, da bi lahko ogrožali življenja drugih? (Se vas je treba bati?) Kaj delate takrat? Kako se zaustavite, ko ste nasilni?

Nesreče: So se vam zgodile kakšne nesreče, npr. prometne? So vas že kdaj okradli? Ste se kaj poškodovali v zadnjem času? Se vam doma dogajajo kakšne nesreče (da kaj zažgete, pozabite zakleniti...)?

Potrebe, želje, hotenja, nuje, pričakovanja:

Kaj je za vas v življenju pomembno? Kako vidite svojo prihodnost? Kaj mislite, da se vam bo v prihodnosti dogajalo? Kako si želite, da bi vam življenje potekalo v prihodnosti? Kaj potrebujete ta trenutek, da bi bolje živeli?

Vrednote:

Kaj so po vašem mnenju vaše vrline? (Kaj cenite pri sebi?) Se vam zdi, da imate veliko dobrih lastnosti? Katere? Kaj bi pri sebi radi spremenili? Zakaj? Kaj cenite pri drugih? Zakaj? Česa se v življenju vedno držite? (pravila, norme)?

VPRAŠALNIK/INTERVJU STROKOVNE DELAVKE

Podatki o vprašanki/-cu:

Spol:

Starost:

Poklic/Izobrazba:

Narodnost:

Datum izpolnjevanja:

1. Ocena pojava:

Kako po vašem mnenju ljudje iz vaše okolice gledajo na težave povezane z duševnim zdravjem?

Ali lahko oseba s težavami v duševnem zdravju spregovori o tem, kaj doživlja, spregovori javno?

Kakšne je odnos do težav v duševnem zdravju (v družini, na delovnem mestu...)?

Ali se vam zdi, da so težave povezane z duševnim zdravjem, če pomislite na obdobje 5ih let povečalo? Se morda zmanjšuje? Ga je približno enako?

Kakšne so (demografke) značilnosti uporabnikov vaše organizacije? (ocenite v odstotkih)

REGISTER	Strokovna delavka 1	Strokovna delavka 2
Izobrazba	Višja, visoka: 20% Srednja: 50% Nižja: 30%	Višja, visoka: 10% Srednja: 30% Nižja: 60%
Otroke Spol:	Brez otrok: Z otroci: M: Ž:	Brez otrok: Z otroci: M: Ž:
Zaposlitev	Da: Brez zaposlitve: Študentke:	Da: Brez zaposlitve: Študentke:
Stanovanje	lastno: najem, oz. last sorodnikov, partnerja:	lastno: najem, oz. last sorodnikov, partnerja:
Mobilnost:	Da: Ne:	Da: Ne:
Narodnost	Slo.: Druge narodnosti:	Slo.: Druge narodnosti:
Starost	20- 30: 31 – 40: 40-50:	20- 30: 31 – 40: 40-50:

	Starejši:	Starejši:
--	-----------	-----------

2. Ocena socialnega konteksta:

V družbi prevladuje mnenje da osebe, ki imajo težave v duševnem zdravju, probleme z zaposlitvijo. Ali po vašem mnenju to drži? Če drži kateri so problemi, ki jih doživljajo vaši uporabniki (odpovedi, težave pri zaposlovanju, težave pri vzdrževanju zaposlitve, drugo)?

V družbi prevladuje mnenje, da osebe, ki imajo težave v duševnem zdravju, probleme s stanovanjem. Ali po vašem mnenju to drži? Če drži, kateri so to problemi, ki jih doživljajo vaši uporabniki (življenje pri prijateljih, odpoved stanovanja, brezdomstvo itd)?

V družbi prevladuje mnenje, da osebe, ki imajo težave v duševnem zdravju, slabše stike s sorodniki in malo stikov v socialni mreži. Kakšni so po vašem mnenju socialna mreža vaših uporabnikov? Kakšne odnose imajo s sorodniki? Kakšni so stiki s sorodniki?

Katere potrebe izražajo osebe, ki imajo težave v duševnem zdravju, ko prihajajo k vam (konkretne potrebe glede varnosti, druge potrebe, potrebe povezane z vsakdanjim življenjem)?

Kje po vašem mnenju osebe, ki imajo težave v duševnem zdravju, prej poišče pomoč – v socialni mreži ali v programih različnih organizacij?

3. Ocena zdravja

Kaj vam o svojem zdravju povedo osebe, ki imajo težave v duševnem zdravju?

Katere so konkretne potrebe oseb, ki imajo težave v duševnem zdravju, povezane z fizičnim zdravjem?

4. Tveganja

Katerim tveganjem so izpostavljene osebe, ki imajo težave v duševnem zdravju?

Kakšni so po vašem mnenju načini in taktike oseb, da bi zmanjšale tveganja povezana s težavami v duševnem zdravju?

Kako si med seboj pomagajo družinski člani, ki živijo z osebo, ki ima težave v duševnem zdravju?

5. Ocena služb

Kaj menite o delu policije na področju duševnega zdravja?

Kako policija obravnava osebe s težavami v duševnem zdravju?

Kaj menite o delu socialnih služb na področju duševnega zdravja?

Kaj bi po vašem mnenju socialne službe še lahko naredile?

Kaj menite o delu zdravstvenih služb na področju duševnega zdravja?

Kaj bi po vašem mnenju zdravstvene službe še lahko naredile?

Kaj menite o delu sodišč na področju duševnega zdravja?

Kaj bi po vašem mnenju sodišča še lahko naredila?

Kako ocenjujete delo drugih organizacij?

Kakšne vrste pomoči so na območju mesta Velenje na voljo osebi, kadar gre za težave v duševnem zdravju (individualno svetovanje, skupine za samopomoč,...)?

Kakšne vrste pomoči so na območju mesta Velenja na voljo svojcem, kadar gre za osebo s težavami v duševnem zdravju v njihovi družini (individualno svetovanje, drugo,...)?

Katere spremembe bi bile po vašem menjanju potrebne v obstoječih programih, namenjenih ljudem z izkušnjo težav v duševnem zdravju?

Katere nove storitve oz. službe bi potrebovale osebe s težavami v duševnem zdravju?

Katere nove storitve oz. službe bi potrebovali svojci oseb s težavami v duševnem zdravju?

6. Potrebe, želje

Kaj konkretno bi svojci oz. družina oseb s težavami v duševnem zdravju potrebovali, da bi si uredili življenje po lastnih željah?

Kaj bi po vašem mnenju potrebovale osebe s težavami v duševnem zdravju, da bi si lahko uredile življenje po lastnih željah?