

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

SREČKO BRUMEN

**RAZVOJ SLUŽB ZA DUŠEVNO ZDRAVJE
V SKUPNOSTI Z VIDIKA NEVLADNIH ORGANIZACIJ**

SPECIALISTIČNO DELO

LJUBLJANA, 2016

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

SREČKO BRUMEN

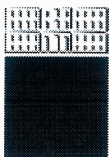
**RAZVOJ SLUŽB ZA DUŠEVNO ZDRAVJE
V SKUPNOSTI Z VIDIKA NEVLADNIH ORGANIZACIJ**

SPECIALISTIČNO DELO

Mentor:
doc. dr. Mojca Urek

Študijski program:
Menedžment v socialnem delu

LJUBLJANA, 2016



IZJAVA

Spodaj podpisani/-a **Srečko Brumen**, študent/-ka specialističnega študija »**Menedžment v socialnem delu**«, Fakultete za socialno delo Univerze v Ljubljani, z vpisno številko **6051090**, s svojim podpisom izjavljam, da sem avtor/-ica specialističnega dela z naslovom: » **Razvoj služb za duševno zdravje v skupnosti z vidika nevladnih organizacij**«

S svojim podpisom zagotavljam:

- da je predloženo specialistično delo rezultat mojega samostojnega raziskovalnega dela ter da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev citirana in navedena v seznamu virov, ki je sestavni del predloženega specialističnega dela;
- da se zavedam, da je plagiatorstvo, ne glede na obliko in način predstavljanja tujega avtorskega dela kot svojega, v nasprotju z akademsko etiko in s pričakovanimi moralnimi prepričanji ter pomeni hujšo kršitev pravil in predpisov, ki urejajo to področje, kot tudi posledic, ki jih ima takšno dejanje za predloženo delo in z njim povezani status;
- da sem seznanjen/-a z določili Pravilnika o podiplomskem študiju;
- da je predloženo pisno delo identično elektronski verziji istega dela;
- da v skladu s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 16/07, 68/08 in 110/13) dovoljujem, da se zgoraj navedeno specialistično delo objavi v digitalni zbirki eGradiva in repozitoriju UL.

V Ljubljani, 10. 05. 2016

Podpis avtorja/-ice:

S svojim podpisom:

- dovoljujem knjižnici Fakultete za socialno delo Univerze v Ljubljani uporabo svojega rojstnega datuma za namen obdelave specialističnega dela v sistemu COBISS;
- soglašam z objavo svojega specialističnega dela na svetovnem spletu;

V Ljubljani, 10. 05. 2016

Podpis avtorja/-ice:

PODATKI O SPECIALISTIČNI NALOGI:

Ime in priimek: Srečko Brumen

Naslov naloge: Razvoj služb za duševno zdravje v skupnosti z vidika nevladnih organizacij

Kraj: Ljubljana

Leto: 2016

Št. strani: 118

Št. slik: 0

Št. tabel: 4

Št. bibl. opomb: 0

Št. prilog: 0.

Mentor: doc. dr. Mojca Urek

Povzetek: Nevladne organizacije se kljub 20-letni prisotnosti v slovenskem prostoru še vedno srečujemo s težavami, ki onemogočajo prevzemanje večje odgovornosti za oskrbo oseb z duševno motnjo v skupnosti: neurejena zakonodaja in financiranje, status nevladnih organizacij, ki ne omogoča vstopa v javno mrežo socialnovarstvenih storitev, kadrovska podhranjenost in preobremenjenost zaposlenih, neurejena delovna zakonodaja (odsotnost kolektivne pogodbe za nevladni sektor), neurejena socialna varnost zaposlenih v nevladnem sektorju, konflikt skupnostnih služb s tradicionalnimi službami, nasprotovanje psihiatrične stroke ... S specialistično nalogo želim predvsem čim bolj poglobljeno predstaviti nevladne organizacije, ki delujejo na področju oskrbe ljudi s težavami v duševnem zdravju. To vsebuje osnovne koncepte dela v skupnosti, ki so jih razvile in jih izvajajo nevladne organizacije, analizo težav, s katerimi se soočamo pri svojem delu. Ravno tako želim ugotoviti, zakaj nevladne organizacije stagnirajo v svoji vlogi izvajalcev programov za duševno zdravje v skupnosti, predvsem pa raziskati možnosti in smeri razvoja nevladnih organizacij v mreži akterjev.

Ključne besede: duševno zdravje, skupnostna obravnava, nevladne organizacije, deinstitucionalizacija, prenos javnih pooblastil, širitev mreže programov nevladnih organizacij

Title: Development of community mental health services from perspective of non-governmental organizations

Abstract: Non-governmental organizations are still having problems with overtaking responsibility and care of people with mental health problems in communities, despite more than 20 years of existence and work in this field. The main reasons for this are: poor written legislation and badly managed financing, legal status of organizations which does not allow them to be the part of public health system, lack of personnel, poor written legislation for non-governmental sector, social security issues of employees in non-governmental sector, conflicts between local and state services, opposition of mental health profession... In this work I analyzed the non-governmental institutions which take care of the people with mental health conditions. This includes presentation of their work concepts which they developed through the years, analysis of challenges and problems they are faced with every day, finding reasons for their stagnation and poor community mental health program realization. The main goal was to examine all the findings, research the possibilities and outline the guidelines for better development of non-governmental mental health services.

Key words: mental health, community treatment, non-governmental organizations, deinstitutionalization, transfer of public authorization, expansion of non-governmental organizations programs

KAZALO SPECIALISTIČNE NALOGE

1	TEORETIČNI UVOD.....	1
1.1	RAZVOJ SKUPNOSTNIH SLUŽB; NEVLADNE ORGANIZACIJE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA.....	5
1.1.1	Deinstitucionalizacija in razvoj nevladnih organizacij v Sloveniji	5
1.1.2	Pasti in možne stran poti deinstitucionalizacije.....	9
1.1.3	Argumenti obstoječih socialnovarstvenih ustanov proti deinstitucionalizaciji.....	11
1.1.4	NVO v procesu deinstitucionalizacije	14
1.2	RAZVOJ SKUPNOSTNIH SLUŽB V OKVIRU NEVLADNIH ORGANIZACIJ NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA	17
1.2.1	Vmesne strukture na področju duševnega zdravja	19
1.3	PREVENTIVNI PROGRAMI NVO NA PRIMARNI, SEKUNDARNI IN TERCIARNI RAVNI	20
1.4	PROMOCIJA IN PREVENTIVA DUŠEVNEGA ZDRAVJA V NEVLADNIH ORGANIZACIJAH S PODROČJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA.....	23
1.5	PROGRAMI TERCIARNE PREVENTIVE	24
1.5.1	Programi svetovalno-informacijskih pisarn in dnevnih centrov	25
1.5.2	Programi terapevtskih skupnosti za zasvojene s pridruženimi težavami v duševnem zdravju	32
1.5.3	Programi, namenjeni preprečevanju škode, ki nastaja zaradi stigme duševne bolezni	34
1.5.4	Ozaveščanje in informiranje javnosti	36
1.5.5	Krepitev in varovanje duševnega zdravja.....	37
1.5.6	Programi združenj svojcev oseb z duševno motnjo.....	38
1.5.7	Programi zagovorništva.....	42
1.5.8	Krizni timi za preživljanje akutne faze bolezni izven bolnišnične obravnav.....	43
1.5.9	Pregled programov zaposlitvene rehabilitacije in zaposlovanja oseb s težavami v duševnem zdravju.....	45
1.6	ZNAČILNOSTI NEVLADNIH ORGANIZACIJ PRI IZVAJANJU PROGRAMOV SKUPNOSTNE OBRAVNAVE	48

1.6.1	Težave zaposlenih pri soočanju z vplivi uporabnikov na prejete socialnovarstvene storitve	51
1.6.2	Socialna varnost zaposlenih v nevladnem sektorju	52
1.6.3	Vloga države pri zagotavljanju financiranja in socialne varnosti zaposlenih v NVO	53
2	PROBLEM.....	57
3	METODOLOGIJA	61
3.1	PRVI DEL RAZISKAVE.....	62
3.2	DRUGI DEL RAZISKAVE.....	64
4	REZULTATI	66
4.1	ZAGOVORNIŠTVO	66
4.2	PROGRAMI ZA PREVENTIVO OBPORODNE DEPRESIJE	67
4.3	PROGRAMI ZA PREVENTIVO DUŠEVNEGA ZDRAVJA OTROK IN MLADOSTNIKOV.....	70
4.4	ANONIMNO SPLETNO SVETOVANJE ZA OSEBE V DUŠEVNI STISKI.....	71
4.5	ZAUPNI TELEFON ZA POMOČ V DUŠEVNI STISKI	72
4.6	PROGRAMI ZA PREVENTIVO MOTENJ HRANJENJA	74
4.7	PROGRAMI ZA PREVENTIVO SAMOMORILNOSTI.....	77
4.8	PROGRAMI ZA PREVENTIVO DUŠEVNEGA ZDRAVJA STAROSTNIKOV.....	79
4.9	PROGRAMI ZDRUŽENJ SVOJCEV OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU.....	81
4.10	PROGRAMI ZA POMOČ OSEBAM S PRIDRUŽENIMI TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU	84
4.11	MREŽA PROGRAMOV DUŠEVNEGA ZDRAVJA V SKUPNOSTI NEVLADNIH ORGANIZACIJ (OBSTOJEČE STANJE IN POTREBNE ŠIRITVE)	87
5	RAZPRAVA	91
6	SKLEPI IN PREDLOGI	107
7	UPORABLJENA LITERATURA	110

SEZNAM TABEL

Tabela 1: Število svetovanj po letih – SASP – Posvet	77
Tabela 2: Obstoječe kapacitete nevladnih organizacij po posameznih statističnih regijah	87
Tabela 3: Dodatne kapacitete, ki bi jih morale zagotavljati nevladne organizacije po posameznih statističnih regijah.....	89
Tabela 4: Stanje s širitvijo mreže po posameznih statističnih regijah.....	90

PREDGOVOR

V okviru društva Novi Paradoks od leta 2001 sodelujem pri delu programov za ljudi s težavami v duševnem zdravju v skupnosti, zato pri izbiri vsebine teme specialistične naloge nisem imel večjih težav. V vseh teh letih sem aktivno sodeloval pri izvedbi programov kot tudi pri pripravi zakonodaje, standardov ter normativov programov in implementacije skupnostnih načel v delo NVO.

Od samega začetka razvoja je deinstitutionalizacija (ob antipsihiatrični drži) osnovni pojem identitete nevladnega sektorja, ki se je ob njej razvil, kot kaže pa je ni uspel realizirati v vseh načelih in potrebnem obsegu. Tako je deinstitutionalizacija tudi cilj in sredstvo nadgradnje ter prenove mirujočega sektorja. Predstavitev načel deinstitutionalizacije, uvajanje njenih načel v delo nevladnih organizacij in analiziranje težav, ki onemogočajo razvoj skupnostnih programov kot nosilcev preselitve ljudi iz institucij v skupnost, so vsebina prvega dela naloge. V nadaljevanju sem podal dokaj obširen pregled področij delovanja nevladnih organizacij z opisom posameznih programov in dejavnosti, ki smo jih v okviru dela Koordinacije NVO s področja duševnega zdravja v skupnosti več let pripravljali za aktivno udeležbo NVO pri pripravi Resolucije nacionalnega programa duševnega zdravja, ki je pripravljena v (vsaj) treh predlogih, a še vedno ni sprejeta.

Pri svojem delu se v zadnjem obdobju vse pogosteje soočam s kritikami na račun dela v nevladnem sektorju, ki ugotavlja stagnacijo implementacije temeljnih skupnostnih načel. Očitki so lahko tudi utemeljeni, zato bom v poizkus zagovora predstavil tiste značilnosti nevladnih organizacij pri izvajanju programov skupnostne obravnave, ki ob finančnih omejitvah v veliki meri pogojujejo kritične ocene na delo nevladnih organizacij (kadrovska podhranjenost, preobremenjenost zaposlenih, neurejena delovna zakonodaja, neurejena socialna varnost zaposlenih). Tudi na osnovi omenjenih kritičnih ocen bom poizkušal podati razloge za stagnacijo nevladnih organizacij pri razvoju programov za duševno zdravje v skupnosti. Za resno soočanje z zahtevami deinstitutionalizacije pri mreži izvajalcev je najprej treba preveriti lokacije in število obstoječih enot ter kapacitete nevladnih organizacij za izvajanje potrebnih nalog. V ta namen sem pozval sodelujoča društva (z vprašalniki), da podajo svojo oceno potrebnih širitev na področja RS, kjer ni izvajalcev iz nevladnega sektorja, in obseg potrebnih kapacitet glede na ocenjeno število posamezne ciljne skupine. Pri implementaciji skupnostnih programov vedno znova ugotavljamo, da je osnovni problem razvoja v nezadostnih finančnih virih, ki izhajajo iz omejitev programskega financiranja. Z idejo prenosa javnih pooblastil na določene službe nevladnih organizacij v deficitarna območja se z MDDSZ izvajajo pogajanja vsaj zadnjih deset let, ki pa do sedaj niso prinesla konkretnih rezultatov. Z raziskavo želim ugotoviti potrebe in možnosti nevladnih organizacij za vstop v javno mrežo socialnovarstvenih in preventivnih storitev ter kadrovske in finančne potrebe, ki jih moramo realizirati za doseg predvidenih standardov. Namen je ugotoviti, kakšen je interes slovenskih nevladnih organizacij s področja skupnostne obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju za izvajanje dejavnosti v javni mreži izvajalcev (koncesija) ali za prenos javnih pooblastil na nevladne organizacije, s čimer bi vstopili v javno mrežo izvajalcev in posledično zagotovili sredstva neposredno iz proračuna RS.

Deinstitutionalizacija kot neposredna selitev uporabnikov zavodov v skupnost je bistveno povezana s programi stanovanjskih skupin, dnevnihi centrov in svetovalno-informativnih pisarn, ki omogočajo bivanje, zaposlovanje, dnevne aktivnosti in svetovanje ter pomoč na domu in so že dobro prepoznani v slovenskem prostoru. V raziskovalnem delu naloge pa sem želel predstaviti tudi programe nevladnih organizacij, ki niso neposredno vezani na izvedbo preselitve uporabnikov iz zavodov, so pa pomemben del obravnave težav v

duševnem zdravju v skupnosti (poporodna depresija, motnje hranjenja, preventiva otrok in mladostnikov ...).

V nalogi sem kot primarni vir uporabil dela priznanih domačih in tujih strokovnjakov. Kot sekundarni vir pa so v nalogi uporabljeni interni dokumenti in akti NVO, zapisniki strokovnih posvetov in sestankov omenjene Koordinacije in pripravljene predloge Koordinacije za različne nacionalne programe. Prav tako sem uporabil korespondenco s financerji in drugo strokovno javnostjo o iskanju rešitev za tekoče težave, predvsem tisto, kjer sem osebno sodeloval. Ti viri dajejo nalogi poseben pečat in verjamem, da verodostojno povzemajo duha nevladnega sektorja.

Področje je obširno in prepleteno z različnimi interesi. Včasih dobivam občutek, da te neposredno delo v praksi oddaljuje od postavljenih teoretičnih načel in vodi v pragmatizem ekonomske logike ali pa te teoretična načela oddaljujejo od realnosti vsakdanje prakse. Vsekakor je predstavljena naloga sad subjektivne presoje, ki se trudi uporabljati objektivna znanstvena načela, zato se že vnaprej opravičujem bralcem, ki se z napisanim ne bodo strinjali.

Naloga je predvsem poizkus predstavitve društev, njihovega dela in sodelavcev, s katerimi sem pri pripravi predlogov za izboljšanje položaja nevladnega sektorja aktivno sodeloval. Kot vire sem uporabil nekatere skupne ugotovitve, zato se vsem skupaj najlepše zahvaljujem

1 TEORETIČNI UVOD

Duševno zdravje v skupnosti je zgodovinsko gledano relativno nov pojem pri obravnavi oseb z motnjo v duševnem zdravju. Nastal je kot alternativa institucionalni obravnavi, ki je osebo z duševno motnjo izolirala iz vsakdanjih življenjskih procesov in ji ustvarila paralelno realnost bivanja na vseh življenjskih področjih. Govorimo o t. i. totalni ustanovi, ki osebe z duševno motnjo odstrani iz okolja, kjer so pridobile svojo identiteto.

»Izhodišča delovanja nevladnih organizacij izhajajo iz širše perspektive duševnega zdravja v skupnosti, ki temelji predvsem na ideji vključevanja, ki na mikro ravni uresničuje skupnostno skrb proti institucionalni, normalizaciji proti predsodkom in diskriminaciji ter širšo promocijo duševnega zdravja. Takšno idejo si na operativni ravni prizadevajo vpeljevati z razvejano mrežo služb in storitev v skupnosti, namenjenih ljudem s težavami v duševnem zdravju in njihovim svojcem. Njihova skupna lastnost je tudi uvajanje modelov individualnega pristopa, temelječih na konceptih okrevanja, opolnomočenja ljudi s težavami v duševnem zdravju in njihovih svojcev in s poudarkom na kvaliteti njihovega življenja. So začetnice inovativnih in skupnostnih modelov pomoči, prve, ki so v prakso vpeljale zagovorništvo, stanovanjske skupine, dnevne centre, storitve informiranja, svetovanja in načrtovanja ter koordiniranje in izvajanja podpore. Preizkušale so se tudi v kriznih timih in kriznih centrih, ustanovljale klube, mobilne storitve in terensko delo ter veliko prispevale k javnemu ozaveščanju in destigmatizaciji duševne motnje. So torej praktične nosilke inovativnih in demokratičnih postopkov dela na tem področju. Skrbijo za javno informiranje in ozaveščanje prek medijev. V vseh teh letih so uspele s pomočjo različnih financerjev, predvsem pa MDDSZ-ja, MOL-a in ostalih slovenskih občin, fundacije FIHO ter tudi tujih financerjev vpeljati programe in storitve, kot so: svetovanje in informiranje, samopomoč in izobraževanje, vodenje dnevnih centrov, pisarn za svetovanje, stanovanjske in bivalne skupine, pomoč ter podporo pri učenju in študiju, delo z družinami, vodenje treningov socialnih in življenjskih spretnosti, organizacija prostočasnih dejavnosti, zaposlitveni centri s podporno zaposlitvijo, usposabljanja za delo« (IRIO 2008: 22).

V Resoluciji nacionalnega programa socialnega varstva (2006) je poudarjeno, da pri uresničevanju ciljev nevladne organizacije upoštevajo osnovna načela socialnega varstva: individualno načrtovanje, predstavitev možnih rešitev, krepitev moči in usposabljanje za samostojnejše življenje, vzpostavljanje podpore, možnost izbire, seznanjanje s pravicami in načinom uveljavljanja, socialno vključevanje in spoštovanje pravic uporabnikov. Razvoj

nevladnih organizacij temelji na načelih socialne pravičnosti, solidarnosti, enake dostopnosti, proste izbire in pluralnosti, izenačevanja možnosti in spoštovanja pravic uporabnikov. To pomeni tudi podporo prostovoljnega dela, uveljavitev nevladnega sektorja, zasebnitva in uporabniških združenj ter njihovi povezanosti na nacionalni ravni v sistem socialnega varstva.

Kljub navedenemu pa lahko ugotovimo, da nevladne organizacije v zadnjem obdobju stagnirajo pri razvoju programov obravnave v skupnosti in premalo prevzemajo pobudo pri rehabilitaciji, zdravljenju in reintegraciji oseb z duševno motnjo v lokalno okolje. Koncept duševnega zdravlja s prenosom v skupnost je trčil na strukturne in sistemske dejavnike, ki so uspeli zadušiti nadaljnji razvoj metod dela in inovacij. Nekateri akademiki očitajo nevladnemu sektorju konformizem, in sicer »da volja po učinkovitem upravljanju usmeri organizacijo skupnostne oskrbe v pretirano birokratizacijo postopkov, standardizacijo storitev in posledično v masifikacijo uporabnikov« (Flaker 2008: 24). To kritiko razumem kot zbiranje in ohranjanje uporabnikov v programu zaradi finančnega interesa organizacije in ne zaradi individualnega osamosvajanja uporabnika in preseganja odvisnosti od strokovnjakov in institucije.

Prav tako se pojavljajo očitki, da se v NVO izogibajo nameščanju t. i. težjih primerov in s tem onemogočajo realizacijo deinstitutionalizacije v praksi. »Skupnostne službe so namreč zaradi svoje lociranosti na terenu prišle v stik z večjim številom ljudi, ki doživljajo stisko, se ukvarjali z lažjimi primeri, težje primere pa prepuščali institucionalni oskrbi. Glede na to, da so bile dovolj ekspanzivne, so tudi našle večje število takih »primerov«. To kaže na to, da če se reforma izpelje le na deklarativni ravni, v praksi pa kot dodatek obstoječemu sistemu, samo poveča obremenjenost državnega proračuna, hkrati pa omogoča nadaljnjo prevlado institucionalnega sistema in neučinkovito in neuspešno porabo proračunskih sredstev« (Flaker 2000: 21). Nevladne organizacije tako ostajajo na nivoju aktivističnih gibanj ali povzemajo mentaliteto zavodov, ki ne upošteva uporabniške perspektive pri pripravi in izvedbi programov obravnave v skupnosti.

V nalogi bom poizkušal odgovoriti na navedene očitke predvsem s stališča, da skupnostna skrb ne pomeni samo deinstitutionalizacije, temveč naj bi delovala tudi preventivno in poskrbela za vse tiste posameznike, ki še niso razvili hospitalizma in sindroma vrtečih se vrat.

Pri delu NVO ne gre za konformizem, temveč za izjemno neugodne pogoje dela strokovnjakov, kadrovska podhranjenost in preobremenjenost zaposlenih, neurejeno delovno zakonodajo (odsotnost kolektivne pogodbe za nevladni sektor), neurejeno socialno varnost zaposlenih v nevladnem sektorju, konflikt skupnostnih služb s tradicionalnimi službami, nasprotovanje psihiatrične stroke in druge imanentne lastnosti nevladnega sektorja.

Navedene zgoščene poudarke bom v nalogi dopolnil s podrobnejšo specifikacijo zahtevanih ali zaželenih lastnosti zaposlenih v nevladnem sektorju, ki izhajajo iz identitete organizacij nevladnega sektorja. V nevladnem sektorju je postavljanje uporabnikov in njihovih potreb v središče zanimanja več kot zgolj preizkušanje novih trendov v socialnem varstvu. Osrednje mesto uporabnikov in njihovih potreb pomeni temeljne spremembe v naravi in izvajanju socialnih storitev, mimo katerih danes ne more več nobena organizacija, ki se ukvarja s socialnimi storitvami. Razlog za ugotavljanje potreb uporabnikov je v tem, da bi se socialne službe organizirale okoli potreb uporabnikov in ne obratno: da morajo posamezniki svoje potrebe prilagajati obstoječim storitvam, ki jih izvajajo socialne službe. Uporabniki sami predstavijo svoje potrebe, naloga zaposlenih pa je, da jim pri njihovem zadovoljevanju nudijo podporo, informacije in zagovorništvo (Leskošek, Hrženjak 2002: 30–44).

Drugi vidik je vključevanje uporabnikov v pripravo in izvajanje storitev in programov, ki jih organizacija izvaja za določeno ciljno skupino. To je proces spreminjanja odnosov na področju razmerij med strokovnjaki in uporabniki, ki od zaposlenih pričakuje, da bodo odnos do uporabnikov prenesli z nivoja zdravnik–bolnik, strokovnjak–laik na nivo zaupanja in sodelovanja (deprofesionalizacija odnosov). Vključevanje pomeni, da imajo uporabniki moč učinkovitega vplivanja na dogajanje, spreminjanje obstoječega stanja in odločanje v organizaciji.

V nalogi želim preveriti, kako težave pri pridobivanju, ohranjanju in financiranju ustreznega kadra vplivajo na kakovost dela v nevladnih organizacijah, in ovrednotiti nekaj splošnih značilnosti slovenskih nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja.

Čeprav je za zagotavljanje javnih storitev dolžna skrbeti država, pa to ne pomeni, da jih sama tudi v celoti izvaja. Mreža izvajalcev javnih storitev vključuje tako javne zavode kot tudi zasebne profitne in nevladne organizacije, ki javne storitve opravljajo na podlagi

koncesij kot del javne službe ali pa imajo njihovi programi na področju socialnega varstva status javnih socialnovarstvenih programov (Strategija vlade RS 2005: 7).

NVO lahko pridobijo status delovanja v javnem interesu. Gre za pomembno funkcijo NVO, ki nevladni sektor zelo razlikuje od ostalih sektorjev, predvsem tržnega. Takšen status lahko pridobijo samo tiste organizacije, ki niso namenjene zadovoljevanju ozkih potreb svojega članstva, temveč je njihovo delovanje prepoznano kot splošno koristno za vso družbo. Običajno je delovanje v javnem interesu namenjeno NVO, ki delujejo predvsem lokalno in prispevajo prav k neposredni dobrobiti lokalne skupnosti.

Z izvajanjem navedenih funkcij NVO prevzamejo del odgovornosti za splošno dobrobit in družbeni razvoj, zato so NVO poleg formalnega priznanja njihovega pomena upravičene tudi do pravne varnosti in do zagotavljanja materialnih in drugih pogojev na vseh ravneh njihovega delovanja (lokalni, regionalni, nacionalni in mednarodni).

Za zagotovitev stabilnejšega, zadostnega in tudi ustrežnejšega financiranja za izvajanje programov s področja duševnega zdravja, ki jih nudijo NVO, je treba nujno spremeniti obstoječi programski način sofinanciranja storitev. V okviru pravnih izhodišč, ki jih omogoča evropska zakonodaja, bi bilo treba v Zakonu o socialno varstvenih storitvah (in v Zakonu o javnih zavodih) redefinirati pojem koncesije in vpeljati pojem prenosa javnih pooblastil za storitve, ki znotraj javnega sektorja niso na voljo ali njihov obseg ni zadosten.

Nevladne organizacije so ustanovile Koordinacijo NVO s področja duševnega zdravja, predvsem z namenom priprave pobud za dopolnjevanje ali spreminjanje slovenske zakonodaje, ki ureja področje duševnega zdravja in preverjanja, ali zakonski predlogi v zadostni meri upoštevajo interese oseb s težavami v duševnem zdravju in nevladnih organizacij. V imenu navedene koordinacije sem bil imenovan za predstavnika nevladnih organizacij v delovni skupini za pripravo Resolucije nacionalnega programa duševnega zdravja na Ministrstvu za zdravje, kjer so me prisotni spodbudili, naj sprožim med NVO širšo diskusijo o možnostih in vizijah razvoja NVO v prihodnost glede vključitve določenih programov in storitev za duševno zdravje v javno mrežo. To bi bilo primerno zlasti v primerih t. i. »belih lis« (kadrovske primanjkljaje v javnih službah, regionalne razlike v dostopnosti ipd.), kjer bi lahko NVO s primerno usposobljenim kadrom in ob izpolnjevanju drugih delovnih pogojev (prostorski, materialni, stabilno financiranje) dopolnjevala javno (zdravstveno-socialno) službo.

Da bi ugotovil, kakšen je interes slovenskih nevladnih organizacij s področja skupnostne obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju za izvajanje dejavnosti v javni mreži izvajalcev ali za prenos javnih pooblastil na nevladne organizacije, obenem pa tudi vsaj na grobo ocenil njihove kapacitete za izvajanje različnih nalog, sem k sodelovanju pri raziskavi povabil organizacije, ki so združene v Koordinacijo društev, dejavnih na področju duševnega zdravja. Z raziskavo želim ugotoviti potrebe in možnosti nevladnih organizacij za vstop v javno mrežo socialnovarstvenih in preventivnih storitev ter kadrovske in finančne potrebe, ki jih moramo realizirati za doseg predvidenih standardov.

S specialistično nalogo želim predvsem čim bolj poglobljeno predstaviti nevladne organizacije, ki delujejo na področju oskrbe ljudi s težavami v duševnem zdravju. To vsebuje osnovne koncepte dela v skupnosti, ki so jih razvile in jih izvajajo nevladne organizacije, predstavitev programov v skupnosti in analizo težav, s katerimi se soočamo pri svojem delu. Ugotoviti želim, zakaj nevladne organizacije stagnirajo v svoji vlogi izvajalcev programov za duševno zdravje v skupnosti, predvsem pa raziskati možnosti in smeri razvoja nevladnih organizacij v mreži akterjev.

1.1 Razvoj skupnostnih služb; nevladne organizacije na področju duševnega zdravja

1.1.1 Deinstitutionalizacija in razvoj nevladnih organizacij v Sloveniji

Svetovna zdravstvena organizacija (2005c) poroča, da proces deinstitutionalizacije v Sloveniji ni stekel oziroma ni bilo opaznejših sprememb v smeri deinstitutionalizacije. Prav tako že od leta 2001 nepretrgoma opozarja, da se morajo hkrati z zmanjševanjem števila bolnišničnih postelj in skrajševanjem ležalne dobe v psihiatričnih bolnišnicah razvijati tudi dopolnilne skupnostne službe, in poziva, naj se v vseh državah vzpostavi mreža skupnostnih služb za duševno zdravje.

V Sloveniji je proces deinstitutionalizacije potekal precej počasi. Več avtorjev podrobno opisuje začetke deinstitutionalizacije v Sloveniji (Vogelnik, 2005; Flaker, 2014) in jih postavlja v sedemdeseta leta prejšnjega stoletja na področje dela z otroki in mladostniki v zavodski oskrbi. Na področju duševnega zdravja so v osemdesetih letih izvajali mladinske delovne tabore v Hrastovcu, kjer se jasno oblikujejo cilji deinstitutionalizacije; ukinitev

ustanov in njihovo nadomeščanje s skupnostnimi službami (Flaker in Urek, 1988, Flaker, 2014).

Začetki razvoja nevladnih organizacij (v nadaljevanju NVO) na področju duševnega zdravja v Sloveniji segajo v konec osemdesetih let in se povezujejo z radikalnim in antipsihiatričnim gibanjem, ki ga je sprožilo delovanje Odbora za družbeno zaščito norosti (Oreški 2008: 95–96). Z ustanovitvijo Odbora v letu 1988 in njegovim prizadevanjem za demokratizacijo psihiatrije se je tudi Slovenija pridružila tistim evropskih državam (npr. Anglija, Italija), ki so že v šestdesetih letih z enakim gibanjem uspele vplivati na razvoj duševnega zdravja v skupnosti oziroma na razvoj skupnostnih služb na področju duševnega zdravja ali še drugače na razvoj skupnostne in socialno usmerjene psihiatrije (Oreški: 2008). Odbor za družbeno zaščito norosti je bil vse do polovice devetdesetih let znan po javnih akcijah in opozarjanjih na krivice, ki se dogajajo ljudem s težavami v duševnem zdravju. Delo Odbora se je v letih 1993–1994 prevesilo iz »provokativne« oziroma akcijske faze v izvajanje konkretnih projektov z uporabniki psihiatričnih ustanov (spletna stran društva Altra: 2008). V letu 1993 se je Odbor za družbeno zaščito norosti tudi preimenoval v društvo ALTRA – Odbor za novosti v duševnem zdravju (k preimenovanju so prispevali tudi uporabniki, ki so se udeleževali različnih aktivnosti, saj so odklanjali ime predvsem zaradi izraza »norost«). Na takratni Visoki šoli za socialno delo se je vzpostavil tudi »Študij duševnega zdravja v skupnosti« (spletna stran društva Altra: 2008). S podporo akademikov in strokovnjakov, ki so prihajali iz vrst socialnega dela, psihiatrije, psihologije, prava in sociologije, kot tudi ljudi z izkušnjami težav v duševnem zdravju so v društvu pričeli razvijati skupnostne projekte, namenjene ljudem s težavami v duševnem zdravju in njihovim svojcem. Društvu Altra gre zasluga za pionirsko delo na tem področju, saj je v marsičem predhodnica današnjih storitev in programov s področja duševnega zdravja v skupnosti, kot se izvajajo v preostalih NVO (IRIO 2008: 10–11).

Po letu 1994 se poleg Društva Altra – Odbora za novosti v duševnem zdravju v Sloveniji ustanovita še društvo ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje in OZARA Slovenija, nacionalno združenje za kakovost življenja (Oreški 2008: 107–110). V letu 1998 se jim pridružita še Društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa »VEZI« in Paradoks. Društvo Vezi črpa izhodišča za svoje delovanje tudi iz širših teoretičnih konceptov psihosocialnega modela in duševnega zdravja v skupnosti. Programe

izvaja profesionalen kader, ki z nudenjem storitev omogoča rehabilitacijo in okrevanje ljudem s težavami v duševnem zdravju. Društvo Paradoks pa je bila prva nevladna organizacija v Sloveniji, ki je sledila izključno uporabniškimi načelom, med katerimi je najpomembnejše, da sta odločanje in delovanje prepuščena skoraj izključno uporabnikom. Žal društvo Paradoks kasneje razpade v dve ločeni organizaciji, tako da se v letu 2000 ustanovi Novi Paradoks, Slovensko društvo za kakovost življenja. Le-ta v svojem delovanju stremi k širšim konceptom duševnega zdravja v skupnosti – torej nudenju programov in storitev ljudem s težavami v duševnem zdravju, predvsem pa k profesionalizaciji kadra. Prvotni Paradoks pa ostaja zvest svojim uporabniškim načelom in pod vodstvom sedaj že pokojne dr. Tanje Lamovec deluje bolj kot neformalna mreža uporabnikov psihiatrije, ki si nudi medsebojno podporo in pomoč. Podobno zasnovano in delovanje ima tudi društvo Mir Sreče, ki ga je ustanovil uporabnik psihiatričnih storitev konec devetdesetih let. A danes so dejavnosti društva zamrle. Velja pa tudi izpostaviti novo uporabniško društvo MOSTOVI, ki se je formalno oblikovalo in ustanovilo konec meseca marca v letu 2008 in ga upravljajo uporabniki sami. Zametki društva segajo v leto 2005, ko so se uporabniki prvič zbrali, da bi sodelovali v izobraževalnem modulu Krepitev moči v teoriji in praksi na Fakulteti za socialno delo v Ljubljani. Namen izobraževanja je bil predvsem krepitev moči uporabnikov – z namenom, da bi ti prepoznali svoje notranje vire in potencialne, postali bolj asertivni in se tako samozavestneje vključili v družbo. Cilj programa je bil pripraviti udeležence, da poskušajo voditi delavnice Krepitev moči v teoriji in praksi ali postanejo svetovalci v službah duševnega zdravja. Učinkovitost projekta je bila že prvo leto vidna. Ljudje so začeli pisati projekte, razmišljali o reviji MOST, ki bi jo želeli narediti po zgledu Kraljev ulice, in končno so marca 2008 društvo tudi registrirali. Sedež ima društvo na Fakulteti za socialno delo (spletna stran društva Mostovi). Drugo uporabniško društvo, ki v slovenskem prostoru deluje zelo organizirano že od leta 2004, je društvo DAM – Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami. Njihova lastnost, ki odstopa od preostalih društev, je združevanje in spodbujanje ljudi prek spletne strani, foruma in klepetalnice (spletna stran Društva DAM).

Suzana Oreški (2008) navaja, da so antipsihiatrična gibanja, ki so se po svetu razvila v šestdesetih letih prejšnjega stoletja, v osemdesetih letih izhajala tudi iz reartikulacije problema človekovih pravic. Vsem sta skupno izhodišče ostra kritika ustanov in močna zagovorniška sporočilnost, ki je vplivala na premik v razmišljanju, da je skrb za ljudi s težavami v duševnem zdravju v ustanovah edino možna in dobra rešitev.

Deinstitucionalizacija služb duševnega zdravja je bila med drugim tudi odgovor na neupoštevanje in kršenje človekovih pravic in svoboščin znotraj ustanov. S kritičnim odnosom do represivnih tradicionalnih obravnava duševne stiske, do razmer v bolnišnicah in nehumanih metod dela, kot so bile psihokirurgija, elektrošoki in predoziranja s psihofarmaki, so ta gibanja posredno in neposredno vplivala na spremembe v konkretni skrbi za ljudi s težavami v duševnem zdravju (Oreški 2008: 18–19). Skupna jim je bila torej zagovorniška drža do ljudi, ki so jim kršene temeljne človekove pravice in svoboščine in so v marsičem predhodnice današnjih služb duševnega zdravja v skupnosti oziroma demokratizacije psihiatrije.

Velik prispevek k antipsihiatričnemu gibanju v svetu in pri nas imajo tudi uporabniške organizacije. Poleg nacionalnih in lokalnih organizacij po svetu je bila za naš prostor pomembna tudi »Evropska mreža uporabnikov, nekdanjih uporabnikov in preživelih«, ki je v svojem manifestu opredelila osnovne pravice ljudi s težavami v duševnem zdravju, med katerimi je tudi pravica do neodvisnega zagovorništva. Poleg zastopanja ljudi v konkretnih primerih kršenja človekovih pravic si prizadevajo tudi za spremembe v zakonodaji, za povečanje pogodbene moči ljudi s težavami v duševnem zdravju in vpliva uporabnikov na politiko in službe duševnega zdravja (Lamovec: 1998).

Po navedbah raziskave Priprava izhodišč deinstitucionalizacije v RS, ki so jo pripravili sodelavci FSD na pobudo MDDSZ (Flaker, et al.: 2015), je deinstitucionalizacija v Sloveniji potekala v »treh valovih – prvi je potekal v osemdesetih letih prejšnjega stoletja v vzgojnih zavodih, drugi v devetdesetih z množenjem skupnostnih oblik oskrbe na vseh področjih, zlasti na pobudo gibanj in civilnih iniciativ, izvedle pa so ga nevladne organizacije; in tretji, ki se je v prejšnjem desetletju odvijal v zavodih, s preselitvijo velikega deleža stanovalcev v bivalne enote. Skupne značilnosti vseh treh obdobja deinstitucionalizacije so, da so akterji sicer uspeli narediti prvi korak, a samega procesa niso izpeljali do konca. Pridobili so veliko novih izkušenj, znanja, metod dela v skupnosti, razvili veliko novih oblik oskrbe, med njimi tudi primere dobre prakse, s katerimi se lahko ponašamo tudi v mednarodnem merilu. Hkrati pa je ostalo jedro institucij nedotaknjeno. Alternative institucijam so postale zgolj njihovo dopolnilo. Lahko rečemo, da smo razvili tehnologijo deinstitucionalizacije, nismo pa vzpostavili sistema« (prav tam: 55).

Iz navedene raziskave se da povzeti osnovne ugotovitve o izvajanju deinstitucionalizacije v Sloveniji (prav tam: 57):

- skupnostne službe (predvsem programi NVO) so pretežno visokega praga in nižje intenzivnosti, kot bi si želeli. To pomeni, da sprejemajo ljudi, ki ne potrebujejo veliko intenzivne oskrbe, t. i. lažje primere, ki bi pogosto, ob manj intenzivni podpori, lahko živeli samostojno;
- večina sredstev za oskrbo gre v zavodsko oskrbo, kar pomeni, da še vedno vztraja model visoko intenzivne porabe sredstev v institucionalnem sektorju in relativno nizke porabe v skupnostnih službah, kar je poglavitni razlog, da ljudi z intenzivnimi potrebami le redko lahko oskrbimo v skupnosti. Človek z intenzivnimi potrebami ima v takem sistemu le malo možnosti, da ostane doma, še manj pa, da se iz zavoda preseli v samostojno življenje v skupnosti;
- takšno stanje v zadnjih dvajsetih letih zavira razvoj sistema skupnostne oskrbe in posledično programov nevladnih organizacij v Sloveniji in ponovno uveljavlja prevlado institucionalnega modela in institucionalne kulture (namesto da bi ljudi selile iz zavodov, naredijo pogosto ravno nasprotno – ljudi, s katerimi je težko delati, preselijo v zavod);
- takšno stanje ustreza kadrom v javnih službah, kot so: splošni zdravniki, psihiatri, socialni delavci na CSD, pa tudi sodniki in izvedenci, ki bodo iz različnih razlogov, kot so zmanjševanje tveganja, prelaganje odgovornosti, razbremenitev svojega dela ali nepoznavanje možnosti oskrbe v skupnosti, dokler obstajajo občutne kapacitete v zavodih, tja ljudi tudi napotovali;
- o tem, da se je v zadnjem obdobju zgodila reinstitucionalizacija, ne govorijo zgolj dejstva o zastoju preselitev (ali celo o vračanju ljudi v ustanove), večanje institucionalnih kapacitet, temveč tudi obnova in investiranje v varovane oddelke.

1.1.2 Pasti in možne stran poti deinstitucionalizacije

Čeprav so koristne posledice deinstitucionalizacije, ki se odražajo na kakovosti človekovega bivanja v skupnosti in celotni družbi, večkratno dokumentirane, je v Sloveniji pojem »deinstitucionalizacija« praviloma bodisi napačno razumljen ali pa sprejet kot nekaj slabega. Nasprotni njemu se s strani strokovnjakov medicinske, socialne in pedagoške stroke priporoča »konzervativnost«, torej konzerviranje obstoječega stanja (Zaviršek, D., Krstulović, G., Leskošek, V.: 2015).

Sprva idealizirani učinki deinstitutionalizacije so se skozi čas pokazali tudi v svoji negativni luči. Izkazalo se je, da skupnostni sistemi niso sposobni nadomestiti celotne oskrbe bolnišnic, med duševnimi bolniki pa se povečuje število brezdomcev (Lefley 1996: 13). Becker in Kilian (2006) opažata tudi stališča nekaterih strokovnjakov o pretiranosti deinstitutionalizacije oziroma pojavu reinstitutionalizacije v nekaterih evropskih državah, kjer opažajo naraščanje števila forenzičnih postelj, dodeljenih prisilnih psihiatričnih zdravljenj in vzdrževanih namestitev.

Po razmišljanju V. Flakerja (2014) lahko deinstitutionalizacija postane način ali sredstvo za prenos metod strokovnega dela, ki opredeljuje institucionalno oskrbo v skupnostno oskrbo, kar bi utegnilo biti le »le aggiornamento strokovnosti, torej prilagoditveni manever strokovnjakov, da ohranijo svojo moč in oblast« (prav tam). Ta kritika se velikokrat izpostavlja tudi pri delu nevladnih organizacij, da pri izvajanju programov skupnostne oskrbe skupin ponavljamo napake zavodov in uporabnikom jemljemo moč odločanja o svojem življenju.

Med razlogi za zastoje pri realizaciji preseljevanja uporabnikov v skupnost vodstva zavodov navajajo: omejitve zakonodaje in nejasno politiko deinstitutionalizacije, birokratske ovire za vzpostavljane novih služb, dodatne stroške, ki jih imajo z vzdrževanjem zunanjih enot ob hkratnem vzdrževanju zavoda, težave pri preseljevanju težavnih in zahtevnih stanovalcev in domnevne želje stanovalcev, da bi še naprej ostali v zavodu (ljudje ne vidijo priložnosti, da bi živeli zunaj, kjer nimajo ničesar, kar bi jim omogočalo preselitev, slabe izkušnje itn.) (Flaker, et al.: 2015: x). Iz podobnih primerov izhaja tudi kritika deinstitutionalizacije, da le-ta ogroža »velferizem (socialno državo), da naj bi njen glavni namen bil zmanjšanje javne porabe in da naj bi odmiranje ustanov pomenilo tudi odmiranje socialne države« (Mansell 2006: 71).

Iz izkušenj drugih evropskih držav (Pfeiffer: 2009) je razvidno, da zdravstvo in predvsem psihiatrija deinstitutionalizaciji nasprotujejo predvsem z vidika obrambe nekaterih pridobljenih privilegijev in težnje po visoki specializaciji oskrbe bolnikov z marginalizacijo nuje skupnostnega življenja za duševno zdravje oseb. Nerazumno se vztraja na konceptu »institucionalne kulture« (razčlovečenje, stroga rutina, skupinska obravnava, socialna razdalja, paternalizem) in dominantnosti medicinskega pristopa pri obravnavi duševne bolezni.

Deinstitucionalizacija kot zapiranje psihiatričnih bolnišnic v celotnem obdobju izvajanja vedno znova trči na upor zdravnikov (psihiatrov). Ti kot sredstvo ohranjanja privilegijev, ki izhajajo iz medicinskega modela oskrbe pacientov in privilegiranega proračunskega financiranja, zagovarjajo visoko specializacijo dela z ljudmi v specialističnih ambulantah. Kljub dejstvu, da smo v Sloveniji že v prejšnjem stoletju uvedli dispanzerje za duševno zdravje na primarnem nivoju zdravstva in se o skupnostni psihiatriji in skupnostnih timih pogovarjamo že vrsto let, se predvsem zaradi močnih lobijev v institucije usmerja velika večina javnih sredstev, namenjenih socialni in zdravstveni oskrbi.

»Strokovni razvoj slovenske psihiatrije so vodili vplivni posamezniki, psihiatri, ki so večinoma vodili bolnišnice, zato kljub pobudam za oblikovanje delovnih skupin na osnovnem nivoju, za ustanavljanje centrov za duševno zdravje v regijah nikoli ni prišlo do zadostne reorganizacije. Institucionalizacijo psihiatrije je spremljala institucionalizacija v socialnem skrbstvu. V Sloveniji je 20.000 institucionalnih postelj (njihovo število se veča in še vedno ne zadostuje potrebam), kar pomeni, da se večina težav s starostjo, boleznijo, invalidnostjo, tudi na psihičnem področju skuša reševati prek namestitve v različne ustanove. Kljub zagotovilom vodilnih teoretikov socialnega skrbstva pri nas, da zagovarjajo deinstitucionalizacijo in skupnostno skrb, so tudi ti dejansko podpirali razvoj socialnih zavodov in podcenjevali razvoj skupnostnih služb, ki so jih skušale ustanovljati nevladne organizacije« (Švab 2011: 5).

Iz navedenega jasno izhaja, da brez načrtne, sistematične in predvsem odločne razgradnje ustanov, tudi če bomo spremenili način financiranja, načrtno krepili in razvijali zunaj institucionalne oblike intenzivne oskrbe, spremenili ali pripravili vso namensko zakonodajo, ne bomo dosegli dejanskega prehoda od institucionalnega varstva v skupnostno oskrbo, še manj pa slovesa in izhoda iz institucionalne kulture, ki nas posledično bremeni tudi zunaj ustanov (Flaker, et al. 2015: 55–57).

1.1.3 Argumenti obstoječih socialnovarstvenih ustanov proti deinstitucionalizaciji

Povzeto po raziskavi Mreže za deinstitucionalizacijo (Zaviršek, D., Krstulović, G., Leskošek, V., 2015: 15–22) je praksa deinstitucionalizacije zahtevna in kompleksna ter vpliva na področje socialnega varstva, zdravstva in javnega zdravja. Vpliva tudi na stopnjo varstva človekovih pravic v državi, na stanovanjsko politiko in politiko zaposlovanja, dostopnost grajenega javnega in zasebnega okolja ter zahteva spremembe zakonskih aktov.

Prav zato, ker gre za kompleksne sistemske spremembe, so pogosta stališča tistih, ki se temu upirajo, da:

- deinstitutionalizacije ni mogoče uresničiti v vseh državah EU;
- ni realistično, da bi vsak človek lahko bival zunaj institucije in da bo potemtakem vedno treba imeti nekaj institucij; strokovni delavci v institucijah pogosto opisujejo težave pri preseljevanju težavnih in zahtevnih stanovalcev in domnevne želje stanovalcev, da bi še naprej ostali v zavodu;
- bi zaprtje institucij privedlo do samomorov in brezdomstva;
- so storitve in servisi v skupnosti dražji kot institucionalno varstvo, kjer večje število ljudi na enem mestu dobi za vse enake storitve: če deinstitutionalizacijo vodi interes po zmanjšanju stroškov in ne interes po povečanju kakovosti življenja uporabnikov, bodo finančni razlogi in pridobljeni privilegiji strokovnjakov v zdravstvenem in socialnem varstvu ponovno blokirali realizacijo izvedbe preselitev;
- osebe s težavami v duševnem zdravju (vsaj v času psihoz) ne morejo odločati same zase in so lahko nevarne, če živijo v skupnosti brez ustrezne podpore in nadzora: to so stališča nekaterih strokovnjakov, ki ne sprejemajo obrnjene paradigme deinstitutionalizacije (deprofesionalizacija), kjer so kritični uporabniki in svojci enakovredni strokovnjakom pri vodenju raznorodnih storitev in programov pri socialnovarstvenih izvajalcih v skupnosti (Pfeiffer: 2015). Službe za duševno zdravje v institucionalnem okolju so običajno organizirane iz perspektive optimalne organizacije dela, zato so se uporabniki prisiljeni prilagoditi pogojem, če želijo dostopiti do njih (service – led approach). Predvsem službe, ki želijo delovati v skupnosti, morajo preiti k modelu, kjer so potrebe uporabnikov na prvem mestu, službe pa so dolžne prilagoditi organizacijo dela potrebam uporabnikov (needs – led approach);
- spoštovanje pravic uporabnikov in njihovo sodelovanje pri odločanju: uporabniki (in njihove družine) morajo biti pri prehodu polnopravni partnerji. Biti morajo dejavno vključeni in z njimi se je treba posvetovati pri razvoju, opravljanju in vrednotenju storitev, ki jih prejemajo. Uporabnikom je treba zagotoviti ustrezne informacije na način, ki ga lahko razumejo. Kadar je to potrebno, jim mora pri odločitvah pomagati oseba, ki jo sami izberejo. Upoštevati je treba posebne potrebe in zahteve vsakega posameznika (WHO: 2003);

- pomanjkljiva mreža servisov, majhno število socialnovarstvenih storitev in programov, vprašljiva kakovost obstoječih storitev in zaposlenih: osebje v različnih službah v skupnosti mora imeti nova usposabljanja in supervizijo, s čimer bodo osvojili načela deinstitutionalizacije; v prihodnosti se pričakuje, da bodo to ob kadru nevladnih organizacij tudi bivši zaposleni zavodov, ki težko sprejemajo nova načela in prakso dela, zato morajo biti dobro usposobljeni za razumevanje in implementacijo načel deinstitutionalizacije. Neformalne oblike skrbi za duševno zdravje, ki jih izvajajo družine, skupine za samopomoč ali prostovoljci, je treba podpreti z izboljšanjem splošnega razumevanja duševne bolezni in njenih vzrokov, s predstavitvijo možnih oblik oskrbe in s priučitvijo vodstvenih znanj. Po drugi strani je treba zagotavljati razpoložljivost dovolj dobro usposobljenega osebja z znanjem in veščinami, primernimi za oskrbo v skupnosti, ki temelji na partnerstvu, vključujočem odnosu in interdisciplinarnem pristopu. To lahko vključuje preusposabljanje in prekvalifikacijo osebja, ki je prej delalo v institucionalni kulturi. S prerazporeditvijo osebja, ki ga je mogoče usposobiti za delo v skupnosti, je mogoče zmanjšati ovire za reformo. Zaželeno je, da so pri začetni kvalifikaciji in prekvalifikaciji osebja na vseh ravneh usposabljanja navzoči predstavniki skupine uporabnikov. Videti je, da je odpor proti deinstitutionalizaciji s strani zaposlenih v institucijah pogojen predvsem iz strahu pred izgubo službe, zato je nujno vlagati sredstva in napor v njihovo sodelovanje. Ker gre pri osebju institucij za strokovnjake z bogatimi izkušnjami, jih je treba usposobiti za zagotavljanje skupnostne oskrbe in tako povečati kakovost oskrbe;
- preprečiti je treba fluktuacijo osebja zaradi slabih zaposlitvenih pogojev, kot je to značilno za nevladne organizacije (Zaviršek, D., Krstulović, G., Leskošek, V., 2015: 86–106);
- institucionalna kultura se lahko razvije tudi v zasebnih in nevladnih organizacijah z manjšim številom uporabnikov;
- dolgotrajna skrb se prenese na pleča družine, svojcev: institucije so družinske člane deloma osvobodile skrbstvenega dela doma za ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno podporo, in deinstitutionalizacija ne sme pomeniti, da bodo družine prisiljene skrbeti za ovirane, če tega ne želijo;
- ljudje s težavami v duševnem zdravju se vrnejo domov v družine, ki jih nočejo: mnogi ljudje so doma izkusili zlorablajoče okolje in za mnoge pomeni vrnitev v primarne družine izpostavljenost nasilju, zanemarjanju in osamljenosti (prav tam).

1.1.4 NVO v procesu deinstitutionalizacije

Zmeraj več je raziskav in trditev, da stanovanjske skupine, ki so jih ustanovile NVO in so veljale za vmesno strukturo na poti iz institucij v skupnost, postajajo za stanovalce končne postaje in tako ne omogočajo realizacije deinstitutionalizacije v celoti ter same povzemajo institucionalno kulturo.

Iz raziskave P. Videmšek (2013) izhaja, da je bilo med letoma 1992 in 2009 v programu stanovanjskih skupin nevladnih organizacij nameščenih le 413 ljudi. Več kot polovica od njih (53 % stanovalcev ali 220 ljudi) je v stanovanjsko skupino prišla iz skupnosti (iz primarne družine), 6 % ljudi je prišlo iz druge nevladne organizacije (21 ljudi), 1 % (3 ljudje) od drugod (so bili brezdomni, iz tujine, materinskega doma ali zapora). Iz skupnosti je bilo torej skupaj premeščenih 72 % ljudi (298 ljudi). Le 27 % ljudi (115 ljudi) je bilo v stanovanjske skupine preseljenih iz psihiatričnih bolnišnic ali drugih institucij (Zavod Hrastovec, Psihiatrična klinika Idrija, Ljubljana, Vojnik, Begunje, zapor).

Zbrani podatki so tudi pokazali, da so se ljudje namesto odselitve v samostojna stanovanja vračali v institucije. Pokazalo se je, da je bilo v letih od 1992 do 2009 skupaj preseljenih 347 ljudi, od tega 46 % (161 ljudi) nazaj v primarno družino, 24 % stanovalcev (83 ljudi) je bilo iz stanovanjske skupine premeščenih v institucijo, 11,5 % ljudi (40 ljudi) je šlo živeti na svoje, 6 % ljudi je bilo premeščenih v drugo NVO, slabih 6 % ljudi je umrlo (20 ljudi, od tega 9 samomorov), 5 % (17 ljudi) jih je šlo v neznano, 1 % ljudi je postal brezdomen, 2 stanovalca pa sta šla živet k partnerjem (prav tam).

Ljudje ne samo zaradi dolgotrajnih težav v duševnem zdravju, ampak tudi zaradi pomanjkanja sredstev za življenje, pomanjkanja stanovanj in zaposlitev ostajajo v stanovanjskih skupinah. Stanovanjske skupine torej niso vmesne strukture, kjer človek po institucionalizaciji nekaj časa živi, preden se osamosvoji, temveč so edina oblika socialnovarstvene ponudbe bivanja.

V okviru omenjenih kritik nekateri akademiki očitajo nevladnemu sektorju konformizem, in sicer »da volja po učinkovitem upravljanju usmeri organizacijo skupnostne oskrbe v pretirano birokratizacijo postopkov, standardizacijo storitev in posledično v masifikacijo uporabnikov« (Flaker 2008: 24).

Takšna stališča lahko opredeljujejo izvajalce obravnave kot tiste, ki zbirajo in ohranjajo uporabnike v programu zaradi finančnega interesa organizacije in ne zaradi individualnega osamosvajanja uporabnika in preseganja odvisnosti od strokovnjakov in institucije.

Prav tako se pojavljajo očitki, da se v NVO izogibajo nameščanju t. i. težjih primerov in s tem onemogočajo realizacijo deinstitucionalizacije v praksi. »Skupnostne službe so namreč zaradi svoje lociranosti na terenu prišle v stik z večjim številom ljudi, ki doživljajo stisko, se ukvarjali z lažjimi primeri, težje primere pa prepuščali institucionalni oskrbi. Glede na to, da so bile dovolj ekspanzivne, so tudi našle večje število takih »primerov«. To kaže na to, da če se reforma izpelje le na deklarativni ravni, v praksi pa kot dodatek obstoječemu sistemu, samo poveča obremenjenost državnega proračuna, hkrati pa omogoča nadaljnjo prevlado institucionalnega sistema in neučinkovito in neuspešno porabo proračunskih sredstev« (Flaker 2000: 21). Nevladne organizacije tako ostajajo na nivoju aktivističnih gibanj ali povzemajo mentaliteto zavodov, ki ne upošteva uporabniške perspektive pri pripravi in izvedbi programov obravnave v skupnosti.

Prav tako iz opravljenih raziskav izhaja (Flaker et al. 2015: 37), da so programi nevladnih organizacij ali t. i. vmesne strukture, ki so jih ustanovljali v zadnjih dvajsetih letih, bile v svojem času pomembna inovacija in preboj v miselnosti glede oskrbe ljudi z dolgotrajnimi stiskami. Manjše strukture namreč omogočajo bolj osebni pristop, pa tudi drugačne odnose in metode dela. Po skoraj četrto stoletju obstoja pa vidimo, da to poslanstvo le še deloma uresničujejo. Že v načelu je to oblika bivanja, ki predvideva neprostovoljno življenje z ljudmi, ki jih nisi izbral. Uporabniki očitajo, da so to postale strukture za »parkiranje« ljudi, da niso prehodne in da so (npr. zaradi stanovanjskih težav) prisiljeni v dolgotrajno bivanje v njih, da so zaradi tega odvisni in podrejeni osebju. Zaradi povsem ekonomskih razlogov, pa tudi strokovnih ideologij popravljanja, so vmesne strukture postavile visok prag sprejema in so postale mehanizem »snemanja smetane«, v njih torej živijo ljudje, ki potrebujejo manj oskrbe in ki bi zlahka živeli samostojneje (prav tam).

Ocenimo lahko, da vmesne strukture v večji meri kot zavodi odgovarjajo na potrebe svojih uporabnikov, da pa so zaradi omejenih možnosti, da bi ljudem zagotovili prehod v povsem skupnostni način življenja in oskrbe, neučinkovite pri zadovoljevanju potreb po samostojnosti in deloma omejujejo vključevanje v tok družbe ter ustvarjajo obrazce odvisnosti in pasivnosti (prav tam).

Kaj odgovoriti na navedene kritike?

Lahko se vsaj delno strinjamo z navedenim in ugotovimo, da nevladne organizacije v zadnjem obdobju stagnirajo pri razvoju programov obravnave v skupnosti in premalo prevzemajo pobudo pri rehabilitaciji, zdravljenju in reintegraciji oseb z duševno motnjo v lokalno okolje. Koncept duševnega zdravja s prenosom v skupnost je trčil na strukturne in sistemske dejavnike, ki so uspeli zadušiti nadaljnji razvoj metod dela in inovacij.

V nadaljevanju naloge bom poizkušal odgovoriti na navedene očitke predvsem s stališča, da skupnostna skrb ne pomeni samo deinstitutionalizacije, temveč naj bi delovala tudi preventivno in poskrbela za vse tiste posameznike, ki še niso razvili hospitalizma in sindroma vrtečih se vrat.

Pri delu NVO ne gre za konformizem, temveč za izjemno neugodne pogoje dela strokovnjakov, kadrovske podhranjenost in preobremenjenost zaposlenih, neurejeno delovno zakonodajo (odsotnost kolektivne pogodbe za nevladni sektor), neurejeno socialno varnost zaposlenih v nevladnem sektorju, konflikt skupnostnih služb s tradicionalnimi službami in nasprotovanje psihiatrične stroke.

Nevladne organizacije na področju programov duševnega zdravja v skupnosti v procesu deinstitutionalizacije že izvajajo številne storitve: osebno asistenco, vodenje stanovanjskih skupin in dnevnih centrov, omogočajo prevoze, svetovanje, informiranje, podporo na specifičnih področjih, psihosocialno pomoč itd. Trenutni položaj nevladnih organizacij, ki se ukvarjajo z nudenjem programov na področju socialnega varstva, je slab, saj so sredstva za financiranje programov in kapacitete premajhna, premajhno je tudi število zaposlenih in njihovi dohodki.

V prihodnosti se od nevladnih organizacij, ki izvajajo socialnovarstvene storitve, nujne za izvedbo deinstitutionalizacije, pričakuje razvijanje dejavnosti na področjih bivanja s podporo, osebne asistencije, podpore pri šolanju, zaposlovanju, podpore na delovnem mestu, na področju vseživljenjskega učenja, pri razvijanju spretnosti za samostojno življenje, podpore družinam in pri ustvarjanju družine, psihosocialne podpore, podpore na področju samostojnih stanovanj in drugih temeljnih socialnih potreb, koordinacija služb in koordinacija podpore v skupnosti.

Za to pa je potrebna široka mreža nevladnih organizacij, ki bi zagotavljale nujne in kakovostne storitve v skupnosti po naslednjih načelih (Zaviršek, D., Krstulović, G., Leskošek, V., 2015: 7–8):

- pomembno načelo v socialnem varstvu mora postati, da imajo uporabniki možnost izbire bivanja, storitev in izvajalcev storitev;
- za uspešnost procesa deinstitutionalizacije je treba poleg zagotavljanja materialnih pogojev (dovolj sredstev za dostojno preživetje, stanovanje in drugo) zagotoviti tudi ustrezno strokovno usposobljenost zaposlenih, saj so doktrine dela v zavodih ljudi ohranjale odvisne od institucij. Takšen priučen strah uporabnikov pred življenjem zunaj varnih zidov institucije je pomemben razlog za zadržke, ki jih strokovno osebje, svojci in uporabniki doživljajo v procesu deinstitutionalizacije;
- procese deinstitutionalizacije mora spremljati razvoj nevladnih organizacij, ki bodo sposobne ponuditi kakovostne storitve v skupnosti glede na individualne potrebe ljudi in ne zgolj glede na posameznikovo diagnozo;
- za zagotovitev celostnih in kakovostnih oblik podpore posameznici in posamezniku je pomembno mreženje ter medsebojno povezovanje in sodelovanje nevladnih organizacij;
- nevladne organizacije morajo razviti lastne standarde kakovosti, v te procese pa morajo biti vključeni tudi uporabniki;
- zagotoviti je treba njihovo redno, kontinuirano in zadostno financiranje in izenačenje zakonskih pogojev z organizacijami na področju institucionalnega varstva;
- za uresničevanje procesov deinstitutionalizacije, v katere so vključene nevladne organizacije, je treba doseči takojšne medresorsko sodelovanje med različnimi službami ministrstev, lokalnimi skupnostmi in javnimi stanovanjskimi skladi za pridobitev namestitvenih kapacitet, ki bodo razpršene v skupnosti.

1.2 Razvoj skupnostnih služb v okviru nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja

Nevladne organizacije na področju duševnega zdravja so društva in združenja, ki so ustanovljena v skladu z Zakonom o društvih (Ur. l. RS, št. 60/95) in delujejo na podlagi Zakona o socialnem varstvu (Ur. l. RS, št. 54/92), NPSV (Ur. l. RS, št. 31/2000) in Zakona o duševnem zdravju (Ur. l. RS, 77/2008).

Razvoj nevladnih organizacij oziroma skupnostnih služb se je pri nas bolj vidno začel po letu 1990, ko so to omogočile spremenjene družbene razmere. Bil je odgovor na potrebe uporabnikov, ko so po vrnitvi iz psihiatrične bolnice potrebovali podporo v skupnosti, v katero so se vrnil. Ljudi hospitalizacija stigmatizira in ohromi na delovnem in osebnem področju. Človek se tako vrne v okolje, ki ga ne razume, ki mu prilepi negativne attribute in se ga izogiba. Prepuščen je sam sebi in svojim strahovom. Edina služba, kamor so se uporabniki lahko obrnili, je bil center za socialno delo, vendar pa socialne delavke na centrih za socialno delo niso bile dovolj usposobljene za delo s to skupino uporabnikov (Vogelnik 2005: 22–23).

Nevladne organizacije nudijo uporabnikom izvajanje socialnovarstvenih programov – predvsem bivanje, oporo in spodbujanje skrbi zase in pomoč pri vključevanju v skupnost. Temeljni cilj organizacije je individualna obravnava vsakega posameznika s težavami v duševnem zdravju in zagotovitev čim bolj samostojnega življenja v skupnosti.

Pri uresničevanju ciljev se morajo upoštevati načela socialnega varstva: individualno načrtovanje, predstavitev možnih rešitev, opolnomočenje in usposabljanje za samostojnejše življenje, vzpostavljanje podpore, možnost izbire, seznanjanje s pravicami in načinom uveljavljanja, socialno vključevanje in spoštovanje pravic uporabnikov (ReNPSV 06–10: 2006).

Smernice razvoja nevladnih organizacij so v Sloveniji opredeljene v Nacionalnem programu socialnega varstva. Razvoj nevladnih organizacij temelji na načelih socialne pravičnosti, solidarnosti, enake dostopnosti, proste izbire in pluralnosti, izenačevanja možnosti in spoštovanja pravic uporabnikov. To pomeni tudi podporo prostovoljnega dela, uveljavitev nevladnega sektorja, zasebnitva in uporabniških združenj ter njihovi povezanosti na nacionalni ravni v sistem socialnega varstva (prav tam).

Danes v Sloveniji delujejo naslednje organizacije, ki so namenjene neposredno ljudem s težavami v duševnem zdravju v skupnosti: **Novi Paradoks, Altra, Ozara, Šent, Vezi, Humana**. Poznamo tudi uporabniška združenja društva **Dam, Mostovi in Mir sreče**.

V širšem kontekstu pa lahko štejemo k organizacijam s področja duševnega zdravja tudi:

- društva za obravnavo motenj hranjenja (**Društvo ženska svetovalnica in Društvo MUZA**);

- društva za pomoč starostnikom s težavami v duševnem zdravju in demenci (**Spominčica, Zveza društev za socialno gerontologijo**);
- društva za telefonsko svetovanje v duševni stiski (**Samarijan, SOS telefon**);
- društva za obporodno pomoč (**društvo Naravni začetki**);
- društva za preprečevanje samomora (**SASP Posvet**);
- društva za pomoč osebam s komorbidnostjo (**Zavod Pelikan**).

Te organizacije imajo različne programe za podporo in pomoč ljudem s težavami v duševnem zdravju: zagovorništvo, stanovanjske skupine, zaposlovanje, krizni center, pomoč za samostojno življenje, dnevni center, izobraževalni center ...

V izvajanju programov se med seboj razlikujejo, vendar pa imajo skupne značilnosti, da so ustanovljene na pobudo uporabnikov ali zainteresirane laične in strokovne javnosti, izvajajo dopolnilne programe socialnega varstva, so neprofitne, sofinancirane pa so delno iz proračunskih sredstev, sponzorstev, članarin, donacij.

Za razliko od psihiatrične obravnave, ki temelji na medicinskem modelu, ki išče pomanjkljivosti oziroma bolezenska stanja, skupnostne službe temeljijo na socialnem modelu, ki pri ljudeh išče vire in moč. S svojimi storitvami poskušajo podpreti uporabnike tam, kjer si to želijo, izboljšati kakovost življenja, povečati integracijo in zmanjšati število ponovnih hospitalizacij.

1.2.1 Vmesne strukture na področju duševnega zdravja

V procesu deinstitucionalizacije se je pokazalo, da veliko bivših uporabnikov psihiatričnih ustanov nima kam, da so obtičali v zavodih deloma tudi zaradi stanovanjskih problemov in da so potrebni podpore pri vsakdanjem življenju. Nastale so t. i. vmesne strukture (dnevni centri, stanovanjske skupine, skupine za samopomoč, delovna rehabilitacija), ki odgovarjajo na potrebe in stiske ljudi, katerim grozi kronični hospitalizem, marginalizacija ali odstranitev iz okolja, v katerem so živeli. Tako se je oblikovalo več različnih oblik rezidenčnega varstva, ki pokrivajo tako stanovanjske, terapevtske kot rehabilitacijske namene tovrstnega varstva (Gošte 2004: 20).

Pod pogoji, ki jih določa Zakon o socialnem varstvu (2007) v 59. členu, se lahko kot socialnovarstveni zavod organizirajo tudi sprejemališča, materinski domovi, svetovalnice, stanovanjske skupine, centri za neodvisno življenje invalidov in druge oblike organizacij.

Ena bolj prepričljivih definicij vmesnih struktur, ki temelji na identifikaciji skupnih značilnosti vseh različnih poskusov in oblik na tem področju, pravi: »Vmesne strukture so celota terapevtskih intervencij in prostorov, ki izhajajo iz drugačnega pristopa k človeku, vpeljujejo alternativne oblike intervencij, upoštevajo vpliv okolice, delajo z družino, s pacientom in celotnim socialnim kontekstom« (Jerman 1991: 138–139).

Namen vmesnih struktur je predvsem dvojen (Jerman 1991: 106):

- reintegracija v skupnost za paciente z dolgotrajno hospitalizacijo, ki nimajo drugačne možnosti, da bi bili odpuščeni iz bolnice zaradi različnih vzrokov – zaradi stopnje prizadetosti, ker nimajo več svojcev ali le-ti ne morejo skrbeti za njih, ker nimajo možnosti drugačne oblike bivanja ter potrebujejo občasno ali stalno družbeno skrb;
- alternativne oblike zdravljenja, ki ne vključujejo obvezne hospitalizacije, ravno obratno, poskušajo se ji izogniti.

Izvajalci vmesnih struktur v večji meri upoštevajo uporabnikovo individualnost, avtonomnost in neodvisnost. V teh strukturah se zmanjšuje število in dolžina hospitalizacij zaradi duševne bolezni, zmanjšuje se število izgubljenih delovnih ur zaradi bolniške odsotnosti iz dela, prav tako pa je zaznati zmanjšano število invalidskih upokojitev zaradi duševne bolezni.

1.3 Preventivni programi NVO na primarni, sekundarni in terciarni ravni

Kot podlago za razvrstitev programov in dejavnosti nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja sem v nalogi izhajal iz internega dokumenta »Povečanje in dostopnost služb za varovanje duševnega zdravja v vseh regijah RS« (Oreški S., et al.: 2009), ki sem ga sooblikoval skupaj s predstavniki drugih nevladnih organizacij, združenih v Koordinacijo nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja. Pričujoč tekst je predlog za Nacionalni program varovanja duševnega zdravja (v nadaljevanju NPDZ) v poglavju povečanja dostopnosti služb za varovanje duševnega zdravja v vseh regijah RS.

Vsi pretekli predlogi NPDZ (ki trenutno še ni sprejet) določajo merila za razvoj mreže storitev in programov za duševno zdravje v skupnosti, ki so na voljo osebam s težavami v duševnem zdravju, njihovim svojcem ali družinam. Na podlagi teh meril naj bi izvajalci organizirali storitve in programe za preventivo duševnega zdravja in preprečevanje

socialne izključenosti oseb s težavami v duševnem zdravju. NVO so pripravile predloge za NPDZ na področjih:

a) promocije, preventive in prostovoljstva na področju duševnega zdravja:

- osveščanje javnosti o duševnih motnjah;
- izvajanje kampanj za boj proti stigmatizaciji duševnih motenj;
- organizacija okroglih miz in konferenc;
- promocijske aktivnosti ob svetovnem dnevu duševnega zdravja;
- delo z mediji;
- aktivnosti za povečanje skrbi za lastno duševno zdravje;

b) rehabilitacije oseb s hudimi in ponavljajočimi se težavami v duševnem zdravju:

- stanovanjske skupine s 24-urno strokovno podporo, ki jo izvajajo različni strokovni profili;
- povezovanje dnevnišnic in dnevnih centrov;
- povečanje dostopnosti do psihoterapevtskega zdravljenja;
- ustanavljanje kriznih centrov v skupnosti za kratkotrajno namestitev;
- izvajanje kompleksne kognitivne rehabilitacije;

c) izgradnje služb za duševno zdravje v skupnosti:

- izgradnja in širitev mreže storitve in programov psihosocialne in zaposlitvene rehabilitacije v deficitarna območja;
- zagotoviti zakonske in finančne pogoje za učinkovito izvajanje in nadaljnjo izgradnjo mreže storitve in programov;
- zagotoviti pogoje za izvajanje podpornih programov in programov samopomoči ter preventivnih in izobraževalnih programov;
- razvijati inovativne programe in storitve;
- spodbujati delovanje uporabniških združenj;
- spodbujati povezovanja svojcev;
- aktivnosti za večje sprejetje programov duševnega zdravja v skupnosti med lokalnim prebivalstvom;
- interdisciplinarni mobilni timi.

Pri predstavitvi delovanja in pobud NVO za NPDZ smo bili vnaprej zavezani smernicam in klasifikaciji preventivne dejavnosti, ki so jo pripravili psihiatri in večinsko izhajajo iz medicinske doktrine ter večinsko uporabljajo medicinsko terminologijo.

NVO smo pri sooblikovanju predloga nacionalnega programa ter predstavitvi in utemeljitvi svojih možnosti pri vključevanju oziroma dopolnjevanju javnih služb v različnih okoljih in regijah izhajali iz osnovne zahteve, da je za uspešno zdravljenje in socialno vključevanje oseb s težavami v duševnem zdravju bistvenega pomena skupen nastop zdravstvene in socialne službe v javnem ali nevladnem sektorju. Integracija zdravstvenih in socialnih služb na regionalnem nivoju je osnova vsake uspešne mreže izvajalcev programov in storitev duševnega zdravja v skupnosti. Kot prispevek h konstruktivnemu pristopu izdelave NPDZ so NVO pripravile svoj prispevek na podlagi klasifikacije dr. Drnovškove (IRIO 2008: 31–32, predlog RNPZ: 2009), ki na področju duševnega zdravja opredeljuje primarno, sekundarno in terciarno preventivno dejavnost, pri čemer se primarna preventivna dejavnost, ki je najbolj zanimiva za duševno zdravje, še dodatno deli na univerzalno, selektivno in indicirano.

Primarna preventiva je namenjena preprečevanju duševnih motenj. Pri tem je univerzalna primarna preventiva namenjena celotni populaciji, selektivna skupinam ljudi s povečanim tveganjem za nastanek duševnih motenj in indicirana primarna preventiva ljudem, ki že imajo nekatere simptome duševnih motenj, a motnje še niso razvili.

Sekundarna preventiva je namenjena povečevanju prepoznavnosti duševnih motenj in zgodnjemu ter učinkovitemu zdravljenju. »Namenjena je hitremu odkrivanju in pravočasnemu ter ustreznemu zdravljenju duševnih motenj z namenom zmanjšanja razširjenosti motnje oziroma skrajšanja trajanja bolezni. Ker je znanje ljudi o duševnih motnjah slabo in ker duševne motnje še vedno spremlja stigma, družina ali širše socialno okolje motnje v začetku navadno ne prepozna in posledično ne poišče ustrezne pomoči, dokler ne pride do kakšnih neljubih ali celo nevarnih incidentov. Z odlašanjem obiska pri ustreznem strokovnjaku se bolniku dolgoročno povzroča škoda, saj se zamuja priložnost za zgodnjo diagnozo in začetek zdravljenja, ki je na začetku bistveno bolj uspešno kot v napredovani fazi bolezni. Zato se v okviru sekundarne preventive izvajajo aktivnosti, ki so usmerjene v izboljšanje znanja splošne populacije o duševnih motnjah« (IRIO 2008: 31).

Terciarna preventiva je namenjena rehabilitaciji in preprečitvi dodatnih socialnih posledic po preboleli duševni motnji. »Usmerjena je v preprečevanje posledic prebolele duševne motnje oziroma preprečevanje invalidnosti. Osnovni načeli sta preprečevanje ponovitev oziroma poslabšanj bolezni ter celovita rehabilitacija. To vključuje informiranje bolnika o jemanju zdravil, o zgodnjih znakih poslabšanja motenj, o hujših stranskih učinkih zdravil, vključevanje v različne vrste individualne in skupinske psihoterapije, učenje socialnih spretnosti, rehabilitacijo v različnih oblikah skupnostne oskrbe (dnevni centri, bivalne skupnosti, zaščitne delavnice, klubi bolnikov itd.)« (prav tam: 32).

Predvsem preventivna dejavnost in dejavnosti po zaključeni zdravstveni obravnavi so področja, kjer so NVO razvile svoje programe.

1.4 Promocija in preventiva duševnega zdravja v nevladnih organizacijah s področja duševnega zdravja

Delovanje nevladnih in humanitarnih organizacij na področju duševnega zdravja v skupnosti se v Sloveniji odvija že skoraj dve desetletji in je oplemeniteno tako s koncepti in s sodobnimi smernicami na področju razvoja duševnega zdravja v skupnosti kot tudi z izkušnjami dela v praksi. Preventivne in promocijske dejavnosti so se v nevladnih organizacijah razvijale vse od devetdesetih let dalje in jih po definiciji preventive in promocije (IRIO: 2008) z največjo gotovostjo lahko uvrstimo v dejavnosti preventive in promocije duševnega zdravja posameznikov in skupin prebivalstva. Preventivo in promocijo duševnega zdravja v skupnosti predstavljamo na treh ravneh: primarni, sekundarni in terciarni.

Glede na to, da je največji problem na področju duševnega zdravja odnos do okrnjenega duševnega zdravja (Oreški: 2008), NVO s svojimi skupnostmi in v družbo usmerjenimi dejavnostmi prispevajo k zmanjševanju predsodkov in mitov, ki obstajajo do posameznikov z duševnimi motnjami. Zaradi svoje humanitarne naravnosti in fizične umeščenosti v lokalna okolja so ljudem mnogo bližje kot uradne ustanove. S svojimi programi prispevajo k zmanjševanju škode (stigma, diskriminacija), ki nastane zaradi netočnih predstav do posameznikov, ki imajo duševno motnjo. Zaradi svojega posebnega statusa lahko na primarnem nivoju za posameznika in ogrožene skupine povežejo vse sektorje. Proaktivni pristop, ki ga izvajajo pri svojem delu, je lahko dobra podlaga za nadaljnje preventivno delo na področju duševnega zdravja. Kot tudi pravi študija IRIO

(2008), ne preseneča dejstvo, da večino preventivnih programov za duševno zdravje danes izvajajo nevladne organizacije, ki imajo podporo socialnega sektorja, saj sledijo načrtu izvajanja usmeritev in nalog iz Zakona o socialnem varstvu (Ur. l. RS, št. 3/2007), Nacionalnega programa socialnega varstva 2001–2005 (Ur. l. RS, št. 31/2000 2) in aktualne Resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (Ur. l. RS, št. 39/2013).

V nadaljevanju bom v okviru uporabljene klasifikacije skušal natančneje pojasniti in opisati delovanje NVO na področju preventive in promocije duševnega zdravja.

1.5 Programi terciarne preventive

Dejavnosti nevladnih organizacij (Oreški S., et al.: 2009) tradicionalno prepoznavamo na področju terciarne preventive, saj v okviru obravnave v skupnosti opravljajo javne in verificirane socialnovarstvene programe (stanovanjske skupine, dnevne centre, svetovalne pisarne). Z njimi omogočajo psihosocialno rehabilitacijo in okrevanje posameznikom po zaključku bolnišničnega zdravljenja.

Terciarne preventivne aktivnosti v NVO ciljajo s svojo dejavnostjo na različne dejavnike, ki stremijo h krepitvi preventivnih dejavnikov za nastanek duševnih motenj. Usmerjenost je običajno v urejanje vsakodnevnih aktivnosti, ki zajemajo skrb za celovito duševno blagostanje, izboljšanje kakovosti življenja, urejanja, vodenja, pomoč pri širitvi socialne mreže, učenja socialnih spretnosti in veščin kot tudi skrb za jemanje zdravil, učenje veščin za spodbujanje zdravega življenjskega sloga, prevzemanje zdravih vedenjskih navad, spodbujanje k prevzemanju odgovornosti in skrbi za lastno zdravje, preprečevanje odvisnosti ipd.

Prav takšna celovita rehabilitacija se v NVO izvaja v programih Stanovanjskih skupin, kjer posamezni strokovni delavec ali tim vsakodnevno spremlja in obravnava uporabnika z namenom zvišanja njegove samostojnosti in življenja v skupnosti. Pri taki obravnavi gre običajno za zadovoljevanje potreb na vseh ravneh posameznikovega življenja (bivanje, skrb za higieno, zdravila, socialno mrežo, vpetost v različne aktivnosti, učenja socialnih spretnosti in veščin ipd.). Tudi manjši delež programov dnevnih centrov in svetovalno-informacijskih pisarn lahko uvrstimo v terciarno preventivno dejavnost, saj vanje

vključujejo uporabnike, ki v okviru različnih delavnic in drugih aktivnosti krepijo svoje duševno zdravje oziroma preprečujejo poslabšanje duševne motnje (prav tam).

1.5.1 Programi svetovalno-informacijskih pisarn in dnevnih centrov

Pri dejavnosti svetovalno-informacijskih pisarn gre za nudenje psihosocialne pomoči ljudem v duševni stiski in posameznikom z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju ter njihovim svojcem. Strokovne storitve vključujejo telefonsko in osebno informiranje, svetovanje, osebno pomoč, izdelavo individualnega načrta podpore in njegovo izvedbo. Posamezniki lahko svoje težave rešujejo še v vodenih skupinah za samopomoč. Storitve se izvajajo v pisarni in na terenu (v institucijah) ali v življenjskem okolju posameznika. Izstopa metoda dela s posameznikom oziroma individualni pristop, ki poteka prek faz: ugotavljanje potreb – informiranje o virih pomoči – reševanje težav in stisk – tudi določitev služb in koordinacija le-teh pri zadovoljevanju potreb oziroma reševanju stisk in težav. Cilj programa je krepitev osebne moči in vpliva uporabnikov, zmanjševanje njihove socialne izključenosti in izboljšanje kakovosti njihovega življenja (Dernovšek Z. M., Oreški S., Tavčar R.: 2009).

V teh programih se izvajajo dejavnosti, s pomočjo katerih posameznikom, ki se nahajajo v duševnih stiskah, nudijo pomoč prvega svetovanja, podporo, usmerjanje, vodenje kot tudi urejanje pri reševanju težav, zaradi katerih se oglasijo pri njih. Vodeni svetovalni razgovori, vključitve v skupine za samopomoč in ocena potreb, kateri lahko sledi koordinacija služb na različnih nivojih, običajno tudi vključujejo napotitev ali spremstvo k specialistom (psihiatrom, psihologom, splošnemu zdravniku) oziroma spremstvo na prvo psihiatrično pomoč. V delovanje svetovalnic sodi tudi t. i. triaža oziroma koordinacija in povezava služb, ki delujejo na primarnem in sekundarnem nivoju (CSD, splošni zdravnik, urgencia, psihiater, policija, sorodniki ...). S takšnim pristopom namreč tudi preprečujejo neljube incidente v skupnosti, ki nastanejo kot posledica poslabšanja duševne motnje (Oreški S., et al.: 2009).

Program dnevnih centrov

V dnevnem centru omogočajo ljudem s težavami v duševnem zdravju vključevanje v razne oblike aktivnega preživljanja prostega časa, učenje socialnih spretnosti in veščin, učenje veščin za spodbujanje zdravega življenjskega sloga, prevzemanje zdravih vedenjskih

navad, spodbujanje k prevzemanju odgovornosti in skrbi za lastno zdravje, podporo pri širitvi socialne mreže ter učenja medsebojne pomoči in samopomoči. Izvajajo številne delavnice in aktivnosti s športnega, kulturnega, ekspresivnega in družabnega področja (kiparske, slikarske delavnice, tečaji jezikov, skupine za samopomoč, telovadba, razbremenilni razgovori ipd.). Nekatera društva s pomočjo sponzorjev in donacij nudijo brezplačne vstopnice za ogled različnih kulturnih, športnih prireditev, celodnevne sobotne izlete, zimske in letne tedenske taborne, prostor za razstave ali druge umetniške prireditve. Strokovni pristop, spodbudno okolje in principi dela, ki jim strokovni delavci v programih dnevnega centra sledijo, omogočajo, da se uporabniki ne počutijo zapostavljeni, temveč so spodbujeni k razmišljanju in kreiranju svojega vsakdana in programov ter aktivnosti, ki jih izvajajo NVO. Cilj programa je povečati aktivnost in kreativnost uporabnikov na podlagi njihovih potreb, znanj in sposobnosti ter jim pomagati pri izgradnji samopodobe. Program je usmerjen v ohranjanje njihovih pridobljenih znanj in spretnosti ter k urjenju pri pridobivanju novih socialnih in delovnih navad ter veščin (Dernovšek Z. M., Oreški S., Tavčar R.: 2009).

V dejavnosti dnevnih centrov uvrščamo tudi naslednje aktivnosti:

- promocije zdravega načina življenja in zdravega preživljanja prostega časa;
- krepitev pozitivne samopodobe;
- strategije spoprijemanja s stresom in reševanje problemov;
- krepitev in spodbujanje socialnih mrež in podpornih okolij.

Večina dnevnih centrov organizira raznolike delavnice o zdravi prehrani, zdravem stilu življenja, predavanja o učinkih zdravil, organizirajo skupinsko telovadbo, redne izletniške pohode, rekreativne taborne ter skrbijo za krepitev in varovanje duševnega zdravja še prek različnih tematskih delavnic (življenje z duševno motnjo, medosebni odnosi, spolnost, ljubezen, zasvojenosti, učenje sproščanja in asertivnih tehnik, duhovna rast, čustvena inteligenca ipd.). Ravno tako so aktivnosti dnevnih centrov namenjene višanju samopodobe, kjer lahko uporabniki prek različnih pogovornih skupin in delavnic pridobijo znanja, s pomočjo katerih lahko izboljšajo svojo samopodobo. Nekatere organizacije jih učijo tudi kreativnih spretnosti, s pomočjo katerih lahko izdelujejo različne izdelke s področja likovnega in ročnega ustvarjanja, katere potem predstavijo v okviru razstav širši javnosti. Prek družbenega priznanja in uspeha si uporabniki zvišujejo samozavest (Oreški S., et al.: 2009).

Vse organizacije izvajajo tudi programe, ki so usmerjeni v ohranjanje stikov, intimnih in ljubečih medosebnih odnosov ter širitev podpornih mrež. V ta namen izvajajo skupine za samopomoč, vključujejo prostovoljce v vse programe društva in organizirajo piknike, izlete, zabave, praznovanje rojstnih dni, ogled kino predstav in dramskih predstav, s pomočjo katerih krepijo socialne stike med uporabniki kot tudi spodbujajo k razvoju in širitvi njihove socialne mreže. Učenje učinkovitega spoprijemanja s stresom in tehnike reševanja težav so tudi del rednih ali občasnih dejavnosti dnevnih centrov in svetovalnih pisarn. V obeh programih gre za vodene in dalj časa trajajoče svetovalne razgovore, izvajanja delavnic o reševanju težav kot tudi v oblikah odprtih in zaprtih skupin za samopomoč.

V združenju svojcev oseb z duševno motnjo izvajajo program »Vseživljenjsko učenje za krepitev duševnega zdravja posameznikov in celovito učenje obvladovanja stresnih situacij svojcev, ki imajo v družini osebo s psihiatrično diagnozo«. Program poteka celo leto in je razdeljen v različne tematske sklope, ki se izvajajo mesečno.

Ustvarjanje in spodbujanje enakih možnosti je poseben program, ki poteka v okviru programov zaposlovanja, a se z njim ravno tako krepi duševno zdravje posameznikov, ki so že razvili kakšno obliko duševne motnje. Zaposlitvena rehabilitacija ugodno vpliva na celovito okrevanje in vključevanje v skupnost. V sklopu tega programa se omogoča pomoč pri usmerjanju v zaposlovanje in pomoč pri zaposlovanju (prav tam).

Učenje učinkovitega spoprijemanja s stresom in tehnike reševanja težav so tudi del rednih ali občasnih dejavnosti dnevnih centrov in svetovalnih pisarn. V obeh programih gre za vodene in dalj časa trajajoče svetovalne razgovore, izvajanje delavnic o reševanju težav kot tudi vodenje odprtih in zaprtih skupin za samopomoč.

Program stanovanjskih skupin

Program stanovanjskih skupin predstavlja sodobno obliko organizirane skrbi za ranljive skupine ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju izven institucij in je namenjen vračanju oseb s težavami v duševnem zdravju v običajno skupnost in običajna stanovanja v običajnih soseskah, pri tem pa imajo na voljo vrsto drugih podpornih mehanizmov. Ta način življenja jim omogoča kakovostnejše življenje in večjo socialno vključenost kot pa bivanje v institucionalnem varstvu (prav tam).

Namen programa je doseči čim večjo samostojnost posameznika s ciljem samostojnega bivanja kot tudi zmanjševanje pogostosti bolnišničnega zdravljenja, zmanjševanje socialne izključenosti in odpravljanje stigmatiziranosti. V stanovanjskih skupinah se uporabnikom zagotavlja možnost učenja vsakodnevnih potrebni spretnosti (pomoč pri gospodinjskih opravilih, skrb za osebno higieno, samostojnost in zanesljivost pri opravljanju raznih drugih vsakodnevnih opravil, npr. plačevanje položnic, nakupovanje, urejanje osebne dokumentacije, samostojno načrtovanje dnevnih opravil in zadolžitev), učenja socialnih spretnosti, zviševanje socialne integracije uporabnika, pomoč pri ponovnem pridobivanju ustreznih osebnih spretnosti, pomoč pri reševanju osebnih stisk in konfliktov ter boljši uvid v bolezensko problematiko, pomoč pri zvišanju motivacije in kriterijev zaznavanja kakovosti življenja (interni dokument Društva Novi Paradoks).

Kandidatom za namestitev v stanovanjsko skupino ali pri odločitvi za novo bivanje odločilno pomaga (v kolikor je to zaradi omejenih možnosti izvedljivo) možnost bivanja v bližini domačega kraja, kar pomeni manjši poseg v njihovo dosedanje življenje, zaposleni lahko ohranijo zaposlitev, lahko obdržijo dosedanje socialne stike s sorodniki, prijatelji ali v drugih skupinah, kamor so vključeni, ni jim treba izbirati novega zdravnika, psihiatra, ni se jim treba privajati na tuje okolje.

Osnovni namen stanovanjske skupine je organizirati bivanje in podporo ljudem s težavami v duševnem zdravju v manj restriktivnem okolju izven institucij in omogočiti bivanje vsem tistim uporabnikom, katerim grozi kronični hospitalizem.

Namen stanovanjskih skupin je zagotoviti zatočišče osebam (prav tam):

- pri katerih je končana večletna psihiatrična, bolnišnična obravnava, ki pa nimajo možnosti, da se vrnejo v lastna bivališča (ker jih nimajo ali ker jih družina zavrača);
- mladim, ki jim je bilo pri prvi intenzivni psihiatrični obravnavi ugotovljeno, da je bolezen pogojena predvsem z neprimernim in nestimulativnim življenjskim okoljem;
- osebam, ki so zaradi dolgotrajne hospitalizacije pridobile sindrom hospitalizma in jih je zaradi tega treba podpirati pri njihovem ponovnem vključevanju v samostojno življenje in delo;
- krajše rečeno je bivanje v stanovanjski skupini namenjeno polnoletnim osebam s težavami v duševnem zdravju, ki nimajo urejenih bivalnih razmer, same ne zmorejo samostojno živeti in nimajo nikogar, ki bi zanje skrbel;

- v izrednih razmerah pa je stanovanjska skupnost namenjena tudi ljudem, ki jih je velika življenjska stiska pripeljala na rob eksistence in za krajši določen čas potrebujejo kraj za bivanje, umiritev in ureditev svojih razmer.

Osnovni cilji programa na splošno so (prav tam):

- odpravljanje stigmatizacije duševne bolezni in duševnih bolnikov;
- izvajanje dejavnosti, ki pomenijo dopolnitev medicinske obravnave bolezni;
- izvajanje dejavnosti, ki pomenijo dopolnitev drugih oblik institucionalnega varstva;
- usposabljanje strokovnega kadra;
- spremljanje zakonodaje in poskušanje vplivanja na zakonodajalce v smislu zavarovanja interesov oseb s težavami v duševnem razvoju;
- prizadevanje za odpravo oblik prisilnega zdravljenja;
- zavzemanje za bolj interdisciplinaren pristop k pojmovanju in delovanju na področju duševnega zdravja;
- uporabnikom psihiatričnih ustanov omogočiti bivanje v socialno varnem okolju, kjer so vzpostavljeni pogoji za ustrezno rehabilitacijo;
- z bivanjem v stanovanjski skupini zagotavljamo pogoje uporabnikom/stanovalcem, da ustrezno izkoristijo in razvijejo svoje sposobnosti (individualno delo po načrtu, obisk dnevnega centra, kjer potekajo različne aktivnosti/izobraževanje, kulturne prireditve, osebno načrtovanje, preživljanje prostega časa);
- omogočiti vključevanje uporabnika/stanovalca v širšo socialno mrežo, predvsem v lokalno skupnost, vključevanje in obiskovanje različnih društev, klubov;
- pomoč pri iskanju zaposlitve (zaposlitvena rehabilitacija, zaposlitveni centri, aktivna politika zaposlovanja pri zavodu za zaposlovanje, osveščanje delodajalcev);
- vplivati na spreminjanje javnega mnenja o ljudeh s posebnimi potrebami ob njihovem vključevanju v lokalno skupnost ter s samo nastanitvijo v stanovanjskih skupinah bodisi v urbanem oziroma ruralnem okolju;
- bivati v lokalni skupnosti, kjer imajo uporabniki prijavljeno stalno prebivališče.

Trenutno so v soglasju z MDDSZ, kot večinskimi financerjem, sistemsko razvite in strokovno opredeljene tri vrste stanovanjskih skupin za osebe s težavami v duševnem zdravju (Javni razpis MDDSZ 2015: 11):

- a) stanovanjske skupine s celovito celodnevno podporo (16 do 24 ur). MDDSZ na stanovanjsko skupino (4–6 uporabnikov) prizna strošek dela za 4 zaposlene, in sicer 1 strokovnega delavca, 1 laičnega delavca s VI. ali VII. stopnjo izobrazbe, pri čemer sta ostala 2 laična delavca s V. ali nižjo stopnjo izobrazbe;
- b) prehodna stanovanjska skupina (4–6 uporabnikov), kjer je prisotnost zaposlenih zagotovljena 8 ur dnevno. MDDSZ pri financiranju prizna strošek dela za 1 strokovnega delavca na stanovanjsko skupino. V primeru večstanovanjskih skupin je lahko drugi zaposleni laični delavec s V. ali VI. in VII. stopnjo izobrazbe;
- c) pri **odprtih stanovanjskih skupinah** (8–10 uporabnikov), kjer gre za občasno prisotnost zaposlenega, se prizna strošek dela za 1 strokovnega delavca, pri čemer uporabnik lahko živi v stanovanjski skupini ali v samostojni enoti.

Predvsem pri uveljavljanju ali izvedbi skupin s celovito celodnevno podporo, ki bi bile primerna oblika namestitve za ljudi iz posebnih zavodov ali za osebe s pridruženimi motnjami, nikakor ne moremo doseči dogovora z MDDSZ, kot večinskim financerjem javnih socialnovarstvenih programov. Kot Koordinacija nevladnih organizacij smo predlagali skupna stališča in odprta vprašanja za delovanje stanovanjske skupine s celovito celodnevno psihosocialno podporo, ki vsebujejo predloge za:

- a) prostorske možnosti:
 - najem prostorov za izvajanje 24-urne pokritosti, všteti tudi prostor za delavca (tudi dežurstva);
- b) ciljno skupino:
 - ciljna populacija bi bile osebe, ki imajo težave v duševnem zdravju, predvsem različne oblike duševnih bolezni v kombinaciji z drugimi zdravstvenimi težavami (osebnostne motnje, nevrološke težave, osebnostne spremenjenosti ...), in osebe, ki so več let preživele v zavodih. Gre za ciljno populacijo, ki potrebuje tako strokovno pomoč kot tudi veliko laične pomoči ter podpore;
 - v stanovanjsko skupino bi bilo vključenih 4–7 oseb, od tega polovica iz prehodnih oblik SS, te imajo prednost pri vključitvi, gre za osebe, ki bi sicer bile nameščene v zavodsko obliko;
 - o sprejemu osebe odločata zunanji in notranji tim;
 - program bi zagotavljal vključitev ali premestitev uporabnikov tudi iz drugih organizacij, v kolikor bi bila prosta mesta;

c) kadrovska strukturo:

- za izvajanje storitev v stanovanjski skupini s celovito celodnevno podporo (16 do 24 ur na dan, vse dni v letu) bi bilo zaposlenih 5 oseb, od tega 2 strokovni delavki in 3 laične delavke. Pri tem se upoštevajo dodatki za nočno delo, nedelje in praznike. Pri urejanju delovnega urnika in na podlagi delovne zakonodaje smo upoštevali 8-urni delovni čas. Pri tem ugotavljamo, da 24-urne pokritosti ne morejo zagotavljati 4 osebe, kot predlaga ministrstvo.

Glede na že večkrat izražene kritike nad delom stanovanjskih skupin nevladnih organizacij in potreb deinstitutionalizacije v Sloveniji povzemam nekaj predlogov za izboljšave in nadgradnjo delovanja stanovanjskih skupin (Flaker et al. 2015: 53–60):

- stanovanjske skupine bi morale zaživeti kot prehodne strukture, ki bi ljudi usposobile in pripravile na samostojno življenje. To je bil tudi osnovni namen;
- večkrat se poudarja, da če bi se ljudje odločili živeti skupaj v skupini na podlagi vzajemnega razumevanja, bi te življenjske skupnosti morale biti avtonomne in neodvisne od izvajalcev oskrbe;
- tiste stanovanjske skupine, ki jih vodijo NVO, je treba uvrstiti med storitve z določenimi standardi in normativi in večjo stopnjo soodločanja uporabnikov, kje in s kom bo živel;
- razviti bo treba v tujini uveljavljene tipe namestitev, ki gredo onkraj tipičnih »organiziranih« oblik, na primer: penzijska namestitev – hrana in stanovanje pri nekom s podporo ustreznih služb, več namestitev v drugih družinah;
- pri namestitvah v drugi družini je treba vsem vpletenim zagotoviti zadostno podporo in priprave družine na prihod uporabnika. Nimamo tudi izkušenj s skupnimi gospodinjstvi, kot obliko oskrbe, v kateri oseba, ki jo potrebuje, dobi stanovanje, ki je dovolj veliko, da z njo živi še kdo, npr. prostovoljec, in ji zagotavlja sprotno pomoč ali npr. nočno varstvo;
- varovana in oskrbovana stanovanja so se sicer deloma že uveljavila na področju oskrbe starostnikov, bi jih pa veljalo uvesti tudi za druge skupine in zagotoviti intenzivno oskrbo v njih, ko bi to bilo potrebno, in tako bi preprečili namestitve v zavode;

- stanovanjska oskrba je področje, ki mu je v neposredni prihodnosti treba nameniti posebno pozornost in zagotoviti stanovanjski fond za skupine, ki so v tem pogledu ogrožene;
- dobro bi bilo ustanoviti organizacijo za stanovanjsko oskrbo (npr. stanovanjske zadruge, posredovalnice stanovanj ipd.);
- zaradi izrazito povečanega števila oseb, ki se soočajo s komorbidnimi motnjami (motnje, pridružene duševnim težavam), ki zahtevajo bolj strukturirano (predvsem stanovanjsko) oskrbo, se že več let kaže potreba po ustanavljanju stanovanjskih skupin s celodnevno oskrbo, kar pa se ne realizira predvsem zaradi zahtev MDDSZ.

1.5.2 Programi terapevtskih skupnosti za zasvojene s pridruženimi težavami v duševnem zdravju

Sopojavnost duševne bolezni in motenj, povezanih z zlorabo psiho aktivnih snovi pri istem posamezniku, ki jo običajno imenujemo komorbidnost ali dvojna diagnoza, ni nov pojav. Vendar se je to vprašanje postavilo v ospredje političnih in strokovnih razprav, saj je postalo jasno, da je prizadeto veliko število oseb, ki najbrž še narašča. Pravzaprav je mnogokrat ustrezno govoriti o multimorbidnosti, saj so pri številnih posameznikih običajno prisotne tudi somatske bolezni, kakor tudi socialne motnje, kot so družinski problemi, brezposelnost, prestajanje zaporne kazni ali brezdorstvo.

Na sistemski ravni službe za oskrbo običajno niso ustrezno opremljene, da bi se ukvarjale s potrebami in nudenjem potrebne pomoči tej skupini oseb, ter ne upoštevajo ali se niso zmožne ukvarjati s celotnim skupkom problemov uporabnika. Pogosto je posledica stanje »vrtljivih vrat« s posamezniki, ki potrebujejo podporo, vendar so napoteni iz ene službe v drugo, medtem ko se njihovo stanje slabša.

Ker število oseb, ki imajo težave tako na področju duševnega zdravja kot tudi na področju odvisnosti ali ponavljajočih se zlorab psihoaktivnih substanc, narašča, se kaže potreba po povezovanju organizacij, ki bodo lahko celovito poskrbele in strokovno obravnavale nastalo problematiko. Zato je potrebno, da se storitve programov združujejo in dopolnjujejo ter strokovni kadri dodatno usposabljujejo. Simptomi duševne motnje in problemov odvisnosti pogosto sovplivajo in poglobljajo problematiko, zaradi katere se njihova ranljivost poglobi in začne delovati izključevalno ali diskriminatorno, kar sproži domina efekt. Smoter strokovnega dela tukaj ni enoznačno opredeljen, temveč je usmerjen

v psihosocialne usmeritve služb (skupine za samopomoč, delo na motivaciji, opozarjanje in informiranje uporabnika o tvegane načinu življenja odvisnika, vključevanje in nudenje pomoči svojcem in pomembnim drugim, dodatno strokovno izobraževanje). Poglavitna naloga je celovita skrb za izboljšanje telesnega, duševnega in socialnega stanja teh bolnikov, pa tudi skrb za kakovost njihovega življenja.

Kot sem že navedel, je trenutno največji primanjkljaj na področju stanovanjskih skupin za osebe s pridruženimi motnjami (predvsem odvisnost od PAS ali alkohola), ki delujejo 16 ali 24 ur dnevno, vse dni v tednu, ker MDDSZ trenutno pogojuje ustanavljanje takšnih skupin z zahtevo, da nevladna organizacija takšno enoto najame, opremi, izvaja program ter kreditira stroške dela in delovanja iz lastnih sredstev vsaj šest mesecev. Takšen pristop je do sedaj odvrnil še vse nevladne organizacije, ki ne morejo pridobiti drugih namenskih sredstev. Trenutno takšen program izvajajo le v Zavodu Pelikan (spletna stran Zavod Pelikan TS Sostro: 2016), kjer so njihovo terapevtsko skupnost razvili iz prvotnega programa za pomoč odvisnikom. Njihova terapevtska skupnost je namenjena osebam z »dvojno diagnozo«, to so osebe, ki imajo hkrati težave z zasvojenostjo in težave v duševnem zdravju ter so zaradi tega vključene v psihiatrično obravnavo (imajo razpoloženske motnje, motnje spanja, motnje hranjenja, shizofrenijo z drugimi psihotičnimi motnjami, bipolarno motnjo, osebnostne motnje in podobno). Uporabniki so v programu vključeni v celostno psihosocialno obravnavo s celodnevним bivanjem. Trenutno je to v Sloveniji edini program, ki je namenjen tej specifični skupini ljudi in nudi 24-urno pokritost. Ves čas so v terapevtski skupnosti skupaj z uporabniki prisotni zaposleni strokovni in laični delavci.

Osnovni cilji programa so (prav tam):

- vzpostavitev trajne abstinence od psihoaktivnih snovi,
- kritičen odnos do uživanja psihoaktivnih snovi,
- vzpostavitev stabilnega psihičnega razpoloženja in duševnega zdravja,
- vzpostavitev rednega jemanja terapije, ki jo predpisuje psihiater, redne kontrole pri psihiatru,
- vzpostavitev stabilne socialne mreže, mreže pomoči,
- pomoč uporabniku, da zna izkoristiti svoje kapacitete in da deluje v okviru svojih zmogljivosti,
- vzpostavitev spoštljivega odnosa do sebe, soljudi in lastnine,

- spremeniti slog življenja – živeti urejeno in odgovorno življenje – da sprejmejo odgovornost zase, za svoje vedenje in njegove posledice,
- postopno usposobiti uporabnika za samostojno življenje,
- vzpostavitev kakovostnejših odnosov s svojci in nasploh z ljudmi,
- podpora svojcem (enkrat mesečno skupina za svojce uporabnikov, enkrat mesečno družinsko srečanje skupaj z uporabnikom, telefonsko svetovanje).

1.5.3 Programi, namenjeni preprečevanju škode, ki nastaja zaradi stigme duševne bolezni

»Svetovna zdravstvena organizacija (2001) ocenjuje, da je stigmatizacija najhujša ovira pri izboljševanju duševnega zdravja ljudi z duševnimi motnjami, povečuje njihovo invalidnost in poslabšuje potek bolezni. 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. Stereotipi, predsodki in diskriminacija lahko prikrajšajo ljudi za pomembne življenjske priložnosti in jim onemogočijo doseganje njihovih ciljev« (Švab 2009: uvod).

Stigma in s tem socialna izključenost sta veliko breme za osebe s težavami v duševnem zdravju in njihove svojce. Stigmatizacija ljudi z duševno motnjo je namreč ena od najbolj pomembnih ovir in težav, ki jo ti doživljajo, in je ena od največjih ovir do duševnega zdravja. Posledice stigmatizacije se kažejo na številnih področjih: izključevanje iz življenja v skupnosti, težave pri pridobivanju in ohranjanju stanovanja, težave pri zaposlovanju in ohranjanju zaposlitve, pomanjkanje dohodkov in prikrajšanost v družabnih stikih ter vključenosti v mreže v skupnosti (predlog RNPZ 2010: 16–17).

Programi nevladnih organizacij se trudijo primerno odgovarjati na posledice stigmatizacije duševne bolezni in bolnikov na naslednjih področjih (Bon: 2007):

- povečevanje samozavesti in samospoštovanja oseb z duševno motnjo in njihovih družin;
- ozaveščanje strokovnjakov različnih profilov, saj lahko vsak prispeva k uveljavljanju strpnosti in sprejemanja v širši družbi;

- spreminjanje zakonodaje na način, da ni že sama po sebi stigmatizirajoča (ob tem se moramo zavedati, da lahko tudi zelo zaščitniška zakonodaja stigmatizira, namesto da bi pomagala);
- ozaveščanje novinarjev in drugih medijskih delavcev, da opustijo načine stigmatizirajočega poročanja;
- delo s splošno javnostjo, da spremeni svoje vedenje in ne le notranjega odnosa.

Ena najhujših posledic stigmatizacije je (predlog RNPĐZ 2009: 38–45), da zaradi strahu pred stigmo osebe z duševnimi motnjami ne poiščejo pravočasno ustrezne zdravstvene pomoči. Posledice tega izogibanja se kažejo v povečanju stroškov zdravljenja duševnih motenj, katerih obravnava je tem dražja, kolikor dlje so bile nezdravljene, v stroških upokojevanja, bolniškega staleža in invalidnosti ter v dolgotrajnem nepotrebnem trpljenju prizadetih in njihovih bližnjih.

Okrevanje po duševni motnji je dolgotrajen proces, ki je individualno zelo različen in pomeni vračanje na prejšnjo raven sposobnosti in zmožnosti, podobno kot pri telesnih boleznih, vendar zahteva posebne rehabilitacijske metode. Psihosocialna rehabilitacija je bila pri nas zaradi tega, ker je področje odrinjeno, spregledana, dokler niso iniciative prevzele nevladne organizacije, ki so začele izvajati rehabilitacijske programe na področjih zaposlovanja, dnevne skrbi, bivanja s podporo in organizacijo prostočasovnih dejavnosti. »Ker so nevladne organizacije socialne ustanove brez zdravstvenih sredstev, so razvijale programe socialne pomoči, zaposlovanja in ustvarile nekaj vrst služb, ki omogočajo lažjo integracijo in socialno vključitev. V zadnjem obdobju nevladne organizacije izvajajo tudi programe prepoznavanj duševnih motenj in psihološke metode krepitve kognitivnih zmožnosti, psihoedukacijo (učenje o znakih in posledicah bolezni ter o načinih zdravljenja)« (prav tam: 40).

Združenja uporabnikov, ki največkrat nastajajo v okviru nevladnih organizacij, so edini subjekti, od katerih lahko dobimo neposredne informacije o potrebah po vrstah, kvantiteti in kakovosti skupnostnih služb. Uporabnike služb za duševno zdravje, ki se povezujejo zato, da bi zaščitili svoje pravice ali spremenili načine in obseg strokovnega dela, se v okviru dejavnosti NVO vključuje v procese dogovarjanja in načrtovanja kot enakopravne sodelavce, s čimer dosežemo tudi njihovo sodelovanje, boljše duševno zdravje in objektivno refleksijo naših prizadevanj (prav tam: 44).

Na področju destigmatizacije so ob pomembnem sodelovanju nekaterih medijev NVO v preteklih letih izvedle niz javnih nastopov, oddaj in pričevanj njihovih uporabnikov, s čimer so vplivale na to, da so se nekateri predsodki proti ljudem z duševnimi motnjami zmanjšali in da se nekateri posamezniki lažje obrnejo po pomoč kot pred leti. Nevladne organizacije že vrsto let organizirajo javna srečanja, v katerih poleg strokovnjakov svoja mnenja o problemih, povezanih s področjem (zaposlovanja, stigmatizacije, zakonodaje, problemov družin duševno bolnih itd.), izražajo tudi ljudje z izkušnjo duševne bolezni in njihovi svojci. NVO so tako nosilec teh dejavnosti, saj so njihovi člani okrepljeni posamezniki, ki so pripravljeni govoriti o svoji izkušnji z duševno motnjo in okrevanjem (Švab: 2009).

1.5.4 Ozaveščanje in informiranje javnosti

V že omenjeni raziskavi nevladnih organizacij (Oreški S., et al.: 2009) gre v sklopu primarne in sekundarne preventive prav posebno izpostaviti njihova prizadevanja za promocijo tem s področja duševnega zdravja. NVO vse od svojega nastanka, tj. od devetdesetih let dalje, skrbijo za ozaveščanje in informiranje splošne javnosti o raznolikih problemskih sklopih na področju razvoja duševnega zdravja v skupnosti kot tudi za destigmatizacijo področja v njegovem najširšem pomenu besede.

Na osnovi analize medijskih člankov za 40-letno obdobje v Sloveniji Oreški (2008) ugotavlja, da med najvidnejše teme javnega ozaveščanja in informiranja, ki so izjemno narasle prav v devetdesetih letih prejšnjega stoletja in jih povezujemo z razvojem nevladnih organizacij, sodijo: (1) destigmatizacija posameznikov s težavami v duševnem zdravju in njihovih družin, (2) promocija zagovorništva in zaščite pravic ljudi v vseh postopkih obravnave ter (3) promocija skupnostnih modelov pomoči in dobrih praks. Med pogostimi sporočilnimi vrednostmi teh tem je najpogosteje opaziti opozarjanje na obrobno vlogo ljudi s težavami v duševnem zdravju in njihovih svojcev v družbi, kršenje njihovih pravic in temeljnih svoboščin znotraj vladnih institucij, vsesplošno opozarjanje na izključevanje oseb s težavami v duševnem zdravju iz družbe, opozarjanje na njihove odvzete socialne vloge in na njihov neenakopravni položaj v primerjavi z drugimi državljani.

1.5.5 Krepitev in varovanje duševnega zdravja

V naslednji sklop preventivne dejavnosti, ki se ji NVO vse bolj načrtno, strateško in prodorno posvečajo vse od leta 2000 dalje, uvrščamo dejavnosti s področja promocije duševnega zdravja in dobrega počutja ter varovanja duševnega zdravja. Z njimi laično in strokovno javnost obveščajo, informirajo in tudi izobražujejo o duševnem zdravju in pomenu ustrezne skrbi zanj (Oreški S., et al.: 2009).

Te dejavnosti izvajajo na različne načine, in sicer:

- informiranje in ozaveščanje javnosti prek sodelovanja z različnimi mediji tako tiskanimi kot elektronskimi;
- informiranje in ozaveščanje javnosti prek skrbno izdelanih spletnih strani, kjer so vsem dostopne informacije o njihovih dejavnostih, dogodkih, člankih v časopisih in oddajah na temo duševnega zdravja;
- izvajajo anonimno spletno svetovanje za osebe v duševni stiski, s partnerji iz tujine so vzpostavili internetno interaktivno podporno skupino;
- organizirajo okrogle mize, novinarske konference, strokovne posvete, kampanje, dobrodelne koncerte, mednarodne festivale, psihosocialne rehabilitacije, športno-kulturne dogodke in sodelujejo na različnih prireditvah ter predstavitev z namenom promocije tem s področja duševnega zdravja (npr. festival Europsy, festival Prostovoljstva mladih, Študentska Arena, Festival Lupa ipd.);
- distribuirajo informativno gradivo (zloženke) o njihovih programih in storitvah, ki je dostopno ljudem tudi v mreži javnih služb;
- izvajajo založniško dejavnost, ki obsega izdaje različnih publikacij, glasil, knjig, priročnikov, biografij. Avtorji so tako uporabniki kot strokovnjaki;
- izdajajo knjige za otroke in mladostnike, katerih starši se soočajo z duševno motnjo;
- sodelujejo pri snemanju dokumentarnih filmov, televizijskih in radijskih oddaj;
- organizirajo projekcije filmov, ki se nanašajo na duševno (ne)zdravje tako v sklopu rednih dejavnosti kot tudi v sodelovanju s kino distributerji;
- organizirajo izobraževalne delavnice za otroke in mladostnike, na katerih jim predstavijo rizične in varovalne dejavnike duševnega zdravja;
- organizirajo vrstniško izobraževanje za osebe s težavami v duševnem zdravju in njihove svojce v sklopu mednarodnih projektov;

- izvajajo tudi izobraževanja z namenom krepitev znanj zaposlenih in ostalih strokovnjakov s področja duševnega zdravja kot tudi krepitev njihovih virov in moči, kar preprečuje sindrom izgorelosti;
- prostovoljce vključujejo v vse programe društev in organizirajo piknike, različna praznovanja, izlete po različnih krajih, športne aktivnosti, vodene pohode v hribe, kulturne aktivnosti, kot so ogledi razstav, gledaliških in kino predstav, obiske glasbenih koncertov itd. Vsaj dvakrat letno organizirajo letovanja in tabore, ki so usmerjeni v športne aktivnosti in rekreacijo ter učenje socialnih veščin.

1.5.6 Programi združenj svojcev oseb z duševno motnjo

Družine ljudi z duševnimi motnjami so žrtve stigme zato, ker se jih krivi za nastanek ali vzdrževanje duševnih motenj pri njihovih bližnjih tudi v primerih (večinoma), ko za to ni nikakršnih dokazov. So torej žrtve predsodkov širše družbe in pogosto tudi strokovnjakov, ki vztrajajo pri stereotipnih predstavah o povezanosti duševnih motenj z neustreznim starševstvom. Družine so nasprotno največkrat najmočnejši in najzanesljivejši zavezniki obolelih in hkrati skupina, ki se za pravice ljudi z duševnimi motnjami najresneje zavzema. Njihovo moč, povezanost in znanje je treba uporabiti za promocijo duševnega zdravja na področju učenja strokovnjakov, učencev in javnosti za učenje strpnosti in načinov podpore, saj so na tem področju izvedenci. Družine so najbolj zavzete za to, da se vzpostavi mreža služb za ljudi s težavami v duševnem zdravju, in tudi najbolj poznajo njihove potrebe. Zato jih je treba vključevati v vsako načrtovanje na tem področju in v procese odločanja kot eksperte (predlog RNPZ 2009: 44).

Kot navajajo predstavniki združenj svojcev oseb z duševno motnjo (Švab 2015: 59), si morajo svojci svoje pravice izboriti in jih zaščititi predvsem sami in da so jim pri tem največja in najbolj zanesljiva podpora nevladne organizacije s svojimi forumi svojcev. Kot primer dobre prakse navajajo delovanje Foruma svojcev Slovenije (FSS), ki deluje kot posvetovalni organ Slovenskega združenja za duševno zdravje ŠENT. S svojo aktivnostjo je FSS uspel povezati in pritegniti k sodelovanju tudi svojce iz drugih nevladnih organizacij in ustanoviti Odbor svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju Slovenije, ki združuje svojce iz treh nevladnih organizacij (ŠENT, OZARA, HUMANA).

Forum svojcev nevladnih organizacij so namenjeni svetovanju in izobraževanju svojcev in uporabnikov, organizaciji pomoči in samopomoči ter podpori družinam svojcev ali

skrbnikov. Prizadevajo si za izboljšanje odnosov do bolnikov in svojcev v psihiatričnih bolnišnicah v smeri profesionalizacije in korektnih odnosov ter enakopravnjšega vključevanja svojcev v proces zdravljenja ter prizadevanja za multidisciplinarno obravnavo pacientov v bolnišnicah. Forumi so namenjeni tudi sodelovanju svojcev pri oblikovanju, nastajanju in spreminjanju zakonodaje s ciljem omogočiti bolnikom ustrezno izobraževanje, zaposlitev in ureditev stanovanjske problematike ter vplivanju na zakonodajo pri razdelitvi sredstev s strani zdravstvenega varstva. Člani forumov aktivno sodelujejo na okroglih mizah in strokovnih posvetih doma in v tujini, nastopajo v sredstvih javnega obveščanja in se povezujejo s sorodnimi organizacijami doma in v tujini. Forume sestavljajo svojci ali skrbniki in bližnji prijatelji oseb s težavami v duševnem zdravju ne glede na njihovo članstvo ali pripadnost različnim organizacijam (spletna stran ŠENT).

Programi svojcev so dragoceni za vse, ki imajo bližnjega, ki trpi za kakšno obliko duševne motnje. Običajno nudijo aktivnosti, ki svojce opogumijo, jim olajšajo stiske in nudijo informacije, kako pravzaprav živeti z bližnjim, ki ima duševno motnjo. Tako se prek različnih predavanj in delavnic, na katere vabijo različne goste, strokovnjake in svojce z dolgoletnimi izkušnjami, poučujejo o duševnih motnjah, njihovem zdravljenju in temah, ki krepijo medosebne odnose in so na splošno uporabne za duševno blagostanje. Možnost vključevanja svojcev v dejavnosti nevladnih organizacij za starše in sorodnike pomeni podporo in razbremenitev (Oreški S., et al.: 2009).

Skupine svojcev se ustanavljajo z namenom, da se svojci med seboj ustrezno povežejo, povedo svoje izkušnje, prisluhnejo izkušnji drugih svojcev in se na ta način vzajemno podpirajo. Skupna srečanja so namenjena njihovi medsebojni podpori, opogumljanju in informiranju. Svojcem omogočajo, da se soočijo s svojimi zatiranimi čustvi, med katere se najpogosteje vrinejo občutki jeze, strahu in negotovosti. S tem se jim želi pomagati, da izrazijo svoje skrite interese, ki jih po navadi postavljajo za interese svojih bližnjih.

V skupinah za samopomoč svojcev se zanimajo zlasti za to, kako se spoprijeti s težavami vsakdanjega življenja. Samopomoč je v prvi vrsti odgovor na njihove osebne probleme in se je uveljavila pri tistih, ki skrbijo za osebo z dolgotrajnimi težavami. Udeleženci si zastavljajo podobna vprašanja, predvsem kako učinkovito obvladati moteče vedenje uporabnikov, si izmenjujejo izkušnje, si nudijo čustveno oporo in s tem pomagajo sebi in drugim.

V zadnjem obdobju, ko ni zagotovil, da bodo javna sredstva namenjena trajnostnim programom skupnostne oskrbe v okviru nevladnih organizacij, predvsem svojci v okviru omenjenih forumov iščejo odgovor na vprašanje, kako zagotoviti varno oskrbo družinskih članov z duševno boleznijo po smrti staršev ali skrbnikov v skupnosti izven institucionalnega okolja. Svojci ugotavljajo, da država s svojimi institucijami na področju duševnega zdravja ni zanesljiv partner, storitve, ki jih ponuja, pa so preveč razpršene po posameznih sektorjih in težko dosegljive. Predlagajo ustanovitev fundacije ali oblike zadruženstva, ki zahteva finančno udeležbo svojcev s svojimi nepremičninami, ki bodo namenjene življenju v skupnosti uporabnikom po smrti svojcev s pomočjo strokovnih delavcev nevladnih organizacij. Takšna organizacijska oblika zahteva materialni vložek in aktivno participacijo partnerjev, zagotavlja pa soupravljanje in varuje interes partnerjev. Realizacija tega programa pa ne sme biti odvisna od tega, ali država razume in je pripravljena podpreti takšne programe – od razpisov, ki sicer nekaj dajejo, obenem pa omejujejo, predvsem pa so časovno omejeni, kratkoročni in niso trajni. Zato predlagajo, da pri tem programu aktivno sodelujejo predvsem svojci, sorodniki, prijatelji, pa tudi bližnji, ki imajo težave v duševnem zdravju, in sicer na način in v takšni obliki organiziranosti, ki bo reševala probleme dolgoročno in trajno.

V okviru nevladnih organizacij se (kot primer dobre prakse) izvaja izobraževalni program Prospect, ki temelji na vrstniškem izobraževanju ljudi z izkušnjo duševne stiske in njihovih svojcev. Splošni cilj programa je vzpostavljanje dialoga (ali bolje trialoga) med uporabniki, svojci in strokovnimi delavci NVO ter s tem izboljšanje komunikacije in nivoja sodelovanja med njimi. Cilj izobraževalnega paketa, namenjenega uporabnikom, je promocija celovite rehabilitacije, zagotavljanje boljše integracije v skupnost in izboljšanje socialnih spretnosti in socialnega funkcioniranja. Izobraževalni program za svojce se osredotoča na prepoznavanje njihovih potreb in različnih pritiskov iz okolja, jih spodbuja k pridobivanju samozavesti ter jim omogoča, da se učinkoviteje spoprimejo z občutki izgube in sramu. Izobraževalni program za strokovne delavce pa se nanaša predvsem na (državlanske) pravice uporabnikov, udeležence pa spodbuja, da postanejo aktivni zagovorniki pravic ljudi z izkušnjo duševne motnje.

Izobraževalni program Prospect je inovativen zaradi prenašanja znanja, bolj poznanega pod imenom vrstniško izobraževanje. Tradicionalno posredovaje znanja, pri katerem običajno strokovnjaki izobražujejo določeno ciljno skupino, namreč izhaja iz pozicije moči

in predpostavke, da so ravno strokovni delavci tisti, ki vedo, kaj je za določeno populacijo najbolje. S tem zanemarijo pomembno vlogo izkušenj tistih, ki se soočajo s stisko, prav tako pa zanemarijo pomen mehanizmov čustvenega razbremenjevanja in medsebojne emocionalne podpore (spletna stran Društva OZARA).

Da bi v okviru programov NVO primerneje odgovarjali na potrebe svojcev po navedbah Forumu svojcev Slovenije iz društva ŠENT, svojci najpogosteje navajajo (Švab 2015: 52–53):

- svojci oseb z duševnimi motnjami ne potrebujejo terapevtske obravnave, temveč konkretno in vsakdanjo pomoč pri reševanju svojih težav;
- vse izvajalce obravnave v skupnosti pozivajo k izvajanju nepretrgane podpore na domovih bolnikov;
- svojci pričakujejo finančno podporo in pomoč države (ker prevzemajo skrb, ki bi bila sicer institucionalna) v obliki socialnih podpor, davčnih olajšav, varstvenih dodatkov ipd.;
- pozivajo k ustanavljanju in vzdrževanju mreže služb (zaposlitvenih, podpornih, dnevnih centrov itd.), ki bo izboljšala kakovost življenja bolnikov in razbremenila njihove skrbnike;
- občutke negativne označenosti s strani okolja in sorodnikov, ki sami krepijo stigmo psihiatričnega bolnika. Delo s svojci bi moralo biti usmerjeno v informiranje, krepitev samozavesti in procesov destigmatizacije realnosti, ki jo živijo;
- od strokovnih delavcev pričakujejo strokoven in spoštljiv odnos, podporo in zaupanje predvsem v primerih, ko so prisiljeni poiskati pomoč za hospitalizacijo proti volji pacienta. V vsakdanji praksi je še vedno tako, da svojci pogosto nimajo možnosti sodelovati v procesu zdravljenj, čeprav razumejo, da je treba upoštevati tudi privolitev ali zavrnitev obolelega za sodelovanje, vendar so najpogosteje realno največji zavezniki pacienta na poti okrevanja in verjamejo, da je koristno in prav, da se jih vključi v vse faze procesa zdravljenja in rehabilitacije (Švab 2015: 57).

Kljub navedenemu ugotavljamo, da se redko dogaja, da se svojci aktivno udeležujejo izobraževanj ali sodelujejo v drugih programih NVO. Kot razlog nesodelovanja najpogosteje navedejo pomanjkanje časa in denarja, nimajo prevoza, ustrašijo se dodatnih, še večjih odgovornosti, velikokrat pa prevladuje mišljenje, da »tako ali tako nič ne pomaga«, hkrati pa se nočejo identificirati kot svojci osebe z duševno motnjo.

1.5.7 Programi zagovorništva

Posamezniki in posameznice, ki pripadajo izključenim družbenim skupinam, potrebujejo zagovornike in zagovornice, saj so sami pogosto v položaju, ko so v socialnem varstvu kršene njihove pravice (v zavodih in psihiatričnih bolnicah, v socialnih in drugih državnih službah in ne nazadnje tudi v programih NVO).

Več avtorjev ugotavlja, da je za človeka najbolje, če je zagovornik neodvisen od institucij, od katerih je odvisen uporabnik in od katerih naj bi ga zagovornik ščitil (Brandon et al. 1995; Lamovec 1998). Neodvisni zagovornik je pogoj dobrega zagovorništva. NVO so v okviru svojih programov vzpostavile sistem neodvisnih zagovornikov in zagovornic na vseh področjih socialnega varstva, kjer se srečujemo z izključenimi skupinami prebivalstva (prav tam).

Programi zagovorništva oseb s težavami v duševnem zdravju se izvajajo pretežno v programu svetovalno-informativnih pisarn, ponekod v dnevni centrih ali drugih podprogramih. Strokovni delavci pri izvajanju storitev s področja zagovorništva sodelujejo s Pravno-informacijskim centrom (PIC) in brezplačno pravno pomočjo (v sodnih postopkih na sodiščih), z odvetniki, izvensodnimi poravnalci, včasih tudi s centri za socialno delo, odvisno od problematike. Pri svojem delu upoštevajo načelo, da je zagovornik oseba, »ki govori in deluje v imenu drugega in predstavlja njegovo zadevo tako, kot bi bila njegova lastna. V službah duševnega zdravja imajo uporabniki pogosto težave pri izražanju in uveljavljanju svojih želja in jih nihče ne jemlje resno. Pri tem lahko pomaga zagovornik. Zagovorniki morajo biti neodvisni. Uporabnikov ne prepričujejo, kaj naj storijo, ampak se odločijo za način dela skupaj z njimi in si nato prizadevajo posredovati želje uporabnikov ustreznim službam« (Kernik 1996: 11).

Zagovorništvo je spodbuda uporabnikom, da ob zaščiti zagovornika sami prevzamejo aktivno vlogo pri uveljavljanju in zaščiti svojih interesov in s tem povečanje vpliva uporabnikov pri načrtovanju in upravljanju služb duševnega zdravja.

Po sprejemu Zakona o duševnem zdravju (Ur. l. RS, št. 77/2008, 24. člen) velik del zagovorništva oseb, sprejetih na varovane oddelke psihiatričnih bolnišnic, izvajajo zastopniki pravic oseb na področju duševnega zdravja, ki v veliki meri prihajajo iz vrst strokovnjakov nevladnega sektorja.

V sklop zagovorništva lahko uvrstimo tudi spremljanje zakonodaje in državnih ukrepov s področja socialnega varstva, zdravstvenega varstva oziroma širše – duševnega zdravja. Posamezni člani nevladnih organizacij se v ta namen srečujejo v neformalni delovni skupini, ki so jo poimenovali Koordinacija nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja. Skupina je nastala kot odgovor na pomanjkljivo zakonodajo in njihov neurejen status v družbi. V njej so predstavniki posameznih organizacij, ki prostovoljno spremljajo zakonodajo in teme s področja duševnega zdravja, pripravljajo pobude in se po potrebi tudi medijsko angažirajo. Velik del besedil, ki so nastala v okviru te skupine, je bil posredovan v obliki pripomb k Zakonu o duševnem zdravju, nacionalnemu programu duševnega zdravja ipd. To obliko njihovega angažmaja lahko brez zadrege poimenujemo kolektivno zagovorništvo. Njihova prizadevanja so v najširšem pomenu besede usmerjena v ščitenje interesov nevladnih organizacij na področju razvoja duševnega zdravja v skupnosti in ščitenje pravic in koristi oseb s težavami v duševnem zdravju (Oreški S., et al.: 2009).

1.5.8 Krizni timi za preživljanje akutne faze bolezn izven bolnišnične obravnave

Po raziskavi Fakultete za socialno delo (2015) v mreži izvajalcev skupnostne oskrbe manjkajo prehodne oblike in zatočišča, krizni centri, torej srednjeročne in kratkoročne namestitve za premostitev kritičnih obdobj.

Imamo dobre pionirske izkušnje s preživljanjem krize na lastnem domu s pomočjo kriznih timov, ki pa jih nismo naprej razvijali. Prav tako bi kazalo poskusiti s preživljanjem krize na tujem domu, ki se v tujini vse bolj uveljavlja. Obstajajo možnosti za predah (respite), priložnostno oziroma nadomestno oskrbo, vendar so te v glavnem po zavodih, manjkajo pa skupnostne oblike (Flaker et al. 2015: 53).

Eksperimentalni projekti kriznih timov v Sloveniji, ki sta jih izvajali društvi Altra in Paradoks (Lamovec: 1998), so pokazali, da je za osebo, ki preživlja duševno krizo in ne želi psihiatrične hospitalizacije, krizni tim v večini primerov možna oblika psihosocialne pomoči. Njegove dobre strani so:

- oseba ostane v znanem okolju in njen stik z zunanjim svetom ni naenkrat prekinjen;
- osebo se spodbuja, da opravlja tista vsakdanja opravila, ki jih zmore in želi;
- odnos med osebo v krizi in člani, članicami kriznega tima temelji na medsebojnem spoštovanju, upoštevanju želja in potreb osebe, ki trpi;

- iščemo individualne rešitve v situaciji;
- oseba se prej vrne v običajni življenjski ritem kot ljudje, ki so psihiatrično hospitalizirani;
- socialna stigma je manjša;
- oseba ne doživlja zlorab, saj ima ob sebi neodvisnega zagovornika;
- uporaba psihofarmakoloških sredstev je zmanjšana na minimum;
- svojci in prijatelji imajo priložnost, da se vključijo v procese podpore in pomoči, kar pripomore k de-demonizaciji »duševne bolezni« in boljšemu razumevanju procesa duševne krize.

Slabši strani sta (prav tam):

- krizni tim potrebuje večje število oseb, ki so vključene v podporo osebi v duševni krizi, zato je zanj potrebno razmeroma veliko finančnih sredstev, zlasti na začetku delovanja programa;
- potrebno je dodatno in kakovostno izobraževanje članov in članic kriznega tima, zato v prvem obdobju stroški za pomoč narastejo.

Iz spoznanj, ki jih imam kot izvajalec kriznega tima v društvu Paradoks, lahko zatrdim, da za krizni tim, ki omogoča preživljanje akutne faze bolezni izven bolnišnične obravnave, ne zadostuje spremstvo prostovoljcev ali socialnih delavk nevladnih organizacij, ampak se potrebuje strokovni tim, ki vključuje tudi pomoč psihologov, psihiatrov in usposobljenih medicinskih sester. NVO same v sedanji kadrovski sestavi ne morejo zadovoljivo izvajati te dejavnosti.

Ena izmed pobud (uporabniki in svojci) v tem času je (predlog RNPĐZ 2009: 45), da potrebujemo krizne intervencijske skupine, to so psihiatrične delovne skupine, ki bodo pravočasno in hitro pomagale ljudem v duševni stiski v domačem okolju ali tistim, ki so nastanjeni v stanovanjskih skupinah ali drugih oblikah podpornega bivanja. Ta pobuda je izraz dejanske potrebe po kriznih intervencijah v psihiatriji, ki jih izvajajo v večini razvitih držav. Pobuda o ustanavljanju kriznih psihiatričnih timov, povezanih s strokovnjaki programov nevladnega sektorja, dejansko ne prihaja le s strani uporabnikov, temveč tudi s strani splošnih zdravnikov in družin obolelih in je standard obravnave v razvitem svetu. V Sloveniji so tovrstne pobude stalnica, ki pa se ne realizirajo predvsem zaradi zavračanja pobud s strani psihiatrije, ki vztraja na poziciji oskrbe osebe v akutni fazi bolezni v

bolnišnici. Prav tako MDDSZ tovrstnih kriznih timov NVO do sedaj ni bilo pripravljeno financirati.

1.5.9 Pregled programov zaposlitvene rehabilitacije in zaposlovanja oseb s težavami v duševnem zdravju

»Majhne možnosti za prilagojeno zaposlovanje in vračanje v delovno okolje po prebolelih duševnih motnjah so ena izmed najhujših ovir pri okrevanju in tudi poglaviten razlog za odiranje skupine ljudi z duševnimi motnjami na družbeno dno« (Morgan 2005, v predlogu RNPZ 2009: 42).

Zaposlitvena rehabilitacija je ena izmed prioritet razvoja dejavnosti NVO. Večina ljudi z različnimi duševnimi motnjami lahko ob ustreznem zdravljenju okreva, če so jim dostopne različne vrste, največkrat vsaj začasno prilagojene oblike usposabljanja in zaposlitve. Namen zaposlitvene rehabilitacije je ohranjanje in razvijanje delovnih spretnosti, navad in veščin v delovnem okolju, ki lahko daje tudi podporo pri širšem socialnem vključevanju posameznika. Uporabnikom omogoča vključitev v različne programe aktivne politike zaposlovanja (usposabljanje na delovnem mestu, javna dela) in v program socialne vključenosti.

Program zaposlitvene rehabilitacije (Oreški S., et al.: 2009), ki se izvaja v okviru NVO, v splošnem predstavlja razvoj poklicne kariere, učinkovitejše vključevanje v socialno in delovno okolje, zmanjšanje negativnih posledic zdravstvenih težav in invalidnosti ter izboljšanje kakovosti življenja uporabnikov programa. Najpomembnejši cilj zaposlitvene rehabilitacije je osebam s težavami v duševnem zdravju nuditi ustrezno pomoč, da bodo prepoznali svoje sposobnosti, aktivno sodelovali pri načrtovanju reševanja svojega problema s ciljem ohranitve zaposlitve ali pridobitve nove zaposlitve. Cilj zaposlitvene rehabilitacije je, da se oseba usposobi za ustrezno delo, se zaposli, zaposlitev zadrži in da v zaposlitvi napreduje ali spremeni svojo poklicno kariero.

Iz ugotovitev posveta v Državnem svetu RS, ki so ga pripravile NVO na temo socialne varnosti oseb s težavami v duševnem zdravju (2014) in na katerem sem tudi aktivno sodeloval izhaja, da položaj teh oseb na trgu dela ni dober. Uporabniki izvajalcev skupnostne skrbi imajo največkrat status brezposelne osebe in težko dobijo zaposlitev. Stopnja zaposlenosti oseb s težavami v duševnem zdravju tako v Sloveniji kot tujini ne

presega 15 %, kot iskalci zaposlitve pa so osebe s težavami v duševnem zdravju »skrite« v evidencah dolgotrajno brezposelnih, težje zaposljivih in invalidov. Tudi če so zaposlene, običajno zasedajo slabše plačana delovna mesta in delajo krajši delovni čas, tako da je njihova plača kot osnovni vir prihodkov pogosto nizka. Posledično so odvisne od ostalih denarnih prejemkov in pomoči države (najbolj pogosto denarna socialna pomoč). Zaradi ponavljanja bolezni in daljše odsotnosti z dela se težko znajdejo v kompleksnem in zahtevnem sistemu iskanja zaposlitve, zelo težko pridobijo zaposlitev, še veliko težje jo ohranijo. Še vedno se soočajo s stigmami (stigma »duševnega bolnika« pogosto sledi stigma »brezposelnega«) in delovno in socialno izključenostjo, ki sta posledici njihovih specifičnih težav, povezanih z življenjskim stilom in zdravstvenim stanjem (dejanska nezmožnost in ovire zaradi bolezni ali posledic zdravljenja, apatičnost, pomanjkanje samospoštovanja, socialna nespretnost, pomanjkanje motivacije).

Praksa kaže, da vključitev v zaposlitveno rehabilitacijo zagotavlja aktivacijo osebe s težavami v duševnem zdravju in ji omogoči premik z mrtve točke. Običajno imajo osebe pri tem realen uvid v svoje sposobnosti in omejitve in so pripravljene sprejemati strokovno pomoč tako s strani izvajalca zaposlitvene rehabilitacije, psihiatra, delodajalca kot Zavoda RS za zaposlovanje, kjer se lahko vključujejo v ukrepe aktivne politike zaposlovanja, pri čemer gre najbolj pogosto za razna izobraževanja, usposabljanja ali vključevanja v programe javnih del. Za slednja je treba zagotoviti možnost dolgotrajnejše vključitve oseb s težavami v duševnem zdravju, vsaj za 5 let. Pri iskanju rešitev za izboljšave obstoječih programov ali vzpostavitev novih programov za ranljive skupine prebivalstva je treba upoštevati, da je treba osebe s težavami v duševnem zdravju opolnomočiti, da bodo lahko bolj konkurenčne na trgu dela. Večina pripadnikov ranljivih skupin prebivalstva namreč ne zadosti zahtevam delodajalcev, ki pri iskanju delovne sile ocenjujejo določene splošne kompetence in specifična znanja, ki so nujna, da se določeno delo dobro opravi.

Čeprav je trenutno v Sloveniji 11 izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije (MDDSZ: 2013), katerih ustanovitelj so NVO, je še vedno na voljo premalo mest za vključevanje, zato se v določenih regijah na dejansko aktivacijo v okviru zaposlitvene rehabilitacije še vedno predolgo čaka (na primer v Ljubljani lahko tudi več kot leto in pol), pri čemer se v vmesnem času lahko že poslabša zdravstveno stanje uporabnika, slednji izgubi motivacijo. Izkušnje iz prakse kažejo, da so osebe, ki so bile vključene v zaposlitveno rehabilitacijo in so po končanem programu dobile zaposlitev, veliko bolj zadovoljne z vsemi različnimi

področji življenja in življenjem kot celoto (boljše splošno počutje, družinski odnosi, splošno zdravstveno in psihično stanje). Za zaposlitev je treba invalidom zagotoviti ustrezno plačilo, saj se jim tako omogoči dostojno, samostojno in kakovostno življenje, hkrati pa izboljša socialno varnost, duševno zdravje in socialni status. Dohodek od dela nudi svobodo in boljši nadzor nad življenjem zunaj dela ter ustvarja možnosti za vključevanje v prostočasne aktivnosti in s tem širjenje socialne mreže, pa tudi večje osebno zadovoljstvo.

Za boljšo implementacijo navedb je predvsem treba izobraževati in ozaveščati delodajalce, saj je pri njih še vedno v veliki meri prisoten strah pred rednim zaposlovanjem oseb s težavami v duševnem zdravju (stigma, predsodki, nezaupanje, strah pred ponovitvami bolezni). V primeru zaposlitve je treba zagotoviti stalno podporo tako invalidu kot delodajalcu. Podpora mora biti tako strokovna kot tehnična, dana ob pravem času in v pravi meri.

Kot strategijo za zmanjšanje brezposelnosti oseb s težavami v duševnem zdravju nevladne organizacije predlagajo:

- spodbujanje oblikovanja in izvajanja netržnih zaposlitvenih projektov, zlasti projektov, ki ustvarjajo delovna mesta v okviru NVO. Prilagoditi je treba delovna mesta in delovne procese v običajnih delovnih okoljih in s tem omogočiti podlage za zvišanje števila oseb s težavami v duševnem zdravju, ki se zaposlujejo v običajnem delovnem okolju in ne samo v zaposlitvenih centrih in invalidskih podjetjih;
- bistveno bo zagotavljati širitev mreže delodajalcev iz običajnega delovnega okolja, ki omogočajo izvajanje storitev zaposlitvene rehabilitacije in tudi zaposlitve po končanem usposabljanju;
- izvajanje aktivnosti za pospeševanje nastanka novih enot socialnega podjetništva in razvoj obstoječih oblik socialnega podjetništva za širitev mreže socialnih podjetij na podlagi novih socialnih in socialnovarstvenih oblik, ustvarjalne tvornosti in drugih storitev v javnem interesu;
- razvoj zaposlitvenih zmogljivosti na podeželju in na področjih, kjer obstajajo zaposlitvene priložnosti (npr. okoljevarstveno področje);

- sprememba ZZRZI predvsem v točkah, ki opredeljujejo samostojne statusno pravne oblike (invalidsko podjetje, zaposlitveni center), možnost zaščitnega zaposlovanja v okviru invalidskega podjetja in v običajnem delovnem okolju;
- dopolnitev mreže izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije v smislu obsega pridobljenih koncesij in jasnih določil glede postopkov in možnosti ponovnega ocenjevanja nezaposljivih in zaposlenih.

1.6 Značilnosti nevladnih organizacij pri izvajanju programov skupnostne obravnave

V poglavju bom poizkušal odgovoriti na očitke, navedene v začetku naloge, da se nevladne organizacije ne vključujejo v dovolj veliki meri v procese deinstitucionalizacije in da pri sprejemanju uporabnikov v skupnostne programe izhajajo iz zahteve po manjšem obsegu pomoči. Torej, da delujejo le preventivno in poskrbijo za vse tiste posameznike, ki še niso razvili hospitalizma in sindroma vrtečih se vrat.

Pri delu nevladnih organizacij ne gre za konformizem, temveč za izjemno neugodne pogoje dela strokovnjakov, kadrovsko podhranjenost in preobremenjenost zaposlenih, neurejeno delovno zakonodajo (odsotnost kolektivne pogodbe za nevladni sektor), neurejeno socialno varnost zaposlenih v nevladnem sektorju, konflikt skupnostnih služb s tradicionalnimi službami in nasprotovanje psihiatrične stroke.

Kakovost dela NVO je predvsem odvisna od strokovne usposobljenosti, njihovih strokovnih kadrov. Pri dejavnostih nevladnega sektorja je osnovno gibalno entuziazem posameznikov in skupin, ki se organizirajo z namenom spreminjanja in preseganja ustaljenih družbenih in strokovnih pristopov k obravnavi duševne bolezni. Združevanje takšne aktivistične, antisistemske oziroma antipsihiatrične naravnosti z zahtevami financerjev, strokovne in splošne javnosti, uporabnikov in seveda s kroničnim pomanjkanjem sredstev za delovanje je tisti prostor, kjer se trenutno nahajajo NVO. Kako spodbujati oziroma motivirati vodstveni in strokovni kader NVO za delo v pogojih, kjer plačilo dela ni zagotovljeno, drugi motivacijski dejavniki (ki so jih imeli ustanovitelji teh organizacij) pa izgubljajo na veljavi? Upravljanje s človeškimi viri v nevladnem sektorju tako predstavlja osrednji del izvajanja dejavnosti teh organizacij, ki po večini izvajajo storitve in programe za preventivno in socialnovarstveno pomoč deprivilegiranih socialnih skupin. Človeški viri so v tem sektorju zdaleč pomembnejši od drugih virov (prostori,

delovni pripomočki, denarna sredstva). V primerjavi z drugimi profitnimi ali vladnimi organizacijami razpolagajo z razmeroma malo kapitala, potrebujejo pa več dela in znanja tako zaposlenih kot prostovoljcev.

Značilnosti dela v nevladnem sektorju

V nevladnem sektorju je postavljanje uporabnikov in njihovih potreb v središče zanimanja več kot zgolj preizkušanje novih trendov v socialnem varstvu. Osrednje mesto uporabnikov in njihovih potreb pomeni temeljne spremembe v naravi in izvajanju socialnih storitev, mimo katerih danes ne more več nobena organizacija, ki se ukvarja s socialnimi storitvami. Razlog za ugotavljanje potreb uporabnikov je v tem, da bi se socialne službe organizirale okoli potreb uporabnikov in ne obratno; da morajo posamezniki svoje potrebe prilagajati obstoječim storitvam, ki jih izvajajo socialne službe. Uporabniki sami predstavijo svoje potrebe, naloga zaposlenih pa je, da jim pri njihovem zadovoljevanju nudijo podporo, informacije in zagovorništvo (Leskošek, Hrženjak 2002: 30–44).

Drugi vidik pa je vključevanje uporabnikov v pripravo in izvajanje storitev in programov, ki jih organizacija izvaja za določeno ciljno skupino. To je proces spreminjanja odnosov na področju razmerij med strokovnjaki in uporabniki, ki od zaposlenih pričakuje, da bodo odnos do uporabnikov prenesli z nivoja zdravnik – bolnik, strokovnjak – laik na nivo zaupanja in sodelovanja (deprofesionalizacija odnosov). Vključevanje pomeni, da imajo uporabniki moč učinkovitega vplivanja na dogajanje, spreminjanje obstoječega stanja in odločanje v organizaciji (prav tam).

Nevladne neprofitne organizacije praviloma zaposlujejo malo ljudi, vendar pa od sodelavcev pričakujejo, da opravljajo zelo raznovrstne naloge. Od zaposlenih se pričakuje, da bodo poleg strokovnega znanja s področja socialnovarstvenih storitev in procesov sprejeli tudi kulturo organizacije, ki temelji na načelih opolnomočenja uporabnikov, njihovega sodelovanja pri pripravi in izvajanju socialnovarstvenih programov. Gre za ustrezno usposobljene ljudi, ki imajo na eni strani izražene poleg denarnih tudi nedenarne motive (želja po delu z ljudmi, altruistična nagnjenja, osebno dozorevanje), po drugi strani pa bodo sposobni ponotranjiti organizacijsko kulturo nevladnih organizacij, ki velikokrat temelji na osebnem odnosu do uporabnikov (Svetlik: 2008).

» Za uspešno delovanje v nevladnih neprofitnih organizacijah je navadno zelo pomembno poznavanje lokalnih razmer, kulture ljudi, njihovih navad in načinov sporazumevanja. Zato te organizacije poskušajo pritegniti najboljše možne sodelavce iz svojega okolja. To še posebej velja za prostovoljce, ki se v te organizacije največkrat vključujejo ob svojih drugih dejavnostih. Pri prostovoljcih na primer moramo biti zelo pozorni na njihove motive za sodelovanje in na njihove delovne izkušnje oziroma dosežke. Morda za njihovo izbiro zadostujejo priporočila, pogovor vodje in poizkusna doba ob neposrednem spremljanju njihovega dela« (prav tam: 6).

Povzetek temeljnih značilnosti:

- zaradi omejenih denarnih sredstev in poslanstva organizacij je mogoče denar kot motivacijsko sredstvo uporabljati v omejenem obsegu;
- pri zaposlenih je treba računati na izražene nedenarne motive; želja po delu z ljudmi, altruistična nagnjenja, reševanje osebnih frustracij pri delu z drugimi;
- majhno število zaposlenih ljudi, ki opravljajo zelo raznovrstne naloge, ki zahtevajo od njih t. i. večopravilno usposobljenost;
- šibka hierarhična struktura, ki lahko zaposlenim le v omejenem obsegu zagotavlja notranje napredovanje in kariero;
- načelno postavljanje uporabnikov in njihovih potreb v središče zanimanja zaposlenih, ki se zaradi izgorelosti na delovnem mestu ali osebnega nesprejemanja te paradigme s strani posameznih zaposlenih izvaja le v omejen obsegu;
- vključevanje uporabnikov v pripravo in izvajanje programov in storitev, kar pomeni, da imajo uporabniki moč učinkovitega vplivanja na dogajanje, spreminjanje obstoječega stanja in soodločanja v organizaciji;
- spremenjena perspektiva vlog. Zaposleni kot strokovnjaki so v enakopravnem odnosu do uporabnikov brez ustvarjanja strokovne distance;
- zaradi aktivističnih začetkov je delovna klima večine NVO usmerjena proti uvajanju menedžerskih pristopov v njihovo delovanje, kar povzroča konstantno pomanjkanje sredstev in napetost med cilji, zaradi katerih so bile organizacije ustanovljene, in njihovim doseganjem v vsakdanji praksi;
- zaradi omejenih sredstev se pri zaposlovanju daje prevelik poudarek zaposlovanju kadrov, ki so sofinancirani s strani Zavoda RS za zaposlovanje (programi aktivne politike zaposlovanja).

Iz navedenih poudarkov lahko sklepam, da je pri zaposlovanju in socializaciji novo zaposlenih v NVO temeljnega pomena postavitev razmerja ali ravnovesja med osnovno identiteto organizacije, v kateri so vsebovane osnovne vrednote in utemeljen smisel obstoja in delovanja organizacije ter na drugi strani menedžerski pristop, ki je utemeljen v profitnem sektorju.

Socializacija zaposlenih v nevladni sektor je pogojena z organizacijsko kulturo, ki v veliki meri še naprej goji aktivistično-protestni stil delovanja, kar zavira bolj strukturirano organizacijo dela in onemogoča izbiro in uvajanje kadra po striktno strokovnih načelih. Kot posledica tega načina delovanja so finančna sredstva, namenjena izvajanju storitev in programov, majhna in vezana na projektne cikle, kar posledično znižuje sredstva za osebne dohodke. Mlad strokoven kader se nerad ali le za krajši čas odloča za tovrstne zaposlitve. Tako so društva primorana zaposlovati kader, ki ga sofinancira Zavod RS za zaposlovanje, kar pa znižuje strokovni nivo dela.

1.6.1 Težave zaposlenih pri soočanju z vplivi uporabnikov na prejete socialnovarstvene storitve

Kot že rečeno, se držo zaposlenih v nevladnem sektorju ocenjuje kot »skrbniška strokovna kultura – način dojemanja vloge strokovnjakov, ki je pokroviteljski in prevzema odgovornost za uporabnika v celoti. Empirično dejstvo je, da se ob uvajanju sheme, ki individualizira storitve, še bolj pa ko uvaja neposredno plačevanje storitev, pojavi občutek ogroženosti strokovnjakov, verjetno bojazen pred izgubo moči, ki jo imajo strokovnjaki v življenju uporabnikov« (Flaker 2008: 25). »Pokroviteljski odnos lahko povežemo s fenomenom lastninjenja uporabnikov, saj je del folklorne službe v socialnem in zdravstvenem varstvu, da prevzemajo odgovornost za uporabnike, ki so »njihovi«, in ko jih prevzame druga služba, odgovornost preneha« (prav tam: 26).

»Pri svojem delu se strokovni delavci v programih nevladnih organizacij vsakodnevno srečujemo z omejitvami sistema, zaradi česar uporabnik ne prejme ustrezne, potrebne in želene pomoči. Strokovni delavci doživljajo občutke nemoči, neučinkovitosti, frustracij in odgovornosti do uporabnikov« (Škerjanc 2010: 114).

Pozicija strokovnega dela, od koder je »uporabnik slišan v največji meri«, ni dovolj. Prav tako ne zadostuje, da strokovni delavec uporabnika »podpira iz uporabniške perspektive«

in v »zagovorniški drži«. Vpliv in zadnja beseda uporabnika je načelo, ki velja od prvega srečanja do zadnje uporabnikove ocene kakovosti opravljene storitve. Nedoslednosti pri zagotavljanju vpliva se običajno zgodijo zato, ker se strokovni delavec ujame v past svetovanja in usmerjevalca uporabnika pri odločitvah. Strokovni delavec prinese v sodelovanje številne informacije, izkušnje, povezave in možne rešitve ter pristope in jih da na voljo in v podporo doseganju uporabnikovih ciljev. Slednji se bo odločil, ali jih želi vključiti v svoje načrte in v kolikšnem obsegu ter na kakšen način. Izvedenstvo strokovnega delavca je pomembno in pogosto nepogrešljivo, vendar ostaja izbira o tem, ali bo vključeno v načrtovanje pomoči, uporabnikova (prav tam, 115).

Izhajajoč iz navedenih postavk, se vloge v sodelovanju med socialnim delavcem in uporabnikom spremenijo. Prvi ni več tisti, ki ve, kaj je za uporabnika najbolje, temveč oba skupaj delujeta pri uresničevanju uporabnikovih osebnih ciljev za izboljšanje njegovega življenjskega položaja v procesu, kjer ima uporabnik vpliv in besedo. Tako oblikovane socialnovarstvene storitve prevzamejo novo vlogo, postanejo sredstvo, s katerim uporabnik uresničuje osebne cilje, uveljavlja pravice in izboljšuje kakovost življenja v skupnosti (prav tam: 135).

Zaposleni v socialnem varstvu (predvsem tisti, ki v sistemu socialnega varstva delajo že več let) imajo nemalokrat težave z implementacijo tovrstnih načel, ker zahtevajo spremembo notranje drže in vrednostnih struktur. Če iščemo razloge za zastoj pri uvajanju skupnostnih načel in fluktuacije zaposlenih v nevladnem sektorju, je navedeno vsekakor eden od pogostih razlogov.

1.6.2 Socialna varnost zaposlenih v nevladnem sektorju

V Sloveniji je preko 20.000 nevladnih organizacij (društev, fundacij, zasebnih zavodov in drugih oblik). Večinoma se financirajo iz javnih sredstev s prodajo storitev, s članarinami in prostovoljnimi prispevki ter donacijami. Medtem ko se delež zaposlenih v njih praviloma zvišuje, se prihodki organizacij znižujejo. To pomeni, da zaposleni in drugi delavci v nevladnih organizacijah nimajo nobene socialne varnosti in so glede na primerljiva delovna mesta v javnem sektorju v precej slabšem položaju kot javni uslužbenci (Črnak-Meglič: 2006).

Nevladne organizacije svoje javno koristne programe večinoma financirajo prek nacionalnih in lokalnih javnih razpisov, pri katerih se srečujejo z zahtevami financerjev glede števila zaposlenih, urne postavke ipd. Takšne zahteve podcenjujejo ceno delovne sile v nevladnem sektorju in zmanjšujejo kakovost njihovih programov. Hkrati pa delodajalcem v nevladnem sektorju onemogočajo uresničevanje vseh obveznosti, ki jih imajo do zaposlenih po delovnopravni zakonodaji (Jelovac: 2008).

Ko želimo poiskati ustrezno zakonodajo, ki ureja področje socialne varnosti zaposlenih v nevladnem sektorju, naletimo na veliko težavo. Zakoni, ki na splošno urejajo področje socialne varnosti zaposlenih, niso vedno prenosljivi ali veljavni, ko govorimo o nevladnem sektorju. Dejstvo je, da ni osnovnih subjektov, ki so zadolženi za pripravo in izvajanje tovrstne zakonodaje. Ker vloga reprezentativnega sindikata za zaposlene v nevladnem sektorju ni sistemsko upoštevana in ker ne obstaja združenje delodajalcev nevladnega sektorja, tudi do kolektivne pogodbe, ki bi urejala razmerja med njimi, ne more priti.

Temelj socialne varnosti zaposlenih je tako pogodba o zaposlitvi na osnovi Zakona o delovnih razmerjih, ki zaposlenim omogoča vključitev v socialno zavarovanje na podlagi delovnega razmerja. Delodajalec, tudi v nevladnem sektorju, je dolžan delavca prijaviti v obvezno pokojninsko, invalidsko, zdravstveno zavarovanje in zavarovanje za primer brezposelnosti.

Kolektivne pogodbe, ki bi strokovno opredeljevala in finančno vrednotila delovna mesta v nevladnem sektorju, še ni, zato tudi razumemo težnje zaposlenih v nevladnem sektorju po izenačitvi pogojev in pravic z javnim sektorjem.

1.6.3 Vloga države pri zagotavljanju financiranja in socialne varnosti zaposlenih v NVO

Ker se NVO financirajo pretežno iz projektov, je izredno pomembno, na kakšen način se projekti financirajo. »Velikokrat so javni razpisi za sofinanciranje projektov v tekočem letu objavljeni šele februarja, odločanje o izbiri poteka mesec ali dva, posamezna organizacija pa nato sredstva prejme šele junija. V takšnem sistemu nevladne organizacije pravzaprav brezobrestno kreditirajo državo na račun svojega obstoja in svojih zaposlenih. Vse to povzroča managementu neprofitnih organizacij velike težave, ki neizogibno nastajajo zaradi premostitvenega kreditiranja projektov iz drugih virov do trenutka, ko prispejo

namenska sredstva« (Jelovac: 2008). NVO si zato prizadevajo za izenačitev pogojev in pravic z javnim sektorjem, saj bodo le tako dosegle položaj, v katerem bodo dejansko lahko začele uresničevati vse delovnopravne obveznosti in s tem svojim zaposlenim zagotovile ustrezno socialno varnost. Prav tako si prizadevajo za zagotovitev predplačil za projekte, za hitrejše objavljane razpisov in redna plačila za izvedene programe.

Koordinacija NVO je pripravila nekaj predlogov za izboljšanje stanja (Oreški S., et al.: 2009):

- izenačitev pogojev in pravic z javnim sektorjem:
 - dokazati primerjalno učinkovitost in strokovnost dela v nevladnih organizacijah v primerjavi z javnim sektorjem (večji učinek za enaka sredstva);
 - zagotoviti urno postavko, primerljivo z javnim sektorjem na posameznih področjih dela;
 - zbiranje podatkov o dodeljenih sredstvih za javne zavode in NVO na posameznem področju (sociala, kultura, šport), primerjava sredstev in učinkov;
 - zbiranje podatkov po področjih o priznanih urnih postavkah ali mesečnih plačah v projektih, primerjava z izplačanimi plačami in z zahtevami v ustreznih kolektivnih pogodbah;
- povečanje števila zaposlitev v nevladnih organizacijah:
 - povečati število sklenjenih pogodb o zaposlitvi v sektorju NVO (pogodba za določen čas namesto podjemne oziroma avtorske pogodbe);
 - povečati število pogodb o zaposlitvi za nedoločen čas (promocija sistematizacije delovnih mest v NVO, aktivnosti za daljše trajanje pogodb o zaposlitvi za delavce prek javnih del);
 - odpraviti omejitve trajanja pogodbe o zaposlitvi za projektno delo po noveli Zakona o delovnih razmerjih;
 - spodbujanje plačevanja pripravništev (postopna ukinitve volonterskega pripravništva);
- sklenitev splošne kolektivne pogodbe za sektor NVO:
 - pregled primerljivih kolektivnih pogodb v javnem sektorju in identifikacija delovnopравnih institutov, ki bi jih splošna kolektivna pogodba urejala;
 - pridobitev reprezentativnosti (mandata) sindikata NVO za pogajanja z delodajalci za sklenitev splošne kolektivne pogodbe za NVO;

- pogajanja z združenjem direktorjev v NVO za sklenitev splošne kolektivne pogodbe za NVO.

Eden od temeljnih razlogov, ki upočasnjujejo razvoj nevladnega sektorja, je intenca države po ohranjanju dominantne vloge pri preskrbi prebivalcev s storitvami, ki se vežejo na socialno varstvo, ter posledično zapiranje prostora za dostop drugim sektorjem.

Trenutna zakonodaja še vedno omogoča ohranjanje dominantnega položaja izvajalcev v javni mreži socialnovarstvenih storitev. Dostop v javno mrežo pa je za sektor NVO možen le prek koncesije, ki pa za večino področij, na katerih delujejo NVO, ni razpisana ali pa je področje delovanja že zapolnjeno z obstoječimi javnimi izvajalci. Vendar pa le vstop v javno mrežo (ki se financira iz proračuna brez projektnih ciklusov) tudi nejavnim izvajalcem zagotavlja enake finančne možnosti. Nejavnim izvajalcem so tako v večini primerov omogočene zgolj možnosti za sodelovanje pri dopolnilnih programih, za katere občine in država namenjajo minimalna sredstva.

Prav tako lahko ugotovimo odsotnost ukrepov za povečanje zaposlovanja v nevladnem sektorju. Ti ukrepi se morajo navezovati na izenačitev pogojev in pravic z javnim sektorjem predvsem v smeri dokazovanja primerjalne učinkovitosti in strokovnosti dela zaposlenih v NVO v primerjavi z javnim sektorjem ter posledično zahtevati primerljivo urno postavko pri osebnem dohodku z javnim sektorjem za enako izobrazbo, enako delo na posameznih področjih. Le redke NVO upoštevajo pravilnik v napredovanju v nazive ali pa zaposleni v NVO ne more uveljaviti svojih delovnih izkušenj in let dela, ko išče službo v javnem sektorju.

Hkrati pa je treba spodbujati zaposlitev za nedoločen čas v NVO predvsem prek sistematizacije delovnih mest v NVO in z izboljšanjem pogojev aktivne politike zaposlovanja predvsem v smeri daljšega trajanja pogodb o zaposlitvi za delavce prek javnih del ali prek financiranja programa osebne asistencije. Izrazita je potreba po subvencijah za zaposlovanje.

Za reševanje obstoječe situacije vidim rešitev v prenosu javnih pooblastil za programe, ki jih NVO že izvajajo v okviru eksperimentalnih ali javnih socialnovarstvenih programov, ki bodo omogočili doseganje strokovnih kriterijev dela preko proračunskega financiranja in vstopa v financiranje dejavnosti NVO preko zdravstvene blagajne.

Stališče države je naslednje (Strategija vlade 2005: 6–7):

»NVO so eden od stebrov civilne družbe, podvržene stalnim spremembam, in so izraz prožnosti socialne dinamike v pogojih demokracije. NVO izvajajo različne splošno koristne funkcije, ki jih državni organi in druge organizacije iz različnih razlogov opravljajo le deloma ali pa jih sploh ne opravljajo. Za izvajanje teh funkcij morajo NVO izpolnjevati enega ali več pogojev za kakovostno opravljanje svojega dela, odvisno od poslanstva. Med takšne pogoje sodijo usposobljenost za: izmenjavo informacij, posredovanje spoznanj zainteresirani javnosti, raziskovalno delo, obvladovanje podatkovnih zbirk, redno usposabljanje in izobraževanje, inovativnost, zagotavljanje potrebnih človeških virov ter prostovoljcev, pripravljenost za usklajevanje in vzpostavljanje dialoga z državo, zagotavljanje trajnosti delovanja itd. Če so izpolnjeni ti pogoji, so NVO sposobne prevzeti del odgovornosti za splošno dobrobit in družbeni razvoj na vseh ravneh njihovega delovanja (lokalni, regionalni, nacionalni in mednarodni).«

V predlogu Resolucije nacionalnega programa duševnega zdravja (2009) so nevladne organizacije opredeljene kot najpomembnejši nosilec boja proti stigmati duševnih motenj in socialni izključenosti. Zato ocenjujemo, da bi bilo treba razmisliti o vključevanju določenih programov in storitev s področja duševnega zdravja, ki jih posamezne nevladne organizacije obvladujejo, v javno mrežo in pri tem upoštevati regionalne, prostorske, kadrovske in druge vidike. V Nacionalnem programu duševnega zdravja bi morali predvideti transparenten način oblikovanja, izvajanja, medsektorskega sodelovanja in financiranja programov s področja duševnega zdravja ter njihov nadzor.

2 PROBLEM

V okviru priprav na izdelavo naloge sem večkrat v različnih virih in tudi pri osebni komunikaciji s strokovnjaki različnih profilov zasledil stališče, da so NVO v Sloveniji razvile del dejavnosti v skupnosti, vendar v sedanji kadrovski sestavi, organizaciji in projektnem načinu financiranja ne morejo prispevati dovolj k celoviti oskrbi oseb s težavami v duševnem zdravju v skupnosti. V drugih državah pa imamo veliko primerov dobre prakse, ko so NVO prevzele nase večji del aktivnosti pri rehabilitaciji, zdravljenju in reintegraciji osebe s težavami v duševnem zdravju v lokalnem okolju. Kaj je torej tisto, kar zavira razvoj nevladnega sektorja? Nasprotovanje psihiatrične stroke je relativno razumljivo glede na dejstvo, da so se NVO ustanovile z namenom preseganja medicinskega pristopa k obravnavi duševne bolezni, ki ga še danes v veliki meri pooseblja psihiatrija. Ta si v zadnjem obdobju tudi lasti primat izvedenstva na področju obravnave oseb po odpustu iz bolnišnice (t. i. skupnostna psihiatrija) in vztrajno nevladni sektor obravnava kot združenja prostovoljcev in entuziastov, ki nimajo dovolj strokovnih kompetenc. Ker imajo (zdravniki) velik politični vpliv, so do sedaj tudi ustrezno blokirali vse poizkuse redefiniranja nacionalne politike financiranja oskrbe oseb s težavami v duševnem zdravju (2x blokiran predlog RNPĐZ, v katerem so bile NVO v akcijskem načrtu opredeljene kot nosilci skupnostne obravnave). Prav tako se javni socialnovarstveni zavodi vztrajno oklepajo stališča, da osebam, ki potrebujejo bolj strukturirano pomoč, te ni mogoče zagotoviti zunaj institucionalne oskrbe. Ker gre v obeh primerih za močna lobija, ki jima nevladni sektor v političnem diskurzu s svojo kadrovsko sestavo in političnim vplivom ne more uspešno nasprotovati, se posledično na sistemski ravni v zadnjih desetih letih ni nič spremenilo. Občasno se programom NVO podeli drugačen status (javni socialnovarstveni programi), ki pa v končni obliki ne spremeni finančnih razmerij (zaradi krize se v zadnjih letih proračunska sredstva, namenjena financiranju NVO, celo zmanjšujejo). Posledično se nevladni sektor v boju za preživetje preriva in medsebojno tekmuje pri sredstvih tistih blagajn, ki še obstajajo (MĐĐSZ, FIHO), in ne zmore realizirati močnejšega skupnega nastopa proti obstoječemu stanju.

Po drugi strani pa se navkljub relativno kratkemu obstoju (20 let) nevladne organizacije ocenjuje kot neko dejavnost, ki je zaspala pri implementaciji načel skupnostne obravnave in ki je žar pristnega zanimanja za situacijo oseb s težavami v duševnem zdravju zamenjala za pragmatično držo preživetja (obstoj organizacije je pred interesi uporabnika). Kot obliko

samorefleksije omenjenih stališč sem v prvem delu naloge želel ponovno premisliti o teoretičnih izhodiščih, ki so botrovala nastanku nevladnih organizacij, predstaviti (vsaj v okviru lastnih predstav) nekatere razloge za očitno regresijo nevladnega sektorja in obširno predstaviti dejavnosti, ki jih trenutno izvajamo in ki so s predpogojem širitve pogoj za realizacijo deinstitucionalizacije. Do sedaj sem predstavil predvsem dejavnosti, ki se odvijajo (razen zaposlitvene rehabilitacije) v okviru programov stanovanjskih skupin (bivanje v skupnosti), dnevnih centrov (različne delavnice in izobraževanje, samopomoč in prosti čas) in svetovalno-informativnih pisarn (svetovanje in različne oblike pomoči na domu), ki jih izvajajo društva ALTRA, OZARA, ŠENT, VEZI in Novi Paradoks. Ker so to nosilni programi nevladnih organizacij, je njihova širitev v deficitarne regije predpogoj preselitve večjega števila uporabnikov in s tem deinstitucionalizacije, zato sem v nadaljevanju takšen predlog pripravil skladno z oceno potreb s strani nevladnih organizacij in predlogov, ki izhajajo iz Resolucije nacionalnega programa socialnega varstva.

Ker pa nevladni sektor s področja duševnega zdravja pokriva še veliko širše področje delovanja (kot omenjeni trije programi), sem v nadaljevanju pripravil obširen pregled vseh ostalih dejavnosti in organizacij, ki posredno krepijo mrežo izvajalcev v skupnosti in omogočajo ustrezno podporo osebam, ki ne potrebujejo bivanjske oskrbe, trpijo pa za različnimi oblikami duševnih stisk (poporodna depresija, motnje hranjenja, preventiva otrok, mladostnikov, družin, starostnikov). Razvoj njihove dejavnosti je v veliki meri povezan s pridobitvijo trajnih finančnih sredstev, ki omogočajo dolgoročno zagotovitev ustreznega kadra in materialnih pogojev. Pri raziskavi me je zanimalo dožemanje društev, ali sta javno pooblastilo in vstop v javni sektor izguba identitete nevladne organizacije ali zagotovilo trajnih finančnih sredstev.

V prvem delu raziskave, ki sem jo izvedel med nevladnimi organizacijami za pomoč osebam s težavami v duševnem zdravju, sem želeli ugotoviti in oceniti njihov interes za vstop v javni sektor prek pridobitve koncesij ali javnih pooblastil ter ovrednotiti njihov potencial v dejavnostih, ki se predvidevajo za izvedbo procesa deinstitucionalizacije. Da bi ocenil, kje je mogoče izvesti prenos javnih nalog na nevladne organizacije in s tem doseči boljšo učinkovitost in povečati demokratičnost delovanja javnih služb, sem prek vprašalnikov analiziral naloge, ki jih na področju skupnostne oskrbe oseb z duševnimi stiskami opravljajo NVO, preveril, katere naloge NVO že opravljajo, kakšne kapacitete imajo za opravljanje različnih nalog in katere naloge bi se še dalo prenesti na NVO. To bi

bilo primerno zlasti v primerih t. i. »belih lis« (kadrovski primanjkljaj v javnih službah, regionalne razlike v dostopnosti ipd.), kjer bi lahko NVO s primerno usposobljenim kadrom in ob izpolnjevanju drugih delovnih pogojev (prostorski, materialni, stabilno financiranje) dopolnjevala javno (zdravstveno-socialno) službo. V lokalnem okolju imajo pri izvajanju nekaterih dejavnosti NVO zaradi določenih immanentnih lastnosti tega sektorja celo prednost pred institucionalizirano dejavnostjo (dobro poznavanje lokalnega okolja in družinskih razmer, fleksibilna organiziranost in nebirokratsko delovanje, nižji stroški delovanja in vključevanje prostovoljcev ipd.).

Njihova umestitev v delo z osebami s težavami v duševnem zdravju v skupnosti je podlaga za načrt povečanja dostopnosti služb programov in storitev duševnega zdravja v lokalno skupnost. Dostop do storitev javne mreže in programov nevladnih organizacij je za potencialnega uporabnika najpomembnejši element pri presoji delovanja sistema. Zato je cilj izboljšati dostop do storitev in programov pomemben z vidika udejanjanja načela enakosti in tudi z vidika uresničevanja načela proste izbire.

Iz odgovorov, ki sem jih prejel, lahko samo ugotavljam, v kakšnem nemogočem položaju se nahajajo (vsaj večina) nevladne organizacije. Prejeti odgovori so obširni, nejasni, polni pritoževanja nad državo in stroko (predvsem medicinsko, ki jih ne sprejema kot enakovredne partnerje pri obravnavi) ter približni v svojih ocenah števila uporabnikov in potrebnih širitev. V nalogi sem po svojih zmožnostih sistematiziral odgovore in jih analiziral.

Praktični del naloge je tako koncipiran kot akcijska sodelovalna raziskava, v katero je vključenih 16 nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja v skupnosti, zbranih v Koordinaciji nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja. V raziskavi tem sem izhajal iz hipoteze, da trenutna ureditev javne mreže socialnih in zdravstvenih izvajalcev skrbi za osebe s težavami v duševnem zdravju predvsem vsebinsko, vsekakor pa tudi po obsegu ne ustreza skupnostnemu pogledu na duševne težave ter po vseh kriterijih potrjuje upravičenost deinstitutionalizacije. Oblike neformalne skrbi, ki jo po večini izvajajo v nevladnih organizacijah, pa ne predstavljajo zadostne in ustrezne podpore v primeru, če ima oseba s težavami v duševnem zdravju intenzivnejše potrebe po pomoči (celodnevne stanovanjske skupine) ali potrebe po izven bolnišnični pomoči pri akutni fazi bolezni (krizni timi) in večji obseg potreb za samostojno življenje (svetovanje psihoterapija,

spremljanje). Ker ima nevladni sektor moč, voljo in znanje za izvedbo navedenih dejavnosti, je namen opravljenega pregleda storiti korak naprej pri realizaciji teh ciljev.

3 METODOLOGIJA

Raziskava je kvalitativna, temelji na analizi izkustvenega gradiva, ki je bilo zbrano v raziskovalnem procesu udeleženih organizacij. Raziskava je tudi deskriptivna, ker opisuje položaj in stanje v nevladnih organizacijah predvsem z vidika možnosti nevladnih organizacij za vstop v javno mrežo socialnovarstvenih in preventivnih storitev ter kadrovske in finančne potrebe, ki jih morajo realizirati za doseg predvidenih standardov.

Naloga je razvojna raziskava, s katero bom neposredno (s sodelovanjem nevladnih organizacij) raziskovalno spremljal praktično delo nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja v skupnosti z namenom uvedbe novega pristopa v prakso dela javnih socialnovarstvenih izvajalcev, kar je podlaga za uvedbo socialne inovacije.

Raziskavo sem opravil z vprašalnikom odprtega tipa, ki sodelujoče organizacije poziva, da pripravijo kratko predstavitev svojih organizacij z navedbo:

- ciljne skupine, s katerimi se ukvarjajo;
- vsebine programov, ki jih izvajajo;
- lokacije in števila krajev, kjer izvajajo svoje programe po statističnih regijah RS;
- ocene števila uporabnikov ciljne populacije;
- števila uporabnikov, ki jih društvo obravnava v svojih programih;
- ocene števila ljudi, ki ne dobijo potrebne strokovne ali preventivne oskrbe v javnem ali nevladnem sektorju;
- vizije razvoja svoje dejavnosti na lokalni in nacionalni ravni;
- ocene profila in števila potrebnih kadrov za realizacijo vizije razvoja;
- ocene strategije in potrebnih ukrepov za razvoj programov v deficitarna območja RS.

Vprašalnik je bil poslan predstavnikom desetih nevladnih organizacij, ki so članice Koordinacije nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja, in petim društvom, ki z njo tesno sodelujejo.

Članice so:

- ALTRA – Odbor za novosti v duševnem zdravju;
- DAM – Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami;
- DRUŠTVO ŽENSKA SVETOVALNICA;

- HUMANA – Društvo svojcev pri skrbi za mentalno zdravje;
- MUZA – Društvo za ustvarjanje in kvaliteto življenja;
- NOVI PARADOKS – Slovensko društvo za kakovost življenja;
- OZARA SLOVENIJA – Nacionalno združenje za kakovost življenja;
- SPOMINČICA – Slovensko združenje za pomoč pri demenci;
- ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje;
- VEZI – Društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa;
- MOSTOVI – Društvo Mostovi za zdravje v duševnem zdravju.

Organizacije, ki niso vključene v Koordinacijo NVO, izvajajo programe za preventivo duševnega zdravja v skupnosti:

- SOS telefon – Društvo za ženske in otroke – žrtve nasilja;
- SAMARIJAN – Društvo zaupni telefon Samarijan;
- NARAVNI ZAČETKI – Združenje za informiranje, svobodno izbiro in podporo na področju nosečnosti, poroda in starševstva;
- SASP – Slovensko združenje za preprečevanje samomora;
- Zavod Pelikan – Karitas, Terapevtska skupnost za zasvojene s pridruženimi težavami v duševnem zdravju.

Ambicija predvidene raziskave je izdelati čim bolj natančen pregled obstoječih programov in kapacitet nevladnih organizacij na celotnem področju RS, oceniti pripravljenost nevladnih organizacij za pridobitev javnih pooblastil in posledično vstopiti v javno mrežo izvajalcev. Cilj naloge je pripraviti strategijo, ukrepe ter oceniti kadrovske in finančne potrebe za razvoj novih ali že delujočih programov in kapacitet nevladnih organizacij v deficitarnih regijah RS ter zbrati predloge NVO za aktivno sodelovanje pri izvedbi procesa deinstitutionalizacije.

3.1 Prvi del raziskave

Prvi del raziskave je namenjen analizi in oceni inovativnih eksperimentalnih programov NVO za obravnavo v skupnosti, ki bi pod določenimi strokovnimi, kadrovske in finančnimi pogoji lahko pridobili javna pooblastila in se izvajali na celotnem področju RS ali se izvajali kot javni socialnovarstveni programi. Te programe sem izbral glede na društva, ki jih izvajajo, in sicer na naslednjih področjih:

- programi za preventivo motenj hranjenja: Društvo Ženska svetovalnica, Svetovalnica za motnje hranjenja MUZA;
- programi za preventivo samomorilnosti: SASP – Slovensko združenje za preprečevanje samomora;
- programi preventive obporodnih stisk: NARAVNI ZAČETKI – Združenje za informiranje, svobodno izbiro in podporo na področju nosečnosti, poroda in starševstva;
- programi preventive duševnega zdravja otrok, mladostnikov;
- program telefonskega svetovanja za osebe s težavami v duševnem zdravju: Društvo zaupni telefon Samarijan;
- programi zagovorništva za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju in za starejše osebe: Zavod PIP;
- programi za preventivo duševnega zdravja starostnikov: Zveza društev za socialno gerontologijo;
- programi uporabniških združenj: The Icarus project, Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami – DAM;
- programi za osebe z dvojnimi diagnozami: Zavod Pelikan – Karitas, Terapevtska skupnost za zasvojene s pridruženimi težavami v duševnem zdravju;
- programi združenj svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju: Društvo svojcev pri skrbi za mentalno zdravje – HUMANA.

Z analizo podatkov, pridobljenih z vprašalnikom, sem opredelili cilje, strategijo in potrebne ukrepe posamičnih nevladnih organizacij za razvoj programov oskrbe prej omenjenih ciljnih skupin v vsa deficitarna področja RS, kjer ni izvajalcev iz javne mreže ali kjer izvajalci iz javne mreže ne dosegajo vseh, pomoči potrebnih.

Podatke sem obdelal s kvalitativno analizo. Odgovore na zastavljena vprašanja sem razčlenil in s kvalitativno obdelavo vprašalnikov rezultate v strnjeni obliki prikazal po vprašanjih in jih analiziral v skladu z navedenimi spremenljivkami. Na ta način sem ugotavljal stanje prisotnosti programov nevladnih organizacij na področju skupnostne oskrbe oseb s težavami v duševnem zdravju v RS.

V raziskavi sem uporabljal primarne in sekundarne vire. Zbiranje primarnih raziskovalnih virov sem izvedel z uporabo anketnih vprašalnikov za nevladne organizacije in uporabnike (glej priloge), z uporabo raziskovalne naloge, izdelane v okviru Koordinacije društev s

področja duševnega zdravja v skupnosti za namen aktivne udeležbe pri pripravi Resolucije nacionalnega programa duševnega zdravja, kjer sem aktivno sodeloval kot urednik in predstavnik predlogov v Komisiji za pripravo RNPĐZ na MZ. Kot primarni vir štejem tudi intervjuje in telefonske pogovore s predstavniki nevladnih organizacij, opazovanje z udeležbo in osebno raziskovalno delo.

V prvem delu raziskave sem uporabil sekundarne vire in podatke, predvsem dveh glavnih financerjev programov nevladnih organizacij MĐĐSZ in FIHO, ki sem jih kot sekundarne podatke prenesel v obrazce, prilagojene raziskovalnemu postopku. Kot sekundarni vir podatkov sem uporabil že obstoječe raziskave in socialnovarstvene analize (IRRSV, IRIO, Mreža za deinstitutionalizacijo, FSD, MZ) ter spletne strani sodelujočih nevladnih organizacij.

3.2 Drugi del raziskave

Osnovno izkustveno gradivo so statistični podatki o prej opisanih in že uveljavljenih programih nevladnih organizacij (stanovanjske skupine, dnevni centri in informativno svetovalne pisarne), ki jih izvajajo društva ALTRA, ŠENT, OZARA, VEZI in Novi Paradoks, ki jih analiziram s kvalitativno metodo.

Z raziskavo sem pridobil tudi kvantitativne podatke o obstoječih kapacitetah programov omenjenih nevladnih organizacij po lokacijah izvajanja programa. Na ta način sem ocenil dostopnost in razširjenost programov NVO po statističnih regijah RS za stanovanjske skupine, dnevne centre, svetovalno-informativne pisarne za osebe s težavami v duševnem zdravju in podal oceno potrebnega povečanja kapacitet za oskrbo uporabnikov glede na pogostost in geografsko pokritost.

Oceno števila oseb z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju sem podal na osnovi podatkov o pogostosti duševnih težav v Sloveniji v skladu z oceno Svetovne zdravstvene organizacije po odstotkih glede na število prebivalcev posamezne statistične regije.

Na osnovi pridobljenih podatkov sem podal oceno pokritosti RS s posameznimi izvajalci socialnovarstvenih programov po regijah in tako določil deficitarna področja, ki zahtevajo posebno obravnavo. Glede na pridobljene podatke in ugotovljene potrebe sem podal oceno potrebnih širitev obstoječih kapacitet nevladnih organizacij po posameznih statističnih

regijah za doseganje več kot 10-odstotne pokritosti glede na ocenjeno število oseb z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju v statističnih regijah in celotni Sloveniji.

4 REZULTATI

To poglavje zajema predstavitev in oceno inovativnih eksperimentalnih programov nevladnih organizacij za obravnavo v skupnosti po področjih izbranih ciljnih skupin, ki bi pod določenimi strokovnimi, kadrovskimi in finančnimi pogoji lahko pridobili javna pooblastila in se izvajali na celotnem področju Republike Slovenije kot javni socialnovarstveni programi ali kot programi, ki so del javne mreže socialnovarstvenih storitev. Te programe sem izbral glede na društva, ki jih izvajajo, in sicer na področjih, ki so opisana v nadaljevanju.

4.1 Zagovorništvo

1. Opredelitev in predstavitev ciljne skupine zavoda

Cilja skupina zavoda so:

- osebe, ki potrebujejo pomoč zagovornika zaradi zdravstvenih indikacij (starejše osebe in osebe s težavami v duševnem zdravju);
- osebe, ki potrebujejo pomoč zagovornika zato, ker je bilo nad njimi izvršeno nasilje.

2. Ocena števila uporabnikov ciljne skupine programa zagovorništva

V letu 2011 je bilo 449 uporabnikov, številke so podobne vsako leto.

Gre za starejše osebe, oseb s težavami v duševnem zdravju ne vključujejo.

3. Ocena števila ljudi, ki ne dobijo potrebne strokovne ali preventivne oskrbe v javnem ali nevladnem sektorju

Vsaj 70 % uporabnikov.

4. Predstavitev programa zagovorništva za osebe s težavami v duševnem zdravju in starostnike

Program temelji na izvajanju dveh oblik zagovorništva, in sicer socialnega in pravnega zagovorništva. Pri izvajanju zagovorništva gre v večini primerov za preplet obeh oblik zagovorništva. Socialno zagovorništvo je tako primarno namenjeno odpravi oziroma omilitvi osebnih stisk in nemoči uporabnikov, ko se znajdejo pred zanje nerešljivo težavo.

Program je namenjen dvema ciljnim skupinama: v prvi skupini so osebe, katerim so zaradi njihovih zdravstvenih indikacij velikokrat kršene njihove pravice. Druga skupina uporabnikov pa so uporabniki, nad katerimi se izvaja ali je bilo izvedeno nasilje in so zaradi tega v osebni stiski in se zaradi najrazličnejših razlogov ne zmorejo zoperstaviti nasilju oziroma ne morejo učinkovito uveljavljati svojih pravic.

5. Predstavitev števila podorganizacijskih enot zavoda po statističnih regijah RS

Zavod PIP ima dve pisarni, in sicer v Mariboru in Murski Soboti.

6. Število redno ali drugače zaposlenih v zavodu

12 redno zaposlenih, 1 dopolnilno in 3 po drugih pogodbenih oblikah.

7. Vizija razvoja dejavnosti na nacionalni in lokalni ravni

Glede na velikost in kapaciteto Zavoda PIP je njihova vizija omejena na SV del Slovenije. V tem delu države, kljub temu da so prisotni v dveh pisarnah (Maribor in Murska Sobota), veliko ljudi še vedno nima možnosti vključitve v program zaradi fizičnega dostopa. Dejavnost bi v bodoče želeli razviti tako, da bi bili vsaj kratkotrajno vsako leto prisotni v več občinah SV Slovenije.

8. Ocena profila in števila potrebnih kadrov za realizacijo vizije razvoja:

- 2 strokovna sodelavca;
- univerzitetna diplomirana pravnika z izpitom iz socialnega varstva.

9. Postavitev konkretne strategije in ukrepov za razvoj programov zavoda v deficitarna območja RS

Dogovor z občinami in drugimi javnimi institucijami v posameznih občinah SV Slovenije za vsakoletno redno sodelovanje in izvajanje programa na njihovem območju.

4.2 Programi za preventivo obporodne depresije

1. Opredelitev in predstavitev ciljne skupine društva

Ciljna skupina društva so:

- ženske, ki si želijo zanositi, nosečnice, porodnice, ženske po porodu, mlade matere;
- matere in očetje, ki doživljajo različne oblike stisk ob porodu;
- očetje in bodoči očetje, otroci, sorojenci, svojci;
- strokovna javnost: socialne delavke, medicinske sestre, babice, zdravnice in zdravniki, patronažna služba, psihologi in psihologinje;
- širša javnost.

2. Ocena števila uporabnikov ciljne skupine programa

V društvu ocenjujejo, da program doseže najmanj 4000 uporabnikov storitev (prek letakov, delavnic, izobraževanja, medijev, informiranja in svetovanja, individualne podpore in podpornih skupin).

Najožja ciljna populacija so matere z obporodnimi stiskami v fazi zgodnjega starševstva.

3. Ocena števila ljudi, ki ne dobijo potrebne strokovne ali preventivne oskrbe v javnem ali nevladnem sektorju

Oceno je praktično nemogoče podati, ker ne morejo dovolj natančno določiti obsega žensk s problemi poporodne depresije.

4. Predstavitev programa mamaZofa

Program mamaZofa je namenjen informiranju, izobraževanju, podpori in pomoči pri obporodnih stiskah v času zgodnjega starševstva. Cilj programa je kratkoročno in dolgoročno pozitiven vpliv na telesno in duševno zdravje žensk, otrok in družin ter na kakovost življenja.

Program obsega različne dejavnosti in ima naslednje cilje:

- informiranje, izobraževanje (delavnice) in podpora žensk ter njihovih partnerjev v času nosečnosti, ob porodu in po porodu (forum in telefon mamaZofa);
- svetovanje, podpora in pomoč ženskam v obporodnih stiskah in njihovim svojcem;
- informiranje in izobraževanje javnosti o obporodnih stiskah;
- sodelovanje s strokovnjaki pri ustvarjanju pogojev za kakovostnejšo podporo pri obporodnih stiskah na podlagi preverjenih znanstvenih podatkov.

5. Predstavitev števila podorganizacijskih enot zavoda po statističnih regijah RS

Programi se že izvajajo v Ljubljani, Kranju in Kopru.

6. Število redno ali drugače zaposlenih v zavodu

Ni redno zaposlenih koordinatorjev.

7. Vizija razvoja dejavnosti na nacionalni in lokalni ravni

Nacionalno:

- telefon mamaZofa – z vsaj 12-urno dostopnostjo vsak dan, tudi med prazniki, s prostovoljkami in strokovnjakinjami za telefonsko podporo pri obporodnih stiskah;
- forumsko in e-svetovanje dnevno ažurno s strokovnjakinjami za podporo pri obporodnih stiskah;
- obveščanje javnosti (nacionalno in lokalno) o pojavnostih obporodnih stisk in informiranje žensk o možnih izhodih in podpori v primeru obporodne stiske;
- redna izobraževanja in povezovanje za strokovne delavce in prostovoljce, ki vodijo in izvajajo programe za podporo pri obporodnih stiskah.

Regijsko – lokalno:

- osebna svetovanja pri obporodnih stiskah v povezavi z lokalno mrežo usposobljenih strokovnih delavk (psihologinje, babice, patronažna služba, ginekologinje in splošne zdravnice), ki lahko vodijo tudi podporni tim za pomoč na domu in podporne skupine začetnice v lokalnih okoljih. Izvajajo jih strokovnjaki in prostovoljci;
- preventivne delavnice za bodoče starše o izzivih poporodnega obdobja. Obvezno vključene v vse priprave na porod v regiji v povezavi z ZD in porodničnicami.

8. Ocena profila in števila potrebnih kadrov za realizacijo vizije razvoja

12 koordinatorik programa obporodne pomoči za poln delovni čas, ki bi delovale v novih centrih za podporo pri obporodnih stiskah.

9. Postavitev konkretne strategije in ukrepov za razvoj programov zavoda v deficitarna območja RS

V Sloveniji trenutno obstaja samo ena nevladna organizacija, ki se posveča problematiki obporodnih stisk. Obstoječi program izvaja tudi edini telefon, ki je specializiran za podporo materam v času nosečnosti in po porodu. Definitivno bi bilo treba izvesti razširitev po celotnem ozemlju Slovenije z odpiranjem novih regijskih centrov za podporo pri obporodnih stiskah – mamaZofa.

4.3 Programi za preventivo duševnega zdravja otrok in mladostnikov

1. Opredelitev in predstavitev ciljne skupine zavoda

Ciljna skupina so otroci in mladostniki, ki so prikrajšani za normalno družinsko življenje, kar se odraža v težavah v šoli, begih od doma, zlorabah drog in alkohola, motnjah hranjenja, prekinitvah komunikacije s starši, psihosomatskih motnjah, nasilju do vrstnikov ali do samih sebe in delikventnem vedenju. Izobraževanje in dejavnosti pa so razširjene tudi na starše in šolsko osebje.

2. Predstavitev programa za preventivo duševnega zdravja otrok in mladostnikov

V okviru programov delovanje zavoda obsega:

- svetovalna otroška telefona TOM telefon in Peter Klepec za pomoč otrokom v stiskah;
- delavnice za učence višjih razredov in dijake, namenjene pogovoru o dejavnih duševnega zdravja;
- izdajo knjig in priročnikov za otroke staršev, ki se soočajo z duševno motnjo;
- mediacija za družine, ki se soočajo z duševno motnjo.

Strokovni delavci, ki se s temi otroki, mladostniki in njihovimi starši srečujejo pri svojem delu, ugotavljajo, da poleg opravljanja redne dejavnosti in dodatnih preventivnih programov, ki jih vodijo centri in nevladne organizacije, v zavodu nimajo zadostnega števila različnih preventivnih programov, ki bi družino, otroka ali mladostnika v stiski lahko podprli brez radikalnega posega v družinske odnose. Poleg tega izkušnje že delujočih kriznih centrov za mlade kažejo, da se približno polovica mladostnikov v krizni center zateče sama.

3. Predstavitev števila podorganizacijskih enot zavoda po statističnih regijah RS

V pomoč šolskemu sistemu pri večjih težavah tako učne kakor čustvene narave na lokalni ravni že leta deluje Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani, podobno učinkovit je (le brez zdravstvene dejavnosti) Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Maribor, dejavna sta tudi svetovalni center v Kopru in pisarna, ki opravlja svetovalne storitve v Novem mestu. Kljub obstoju nekaterih mentalnohigienskih ambulant pa storitve, ki jih ponujajo omenjeni centri, pisarna in ambulante, predvsem niso enakomerno na voljo vsem otrokom, mladostnikom in staršem v državi.

4. Vizija razvoja dejavnosti na nacionalni in lokalni ravni:

- mreža ekip za svetovanje po telefonu otrokom, mladostnikom v osebni stiski;
- vzpostavitev vsaj treh različnih vrst programov svetovanja po telefonu za različne starostne populacije na celotnem ozemlju države.

5. Postavitev konkretne strategije in ukrepov za razvoj programov zavoda v deficitarna območja RS

Za širitev mreže navedenih programov po celotnem ozemlju RS v zavodu predvidevajo ustanovitev 20 novih programov na deficitarnih območjih RS (MDDSZ).

4.4 Anonimno spletno svetovanje za osebe v duševni stiski

1. Opredelitev in predstavitev ciljne skupine zavoda

Obiskovalcem foruma želijo odgovoriti na vprašanja v zvezi s čustvenimi težavami in duševnimi stiskami, jim ponuditi nasvet, podporo in jih spodbuditi, da v primeru resnejših težav, ki jih sami ne zmorejo več rešiti, čim prej poiščejo ustrezno strokovno pomoč. Program je namenjen vsem, ki se znajdejo v čustvenih težavah ali duševni stiski.

Anonimno spletno svetovanje je namenjeno najširšemu krogu ljudi, še zlasti pa je primerno za mlade in mlajše odrasle. Za koriščenje te ažurne, anonimne in brezplačne storitve je potreben le dostop do svetovnega spleta (lastna ali javna računalniška oprema), poznati pa morajo osnove računalništva (predvsem osnove za delo v spletnem okolju).

2. Predstavitev programa anonimnega spletnega svetovanja za osebe v duševni stiski

Svetovalci prek spletne svetovalnice informirajo mladostnike in odrasle o duševnih stiskah, ki jih s sabo prinašajo odraščanje, vsakodnevni stres, zahteve okolja, nezdrav način življenja, odnosi z bližnjimi, razočaranja v ljubezni, težave v spolnosti itd. Poleg tega skušajo odgovoriti na vprašanja v zvezi s čustvenimi težavami in duševnimi stiskami, jim ponuditi nasvet, podporo in jih spodbuditi, da v primeru resnejših težav, ki jih sami ne zmorejo več rešiti, čim prej poiščejo ustrezno strokovno pomoč. Na ta način prispevajo k pravočasnemu odkrivanju težav v duševnem zdravju, poleg tega lahko prispevajo še k zmanjšanju števila samomorilnih dejanj med vsemi starostnimi skupinami.

3. Vizija razvoja dejavnosti na nacionalni in lokalni ravni:

- povečanje števila svetovalcev;
- izboljšanje njihove usposobljenosti;
- izboljšanje promocije te storitve;
- dvig dostopa do interneta za vse starostne skupine, zlasti mlade, ter izboljšanje računalniške pismenosti starejših oseb.

4.5 Zaupni telefon za pomoč v duševni stiski

1. Opredelitev in predstavitev ciljne skupine zavoda

Ciljno skupino predstavljajo vsi ljudje, ki se znajdejo v različnih duševnih stiskah. Velikokrat gre za osamljenost ljudi, ki jim je telefon edini stik socializacije. Prav tako telefon razbremenjuje zdravstvene institucije, saj uporabnikom omogoča podporo med obiski specialistov. Veliko je tudi klicev ljudi, nagnjenih k samomorilnosti.

Delež moških in žensk je uravnotežen. Najštevilčnejša starostna skupina so klicanci med 30. in 45. letom. Sledi skupina od 46 do 65 let.

2. Ocena števila uporabnikov ciljne skupine programa zagovorništva

V zadnjem letu je bilo opravljenih 30.040 klicev, število klicev pa z leti narašča.

3. Predstavitev programa Samarijan

Program Zaupni telefon za klic v duševni stiski Samarijan se izvaja 24 ur dnevno, vse dni v letu, na dveh telefonih istočasno, v popoldanskih urah, ko je klicev največ, pa še na tretjem in občasno celo četrtem telefonu.

Namen delovanja:

- preventivno delovanje pri vsej populaciji: duševno zdravje je v veliki meri odvisno od pravočasnega delovanja, torej od dobre preventivne dejavnosti. V tem stresnem in odtujenem načinu življenja se ljudje še hitreje znajdejo v duševni stiski. Pogovor z usposobljenim anonimnim prostovoljcem jim prek pravega pristopa (pozorno poslušanje, empatija, ubesedovanje njegove stiske in pristen človeški stik) olajša pot iz nje. Tako se hitreje odkrijejo psihične težave in s tem prepreči njihovo poglobljanje;
- preventivno delovanje pri ljudeh s težavami na področju duševnega zdravja: redni pogovori tem ljudem pomagajo bolj kakovostno preživeti čas med dvema obiskoma pri specialistu in s tem zmanjšujejo ali celo odpravijo potrebo po hospitalizaciji. Zaupni telefon tem osebam nudi, kar strokovne službe ne zmorejo: lajšanje bremena izoliranosti, osamljenosti, saj so ti pogovori za nekatere edini stik z ostalimi. Tako se vsaj delno ohranja njihova socializacija, kar tudi pripomore k preprečevanju poglobljanja psihičnih težav.

Z dobro vsestransko preventivo se izboljšuje kakovost življenja celotne populacije, finančno in časovno razbremenjuje zdravstveni sistem in druge vladne institucije, vse to pa pripomore k zmanjševanju socialno-psihiatrične problematike v Sloveniji. Torej delovanje takega telefona prinaša tako materialno kot tudi socialno korist. Pri življenju pa ohranja tudi potencialne samomorilce, ki so si na podlagi pogovora premislili in dejanja niso storili.

4. Predstavitev števila podorganizacijskih enot zavoda po statističnih regijah RS

Svetovalci zavoda delujejo v klicnih centrih v Ljubljani in Mariboru. Ker gre za klicno linijo, je dostopna popolna razpoložljivost prostovoljca in maksimalna pomoč uporabniku ne glede na njegovo lokacijo.

5. Število redno ali drugače zaposlenih v zavodu

Ni zaposlenih sodelavcev. Telefon vzdržujejo ustrezno usposobljeni prostovoljci, ki predstavljajo izreden vir pozitivne energije, saj jih ne motivira ne plačilo ne osebna korist, temveč zgolj želja pomagati sočloveku. Skupno število prostovoljcev je 390, ki vse dni v letu 24 ur na dan vzdržujejo dva telefona za pomoč v duševni stiski in cca 6–8 ur vsak dan še tretjega.

6. Vizija razvoja dejavnosti na nacionalni in lokalni ravni:

- v dogovoru s Telekomom omogočiti delovanje več linij istočasno in s tem omogočiti takojšnjo pomoč zaupnega telefona vsakemu, ki se znajde v duševni stiski;
- razširiti program z novo obliko pomoči ljudem v duševni stiski – klepet s pomočjo spleta, kar je po izkušnjah iz tujine bliže mladim, slepim, gluhim in spolno zlorabljenim;
- zagotoviti stalno strokovno izpopolnjevanje prostovoljcev in zaposlenih;
- na podlagi dolgoletnih izkušenj poenotiti sistem izobraževanja prostovoljcev in delovanja zaupnih telefonov za pomoč v duševni stiski;
- širiti mrežo dežurnih mest in s tem omogočiti boljše pogoje dela prostovoljcem;
- zagotoviti stabilno financiranje, ki bo omogočalo ves planirani razvoj.

7. Ocena profila in števila potrebnih kadrov za realizacijo vizije razvoja

Ena do dve novo zaposleni osebi, s katerima bi dvignili kakovost dela in programa.

8. Postavitev konkretne strategije in ukrepov za razvoj programov zavoda v deficitarna območja RS

Ker gre za telefonsko linijo, ni deficitarnih območij (glej strategijo razvoja).

4.6 Programi za preventivo motenj hranjenja

1. Opredelitev in predstavitev ciljne skupine zavoda

V programu nudijo psihosocialno pomoč populaciji, ki trpi za motnjami hranjenja, in tudi njihovim bližnjim, ki se znajdejo v stiski, ko želijo pomagati osebi z motnjo hranjenja. Primarna ciljna skupina programa je v največji meri študentska populacija in tudi odrasle

osebe obeh spolov ter strokovna in širša laična javnost. V zadnjem času ciljna populacija vključuje tudi osebe z vsemi vrstami motenj hranjenja, otroke od 11. leta dalje ter njihove starše in bližnje osebe.

2. Ocena števila uporabnikov ciljne skupine programa zagovorništva

Študije v Sloveniji niso bile narejene, evropske raziskave pa so pokazale, da ima motnje hranjenja do 12 % ljudi. Ta visok odstotek se nanaša predvsem na kompulzivna prenajedanja.

V programih zavoda so imeli v letu 2011 skupno 703 uporabnike. Od tega je bilo 67 oseb rednih uporabnikov, ki so bili vključeni v terapijski program MUZA.

3. Ocena števila ljudi, ki ne dobijo potrebne strokovne ali preventivne oskrbe v javnem ali nevladnem sektorju

Število ljudi, ki obravnave ne dobijo, je nemogoče oceniti. Izpostavili bi pomanjkanje kurative za osebe z anoreksijo nervozo, ki imajo ITM < 15. V zavodu jih sami ne morejo sprejeti v terapijski program, ker nimajo ustreznih pogojev. Ustreznih pogojev za delo s prizadeto populacijo primanjkuje tudi v javnem sektorju, kjer so tovrstne storitve koncentrirane predvsem na osrednjo Slovenijo.

4. Predstavitev programa za preventivo motenj hranjenja

Motnje hranjenja so resen psihosocialni in zdravstveni problem, ki prizadeva precejšnje število ljudi, predvsem mlade ženske, pa tudi njihove bližnje, saj so posledice motenj hranjenja lahko zdravstvene, psihične, pa tudi v sferah dela in socialnega bivanja.

Program zajema naslednje oblike pomoči:

- informiranje o motnjah hranjenja, njihova prepoznavnost in posledice le-teh, možnosti in oblike pomoči v Sloveniji, izdaja letakov o motnjah hranjenja;
- individualna svetovanja – največ osebno, včasih pisno, po e-pošti;
- podporne skupine za ženske z motnjami hranjenja (2–3 skupine letno);
- tematske delavnice (za poglobljeno delo na reševanju problematike, ki jo uporabnice izpostavijo kot posebej perečo – npr. asertivnost, stik s telesom, jeza);
- podporna skupina za bližnje osebe (1x mesečno);

- moderiranje foruma o motnjah hranjenja na Med.Over.Net;
- osveščanje o MH in stiki z javnostmi.

5. Predstavitev števila podorganizacijskih enot zavoda po statističnih regijah RS

Trenutno ni podorganizacijskih enot, saj morajo najprej finančno in kadrovsko stabilizirati svoj center v Ljubljani.

6. Število redno ali drugače zaposlenih v zavodu

Imajo 3,5 zaposlene, in sicer strokovnega vodjo, 2 strokovni delavki in strokovnega sodelavca, ki je zaposlen za polovični delovni čas. Imajo še zunanjo sodelavko in 7 prostovoljcev.

7. Vizija razvoja dejavnosti na nacionalni in lokalni ravni

Cilji zavoda so razširiti mrežo programa in pomoči po Sloveniji, ugotoviti skušajo deficitarna področja in razvijati nove programe z izpopolnjevanjem in iskanjem potrebnih finančnih sredstev. Predvsem bi potrebovali dnevne centre, stanovanjske skupine in krizne telefone (specializirane za področje MH), kamor bi se osebe v kriznih trenutkih lahko obrnile zaradi motenj hranjenja (24 ur na dan).

8. Ocena profila in števila potrebnih kadrov za realizacijo vizije razvoja

Za širitev storitev zavoda bi potrebovali za Slovenijo (12 novih zaposlenih) ali vsaj še 2 regiji (5 novih zaposlenih) nove zaposlitve, saj so tovrstni programi preveč ciljani predvsem na Ljubljano.

9. Postavitev konkretne strategije in ukrepov za razvoj programov zavoda v deficitarna območja RS

Potrebne bi bile širitve na ostala območja. Za začetek bi to pomenilo ustanovitev dislociranih enot vsaj še v Kopru in Mariboru. Kasneje bi bilo treba odpreti tudi dnevni center in stanovanjsko enoto. Širitve bodo možne šele ob stabilizaciji matične enote in pridobitvi potrebnih finančnih sredstev.

4.7 Programi za preventivo samomorilnosti

1. Opredelitev in predstavitev ciljne skupine zavoda

Program je namenjen širši javnosti, in sicer odraslim posameznikom, parom ali družinam v trenutkih hude čustvene stiske. Vključi se lahko kdor koli, ki potrebuje pomoč in zanjo zaprosi, ne glede na članstvo v društvu. Storitve je brezplačna, uporabniki prispevajo le prispevek za materialne stroške, če so zaposleni, sicer pa tudi tega ne.

2. Ocena števila uporabnikov ciljne skupine programa

V letu 2015 so pomagali 974 strankam s 3741 svetovanji.

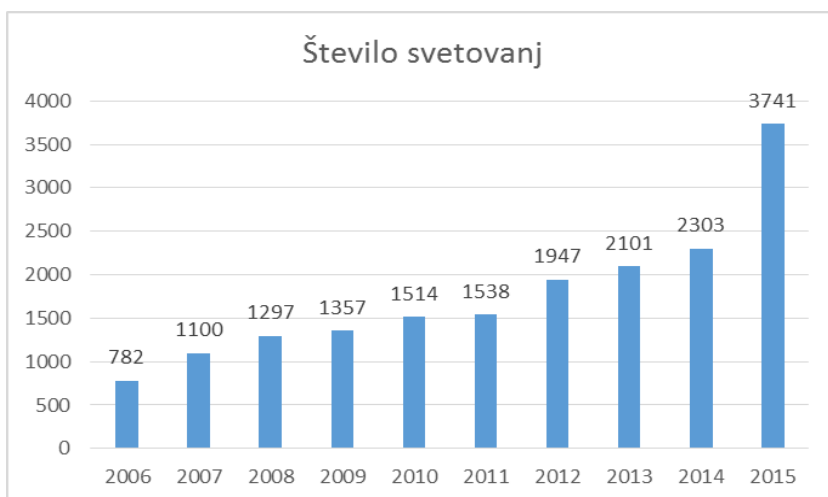


Tabela 1: Število svetovanj po letih – SASP – Posvet

3. Ocena števila ljudi, ki ne dobijo potrebne strokovne ali preventivne oskrbe v javnem ali nevladnem sektorju

44,5 % strankam (se pravi v letu 2015 386 strankam) so na Posvetu prva oblika pomoči. Ocenjujejo, da je še najmanj 2000 oseb, ki ostanejo brez potrebne strokovne ali preventivne oskrbe.

4. Predstavitev programa SASP – Posvet

Psihološko svetovanje posameznikom, parom in družinam v duševni stiski, tudi svojcem oseb s težavami v duševnem zdravju.

Svetovalci v javnih psiholoških svetovalnicah Posvet svetujejo odraslim osebam, parom in družinam v trenutkih hude čustvene stiske, ko je stiska še obvladljiva in še ne sodi v okvir psihiatrije. Njihov cilj je preventiva v duševnem zdravju – zmanjševanje psihičnih in čustvenih stisk, ki bi ob poglobitvi lahko privedle do duševnih bolezni, odmika iz delovnega in socialnega okolja, nasilja, samomorilnega vedenja. Njihove svetovalnice zapolnjujejo vrzel med zasebnimi psihoterapevtskimi storitvami, ki so večini uporabnikom finančno nedosegljive, in storitvami zdravstvene mreže, kjer so čakalne dobe dolge, storitev pa je časovno in stroškovno omejena. V okviru svetovalnic izvajajo nedirektivno psihološko svetovanje, ki je zasnovano tako, da uporabnikom/uporabnicam omogoča in od njih zahteva aktivno sodelovanje. Uporabniki/uporabnice za obisk svetovalnice ne potrebujejo napotnice, storitev je zaupna in brezplačna, uporabniki lahko prispevajo za materialne stroške, čakalne dobe so zelo kratke – od 1 dneva do 3 tednov.

Delo svetovalnice je redno supervizirano, imajo 4 ure supervizije mesečno in mentorstvo za nove svetovalce. Tako ohranjajo visoko strokovno raven svojega dela.

Zadovoljstvo strank z izvedbo, organizacijo in učinki svetovalnega procesa spremljajo z anonimnimi evalvacijskimi vprašalniki. Rezultati so zelo visoki (povp. 4,8 od 5).

5. Predstavitev števila podorganizacijskih enot zavoda po statističnih regijah RS

Zavod ima psihološke svetovalnice v Ljubljani, Kranju, Celju, Laškem, Slovenj Gradcu, Murski Soboti, Sevnici, Novi Gorici in Postojni.

6. Število redno ali drugače zaposlenih v zavodu

6 redno zaposlenih, 35 po podjemnih pogodbah, 2 prek s. p.-ja.

7. Vizija razvoja dejavnosti na nacionalni in lokalni ravni

Odpreti svetovalnice še v Kopru, Mariboru in Novem mestu, da dosežejo polno regijsko pokritost.

8. Ocena profila in števila potrebnih kadrov za realizacijo vizije razvoja

Potrebovali bi še 8 svetovalcev.

9. Postavitev konkretne strategije in ukrepov za razvoj programov zavoda v deficitarna območja RS

Osveščanje ustanov in prebivalcev s pomočjo zgibank, intervjujev, člankov, spletne strani, z namenom doseči čim večjo destigmatizacijo iskanja psihološke pomoči.

4.8 Programi za preventivo duševnega zdravja starostnikov

1. Opredelitev in predstavitev ciljne skupine društev

Ciljna skupina Zveze društev za socialno gerontologijo Slovenije:

- osebe, stare nad 65 let, ki so celo leto redno vključene v skupine in enkrat letno v program Medgeneracijski tabor. Približno 1 % vključenih v program kot uporabniki so tudi osebe pod 65 let, ki so delovno nezmožne iz različnih razlogov;
- mladi ljudje, prostovoljci, ki so skozi celo leto vključeni v prostovoljno delo – individualno ali skupinsko obliko druženja s starimi ljudmi. Vključeni so tudi v program Medgeneracijski tabor.

Program Skupine starih ljudi za samopomoč je namenjen osebam, starim nad 65 let, ki si želijo vključitve v program in izboljšati kakovost življenja na področju medčloveških odnosov.

2. Ocena števila uporabnikov ciljne skupine glede na podatke zavoda (prevalenca duševne bolezni med starostniki):

- uporabniki nad 65 let: 5021 oseb;
- program *Skupine starih ljudi za samopomoč* se izvaja v skupinah do 10 oseb, ki se redno enkrat tedensko srečujejo praviloma po 1,5 ure do 2 uri. Takšnih skupin je 519; polovica skupin deluje v domačem okolju, polovica pa v domovih za starejše in drugih organizacijah.

V zavodu ocenjujejo, da imajo vključenih cca 20 % starostnikov s težavami v duševnem zdravju.

3. Ocena števila ljudi, ki ne dobijo potrebne strokovne ali preventivne oskrbe v javnem ali nevladnem sektorju

Zaradi narave programov, ki jih izvajajo, tovrstne ocene ni možno podati.

4. Predstavitev programov, ki jih zveza izvaja za starostnike s težavami v duševnem zdravju

Starostniki s težavami v duševnem zdravju se vključujejo v program Skupine starih ljudi za samopomoč.

Cilji programa Skupine starih ljudi za samopomoč so:

1. ohranjanje in ustvarjanje socialne mreže in s tem zmanjšanje socialne izključenosti starih ljudi;
2. opolnomočenje starih ljudi za čim daljše bivanje v domačem okolju;
3. iz skupine naključno zbranih posameznikov ustvariti prijateljsko skupino. Skupine se na lokalnem nivoju poveže v lokalno mrežo, le-te pa v nacionalno mrežo Zveze društev;
4. lajšanje socialnih in psihosocialnih stisk in težav starih ljudi;
5. izboljšanje socialnega položaja, ohranjanje in krepitev zdravja ter ustvarjanje pogojev za aktivno in smiselno življenje v starosti;
6. medgeneracijsko povezovanje in solidarnost;
7. omogočanje sodelovanja med različnimi izvajalci socialnovarstvenih programov, namenjenih starim ljudem;
8. razvijanje organiziranega prostovoljskega dela v lokalni skupnosti;
9. omogočanje dopolnjevanja prostovoljskega in strokovnega dela v javnih ustanovah, kjer se program izvaja;
10. priprava srednje generacije na starost;
11. zmanjševanje stereotipov in predsodkov o starosti;
12. vzpostavljanje dobrih medčloveških odnosov.

5. Predstavitev števila podorganizacijskih enot zveze po statističnih regijah RS

S svojo dejavnostjo že pokrivajo celotno območje RS. Polovica dejavnosti se odvija pretežno v domovih za ostarele in medgeneracijskih društvih, ostalo pa v domačem okolju.

6. Število redno ali drugače zaposlenih v zvezi

V zvezi je 6 redno zaposlenih, 1 oseba je zaposlena prek projekta Zavoda RS za zaposlovanje »Priložnost zame« in 1 oseba kot pripravnik na področju socialnega varstva prek Socialne zbornice Slovenije.

7. Vizija razvoja dejavnosti na nacionalni in lokalni ravni

Ohranjati in krepiti ter širiti mrežo skupin starih ljudi za samopomoč v Republiki Sloveniji.

8. Ocena profila in števila potrebnih kadrov za realizacijo vizije razvoja

Glede na postavljene normative v razpisih za sofinanciranje socialnovarstvenih programov za starostnike v preteklosti s strani MDDSZ (1 koordinator na 70 oziroma 90 skupin) ugotavljajo primanjkljaj strokovnih delavcev. Normativ, ki je bil postavljen v razpisu za obdobje 2010–2014, pa se je povišal na 1 koordinatorja na 110 skupin, kar se zavodu ne zdi sprejemljivo, saj se več let trudi razbremeniti organizatorje lokalnih mrež, ki so prostovoljci – strokovni vodje programa Skupine starih ljudi za samopomoč na lokalnem nivoju. Zato načrtujejo širitev števila zaposlenih v letih 2010 in 2013, in sicer skupaj 3 nove strokovne delavce (VII. stopnja s področja socialnega varstva) in dodaten laični kader.

9. Postavitev konkretne strategije in ukrepov za razvoj programov zavoda v deficitarna območja RS

V zavodu se je program pričel razvijati od spodaj navzgor, kar velja še danes. Tako je pogoj za delovanje v deficitarnih območjih RS zainteresiranost lokalne skupnosti za širjenje lastnega programa. Prioriteta pa je predvsem širiti skupine v zunanjem – domačem okolju.

4.9 Programi združenj svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju

1. Opredelitev in predstavitev ciljne skupine zavoda

Ciljna skupina so v prvem planu predvsem svojci psihiatričnih bolnikov. Podpora tej skupini je izjemno pomembna, saj direktno vpliva na boljše okrevanje psihiatričnih

bolnikov v družinskem krogu. Pomembna ciljna skupina pa so tudi določene skupnosti in splošna javnost, kjer želijo delovati predvsem preventivno z različnimi metodami dela.

2. Ocena števila uporabnikov ciljne skupine programov

Točno število uporabnikov je težko določiti, lahko pa navedemo, da je s širjenjem mreže delovanja uporabnikov vse več. Za primer so v letu 2014 izvedli 80 srečanj različnih vodenih skupin, 50 dogodkov s področja krepitve zdravja, 10 srečanj za razumevanje in obvladovanje stresa ter 12 delavnic sproščanja z gibanjem in zvokom.

3. Ocena števila ljudi, ki ne dobijo potrebne strokovne ali preventivne oskrbe v javnem ali nevladnem sektorju

V zavodu se ukvarjajo predvsem s podporo in izobraževanjem svojcev in so neke vrste podaljšek javnega sektorja, ki te problematike v glavnem ne pokriva, zato te ocene ni moč podati.

4. Predstavitev programa pomoči svojcem HUMANA

HUMANA – Združenje svojcev pri skrbi za mentalno zdravje je humanitarna organizacija iz Kranja, ki deluje v javnem interesu ter nudi brezplačno pomoč in podporo že od leta 2000. Ustanovljena je bila na pobudo svojcev uporabnikov psihiatričnih uslug in na pobudo nekaterih psihiatrov, ki so že dlje opozarjali na to, da je za učinkovito zdravljenje potrebno sodelovanje celotne družine. Gre za prvo organizacijo svojcev psihiatričnih bolnikov pri nas in izhaja iz njihovega težkega položaja oziroma problematike, s katero se srečujejo vsak dan.

Petnajsto leto izvajajo program Komunikacijsko rehabilitacijska povezava svojcev z namenom varovanja in krepitve duševnega zdravja ter preprečevanja duševnih motenj in obolevanj oseb in rizičnih skupin na lokalni ravni in širšem območju RS. Z organizacijo preventivnih in promocijskih akcij, strokovnih izobraževanj ter s spodbujanjem preventivnih strategij, usmerjenih proti dejavnikom tveganja in naravnanih k pozitivnemu duševnemu zdravju, pomagajo preprečevati in omiliti obolevanja oseb in njihovih svojcev, ki so preobremenjeni in pod stalnimi čustvenimi pritiski, ter zmanjševati hospitalizacijo psihiatričnih bolnikov. Program je namenjen tudi ozaveščanju širše javnosti in

destigmatizaciji duševnih bolezni, ki lahko privedejo do hudih duševnih stisk in samomorov.

Metode in načini dela:

- aktivnosti krepitve in varovanja zdravja svojcev in ljudi s težavami v duševnem zdravju – strokovna izobraževanja in srečanja; sodelovanje s stroko, posvetovanja in dejavnosti zmanjševanja tveganja obolevanj na področju duševnega zdravja;
- organizirano povezovanje svojcev in koristnikov programa – medsebojna podpora;
- individualno povezovanje svojcev z izmenjavo izkušenj;
- individualno delo – pomoč, individualni razgovori, svetovanje ter naveze z zdravniki in zunanjimi institucijami;
- skupinsko delo – strokovna izobraževanja in delavnice; kognitivne tehnike;
- delo na terenu – psihosocialna pomoč svojcem in delo z družino;
- širše aktivnosti na področju ozaveščanja, promocije in destigmatizacije duševnih bolezni.

5. Predstavitev števila podorganizacijskih enot zavoda po statističnih regijah RS

Dejavnosti potekajo po različnih regijah. V letu 2014 so delovali na naslednjih lokacijah: Kranj, Ravne na Koroškem, Celje, Maribor, Murska Sobota, Jesenice, Ljubljana, Novo mesto, Brežice, Krško in Izola.

6. Število redno ali drugače zaposlenih v zavodu

Ni redno zaposlenih, večinoma zunanji sodelavci (avtorska pogodba oziroma prek s. p.-ja).

7. Vizija razvoja dejavnosti na nacionalni in lokalni ravni

V prihodnosti želijo ponovno dati poudarek predvsem na strokovno vodene pogovorne skupine. Glede na to, da je razbremenitev skozi zaupen pogovor ena od temeljnih potreb svojcev, nameravajo pripraviti dolgoročen program vodenih skupin po regijah. Zagotoviti želijo tudi večjo neodvisnost od razpisa FIHO in povečati financiranje iz drugih virov.

8. Ocena profila in števila potrebnih kadrov za realizacijo vizije razvoja

Da bi se lahko na drugih razpisih potegovali za sredstva v večjem obsegu, bi morali zaposliti dve osebi, s tem pa bi izboljšali tudi delovne kapacitete.

9. Postavitev konkretne strategije in ukrepov za razvoj programov zavoda v deficitarna območja RS

Za uresničitev cilja širjenja v deficitarna območja nameravajo k sodelovanju povabiti inštitute, zavode in društva, ki imajo široko bazo usposobljenih kandidatov iz celotne Slovenije. Za izvedbo svojih programov želijo poiskati tudi več zunanjih lokalnih strokovnih sodelavcev.

4.10 Programi za pomoč osebam s pridruženimi težavami v duševnem zdravju

1. Opredelitev in predstavitev ciljne skupine društva ali zveze društev

Ciljna skupina programa Terapevtske skupnosti za zasvojene s pridruženimi težavami v duševnem zdravju so osebe s težavami odvisnosti od PAS s pridruženimi težavami v duševnem zdravju (motnje po klasifikaciji DSM IV.: razpoloženske oziroma afektivne motnje, shizofrenija z drugimi psihotičnimi motnjami, osebnostne motnje), zaradi česar so v psihiatrični obravnavi (imajo redne kontrole pri psihiatru, enkrat mesečno). Ti posamezniki so pogosto socialno izključeni in diskriminirani, ker jih zaradi težav in specifičnosti problema noben program ne sprejema ali pa se tam ne počutijo dobro, ker so pogosto neuspešni. Gre za eno najbolj ranljivih skupin naše družbe.

Povprečna starost uporabnikov v programu je 28 let. Trenutno so v program vključeni pretežno moški in njihče ne dosega višje izobrazbe od srednješolske. Približno polovica jih ima dokončano samo osnovnošolsko izobrazbo. Vsi so nezaposleni, dva izmed njih imata invalidnost III. kategorije. Uporabniki prihajajo iz različnih slovenskih regij: osrednjeslovenska, gorenjska, štajerska regija, Prekmurje, Primorska. Obravnavani so bili v psihiatričnih bolnišnicah v Ljubljani, Vojniku in Begunjah.

2. Ocena števila uporabnikov ciljne skupine

Uporabnike v programu razvrščajo v tri različne kategorije, in sicer:

- **prvo kategorijo** predstavljajo uporabniki, ki so vključeni v bivanje v terapevtski skupnosti 24 ur dnevno;
- **drugo kategorijo** predstavljajo svojci nastanjenih uporabnikov, ki so v dejavnosti programa v povprečju vključeni 6 ur mesečno (skupina za svojce, družinska srečanja, telefonski in osebni pogovori);
- **tretjo kategorijo** uporabnikov predstavljajo uporabniki, katerim je nudeno svetovanje po telefonu, individualna in družinska terapevtska obravnava ter psihosocialna podpora.

V letu 2015 je bilo v skupino za svojce vključenih skupno 38 oseb.

3. Ocena števila ljudi, ki ne dobijo potrebne strokovne ali preventivne oskrbe v javnem ali nevladnem sektorju

Število ljudi, ki ne dobijo ustrezne in pravočasne strokovne ali preventivne oskrbe, v zavodu težko ocenjujejo, ker sami tovrstne sistematične raziskave niso izvajali. Glede na to, da je tovrstna populacija precej »skrita in tiha«, z veliko verjetnostjo sklepajo, da gre za znatno število posameznikov in družin, seveda pa je to odvisno od regij.

4. Predstavitev programov, ki jih društvo izvaja za svojce oseb s težavami v duševnem zdravju:

- svetovanje in psihoedukacija svojcev;
- redna skupinska srečanja svojcev uporabnikov, ki so nastanjeni v terapevtski skupnosti;
- družinska terapija;
- podporna skupina za svojce uporabnikov, ki so zaključili program društva.

5. Predstavitev števila podorganizacijskih enot zveze po statističnih regijah RS

Trenutno se program Terapevtske skupnosti za zasvojene s pridruženimi težavami v duševnem zdravju izvaja le na eni lokaciji, in sicer na Sostrski cesti 1, Ljubljana Dobrunje.

6. Število redno ali drugače zaposlenih v društvu

V zavodu je zaposlenih 38 oseb, v programu Terapevtske skupnosti za zasvojene s pridruženimi težavami v duševnem zdravju pa 6 oseb.

7. Vizija razvoja dejavnosti na nacionalni in lokalni ravni

Kot nevladna organizacija so odvisni predvsem od sofinanciranja s strani MDDSZEM oziroma od uspešnosti na razpisih. Program Terapevtske skupnosti za zasvojene s pridruženimi težavami v duševnem zdravju se izvaja komaj šesto leto in glede na to, da podobne terapevtske skupnosti ne obstajajo, razvijajo in oblikujejo strokovno utemeljene metode in strategije dela na področju obravnave dvojnih diagnoz. V tem obdobju je strategija društva utrditi delovanje programa, ki bo postal v prihodnje model za oblikovanje podobnih tudi v drugih regijah. Njihova vizija je, da bi podoben program v prihodnje (morda v naslednjih 10 letih) začeli tudi v vzhodni regiji.

8. Ocena profila in števila potrebnih kadrov za realizacijo vizije razvoja

Za razvoj in realizacijo sedanjega programa bi potrebovali še vsaj dva strokovna delavca, in sicer psihologa in psihoterapevta. V prihodnje dodatnih osem za dodatno novo nastalo enoto.

9. Postavitev konkretne strategije in ukrepov za razvoj programov društva v deficitarna območja RS

Strategija delovanja programa v deficitarnih območjih je kratkoročno usmerjena v delo na terenu predvsem v obliki preventivnega dela, informiranja in ozaveščanja. Poleg tega pa tudi v utrjevanje in razvijanje sodelovanja s psihiatričnimi ustanovami v javnem zdravstvu in nevladnim sektorjem na področju duševnega zdravja. Namen je zapolnjevati vrzel med duševnim zdravjem in obravnavo zasvojenosti, in sicer da se strokovna izhodišča in praksa razvijata v smer celostne integrirane oblike obravnave oseb in svojcev z dvojno diagnozo. V ta namen se udeležujejo strokovnih konferenc in simpozijev, kjer lahko strokovni javnosti predstavijo ugotovitve tujih raziskav in primerov dobre prakse ter nakažejo možnosti razvijanja podobnih programov v svojem prostoru. V tem kontekstu vidijo v prihodnje tudi potrebo po še boljšem povezovanju s podobnimi programi v tujini.

Dolgoročna strategija je pridobitev javnih pooblastil in posledično vstopiti v javno mrežo izvajalcev programa za dvojno diagnozo. Dolgoročni načrt je tudi ustanovitev podobnega programa v vzhodni regiji.

4.11 Mreža programov duševnega zdravja v skupnosti nevladnih organizacij (obstoječe stanje in potrebne širitve)

Iz zbranih podatkov (IRIO: 2009, Jeriček H., Zorko M., Bajt M.: 2009) izhaja, da je v Sloveniji okoli 115.592 oseb, ki se na različne načine soočajo s težavami v duševnem zdravju. Glede na oceno prevalence duševne bolezni v Republiki Sloveniji (prav tam) in iz internih podatkov NVO ocenjujemo, da je med njimi okoli 2,5 % oziroma okoli 2889 takšnih, ki zaradi neugodnega poteka bolezni (kratkotrajna obdobja brez akutne faze bolezni, pogosto ponavljanje bolezenskih stanj), težav v socialnem funkcioniranju in nezmožnosti samostojnega bivanja potrebujejo ustrezno obravnavo v skupnosti. Zaradi tega jih lahko po 2. členu Zakona o duševnem zdravju (2008) »upravičeno opredelimo« kot osebe s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami.

V Tabeli 2 so podatki o ocenjenem številu oseb z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju po posameznih statističnih regijah, ki bi potrebovale vključitev v navedene programe NVO. Po statističnih regijah so tudi navedeni podatki o številu enot posameznih programov vseh petih organizacij, ki izvajajo predstavljene programe (društva ŠENT, OZARA, VEZI, ALTRA in Novi Paradoks), in številu vključenih uporabnikov v letu 2014.

Statistična regija	Število prebivalcev*	Ocenjeno štev. oseb s kronično duševno motnjo**	Stanovanjske skupine***		Dnevni centri***		Svetovalne pisarne***	
			Štev.	Upor.	Štev.	Upor.	Štev.	Upor.
Pomurska	119.145	180	2	8	1	12	1	49
Podravska	323.119	459	7	26	3	69	0	0
Koroška	72.494	107	1	8	3	67	2	33
Savinjska	259.726	372	4	14	1	11	1	21
Zasavska	44.222	66	0	0	1	7	0	0

Spodnje-posavska	70.167	101	0	0		2	18		1	30
Jugovzhodna Slovenija	142.483	200	1	4		3	64		3	51
Osrednjeslovenska	533.213	716	17	90		4	163		2	106
Gorenjska	203.427	286	4	17		3	37		2	51
Notranjsko-kraška	52.287	73	6	27		2	37		1	23
Goriška	119.146	173	2	8		3	35		1	42
Obalno-kraška	110.760	149	4	14		3	52		1	24
Skupaj (Slovenija)	2.050.189	2889	48			29			15	407

Tabela 2: Obstoječe kapacitete nevladnih organizacij po posameznih statističnih regijah

* Vir: Statistični urad, popis 2011.

** Ocena glede na podatke o prevalenci duševnih motenj v R Sloveniji (IRIO, IVZ).

*** Podatki IRSSV in interni podatki nevladnih organizacij v januarju 2014.

Po raziskavi (Zaviršek, D., Krstulović, G., Leskošek, V., 2015: 78) je bilo v letu 2014 1094 oseb med 18. in 65. letom starosti nameščenih v socialnovarstvene zavode. Za realizacijo deinstitutionalizacije v segmentu t. i. dolgotrajne podpore v skupnosti za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki predvideva namestitev v stanovanjske skupine NVO (predvsem skupine s celodnevno oskrbo), nacionalni program socialnega varstva 2013–2020 (2013) predvideva povečanje kapacitet »programov socialnega varstva«. Za proces deinstitutionalizacije predvideva več kapacitet v stanovanjskih skupinah v nevladnem sektorju oziroma v programih za ljudi z duševnimi stiskami (v nasprotju z nastanitvami kot storitvijo), in sicer: za 31 skupin več in 255 več stanovalcev, 4 nove dnevne centre in 4 nove svetovalnice (2013: 4677 v Flaker et al. 2015: 16). Ko upoštevamo ugotovljene kapacitete NVO in predvideno širitev v statističnih regijah za doseganje več kot 10-odstotne pokritosti (v programu stanovanjskih skupin) glede na ocenjeno število oseb s kronično duševno motnjo v regijah in celotni Sloveniji ter predvideno širitev po NPSV, bi morale nevladne organizacije po posameznih statističnih regijah zagotavljati dodatne kapacitete, ki so predstavljene v Tabeli 3

Statistična regija	Stanovanjske skupine*		Dnevni centri**		Svetovalne pisarne***	
	Štev.	Upor.	Štev.	Upor.	Štev.	Upor.
Pomurska	3	17	2	35	2	65
Podravska	3	23	3	45	3	80
Koroška	1	7	1	15		
Savinjska	5	26	2	40	2	65
Zasavska	2	10	1	10	2	65
Spodnje-posavska	2	13	1	15		
Jugovzhodna Slovenija	3	19	2	30		
Osrednjeslovenska			2	20	3	80
Gorenjska	4	26	1	15	1	35
Notranjsko-kraška	1	5			1	35
Goriška	1	4			1	35
Obalno-kraška					1	35
Skupaj (Slovenija)	25	150	15	225	16	495

Tabela 3: Dodatne kapacitete, ki bi jih morale zagotavljati nevladne organizacije po posameznih statističnih regijah

* Širitve v statističnih regijah za doseganje več kot 10-odstotne pokritosti glede na ocenjeno število oseb s kronično duševno motnjo v regijah in celotni Sloveniji.

** Širitve v statistične regije, kjer dnevni centri še ne delujejo, in regije z večjim ocenjenim številom oseb s kronično duševno motnjo.

*** Širitve v statistične regije, kjer svetovalne pisarne še ne delujejo, in regije z večjim ocenjenim številom oseb s kronično duševno motnjo.

Za zagotovitev dejavnosti nevladnih organizacij, ki bi omogočale izvedbo deinstitucionalizacije za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, bi morale NVO tako povečati število enot in kapacitet možnosti vključitve uporabnikov v obsegu, ki je prikazan v Tabeli 4.

Statistična regija	Število prebivalcev*	Ocenjeno štev. oseb s kronično duševno motnjo**	Stanovanjske skupine***			Dnevni centri****			Svetovalne pisarne*****		
			Štev.	Upor.	%	Štev.	Upor.	%	Štev.	Upor.	%
Pomurska	119.145	180	4	21	11,7	3	47	26,1	3	119	66,1
Podravska	323.119	459	10	49	10,7	6	114	24,8	3	105	22,9
Koroška	724.94	107	2	15	14,0	2	28	26,2	2	33	30,8
Savinjska	259.726	372	9	40	10,8	3	46	12,4	3	91	24,5
Zasavska	44.222	66	2	10	15,2	2	17	25,8	2	65	98,5
Spodnje-posavska	70.167	101	2	13	12,9	1	15	14,3	1	30	30,0
Jugovzhodna Slovenija	142.483	200	4	23	11,5	5	94	47,0	3	51	25,5
Osrednjeslovenska	533.213	716	17	90	12,6	4	147	20,5	5	211	29,5
Gorenjska	203.427	286	7	35	12,2	3	32	11,2	3	86	30,1
Notranjsko-kraška	52.287	73	3	20	27,4	2	27	37,0	1	35	47,9
Goriška	119.146	173	4	20	11,6	3	25	14,5	2	77	44,5
Obalno-kraška	110.760	149	6	28	18,8	3	52	34,9	2	59	39,6
Skupaj (Slovenija)	2.050.189	2889	70	364	12,0	39	644	22,3	30	902	31,2

Tabela 4: Stanje s širitvijo mreže po posameznih statističnih regijah

* Vir: Statistični urad, popis 2011

** Ocena glede na podatke o prevalenci duševnih motenj v R Sloveniji.

*** Širitve v statističnih regijah za doseganje več kot 10-odstotne pokritosti glede na ocenjeno število oseb s kronično duševno motnjo v regijah in celotni Sloveniji.

**** Širitve v statistične regije, kjer dnevni centri še ne delujejo, in regije z večjim ocenjenim številom oseb s kronično duševno motnjo.

***** Širitve v statistične regije, kjer svetovalne pisarne še ne delujejo, in regije z večjim ocenjenim številom oseb s kronično duševno motnjo.

5 RAZPRAVA

V prvem delu raziskave, ki sem jo s poslanimi vprašalniki izvedel med nevladnimi organizacijami za pomoč osebam s težavami v duševnem zdravju, združenimi v Koordinaciji NVO s področja duševnega zdravja in tudi izven, sem želel predvsem pripraviti pregled društev in dejavnosti nevladnega sektorja, ki niso neposredno vezana na proces deinstitucionalizacije, so pa pomemben preventivni segment skupnostne obravnave. To so predvsem dejavnosti in organizacije, ki posredno krepijo mrežo izvajalcev v skupnosti in omogočajo ustrezno podporo osebam, ki ne potrebujejo bivanjske oskrbe, trpijo pa za različnimi oblikami duševnih stisk (poporodna depresija, motnje hranjenja, preventiva otrok, mladostnikov, družin, starostnikov). Razvoj njihove dejavnosti je v veliki meri povezan s pridobitvijo trajnih finančnih sredstev, ki omogočajo dolgoročno zagotovitev ustreznega kadra in materialnih pogojev.

Nevladne organizacije, na katere se nanašajo rezultati izvedene ankete, že izvajajo vrsto aktivnosti, storitev in programov v skupnosti. Organizacije so pokazale velik interes za povečan obseg izvajanja že delujočih programov in večinsko navedle, da bi bile storitev oziroma program zainteresirane izvajati bolj intenzivno oziroma v večjem obsegu, če bi imele za to vse potrebne vire.

Za izvajanje navedenih storitev in programov v zadostni meri obstajajo določene ovire, ki jih kot (potencialne) izvajalke občutijo nevladne organizacije. V veliko primerih gre za probleme z zadostnim in s stabilnim financiranjem ter za različne zakonske oziroma sistemske ovire. V manjši meri se izvajalci soočajo s kadrovskimi težavami, previsokimi cenami storitev za uporabnike in s pomanjkanjem ustreznih prostorov, časa in vozil (npr. za prevoze uporabnikov).

Njihov interes oziroma potencial se kaže zlasti v:

- *širjenju obstoječih programov* (tistih, ki jih že izvajajo in bi jih želeli izvajati v večjem obsegu): npr. informiranje, svetovanje, zagovorništvo, skupine za svojce, podporne skupine, klubi, izobraževanje, svetovalni telefoni v duševni stiski, zaposlitvena rehabilitacija in predvsem programi stanovanjskih skupin, dnevnih centrov in svetovalno-informativnih pisarn;

- *razvoju novih storitev in programov glede na zaznane potrebe (tistih, ki jih še ne izvajajo, pa bi jih na podlagi ocene potreb želeli): to so predvsem programi, ki niso neposredno vezani na osebe, ki se jih deinstitucionalizacija v Sloveniji najbolj tiče (osebe v posebnih socialnovarstvenih zavodih), ampak omogočajo podporno okolje v skupnosti tistim, ki nimajo diagnosticirane duševne bolezni, se pa znajdejo v stiski, ki lahko pripelje do duševne bolezni. Ti programi se izvajajo predvsem v obliki preventivnih dejavnosti. To so predvsem programi motenj hranjenja, preventive samomorilnosti, preventive poporodne depresije, svetovanja in psihoedukacije svojcev oseb in predvsem programi za pomoč osebam s pridruženimi težavami v duševnem zdravju.*

Da bi ocenil, kako je mogoče izboljšati prenos javnih pooblastil na nevladne organizacije in s tem doseči boljše učinkovitost ter povečati demokratičnost delovanja javnih služb, sem prek vprašalnikov analiziral naloge, ki jih na področju skupnostne oskrbe oseb z duševnimi stiskami opravljajo NVO, preveril, katere naloge NVO že opravljajo, kakšne kapacitete imajo za opravljanje različnih nalog in katere naloge bi se še dalo prenesti na NVO.

Ugotovil sem, da NVO opravljajo pomembne naloge, ki jih lahko opravijo učinkoviteje od državnih institucij. Del teh nalog je prepoznan, del pa ne, vendar bi – če bi bil prepoznan – povečal učinkovitost na področju uvajanja obravnave duševnega zdravja v skupnosti.

Ob pregledu ciljnih skupin NVO vidimo, da le-te pokrivajo praktično ves spekter izven institucionalne oskrbe ljudi z duševnimi motnjami. Delujejo tako na preventivni kot tudi kurativni ravni. V nasprotju z javnim sektorjem oskrbe, v mislih imam predvsem zdravstvene institucije, pri katerih je v večini v ospredju medikamentozno zdravljenje, se NVO osredotočajo predvsem na preventivo in osebni pristop za reševanje problemov posameznikov.

V svojih programih NVO izvajajo preventivne ukrepe predvsem z raznoraznimi delavnicami, izobraževanji za stroko in javnost, izdajanjem različnih tiskanih gradiv, obveščanjem javnosti o različnih problematikah prek medijev in z uporabo spletnih strani ter forumov. V preventivno delovanje bi lahko šteli tudi vse organizacije, ki s svojimi telefoni za pomoč v duševni stiski predstavljajo prvo pomoč ljudem, ki se znajdejo v stiskah, in mnogokrat s svojim svetovanjem preprečujejo poslabšanje stanja oziroma mnogokrat tudi rešujejo življenja ljudi.

Ob kurativnih ukrepih, ki jih izvajajo NVO, pa gre predvsem za pristope individualne pomoči, ki se posreduje prek različnih kanalov (osebno oziroma po telefonu ali prek interneta), in organiziranje različnih podpornih skupin.

Rezultati ocene števila ljudi, ki ne dobijo potrebne pomoči v javnem oziroma nevladnem sektorju, so pokazali, da je tovrstno oceno mnogokrat težko napraviti zaradi pomanjkanja študij na posameznih področjih, pa tudi zaradi nepoznavanja oziroma nezmožnosti ocene dejanskega števila ljudi z določeno pojavnostjo težav v duševnem zdravju. Kjer pa so tovrstne ocene bile narejene, pa se je treba zavedati, da so številke močno odvisne od tega, v kakšni meri javni oziroma nevladni sektor pokriva obravnavano problematiko. Iz rezultatov je razvidno, da predvsem v primerih, ko v javnem oziroma nevladnem sektorju ni razvitih programov, ki bi pokrivali določeno ciljno skupino, NVO navajajo velike številke oziroma visoke deleže oseb, ki ne prejmejo primerne oskrbe.

Analiza pokritosti oziroma razvejanosti podorganizacijskih enot mnogokrat pokaže centraliziranost delovanja predvsem na osrednjeslovensko in osrednjo štajersko regijo. Vse NVO se zavedajo dotične problematike in v svojih vizijah razvoja načrtujejo širitve v deficitarna območja. Problemom s pokritostjo se v največji meri izognejo NVO, ki svoje storitve v večini izvajajo prek telefonskih linij oziroma interneta. Tu je lokacijska prisotnost tudi pomembna, vendar predvsem z vidika izboljšanja delovnih pogojev, ekonomičnosti in lažje pridobitve prostovoljcev za delo.

NVO uporabljajo za svoje delovanje zelo raznolike kadrovske pristope. Veliko NVO temelji na prostovoljstvu. Glede na rezultate vidimo, da je redno zaposlenih oseb premalo glede na obseg dela, ki bi ga NVO morale opravljati za nadaljevanje postopka deinstitucionalizacije. Problematiko nekateri delno rešujejo s honorarnimi oblikami zaposlitev in najemanjem zunanjih izvajalcev. Vse NVO v svojih strategijah poudarjajo potrebo po novih zaposlitvah za uspešnejše prihodnje delovanje.

V svojih vizijah razvoja NVO v glavnem načrtujejo:

- širitev delovanja v deficitarna območja,
- širitve in izboljšave za boljšo preskrbo oseb z duševnimi motnjami,
- pridobivanje dodatnih virov financiranja,
- kadrovske krepitve,

- skrb za boljšo izobraženost vseh, ki delujejo v NVO.

Kot glavni faktor slabše realizacije razvojnih smernic navajajo nestabilno in mnogokrat prenizko financiranje, ki je preveč usmerjeno le na državne razpise za pridobitev sredstev. Zaradi določenih varčevalnih ukrepov države so morali nekateri celo zmanjšati svoj dotedanji obseg delovanja.

Kot predloge področij vključevanja raziskovanih nevladnih organizacij po posameznih področjih dela, ki bi lahko pridobila javna pooblastila in v določenih segmentih nudila pogoje razvoja skupnostnih služb, ki se zahtevajo za izpeljavo deinstitutionalizacije, iz raziskave povzemam:

- dejavnosti za preventivo obporodne depresije:
 - aktivnosti, povezane s prepoznavanjem in zdravljenjem obporodne depresije;
 - izobraževanje v zvezi s postporodno depresijo;
 - informiranje, izobraževanje (delavnice) in podpora žensk in njihovih partnerjev v času nosečnosti, ob porodu in po porodu;
 - telefonsko in e-svetovanje, podpora in pomoč ženskam v obporodnih stiskah in njihovim svojcem;
 - informiranje in izobraževanje javnosti o obporodnih stiskah;
- dejavnosti za preventivo motenj hranjenja:
 - informiranje in osveščanje o motnjah hranjenja;
 - individualno svetovanje – osebno, po telefonu ali e-pošti;
 - podporne skupine za ženske z motnjami hranjenja in svojce;
 - tematske delavnice (za poglobljeno delo na reševanju problematike, ki jo uporabnice izpostavijo kot posebej perečo – npr. asertivnost, stik s telesom, jeza);
 - moderiranje foruma o motnjah hranjenja na Med.Over.Net;
 - dnevni centri, stanovanjske skupine za krizne obravnave motenj hranjenja;
- dejavnosti za duševno zdravje mladih in otrok:
 - preventivne delavnice za osveščanje mladostnikov o stresu in duševnih motnjah;
 - anonimna spletna svetovanja;
 - telefon v duševni stiski za mladostnike;
 - zloženke, primerne za mladostnike;
 - vključitev duševnega zdravja v študijski program različnih fakultet;

- razvoj programov za destigmatizacijo otrok staršev, ki se soočajo z duševnimi težavami;
- izobraževanje šolskih delavcev za prepoznavanje stresa med učenci in dijaki;
- dejavnosti za duševno zdravje odraslih:
 - enaka dostopnost služb nevladnih organizacij za vse državljane Republike Slovenije;
 - izboljšanje sodelovanja in organiziranosti obstoječih služb;
 - skrb za duševno zdravje ranljivih družbenih skupin (Romi, azilanti, migranti, etnične manjšine, brezdomci ...);
- dejavnosti za duševno zdravje na delovnem mestu, zaposlovanje oseb s težavami v duševnem zdravju:
 - izobraževanje delodajalcev za prepoznavanje duševnih stisk in motenj zaposlenih ter možnosti predvidenih ukrepov Zakona o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidnih oseb;
 - aktivnosti za boj proti stigmati in diskriminaciji pri zaposlovanju oseb z duševnimi motnjami;
 - aktivnosti za zmanjševanje stresa na delovnem mestu;
 - zagotavljanje raznolike terapevtske ponudbe, ki se izvajajo z namenom povečanja delazmožnosti;
 - spodbujanje pravnih oblik posebnega statusa (invalidska podjetja, zaposlitveni centri) in s tem večje možnosti zaposlovanja invalidnih oseb;
 - ureditev zakonodaje, ki bi urejala socialno podjetništvo;
- dejavnosti za duševno zdravje starostnikov:
 - osveščati javnost o demencah in starostnih depresijah;
 - posebne oblike namestitve za osebe z demenco (varovana stanovanja, stanovanjske skupine).

Iz ocene potrebnih širitev enot posameznih programov organizacij v deficitarne regije ni mogoče natančno izvesti ugotovitev. Tiste organizacije, ki za svojo dejavnost potrebujejo prostore za izvajanje, bi morale ob 21 enotah ustanoviti še 11 enot po Sloveniji za optimizacijo delovanja. Organizacije, ki dejavnost izvajajo pretežno na terenu v najetih prostorih za svetovanje in izobraževanje ali primarno izvajajo telefonsko svetovanje, navajajo le potrebe po kadrih. Vsi skupaj trenutno vključujejo 42 strokovnih delavcev. Za

optimizacijo delovanja bi morali zaposliti še enkrat 42 strokovnih delavcev, kar (glede na določeno višino osebnega dohodka strokovnega delavca s strani MDDSZ) bi trenutno pomenilo potrebo po zagotovitvi dodatnega milijona evrov letno. Glede na dejstvo, da se sredstva MDDSZ za stroške dela v javnih socialnovarstvenih programih znižujejo, bo realizacija vstopa v javno mrežo ob kandidiranju za sredstva evropskih strukturnih skladov potrebna oblika iskanja dodatnih finančnih sredstev.

V drugem delu raziskave sem podal tezo, da obstoječe kapacitete programov (stanovanjskih skupin, dnevnih centrov in svetovalno-informativnih pisarn) omenjenih nevladnih organizacij predvsem v posameznih statističnih regijah RS ne zadostujejo ali pa jih ni in s tem onemogočajo enakovredno pokritost uporabnikov po celem območju RS. Umestitev trenutno manjkajočih enot in kapacitet v delo z osebami s težavami v duševnem zdravju v skupnosti je podlaga za načrt deinstitucionalizacije v segmentu povečanja dostopnosti služb programov in storitev duševnega zdravja v lokalno skupnost. Dostop do storitev in programov nevladnih organizacij je za potencialnega uporabnika najpomembnejši element pri presoji delovanja sistema. Zato je cilj izboljšati dostop do storitev in programov pomemben z vidika udejanjanja načela enakosti in tudi z vidika uresničevanja načela proste izbire.

Z raziskavo sem pridobil kvantitativne podatke o obstoječih kapacitetah programov omenjenih nevladnih organizacij in podal oceno potrebnega povečanja kapacitet za oskrbo uporabnikov glede na pogostost in geografsko pokritost.

Z analizo javno dostopnih podatkov in s podatki sodelujočih nevladnih organizacij, ki sem jih zbral z vprašalniki, podajam seznam obstoječih kapacitet nevladnih organizacij ter oceno dostopnosti in razširjenosti izbranih programov NVO po statističnih regijah RS.

Oceno števila oseb z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju (ali kronično duševno motnjo, kot je izraz v dokumentih Svetovne zdravstvene organizacije) sem podal na osnovi podatkov o prevalenci (pogostosti) duševnih motenj v Sloveniji v skladu z oceno SZO glede na število prebivalcev posamezne statistične regije.

Na osnovi pridobljenih podatkov sem podal oceno pokritosti RS s posameznimi izvajalci socialnovarstvenih programov po regijah in tako določil deficitarna področja, ki zahtevajo posebno obravnavo. Glede na pridobljene podatke in ugotovljene potrebe sem podal oceno

potrebnih širitev obstoječih kapacitet nevladnih organizacij po posameznih statističnih regijah za doseganje več kot 10-odstotne pokritosti glede na ocenjeno število oseb z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju v statističnih regijah in celotni Sloveniji.

Program stanovanjske skupine izvajajo naslednja društva:

- ALTRA – Odbor za novosti v duševnem zdravju v programu mreže stanovanjskih skupin za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju izvaja program na osmih lokacijah v Ljubljani in na Prevaljah;
- Novi Paradoks, Slovensko društvo za kakovost življenja izvaja program na osmih lokacijah (Ljubljana Vrhovci, Bežigrad, Vodmat in v Senožetih, Medvodah, Kranju, Malem Vrhu in v Begunah pri Cerknici);
- VEZI, Društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa v programu Mreža stanovanjskih skupin izvaja program na petih lokacijah, in sicer v Podgradu, Brestovici, Postojni, Ilirski Bistrici in Divači;
- OZARA Slovenija, nacionalno združenje za kakovost življenja program Mreža stanovanjskih skupin za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju izvaja na 16 lokacijah v Mariboru, Murski Soboti, na Ptujju, v Celju, Kopru, Novi Gorici, Jesenicah in v Novem mestu;
- ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje program Mreža stanovanjskih skupin izvaja na 11 lokacijah v Ljubljani, Petrovčah, Šmarju pri Jelšah, Kamniku, Slovenskih Konjicah, Piranu, Tolminu in v Kopru.

Stanovanjske skupine po regijah

V stanovanjskih skupinah je skupna kapaciteta vseh organizacij 244 postelj, kjer je bilo v mesecu januarju 2014 nameščenih 215 oseb.

Stanovanjske skupine po regijah:

- v osrednjeslovenski regiji (Ljubljana) je delovalo 17 stanovanjskih skupin, v katere je bilo vključenih 90 oseb ali 40 odstotkov vse populacije;
- v podravski regiji (Maribor) je delovalo 7 stanovanjskih skupin, v katere je bilo vključenih 26 oseb ali 11 odstotkov vse populacije;
- v notranjsko-kraški regiji (Postojna) je delovalo 6 stanovanjskih skupin, v katere je bilo vključenih 27 oseb ali 11 odstotkov vse populacije;

- v obalno-kraški regiji (Koper) so delovale 3 stanovanjske skupine, v katere je bilo vključenih 14 oseb ali 14 odstotkov vse populacije;
- v gorenjski regiji (Kranj) so delovale 4 stanovanjske skupine, v katere je bilo vključenih 17 oseb ali 7,6 odstotka vse populacije;
- v goriški regiji (Nova Gorica) sta delovali 2 stanovanjski skupini, v kateri je bilo vključenih 8 oseb ali 3,6 odstotka vse populacije;
- v savinjski regiji (Celje) so delovale 4 stanovanjske skupine, v katere je bilo vključenih 14 oseb ali 5 odstotkov vse populacije;
- v pomurski regiji (Murska Sobota) sta delovali 2 stanovanjski skupini, v kateri je bilo vključenih 8 oseb ali 3,6 odstotka vse populacije;
- V koroški regiji (Slovenj Gradec) in jugovzhodni regiji (Novo mesto) sta delovali po 1 stanovanjska skupina, v katero je bilo vključenih 12 oseb.

Predvidena širitev mreže stanovanjskih skupin

V okviru priprav in postopkov deinstitucionalizacije kot preselitve oseb iz zavodske oskrbe v skupnostno obravnavo se skupaj s programom stanovanjskih skupin NVO (ki so le ena od možnih rešitev) izvajajo tudi druge dejavnosti visoke intenzivnosti, ki omogočajo uporabnikom življenje v skupnosti. Dejavnosti družinskih pomočnikov, osebne asistencije (tudi za osebe s težavami v duševnem zdravju), pomoči na domu ali v oskrbovanem stanovanju, oskrbe v drugi družini, neposredno plačevanje storitev s strani uporabnikov in terensko delo so primerna alternativa stanovanjskim skupinam, ki pa se v največji meri zaradi finančnih omejitev izvajalcev izvajajo le v omejenem obsegu. V nadaljevanju bom tako podal le predloge potrebnih širitev stanovanjskih skupin, ki bodo tudi v prihodnje z upoštevanjem navedenih upravičenih kritik uporabnikov in strokovne javnosti pomemben segment skupnostnih služb.

V zasavski in spodnje-posavski regiji ni bilo delujočih stanovanjskih skupin na področju duševnega zdravja, kar pomeni, da so to poleg koroške, pomurske in jugovzhodne regije deficitarna področja Slovenije, kjer uporabniki psihiatričnih storitev nimajo možnosti dostopa do programa stanovanjskih skupin in posledično manjše možnosti za obravnavo bolezni v skupnosti.

Nacionalni program socialnega varstva 2013–2020 (Ur. l. št. 39/2013) predvideva povečanje kapacitet programov na področju duševnega zdravja. Za boljšo dostopnost

programa stanovanjskih skupin predvideva do leta 2020 ustanovitev 70 stanovanjskih skupin s kapaciteto 500 mest, 30 dnevnih centrov, 20 informacijskih in svetovalnih programov s terenskim delom.

Glede na trenutne možnosti in ugotovljene potrebe predvsem na področjih zasavske in spodnje-posavske, koroške, pomurske in jugovzhodne regije, kjer ni delujočih stanovanjskih skupin na področju duševnega zdravja, bi bilo treba v naslednjih letih ustanoviti najmanj 25 novih stanovanjskih skupin za 150 uporabnikov.

Glede na že večkrat izražene kritike nad delom stanovanjskih skupin nevladnih organizacij in potreb deinstitucionalizacije v Sloveniji povzemam nekaj predlogov za izboljšave in nadgradnjo delovanja stanovanjskih skupin, ki sem jih povzel iz proučenih virov in neposrednih izkušenj NVO pri izvajanju programa ter kritik uporabnikov programa stanovanjskih skupin (Flaker et al. 2015: 53–60).

Stanovalci stanovanjskih skupin opozarjajo na probleme, s katerimi se srečujejo v stanovanjskih skupinah:

- krivičnost sistema financiranja, ki namesto neposredno uporabniku plačuje za storitve izvajalskim organizacijam. Predlagajo, da bi financiranje potekalo na način, ki bi uporabniku zagotavljal, da bi dobil sredstva neposredno v roke in jih sam ali s podporo razporejal za usluge, ki jih potrebuje;
- hkratno pomanjkanje vpliva uporabnikov v organizacijah duševnega zdravja pri razporejanju sredstev in pri načrtovanju in izbiri storitev;
- predlagajo, da se prisotnost uporabnikov v upravnih odborih organizacij dejansko upošteva in poveča na več kot polovico vseh članov upravnega odbora;
- prav tako ocenjujejo, da sedanji normativi prisotnosti strokovnih delavcev ne zadostujejo, in predlagajo spremembo (ena socialna delavka na 5 uporabnikov);
- v okviru zmanjševanja stroškov skupin je trend lokacijskega marginaliziranja stanovanjskih skupin s preselitvami v ruralno okolje in ustanavljanje skupin za večje število uporabnikov, ki za stanovalce pomeni zmanjšane možnosti za vključevanje, zlasti v sfero plačanega dela.

Stanovanjske skupine je treba nadgraditi, s čimer se strinjajo tudi izvajalci iz nevladnega sektorja, ki si tudi sami želijo ponuditi boljši življenjski standard stanovalcem, ki bi jim omogočal boljše življenje in vključitev v skupnost. Ugotavljajo, da so:

- stanovanjske skupine, ki naj bi pomenile začasno obliko bivanja, zaradi nizkih lastnih prihodkov, pomanjkanja stanovanj in drugih storitev za ljudi z ovirami postale trajna oblika bivanja. Stanovanjske skupine bi morale biti ali ponovno postati prehodne strukture, ki bi ljudi usposobile in pripravile na samostojno življenje po zaključeni zdravniški obravnavi bolezni ali po zapustitvi posebnega zavoda;
- večkrat se poudarja, da če bi se ljudje odločili živeti skupaj v skupini na podlagi vzajemnega razumevanja, bi te življenjske skupnosti morale biti avtonomne in neodvisne od izvajalcev oskrbe, kar pa še ni realizirano. V praksi dela NVO bodo težava ljudje, za katere se ocenjuje, da bodo v procesu deinstitucionalizacije zapustili zavodsko oskrbo in pričakovano imeli večje potrebe zagotoviti potrebno podporo in krepitev moči neodvisno od izvajalcev, vsekakor pa je treba zagotoviti večjo stopnjo soodločanja uporabnikov, kje in s kom bodo živeli;
- tiste stanovanjske skupine, ki jih vodijo NVO, je treba uvrstiti med storitve z določenimi standardi in normativi, ki so sicer že več let pripravljene in se tudi v praksi izvajajo, niso pa bili sprejeti v zakonodajo zaradi neurejenega statusa financiranja programov nevladnih organizacij ali drugih nepoznanih razlogov;
- predlogi gredo tudi v smer izvajanja dejavnosti varovanih in oskrbovanih stanovanj, ki so se deloma že uveljavila na področju oskrbe starih, bi jih pa veljalo uvesti tudi na področju duševnega zdravja in zagotoviti intenzivno oskrbo v njih, ko bi to bilo potrebno, s čimer bi preprečili namestitve v zavode;
- stanovanjska oskrba je področje, ki mu je treba v neposredni prihodnosti nameniti posebno pozornost in zagotoviti stanovanjski fond za skupine, ki so v tem pogledu ogrožene. Kazalo bi ustanoviti organizacijo za stanovanjsko oskrbo (npr. stanovanjske zadruge, posredovalnice stanovanj ipd.);
- zaradi izrazito povečanega števila oseb, ki se soočajo s komorbidnimi motnjami (motnje, pridružene duševnim težavam), ki zahtevajo bolj strukturirano (predvsem stanovanjsko) oskrbo, se že več let kaže potreba po ustanavljanju stanovanjskih skupin s celodnevno oskrbo, kar pa se ne realizira predvsem zaradi zahtev MDDSZ po vnaprej izvedenem in plačanem programu z lastnimi sredstvi organizacije.

Program dnevnih centrov izvajajo naslednja društva:

- ALTRA – Odbor za novosti v duševnem zdravju izvaja dva dnevna centra, in sicer v Ljubljani in na Prevaljah;
- Novi Paradoks, Slovensko društvo za kakovost življenja, izvaja program Mreže dnevnih centrov na treh lokacijah, in sicer v Ljubljani, Senožetah in v Begunjah pri Cerknici;
- VEZI, Društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa, v programu Mreža dnevnih centrov izvaja program na treh lokacijah, in sicer v Štanjelu, Štorjah in Ilirski Bistrici;
- OZARA Slovenija, nacionalno združenje za kakovost življenja, program Mreža dnevnih centrov za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju izvaja na petih lokacijah v Murski Soboti, na Ptuju, v Mariboru, Slovenj Gradcu in Brežicah;
- ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje program Mreža dnevnih centrov izvaja na 15 lokacijah v Ljubljani, Kranju, Radovljici, Škofji Loki, Novi Gorici, Celju, Trbovljah, Ajdovščini, Postojni, Mariboru, Novem mestu, Slovenj Gradcu, Metliki in v Kopru.

Dnevni centri po regijah

V januarju 2014 so delovali naslednji DC po statističnih regijah in številu vključenih uporabnikov:

- v osrednjeslovenski regiji (Ljubljana) so delovali 4 dnevni centri, v katere je bilo vključenih 163 oseb;
- v podravski regiji (Maribor) so delovali 3 dnevni centri, v katere je bilo vključenih 69 oseb;
- v notranjsko-kraški regiji (Postojna) sta delovala 2 dnevna centra, v katera je bilo vključenih 37 oseb;
- v obalno-kraški regiji (Koper) so delovali 3 dnevni centri, v katere je bilo vključenih 52 oseb;
- v gorenjski regiji (Kranj) so delovali 3 dnevni centri, v katere je bilo vključenih 37 oseb;
- v goriški regiji (Nova Gorica) so delovali 3 dnevni centri, v katere je bilo vključenih 35 oseb;

- v savinjski regiji (Celje) je deloval 1 dnevni center, v katerega je bilo vključenih 11 oseb;
- v pomurski regiji (Murska Sobota) je deloval 1 dnevni center, v katerega je bilo vključenih 12 oseb.

Predvidena širitev mreže dnevnih centrov

Kljub temu da Nacionalni program socialnega varstva 2013–2020 (Ur. l. št. 39/2013) predvideva do leta 2020 ustanovitev le 30 dnevnih centrov, smo iz ugotovljenih potreb organizacij glede na krajevno pokritost in število uporabnikov predvideli ustanovitev 15 novih dnevnih centrov predvsem v savinjski in podravski regiji ter v Jugovzhodni Sloveniji.

Program pisarn za informiranje in svetovanje (PIS) izvajata društvi:

- ALTRA – Odbor za novosti v duševnem zdravju izvaja dve svetovalni pisarni, in sicer v Ljubljani in na Prevaljah;
- OZARA Slovenija, nacionalno združenje za kakovost življenja, je vodilna organizacija pri izvajanju programa svetovalnih pisarn, ki program izvaja na 15 lokacijah in 5 gostovanjih po vsej Sloveniji (Ljubljana, Kranj, Novo mesto, Trebnje – gostovanje, Ravne na Koroškem, Prevalje, Celje, Izola, Koper, Brežice, Krško – gostovanje, Zasavje, Jesenice, Nova Gorica, Tolmin – gostovanje, Murska Sobota, Lendava – gostovanje, Sevnica, Črnomelj in Ljutomer.

Kljub temu da Nacionalni program socialnega varstva 2013–2020 (Ur. l. št. 39/2013) do leta 2020 predvideva ustanovitev do 20 informacijskih in svetovalnih programov s terenskim delom (ki jih organizacije že sedaj izvajajo), smo zaradi izrednega pomena programa pri neposredni svetovalni pomoči uporabniku na njegovem domu in v njegovem okolju predvideli ustanovitev 16 novih svetovalnih pisarn po Sloveniji, ki jih bodo izvajale tudi druge organizacije (ne le Altra in Ozara).

Problem, ki ga obravnava specialistična naloga, je rezultat izkušenj, ki sem jih pridobil kot predstavnik Koordinacije nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja v skupnosti (v nadaljevanju Koordinacija) v delovni skupini za pripravo Nacionalnega programa duševnega zdravja na Ministrstvu za zdravje. Zadnji predlog Resolucije nacionalnega programa duševnega zdravja (2014), ki še vedno ni bil sprejet, izpostavlja nekaj bistvenih

vidikov, ki so v nasprotju s strokovnimi in političnimi priporočili Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), strokovne javnosti s področja socialnega dela, nevladnih organizacij in organov Evropske unije za uspešno razvijanje skupnostnih služb.

Osnovni povzetek predloga RNPĐZ (2014), ki je nastal pod pritiski predstavnikov psihiatrične stroke, lahko skrčimo v eno trditev, in sicer da se del psihiatrije zavzema za ohranjanje obstoječega stanja, kjer so psihiatrične bolnišnice nosilci zdravstvene in tudi skupnostne oskrbe duševnih bolnikov. Vtis je, da se načrtno zavira razvoj zdravstvenega varstva na primarnem nivoju, kar onemogoča razvoj nevladnih organizacij in drugih skupnostnih služb. Posledično se sredstva za duševno zdravje še naprej prelivajo v institucionalno varstvo in zdravstvo.

Psihiatrične bolnišnice in posebni socialnovarstveni zavodi, ki v večini izvajajo dolgotrajno oskrbo oseb z duševno motnjo, porabijo večino človeških in finančnih virov za duševno zdravje, kar predstavlja največjo oviro za razvoj služb za duševno zdravje v skupnosti.

Pričujoč tekst je nastal kot nadgradnja predloga nevladnih organizacij, zbranih v Koordinaciji NVO s področja duševnega zdravja za pripravo Resolucije nacionalnega programa varovanja duševnega zdravja, v poglavju povečanja dostopnosti služb za varovanje duševnega zdravja v vseh regijah RS, kjer smo na podlagi obstoječih podatkov ugotovili pokritost po statističnih regijah RS s preventivnimi in socialnovarstvenimi programi (stanovanjske skupine, dnevni centri in informativno-svetovalne pisarne za ljudi s težavami v duševnem zdravju) izvajalcev. Na ta način smo določili deficitarna področja, ki zahtevajo posebno obravnavo.

V raziskavi ugotavljam, da je osebam s težavami v duševnem zdravju zelo neenakomerno omogočen dostop do služb programov in storitev duševnega zdravja v lokalni skupnosti. Dostop do storitev in programov javne službe je za potencialnega uporabnika najpomembnejši element pri presoji delovanja sistema. Zato je cilj izboljšati dostop do storitev in programov pomemben z vidika udejanjanja načela enakosti in tudi z vidika uresničevanja načela proste izbire. Za osebe z duševno boleznijo je to osnovni predpogoj za vključevanje v družbo kot enakopravnih državljanov.

Predvideno mrežo izvajalcev bi sestavljale javne službe, predvidoma v procesu deinstitutionalizacije preoblikovani zavodi, ki bi morali razviti številne storitve, ki jih zdaj ne izvajajo, in zagotoviti nosilnost mreže. Vanjo bi bile vključene tudi nevladne organizacije, ki bi morale imeti okrepljene potenciale in biti v marsičem izenačene z javnimi službami, obdržati pa bi morale svoje izvorno poslanstvo in zagovorniško držo.

V raziskavi ugotavljam ključne ovire za uveljavljanje dela nevladnih organizacij v javni mreži izvajalcev. Ti so predvsem v pomanjkanju ustreznih nastanitev za uporabnike (stanovanjske skupine, varovana stanovanja), pomanjkanje možnosti za fleksibilno in posameznikovim zmožnostim prilagojeno zaposlovanje (premalo možnosti zaposlovanja, ki jih predvideva ZZRZI (Ur. l. RS. št. 16/07), nezadostne kakovostne skupnostne strukture za preživljanje duševnih kriz izven psihiatričnih bolnišnic (krizni centri) in predvsem nezadostna in nestalna finančna sredstva.

Neustrezno financiranje programov nevladnih organizacij

Namen specialistične naloge je bil predstavitev ugotovljenih ciljev razvoja (ali obstoja) nevladnih organizacij v funkciji uspešne izvedbe deinstitutionalizacije, ki se kaže kot priložnost za razvoj vizije v prihodnosti glede vključitve določenih programov in storitev za duševno zdravje v javno mrežo. To je primerno zlasti v primerih t. i. »belih lis« (kadrovski primanjkljaj v javnih službah, regionalne razlike v dostopnosti ipd.), kjer bi lahko NVO s primerno usposobljenim kadrom in ob izpolnjevanju drugih delovnih pogojev (prostorski, materialni, stabilno financiranje) dopolnjevala javno (zdravstveno-socialno) službo. V lokalnem okolju imajo pri izvajanju nekaterih dejavnosti NVO zaradi določenih imanentnih lastnosti tega sektorja celo prednost pred institucionalizirano dejavnostjo (npr. dobro poznavanje lokalnega okolja in družinskih razmer, fleksibilna organiziranost in nebirokratsko delovanje, nižji stroški delovanja in volonterstvo ipd.).

Za zagotovitev stabilnejšega, zadostnega in tudi ustreznega financiranja za izvajanje programov s področja duševnega zdravja, ki jih nudijo NVO, je nujno treba spremeniti obstoječi programski način sofinanciranja storitev. V okviru pravnih izhodišč, ki jih omogoča evropska zakonodaja, bi bilo treba zakonsko redefinirati pojem koncesije in vpeljati pojem prenosa javnih pooblastil za storitve, ki znotraj javnega sektorja niso na voljo ali njihov obseg ni zadosten.

V kolikor želimo tudi v Sloveniji povečati vlogo NVO in smer razvoja prilagoditi razvoju, ki poteka v razvitem svetu, predvsem v državah EU, je treba nujno spremeniti način in obseg (so)financiranja teh organizacij, davčne olajšave in organizirati druge podporne mehanizme

V nevladnem sektorju spodbujamo spremembo prepočasne vsebinske in finančne umestitve verificiranih javnih socialnovarstvenih programov v sistem socialnega varstva, ki naj bo ustrezno podprta tudi z nastajajočim krovnim zakonom na področju socialnega varstva. Ugotavljamo, da se problematika neustreznega sofinanciranja verificiranih programov iz proračunskih sredstev in s strani lokalne skupnosti vleče že 15 let, kar vpliva na kakovost izvajanja programov.

Po raziskavi (Zaviršek, D., Krstulović, G., Leskošek, V.: 2015) so NVO najpogosteje programsko financirane s strani več virov, in sicer: MDDSZ, MZ in drugih ministrstev, FIHO, ZRSZ, prispevkov občin, uporabnikov in donacij. Nevladne organizacije na področju duševnega zdravja dobivajo s strani MDDSZ premajhna sredstva za financiranje programov, od leta 2011 se financiranje posebnih socialnih programov še zmanjšuje (IRSSV 2015: 172). Programe nevladnih organizacij MDDSZ financira le največ do 80 % (zgolj izjemoma, sicer pa bistveno manj), kar vpliva na negotovo finančno situacijo NVO, fluktuacijo zaposlenih in delavsko prekarnost, pa tudi na kakovost storitev za uporabnike. Primeri v raziskavi so pokazali resno kadrovsko podhranjenost NVO. Ker je večina razpisov letnih (razen s strani MDDSZ in MOL ter v letu 2014 tudi s strani ZRSZ), to povzroča veliko programsko nestabilnost, krepi negotovost zaposlenih in uporabnikov in povečuje birokratizacijo dela v NVO. Plače zaposlenih praviloma ne dosegajo plač zaposlenih v javnem sektorju v primerljivih zaposlitvah. Posledica tega je, da velik delež dela v NVO opravijo prostovoljci.

Stanje še poslabšuje dejstvo, da MDDSZ ne izvede pravočasno razpisa in podpisa pogodbe za tekoče leto financiranja, kar organizacije sili v najemanje kreditov za redno izvajanje programov, to pa še dodatno slabi položaj zaposlenih in uporabnikov. Zaposleni v NVO so v primerjavi z javnim sektorjem prikrajšani na več področjih: neupoštevanje delovne dobe, dodatkov z naslova napredovanja, dodatkov za znanstveno stopnjo in specializacijo, dodatkov za nočno delo, delo ob nedeljah in praznikih, regresa, jubilejnih nagrad, odpravnin ...

Za uspešnost procesa deinstitutionalizacije je treba poleg zagotavljanja materialnih pogojev (dovolj sredstev za dostojno preživetje, stanovanje in drugo) zagotoviti tudi ustrezno strokovno usposobljenost zaposlenih. NVO se kot eden od ponudnikov določenih storitev v procesu socialnega varstva zavedajo, da morajo veliko napora in dela v prihodnje nameniti v usposabljanje potrebnih kadrov, vsebinski evalvaciji svojega dela in v povečanje kakovosti storitev (prav tam). Poleg tega je močno izražen problem zaposlovanja dobrega kadra, ker zaradi nizkih plač ljudje odhajajo, tako ranljive skupine ljudi v programih pa potrebujejo dobro usposobljene strokovne delavce in stalnost.

V kolikor bodo organizacije želele razviti programe, ki sem jih predstavil, mora MDDSZ najprej razpisati pogoje financiranja, ki pa so trenutno takšni, da mora program ob prijavi že potekati, kar postavlja organizacije v pozicijo, ko ne vedo, kaj bodo naredile z zaposlenimi, ki na programu delajo, ne vedo pa, ali bodo programi v nadaljevanju sofinancirani.

6 SKLEPI IN PREDLOGI

1.) Za potrebe izvedbe procesa deinstitucionalizacije je potrebna široka mreža NVO, ki bi zagotavljale kakovostne programe in druge storitve v skupnosti. Pri oblikovanju novih mrež javnih socialnovarstvenih programov (JSVP) ali razvojnih eksperimentalnih programov nevladnih organizacij naj bo vodilo enaka dostopnost teh programov, storitev in pomoči uporabnikom tako vsebinsko kot krajevno. Spodbujati je treba širitve preizkušenih programov v vse slovenske regije, predvsem v kraje, kjer se podobni programi še ne izvajajo (tako v urbanih kot ruralnih področjih).

2.) Določene storitve, potrebne za deinstitucionalizacijo, se ne izvajajo, še niso bile predmet javnih razpisov in še niso preizkušene, kot oblike eksperimentalnih programov. Nekateri dejavnosti pa so se že relativno uspešno izvajale pa se zaradi nesodelovanja med strokami ali izvajalci javnega in nevladnega sektorja ne izvajajo več (na primer krizni timi v skupnosti in krizni centri se ne morejo uspešno izvajati brez nevladnega sektorja in medicinskega kadra). Večina programov ima omejene kapacitete in kadre, način in obseg sofinanciranja pa ne dovoljujeta povečanja obsega, četudi obstajajo večje potrebe uporabnikov. V prihodnosti je treba zakonsko zavezati občine in druge javne financerje, da v večji meri sofinancirajo dejavnosti nevladnega sektorja.

3.) Glede na ugotovitve predlagam vsebinsko razširitev mreže JSVP z vključitvijo tistih REP, ki se izvajajo najmanj tri leta in lahko vstopijo v javno mrežo socialnovarstvenih programov, pridobijo javna pooblastila in verifikacijo s strani Socialne zbornice Slovenije. To so vsi programi s področij motenj hranjenja, komorbidnosti, obporodnih depresij, preventive samomorilnosti, psihoterapevtskega svetovanja, izobraževanja in preventive duševnega zdravja otrok, mladostnikov, družin in starostnikov.

4.) Zaradi večjih možnosti realizacije navedenih aktivnosti predlagam, da se razpisni pogoji MDDSZ (program se že izvaja ob vložitvi prijave na javni razpis) ukine, saj je možnost izvajanja novih programov ali širitve obstoječih v veliki meri odvisna od pridobljenih sredstev razpisa. NVO ne morejo delovati na način, da zaposlujejo nove ljudi in najemajo prostore za delovanje, če nimajo garancije o sofinanciranju.

5.) Deinstitucionalizacije brez aktivnega sodelovanja NVO ne bo ali pa bo izvedena na način prenosa institucionalne kulture ter kadrovske in materialne infrastrukture v druga

okolja. Procese deinstitutionalizacije mora spremljati razvoj nevladnih organizacij, ki bodo sposobne ponuditi kakovostne in zadostne storitve v skupnosti glede na individualne potrebe ljudi.

6.) Prav tako lahko ugotovimo odsotnost ukrepov za povečanje zaposlovanja v nevladnem sektorju. Ti ukrepi se morajo navezovati na izenačitev pogojev in pravic z javnim sektorjem predvsem v smeri dokazovanja primerjalne učinkovitosti in strokovnosti dela zaposlenih v NVO v primerjavi z javnim sektorjem ter posledično zahtevati primerljivo urno postavko pri osebnem dohodku z javnim sektorjem za enako izobrazbo, enako delo na posameznih področjih. Le redke NVO upoštevajo pravilnik v napredovanju v nazive ali pa zaposleni v NVO ne more uveljaviti svojih delovnih izkušenj in let dela, ko išče službo v javnem sektorju.

7.) Za uresničevanje procesov deinstitutionalizacije, v katere bodo vključene NVO, je treba doseči takojšnje medresorsko sodelovanje med različnimi službami ministrstev, lokalnimi skupnostmi in javnimi stanovanjskimi skladi za pridobitev namestitvenih kapacitet, ki bodo razpršene v skupnosti. Skupnostna skrb predstavlja usklajeno sodelovanje vseh deležnikov, ki zagotavljajo nastanitev, socialno in zdravstveno oskrbo, izobraževanje/usposabljanje, zaposlovanje, kulturne in prostočasne dejavnosti.

8.) V okviru tistih programov NVO, ki so pridobili strokovno verifikacijo (stanovanjske skupine, dnevni centri, svetovalne pisarne), so standardi in normativi, ki so vezani na razmerja med zaposlenimi in uporabniki ter na metode izvajanja strokovnega dela, že več let pripravljeni. Lastni standardi kakovosti, ki bi bili sprejeti na nivoju strokovnega sveta MDDSZ, bi neposredno pomenili vstop v javni sektor, kar bi obremenilo integralni proračun. Ker tega soglasja na nivoju političnega odločanja ni, se tudi teh standardov navkljub večletnemu vztrajanju ne potrdi. Lastne standarde kakovosti pa bodo morali poenotiti izvajalci ostalih programov v skupnosti.

9.) Spodbujati je treba tudi zaposlitev za nedoločen čas v NVO predvsem prek sistematizacije delovnih mest v NVO in izboljšanju pogojev aktivne politike zaposlovanja predvsem v smeri daljšega trajanja pogodb o zaposlitvi za delavce prek javnih del ali prek financiranja programa osebne asistencije. Izrazita je potreba po subvencijah za zaposlovanje.

10.) Trenutna zakonodaja še vedno omogoča ohranjanje dominantnega položaja izvajalcev v javni mreži socialnovarstvenih storitev. Dostop v javno mrežo pa je za sektor NVO možen le prek koncesije, ki pa za večino področij, na katerih delujejo NVO, ni razpisana ali pa je področje delovanja že zapolnjeno z obstoječimi javnimi izvajalci. Vendar pa le vstop v javno mrežo (ki se financira iz proračuna brez projektnih ciklusov) tudi nejavnim izvajalcem zagotavlja enake finančne možnosti. Nejavnim izvajalcem so tako v večini primerov omogočene zgolj možnosti za sodelovanje pri dopolnilnih programih, za katere občine in država namenjajo minimalna sredstva.

11.) Socialni ali zdravstveni oziroma nevladni ali javni sektor le izjemoma (na podlagi osebnih poznanstev zaposlenih) sodelujejo pri obravnavi podpore posameznikom. Predvsem nevladni sektor se mora dnevno potegovati za uveljavljanje skupnostnih načel. Vsi sektorji prevečkrat delujejo na način, ki predvideva potegovanje za sredstva (s pogajanji, prek razpisov), zato je razdrobljenost med izvajalci velika in stopnja integracije sistema majhna. NVO pa tudi zaradi medsebojnega rivalstva pri razpisanih programskih sredstvih pogosto ne znajo uveljavljati skupnega nastopa v odnosu do politike in financerjev. Če ne bo skupnega nastopa stroke, NVO in uporabnikov, bodo strukture, ki upravljajo institucije in oskrbo duševne stiske reducirajo le na bolnišnično oskrbo, še naprej uspešno onemogočale proces deinstitutionalizacije.

7 UPORABLJENA LITERATURA

Becker, T. in Kilian, R. (2006), *Psychiatric services for people with severe mental health illness across western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care?*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 113 (Suppl. 429), 9–16.

Bon, J. (2007), Stigma bolnikov s psihotičnimi motnjami. *Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva*. 93 – 96. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva.

Černak-Meglič, A., Rakar, T. (2010), Odnos med organizacijami civilne družbe in državo. *Raziskava Indeks civilne družbe*. Ljubljana: IRSSV.

Črnak-Meglič, A. et al. (2006), *Velikost, obseg in vloga zasebnega sektorja v Sloveniji*. Ljubljana: FDV.

Črnak-Meglič, A., Vojnovič, M.. (2002), *Zasebne neprofitno-volonterske organizacije v mednarodni perspektivi*. Ljubljana: FDV.

Dernovšek Z.M., Oreški S., Tavčar R. (2009): *Kam in kako po pomoč v duševni stiski*, Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozara.

Dernovšek, M. in Šprah, L. (2008), *Razvoj kakovosti in dostopnosti preventivne zdravstvene dejavnosti na področju duševnega zdravja na primarnem nivoju*. IRIO. Družbeno medicinski inštitut ZRC SAZU.

Divjak, T., Verbajns M., Klenovšek, T., Strojjan, T., Vrbica, S. in P. Šporar. (2006), *Celovita analiza pravnega okvira za delovanje nevladnih organizacij*. Pravno informacijski center nevladnih organizacij – PIC. Maribor: Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta.

Društvo ALTRA. Zgodovina. [spletni dokument]. Dostop 30. november 2008 na <http://www.altra.si/zgodovina.html>.

Društvo DAM. Statut društva. [spletni dokument]. Dostop 30. november 2008 na http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=4

Društvo MOSTOVI. O društvu. [spletni dokument]. Dostop 30. november 2008 na http://www.drustvomostovi.org/index.php?option=com_content&task=view&id=14&Itemid=

DS RS (2014). *Sklep k zaključkom posveta Socialna varnost uporabnikov s težavami v duševnem zdravju*, 2014, 10.4. 2016 dosegljivo na http://www.dsrs.si/sites/default/files/dokumenti/14ds24sklep_k_zakljuckom_posveta_soc.varnost_upor._s_tezavami_v_dus.zdravju.pdf

Faris, R. E. L. in Dunham, H. W. (1960), *Mental disorders in urban areas*. Pridobljeno 9. 6. 2008 na: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/pagerender.fcgi?artid=1373596&pageindex=1>

Flaker, V. (1995), *Skupinsko dinamična in institucionalna protislovja prostovoljnega dela; Procesi dezinstytucionalizacije služb duševnega zdravja v Sloveniji*. Doktorska disertacija. Ljubljana.

Flaker, V. (1995), *Dezinstytucionalizacija: Načrtovanje razvoja psihosocialnih služb na podlagi potreb ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami na področju republike Slovenije*. Končno poročilo. Ljubljana

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

Flaker, V. (2003), *Oris metod socialnega dela; uvod v katalog nalog centrov za socialno delo*; FSD Univerze v Ljubljani, Skupnost centrov za socialno delo Slovenije, 2003, Ljubljana.

Flaker, V., Lamovec T. (1994), *Zagovorništvo v akciji – proces emancipacije*; SD 32/93, št. 3-4

Flaker, V. (2000), *Duševno zdravje v skupnosti*. Visoka šola za socialno delo.

Flaker, V. et. al. (2008), *Dolgotrajna oskrba, očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: FSD.

Flaker, V., Rafaelič, A., Bezjak, S., Ficko, K., Grebenc, V., Mali, J., Ošljaj, A., Ramovš, J., Forbici, G. et. al. (2010). Skupaj za skupnost. *Priročnik o sodelovanju med občinami in nevladnimi organizacijami*. CNVOS.

Flaker, V. (2014). *Dezinstitucionalizacija kot stroj 1, 2, 3, 4 del*. Pridobljeno 14. 1. 2015 na: adenda.blogspot.si/2014/11/dezinstitucionalizacija-v-sloveniji.html

Flaker, V., Rafaelič, A., Bezjak, S., Ficko, K., Grebenc, V., Mali, J., Ošljaj, A., Ramovš, J., Ratajč, S., Suhadolnik, I., Urek, M., Žitek, N. v sodelovanju z Dimovski, V., Kastelic, A., Pfeiffer, j. (2015), *Priprava izhodišč deinstitutionalizacije v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Glover, G. in Barnes, D. (2004), *Mental health service provision for working age adults in England*. Pridobljeno 22. 5. 2008 na: <http://www.dur.ac.uk/service.mapping>

Goldberg, D. (1996), Preface. V T. Kendrick, A. Tylee in P. Freeling (Ur.), *The prevention of mental illness in primary care*. 13 - 14. Cambridge: University Press.

Gošte, N. (2004), *Uresničevanje načel normalizacije v stanovanjskih skupinah ŠENT*, diplomska naloga.

Harrison, J., Barrow, S. in Creed, F. (1995). *Social deprivation and psychiatric admission rates among different diagnostic groups*. Pridobljeno 9. 6. 2008 na: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=3685560>

IRIO. (2008), *Elaborat, ki obsega določena strokovna gradiva za delovno skupino za pripravo nacionalnega programa varovanja duševnega zdravja*. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozara.

IRRSV. (2015), Spremljanje izvajanja programov socialnega varstva: *Poročilo o izvajanju programov leta 2014*. Pridobljeno 6. 6. 2015 na: http://www.irssv.si/upload2/Analiza%20SVP%20za%20leto%202014_splet.pdf.

Jelovac, D. (2008), *Odisejada krmarjev neprofitnega sektorja* (spletni dokument), Radio študent. Pridobljeno 1. 10. 2008 na: www.radiostudent.si/projekti/ngo/teksti/jelovacdejan.html

Jeriček Klanšček, H., e tal. (2010), *Duševno zdravje v Sloveniji*, Ljubljana, IVZ.

Jerman, D.(1991), Dezinstitucionalizacija in nova psihiatrija. Časopis za kritiko znanosti (Sup-psihiatrične študije).

Kamin, T. e tal. (2009), *Duševno zdravje prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: IVZ.

Kersnik, J. (1996), *Kako začeti, Priročnik z nasveti za uporabnike služb duševnega zdravja pri ustanavljanju in vključevanju v skupine samopomoči*. Maribor: Ozara.

Klančar, D. (2007), Bolnik z duševno boleznijo v očeh zdravnika družinske medicine. *Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008–2010*. MDDSZ. Dosegljivo na: www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/npsszsv08_10.pdf

Komisija evropskih skupnosti. (2005), Zelena knjiga: Izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva. *Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo*. Pridobljeno 25. 4. 2008 na: http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/sl/com/2005/com2005_0484sl01.pdf

Kurbos, M. (2008), Ocena dostopnosti služb na področju duševnega zdravja glede na sociodemografske dejavnike tveganja za nastanek duševne motnje: *diplomsko delo*. Ljubljana.

Lamovec, T. (1996), Duševno zdravje v skupnosti skozi oči uporabnikov. *Socialno delo*, 36, 3: 197 – 216.

Lamovec, T., Čufer B.(1993), *Oblike in razvoj zagovorništva v svetu*. SD 32/93, št. 3-4

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

Lamovec, T. (1998), Psihosocialna pomoč v duševni stiski. Ljubljana: VŠSD.

Lefley, H. P.(1996), *Family Caregiving in Mental Illness*. London: Sage

Leskovšek, V. in Hrženjak, M. (2002), Spremenjene vloge nevladnih organizacij, Ljubljana: Mirovni inštitut.

Medresorska delovna skupina za reševanje odprtih vprašanj na področju sodelovanja Vlade RS z nevladnimi organizacijami, (2006), podatke obdelala Gregorič, M.: *Analiza*

financiranja nevladnih organizacij s strani vladnih resorjev v letu 2005. Ljubljana: Ministrstvo za javno upravo.

MDDSZ (2013), *Mreža izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije za obdobje od 2014 do 2020.* Pridobljeno 23.3. 2016 na: [www.http://www.mddsz.gov.si/ageuploads/dokumenti_pdf/invalidi_vzv/Mreža_izvajalcev_ZR_2014-2020.pdf](http://www.mddsz.gov.si/ageuploads/dokumenti_pdf/invalidi_vzv/Mreža_izvajalcev_ZR_2014-2020.pdf)

MDDSZ (2015), *Sodelovanje z nevladnimi organizacijami.* Pridobljeno 13. 8. 2015 na: http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/programi_socialnega_varstva/sociala_nvo/

Ministrstvo za javno upravo (2005), *Strategija vlade RS za sodelovanje z nevladnimi organizacijami,* (spletni dokument). Pridobljeno 5. 12. 2005 na: www.mju.gov.si/.../STRATEGIJA_VLADE_RS_ZA_Z_NVO

Ministrstvo za zdravje RS (2014). *Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014-2018,* predlog. Pridobljeno 30.1. 2014, na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2011/resoluc_dusevno_zdravje/Resolucija_dusevno_zdravje_060411.pdf.

Molan, M. in Molan, G. (2007), *Nekonkurenčni na trgu dela. Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva.* 172 – 180. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva .

Oreški, S. (2008), *Družbeno pojmovanje duševnega zdravja: primer dveh slovenskih medijev.* Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Oreški, S., Dobnik, B., Stepec, A., Brumen, S. (2009), *Povečanje in dostopnost služb za varovanje duševnega zdravja v vseh regijah RS,* interno gradivo Koordinacije organizacij s področja duševnega zdravja v skupnosti.

Pfeiffer, J. et. al. (2009), *Poročilo začasne strokovne skupine o prehodu z institucionalne oskrbe na oskrbo v skupnosti.* (spletni dokument), Evropska komisija.

Predlog Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2011-2016, (2009), Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, interno gradivo.

Predlog Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2011-2016, (2010), Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, interno gradivo.

Resolucija nacionalnega programa socialnega varstva za obdobje 2006-2010, (2006), Ur.l. RS št. 39/2006.

Resolucija nacionalnega programa socialnega varstva za obdobje 2013-2020, (2013), Ur. l. RS št. 39/2013.

Rutz, W. (2001), *Mental health in Europe: problems, advances and challenges*. Acta Psychiatrica Scandinavica. 104 (Suppl. 410), 15 – 20.

Svet Evrope. (2000), White paper on protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment. Pridobljeno 10. 7. 2009 na: <http://www.ijic.org/docs/psychiatry.pdf>

Svetlik, I. (1998), *Analiza dela in določanje lastnosti delavcev*. Možina S. Menagement kadrovskih virov. Ljubljana: FDV.

Svetlik, I. (2002), *Pridobivanje, izbiranje in uvajanje delavcev*. Možina S. Menagement kadrovskih virov. Ljubljana: FDV. 133–173.

Svetlik, I. (2008), *Menedžment človeških virov v neprofitnem sektorju*, Radio študent. Pridobljeno 1. 10. 2008 na: www.radiostudent.si/projekti/ngo/teksti/Svetlik.html

Svetovna zdravstvena organizacija. (2001), World Health report. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva.

Svetovna zdravstvena organizacija. (2005), European Ministerial Conference on Mental Health. Helsinki: Mental Health Action Plan for Europe. Facing Challenges, Building Solutions. Brussels: EC.

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

Škerjanc, J. (2006), *Individualno načrtovanje z udejanjanjem ciljev*, Ljubljana, Center RS za poklicno izobraževanje.

Švab, V. (2011), Skupnostna psihiatrija, Pridobljeno 2.6.2015 na http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/STROKOVNI_CLANKI_-_razni/Skupnostna_psihiatrija_-_Vesna_Svab.pdf

Švab, V. (2009), *Duševna bolezen in stigma*. Objavljeno na spletni strani ŠENT: www.sent.si

Švab, V. (2015), *Obravnava v skupnosti*. Objavljeno na spletni strani ŠENT: www.sent.si

Thornicroft, G. in Tansella, M. (2003), What are the arguments for community-based mental health care. Regional Office for Europe's Health Evidence Network. Geneva.: WHO

Thornicroft, G. in Tansella, M. (2004), Components of modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry*. 185: 283–90.

Thornicroft, G. in Tansella, M. (2007), *Better Mental Health Care*. Cambridge University Press.

Videmšek, P. (2012), Vloga uporabniških gibanj pri spreminjanju vpliva uporabnikov. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo*. 39 , 250: 106 - 115, 294, 302.

Videmšek, P. (2013). *Iz institucij v skupnost: [stanovanjske skupine nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja]*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

WHO. *Mental Health Care Law: Ten Basic Principles*. Pridobljeno 10. 8. 2009 na: http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/ten_basic_principles.pdf

WHO. (2003), Organization of services for mental Health. *Mental Health Policy and Service Guidance Package*.

WHO. (2003a), Planning and budgeting to deliver services for mental health. *Mental Health Policy and Service Guidance Package*.

WHO. (2009), Mental Health legislation & Human Rights. *The Mental Health Context*. Pridobljeno 10. 8. 2009 na: http://www.who.int/mental_health/resources/en/Legislation.pdf

WHO HFA- DB. (2009), *Health for all database*. Dosegljivo na: www.euro.who.int/hfadb

World health organization. (2001), *The World Health Report: Mental health: new understanding, new hope*. Pridobljeno 20. 6. 2008 na: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf

World health organization. (2003), *Investing in mental health*. Pridobljeno 25. 4. 2008 na: http://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf

World health organization. (2005a), *WHO Resource Book on Mental Health: Human rights and Legislation*. Pridobljeno 29. 4. 2008 na: http://en.wikipedia.org/wiki/Classification_of_mental_disorders

World health organization. (2005b), *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Pridobljeno 29. 4. 2008 na: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

World health organization. (2005c), *Mental Health Atlas 2005*. Pridobljeno 20. 6. 2008 na: http://www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/index.html

World health organization. (2005d), *Prevention of mental disorders*. Pridobljeno 28. 9. 2008 na: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

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

Zaviršek, D., Krstulović, G., Leskošek, V., Videmšek, P., Bohinec, M., Pečarič, E., Jeseničnik, N. in Poropat, K. (2015), *Analiza sistema institucionalnega varstva in možnosti nevladnih organizacij zagotavljati storitve v skupnosti za uresničevanje deinstitucionalizacije v Sloveniji. Raziskovalna analiza*. Ljubljana.

Zakonodajni viri

Konvencija o pravicah invalidov. (2006; 2008). Pridobljeno 10. 9. 2015 na: http://www.mdds.gov.si/si/delovna_podrocja/invalidi_vzv/konvencija_o_pravicah_invalidov

Pravilnik o metodologiji za oblikovanje cen socialno varstvenih storitev. Ur. l. RS, št. 87/06, 127/06, 8/07, 51/08, 5/09 in 6/12. Pridobljeno 4. 7. 2015 na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV7728>

Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev. Ur. l. RS, 45/2010. Pridobljeno 8. 8. 2015 na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV10060>

Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb. Uradni list RS, št. 41/83.

Zakon o duševnem zdravju. Uradni list RS, št. 77/08 in 46/15 – odl. US. Pridobljeno 8. 8. 2015 na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO2157>

Zakon o nepravdnem postopku. Uradni list SRS, št. 30/86, 20/88 – popr., Uradni list RS, št. 87/02 – SPZ, 131/03 – odl. US in 77/08 – ZDZdr. Pridobljeno 8. 8. 2015 na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO492>

Zakon o prostovoljstvu. Uradni list RS, št. 10/11 in 16/11 – popr.. Pridobljeno 8. 8. 2015 na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO5532>

Zakon o socialnem skrbstvu. Ur.l. SRS, št. 35/1979. Pridobljeno 7. 7. 2015 na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=1992-01-2484>

Zakon o socialnem varstvu. Ur.l. RS, št. 54/92. Pridobljeno 8. 8. 2015 na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO869>

Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov. Uradni list RS, št. 16/07 – uradno prečiščeno besedilo, 87/11, 96/12 – ZPIZ-2 in 98/14. Pridobljeno 8. 8. 2015 na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO3841>