

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Ines Mulec

**Skupnostna oskrba na področju duševnega zdravja na
avstrijskem Štajerskem**

Diplomsko delo

Graz 2017

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Ines Mulec

**Skupnostna oskrba na področju duševnega zdravja na
avstrijskem Štajerskem**

Diplomsko delo

Mentorica: izr. prof. dr. Mojca Urek

Graz 2017

ZAHVALA

Iz srca se zahvaljujem Sašiju, mami, očetu, Katji K. in Katji D. za vso moralno podporo, ki so mi jo nudili tekom pisanja. Hvala Manji, Mike-u in Mitji za pomoč pri prevodih ter Iris za lekturo. Hvala vsem sogovornikom za izčrpne podatke. Nenazadnje pa iskrena hvala mentorici Mojci, ki mi je ves čas stala ob strani, me usmerjala in mi pomagala.

*“Someone once asked me:
‘Why do you always insist on taking the hard road?’
I replied: ‘Why do you assume I see two roads?’”*

- Unknown

Povzetek

Socialno delo kot stroka definira za ciljne uporabnike tiste, ki so se znašli na robu družbe. Iz tega izhaja ena izmed njenih temeljnih nalog, in sicer omogočiti uspešno (re)integracijo posamezniku. Duševna bolezen je tako raznolika kot so raznoliki načini njene obravnave. Zaradi tega ni možno iznajti enotnega panacea za uspešno (re)integracijo vseh ljudi s težavami v duševnem zdravju. Namesto tega je glavni cilj ponuditi posamezniku vso pomoč in podporo osredotočeno na njegove individualne potrebe, ki jo potrebuje za samostojno življenje v skupnosti. Namen raziskave je bil ugotoviti, kako samostojno življenje in uspešno (re)integracijo posamezniku z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju zagotavlja aktualna ponudba skupnostnih storitev na avstrijskem Štajerskem.

V prvem delu predstavljam teoretske podlage na katerih stoji avstrijski skupnostni sistem in orišem zgodovino psihiatričnih ustanov. V nadaljevanju predstavim Avstrijo, kjer se podrobneje osredotočim na Štajersko in sledim potem reforme psihiatrije. Žarišče prvega dela naloge je v orisu temeljnih vej sistema skupnostnih storitev na avstrijskem Štajerskem. V nadaljevanju predstavim primer dobre prakse, ki ga predstavlja zaprtje zavoda Schwanberg. Kar pa ni bilo možno razbrati iz sekundarnih virov pa so prednosti in pomanjkljivosti posameznih obstoječih storitev. Z mnenji in izkušnjami sogovornikov, ki sem jih pridobila skozi intervjuje, tako pridem do izčrpnega pregleda obstoječega sistema in iz njegovih manjkov izpeljem temeljne predloge za izboljšave.

Storitve skupnostne oskrbe izvajajo društva in združenja, ki so pod okriljem večjih krovnih organizacij. Sistem zajema 8 temeljnih stebrov storitev, in sicer: psihosocialne svetovalne centre, socialnopsihiatrične dnevne strukture, dnevne bolnišnice, podporno bivanje, mobilno socialnopsihiatrično pomoč, storitve iz področja dela in rehabilitacije, prostovoljno socialno spremstvo in posebno ponudbo. Posamezne storitve imajo svoje prednosti in pomanjkljivosti, na splošno pa gre izpostaviti predvsem 2 večji skupini problemov. V prvi vrsti se problem pojavi v neenakomerni razporeditvi storitev po regiji, kjer je največ ponudbe na voljo v večjih mestnih središčih, v ruralnih območjih pa je oskrba močno okrnjena. Drugi problem pa se nahaja v čakalnih vrstah, ki so v večini storitev, ki ponujajo kontinuirano pomoč, dolge vsaj eno leto ali več.

Ključne besede: integracija, duševna bolezen, individualne potrebe, reforma psihiatrije, aktualna ponudba, skupnostna oskrba, storitve, dezinstitutionalizacija zavoda, problemi, izboljšave, psihosocialni svetovalni centri, socialnopsihiatrične dnevne strukture, dnevne bolnišnice, podporno bivanje, mobilna socialnopsihiatrična pomoč, področje dela in rehabilitacije

Title: Community-Based Services in Mental Health Field in Austrian Styria

Abstract:

Social work as a scientific discipline defines the end users those who have found themselves on the edge of society. Consequently, how to successfully enable (re)integration of an individual is one of the fundamental goals. Mental disease can appear in various ways and the treatment varies as well. It is impossible to find the panacea for the successful (re)integration of all the affected. Instead, the goal is to offer an individual all the help and support, focusing on his or her individual needs in order to live independently in the community. The goal of the research was to establish how successful are the current services with (re) integration of an individual with the long-term mental health issues in the Austrian Styria region. In the first part the theoretical basis for deinstitutionalization are covered. Furthermore, Austrian psychiatric reforms, especially in Styria are presented. The focus of the first part is on the outline of the basic branches of the communal services system in the Austrian Styria region. What follows is a good practice example, namely, shutting down of the Schwanberg Institution. Unfortunately, it was impossible to establish from the secondary sources if there were any advantages or disadvantages from the individual current services. All the opinions and experiences of the interviewees helped us get a thorough overview of the current system and help us shape the basic modification suggestions. Services of communal care are carried out by associations and societies, which are under the patronage of various umbrella organisations. The system captures the 8 basic pillars of services, to be specific: psycho-social counselling centres, social-psychiatric daily structures, daily clinics, assisted living, mobile social-psychiatric help, field of jobs and rehabilitation, volunteer social company and extra services. Each of these has their own advantages and disadvantages alike, but in general two major groups of issues need to be pinpointed. Firstly, the issues arise in the unequal allocation of the services across the region. Most of the services are available in the large city centres, while there are basically none on the outskirts and the rural environments. In the second place, the issues also arise because of the long queues, where most of the services that offer continual help are usually longer than a year.

Key words: integration, mental illness, individual needs, psychiatry reform, current services, community care, deinstitutionalization, problems, improvements, psycho-social counselling centres, social-psychiatric daily structures, daily clinics, assisted living, mobile social-psychiatric help, field of jobs and rehabilitation

KAZALO VSEBINE

Uvod.....	1
1. K razumevanju pojmov.....	3
1.1. Socialna psihiatrija	3
1.2. Skupnostna skrb in skupnostna obravnava.....	4
1.3. Skupnostna psihiatrija	4
1.3.1. Kontinuirana obravnava.....	5
1.3.2. Povezovanje služb na lokalni ravni ter interdisciplinarni pristop.....	5
1.3.3. Dostopnost	6
1.3.4. Enakost, vsestranskost in kulturna prilagojenost.....	6
2. Odpiranje in zapiranje psihiatričnih ustanov	7
2.1. Institucionalizacija duševne bolezni skozi zgodovino	7
2.2. Dezinstitutionalizacija in dehospitalizacija	8
3. Splošno o Avstriji	10
3.1. Geografske in demografske značilnosti.....	10
3.2. Duševno počutje prebivalcev Štajerske.....	10
3.3. Statistika uporabnikov	11
3.3.1. Vključenost uporabnikov v skupnostne storitve.....	11
3.3.2. Starostna struktura	13
3.3.3. Sredstva za preživljanje	14
3.3.4. Oblike bivanja.....	15
4. Psihiatrična reforma na avstrijskih tleh.....	17
4.1. Razmere pred reformo	17
4.2. »Psihiatrična raziskava«.....	18
4.3. Vsespōšni cilji psihiatrične reforme	18
4.4. Uvajanje reforme v Avstriji.....	19
5. Sistem oskrbe ljudi s težavami v duševnem zdravju na Štajerskem.....	22
5.1. Finančna situacija	22
5.1.1. Denarno nadomestilo za brezposelnost	22
5.1.2. Invalidska pokojnina oziroma pokojnina vezana na poklicno nesposobnost in minimalna pokojnina.....	23
5.1.3. Pokojnina vezana na delovno nesposobnost.....	24
5.1.4. Zagotovljena minimalna sredstva (<i>Bedarfsorientierte Mindestsicherung</i>)	24
5.2. Oskrbovalne storitve na Štajerskem	25
5.2.1. Smernice ÖBIG-a iz študije o strukturnih potrebah v psihiatrični oskrbi v Avstriji iz leta 1997 (<i>Struktureller Bedarf der psychiatrischen Versorgung in Österreich</i>).....	25
5.2.2. Bolnišnična (stacionarna) psihiatrična oskrba	27
5.2.3. Delno-stacionarna psihiatrična oskrba.....	27
5.2.4. Ambulantna oskrba	29
6. Skupnostna oziroma komplementarna oskrba	30
6.1. Psihosocialni svetovalni centri	31
6.2. Stanovanjska oskrba ljudi s težavami v duševnem zdravju na Štajerskem.....	31
6.2.1. Negovalni domovi	32
6.2.2. Prehodne in rehabilitacijske oblike bivanja.....	33
6.2.3. Psihiatrična nega uporabnikov pri gostiteljskih družinah (<i>Psychiatrische Familienpflege</i>)	35
6.2.4. Mobilna psihiatrična pomoč	37
6.3. Delo in poklicna rehabilitacija.....	39
6.3.1. Področje poklicne rehabilitacije na Štajerskem	40
6.4. Socialnopsihiatrične dnevne strukture.....	43
6.4.1. Področje socialnopsihiatričnih struktur na Štajerskem.....	43

6.5.	Celoten pregled psihosocialnih storitev na Štajerskem	45
6.5.1.	Pregled psihosocialnih storitev na Štajerskem	45
6.5.2.	Organizacije, ki izvajajo skupnostno oskrbo	47
6.5.3.	Struktura profilov zaposlenih v skupnostni oskrbi	49
7.	Primer dobre prakse: zaprtje socialnovarstvenega zavoda Schwamberg	51
7.1.	Izhodišča	51
7.2.	Situacija Zavoda Schwanberg med leti 2011 in 2015	51
7.3.	Odločitev za dezinstitutionalizacijo	53
7.4.	Cilji projekta	54
7.5.	Časovni okvir	54
7.6.	Proces zapiranja ustanove	54
7.6.1.	Potrebe posameznikov in načrtovane storitve v skupnosti	55
7.6.2.	Administrativne naloge	56
7.6.3.	Izvajalci novonastalih storitev	57
7.6.4.	Preselitve	57
7.6.5.	Prihodnost osebja	58
7.6.6.	Stroški dezinstitutionalizacije in prodaja gradu z ozemljem	59
8.	Raziskovalni del	60
8.1.	Opis problema	60
8.2.	Cilji in namen	61
8.3.	Metodologija	61
8.3.1.	Vrsta raziskave in spremenljivke	61
8.3.2.	Merski instrumenti	62
8.3.3.	Populacija	63
8.3.4.	Težave pri raziskovanju	63
8.3.5.	Zbiranje podatkov	64
8.3.6.	Obdelava in analiza podatkov	64
9.	Rezultati	66
9.1.	Organizacija storitve	66
9.2.	Pristop k storitvi	69
9.3.	Uporabniki	70
9.4.	Strokovno delo	72
9.5.	Dezinstitutionalizacija	77
9.6.	Predlogi za izboljšave	78
10.	Razprava	82
10.1.	Sklepi	91
11.	Predlogi	94
12.	Uporabljena literatura	95
13.	Priloge	101
13.1.	Vodila za intervjuje (Priloga A)	101
13.1.1.	Intervju z zaposleno v mobilni socialnopsihiatrični pomoči	101
13.1.2.	Intervju z zaposleno v dnevni bolnišnici	103
13.1.3.	Intervju z zaposleno v socialnopsihiatrični dnevni strukturi	105
13.1.4.	Intervju z zaposlenim v psihosocialnem svetovalnem centru	107
13.1.5.	Intervju s splošnim uporabnikom skupnostnih storitev	108
13.1.6.	Intervju z uporabnikom socialnopsihiatrične dnevne strukture	109
13.2.	Zapisi intervjujev (Priloga B)	111
13.2.1.	Zapis intervjuja 1 z zaposleno v mobilni socialnopsihiatrični pomoči	111
13.2.2.	Zapis intervjuja 2 z zaposleno v dnevni bolnišnici	123
13.2.3.	Zapis intervjuja 3 z zaposleno v socialnopsihiatrični dnevni strukturi	134
13.2.4.	Zapis intervjuja 4 z zaposlenim v psihosocialnem svetovalnem centru	149
13.2.5.	Zapis intervjuja 5 s splošnim uporabnikom skupnostnih struktur	162
13.2.6.	Zapis intervjuja 6 z uporabnikom socialnopsihiatrične dnevne strukture	174

13.3.	Analiza podatkov (Priloga C).....	183
13.3.1.	Intervju z zaposleno v mobilni socialnopsihiatrični pomoči	183
13.3.2.	Intervju z zaposleno v dnevni bolnišnici	207
13.3.3.	Intervju z zaposleno v socialnopsihiatrični dnevni strukturi	215
13.3.4.	Intervju z zaposlenim v psihosocialnem svetovalnem centru.....	229
13.3.5.	Intervju s splošnim uporabnikom skupnostnih storitev	249
13.3.6.	Intervju z uporabnikom dnevnih struktur	261

KAZALO SLIK

Slika 3.1	Vključenost uporabnikov v skupnostne strukture.....	11
Slika 3.2:	Starostna struktura uporabnikov	13
Slika 3.3:	Sredstva za preživljanje	14
Slika 3.4:	Oblike bivanja.....	15
Slika 5.1:	Pokritost storitev glede na smernice ÖBIG	26
Slika 6.1:	Pokritost podpornega bivanja	34
Slika 6.2:	Pokritost mobilne pomoči.....	38
Slika 6.3:	Pokritost delovne rehabilitacije	42
Slika 6.4:	Pokritost dnevnih struktur	44
Slika 6.5:	Celoten pregled storitev	45
Slika 6.6:	Organizacije, ki izvajajo skupnostno oskrbo	47
Slika 6.7:	Struktura zaposlenih	49
Slika 10.1:	Hiter pregled storitev	82
Slika 10.2:	Razvoj storitev 2008–2015.....	90

KAZALO TABEL

Tabela 3.1:	Vključenost uporabnikov v skupnostne strukture.....	12
Tabela 3.2:	Starostna struktura uporabnikov	13
Tabela 3.3:	Sredstva za preživljanje	14
Tabela 3.4:	Oblike bivanja.....	15
Tabela 6.1:	Pokritost podpornega bivanja	34
Tabela 6.2:	Pokritost mobilne pomoči	38
Tabela 6.3:	Pokritost delovne asistencije	40
Tabela 6.4:	Pokritost delovne rehabilitacije.....	42
Tabela 6.5:	Pokritost dnevnih struktur.....	44
Tabela 6.6:	Celoten pregled storitev	46
Tabela 6.7:	Struktura zaposlenih.....	50
Tabela 7.1:	Pregled zasedenih postelj in stroškov v zadnjih letih obratovanja zavoda	52
Tabela 7.2:	Investicije v zadnjih letih obratovanja zavoda.....	53
Tabela 7.3:	Novonastale storitve.....	57
Tabela 8.1:	Izsek iz tabele obdelave podatkov	64
Tabela 9.1:	Seznam intervjuvancev	66

Uvod

Konvencija Združenih narodov o pravicah hendikepiranih oseb predstavlja smernice za oblikovanje socialnega sistema na tak način, da je ciljni skupini uporabnikov omogočeno uveljavljanje in varovanje njegovih pravic.

Znano je, da v veliko evropskih državah uporabniki z različnimi hendikepi še vedno živijo v institucijah, kjer so večino časa izolirani od skupnosti in širše družbe.

Študija Evropske unije Dez institucionalizacija in življenje v skupnostih: rezultati in stroški priča o 1,2 milijona oseb s hendikepi, ki še vedno živijo v raznih velikih institucijah (Evropska komisija 2009: 10). Iz tega podatka je razvidno, da so velikemu številu ljudi v Evropi še vedno kršene človekove pravice, med katere spada tudi *pravica do bivanja v skupnostih*. Omenjena konvencija s to pravico od držav podpisnic zahteva, da uporabnikom omogoči in zagotovi vse pogoje, ki jih posameznik potrebuje, da se aktivno in polno vključuje v družbo. Tukaj je pomembna predvsem zagotovitev bivanja v lokalnem okolju po lastni izbiri, možnost zaposlitve ali delovne rehabilitacije, potrebna zdravstvena oskrba ipd. Posamezniku mora biti pomoč, ki jo potrebuje prilagojena glede na njegove individualne želje in potrebe. Le z ozirom na vse omenjene aspekte je ciljni skupini možno zagotoviti enakovredno vključevanje v družbo (European Coalition for Community Living 2008: Welcome to ECCL).

Ljudje s težavami v duševnem zdravju se pogosto soočajo z ovirami pri samostojnem bivanju, iskanju zaposlitve, ki pripelje do finančnih težav in vsepre pogosto tudi s stigmo, ki jo je seboj pripeljala duševna bolezen.

Avstrija je že v sedemdesetih letih pričela vzpostavljati sistem obravnave ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju v skupnosti. Pomoč in podpora posameznikom se je pričela razvijati znotraj različnih psihosocialnih skupnostnih ustanov. Med temeljne člene skupnostnega omrežja spadajo multiprofesionalni svetovalni centri, mobilna socialnopsihiatrična oskrba, dnevne strukture, delovnorehabilitacijska obravnava in socialnopsihiatrična krizna služba. V akcijskem planu, ki ga je avstrijska zvezna vlada sprejela 24. julija 2012 (do leta 2020) o konkretizaciji omenjene konvencije je navedeno, da je potrebno vzpostaviti program dez institucionalizacije v vseh devetih zveznih deželah. Na podlagi tega se morajo zapreti vse velike socialnovarstvene institucije. V skupnosti se morajo vzpostaviti različne storitve za vso podporo in pomoč posamezniku, ki jo potrebuje za samostojno življenje (v ciljno skupino so všteti tudi tisti uporabniki, ki za samostojnost potrebujejo visoko stopnjo pomoči). Pri tem je pomembno, da ima skupina uporabnikov

možnost izbire glede oblike bivanja (Nationaler Aktionsplan Behinderung 2012: 72). Čeprav je sistem skupnostne oskrbe v Avstriji že dobro razvit, pa vendar še vedno obstajajo ljudje, ki so primorani živeti v velikih institucijah. Sklicujoč na podatke iz leta 2010, je v Avstriji v bivalno-negovalnih domovih še vedno živelo 13.000 oseb z ovirami (Hirzenberger 2015: 9).

1. K razumevanju pojmov

Za lažje razumevanje sistema skupnostne oskrbe, ki se je skozi leta oblikoval na avstrijskem Štajerskem, bom predstavila pomembnejše pojme, ki predstavljajo ideološke podlage oziroma vodila na katere se opirajo pri oblikovanju sistema.

1.1. Socialna psihiatrija

Kot navaja Kecmanović v Socijalni psihiatriji s psihiatrijskom sociologijom se socialna psihiatrija ukvarja z napredovanjem duševnega zdravja vse večjega števila ljudi v skupnosti in vse večje integracije posameznikov v dani socialni sistem. Je disciplina, ki se ne bavi le s posamezniki, temveč svoj delokrog interesov razširja na družbene organizacije in družbo v celoti (1978: 17–19).

Po definiciji Kliničnega oddelka za socialno psihiatrijo medicinske univerze na Dunaju (MedUni Wien 2014: Sozialpsychiatrie) gre za znanost, ki se ukvarja s pomenom socialnih, kulturnih in drugih okoljskih faktorjev, povezanih z duševnim zdravjem posameznika. Ukvarja se z vzroki in oskrbo duševnih bolezni ter z njo povezanimi socialnimi vprašanji (kot sta npr. stigmatizacija in destigmatizacija). Delo oddelka socialne psihiatrije medicinske univerze na Dunaju se opira na naslednje zorne kote:

- vključevanje socialnega okolja uporabnika v okviru namenov diagnostike in obravnave (socioterapija),
 - terapevtsko delo z uporabnikovimi sorodniki in drugimi bližnjimi iz socialnega okolja
 - raziskovanje in načrtovanje oskrbe,
 - epidemiologija duševnih bolezni v smislu raziskovanja vzrokov, oskrbe in preprečitve (*Public Mental Health*),
 - socialne vzroke (npr. revščina, migracije, mestno okolje) in posledice (npr. ovire, stigma, diskriminacija) duševnih bolezni,
 - socialne mreže uporabnikov,
 - rehabilitacijo in socialno integracijo (MedUni Wien 2014: Sozialpsychiatrie)
- (Naš prevod).

Osrednji pojem v jezikovni rabi socialne psihiatrije je *skupnost*, ki se navezuje na oskrbo uporabnika v bližini njegovega socialnega okolja in na ohranitev njegove socialne

integracije. Socialno psihiatrijo lahko razumemo kot gibanje v psihiatriji, ki teži k ponovni vzpostavitvi subjekta in njegovega dostojanstva (Mitterhuber 2010: 45).

1.2. Skupnostna skrb in skupnostna obravnava

Skupnostna skrb se nanaša na razdelitev storitev in služb, ki delujejo v lokalnem okolju uporabnika. Le tako je možno uporabniku zagotoviti kontinuirano obravnavo, bivanje v svojem okolju, socialno integracijo in podporo. Skupnostne službe se opirajo na potrebe posameznikov, s pomočjo katerih ustvarjajo povezovanje različnih regionalnih virov pomoči (Švab 2011: 4).

Skupnostna obravnava pa je:

organizacija služb za duševno zdravje, ki zagotavlja učinkovito obravnavo oseb z duševnimi motnjami za opredeljeno skupino prebivalstva v skladu z njihovimi potrebami. Vključuje zdravstvene, socialne in druge službe, zdravljenje, rehabilitacijo ter formalne in neformalne mreže pomoči. Skupnostna obravnava je torej organizacija mreže interdisciplinarnih služb, ki zagotavljajo zdravstveno in socialno varstvo, delovno usposabljanje, zaposlovanje, izobraževanje, nastanitev s podporo in druge rehabilitacijske storitve predvsem osebam s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami, ki tako pomoč najbolj potrebujejo. Izvajajo jo javne službe socialnega in zdravstvenega varstva, zaposlovanja in izobraževanja (Švab 2011: 4).

1.3. Skupnostna psihiatrija

Skupnostno psihiatrijo lahko razumemo kot skupek različnih definicij: gre za psihiatrijo, ki deluje v skupnosti ter psihiatrijo, ki pripelje pomoč k uporabniku in ne uporabnika v osrednjo institucijo pomoči. Skupnostna psihiatrija pomaga usposobiti uporabnika za samostojno življenje v skupnosti kljub duševni bolezni. Ne nazadnje gre za psihiatrijo, ki skupaj s socialnim okoljem uporabnika (družina, sosedska skupnost, socialna mreža uporabnika) vzpostavlja tako okolje, v katerem lahko samostojno živijo tudi uporabniki, ki trpijo za kroničnimi in težkimi duševnimi boleznimi. Skupnostna psihiatrija udejanja teoretično zasnovo socialne psihiatrije (Peukert, 2002: 1, v Schedenig, 2015: 7).

V skupnostni psihiatriji so ključnega pomena predvsem štirje principi, po katerih se je

potrebno orientirati za uspešno vzdrževanje zdravja in rehabilitacijo posameznika z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju: *kontinuiteta obravnave, povezanost služb in storitev na lokalni ravni ter interdisciplinarni in večstranski pristop, dostopnost ter enakost, vsestranskost in kulturna prilagojenost.*

1.3.1. Kontinuirana obravnava

Kot navaja Švabova, ima kontinuirana skrb več pozitivnih aspektov. Z vidika rehabilitacije posameznika je uspešna, glede na stroške je ekonomsko upravičena in kar je najpomembneje, požema visoko zadovoljstvo s strani uporabnikov. Temu vprid govori angleška raziskava o uspešnosti skrbi za uporabnike na domu, ki je pokazala: "[...] da se dolžina bolnišničnih hospitalizacij zmanjša za 80 %, kar ni šlo na račun slabšega zdravja vključenih v program [...]." (Švab, 1996: 24)

Spremljanje in pomoč uporabnikom tudi po odpustu iz institucij je zelo pomembna za vzdrževanje zdravja ter napredovanje v procesu okrevanja. Kot navaja Avberškova *et al.* v Psihosocialna rehabilitacija je "nepretrgano spremljanje in pomoč edini sistemski poseg, ki lahko bistveno zmanjša število sprejemov proti volji pacienta, vpliva pa tudi na stopnjo manjzmožnosti ali invalidnosti, ki se povečuje z dolžino motnje, zaradi katere se pacient zdravi." (2004: 25)

1.3.2. Povezovanje služb na lokalni ravni ter interdisciplinarni pristop

Ravno službe, ki so organizirane lokalno oziroma v bližnjem okolju uporabnika so tiste, ki zagotavljajo participacijo uporabnikov, kontinuiteto spremljanja in pomoči ter vključenim nudijo možnost izbire. Lokalno načrtovanje služb je torej zelo pomemben aspekt pri nastajanju in delovanju skupnostnih služb. Lokalno je obenem tudi najlažje, saj so potrebe posameznikov dovolj konkretne po drugi strani pa tudi dovolj kolektivizirane, da jih lahko koordiniramo in vzpostavimo sistem (Javornik 2004: 39).

Pomembno je, da se v procesu pomoči in podpore posamezniku različne službe (kot so medicinske, psihiatrične in psihološke, socialnodelovne ipd.) med seboj podpirajo in dopoljujejo ter odločajo o ravnanju le kot integracija vseh aspektov. (Kobalt, Rapovš-Pavel 2004: 51). Za uspešno pomoč ljudem z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju sta pomembna večperspektivni in interdisciplinarni pristop, ki vključujeta razumevanje posameznih ravni problemov ter njihovo obvladovanje skozi različne poglede.

»Multidisciplinarni tim se ne loti le dane medicinske diagnoze, temveč človeka in njegove bližnje okolice koordinirano in v celoti, vključno z njegovim stilom življenja, ki preprečuje ponovitev dane ali nastop novih bolezni.« (Marušič 2002: 48)

1.3.3. Dostopnost

Dostopnost storitev in služb ima v skupnostni psihiatriji velik pomen, saj morajo imeti uporabniki z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju zagotovljeno hiter in neposreden dostop. Temu je tako, ker v veliko primerih razlogi za poslabšanje stanja, krize ter zastoje v procesu okrevanja tičijo v dolгих čakalnih dobah v psihiatričnih ustanovah, birokratskih ovirah na centrih za socialno delo ter večurnih čakanjih v ambulantah zdravstvenih domov (Avberšek *et al.* 2004: 25). Švabova utemeljuje pomen dostopnosti skozi besede: "Princip dostopnosti pomeni, da so službe v zadostni bližini, da jih je mogoče doseči brez večjih stroškov, da pred vstopom ni čakalnih dob, posebej ne predolгих in birokratskih, da so službe enako dostopne vsem, ki jih potrebujejo, brez diskriminacije." (Varuh človekovih pravic republike Slovenije 2017: Skupnostna psihiatrija)

1.3.4. Enakost, vsestranskost in kulturna prilagojenost

V okviru skupnostne psihiatrije se *načelo enakosti* nanaša predvsem na pravično razporeditev sredstev. Pomembno je, da v primerih uporabnikov z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, v načrtu obravnave ne gre le za stabilizacijo akutnega zdravstvenega stanja, temveč za vsa področja posameznikovega življenja, kjer se zaznajo potrebe. Uporabniki potrebujejo *celostno in vsestransko obravnavo*, ki posamezniku zadovoljuje več potreb ter pomaga pri reševanju težav iz večih področij. Ne nazadnje pa mora biti obravnavna prilagojena tudi *socialnim in kulturnim aspektom* posameznika. Če je temu tako, je najhitreje razvidno v okvirih psihološke obravnave in v procesu rehabilitacije (npr. ljudje iz vzhodnih držav pogosteje najdejo oporo v družini ali preko tradicionalnega duhovnega zdravljenja). (Varuh človekovih pravic republike Slovenije 2017: Skupnostna psihiatrija)

2. Odpiranje in zapiranje psihiatričnih ustanov

Če želimo razumeti kako je prišlo do dezinstitutionalizacije norosti, moramo najprej pogledati njen nasprotni pol. V tem poglavju se bom osredotočila na hiter pregled dojemanja norosti in njenega zapiranja ter na spremembe pogleda nanjo.

2.1. Institucionalizacija duševne bolezni skozi zgodovino

Ko govorimo o instituconalizaciji norosti, ne moremo mimo konteksta dojemanja norosti, ki se je skozi zgodovino spreminjal. Norost so že v antičnih časih razumeli na različne načine: nekateri so jo povezovali z obsedenostjo (z dobrim ali zlim), s predniki, uroki ipd., drugi so jo že takrat videli kot bolezen. Najmočnejši člen pri obladovanju norosti je bila družina in ožja skupnost v sodelovanju z različnimi vaškimi zdravitelji in duhovniki. Iz tega lahko sklepamo, da so uporabniki z izkušnjo duševne bolezni bili vključeni v skupnost kljub občasnemu izobčenju (Flaker 1998: 90).

V 14. stoletju so se pojavile ustanove, ki so v določeni meri spominjale na totalne institucije in sicer samostan, dvor, gobavišče in špital. Ladje norcev, ki so bile aktualne stoletje kasneje ter razvoj špitala in norišnice pa so začele norost preganjati in zapirati stran od »zdravega« mesta (Flaker 1998: 69). Skozi ta leta se je vedno bolj ukoreninjalo prepričanje, da je odstranjevanje norcev nujno potrebno za ohranjanje zdrave družbe. Do velike spremembe je nato prišlo na prestopu v kapitalizem, za katerega je bil značilen razkroj dvornega gospodarstva in zemljiškega gospostva, razvoj industrije, denarnega gospodarstva, trgovine in mest ter demografski *boom*. Ti in drugi dejavniki so bili odgovorni za spremembe vsakdanjega življenja in odnosov v družini ter skupnosti.

V 17. stoletju je prišlo do obdobja velikega zapiranja, v katerem so začeli v zaporne ustanove zapirati deviantne skupine prebivalstva (kot so reveži, brezdelneži, prestopniki, brezumneži...). V istem obdobju je tako prišlo tudi do razvoja totalne ustanove. Po Goffmanu so totalne ustanove prostor za bivanje in delo, kjer je veliko število ljudi s podobnim položajem za dolgo časovno obdobje odrezanih od širše družbe. Ljudje tukaj živijo prisilno, formalno vodeno življenje. Posamezniku je v instituciji odvzeta vsaka skrb za samega sebe, kar vodi v razkroj odnosa do lastne identitete in se izraža v apatiji in umiku v osamljenost (Flaker 1998: 18–22). Stoletje kasneje so bile totalne ustanove usidrane že po celi Evropi. Zapiranje deviantnih skupin ljudi (norcev, brezdomcev, obsojencev ipd.) je postala stalna

praksa. »Veliko zapiranje je bilo hkrati tudi moralna korekcija. Zapiranje namreč ni imelo le naloge zadušiti potencialna žarišča nemirov in uporov, ampak je tudi ustvarjalo mesto kot mirno in urejeno urbano celoto.« (Flaker 1998: 74)

Medicina je v območje špitalov vstopila konec 18. stoletja, istočasno pa se je duševna bolezen vsebolj začela povezovati z medicino. Metode dela znotraj ustanov so bile v veliki meri okrutne in nehumane ter so kršile marsikatero človekovo pravico. Sprožile so težnje po spremembah na tem področju. Nekatere deviantne skupine živeče v ustanovah, so doživele začasno ali trajno izpustitev v družbo, druge (duševni bolniki in kriminalci) pa so ostale znotraj zidov. Število totalnih ustanov se je na ta način zmanjšalo, vendar je totalna ustanova kot taka preživela (Flaker 1998: 102).

2.2. Dez institucionalizacija in dehospitalizacija

Dojemanje dejstva, da je zapiranje posameznika moralno sporno in da omenjena oblika bivanja posameznika psihološko in socialno ne »ozdravi«, temveč ga izolira in degradira, je spodbudilo razvoj procesov dez institucionalizacije. Vidna dez institucionalizacija se je s spremembami zakonodaj in politiko odpiranja vrat azilov v zahodnih državah začela v petdesetih in šestdesetih letih prejšnjega stoletja.

Dez institucionalizacijo lahko definiramo kot zapiranje totalnih ustanov in nadomeščanje le-teh z manj izoliranimi, skupnostno orientiranimi oblikami pomoči in podpore za ljudi s težavami v duševnem zdravju. Gre za politični in družbeni proces, ki bo dostopen takrat, ko bo imela oseba, ki živi v instituciji, možnost, da iz nje svobodno odide ter v našem primeru ne glede na težave v duševnem zdravju, s pomočjo storitev v skupnosti prevzame nadzor nad svojim življenjem in živi dostojno, samostojno življenje (Flaker 1998: 157).

Kot navaja Flaker (1998: 157), dez institucionalizacijo povezujemo z odpravo velikih represivnih ustanov, s čimer se navezujemo ali na

- a) družbeni premik iz azila v skupnost, trend zmanjševanja hospitalizacij in časa, preživetega v bolnišnici, ali pa na
- b) družbeno gibanje, ki je k temu aktivno prispevalo.

Dezinstitucionalizacija je v različnih zahodnih državah potekala na različne načine in različno intenzivno. Kot dober primer je treba izpostaviti primer sosednje Italije, katere največji zaslužnik je Franco Basaglia.

Ta primer je pokazal, da so za to, da se pozameznik uspešno rehabilitira, pomembna predvsem tri področja; možnost bivanja, finančna sredstva in uveljavljanje svojih pravic (Kosi in Petrinec 2009: 26). Kot nadomestilo ustanovam so se tako v Italiji začeli vzpostavljati centri za mentalno zdravje, v sklopu katerih je osebje delovalo na terenu in pomagalo uporabnikom v vseh segmentih njihovega življenja. Vzporedno s centri so v sklopu splošnih bolnišnic odprli tudi psihiatrične oddelke. Pri segmentu pridobivanja finančnih sredstev pa so se aktivirala socialna podjetja oz. zadruga, ki ljudem predstavljajo zaposlitev (Flaker 1998: 195–198).

Da je Italija res dober primer dezinstitucionalizacije, kažejo tudi statistični podatki. V letu 1977 je bilo na razpolago 58.000 psihiatričnih postelj, medtem, ko nimajo danes niti ene v celotni Italiji. V letu 2009 so imeli 11.250 rehabilitacijskih postelj in 4.000 psihiatričnih postelj v splošnih bolnišnicah. Italijani so dezinstitucionalizacijo vzeli zelo resno in popolnoma zaprli psihiatrične ustanove ter paciente premestili v splošne bolnišnice (Kosi in Petrinec 2009: 26).

Dehospitalizacija, ki pomeni zmanjševanje števila bolnišničnih postelj in ustvarjanje zunaj institucionalnih oblik zdravljenja ali oskrbe (Flaker 1998: 157), tako predstavlja le delno namero dezinstitucionalizacije. Dehospitalizacija sama, po preteklih izkušnjah, le v redkih primerih pripelje do dezinstitucionalizacije, saj uporabniki pogosto ostajajo znotraj ustanov, ki so sicer preseljene v skupnost in imajo manjše kapacitete, njihova oblika in namen pa se ne spremenita (Blog prijateljev dezinstitucionalizacije 2015: Kaj je in kaj ni dezinstitucionalizacija?).

3. Splošno o Avstriji

Ker je namen naloge raziskati, kako uporabnikom z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju zagotavljajo samostojno življenje v skupnosti v Avstriji, pa se bom v tem poglavju za lažjo predstavo dotaknila značilnosti države, psihične plati njenih prebivalcev ter njihovih statistik.

3.1. Geografske in demografske značilnosti

Zvezna parlamentarna republika Avstrija z glavnim mestom Dunaj ima 8.576.261 prebivalcev in je razdeljena na 9 zveznih dežel. Deli se na Zgornjo in Spodnjo Avstrijo, na Predarlško, Tirolsko, Koroško, Gradiščansko, Salzburg, Dunaj ter na Štajersko. (Evropska unija 2015: Informacije o EU)

Površina Štajerske meri 16.392 km² in je tako druga največja zvezna dežela v Avstriji. Politično je razdeljena na 17 okrajev, in sicer na: Bruck an der Mur, Deutschlandsberg, Feldbach, Fürstenfeld, Graz – okolica, Graz, Hartberg, Judenburg, Knittelfeld, Leibnitz, Leoben, Liezen, Murau, Mürzzuschlag, Radkersburg, Voitsberg in Weiz (Watzka 2008: 396).

Površinsko gledano največji okraj predstavlja Liezen s površino 3.271 km², najmanjšega pa Graz-mesto s površino 128 km² in ima 1.942 prebivalcev na kvadratni kilometer, zaradi česar predstavlja najgostejše poseljeno področje (Psychiatriebericht Steiermark 2009: 34).

Zlasti zaradi geografskih razmer so se štajerske regije in tako tudi prometne povezave znotraj teh, razvijale zelo različno. Predvsem periferna območja, ki ne ležijo na glavnih prometnih poteh, kot so Bad Radkersburg, Bad Aussee in Murau, otežujejo načrtovanje služb in storitev skupnostne psihiatrije, ki bi zajemalo celotno področje Štajerske. Vendar pa te regije spodbujajo k razvoju kreativnih pristopov skupnostne skrbi (Psychiatriebericht Steiermark 2009: 34).

3.2. Duševno počutje prebivalcev Štajerske

Statistične raziskave kažejo, da je psihično počutje prebivalcev Štajerske nad evropskim povprečjem. V Avstriji o težavah na področju duševnega zdravja poroča 19,5 % ljudi. Med temi je 21,2 % oseb ženskega spola in 17 % moškega spola, kar pomeni, da v Avstriji za psihičnimi težavami trpi 4,2 % več žensk kot moških. Temu v podporo govorijo tudi številke

iz poročila o zdravstvenem stanju (Gesundheitsbericht) iz leta 2015, ki kažejo, da 7,5 % prebivalcev Štajerske trpi za depresijo, pri čemer ženske predstavljajo 8,9 %, moški pa 5,0 %. Pri ženskah se depresija najpogosteje pojavlja med 45. in 54. letom starosti, pri moških pa po 75. letu. (Gesundheitsbericht 2015: 11). V evropskem povprečju pa se težave v duševnem zdravju pojavljajo v povprečju pri 27,6 % žensk in 18,9 % moških, kar pokaže, da se Avstrijci v povprečju manjkrat pogosteje soočajo s težavami v duševnem zdravju (Gesundheitsfonds Steiermark 2015: Plattform Psyche Steiermark).

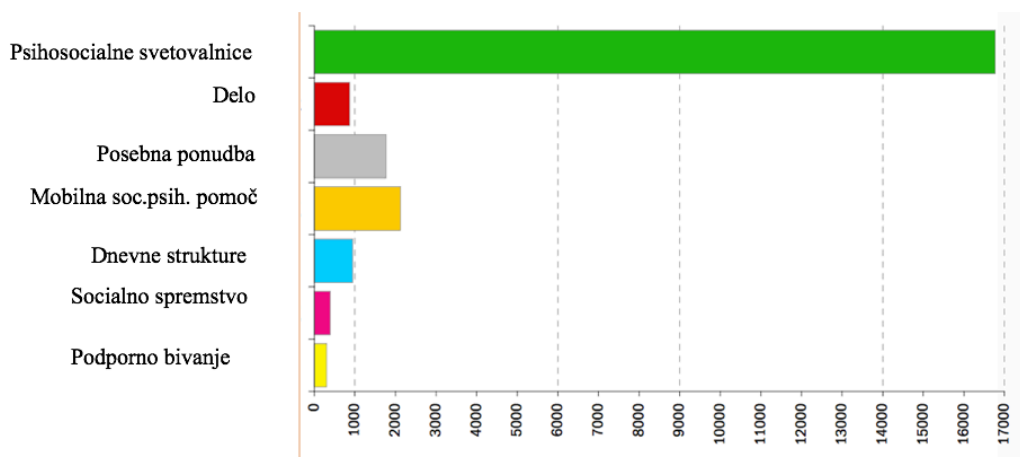
Iz Poročila psihiatrije pa je možno razbrati tudi, da obstajajo regionalne razlike v povezavi z duševnim zdravjem prebivalcev: glede na subjektivno mnenje posameznikov se duševno slabše počutijo v zahodnem predelu Severne Štajerske, v Zahodni in Južni Štajerski ter v Liezenu (Psychiatriebericht Steiermark 2009: 19). Obstajajo pa tudi povezave med izobrazbeno ravni in položajem na delu ter duševnim počutjem: osebe, ki imajo nižji socioekonomski status se duševno slabše počutijo kot tisti, pri katerih je socioekonomski status višji (Psychiatriebericht Steiermark 2009: 20).

3.3. Statistika uporabnikov

3.3.1. Vključenost uporabnikov v skupnostne storitve

V časovnem okvirju, ko je nastajalo poročilo psihiatrije leta 2015 je bilo v vse psihosocialne ustanove na Štajerskem vključenih 23.168 uporabnikov.

Slika 3.1 Vključenost uporabnikov v skupnostne strukture



VIR: Psychiatriebericht Steiermark 2015. (Naš prevod).

Tabela 3.1: Vključenost uporabnikov v skupnostne strukture

Storitev	Število uporabnikov	Delež uporabnikov v posameznih storitvah
Psihosocialne svetovalnice	16.774	72,4
Podporno bivanje	301	1,3
Mobilna psihiatrična pomoč	2.2121	9,2
Delo	873	3,8
Dnevne strukture	942	4,1
Prostovoljno socialno spremstvo	391	1,7
Posebna ponudba	1.766	7,6

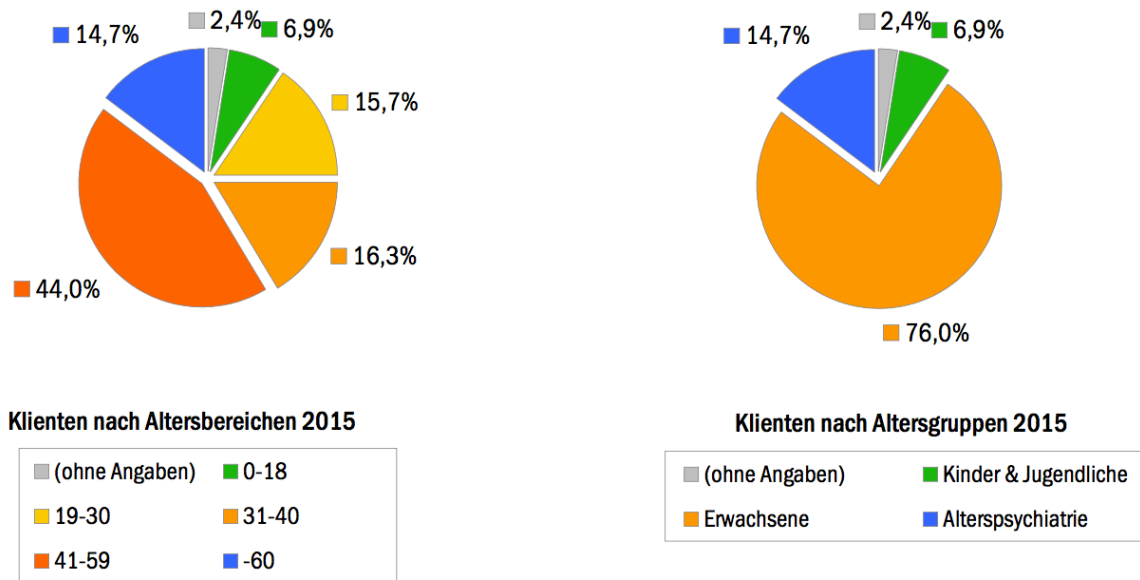
VIR: Psychiatriebericht Steiermark 2015. (Naš prevod).

Največ uporabnikov, to je 72 %, ki so vključeni v skupnostne storitve na Štajerskem, obiskuje psihosocialne svetovalnice, ki so lahko dostopne, brezplačne in delujejo po vodilu nizkopražnosti.

V vseh ostalih oblikah oskrbe so dolgoročni oskrbovalni odnosi odvisni od tipa ustanove in števila dovoljenih mest. Uporabniška mesta v posameznih ustanovah so jasno določena, saj kvaliteta storitev v veliki meri zahteva manjše število vključenih uporabnikov.

3.3.2. Starostna struktura

Slika 3.2: Starostna struktura uporabnikov



VIR: Psychiatriebericht Steiermark 2015. (Naš prevod).

Tabela 3.2: Starostna struktura uporabnikov

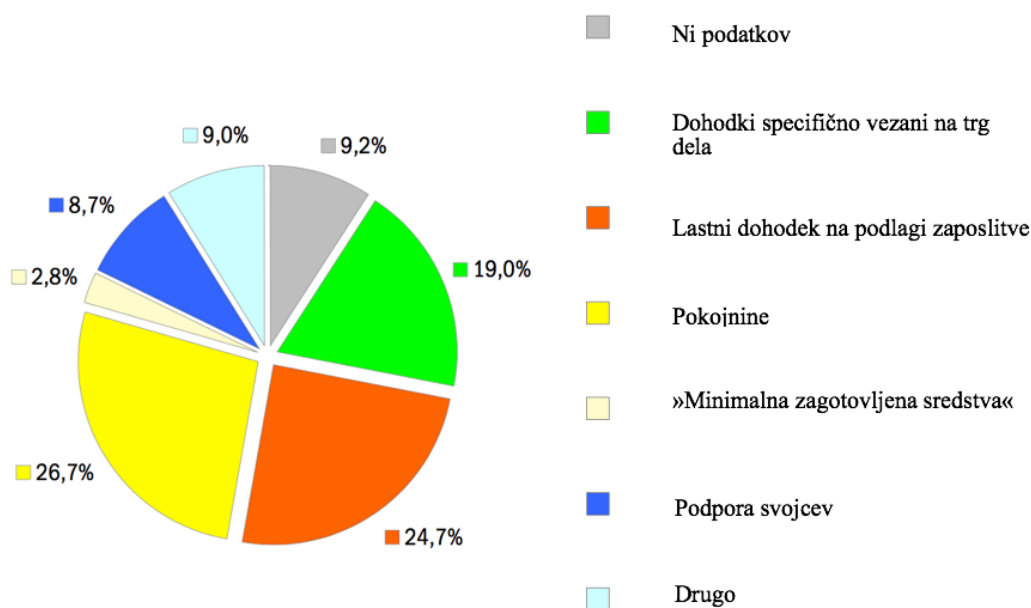
Starost	Število uporabnikov	Delež uporabnikov
ni podatkov	552	2,4
0–18	1.608	6,9
19–30	3.648	15,7
31–40	3.766	16,3
41–59	10.194	44,0
Nad 60	3.409	14,7

VIR: Psychiatriebericht Steiermark 2015.

Številčno največja je skupina odraslih uporabnikov, starih med 19 in 59 let, ki zajema 76 % celotne populacije uporabnikov vključenih v skupnostne strukture. 15 % je uporabnikov, ki so stari 60 ali več let, 7 % pa mlajših od 18 let.

3.3.3. Sredstva za preživljanje

Slika 3.3: Sredstva za preživljanje



VIR: Psychiatriebericht Steiermark 2015. (Naš prevod).

Tabela 3.3: Sredstva za preživljanje

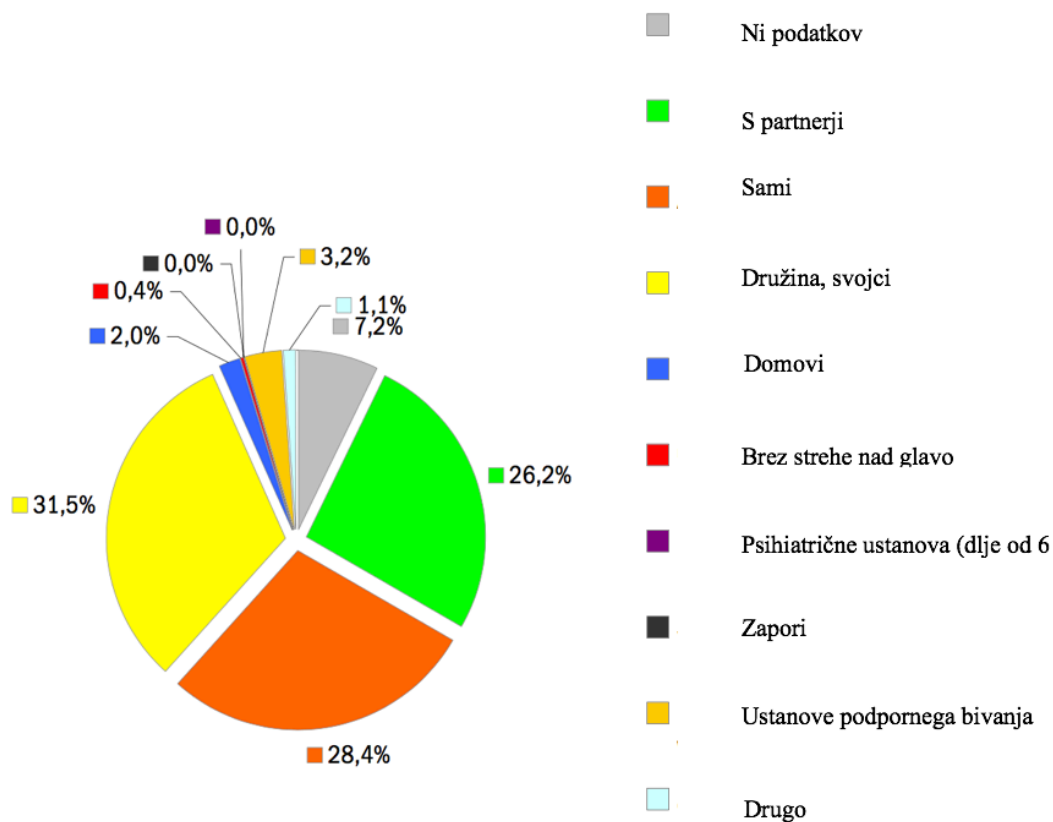
Sredstva za preživljanje	Št. uporabnikov	Delež uporabnikov
Ni podatkov	2.122	9,2
Dohodki specifično vezani na trg dela	4.405	19,0
Lastni dohodek na podlagi zaposlitve	5.727	24,7
Pokojnine	6.181	26,7
Osnovna zagotovljena sredstva (<i>Mindestsicherung</i>)	640	2,8
Podpora svojcev	2012	8,7
Drugo	2.090	9,0

VIR: Psychiatriebericht Steiermark 2015. (Naš prevod).

Največji delež uporabnikov (27 %), vključenih v skupnostne strukture se preživlja na podlagi različnih pokojnin, le 2% manjši delež (25 %) pa iz svojega lastnega dohodka na podlagi zaposlitve. 19 % jih živi iz dohodkov, vezanih na trg dela. Pri 8% uporabnikov, glavni vir dohodka predstavlja pomoč svojcev, le 3 % pa živijo iz minimalno zagotovljenih sredstev. 10 % uporabnikov se preživlja iz drugih virov dohodka, za 9 % pa ni podatkov.

3.3.4. Oblike bivanja

Slika 3.4: Oblike bivanja



VIR: Psychiatriebericht Steiermark 2015. (Naš prevod).

Tabela 3.4: Oblike bivanja

Oblika bivanja	Št. uporabnikov	Delež uporabnikov (%)
Ni podatkov	1.662	7,2
Partnerji	6.075	26,2
Sami	6.575	28,4
Družina, svojci	7.303	31,5
Negovalni domovi	464	2,0
Brez strehe nad glavo	87	0,38
Psihiatrične ustanove dlje od 6 mesecev	3	0,0
Zapori	3	0,0

Ustanove, ki nudijo podporno bivanje	751	3,2
Drugo	254,0	1,1

VIR: Psychiatriebericht Steiermark 2015. (Naš prevod).

Okoli 28 % uporabnikov je v času poročila 2015 živel samih, 26 % skupaj s svojimi partnerji, 32 % pa pri družini ali svojcih. 2 % uporabnikov je živel v domovih, 3,2 % pa v ustanovah, ki nudijo podporo pri bivanju. 87 uporabnikov je bilo brez strehe nad glavo, za 7,2 % uporabnikov pa o bivanju ni podatkov.

4. Psihiatrična reforma na avstrijskih tleh

V tem poglavju bom predstavila pomembnejše izsledke psihiatrične reforme na Avstrijskem ter vplive, ki jih je le-ta imela na oblikovanje psihiatrične oskrbe v Avstriji ter specifično na Štajerskem. Osredotočila se bom na kratek pregled pomembnejših izsledkov reforme. Veliko pomembnih konceptov, kot so na primer *empowerment*, raziskovanje življenjskega sveta uporabnika ali individualizacija potreb posameznika ter tudi današnje razumevanje povezanosti duševne bolezni ter okoljskih faktorjev, izvira iz psihiatrične reforme.

4.1. Razmere pred reformo

Do sedemdesetih let dvajsetega stoletja se je ljudi s težavami v duševnem zdravju obravnavalo izključno v kontekstu velikih bolnišnic. Ljudi s težavami v duševnem zdravju so fizično ločili od pacientov s fizičnimi boleznimi ter jih nastanili v zavodske ustanove, ki so večinoma ležale na obrobju mest.

V večini primerov so se bolnišnice ter zavodi, ki so se ukvarjali z nego in oskrbo ljudi s težavami v duševnem zdravju, nahajali daleč izven mest, na podeželjih. Stroga izolacija ljudi ter pomanjkanje psihološke ter socialnodelovne terapevtske prakse sta vodili k ekstremnim hospitalizacijam uporabnikov. Te so posledično od uporabnikov terjale daljša obdobja bivanja v bolnišnicah ter težjo ali nemogočo rehabilitacijo. Uporabniki, ki so pristali v bolnišnicah, jih po navadi niso več zapustili. Te razmere so preko iniciative različnih strokovnjakov, politikov, uporabnikov ter njihovih svojcev pripeljale do reformističnega gibanja v psihiatriji (Paulitsch in Karwautz 2008: 21).

»Do prve resnejše krize psihiatrije je prišlo v šestdesetih letih prejšnjega stoletja. Po eni strani se je rodila iz notranjih protislovij, po drugi strani pa iz družbenih in političnih sprememb tistega časa« (Flaker 1998: 160–161). V ospredje lahko postavimo predvsem tri večje skupine faktorjev, ki so nudili podlago za reformo:

- a) Podlaga za reformistično gibanje je delno bilo *antipsihiatrično gibanje*, ki je nastalo pod vplivom različnih filozofskih tokov, kot so fenomenologija, eksistencializem in strukturalizem. Za cilj so si postavili popolno odpravo dotedanje psihiatrije. Privrženci tega gibanja so postavljali v ospredje predvsem socialne posledice težav v duševnem zdravju: »V očeh privrženca anti-psihiatrije je tradicionalna psihiatrija videna kot odraz represivne družbe, ki producira bolezni in ima nalogo sankcioniranja ter patologiziranja odklonskega vedenja.« (Paulitsch in Karwautz 2008: 22) (Naš prevod). Njihovo

razmišljanje jih je pripeljalo celo do zanikanja shizofrenije. Anti-psihiatrično gibanje je na področju psihiatrije doprineslo veliko izboljšav, med drugim je spodbudilo tudi diskusijo o načinih ravnanja z ljudmi, ki imajo težave v duševnem zdravju (Paulitsch in Karwautz 2008: 22).

- b) Naslednji večji faktor za psihiatrično reformo je predstavljal *pojav psihofarmakov* v petdesetih letih. Čeprav so privrženci antipsihiatričnega gibanja dajanje psihofarmakov, predvsem antipsihotikov, ostro kritizirali, pa je pojav prav teh bistveno pripomogel k prenovi psihiatrije. Sprememba je bila vidna prevsem zaradi antipsihotikov, s katerimi je bilo možno zdraviti akutne psihotične epizode uporabnikov tudi izven zavodov (Paulitsch in Karwautz 2008: 22).
- c) Reforma določenih segmentov psihiatrije pa je bila privlačna tudi iz ekonomskih razlogov. Za državo so dolgotrajni pacienti v zavodih predstavljali velik finančni zalogaj. Skozi radikalno zmanjšanje števila bolnišničnih postelj, skrajšanja časa bolnišnične oskrbe ter možnosti ponovne vključitve uporabnikov v poklicno sfero, je bilo možno v reformo prepričati tudi politike (Paulitsch in Karwautz 2008: 22).

4.2. »Psihiatrična raziskava«

Leta 1970 so v Nemčiji naročili raziskavo o psihiatrični situaciji v Zvezni Republiki Nemčiji, ki se je izvajala vse do leta 1975. Zaključno poročilo raziskave je vsebovalo zgodovino, oris takratne situacije psihiatrične oskrbe in predloge izboljšav (Schott in Tölle 2006: 312). "Izpostavljeni so bili predvsem štirje cilji: skupnostna organizacija, oskrba v skladu s potrebami, koordinacija ponudbe ter enakopravnost psihične in fizične bolezni." (Schott in Tölle 2006: 313) (Naš prevod).

Sklep raziskave je predvideval intenziviranje raznolikosti oblik pomoči, načrtov izobraževanj in usposabljanj za vse zaposlene na področju psihiatrije, zavodov za otroke in mladostnike ter uporabnike, ki imajo težave z odvisnostmi (Schott in Tölle 2006: 313).

4.3. Vsesplošni cilji psihiatrične reforme

Temeljni cilj reforme je bil dehospitalizacija z ustanovitvijo več manjših skupnostno stacioniranih psihosocialnih in psihiatričnih oskrbovalnih storitev oziroma ustanov. Da bi bilo možno zagotoviti oskrbo v bližini socialnega okolja uporabnika, naj bi bile te storitve dostopne in razpoložljive v vseh regijah. Da bi se zgradila trdna in funkcionalna mreža

oskrbe, bi morale vse ustanove, tako stacionarne, delno-stacionarne, ambulantne ter psihosocialne, sodelovati ter se medsebojno podpirati (Paulitsch in Karwautz 2008: 23). Obravnava mora upoštevati skupek moderne psihofarmakoterapije, socio- ter »milieu« terapije in imeti za cilj preprečitev socialne izključitve ljudi s težavami v duševnem zdravju. V najboljšem primeru se mora terapija izvajati zunaj stacionarne oskrbe, kjer se upošteva uporabnikova avtonomija ter njegove pravice. Obravnava proti uporabnikovi volji mora biti zakonsko urejena in odredena le izjemoma. Tukaj igra veliko vlogo tudi zagovorništvo uporabnikov (Paulitsch in Karwautz 2008: 23).

4.4. Uvajanje reforme v Avstriji

Zaradi vpliva "psihiatrične raziskave", je tudi Avstrija pričela z uvajanjem zdravstvenih in socialnopolitičnih ciljev. Tudi tukaj se je pričel odvijati proces dehospitalizacije, izenačevanja pravic psihično in fizično bolnih in nastajanja skupnostno stacioniranih rehabilitacijskih ustanov (Meise *et al.* 2008: 134).

V sredini sedemdesetih let prejšnjega stoletja, se je tudi v Avstriji začel uporabljati pojem skupnostne psihiatrije, ki se je v anglosaških državah uveljavil že približno dvajset let prej. Skupnostna psihiatrija je takrat pomenila zaznavanje, preventivo, zgodnje zdravljenje in rehabilitacijo emocionalnih in vedenjskih motenj v skupnosti (Meise *et al.* 2008: 134). Nemško govoreče države niso polagale toliko pozornosti na vsebinske vizije, temveč so se osredotočale bolj na strukturne in organizatorne vidike. V skupnosti so skušale združiti in koordinirati stacionarne, bolnišnične, ambulantne in komplementarne ustanove ter službe (Meise *et al.* 2008: 134).

Leta 1979 se je reforma v Avstriji tudi zakonsko zasedrila, vendar se je v prvih letih izvajala samo v zvezni deželi Dunaj. Občino so na podlagi reforme razdelili v 8 psihosocialnih regij; za vsakih 200.000 prebivalcev je bila predvidena psihiatrična enota in ustrezna ambulantna oskrbovalna ustanova. V preostalih zveznih deželah je prišlo do uvajanja regionalizacije veliko let kasneje (Paulitsch in Karwautz 2008: 23).

V zgodnji fazi reforme je bil cilj dolgotrajne psihiatrične uporabnike odpustiti iz totalnih institucij in jim zagotoviti potrebno pomoč v skupnostnih oskrbovalnih strukturah. S tem ciljem je prišlo do zapiranja velikih stacionarnih zavodov in do prestrukturiranja v manjše, skupnostno locirane ustanove, ki so nudile ambulantno zdravljenje in rehabilitacijo za ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. S tem pa je prišlo tudi do potrebe po dnevni

strukturah, stanovanjih in delu. Oskrba se je v tej fazi zgledovala po tako imenovani oskrbovalni verigi, katere cilj je bil rehabilitirati ljudi s težavami v duševnem zdravju s pomočjo stopenjsko razporejenih ustanov pomoči (Meise *et al.* 2008: 135). To je v resnici vodilo do fragmentacije sistema, ki jo je zaznamovala preslaba, pretirana ali napačno oblikovana oskrba. (Meise *et al.* 2008: 134)

V naslednjem koraku reforme je prišlo do zamenjave fokusa. Prej institucionalno orientiran fokus je sedaj postavil v osredje potrebe posameznika. Dognali so, da mora biti obravnava prilagodljiva glede na potrebe posameznika.

Temelj, ki je spodbudil tretji korak reforme, pa je bilo spoznanje, da psihična ovira nastane skozi interakcijo z okoljem ter da je pri tem treba upoštevati posameznikove vire, ki so mu na voljo (Meise *et al.* 2008: 135).

Ta faza je spodbudila tudi paradigmi, kot sta *empowerment* in *recovery*, ki sta pomembno vplivali ne samo na psihiatrijo, temveč tudi na druge sorodne vede (Meise *et al.* 2008: 134).

Vmes so se zgodili tudi nekateri drugi pomembni koraki:

- a) Leta 1990 so na insbruškem zasedanju *Oskrbe uporabnikov s težavami v duševnem zdravju v Avstriji – lociranje in perspektive prihodnosti* politično odgovornim predložili resolucijo, ki je zahtevala pravico do strokovne psihiatrične obravnave, psihosocialno pomoč, psihiatrično in psihosocialno rehabilitacijo ter smernice za psihiatrično oskrbo. Takratni minister za zdravje inž. Harald Ettel je sklical delovno skupino, ki naj bi izdelala koncept za potrebam prilagojeno psihiatrično oskrbo (Meise *et al.* 2008: 135).
- b) Leta 1994 je ÖBIG (Avstrijski zvezni inštitut za zdravje) javno objavil avstrijski bolnišnični načrt, ki je vseboval koncept vsesplošne stacionarne psihiatrične oskrbe. S tem so Avstrijo razdelili na posamezne oskrbovalne regije in v vsaki regiji določili število postelj za akutne psihiatrične primere. Na tej točki še niso upoštevali tistih oskrbovalnih ustanov, ki delujejo zunaj bolnišnične oskrbe in ne nudijo zdravljenja akutnih psihiatričnih situacij (Meise *et al.* 2008: 135).
- c) Leta 1997 je ÖBIG objavil študijo z naslovom »Strukturne potrebe v psihiatrični oskrbi«, v sklopu katere so se prvič ozrli na področje izvenstacionarne oskrbe, oskrbe na področju odvisnosti ter na otroško in mladostniško psihiatrijo (Meise *et al.* 2008: 136).
- d) 1998 je Deželni zbor Štajerske (*Steiermärkische Landtag*) sprejel *Koncept psihosocialne oskrbe na Štajerskem*, ki je bil orientiran na oskrbo v skupnosti. Predvideni so bili naslednji temelji oskrbe:
 - svetovalni centri z multidisciplinarnimi timi,

- bivanje s posameznikovim potrebam prilagojeno vrsto in intenziteto pomoči,
- dnevno strukturirana ponudba v obliki zaposlitveno-terapevtskih dnevnih delavnic in povečana ponudba oskrbe v dnevnišnicah,
- delovno-rehabilitacijska ponudba v okviru socialnopsihiatrične pomoči,
- krizna služba,
- mobilna socialnopsihiatrična pomoč (na domu) (Karl in Löschnigg 2006: 12).

V ospredje je stopilo spoznanje, da duševna bolezen nastane v interakciji z okoljem ter da je potrebno upoštevati posameznikove vire, ki so na voljo.

5. Sistem oskrbe ljudi s težavami v duševnem zdravju na Štajerskem

V tem poglavju bom predstavila nabor različnih oblik storitev, ki so se oblikovale skozi dolgoletna prizadevanja različnih strok in njihovega medsebojnega povezovanja. Predstavila bom kakšne možnosti podpornih storitev ima uporabnik z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, živeč na območju avstrijske Štajerske.

V prvem delu bo govora o osnovnih možnostnih finančne podpore uporabnikom, nadalje se bom usmerila v ÖBIG-ove smernice za oblikovanje storitev in konkretno v storitve, ki so trenutno na voljo uporabnikom. Na koncu poglavja sem za lažjo predstavo prikazala celoten pregled pokritosti obstoječih storitev, zemljevid nosilnih organizacije, ki jih izvajajo ter poklicno sestavo zaposlenih.

5.1. Finančna situacija

Večina uporabnikov z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju živi v materialni revščini in so odvisni od državne pomoči ali podpore iz socialnega okolja. (Schlichte 2006: 35) Pridobitna sposobnost je navadno odvisna od težine duševne bolezni, kjer so osebe s težjo stopnjo duševne bolezni bolj omejene ali v veliko primerih pridobitno nesposobne (Streitberger in Köchl 2012: 62). Država nudi takim uporabnikom različne finančne podpore z namenom zagotavljanja posameznikove eksistence. Med osnovne transferje v Avstriji tako spadajo:

- denarno nadomestilo za brezposelnost,
- različne oblike pokojnin ter
- *Mindestsicherung* oz. zajamčena osnovna sredstva (neke vrste socialna pomoč) (Streitberger in Köchl 2012: 62).

5.1.1. Denarno nadomestilo za brezposelnost

Denarno nadomestilo za brezposelnost ima namen zagotavljanja eksistence brezposelnim v času iskanja službe. Zahteve za pridobitev nadomestila so delovna sposobnost, delovna pripravljenost, brezposelnost in razpoložljivost na trgu dela ali ukrepi za ponovno vključitev. Poleg pogojev pa mora vsak posameznik biti zaposlen minimalno določen čas. Pri prvi prošnji za nadomestilo je minimalno določen čas 52 tednov zaposlitve. Pri vseh naslednjih prošnjah za nadomestilo ta čas znes 28 tednov. Načeloma ima tako vsak posameznik, ki

ustreza navedenim pogojem, zagotovljenih 20 tednov izplačila nadomestila za brezposelnost (Streitberger in Köchl 2012: 62).

V postopku zahtevka za nadomestilo za brezposelnost lahko vsak posameznik zaprosi za finančno pomoč v stiski. Ta ne temelji zgolj na principu zavarovanja, temveč se za izračun osnovnega zneska nadomestila lahko upošteva tudi dohodek zakonskih ali zunajzakonskih partnerjev ter registrirane partnerske skupnosti. Višina denarnega nadomestila za brezposelnost zneske približno 55 % bruto dohodka, pri tem pa je treba upoštevati tudi roke ocenjevalnega obdobja in osnove za odmero (Streitberger in Köchl 2012: 62).

5.1.2. Invalidska pokojnina oziroma pokojnina, vezana na poklicno nesposobnost in minimalna pokojnina

Splošni zakon o socialni pomoči (*Das Allgemeine Sozialhilfegesetz*) razlikuje definicije med delavci (*ArbeiterInnen*) in zaposlenimi (*Angestellte*) in sicer delavce povezuje s pojmom invalidnosti, zaposlene pa s pojmom delovne nesposobnosti.

Zavarovane osebe veljajo za invalidne oziroma delovno nesposobne, kadar je njihova zmožnost za delo zaradi duševne ali fizične ovire zmanjšana za več kot polovico (v primerjavi z zdravimi zavarovanci) (Streitberger in Köchl 2012: 63).

Poklicna rehabilitacija velja tukaj za najvišjo prioriteto in pri vsaki posamezni obravnavi prošnje za pokojnino se preveri, ali so pri posamezniku možni delovno-rehabilitacijski ukrepi, da bi se oseba vrnila na trg delovne sile (Streitberger in Köchl 2012: 63).

Oseba, ki zaprosi za pokojnino zaradi zdravstvenih težav, je dolžna prenehati s poklicno dejavnostjo za obdobje 24 mesecev (Streitberger in Köchl 2012: 63).

Višina minimalne pokojnine, ki predstavlja kompenzacijsko nadomestilo, znaša za posameznike, ki živijo sami, 814,82 evrov, za zakonske pare pa 1221,68 evrov. Če obstaja tudi dohodek iz drugih dejavnosti, pa je denarno nadomestilo nižje ali pa se ga ne odobri (Streitberger in Köchl 2012: 63).

Morebitna omejitev dodatnega zaslužka je odvisna od posameznega pokojninskega modela. V glavnem pa mejo dovoljenega dohodka predstavlja znesek 425,70 evrov (WKO 2017: Zuverdienstmöglichkeiten zu Erwerbsfähigkeits-, Berufsunfähigkeits- und Invaliditätspension).

Iz Poročila psihiatrije 2009 je razvidno, da število delavcev in zaposlenih, ki so invalidsko upokojeni ali delovno nesposobni zaradi duševne bolezni, narašča. V letu 2005 je pri 24,4 % delavcev in 33,1 % zaposlenih bil vzrok za upokojitev duševna bolezen. V letu 2009 je enak vzrok bil razlog za upokojitev pri 29,9 % delavcih in 43,5 % zaposlenih (Psychiatriebericht 2009: 20).

5.1.3. Pokojnina vezana na delovno nesposobnost

Podobno kot pri invalidski pokojnini oziroma pokojnini vezani na poklicno nesposobnost, se tudi pri tej pokojnini daje poudarek na možnost poklicne rehabilitacije. Za delovno nesposobne veljajo tiste osebe, ki zaradi svojega zdravstvenega stanja ne morejo opravljati kakršnekoli redne poklicne dejavnosti. Natančni zneski izplačil so odvisni od izračunov zavarovalnih let prosilcev (Streitberger in Köchl 2012: 63).

5.1.4. Zagotovljena minimalna sredstva (*Bedarfsorientierte Mindestsicherung*)

Zagotovljena minimalna sredstva koordinirajo heterogena pravila socialnih pomoči v Avstriji. Zvezna dežela sklene dogovor z zvezno državo o tem, katere so pomembne podlage, ki jih morajo vsebovati. Posamezni deželni zakoni potem urejajo nadaljno uresničevanje. Prvi kraj, pristojen za tovrstno finančno pomoč, je Zavod za zaposlovanje. Ko se delovno sposobni prejemniki minimalnih sredstev javijo kot iskalci zaposlitve, imajo pravico do vseh storitev, tako do pomoči pri iskanju zaposlitve kot tudi do izobraževalnih dejavnosti za reintegracijo na trg dela. Če pa prejemniki ne upoštevajo ukrepov zavoda za zaposlovanje pa lahko sledijo sankcije v obliki zmanjšanja ali ukinitve izplačila (zagotovljena pa morata ostati bivanjski prostor in življenjski stroški svojcev) (Streitberger in Köchl 2012: 64).

Pravica do minimalnih sredstev velja po tem, ko se oceni obstoječe premoženje, pri čemer sta izvzeta gospodinjska oprema in avtomobil. Odgovornost za povračilo stroškov pa urejajo zvezne države med seboj različno. Tako so npr. samo na Štajerskem in Koroškem otroci plačilno obvezani do staršev, v Spodnji Avstriji pa niti starši niso plačilno obvezani do svojih mladoletnih otrok (Streitberger in Köchl 2012: 64).

Leta 2017 znaša višina zagotovljene minimalne pomoči 844,46 evrov za samske in 1.477,81 evrov za pare. Znesek se poveča za 152 evrov na otroka (Graz 2017: Bedarfsorientierte Mindestsicherung).

Prag revščine v Avstriji je bil leta 2016 za samsko osebo v svojem gospodinjstvu 1.163 evrov. K še posebej ogroženim skupinam prebivalstva sodijo ženske, ki živijo same in prejemajo pokojnino, dolgoročno brezposelni in migrantska populacija ter družine s tremi ali več otroki (Die Armutskonferenz 2017: Aktuelle Armuts- und Verteilungszahlen).

5.2. Oskrbovalne storitve na Štajerskem

Reforma psihiatrije je pripeljala do pomembnih sprememb na področju oskrbe ljudi s težavami v duševnem zdravju; število bolnišničnih postelj se je pričelo zmanjševati, istočasno pa je prišlo do razširitve ponudbe storitev na skupnostnem področju. V naslednjih podpoglavjih bom prikazala katere spremembe je reformistično gibanje doprineslo k sistemu oskrbe ljudi s težavami v duševnem zdravju na Štajerskem.

5.2.1. Smernice ÖBIG-a iz študije o strukturnih potrebah v psihiatrični oskrbi v Avstriji iz leta 1997 (*Struktureller Bedarf der psychiatrischen Versorgung in Österreich*)

ÖBIG je leta 1997 izpeljal študijo o strukturnih potrebah v psihiatrični oskrbi v Avstriji. Glavni izsledki te študije so leta 1999 spodbudili ÖKAP/GGP k oblikovanju vseavstrijskega načrta psihiatrije z glavnimi temelji, ki so se nanašali na osrbovalna načela, na podajanje smernic ter na načrtovanje ambulantne in komplementarne oskrbe.

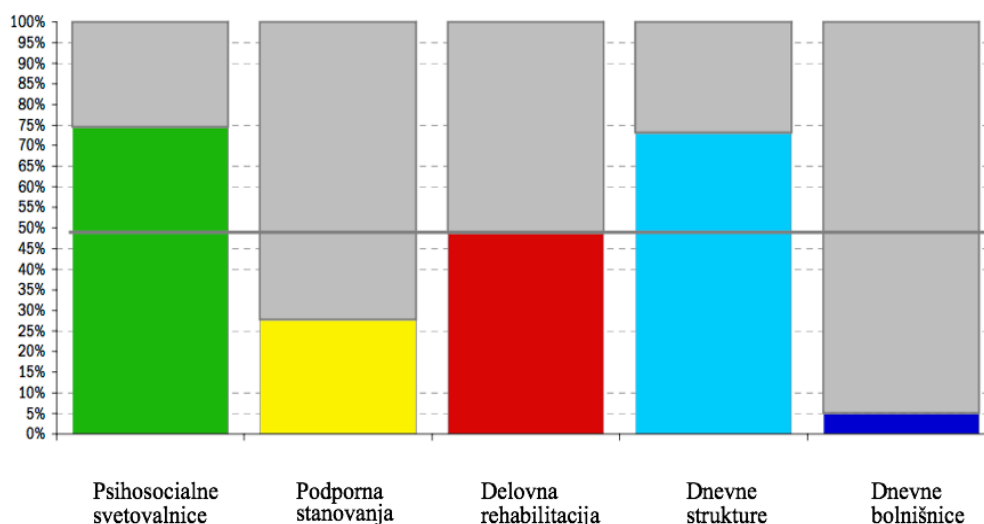
Na podlagi ugotovljenih strukturnih potreb iz poročil psihiatrične oskrbe iz vseh devetih avstrijskih zveznih dežel so se oblikovali naslednji večji cilji:

- decentralizacija stacionarne psihiatrične oskrbe skozi ustanavljanje psihiatričnih oddelkov v sklopu splošnih bolnišnic ter istočano zmanjševanje števila bolnišničnih postelj v obstoječih psihiatričnih bolnišnicah s prizadevanji jih skrčiti na 0,3 postelj na 1000 prebivalcev;
- izgradnja pravičnejših in cenejših izvenstacionarnih/skupnostnih oskrbovalnih ustanov;
- preselitve dolgoročnih uporabnikov stacionarne psihiatrije v skupnostno oskrbo (Katschnig et al. 2004: 13).

ÖBIG je tako predlagal naslednje referenčne vrednosti za načrtovanje storitev v skupnosti¹:

- psihosocialne svetovalnice: 1 delovno mesto za oskrbovalno osebje na 7000 prebivalcev (izzveto je osebje za krizno intervencijo, preventivo in zagotavljanje kvalitete);
- podporna stanovanja: 7 uporabniških mest na 10.000 prebivalcev;
- delovno področje: 5 uporabniških mest na 10.000 prebivalcev;
- dnevne strukture: 4 uporabniška mesta na 10.000 prebivalcev;
- dnevne bolnišnice: 2 uporabniška mesta na 10.000 prebivalcev (Psychiatriebericht 2015: 20).

Slika 5.1: Pokritost storitev glede na smernice ÖBIG



VIR: Psychiatriebericht Steiermark 2015. (Naš prevod).

Graf iz psihiatričnega poročila 2015 kaže, da so na področju psihosocialnega svetovanja dosegli 74 % priporočenih mest glede na smernice ÖBIG-a, na področju dnevnih struktur pa 73 %. Področje delovne rehabilitacije ima pokritih 48 % priporočenih mest, podporna stanovanja 27 %, dnevne bolnišnice pa zgolj 5 % (Psychiatriebericht 2015: 20).

¹ Našteti predlogi se vežejo le na področje psihiatrije za odrasle.

5.2.2. Bolnišnična (stacionarna) psihiatrična oskrba

K stacionarni oskrbi sodijo vse splošne bolnišnične ustanove, ki zajemajo oddelek za psihiatrično zdravljenje ter vse specializirane psihiatrične bolnišnice (Schädle-Deininger 2010: 188).

Po besedah Dörrove (2005: 35) psihiatrične bolnišnice izpolnjujejo specifično oskrbovalno nalogo za ljudi s težavami v duševnem zdravju, ki glede na vrsto, težino, trajanje bolezni ali stanje socialnega okolja potrebujejo tovrstno stacionarno oskrbovalno storitev. Bolnišnice torej uporabnikom nudijo zdravljenje akutnih situacij, v katerih je duševno stanje uporabnika potrebno stabilizirati. Za stabilizacijo stanja je pa v večini primerov potrebno določiti primerno terapijo psihofarmakov za daljše obdobje (Die psychosoziale Versorgung der Steiermark 2016: 12). Ustanove, ki nudijo polno bolnišnično oskrbo, s svojimi načini obravnave in zdravljenja močno posegajo v posameznikov vsakdanjik ter spadajo med najdražje oblike zdravljenja (Junghan 2004: 56).

Leta 1974 je v 10 psihiatričnih bolnišnicah bilo na razpolago 11.763 postelj, medtem ko je leta 2004 bilo v 28 stacionarnih ustanovah (skupaj z oskrbo za otroke in mladostnike ter osebe z odvisnostmi) le še 4.716 postelj (Meise *et al.* 2008: 139). Število bolnišničnih postelj in čas bolnišničnega bivanja sta se torej zmanjšala, število sprejemov ljudi s težavami v duševnem zdravju pa povečalo (Meise *et al.* 2008: 139).

Na Štajerskem polno bolnišnično oskrbo nudijo tri bolnišnice in vse tri se nahajajo v Gradcu. Največjo (641 psihiatričnih postelj) predstavlja deželna bolnišnica za duševne bolezni *Landesnervenklinik Sigmund Freud* (LSF), poleg te pa obstajata še Univerzitetna klinika za psihiatrijo ter bolnišnica *Krankenhaus der Barmherzigen Brüder*. Iz poročila psihiatrije (Psychiatriebericht 2009: 39) je razvidno, da je bilo takrat v psihiatričnih bolnišnicah oziroma v splošnih bolnišnicah s psihiatričnim oddelkom na Štajerskem na voljo 791 postelj.

5.2.3. Delno stacionarna psihiatrična oskrba

Dnevne bolnišnice so ustanove, ki se ukvarjajo z obravnavo oseb s težavami v duševnem zdravju, v bolnišnici preživijo le čas tekom dneva, večere in noči pa preživljajo doma, znotraj svojega domačega okolja.

Dnevna bolnišnica spada med delno stacionarne ustanove, ki se orientirajo po trenutnem sposobnostnem in zmogljivostnem stanju uporabnikov in zahtevajo določeno stopnjo samostojnosti. Privatni bivalni prostor in socialna omrežja se lahko, če so obstoječa,

ohranjajo naprej (Schädle-Deininger 2010: 189).

Dodelitev uporabnikov dnevnim bolnišnicam navadno sledi po zaključku zdravljenja v sklopu polne bolnišnične oskrbe ali v zadnjem tednu le-te. Cilj tega je aklimatizacija uporabnikov in njihov lažji prehod v ambulantno oskrbo ter komplementarne ustanove (Psychiatriebericht, 2009: 48).

Od dnevnih struktur se dnevne bolnišnice razlikujejo na podlagi zagotavljanja vseh psihiatričnih možnosti, saj so na voljo tudi znotraj bolnišničnih ustanov. Znotraj dnevne bolnišnice se izvaja tudi psihoterapevtsko delo, ki temelji na uporabnikovih predhodno zastavljenih ciljih.

Dnevna bolnišnica torej deluje kot povezovalni člen med polno bolnišnično in med skupnostno oskrbovalno ustanovo. Dodelitev uporabnikov v dnevno bolnišnico bi morala slediti neposredno po bolnišničnem bivanju, da bi se lažje vzpostavil prehod v sledeče skupnostne ustanove.

Dörrova (2005: 35) navaja, da uporabnike v delno stacionarnih bolnišnicah obravnavajo na dnevni bazi, medtem ko po akutni fazi bolezni ponoči in čez vikende živijo samostojno. Dnevne bolnišnice načeloma nudijo oskrbo za vse duševne bolezni (razen stanj, povezanih z nevarnostjo samomora), če se domače socialno okolje uporabnika ali njegova socialna mreža strinjata z odprto obliko obravnave. Osrednjo vlogo v taki obliki pomoči predstavlja delo po načelu terapevtske skupnosti, ki se osredotoča na zmožnosti in vire uporabnika. Težišča pomoči so krizna intervencija, prevencija, rehabilitacijski ukrepi in vzdrževanje eksistence skozi farmakoterapijo, socioterapijo, psihoterapijo ter delovno terapijo (Dörr 2005: 35).

Bolnišnica Sigmunda Freuda – LSF (*Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz*) ponuja 3 dnevne bolnišnice in skupno 24 mest na tem področju, kar predstavlja največjo ponudbo na tem področju. Svetovalni center za duševna in socialna vprašanja Graz ponuja še 6 dodatnih mest, torej je skupno na razpolago 30 mest v dnevni bolnišnicah (Plattform Psyche Steiermark 2015: Tageskliniken).

ÖBIG je predlagal povečanje mest v dnevni bolnišnicah od 15 do 20 na 100.000 prebivalcev. Tako bi morale biti na Štajerskem v tovrstni strukturi na voljo med 180 in 240 mest (Robosch 2012: 47).

V načrtu števila postelj, ki so na voljo za stacionarno oskrbo, niso vključena razpoložljiva mesta v dnevni bolnišnicah, ker jih ne smatrajo kot "bolnišnične" postelje. Ker pa je sistem dodelitve števila sredstev in postelj naravnan tako, da se dnevne bolnišnice morajo šteti kot

stacionarna mesta obravnave glede na smernice LKF², pa dejansko stanje potreb ni realno prikazano (Meise *et al.* 2008: 140).

5.2.4. Ambulantna oskrba

K ambulantni oskrbi spadajo tako vsi samostojni zdravniki, psihiatri, klinični psihologi in psihologi zdravja (*Gesundheitspsychologen*), psihoterapevti kot tudi svetovalnice, socialnopsihiatrične službe, mobilna psihiatrična pomoč ipd. (Robotsch 2012: 47–48).

Odločilnega pomena za ambulantno pomoč je regionalna razpoložljivost kot tudi obstoječa ponudba storitev ter situacija uporabnika (Schädle-Deiningner 2010: 189).

Ambulantna pomoč na domu (*Ambulante Wohnbetreuung*) je oblika socialnopedagoške storitve namenjena ljudem s kroničnimi težavami v duševnem zdravju. Gre predvsem za podporo pri samostojnem vsakdanjem življenju. Ta oblika nastanitve skuša slediti načelom dehospitalizacije in stremi k zmanjševanju mest v dolgotrajnih stacionarnih oblikah bivanja (socialnovarstveni zavodi) (Leiße in Kallert 2003: 755).

Prejemnik tovrstne oblike pomoči mora izpolnjevati naslednje pogoje:

1. biti mora najemnik ali lastnik stanovanja,
2. v veliki meri mora živeti samostojno ter po potrebi, samostojno zahtevati (prositi za) podporo in pomoč,
3. imeti mora svoj dohodek in mora biti sposoben sam finančno skrbeti zase, neodvisno od ustanov,
4. potrebe se morajo navezovati na posameznikov vsakdanjik, njegove dnevne strukture, na socialne kompetence ali posredovanje ter pomoč v kriznih situacijah (Leiße in Kallert 2003: 755).

V psihosocialni oskrbi zdravniki specialisti predstavljajo pomemben člen, saj najhitreje pridejo v stik z uporabnikom ter zaznajo akutno bolezensko stanje, s čimer lahko pravočasno vzpostavijo ustrezno obravnavo (Robosch 2012: 48).

Na Štajerskem ni bilo možno izpolniti predlogov ÖBIG-a in organizacije WHO glede števila

² Sistem LKF (*Leistungsorientierte Krankenanstaltsfinanzierung*) po angleško *procedure-oriented hospital financing*, so razvili avstrijski strokovnjaki za obračun stroškov stacionarne oskrbe in je v rabi od leta 1997. V kombinaciji s strukturnim načrtovanjem in kakovostnim gospodarstvom so dosegli izboljšave za paciente in skrajšanje dolžine bolnišničnega zdravljenja ter upad stroškov zdravljenja. Ministerium Frauen Gesundheit: The Austrian Health Care System)

zdravnikov psihiatrov z zavarovalniškimi pogodbami³ na 20.000–30.000 prebivalcev. V letu 2009 je prišlo na enega zdravnika psihiatra z zavarovalniško pogodbo približno 109.000 prebivalcev. Cilja psihiatrične reforme, torej doseči skupnostno-pozicionirano, ambulantno psihiatrično oskrbo, ki pokriva celotno območje, na Štajerskem pod takimi pogoji ni bilo mogoče izpolniti (Robosch 2012: 48).

Vredno pa je izpostaviti, da se število regionalnih psihologov konstantno zvišuje (Robosch 2012: 48). Povečalo pa se je tudi število psihoterapevtov. Čeprav je bila stopnja nege (oskrbe) v letu 2009 v Grazu še vedno najvišja, pa je bilo tudi v drugih okrajih možno zaznati povišanje le-te. Na ta razvoj je vplivala dosežena razveljavitev pogodbe med nosilci socialnih zavarovanj in deželnim združenjem psihoterapevtov iz leta 2003 (Robosch 2012: 48).

Kot trdi štajerska območna zdravstvena zavarovalnica (*Gebietkrankenkasse*), v vsakem Štajerskem okraju obstaja psihoterapevtska oskrba, ki naj bi zagotavljala brezplačno psihoterapevtsko obravnavo. Vsak posameznik, ki ima veljavno zdravstveno zavarovanje, ima tako brezplačnih 10 terapij, če psihoterapevtu predloži zdravniško potrdilo o potrebni psihoterapiji. Za nadaljevanje obravnave mora terapevt vložiti prošnjo za podaljšanje in po 61. terapiji je potrebno pridobiti odobritev plačila storitev skozi zdravstveno službo (Robosch 2012: 48).

6. Skupnostna oziroma komplementarna oskrba⁴

V spekter skupnostne oziroma komplementarne oskrbe spadajo vse tiste ustanove, ki osebam z dolgoročnimi težavami v duševnem zdravju nudijo oskrbo izven stacionarnih ustanov. Storitve komplementarnih ustanov so orientirane na vsestransko rehabilitacijo posameznika, ki je ni možno doseči zgolj skozi stacionarno ali ambulantno oskrbo. Te storitve morajo v

³ V avstriji se zdravniki delijo na

a) »zdravnike z zavarovalniškimi pogodbami«, ki imajo sklenjene pogoje z eno ali več zavarovalnicami, iz katerih izvira kritje obravnave in zdravljenja uporabnika, na b) »zdravnike po izbiri«, pod okriljem katerih, si pacienti sami krijejo zdravniške storitve, vendar lahko del le-teh terjajo nazaj od zavarovalnice, ter na c) *privatne zdravnike*, pod okriljem katerih si morajo pacienti obravnavo in zdravljenje v celoti kriti sami. (Netdoktor 2017: Das Artztssystem in Österreich)

⁴ Zaradi preglednosti in pomembnosti skupnostne oskrbe za pričujoče delo sem jo uvrstila v svoje poglavje.

ospredju imeti potrebe posameznika in njegove vire. Nahajati se morajo neposredno v skupnosti, biti morajo majhne in lahko dostopne ter prilagodljive posameznikom.

Skupnostne storitve v grobem pokrivajo naslednja področja: *bivanje, dnevno strukturiranje, delo in komunikacija*.

6.1. Psihosocialni svetovalni centri

Psihosocialni svetovalni centri naj bi tako veljali za prvo točko, na kateri se lahko oglasijo ljudje, ki imajo težave v duševnem zdravju ter tudi vsi tisti, ki so že ali pa so bili vključeni v psihiatrično obravnavo. V multiprofesionalnem timu se izvaja zdravniško svetovanje, terapevtska pomoč, psihoterapija, klinično-psihološka diagnostika, socialno delo, konkretno svetovanje ter oskrba (Die psychosoziale Versorgung der Steiermark 2016: 18). Psihosocialne svetovalnice nudijo akutno pomoč uporabnikom, terapevtsko obravnavo skozi individualne ali skupinske pogovore, obiske na domu, kot tudi prostočasne dejavnosti za uporabnike in njihove svojce. Po potrebi se izvaja tudi koordinacija ter povezovanje z vsemi členi osebnega okolja uporabnika. Zaradi vse večjega trenda priseljevanja pa velik pomen pridobiva tudi interkulturno svetovanje. Posveti in konzultacije so v svetovalnih centrih brezplačni (Die psychosoziale Versorgung der Steiermark 2016: 12).

Na Štajerskem so psihosocialni svetovalni centri na voljo v vseh okrajih, delno pa so razpoložljive tudi njihove podružnice. V zadnjih letih se je dobro razvilo tudi sodelovanje s krajevnimi zdravniki ter dežurstvi (Die psychosoziale Versorgung der Steiermark 2016: 18-19).

Največji vpliv pri dodelitvi uporabnikov so svetovalni centri pridobili leta 2009 skozi nizkopražne pomagajoče poklice, psihosocialne ustanove in bolnišnice, kar kaže na dobro kooperacijo med posameznimi členi. S tem se čedalje bolj izpolnjuje tudi zahteva reforme psihiatrije po kooperaciji in kordinaciji vseh oskrbovalnih storitev, da bi zgradili uspešno verigo pomoči. Lahki dostopnosti centrov pa govorijo vpriid tudi številke samostojnega prihajanja uporabnikov na centre (17,5 %) in tistih, ki pridejo v centre preko družine in sorodnikov (11,5 %) (Robosch 2012: 50).

6.2. Stanovanjska oskrba ljudi s težavami v duševnem zdravju na Štajerskem

Eno najpomembnejših prizadevanj reforme psihiatrije je zagotoviti oskrbo v skupnosti oziroma v socialnem okolju uporabnika. Redukcija bolnišničnih postelj in čas bolnišnične

oskrbe kot tudi vodilni princip »ambulantno pred bolnišnično«, se lahko izpolnijo le, ko je skupnostna oskrba temu primerno vzpostavljena.

6.2.1. Negovalni domovi

Na podlagi prizadevanj reforme psihiatrije o dehospitalizaciji je prišlo do množitve gradnje negovalnih domov. Prednost sprejema v tovrstne ustanove imajo predvsem uporabniki s kronično potekajočo shizofrenijo, bivanje tukaj pa praviloma ni časovno omejeno (Moos in Wolfersdorf 2007: 190). Sprejmejo predvsem uporabnike, ki so zaradi omejenih zmožnosti in pomanjkanja motivacije (zaradi bolezni) potrebni nege in oskrbe (Dörr 2005: 44). Ali so te ustanove zmožne doseči kvalitetno rehabilitacijo uporabnikov, pa je odvisno od tega, ali se spoštuje osnovna zahteva ohranjanja individualnosti in samostojnosti ter spodbujanja le-teh. Glavni cilj bi moral vedno biti osredotočen na vodenje kar se da samostojnega življenja uporabnikov in na odkrivanje uporabnikovih razpoložljivih virov. V ustanovah bi morali nadaljevati z izvajanjem na terapiji vzpostavljenih ciljev (Moos in Wolfersdorf 2007: 190).

Dörrova (2005: 44) pa je mnenja, da take ustanove močno ovirajo dolgoročno socialno intergacijo. V ozadju takih domov se zaradi krčenja stroškov izgublja načelo, da bi uporabnike brez pritiskov spodbujali k samostojnemu življenju. Iz poročila psihiatrije (Psychiatriebericht 2009: 132) je razvidno, da velike ustanove take narave locirane na Štajerskem v svojem konceptu, ne izpolnjujejo kriterijev moderne socialne psihiatrije. Posebna socialno-varstvena zavoda Schwamberg in Neumilitsch s skupno 234 mesti kot tudi Pflegezentrum der Barmherzigen Brüder in Kainbach bei Graz (Center za nego) s 600 mesti so predstavljali na Štajerskem največje tovrstne zavode (Psychiatriebericht 2009: 132). Leta 2012 je Štajerska deželna vlada (Steierische Landesregierung) z veliko podporo bivalne platform (Wohnplattform-a Steiermark) sklenila zavod Schwamberg zapreti. To odločitev je podprl tudi predsednik štajerskih samozastopnikov invalidske pomoči (*Präsident der Selbstvertreter der steierischen Behindertenhilfe*), Peter Ripper, z besedami: »Ustanova kot je Schwamberg nikakor ne more biti trajna nastanitvena oblika, saj se tam ni možno vsakodnevno udeleževati v skupnosti, niti ni možno najti primerne dela.« (Die steirische Behindertenhilfe 2012: Berichte) (Naš prevod).

Proces zapiranja socialnovarstvenega zavoda Schwanberg bom opisala v naslednjem poglavju.

6.2.2. Prehodne in rehabilitacijske oblike bivanja

Za razliko od socialno-varstvenih ustanov prehodne in rehabilitacijske oblike bivanja sledijo konceptu ponovne vključitve uporabnikov v družbo. Skozi medicinske, psihosocialne in delovne rehabilitacijske metode skušajo uporabnike vseh zmožnosti, ki so pomembne za prihodnje samostojno življenje, ponovno naučiti, osvežiti in razširiti. Delajo po načelih dospornosti, normalizacije in integracije (Psychiatriebericht 2015: 72).

Kot sporoča že samo ime prehodne, v teh strukturah ne gre za trajno nastanitveno obliko (Dörr 2005: 45).

Ponudba teh struktur vsebuje tako podporo uporabniku na področjih njegovega življenja, kjer je le-ta potrebna, kot tudi spremstvo v kriznih stanjih, zaposlitvene in prostočasne dejavnosti ter dnevno-strukturiranje (*Tagesstrukturierung*). Pogostost, intenziviteta in trajanje pomoči uporabnikom je odmerjeno glede na posameznikove potrebe.

Ponudba se deli na kategorije:

- podporno bivanje za polni čas,
- podporno bivanje za polovični čas (dnevna pomoč s telefonsko pripravljenostjo ponoči in čez vikende),
- podporne stanovanjske skupnosti,
- pripravljala stanovanja za samostojno bivanje (*Trainingswohnungen*).

V vseh naštetih oblikah velja načelo dostopnosti, normalizacije in integracije. Pomemben aspekt take oblike namestitve je velikost same ustanove. Na tem področju velja pravilo 12–15 mest v stanovanjskih hišah ter 4–5 mest v stanovanjskih skupnostih (Robosch 2012: 54).

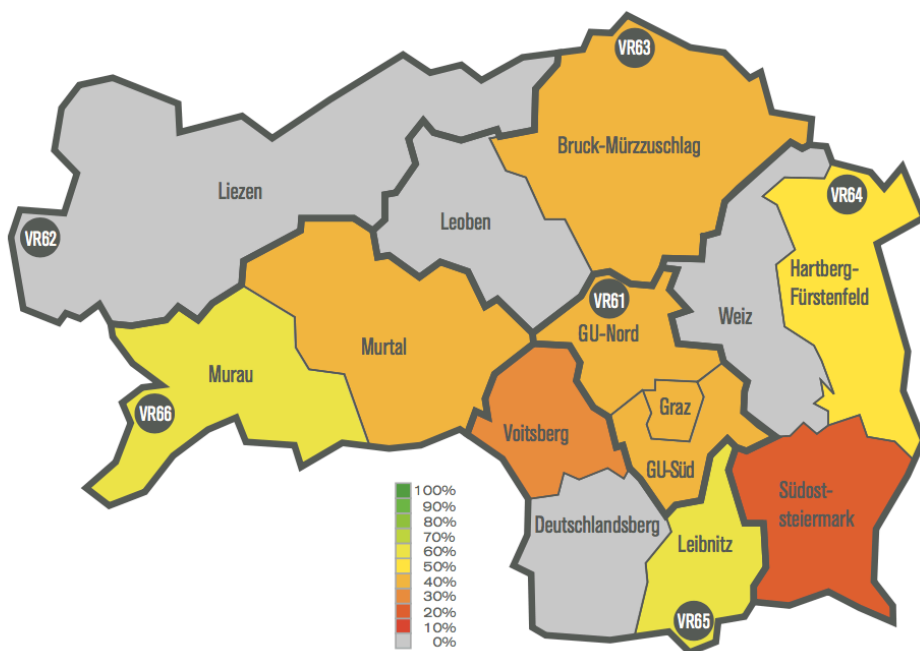
6.2.2.1. Področje podpornega bivanja na Štajerskem

To podpoglavje prikazuje pokritost te oblike storitev na Štajerskem iz časa pisanja poročila psihiatrije iz leta 2015.

Regionalna pokritost

V smernicah ÖBIG-a (Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen) je prikazana strukturna potreba po stanovanjskih mestih za posamezne regije.

Slika 6.1: Pokritost podpornega bivanja



VIR: Psychiatriebericht Steiermark 2015. (Naš prevod).

Tabela 6.1: Pokritost podpornega bivanja

Regija	Št. prebivalcev	Št. služb	Št. trenutnih mest	Št. potrebovanih mest	Št. manjkajočih mest	Pokritost oskrbe v %
VR61	429.088	45,7	99,3	300,4	201	33,1
VR63	161.907	10,6	25	113,3	88,3	22,1
VR64	265.794	17,3	44	186,1	142,1	23,6
VR65	193.823	8,5	39	135,7	96,7	28,7
VR66	101.540	16,0	32	71,1	39,1	45
Štajerska	1,232.012	98,2	239,3	862,4	623,1	27,8

VIR: Psychiatriebericht Steiermark 2015. (Naš prevod).

Iz tabele je razvidno, da potreba po sedmih mestih v stopenjsko asistiranih stanovanjih na 100.000 prebivalcev (to smernico je sprejel tudi ÖBIG v dokumentu strukturne potrebe v psihiatrični oskrbi oz. *Struktureller Bedarf in der psychiatrischen Versorgung*) ni izpolnjena v nobeni štajerski regiji.

Glede na skupno kvoto pokritosti oskrbe na Štajerskem, ki znaša 27 %, lahko sklepamo, da gre skoraj v vseh štajerskih regijah za veliko pomanjkanje oskrbe.

Iz tega lahko sklenemo tudi, da manjko v ponudbi asistiranih stanovanj, v veliko primerih vodi do podaljšanja bolnišnične oskrbe, kar pa ne sovпада z načeli dehospitalizacije (Robosch 2012: 50).

Največji ponudnika asistiranih stanovanj so bolnišnične ustanove, kar kaže na to, da daljša obdobja bolnišničnega zdravljenja uporabnikov niso v njihovem interesu, temveč so nastala kot posledica preozkega spektra ponudbe (Robosch 2012: 50).

6.2.3. Psihiatrična nega uporabnikov pri gostiteljskih družinah⁵ (*Psychiatrische Familienpflege*)

Psihiatrična nega uporabnika pri gostiteljskih družinah se je oblikovala na podlagi prizadevanj za dehospitalizacijo in kljub temu da so strokovnjaki pričakovali drugačen izid, se je novi sistem nege pri dolgotrajnih uporabnikih s težavami v duševnem zdravju dobro odnesel. Psihiatrična nega uporabnika pri gostiteljski družini Štajerske (Die psychiatrische Familienpflege des Landes Steiermark) je kot posebna oblika asistiranega bivanja nastala že leta 1946 in je bila na začetku zamišljena za ljudi s težko intelektualno oviro in/ali za ljudi s hudimi težavami v duševnem zdravju (Psychiatriebericht 2015: 75).

Danes psihiatrična nega pri gostiteljskih družinah obstaja kot samostojna enota organizacije KAGES (Das Gesundheitsunternehmen Steiermark) in sodeluje z LKH (Landeskrankenhaus Graz) Süd-West ter enoto Süd. PFP predstavlja alternativo nastanitvam uporabnikov z hudimi in dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju v socialno-varstvenih zavodih. Ta možnost udejanja nizke stroške oskrbe in življenje uporabnikov v domačem skupnostnem okolju (Psychiatriebericht 2015: 75).

Za to strukturo je predstavljalo izziv, kako najti in namestiti uporabnika h gostiteljski družini, da bodo odnosi med njimi kar se da učinkoviti. To nalogo so prepustili subjektivni odločitvi strokovnega tima (Robosch 2012: 55).

⁵ Kratica za psihiatrično nego pri gostiteljskih družinah je PFP.

Izbira gostiteljske družine ne veže na izhodišče odločilne kriterije, ki zajemajo:

- družinsko strukturo,
- stanovanjsko kulturo,
- pripravljenost družine za integracijo uporabnika ter
- njihovo pripravljenost na sodelovanje (LKH Graz Süd-West 2017: Psychiatrische Familienpflege).

Uporabniki se za družino poiščejo na podlagi njihovih stanovanjskih in integracijskih zmožnosti ter na podlagi njihove bolezenske slike (LKH Graz Süd-West 2017: Psychiatrische Familienpflege).

Spoznavanje uporabnika in gostiteljske družine poteka v treh fazah: prvi kontakt uporabnik s svojo gostiteljsko družino vzpostavi na tak način, da na srečanje k družini pride skupaj z referenčno osebo iz bolnišnične oskrbe, kjer vsi skupaj preživijo skupno popoldne. Nato sledi vikend, ki ga uporabnik sam preživi pri novi družini, in preden se izvrši dokončna odločitev, uporabnik pri družini preživi dva poskusna tedna (LKH Graz Süd-West 2017: Psychiatrische Familienpflege).

Ciljna skupine te oblike namestitve so uporabniki s kroničnimi duševnimi boleznimi in/ali uporabniki, ki imajo težave v duševnem razvoju. Namen je bivanje v domačem okolju v duhu integracije, v spodbujanju osebnih življenjskih in emocionalih odnosov med uporabniki in družino ter zagotavljanje potrebam prilagojene psihiatrične oskrbe.

Strokovni tim načrtuje in spremlja celotno bivanje uporabnika ter se osredotoča na razvojni proces obeh, tako uporabnika kot gostiteljske družine. Skozi celotno bivanje oba člena podpira, spremlja ter jima pomaga pri morebitnih težavah.

Namen takih struktur je doseči največjo možno avtonomijo in najvišjo možno raven kvalitete življenja uporabnika, psihosocialno rehabilitacijo ter njihovo destigmatizacijo. To je možno doseči skozi sodelovanje družinskih zdravnikov, nizkopražnih zdravnikov specialistov, s povezanostjo gostiteljske družine, skrbnikov, uporabnikove družine, prijateljev ter drugih.

V letu 2015 je pri 80ih gostiteljskih družinah (v zahodni, južni in vzodni Štajerski) živelo 100 uporabnikov iz različnih štajerskih regij.

140 uporabnikov pri 100ih družinah, pri katerih je sodeloval tim interdisciplinarnih strokovnjakov (zdravniki specialisti, psihologi, psihoterapevti, socialni asistenti, diplomirano osebje zdravstvene nege in administrativni asistenti) (Psychiatriebericht 2015: 75).

6.2.4. Mobilna psihiatrična pomoč

Mobilna psihiatrična pomoč zagotavlja pomoč in podporo ljudem z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, s ciljem zagotavljanja nadaljnega samostojnega in integriranega življenja uporabnikov v okolju, ki so ga sami izbrali ter zagotavljanja ali izboljšanja njihove osebne avtonomije (Die psychosoziale Versorgung der Steiermark 2016: 13). Skozi zagotavljanje potrebam prilagojene ponudbe pomoči v neposrednem socialnem okolju uporabnika je potrebno ohranjati uporabnikove obstoječe kontakte in povezave z okoljem, spodbujati uporabnikovo integracijo v okolje, in podpirati uporabnikovo samoodločanje. Cilj je doseči stabilizacijo in izboljšati duševno stanje uporabnika, zmanjšati število bolnišničnih sprejemov ter se izogniti zavodski namestitvi. Glavna ciljna skupina pa so uporabniki, ki trpijo za težkimi duševnimi težavami (Robosch 2012: 53).

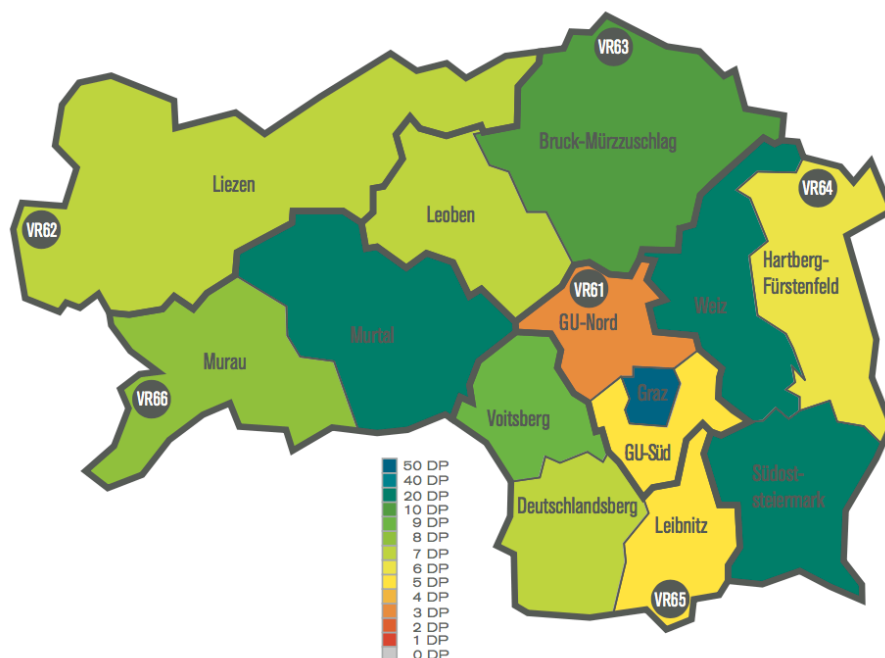
Ta struktura psihiatrične oskrbe se izmed vseh najbolj približa zahtevam reforme psihiatrije, saj izpolnjuje integracijski segment ter segment bližine socialnega okolja uporabnika. Skozi možnost samostojnega življenja se omogoča tudi konkretizacija koncepta opolnomočenja in potrebam prilagojene obravnave, kar bo dolgoročno vodilo do tega, da bolnišnična oskrba (stacionarna), več ne bo potrebna.

6.2.4.1. Področje mobilne socialnopsihiatrične pomoči na Štajerskem

To podpoglavje prikazuje pokritost te oblike storitev na Štajerskem iz časa pisanja poročila psihiatrije iz leta 2015. Mobilna socialnopsihiatrična pomoč velja za zelo razširjeno in učinkovito obliko storitev, čemur govorijo v prid tudi spodaj prikazane številke.

Regionalna pokritost

Slika 6.2: Pokritost mobilne pomoči



VIR: Psychiatriebericht Steiermark 2015. (Naš prevod).

Tabela 6.2: Pokritost mobilne pomoči

Regija	Okraj	Št. služb	Splošna socialna psihiatrija	Gerontopsihiatrija	Otroška in mladostniška psihiatrija
VR61	Graz	45,2	37,9	5,8	1,5
VR61	Graz – okolica sever	3	3		
VR61	Graz – okolica jug	5,1	5,1		
VR62	Liezen	6,8	6,8		
VR63	Bruck – Mürzzuschlag	9,4	9,4		
VR63	Leoben	6,3	6,3		
VR64	Hartberg – Fürstenfeld	5,9	5,9		
VR64	Jugovzhodna Štajerska	16,1	16,1		
VR64	Weiz	11,6	11,6		
VR65	Deutschlandsberg	7	7		
VR65	Leibnitz	4	4	0,87	

VR65	Voitsberg	8,3	8,3		
VR66	Murau	7,1	7,1		
VR66	Murtal	12,4	12,4		

VIR: Psychiatriebericht Steiermark 2015. (Naš prevod).

V letu 2015 je bila mobilna psihiatrična pomoč na voljo v vseh regijah z razpoložljivim osebjem s 3 strokovnimi službami v okrajih Graz – okolica sever in 45,2 službami v okraju Graz. Te se delijo na 5,8 služb za gerontopsihiatrijo, 1,5 služb za otroško in mladostniško psihiatrijo, ter 45,3 služb za splošno socialno psihiatrijo (odrasli).

6.3. Delo in poklicna rehabilitacija

En pomembnejših stebrov intergacije in socialne vključenosti v družbo predstavlja poklicna participacija. Področji socialnopsihiatričnih dnevni struktur kot tudi poklicne rehabilitacije sta pomembni strukturi v sistemu psihiatrične oskrbe v skupnosti, ker je veliko uporabnikov z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju izgubilo poklicne zmožnosti ali pa so le-te omejene.

Cilj je psihosocialna rehabilitacija uporabnikov, ponovna vzpostavitev odnosov z drugimi, zvišanje ravni kvalitete življenja, povečanje zaupanja vase ter prepriprava za storitve na področju delovne terapije (*Arbeitstrainigungsmaßnahmen*) ali z drugimi besedami; obnovitev in ohranitev dnevnega reda uporabnikov (Psychiatriebericht 2015: 77).

Delovno relevantno spodbujanje posameznikovih kompetenc, delovni treningi in zaposlitev v tako imenovanih invalidskih podjetjih, omogočajo ljudem s težavami v duševnem zdravju ponovno integracijo v poklicni sferi (Psychiatriebericht 2015: 77).

Na področju poklicne rehabilitacije se ukvarjajo z raznimi izobraževanji, treningi za ponovno vključevanje na trg dela, z intervencijo na delovnem mestu, z razjasnjevanjem pravnih vprašanj, s pomočjo uporabnikom pri pridobivanju dodatnih prihodkov in urejanju posebnih oblik zaposlovanja ipd. Podpora pri iskanju dela in podpora na samem delovnem mestu se imenuje delovna asistenca (Psychiatriebericht 2015: 77).

Vsakega relevantnega uporabnika je potrebno na poti poklicne rehabilitacije podpreti skozi:

- izdelavo profila poklicnih zmožnosti (3 mesece),
- delovno diagnostiko (1 mesec),

- delovni trening (12-15 mesecev),
- delovno relevanten trening kompetenc,
- delovno asistenco,
- spodbujanje zaposlitve v invalidskih podjetjih,
- spodbujanja možnosti dodatnega zaslužka (Psychiatriebericht 2015: 77).

6.3.1. Področje poklicne rehabilitacije na Štajerskem

Delovna asistenca, ki je namenjena ljudem z ovirami na duševnem, telesnem in psihičnem področju, izvaja predvsem tri zastavljene cilje:

- izvajanje intenzivnega, posameznikovim potrebam prilagojenega posredovanja na področju dela in zaposlovanja (= integrativni del),
- svetovanje in pomoč pri ohranjanju delovnega mesta (=preventivni del),
- svetovanje in pomoč pri vprašanjih tako iskalcem kot tudi ponudnikom zaposlitve ter spodbujanje pripravljenosti zaposlovanja ciljne skupine (=komunikativni del) (Psychiatriebericht 2015: 77).

V spodnjem podpoglavju sem raziskala sliko regionalnih možnosti iz področja delovne asistence in poklicne rehabilitacije.

6.3.1.1. Regionalna pokritost na področju delovne asistence

Tabela 6.3: Pokritost delovne asistence

Delovna asistenca na Štajerskem (stanje leta 2015)				
	Nosilci projektov	Regija	Št. služb, ki nudijo del. asistenco za polni čas	Dejansko število služb
Splošna delovna asistenca	BBRZ Österreich	Leoben, Bruck, Mürzuschlag	4,8	5
	Jugend am Werk Stmk, GmbH	Graz, Graz – okolica, Voitsberg, Deutschlandsberg	9,6	12
	Verein für psychische und soziale Lebensführung	Judenburg, Knittelfeld, Murau	4	6

	Judenburg			
	Lebenshilfe Ennstal	Liezen	3,5	4
	Chance B	Feldbach, Fürstenfeld, Hartberg, Weiz	5	6
	Lebenshilfe Radkersburg	Leibnitz, Radkersburg	4	6
Delovna asistenca za ljudi s težavami v duševnem zdravju	pro mente Steiermark	Graz, Graz – okolica	3,5	4
	PSZ-Leibnitz	Leibnitz	2	2
	PSZ Hartberg	Hartberg	2,7	4
Delovna asistenca za ljudi s slušnimi težavami	Jugend am Werk Stmk GmbH	Štajerska	3,5	4
Delovna asistenca za ljudi s senzornimi težavami	Odilien-Institut Steiermark	Štajerska	1,6	3
Delovna asistenca za ljudi z epilepsijo	Epilepsie und Arbeit Gemeinnützige Beratungs und entwicklungs GmbH	Štajerska	1,5	3
	Skupaj		45,7	59

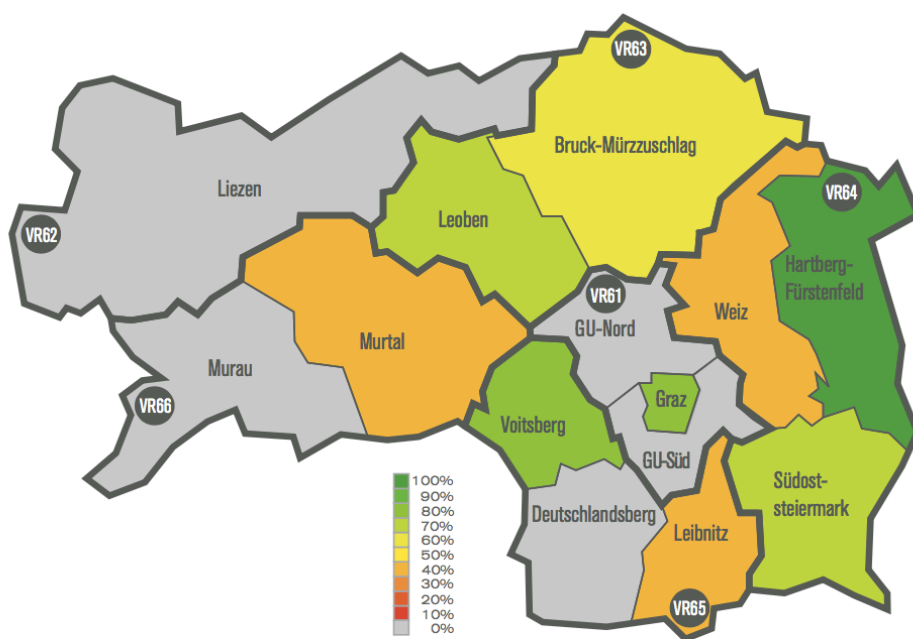
VIR: Psychiatriebericht Steiermark 2015. (Naš prevod).

Ponudba delovne asistencije na Štajerskem je decentralno organizirana in je na voljo na celotnem območju štajerske regije. Zgornja tabela prikazuje pregled nosilnih organizacij, ki ponujajo delovno asistenco, njihova vsebinska žarišča (vseobsežna delovna asistenco, delovna asistenco za ljudi z duševnimi problemi, itd.) ter regionalno pristojnost.

6.3.1.2. Regionalna pokritost na področju delovne rehabilitacije

Skupni cilj delovno-rehabilitativnih ukrepov je razvoj poklicne perspektive, njena konkretizacija ter integracija vključenih oseb na trg dela.

Slika 6.3: Pokritost delovne rehabilitacije



VIR: Psychiatriebericht Steiermark 2015. (Naš prevod).

Regija	Okraj	Št. prebivalcev	Št. trenutnih mest	Št. potrebovanih mest	Št. manjkajočih mest	Pokritost oskrbe v %
VR61	Graz	280.258	107	140,1	33,1	76,4
VR61	Graz – okolica sever	64.102	0	32,1	32,1	0,00
VR61	Graz – okolica jug	84.728	0	42,4	42,4	0
VR62	Liezen	79.728	0	39,9	39,9	0
VR63	Bruck-Mürzzuschlag	100.349	27	50,2	23,2	53,8
VR63	Leoben	61.558	20	30,8	10,8	65,0
VR64	Hartberg-Fürstenfeld	90.549	53	45,3	-7,73	117,1
VR64	Jugovzodna Štajerska	86.144	30	43,1	13,1	69,7
VR64	Weiz	89.104	16	44,6	28,6	35,9
VR65	Deutschlandsberg	69.657	0	30,3	30,3	0
VR65	Leibnitz	81.315	15	40,7	25,7	36,9
VR65	Voitsberg	51.851	20	25,9	5,9	77,1

VR66	Murau	28.390	0	14,2	14,2	0
VR66	Murtal	73.150	12	36,6	24,6	32,8
	Štajerska	1.232.012	300	616	316	48,7

Tabela 6.4: Pokritost delovne rehabilitacije

VIR: Psychiatriebericht Steiermark 2015. (Naš prevod).

Po podatkih zadnjega psihiatričnega poročila so bili ukrepi delovne rehabilitacije na voljo v devetih štajerskih okrajih, v katerih je bilo skupno 300 razpoložljivih mest.

6.4. Socialnopsihiatrične dnevne strukture

Uporabniki, ki zaradi duševne bolezni ne zmorejo opravljati nobenega dela ali pa zaradi težine bolezni ne morejo biti vključeni v delovno rehabilitacijo, dobijo možnost zaposlitve v tovrstnih dnevniških strukturah (Robosch 2012: 58).

Dnevne strukture težijo predvsem k (ponovnemu) učenju aktivnosti, ki so pomembne za vsakdanje življenje, k splošnemu dvigu kvalitete življenja ter k rehabilitaciji in integraciji uporabnikov z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju (Psychiatriebericht 2015: 83).

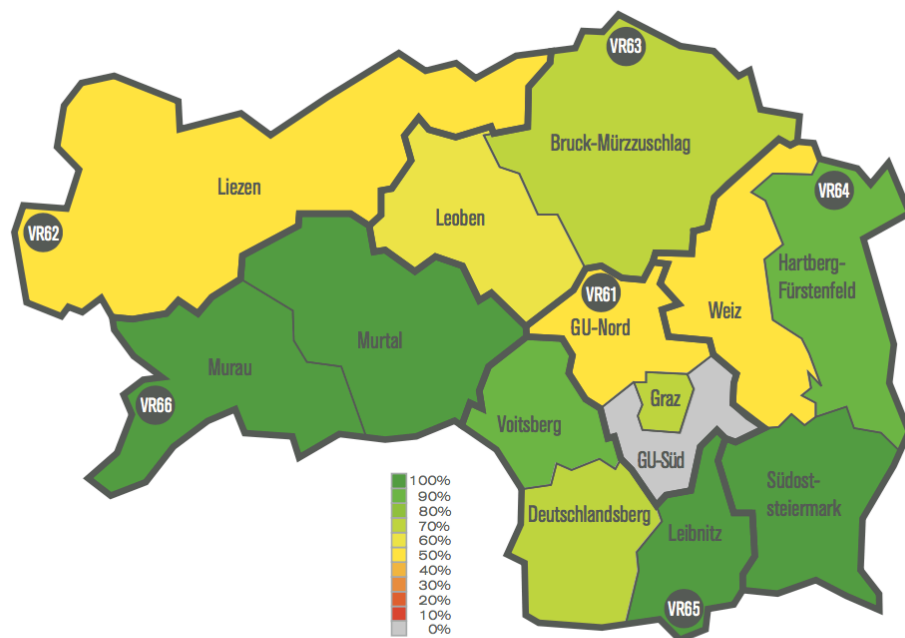
Gre predvsem za delovno terapijo, ki je dopolnjena z nalogami praktičnimi za vsakdanje življenje, kot tudi s skupinsko terapijo in prostočasnimi dejavnostmi.

Cilj je doseči stabilizacijo in izboljšanje duševnega zdravja ter socialne situacije uporabnikov preko povečevanja obsega osebnostnih in socialnih sposobnosti, preprečevanja socialne izolacije, spodbujanja integracije ter zaposlitve znotraj varnih okvirjev kot strukture dneva (Psychiatriebericht 2015: 83). Med ključne naloge dnevnih struktur spada tudi podpora pri vzpostavljanju in ohranjanju osebnih odnosov ter pomoč pri timske delu, predpriprava na storitve na področju delovne terapije (*Arbeitstrainingsmaßnahmen*), izboljšanje življenjske kvalitete posameznikov ter dvig občutka lastne vrednosti (Psychiatriebericht 2015: 83).

6.4.1. Področje socialnopsihiatričnih struktur na Štajerskem

6.4.1.1. Regionalna pokritost na področju socialnopsihiatričnih dnevnih struktur

Slika 6.4: Pokritost dnevniš struktur



VIR: Psychiatriebericht Steiermark 2015. (Naš prevod).

Tabela 6.5: Pokritost dnevniš struktur

Regija	Št. prebivalcev	Št. služb	Št. trenutnih mest	Št. potrebovanih mest	Št. manjkajočih mest	Pokritost oskrbe v %
VR61	429.088	21,3	90	171,6	81,6	52,4
VR62	79.860	3,9	16	31,9	15,9	50,1
VR63	161.907	10,1	43	64,8	21,8	66,4
VR64	265.794	19,7	78	106,3	28,3	73,4
VR65	193.823	16,2	68	77,5	9,5	87,7
VR66	101.540	17,6	65	40,6	0	100
Štajerska	1.232.012,0	88,8	360	492,8	132,8	73,1

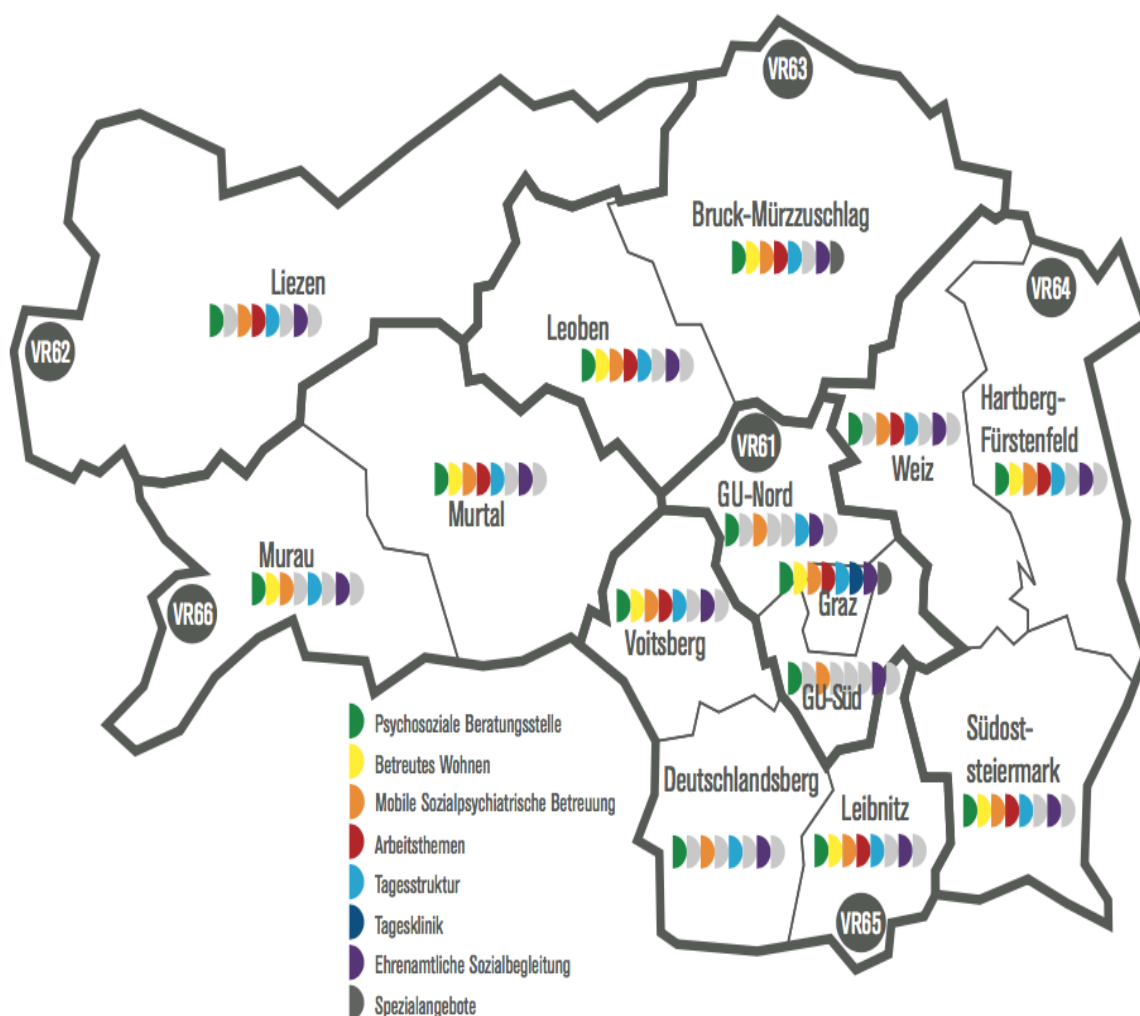
VIR: Psychiatriebericht Steiermark 2015. (Naš prevod).

Dnevne strukture so na voljo v vseh 13 štajerskih regijah. Po smernicah ÖBIG-a o strukturnih potrebah psihiatrične oskrbe iz leta 1998, bi moralo biti na Štajerskem 5 mest na 10.000 prebivalcev, kar zneso 493 mest na celotno regijo. V letu 2015 ta kvota ni bila izpolnjena. Na voljo je bilo le 360 mest, kar izpolnjuje 73 % predvidene kvote. 100% izpolnjeno kvoto sta dosegli dve regiji in sicer Murtal in Murau. Ostale regije se gibljejo med 50 % in 87 % izpolnjene kvote. Graz in Graz-okolica izpolnjujeta le 52 % kvote ustanov, ki ponujajo dnevne strukture.

6.5. Celoten pregled psihosocialnih storitev na Štajerskem

6.5.1. Pregled psihosocialnih storitev na Štajerskem

Slika 6.5: Celoten pregled storitev



*Delovna rehabilitacija = DR

*Psihosocialne svetovalnice = PSS

*Podporno bivanje = PB

*Prostovoljno socialno spremstvo = PSSpr.

*Mobilna socialnopsihiatrična pomoč = MSPP

*Posebna ponudba = PP

*Dnevne bolnišnice = DB

*Dnevne strukture = DS

VIR: Psychiatriebericht Steiermark 2015. (Naš prevod).

Tabela 6.6 Celoten pregled storitev

Okraj	Št. lokacij	Št. ustanov	DR	PSS	PB	PSSpr.	MSPP	PP	DB	DS
Graz	35	51	9	4	11	3	10	8	1	5
Graz – okolica sever	4	6		2		1	2			1
Graz – okolica jug	3	5		3		1	1			
Liezen	6	11	1	6		1	2			1
Bruck – Mürzzuschlag	13	16	2	3	3	1	4	1		2
Leoben	7	8	2	2	1	1	1			1
Hartberg – Fürstenfeld	14	22	4	9	4	1	2			2
Južna Štajerska	8	13	1	6	1	1	2			2
Weiz	4	7	1	2		1	2			1
Deutschlandsberg	4	7		3		1	2			1
Leibnitz	10	13	2	3	3	1	2			2
Voitsberg	4	7	1	2	1	1	1			1
Murau	5	8		3	1	1	1			2
Murtal	8	15	2	6	2	1	2			2
Skupaj	125	189	25	54	27	16	34	9	1	23

VIR: Psychiatriebericht Steiermark 2015. (Naš prevod).

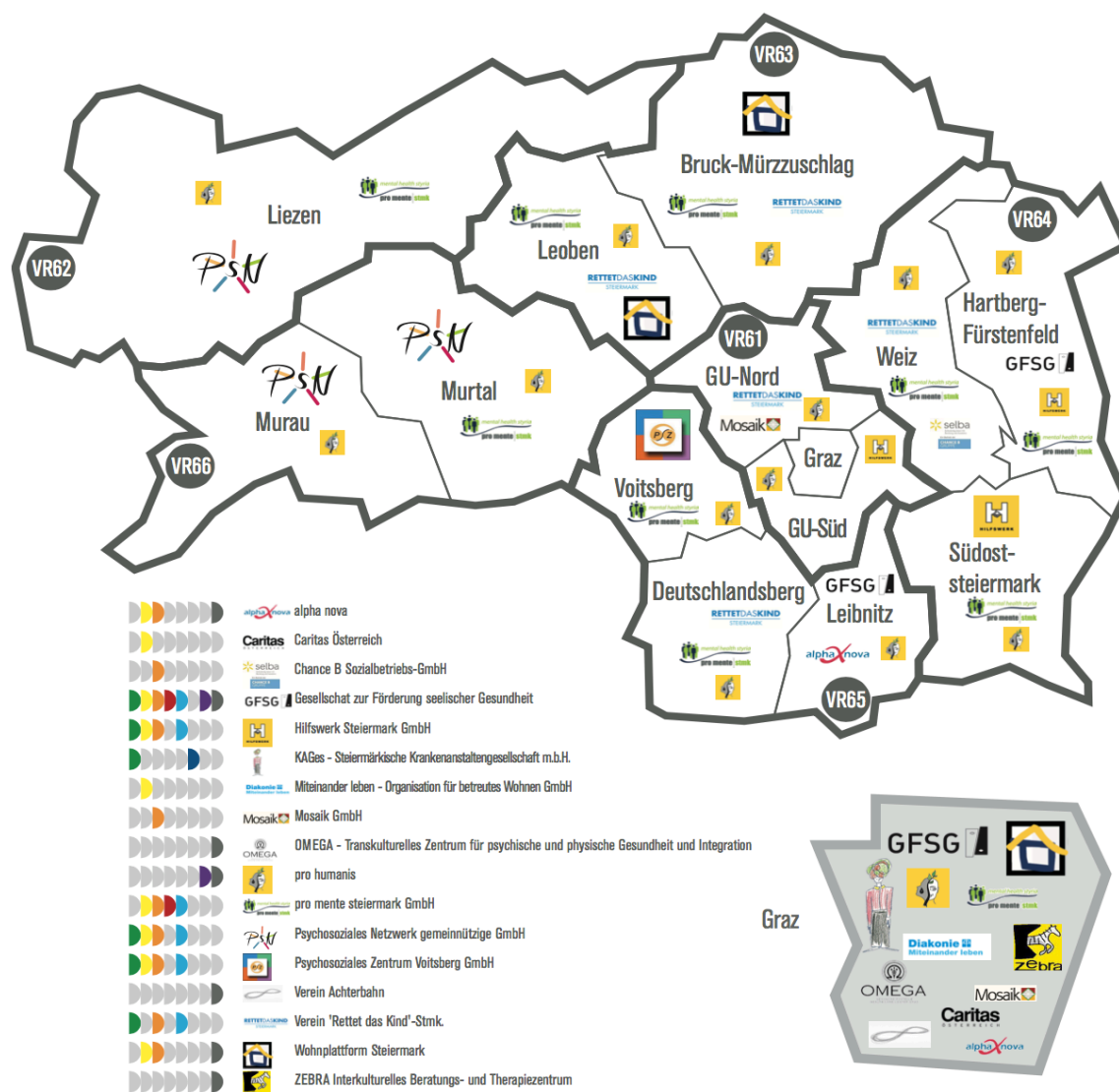
V vsakem štajerskem okraju sta na voljo minimalno dve psihosocialni svetolavnici, prav tako je v vsakem okraju na voljo mobilna socialnopsihiatrična pomoč. Socialnopsihiatrične

dnevne strukture so na voljo v 13 od 14 okrajih. Delovnorehabilitativna ponudba je na voljo v 10 okrajih, podporno bivanje pa v 9. V vseh štajerskih okrajih je na voljo prostovoljno socialno spremstvo. Skupnostna psihosocialna mreža oskrbe je razdeljena na 125 mest z 189 ustanovami.

6.5.2. Organizacije, ki izvajajo skupnostno oskrbo

Na Štajerskem skupno obstaja 17 različnih organizacij, izvajajo skupnostno psihosocialno oskrbo za ljudi s težavami v duševnem zdravju.

Slika 6.6: Organizacije, ki izvajajo skupnostno oskrbo



*Delovna rehabilitacija

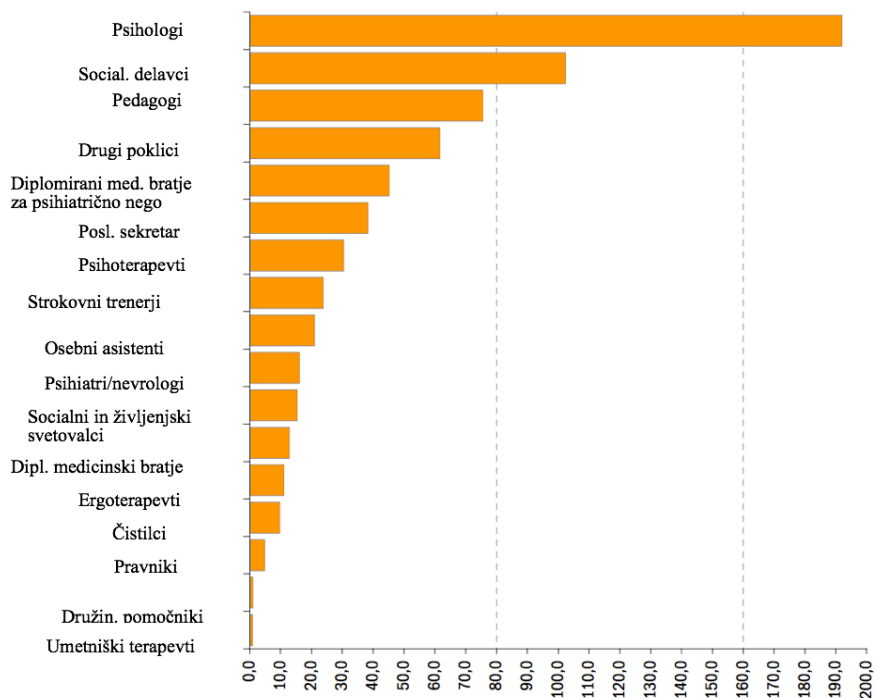
- *Psihosocialne svetovalnice
- *Podporno bivanje
- *Prostovoljno socialno spremstvo
- *Mobilna socialnopsihiatrična pomoč
- *Posebna ponudba
- *Dnevne bolnišnice
- *Dnevne strukture

VIR: Psychiatriebericht Steiermark 2015. (Naš prevod).

Med organizacije, ki uporabnikom nudijo najbolj razvejano ponudbo storitev spada organizacija Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit, saj ponuja storitve iz področja psihosocialnega svetovanja, podpornega bivanja, delovne rehabilitacije, mobilne socialnopsihiatrične pomoči, dnevni bolnišnic, prostovoljnega socialnega spremstva in tudi posebne ponudbe. GFSG pokriva 4 od 17 štajerskih okrajev. pro mente ponuja storitve iz področja delovne rehabilitacije, podpornega bivanja, mobilne socialnopsihiatrične pomoči in dnevni struktur, pokriva pa 13 od 17 okrajev in glede na razvejanost ponudbe, pokriva največ okrajev izmed vseh organizacij. pro humanis, ki uporabnikom nudi prostovoljno socialno spremstvo in posebno ponudbo, se nahaja v vseh štajerskih okrajih. Hilfswerk Steiermark GmbH nudi psihosocialno svetovanje, mobilno socialno psihiatrično pomoč podporno bivanje ter dnevne strukture, pokriva pa 4 okraje. Wohnplattform Steiermark se osredotoča na storitve podpornega bivanja, mobilne socialnopsihiatrične pomoči ter posebne ponudbe in se nahaja v štirih okrajih. Enako ponudbo storitev ima alpha nova, vendar se ta nahaja zgolj v dveh okrajih. Društvo Rettet das Kind ponuja psihosocialno svetovanje, mobilno psihiatrično pomoč ter dnevne strukture v sedmih okrajih, Psychosoziales Netzwerk gemeinnützige GmbH pa v treh okrajih ponuja storitve psihosocialnega svetovanja, podpornega bivanja, mobilne socialnopsihiatrične pomoči in dnevne strukture. Enako ponudbo ima tudi Psychosoziales Zentrum Voitsberg GmbH, vendar se nahaja le v Voitsbergu. Ostale organizacije ponujajo po eno ali dve storitvi in so omejene na manj okrajev.

6.5.3. Struktura profilov zaposlenih v skupnostni oskrbi

Slika 6.7: Struktura zaposlenih



VIR: Psychiatriebericht Steiermark 2015. (Naš prevod).

Tabela 6.7: Struktura zaposlenih

Poklicna skupina	Št. delovnih mest	Delež
Osební asistenti	21	3,2
Dipl. medic. bratje	12,8	1,9
Dipl. med. bratje za psihiatrično nego	45,2	6,8
Ergoterapevti	11	1,7
Zdravniki psihiatri/nevrologi	16,1	2,4
Strokovni trenerji (<i>Fachtrainer</i>)	23,7	3,6
Družinski pomočniki	1	0,15
Pravniki	4,8	0,73
Umetniški terapevti	0,91	0,14
Socialni in življenjski svetovalci	15,4	2,3
Pedagogi	75,6	11,4
Psihologi	192	29,0
Psihoterapevti	30,4	4,6
Čistilci	9,8	1,5
Poslovni sekretarji	38,3	5,8
Socialni delavci	102,4	15,5
Drugo	61,6	9,3

VIR: Psychiatriebericht Steiermark 2015. (Naš prevod).

Skupno je na področju skupnostne oskrbe v psihiatriji na voljo 662 delovnih mest. Od tega največjo skupino poklicev predstavljajo psihologi, ki skupno zavzemajo 192 delovnih mest. Drugo večjo poklicno skupino predstavljajo socialni delavci s 102 delovnimi mesti, nato pa pedagogi, ki jih je 76. 45 delovnih mest zaseda diplomirano zdravstveno osebje iz področja psihiatrične nege, 12 mest pa diplomirano osebje iz splošne zdravstvene nege. 23 mest zasedajo strokovni trenerji, 21, je osebnih asistentov, 15 pa socialnih in življenjskih svetovalcev. 16 delovnih mest zasedajo zdravniki psihiatri/nevrologi, 11 mest pa ergoterapevti. Približno 5 mest zasedajo pravniki, 1 družinski pomočniki, 0,9 pa umetniški terapevti. 38 mest je namenjenih poslovnim sekretarjem, 10 pa čistilkam. Nekateri izmed zaposlenih izvajajo dvojne funkcije, npr. delo socialnega delavca in psihoaterapevta ipd.

7. Primer dobre prakse: zaprtje socialnovarstvenega zavoda Schwamberg

Kot primer dobre prakse sem se v tem poglavju posvetila raziskovanju zapiranja velikega socialnovarstvenega zavoda, ki so ga nedolgo nazaj uspešno zaprli in v skupnosti vzpostavili podporne storitve za njegove bivše stanovalce.

7.1. Izhodišča

Grad Schwanberg je postal zavod za osebe s kroničnimi duševnimi boleznimi leta 1892, leto po tem, ko je prešel v last dežele Štajerske. V letu 2010 je ustanova razpolagala s 164 posteljami, v sklopu katerih so bile vključene tudi sobe za uporabnike v težjih bolezenskih stanjih. Zasedenost je znašala okoli 98 % (Landtag Steiermark 2015: Schriftliche Anfrage an die Landesregierung oder einer ihrer Mitglieder).

Namenjen je bil uporabnikom s kroničnimi duševnimi boleznimi. Večina uporabnikov je prišla v Schwanberg po zaključenih bivanjih v različnih rehabilitativnih ustanovah na Štajerskem, večinoma s pomočjo Psihiatrične bolnišnice Sigmunda Freuda v Gradcu.

7.2. Situacija Zavoda Schwanberg med leti 2011 in 2015

V zavodu je bilo leta 2011 (leto pred odločitvijo o zaprtju) zaposlenih 107 oseb. Vodja zdravnikov je bil zdravnik specialist za psihiatrijo in nevrologijo. Zdravniški kader zavoda sta poleg vodje sestavljala še zdravnik interne medicine (internist) in 2 zdravnika splošne medicine. (KAGES Geschäftsbericht 2011: 46). Leto kasneje, se je število zaposlenih že zmanjšalo na 93, v letu 2013 pa na 79. Leta 2014 je za 39 uporabnikov skrbelo 73 oseb (KAGES Geschäftsbericht 2013: 51).

Pred sprejemom odločitve o zaprtju, v letu 2011 je zavod imel zasedenih 109 postelj in v tem letu za stroške obratovanja porabil 7,430.802 evrov. Leto kasneje se je število okupiranih postelj že zmanjšalo za 29 mest, torej na 80. V tem letu je stroškov obratovanja zavoda nanese na 6,608.980 evrov. V 2013 je bilo zasedenih 62 postelj, stroški so pa znesli 6,144.615 evrov. V letu 2015, ko se je zavod dokončno dezinstitutionaliziral, so preselili zadnjih 40 uporabnikov, stroškov obratovanja pa niso mogli dokončno analizirati, saj je do zaprtja prišlo pred koncem leta (Landtag Steiermark 2013: Schriftliche Anfragebeantwortung).

Tabela 7.1: Pregled zasedenih postelj in stroškov v zadnjih letih obratovanja zavoda

Leto	Dnevi nege	Zasedene postelje	Obratovalni stroški v EUR
2011	39.817	109	7.430.802
2012	29.210	80	6.608.980
2013	22.564	62	6.144.615
2014	19.218	53	6.027.903
2015	7.259	40	-

VIR: Landtag Steiermark 2015. (Naš prevod).

Zasedenost med leti 2012 in 2015 je bila tako povprečno 95%, saj so z razporeditvijo uporabnikov v druge ustanove prilagodili število razpoložljivih postelj.

Glavna nosilca investicij zavoda v zadnjih letih sta bila KAGes in KIG.

a) KAGes

Leta 1985 se je v Avstriji zgodila sprememba sistema, v sklopu katere so prej javno vodene bolnišnice prešle v združenje, ki ga ureja zasebno pravo; KAGes (Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.) in je v celoti v lasti Dežele Štajerske (Land Steiermark).

KAG-es je neprofitna organizacija, ki se zavzema za javno blaginjo. Njihova glavna naloga je ustanavljanje in vodenje regionalnih bolnišnic in drugih oskrbovalnih ustanov na območju Štajerske. Pod okrilje KAGesa je spadal tudi Zavod Schwanberg (KAGes Das Gesundheitsunternehmen der Steiermark 2015: Über uns).

b) KIG

KIG (Krankenanstalten Immobiliengesellschaft mbH) oziroma Združenje za bolnišnične in druge oskrbovalne nepremičnine je bilo ustanovljeno leta 2009. Namen KIGa je zagotavljanje infrastrukture in stavb na področju zdravstvenega varstva, ambulantne obravnave in socialnovarstvenih zavodov na Štajerskem. Njihove naloge zajemajo nakup, koriščenje, upravljanje, najemanje ter zapiranje nepremičnin ter zagotavljanje in vzdrževanje stavb. (KAGes Das Gesundheitsunternehmen der Steiermark 2015: Krankenanstalten Immobiliengesellschaft mbH (KIG)). Večinski lastnik družbe KIG je KAGes.

V letu 2011 je KAGes v zavod Schwanberg investiral 70.076 evrov, KIG pa 150.398 evrov, skupno je bilo tega leta izvedenih torej za 220.474 evrov renovacij in prenov zavoda. V letu 2012, po sprejetju odločitve o zaprtju, je KAGes vložil bistveno manj denarja, in sicer 18.187 evrov, KIG pa je popolnoma prenehal z investicijami. V 2013 je KAGes zmanjšal investicije še za dve tretjini zneska prejšnjega leta, vložil je le 6.118 evrov, leto kasneje pa 4.297 evrov. Skupno je KAGes med leti 2011 in 2014 v zavod torej investiral 98.678 evrov, KIG pa 150.398 evrov. Vse investicije skupaj od obeh investorjev med omenjenimi leti so tako znesle 249.076 evrov (Landtag Steiermark 2015: Schriftliche Anfragebeantwortung).

Tabela 7.2: Investicije v zadnjih letih obratovanja zavoda

Leto	Investicije KAGes-a v EUR	Investicije KIG-a v EUR	Skupne investicije v EUR
2011	70.076	150.398	220.474
2012	18.187	0	18.187
2013	6.118	0	6.118
2014	4.297	0	4.297
Skupaj	98.678	150.398	249.076

VIR: Landtag Steiermark 2015. (Naš prevod).

7.3. Odločitev za dezinstytucionalizacijo

Štajerska deželna vlada je na zasedanju 15. marca 2012 sklenila, da osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju ali intelektualnem razvoju ne bi smele biti dolgoročno nastanjene v socialnovarstvenih zavodih (Sozialbericht 2011/12: 35). Ta sklep, ki sovpada z vseevropskim prepričanjem o pomoči ljudem z ovirami ter z načeli Konvencije združenih narodov o pravicah invalidov, je kot dezinstytucionalizacijski program postal del nacionalnega in štajerskega akcijskega načrta (Sozialbericht 2013/14: 29).

Dezinstytucionalizacijo kot smernico je potrdila skupina strokovnjakov, ki jo je imenovala Generalna direkcija za zaposlovanje, socialne zadeve in enakost možnosti Evropske Komisije. V poročilu so zapisali, da je potrebno ustanoviti celosten sistem za izogibanje nastanitvam v stacionarnih zavodih. Vzporedno z zapiranjem velikih ustanov, je potrebno vzpostaviti tudi skupnostne službe (Sozialbericht 2011/12: 33).

Konkretno v primeru zavoda Schwamberg pomeni dezinstitutionalizacija preseliti stanovalce zavoda v manjše, skupnostne oblike nastanitve, v katerih jim je potrebno zagotoviti pomoč in podporo izven zavodskih prostorov. Če takih oblik nastanitve in posameznikovim potrebam prilagojene pomoči v teh krajih ni na voljo, jih je potrebno vzpostaviti. Za izvedbo tega je bilo potrebno razviti koncept dezinstitutionalizacije, ki je vseboval natančno predviden potek preselitev uporabnikov in pomoči ter podpore v novih oblikah nastanitve (Sozialbericht 2011/12: 35).

7.4. Cilji projekta

Preselitev ljudi v manjše skupnostne strukture z zagotovljeno potrebno pomočjo in podporo ne glede na stopnjo ovire in intenzivnost potrebne pomoči, je mogoča.

Cilj preselitve je celostna in trajna (ponovna) vključitev v družbo, ki posamezniku omogoča kar se da samostojno, socialno integrirano življenje v skupnostnem okolju izbranem po njegovi volji (Sozialbericht 2011/12: 33).

7.5. Časovni okvir

Zastavljen časovni okvir zaprtja zavoda so si postavili med 3 in 5 leti, najkasneje do leta 2017, v katerem je bil cilj preselitev vseh stanovalcev v skupnost ter zagotovitev njihovim potrebam, potencialom in željam prilagojeno pomoč in oskrbo (Landtag Steiermark 2012: Vorlage der steiermärkische Landesregierung).

Odločitev o zaprtju ustanove so torej sprejeli marca 2012, vrata zavoda pa so se dokončno zaprla julija 2015. Proces dezinstitutionalizacije zavoda je tako trajal približno 3 leta in 5 mesecev.

7.6. Proces zapiranja ustanove

Za vodjo projekta je bila izbrana gospa *mag. Barbara Weibold*, ki je delovala znotraj skupine za dezinstitutionalizacijo zavoda. Njihova naloga je bila izdelati profil vsakega posameznega stanovalca zavoda, ki je vseboval informacije o potrebnih pogojih vezanih na pomoč in podporo za življenje v skupnosti (Sozialbericht 2011/12: 33).

7.6.1. Potrebe posameznikov in načrtovane storitve v skupnosti

Za ugotavljanje posameznikovih potreb so uporabili svoj tako imenovani »diagnostični instrument«, s pomočjo katerega so skušali odkriti tudi skrite talente stanovalcev ter njihove želje (Sozialbericht 2011/12: 33).

Večino zaznanih potreb stanovalcev je sovpadalo s standardnimi skupnostnimi storitvami, ter s storitvami, specifičnimi za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju ter osebe z intelektualno oviro, v nekaterih primerih pa so zaznali odstopanja. Dodatne potrebe so se zaznale npr. na področju dežurstva ponoči ter nujne dnevne pomoči (Sozialbericht 2011/12: 33).

Za takratne novo načrtovane storitve so sklenili, da morajo biti stacionirane v skupnosti ter dosegljive brez ovir. Ustrezati morajo željam in potrebam stanovalcev ter vzpostavljene morajo biti tako, da bodo v čim manjši meri sovpadale z institucionalno naravo. Pomoč in podpora v skupnosti mora biti načrtovana tako, da omogoča in vodi k čimvečji samostojnosti upravnikov ter k njihovem čim bolj samostojnemu obvladovanju življenja. Posamezne preselitve v nove oblike nastanitev so pripravili stanovalci zavoda, osebje in dezinstitutionalizacijski tim (Sozialbericht 2011/12: 33).

Temeljni procesi, ki so se odvijali skozi začetne faze dezinstitutionalizacije zavoda so bili:

- ugotavljanje posameznikovih potreb,
- formuliranje cilja,
- priprava stanovalcev na preselitev:
 - a) obiski gradbišč, kjer so se gradile nove hiše,
 - b) poslavjanje od stanovalcev, ki so se selili v domove za stare ali v predele Štajerske, iz katerih prihajajo,
 - c) priprava na življenje v manjših enotah v skupnosti (Sozialbericht 2013/14: 29).

K temu spada tudi spodbuda o prevzemu samoinicative, ki vodi k samostojnejšemu življenju.

7.6.2. Administrativne naloge

Vzporedno z individualnimi pripravami stanovalcev na preselitev, so urejali tudi administrativne zadeve, potrebne za preselitev in zaprtje zavoda. Med administrativne zahteve spadata naslednji:

- a) ugotavljanje individualne potrebe po pomoči s pomočjo uradnih izvedencev,
- b) kontakti s sodiščem po potrebi (Sozialbericht 2013/14: 29).

Administrativne naloge je v kooperaciji z vodstvom nege opravljal dezinstitutionalizacijski tim.

Potrebe stanovalcev so združili z že obstoječimi individualnimi stanovanjskimi in oskrbovalnimi zahtevami in iz tega izpeljali profile storitev, katerih obstoj je bil za stanovalce potreben po zaprtju zavoda. Te so:

- 1) bivanje z intenzivno podporo za osebe z intelektualnimi in večkratnimi ovirami,
- 2) bivanje z intenzivno podporo za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju ter
- 3) bivanje in dnevne strukture za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju (Sozialbericht 2013/14: 29).

Prvi dve obliki storitev sta šteli za pilotni storitvi, ki so ju prvič preizkusili na Štajerskem. Tretja pa je spadala med običajne storitve.

Iz individualnih biografij posameznikov in pogovorov z njimi so izluščili, na katerih mestih je potrebno vzpostaviti nove storitve. Strnili so naslednje:

- v Deutschlangbergu so ustanovili stanovanja z intenzivno podporo (Assisted Living) za osebe z intelektualnimi in večkratnimi ovirami ter
- v Deutschlandbergu so ustanovili tudi stanovanja z intenzivno podporo za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju,
- v Lipnici pa stanovanja in dnevne strukture za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju (Sozialbericht 2013/14: 30).

Tabela 7.3: Novonastale storitve

Opis storitve	Vrsta storitve	Lokacija	Mesta
Bivanje z intenzivno podporo (»Assisted Living«) za osebe z intelektualnimi in večkratnimi ovirami	<i>Pilotna storitev</i> : bivanje in dnevne strukture	Deutschlandsberg	15
Bivanje z intenzivno podporo (»Assisted Living«) za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju	<i>Pilotna storitev</i> : bivanje in dnevne strukture	Deutschlandsberg	16
Bivanje za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju	Bivanje	Lipnica	12
Dnevne strukture za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju	Dnevne strukture	Lipnica	15

VIR: Landtag Steiermark 2013. (Naš prevod).

7.6.3. Izvajalci novonastalih storitev

Izvajalce posameznih storitev so izbrali na podlagi razpisa. Dodelili so jih:

- *Diakonie de La Tour, Celovec*: bivanje z intenzivno podporo za osebe z intelektualnimi in večkratnimi ovirami,
- *Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit (GFSG)*: bivanje z intenzivno podporo za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju,
- *Caritas der Diözese, Graz-Seckau*: bivanje in dnevne strukture za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju (Sozialbericht 2013/14: 30).

7.6.4. Preselitve

7.6.4.1. Preselitve uporabnikov v skupnost

Do leta 2011 je zavod zapustilo 51 oseb, ostalo pa jih 109. V naslednjem letu ga je zapustilo naslednjih 29 stanovalcev. V letu 2013 je imel zavod 62 zasedenih postelj, v 2014 za 9 manj, v letu 2015 pa je zavod zapustilo zadnjih 40 uporabnikov (Landtag Steiermark 2015: Schriftliche Anfragebeantwortung).

Stanovalce so v sklopu dezinstitutionalizacijskega procesa preselili v:

- običajne obstoječe oblike bivanja,
- novonastale oblike bivanja (Lipnica in Deutschlandsberg) in
- v druge že obstoječe zavode podobne narave (Landtag Steiermark 2015: Schriftliche Anfragebeantwortung).

7.6.4.2. Preselitve uporabnikov v druge podobne zavode

12 stanovalcev se je preselilo v različne druge zavode po Štajerski. Te preselitve niso bile izvedene v sklopu od dezinstitutionalizacijskega procesa, temveč na podlagi odločitve za posameznike odgovornih skrbnikov. Po dve osebi sta bili tako sprejeti v dom za stare Volkshilfe Seniorenzentrum Deutschlandsberg in v Pflegezentrum Margarethenhof v Voitsbergu ter v socialnovarstveni zavod Senecura v Pöfing Brunn. Po eno osebo so preselili v socialnovarstveni zavod Perisutti Eibiswald, socialnovarstveni zavod Barmherzigen Brüder Kainbach, socialnovarstveni zavod Keltenpark v Großklein, v dom za stare Seniorenkompetenzzentrum Lindenhof v Mooskirchen in v Volkshilfeheim Pöllau ter dom za stare Hohenburg v St. Johann ob Hohenburg (Landtag Steiermark 2015: Schriftliche Anfragebeantwortung).

7.6.5. Prihodnost osebja

Za bivše osebje zavoda so izdelali socialni načrt za odbobje po zaprtju ustanove na podlagi individualnih razgovorov s posameznimi zaposlenimi. V socialnem načrtu so zaposleni imeli priložnost izraziti osebne želje glede prihodnje zaposlitve v sklopu KAGES-a. O bivših zaposlenih v zavodu je predstavnik finančnega odbora KAGES-a Ernst Fartek dejal: »Za vsakega posameznega delavca smo poiskali individualne rešitve.« Velik del osebja se je zaposlil v okoliških bolnišnicah ali zavodih, nekateri pa so se zaposlili tudi na drugih področjih (Kleine Zeitung 2015: Abschied vom Pflegeheim Schloss Schwanberg).

Nasprotujoča mnenja glede zapiranja zavoda so se tako v veliki meri pojavljala predvsem zaradi izgube delovnih mest in spremembe infrastrukture, ki naj bi vodila v oslabitev regije, v kateri je deloval zavod (Landtag Steiermark 2015: Schriftliche Anfrage an die Landesregierung oder einer ihrer Mitglieder).

7.6.6. Stroški dezinstitutionalizacije in prodaja gradu z ozemljem

Štajerska deželna vlada je 12. julija 2012 predvidela, da bo proces dezinstitutionalizacije zavoda Schwanberg stroškovno znašal 677.000 evrov. Do 22.12.2015 je bilo izplačanih 419.785,88 evrov (Landtag Steiermark 2015: Schriftliche Anfragebeantwortung).

Po zaključenem procesu dezinstitutionalizacije je KIG soglasno z deželo Štajersko (Land Steiermark) sprejel odločitev o prodaji gradu ter treh okoliških stavb skupaj z slabimi 12 hektarji zemlje (KAGes Das Gesundheitsunternehmen der Steiermark 2015: Verkauf LPH Schwanberg).

8. Raziskovalni del

Da bi lahko preverila napisano v prejšnjih poglavjih, ki so temeljila na analizi sekundarnih virov, sem se pogovarjala z različnimi osebami, vključenimi v sistem skupnostne oskrbe. V tem poglavju bom predstavila raziskovalni del naloge.

8.1. Opis problema

Privrženci dezinstitutionalizacije v Sloveniji se že od osemdesetih let prejšnjega stoletja naprej vztrajno trudijo za zapiranje socialnovarstvenih zavodov, namenjenih dolgotrajnemu bivanju uporabnikov s težavami v duševnem zdravju ter za prestrukturiranje zavodskih storitev v skupnostne in individualizirane glede na potrebe posameznikov. Proces dezinstitutionalizacije je izmed sosednjih držav Slovenije do sedaj dosledno izpeljala le naša zahodna sosedja, Italija, ki iz tega razloga tudi služi kot dober primer prakse.

Mreža za spodbujanje duševnega zdravja Alpe Jadran Donava (kratko: Mreža Alpe Jadran Donava) je regionalno omrežje, ki je bilo ustanovljeno za podporo tranziciji iz institucionalne v skupnostno oskrbo (Facebook 2017: Alpe Adria Danube Initiative for deinstitutionalisation).

Povezave so prvotno obstajale med Italijo, Hrvaško, Madžarsko in Avstrijo. Omrežje pa se je v zadnjih letih zaradi velikih napredkov v smeri dezinstitutionalizacije v regiji razširilo še na države donavske regije. V zadnjih letih so se vzpostavili in okrepili odnosi z raznimi ustanovami, ki so na poti k dezinstitutionalizaciji in tudi z drugimi iniciativami iz Bosne in Hercegovine, Romunije, Poljske itd. Na področju dezinstitutionalizacije lahko medsebojno sodelovanje, podpora in učenje drug od drugega skozi izkušnje ter različne poglede, doprinese k učinkovitejšim, hitrejšim, doslednejšim rezultatom.

Ker so bili stiki z Avstrijo med šibkejšimi, sem se na pobudo Centra za dezinstitutionalizacijo (sodeluje pri Mreži Alpe Jadran Donava in ki je stacioniran na mejnem območju med obema državama, na Tratah), odločila raziskati ponudbo skupnostnih služb na področju duševnega zdravja na avstrijskem Štajerskem ter morebiti pomagati okrepiti stike med obema državama.

Skozi analizo sekundarnih virov sem raziskala katere skupnostne službe in storitve, ki omogočajo in zagotavljajo samostojno življenje izven totalnih institucij, so na voljo ljudem z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Analizirala sem tudi dokumente, ki so bili povezani z dezinstitutionalizacijo socialnovarstvenega zavoda Schwanberg v Deutschlandsbergu.

8.2. Cilji in namen

Kar pa se ni dalo ugotoviti z analiz sekundarnih virov, pa je vprašanje v kolikšni meri je aktualna ponudba učinkovita za zagotavljanje samostojnega življenja uporabnikov z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Namen in cilj izpeljanih intervjujev je torej preveriti razkorake med teorijo in prakso, ugotoviti, katere prednosti in pomanjkljivosti imajo obstoječe storitve ter katera so morebitna področja, ki potrebujejo spremembe ter na splošno spoznati storitve skozi oči uporabnikov in zaposlenih.

8.3. Metodologija

8.3.1. Vrsta raziskave in spremenljivke

V zastavljenem diplomskem delu sem uporabila kvalitativno metodologijo in mešane metode. Raziskava je eksplorativne oziroma poizvedovalne narave.

Analizirala sem *sekundarne vire* in sicer obstoječa letna poročila, zakonodajo, spletne strani in strokovne knjige ter članke iz raziskovalnega področja. Oris sistema skozi posamezne storitve, njihovo ponudbo, načine dela ter ciljne skupine uporabnikov sem predstavila in opisala v sklopu teoretičnega dela v poglavju 5.2..

Iz kvalitativne metodologije sem izbrala *metodo intervjuja*, skozi katerega so lahko sogovorniki izrazili svoje želje, pričakovanja, in potrebe ter kritično razmišljanje, ki so mi služili za preverjanje razkoraka med teorijo in prakso. Ta del pa sem dokumentirala in analizirala na naslednjih straneh.

Zastavila sem si odgovoriti na naslednja temeljna vprašanja:

- Kako je potekal razvoj skupnostne oskrbe na Štajerskem?
- Kako izgleda klasifikacija psihosocialnih storitev, ki oblikujejo sistem socialne psihiatrije?
- Katere so osrednje skupnostne institucije, ki zagotavljajo samostojno življenje ciljni skupini?
- Kako sta potekala procesa zaprtja zavoda Schwanberg v Deutschlandsberu in prestrukturiranje zavodskih storitev v storitve, ki zagotavljajo samostojno življenje v skupnosti?

- V kolikšni meri aktualna ponudba psihosocialnih storitev ciljni skupini učinkovito zagotavlja samostojno življenje v skupnosti?
- Katere so pomanjkljivosti aktualnih oblik psihosocialnih storitev?

Prvi sklop vprašanj se je vezal na pridobivanje odgovorov skozi analizo sekundarnih virov, odgovore na drugi sklop vprašanj pa sem skušala pridobiti skozi intervjuje s sogovorniki.

Teza, ki sem si jo zastavila pred začetkom raziskovanja je bila:

“Na avstrijskem Štajerskem obstaja interdisciplinarno oblikovan in individualiziran sistem psihosocialnih storitev, ki posamezniku s težavami v duševnem zdravju, zagotavlja samostojno življenje izven zavodske oskrbe.”

Med podporne teze spadajo naslednje:

- V ponudbi psihosocialnih storitev se medsebojno podpirajo in sodelujejo različni profili »pomagajočih« poklicev (socialni delavci, psihologi, psihoterapevti, psihiatri, negovalci, prostovoljci ...).
- Razvejan sistem psihosocialnih storitev v skupnosti pokriva različna področja posameznikovega vsakdanjega življenja.
- Posamezne psihosocialne storitve so individualizirane v skladu s potrebami posameznika.

8.3.2. Merski instrumenti

Merski instrument, ki mi je služil pri raziskovanju, je bil pol-strukturiran intervju. Intervjuje sem najprej razdelila v dva sklopa; v intervjuje z zaposlenimi in intervjuje z uporabniki.

Teme, o katerih smo govorili z zaposlenimi in tiste, o katerih smo govorili z uporabniki, so se medseboj nekoliko razlikovale. Z zaposlenimi smo govorili na splošno o storitvi, ki jo ponujajo, o vplivu uporabnikov, o pravih storitvah, strokovnem delu, dezinstitutionalizaciji, vključenosti in odzivu skupnosti, predlogih za izboljšave, drugih storitvah/službah ipd. Z uporabniki pa o odločitvi za vključitev v storitev, življenju neodvisno od storitve, poteku dneva, odnosih znotraj storitev, o pozitivnih in negativnih aspektih vključenosti ter o

potencialnih spremembah, ki si jih želijo. Za vsakega sogovornika sem delno prilagodila vprašanja glede na storitev, ki se je poslužujejo. Sklope tem sem oblikovala vnaprej v skladu z raziskovalnimi vprašanji, tezo in podtezami. Vse intervjuje sem opravila sama, jih po predhodnem dogovoru posnela, transkripirala, prevedla in analizirala.

8.3.3. Populacija

Da bi lahko dobila celostno sliko sistema skupnostnih storitev namenjenih uporabnikom z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, sem na podlagi analize sekundarnih virov izluščila temeljne obstoječe storitve, med katere spadajo:

- bivanje s podporo,
- dnevne strukture,
- mobilna socialnopsihiatrična pomoč,
- svetovalni centri,
- dnevne bolnišnice in
- področje dela in rehabilitacije.

Izmed naštetih storitev sem se skušala dogovoriti za intervjuje s po enim ključnim zaposlenim iz posamezne storitve. Pogoj je bil, da so sogovorniki zaposleni na strokovnem področju (socialno delo, psihologija, socialna pedagogika, psihoterapija...).

Uspelo mi je govoriti s sogovorniki izmed vseh zgoraj naštetih storitev, razen s področja dela in rehabilitacije. Skupno sem tako izpeljala 4 daljše intervjuje z zaposlenimi in 2 intervjuja z uporabniki.

Vsi intervjujanci so sodelovali prostovoljno.

8.3.4. Težave pri raziskovanju

V procesu izvajanja intervjujev sem naletela na težave, povezane z jezikovno bariero. Ker je moje znanje nemškega jezika na srednji ravni, sem se v določenih primerih soočala s težavami pri formuliranju podvprašanj in z nerazumevanjem odgovorov sogovornikov.

Zaradi lažjega razumevanja in možnosti uporabe angleškega jezika sem večji del ključnih sogovornikov za intervjuje izbrala iz krogov zaposlenih.

8.3.5. Zbiranje podatkov

Za intervjuje sem se predhodno dogovorila s posameznimi sogovorniki. Z nekaterimi smo se srečali izven organizacije, v kateri so zaposleni, z drugimi smo se srečali v pisarnah. Intervjuvanje je potekalo v mesecu maju in juniju, včasih med delovnim časom sogovornikov, včasih po zaključeni službi. En intervju je potekal v slovenščini, ostalih pet pa v nemščini. Z eno sogovornico, sva zaradi težav z uskladitvijo datuma za srečanje, intervju opravile preko elektronske pošte, z ostalimi smo intervjuje izpeljali v živo. Pred pričetkom sem sogovornikom glede na njihove želje zagotovila anonimnost in poudrila, da, v kolikor ne želijo, jim ni treba odgovoriti na vsa vprašanja. Intervjuji so trajali od ene pa do treh ur, odvisno od tega, kako je stekel pogovor. S prehodnim pristankom na snemanje pogovora, sem vse intervjuje posnela in jih nato pretipkala na računalnik.

8.3.6. Obdelava in analiza podatkov

Po vsakem opravljenem intervjuju sem pogovor pretipkala in ga prevedla v slovenščino. Skupno sem opravila 6 intervjujev. V dveh primerih pogovorov z uporabniki sem zaradi varovanja podatkov, zagotovila anonimnost, zaposleni pa glede anonimnosti niso izrazili želje, zato sem uporabila njihova imena. Intervjuje sem oštevilčila s črkami od A do F, kjer črke A, B, C, D predstavljajo intervjuje z zaposlenimi in E in F intervjuje z uporabniki. Kodiranja in analize sem se lotila tako, da sem po podrobnem pregledu pretipkanih pogovorov oblikovala večje skupine kategorij, nato nadkategorij in na koncu tem. Predhodno sem kategorije oblikovala zaradi lažje nadaljne analize tabel.

Naključno izbrani zgled tabele kod:

Tabela 8.1: Izsek iz tabele obdelave podatkov

Št. izjave	Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema
A54	<i>V nekaterih primerih je v krizi že dovolj, da pusti telefonske številke, na katere se lahko obrne ali da se dorečejo pogostejši</i>	Telefonska dosegljivost, pogostejši termini	Delo v kriznih situacijah		Strokovno delo

	<i>termini, da si malo več z njim.</i>				
D14	<i>Kako pridejo ljudje do nas... Veliko jih pride preko bolnišnic, so napoteni preko zdravnikov, od psihiatrov ali splošnih zdravnikov... Največ jih napotijo, kot že rečeno, bolnišnice, kjer se ljudje stacionarno zdravijo.</i>	Preko bolnišnic, zdravnikov.	Informiranost uporabnikov		Pristop k storitvi

Po zaključenem urejanju tabele, sem oblikovala hierarhijo, sestavljeno iz kategorij in nadkategorij vstavljenih pojmov po spodnjem vzorcu:

Strokovno delo

- **Delo v kriznih situacijah**
 - Individualni krizni pogovor: A51, C31
 - Ocena stanja: A51, A56
 - LSF: A52
 - Spremljevanje: A53, D21
 - Telefonska dosegljivost: A54
 - Pogostejši termini, povečani obsegi ur: A54, A57
 - ...

Pristop k storitvi

- **Informiranost uporabnikov**
 - Priporočilo drugih A9, C7
 - Preko bolnišnice: C7, D14
 - Ustno obveščanje A9, D16, E15
 - Internet: D16

9. Rezultati

V pogovoru je sodelovalo 6 sogovornikov, 4 strokovni delavci in 2 uporabnika. Strokovni delavci so zaposleni v različnih skupnostnih storitvah psihosocialne oskrbe v Gradcu. Kdo so bili sogovorniki in na katerih področjih delujejo ali v katera so vključeni, sem predstavila v spodnji tabeli:

Tabela 9.1: Seznam intervjuvancev

	Ime in priimek	Status	Poklic	Storitev	Organizacija
1	Mateja Bratuša	Zaposlena	Psihologinja	Mobilna pomoč	GSFG
2	Anne Sigmund	Zaposlena	dr. psihiatrije	Dnevna bolnišnica	LSF
3	Anna Tropper	Zaposlena	Socialna delavka	Dnevna struktura	GSFG
4	Axel Thunhart	Zaposlen	Psihoaterapevt	Svetovalni center	GSFG
5	Anonimno	Uporabnik	/	Področje odvisnosti	IKA
6	Anonimno	Uporabnik	/	Dnevna struktura	GSFG

Rezultate sem razporedila po temah, temeljene ugotovitve pa sem podkrepila s citati posameznih sogovornikov.

9.1. Organizacija storitve

Storitve skupnostne oskrbe na avstrijskem Štajerskem izvajajo različna zasebna podjetja, t. i. *private firme*, med katerimi med največje sodijo GSFG in pro mente Steiermark.

Podjetja ponujajo različne storitve psihosocialne oskrbe za ljudi, ki imajo sami izkušnjo duševne bolezni, za njihove sorodnike in bližnje, nekatere pa tudi za osebe, ki imajo s tega področja zgolj kako vprašanje. V večini storitev so ključni uporabniki osebe, ki imajo dolgotrajne težave v duševnem zdravju.

Ponudba psihosocialnih storitev v skupnosti je predvsem v Gradcu zelo široka, kjer se storitve raztezajo od socialnodelovnih, psiholoških pa do psihoterapevstskih storitev.

Financiranje poteka največkrat preko invalidskega zakona (»Behindertengesetz«), kjer sredstva, odmerjena individualno na uporabnika, preko občine dobi neposredno izvajalsko

podjetje. Storitve so tako za večino uporabnikov brezplačne, razen v primerih visokih dohodkov uporabnika, ko mora storitve delno kriti sam. V primeru dnevnih struktur je dodaten strošek uporabnika dnevni prispevek za kosilo, če ga želi jesti v sklopu dnevne strukture.

Število mest v posameznih storitvah je odvisno od narave storitve. Strokovni delavec, zaposlen za polni delovni čas, v mobilni socialnopsihiatrični pomoči dela povprečno s 3 uporabniki na dan, posveti pa 1–3 ure na uporabnika. V dnevni bolnišnici LSF-a je na voljo 24 mest, v socialnopsihiatrični dnevni strukturi Hasnerplatz pa 15 mest dnevno, vendar je v strukturo vključenih skupno 27 uporabnikov. Psihosocialni svetovalni centri delujejo po načelu nizkopražnosti, zato ne nimajo omejitve mest za uporabnike. Pogostost obiskov uporabnikov v svetovalnem centru, ki imajo dogovorjene termine, je odvisna od njihovih potreb. Giblje se med 3-krat tedensko pa do 1-krat mesečno. Delo pa je organizirano tako, da je uporabnikom, ki pridejo nenapovedano, vedno nekdo na voljo. Osnovno razmerje ure z uporabnikom je razdeljeno na 50 minut neposrednega dela z uporabnikom in 10 minut namenjenih dokumentaciji.

Sestava zaposlenih na strokovnem področju je znotraj storitev v veliki meri podobna, kjer največjo poklicno skupino predstavljajo socialni delavci in psihologi, ki so prisotni v vseh raziskovanih strukturah. Psihoterapevti in psihiatri so prisotni v manjšem številu, vendar je vsaj po en psihiater na voljo skoraj v vseh storitvah, čeprav ni tam neposredno zaposlen (npr. psihiatrinja je zaposlena v svetovalnem centru, vendar nudi usluge tudi v sklopu mobilne pomoči in dnevnih struktur). V mobilni pomoči in v dnevni bolnišnici je zaposleno tudi diplomirano zdravstveno osebje in v slednji tudi ergoterapevti. Med strokovno osebje spadajo še pedagogi in sociologi. Nekateri izmed zaposlenih imajo dvojne poklicne funkcije kot npr. v svetovalnem centru, kjer je socialni delavec obenem tudi psihoterapevt (D23: *[...]En od tega ima dvojno funkcijo, je socialni delavec in psihoterapevt*).

Mobilna pomoč se predvsem zaradi narave dela z uporabniki storitve dogovarja za termine. Svetovalni centri prav tako, vendar so pri njih vrata odprta tudi brez predhodnega dogovarjanja. Mobilna pomoč največ dela opravi skozi obiske na domu, svetovalni centri pa težijo k prihajanju uporabnikov v pisarno, vendar se je možno dogovoriti tudi za obisk na domu. Mobilna pomoč je glede obsega ur dela z uporabnikom prilagodljiva. Glede na potrebe uporabnika se lahko obseg ur dela poveča ali zmanjša (A74: *Vedno se s klientom pogovorimo in iz pogovora se potem izkristalizirajo potrebe, težave, ki jih je potrebno rešiti*).

Včasih vidimo, da gre tudi za kako dodatno težavo, ki jo je potrebno rešiti in za katero so potrebne te ure pomoči. V teh primerih potem to določeno število ur ali povečamo, ohranimo ali zmanjšamo. Odvisno od posameznika). Kot je dejal strokovni delavec iz svetovalnega centra: Skupnostno področje ni nikakor tisto, ki bi reklo: »To je naša ponudba in če nekdo ne paše v našo šablono, mu ne moremo ponuditi nič drugega.« Mi se zelo močno trudimo upoštevati vsak individuum posebej.» (D75)

Uporabniki so v različne storitve skupno vključeni različno dolgo (*časovni potek*). V dnevni bolnišnici preživljajo med 3 in 8 tednov, medtem ko so v dnevne strukture največkrat vključeni tudi več let. Uporabnik dnevnih struktur, s katerim sem govorila, obiskuje dnevno strukturo že 12 let. Na dnevni bazi uporabniki dnevnih struktur in dnevne bolnišnice preživijo 7 ur dnevno. Število dni, ob katerih pa posamezni uporabnik obiskuje dnevne strukture, pa se giblje med 1 do 5 ur na teden. V primeru dnevne bolnišnice je možno čas obiskov prilagoditi glede na potrebe posameznika.

Med *pravila*, ki so jih tako zaposleni kot uporabniki največkrat izpostavili, sodijo osnovna hišna pravila. Če uporabnik npr. ne spoštuje pravila, da v dnevno strukturo ne sme priti opit, se mu poda opozorilo. Od uporabnikov se pričakuje aktivno sodelovanje ter rednost in točnost prihajanja na dogovorjene termine ali obiskovanja strukture. Kot je dejala zaposlena v mobilni pomoči, če pride do prepogostega odpovedovanja terminov, se uporabniku prilagodijo ure (A72: *V tem primeru se je odpovedovanje terminov dogajalo zelo pogosto in se po pol leta ni še nič spremenilo, zato bomo sedaj šli iz dveh terminov tedensko na en termin. Vedno se torej iščejo rešitve skupaj z uporabnikom. V tem primeru sta bila za uporabnico dva termina tedensko preveč*). Če se uporabniki v dnevnih strukturah ne udeležujejo delovnih dni, morajo svojo odsotnost opravičiti z zdravniškim potrdilom ali koristiti dopust. Za kršitev velja prekomerna odsotnost, zaradi katere lahko sledi prekinitev sodelovanja z uporabnikom. V večini storitev zaposleni skušajo vsako deviantno ravnanje najprej raziskati na podlagi pogovora. Če se med uporabnikom in zaposlenim ne more vzpostaviti učinkovito sodelovanje, se navadno primer preda drugemu strokovnemu delavcu. V redkih primerih agresije ali nasilja do zaposlenega pa se sodelovanje z uporabnikom prekine.

Zaposleni v mobilni pomoči, v dnevnih strukturah in v svetovalnih centrih vodijo *dokumentacijo* o poteku dela, o sprejetih dogovorih z uporabniki, o evalvaciji ciljev, o eksternih in lastnih ocenah ipd.

Psihohigiena zaposlenih igra v sistemu skupnostnih storitev na področju duševnega zdravja veliko vlogo. Za razbremenitev zaposlenih organizacija GSFG skrbi skozi timsko in individualno supervizijo in intervizijo. Zaposlena v mobilni pomoči in zaposlena v dnevni strukturi sta dejali tudi, da se zaposleni sproti razbremenijo tudi na timskih sestankih ter skozi medsebojne prijateljske odnose. Po lastnih aktivnostih pa so zaposlene v mobilni pomoči vprašali že na razgovoru za službo.

9.2. Pristop k storitvi

Pristop k vsem storitvam temelji na prostovoljni bazi. Izjemoma lahko v dnevne strukture uporabnik pride tudi preko resocializacijskega ukrepa sodišča.

Postopek za pristop k mobilni pomoči je sestavljen iz dveh srečanj, kjer eno izmed srečanj poteka na domu uporabnika. Strokovni delavci ocenijo primernost storitve za uporabnika in skupaj z njim vložijo prošnjo za občinsko financiranje. Enkrat mesečno nato na občino vložijo potrdilo o prejetih urah pomoči, na podlagi katerega potem organizacija dobi finančna sredstva (A6: Klienti skupaj z nami enkrat mesečno izpolnijo en dokument (»Betreuungsbeschäftigung«), iz katerega je razvidno, koliko minut/ur se je MSPP ukvarjala s klientom – če je bilo to npr. 700 minut, potem mi dobimo nakazilo v enaki vrednosti).

Za različne starostne skupine nudijo mobilno pomoč različne organizacije. Posebna mobilna pomoč je na voljo za mladostnike in za starostnike. Moja sogovornica je zaposlena v mobilni pomoči za odrasle, kjer je pogoj za pristop starost med 24 in 65 let. Drugi pogoj za priključitev k mobilni pomoči je diagnoza, ki mora biti vsaj zmerna ali huda. Starostna omejitev in diagnoza sta pogoj tudi za vključitev v dnevne strukture. Prilagoditev storitev na specifične skupine prebivalstva pa je značilna prav tako za svetovalne centre, kjer obstajajo posebni centri za študente, družine, starostnike ipd. V primeru svetovalnih centrov, ki so nizkopražni, ne obstajajo nobeni pogoji, katere bi uporabniki morali izpolnjevati za vključitev.

Uporabniki za posamezne storitve izvedo na različne načine (*informiranost*). Najpogosteje za skupnostne storitve izvedo skozi ustno obveščanje ali skozi bivanje v bolnišnicah. Nekateri pa jih najdejo tudi na internetu.

Zaposleni v vseh storitvah, razen v dnevni bolnišnici, so izpostavili *problem čakalnih vrst*. Uporabniki na vključitev v mobilno pomoč in na kontinuirano pomoč v svetovalnih centrih čakajo približno eno leto. Zaposlena v mobilni pomoči meni, da je sedaj situacija s čakalnimi

vrstami nekoliko boljša, kot je bila prej. V dnevnih strukturah je trenutna čakalna doba 2 leti, vendar ženske čakajo nekoliko manj, ker načelo sprejemanja sledi pravilu enakega števila žensk in moških in je slednjih aplikantov nekoliko več. Zaposleni v svetovalnem centru je dejal, da po izteku čakalne dobe pride do storitve le okoli 50 % uporabnikov, ki so bili na čakalni listi. Temu je bodisi tako, ker si uporabniki v tem času že poiščejo kako drugo obliko pomoči ali pa izgubijo motivacijo.

Na vprašanje o *ponudbi nadomestne pomoči* za čas čakanja na prosto mesto v posameznih storitvah je zaposlena v mobilni pomoči odgovorila, da ima uporabnik možnost vključitve v aktivno skupino, kjer so na voljo razne prostočasne in sprostivne dejavnosti, ali pa se lahko obrne na svetovalni center. Zaposlena v dnevnih strukturah je dejala, da lahko uporabnik obišče kavarno klientov ali pa poišče pomoč v drugih ustanovah skupnostne oskrbe.

9.3. Uporabniki

Med *osnovne dohodke* večine uporabnikov sodi »reha denar« (*Rehageld*), ki ga dobijo osebe, ki so bile prej zaposlene in so nato zbolele, za dobo 1 leta z možnostjo podaljševanja. Osebe, ki dobivajo reha denar, so torej začasno delovno nesposobne. Veliko uporabnikov je invalidsko upokojenih ali pa dobivajo minimalna zagotovljena sredstva. Nihče izmed uporabnikov, ki obiskuje dnevne strukture, ni zaposlen, niti ni prijavljen na zavodu.

Uporabnik, s katerim sem izpeljala intervju številka 6, meni, da dobiva mesečno veliko denarja. Njegov osnovni dohodek sestoji iz minimalnih zagotovljenih sredstev in denarja za nego (*Pflegegeld*). Ta oseba ni niti zaposlena niti prijavljena na zavodu za zaposlovanje. Za finančno področje ima postavljenega skrbnika, ki je njen oče. Nekateri uporabniki skupnostnih storitev imajo postavljene skrbnike za različna področja, vendar so ti najpogosteje pristojni za finančno področje. Navadno so skrbniki starši, sorodniki ali pa podjetja, ki so specializirana za področje skrbništev (*A30: V Avstriji obstajajo podjetja, ki so specializirana na področju skrbništva*).

Vsi uporabniki skupnostnih storitev živijo samostojno v skupnosti (*bivanje*). Nekateri od njih živijo sami, drugi s starši ali sorodniki, tretji s partnerji ali pa v različnih oblikah podpornega bivanja. Slednjih je najmanj (*D39: To pa zaradi tega, ker podpornega bivanja ni dosti v Grazu. Obstajajo 3–4 enote bivanja s podporo in podpornih stanov. skupnosti. Večinoma pa so klienti, ki obiskujejo našo organizacijo, integrirani v skupnost*). Tukaj je vredno omeniti tudi, da tisti, ki živijo v podpornih skupnostih, ne morejo biti

vključeni v mobilno pomoč, saj bi to pomenilo dvojno financiranje. Lahko pa so vključeni v svetovalne centre.

Socialne mreže uporabnikov so različne od posameznika do posameznika. Nekateri so dobro integrirani v skupnost in imajo okoli sebe veliko ljudi, drugi manj. Vsekakor pa so skupnostne strukture pomemben vir socialnih kontaktov.

Tako kot socialne mreže so od posameznika do posameznika odvisni tudi *cilji*. Nekateri bi se radi vrnili na trg dela, drugi se poslužujejo različnih skupnostnih storitev zato, da svoje duševno stanje ohranjajo v stabilnem stanju in se s tem zavarujejo pred bolnišničnim zdravljenjem. Cilj večine uporabnikov skupnostnih storitev je ohranjanje samostojnega življenja.

Zaposleni v dnevni bolnišnici in v dnevni strukturi zaznavata, da imajo uporabniki, ki se vključujejo v njihove storitve, velikokrat *potrebo* po strukturiranosti dneva. V dnevnih strukturah opažajo tudi potrebo po socialnih kontaktih, po pridobivanju in ohranjanju stabilnosti ter po učenju vsakodnevnih aktivnosti za življenje. Zaposleni v svetovalnem centru je strnil, da gre pri uporabnikih v glavnem za potrebe pomoči in podpore pri življenjskopraktičnih procesih na eni strani ter za pomoč in podporo na področju duševnega zdravlja posameznika na drugi. Tudi zaposlena v mobilni pomoči je dejala, da ljudje velikokrat potrebujejo pomoč pri življenjskopraktičnih nalogah, kot so urejanje in odplačevanje dolgov, spremljanje na različne urade ipd.

Vplivi uporabnika na posamezne storitve se med seboj razlikujejo. Največji vpliv na storitev ima uporabnik v storitvi mobilne pomoči, kjer so vse dejavnosti storitve orientirane na njegove individualno izražene potrebe in formulirane cilje. V primeru dnevnih struktur se uporabniki v sklopu jutranjega sestanka odločijo, v katero dejavnost, ki je na voljo, se bodo vključili in katero obveznost (čiščenje, kuhanje ...) bodo prevzeli (*C14: Potem se usedemo skupaj, kjer vsak poroča, kako se danes počuti, kako mu gre, nato si razdelimo, kdo danes kje dela (na katerem področju) in katero čistilno aktivnost bo prevzel*). V poglavje o vplivu uporabnika na storitev pa spada tudi prostovoljna možnost prenehanja obiskovanja storitve, katero imajo uporabniki v vseh raziskanih storitvah.

Ko sem z uporabnikoma govorila o (možnosti) vključenosti v druge skupnostne storitve, je prvi odgovoril, da je določen čas razmišljal o vključitvi v mobilno pomoč, vendar se je zaradi varovanja zasebnosti odločil, da se ne bo vključil (*E9: O tem sem že razmišljal. Želel sem se*

vkjučiti, ja, ampak sedaj sem se spet odločil drugače. Ne želim, da kdo od tujih ljudi hodi k meni domov, v moje stanovanje). Drugi uporabnik je bil pred prihodom v dnevne strukture vključen v dnevno bolnišnico, sedaj pa je vzporedno z dnevno strukturo vključen še v mobilno pomoč.

Ko sem z uporabnikoma govorila o *številu pomagajčih oseb*, s katerimi sta povezana v svojem življenju, je prvi uporabnik (Intervju 5) dejal, da mu trenutno največjo oporo predstavlja njegov oče, ki je hkrati tudi njegov negovalec in finančni skrbnik. V sklopu skupnostne storitve pa ima stalnega svetovalca na IKA-i, ki je po poklicu socialni delavec, in nadomestno svetovalko, ki je psihologinja. Za obe osebi pravi, da se lahko nanju kadarkoli obrne in da sta mu na voljo tudi brez predhodnega najavljanja. Uporabnik, ki je vključen v dnevne strukture, pa je za glavno pomoč in podporo navedel storitev mobilne pomoči, saj ima tudi on stalno svetovalko, ki ga obiskuje enkrat tedensko. Na vprašanje, koga najprej pokličeta, ko pride do krizne situacije, je prvi uporabnik odgovoril, da svoje starše, drugi pa, da mobilno pomoč.

Oba sta dejala, da sta bila že velikokrat hospitalizirana (*stacionarno zdravljenje*). Drugi uporabnik pravi, da so se hospitalizacije v njegovem primeru bistveno zmanjšale, odkar je vključen v dnevne strukture (*F5: Nazadnje sem bil v LSF leta 2015. Preden sem začel z dnevnimi strukturami, sem bil dosti pogosteje v bolnišnici kot sedaj.*). Na vprašanje, kako je bilo v bolnišnicah, je prvi uporabnik strnil, da so bile hospitalizacije dobre in slabe. Da sicer opravljajo svoje delo, vendar da je dal skozi tudi izkušnjo privezovanja, ko je bilo njegovo vedenje odstopajoče. Zaposlena v mobilni pomoči je na to temo dodala, da na splošno niti uporabniki niti zaposleni ne gredo radi v bolnišnice, če pa je uporabnikom treba iti, pa jih večina raje gre v bolnišnico Krankenhaus der Bramherzigen Brüder kot pa v LSF (Landesnervenklinik Sigmund Freud). Po besedah zaposlene v mobilni pomoči in prvega uporabnika zdravljenje traja približno 2–3 tedne. Po končanem zdravljenju pa imajo uporabniki tudi možnost iti na rehabilitacijo v Bad Aussee, kjer se delo posveča predvsem aktivaciji uporabnikovih resursov.

9.4. Strokovno delo

Med *temeljne koncepte* dela, ki so jih izpostavili zaposleni, spada individualizacija potreb uporabnikov in tudi dela, na kar se navezuje tudi formulacija ciljev glede na potrebe uporabnikov in ravnanje v skladu z njegovimi sposobnostmi. Zaposlena v dnevni bolnišnici

kot tudi zaposlena v mobilni pomoči sta prav tako omenili koncept opolnomočenja (*B18: Na primer skozi opolnomočenje (Empowerment) pacientov, kjer skušamo skupaj s pacienti ovrednotiti njegove socialne in osebne vire*). Obe sta govorili tudi o pomembnosti aktivacije virov uporabnikov ter kontinuiranega dela (*A87: Zelo pomembna je kontinuiteta odnosa – redna srečanja, poglobljeni odnosi. Skozi redna srečanja se lahko klienti sprosti razbremenijo, hkrati pa lahko delaš na aktiviranju njegovih resursov. V bistvu je naše delo močno orientirano na aktivacijo posameznikovih virov. Pomembno je tudi, da kliente spomniš na pozitivne izkušnje, da jih spomniš na njihove notranje moči*). Zaposlena v dnevni bolnišnici je strnila, da v dnevni bolnišnici delajo po načelu *omogočiti možno* in da ravnavo v skladu s sposobnostmi uporabnika. Pri delu jim je pomembno zajeti tako socialne kot osebne okoliščine posameznikov. V dnevni strukturi je zaposlena izpostavila, da vsak posameznikov problem jemljejo resno in da se ravnavo po načelu *vsak človek je človek*. V svetovalnem centru pa je zaposleni povedal, da so za njih relevantni vsi koncepti in načela, ki spodbujajo, olajšujejo in motivirajo posameznika in njegove situacije.

Zaposlena v mobilni pomoči je poudarila, da pri delu stremijo k temu, da uporabniki prevzamejo nadzor nad svojim življenjem, mu pomagajo pri premagovanju ovir in spodbujajo samostojnost. Ničesar ne delajo namesto njih, temveč jih spodbujajo, da zadeve uredijo sami (*A88: Stremimo k temu, da klienti sami prevzemajo nadzor nad svojim življenjem, da si sami urejajo različne pomoči, hodijo v trgovino ipd. Zagotavljamo jim pomoč pri vsem tem, vendar ne delamo ničesar namesto njih*).

Naloge mobilne pomoči tako zajemajo predvsem spremstvo, podporo posameznikov pri celem spektru njegovih potreb, kot tudi pojasnjevanje in povezovanje uporabnikov z drugimi skupnostnimi storitvami, ki so na voljo v sistemu. Skušajo aktivirati posameznikove vire in mu pomagati pri razbremenitvi. Njihova naloga je tudi pomagati uporabniku pri vključevanju v razne aktivnosti ali terapije ter ga na to pripraviti (*A49: Npr. v kake prostočasne dejavnosti ali pa v psihoterapijo, ki je v Avstriji dokaj močna. Skupaj poiščeva primernega terapevta, moja naloga v odnosu do uporabnika pa je, da ga na to pripravim. Po potrebi uporabnika tudi spremljam na terapijo*). Delo vedno temelji na prostovolji bazi, brez prisile.

Tudi svetovalni centri imajo pojasnjevalno in povezovalno funkcijo. Obojim, tako mobilni pomoči kot svetovalnim centrom, podlago za delo predstavlja pogovor. Delo slednjih izgleda tako, da v sklopu enega centra delujejo različni poklici, kjer je glavnina pomoči, ki jo nudijo uporabnikom, podobna. Ko pride do poklicno specifičnih vprašanj in tem, pa uporabnika

napotijo k določenemu strokovnjaku: npr. reševanje uporabnikovih travm je domena psihoterapevta, pomoč pri pridobivanju različnih finančnih sredstev pa delo socialnega delavca. V sklopu centra je kot pomembnejše naloge zaposleni izpostavil življenjski/osebni trening, pomoč pri sprejemanju odločitev in reševanje praktičnih situacij, v katerih se znajdejo uporabniki (*D42: Največkrat gre za življenjski trening, praktično podporo, vodenje. Veliko ljudi preprosto potrebuje podporno spremstvo in upoštevanje psihoterapevtskih aspektov. Nekoga, ki podpira, spremlja, motivira in na splošno spodbuja*).

Po besedah zaposlene dnevna bolnišnica ne ustreza delu klasične psihiatrije, saj je individualizirana na potrebe posameznika. Tudi dnevne bolnišnice imajo povezovalno in pojasnjevalno funkcijo v povezavi z drugimi skupnostnimi storitvami.

Glavna naloga tako dnevne bolnišnice kot tudi dnevnih struktur je spodbujanje in zagotavljanje samostojnosti posameznika. Zaposleni v mobilni pomoči in v dnevni strukturi pa poudarjata tudi pomembnost spodbujanja pozitivnih izkušenj posameznikov (*B19: K samostojnejšemu življenju skušamo pripomoči tudi skozi vodila, po katerih se ravnamo terapevti: ovrednotiti in ravnati v skladu s pacientovimi sposobnostmi, upoštevati in spoštovati meje, omogočiti in spodbuditi njegove pozitivne izkušnje. Pomembno tukaj pa je tudi, da skupaj s pacienti določimo cilje terapije, ki se jim potem prilagodi in mu sledi sam proces obravnave*).

Ko sva s prvim uporabnikom (Intervju 5) govorila o tem, ali ima občutek, da zaposleni v IKA-i upoštevajo in spoštujejo njegove želje, je odgovoril pritrdilno. Odgovor je podkrepil z izjavo, da mu socialni delavec skuša pomagati do osamosvajanja in s tem do popolnoma samostojnega življenja. Trenutno delata na prekinitvi finančnega skrbništva, ki je sedaj domena njegovega očeta. Povedal je tudi primer, ko je socialnemu delavcu izrazil željo po mediativnem delu med njim, njegovimi starši in zaposlenimi v storitvi. To željo so upoštevali glede na to, da so se do sedaj skupaj dobili že trikrat. Tudi drugi uporabnik (Intervju 6) je dejal, da ima občutek, da zaposleni upoštevajo njegove želje. To je podkrepil s primerom, da ko je za svoje stanovanje potreboval nek izdelek iz lesa, si ga je lahko izdelal in brezplačno odnesel domov. Sistem skupnostnih storitev sledi ideji, da se po zaključenem stacionarnem zdravljenju podpora in pomoč uporabnikom nudita v skupnosti, v njihovem domačem okolju.

Pomembnost interdisciplinarnega dela je razvidna že iz sestave zaposlenih, ki sem jo predstavila v temi organizacije storitev. Zaposleni v večini storitev poudarjajo, da gre tako

znotraj storitev kot tudi med različnimi storitvami za dobro interdisciplinarno kooperacijo. Tako mobilna pomoč kot tudi dnevne strukture in svetovalni centri se enkrat tedensko sestajajo na timskih sestankih, kjer izmenjujejo mnenja, poglede in nasvete znotraj različnih poklicev (*D62: Mi imamo pogoste timske sestanke, 2 uri 1-krat na teden, ko se vsi usedemo skupaj. Najprej se na kratko pogovorimo o organizacijskih zadevah, nato je vse povezano s klienti. 20–30 % je organizatornega dela in 70–80 % je izmenjava mnenj vezana na kliente*). Kot je poudaril zaposleni v svetovalnem centru, gre na timskih sestankih po eni strani za izmenjavo informacij, po drugi strani pa za zagotavljanje kvalitete storitev uporabnikom (*D63: Včasih gre za pogovor med dvema svetovalkama, ki obe delata na istem primeru. Govori se o tem, kako obe strani vidita primer, kako ga dojemata, kaj ima smisel v nadaljni obravnavi ... Nato poskušamo primer strukturirati, v multiprofesionalnem timu preprosto predebatirati, pogledati ali obstajajo kake nove ideje, drugačno razumevanje, če smo kaj spregledali ... Gre za izmenjavo informacij in zagotavljanje kvalitete*). Poleg rednih timov imajo trikrat letno tudi ekstratime in intervizije. Dnevne strukture dobro sodelujejo z zaposlenimi v bolnišnicah, slednji pa z zunanjimi storitvami (*C51: Pogosto imamo kontakt s socialnimi delavci iz bolnišnice, ki so tudi pristojni, da zagotovijo kvalitetno oskrbo klientom tudi zunaj bolnišnice. Imamo pa tudi kontakt z zdravniki in psihoterapevti. Naša psihiatrinja je pogosto v kontaktu tudi s psihiatri iz bolnišnic*). Zaposlena v dnevni bolnišnici je dobro interdisciplinarno sodelovanje znotraj storitve podkrepila z izjavo, da jim je uspelo doseči cilje dnevne bolnišnice z manj številčnim osebjem, kot so si zadali.

Kako pa skupnostne storitve pripomorejo k *razširjanju socialne mreže uporabnikov*? Na to vprašanje je zaposlena v mobilni pomoči odgovorila, da skozi vključevanje uporabnikov v različne aktivnosti. Zaposlena v dnevni strukturi je omenila, da so dnevne strukture same po sebi vir socialnih kontaktov za uporabnike, čemur je z izjavo, da gre tudi po zaključenem dnevu včasih s kom iz dnevne strukture na kavo, pritrdil tudi njihov uporabnik.

Na vprašanje o *načinu dela z uporabniki v kriznih situacijah* sta zaposleni v mobilni pomoči in v dnevni strukturi odgovorili, da se najprej lotijo reševanja s pomočjo individualnega pogovora z uporabnikom (*C31: Najpogosteje se s klientom v krizi pogovorimo v individualnem pogovoru. Imamo pa tudi možnost v DS povabiti psihiatrinjo, ki dela v svetovalnem centru blizu nas*). Zaposlena v mobilni pomoči je razložila, da skozi pogovor skuša oceniti stanje, v katerem se je znašel uporabnik, če tega ne zmore, pa ima možnost vključiti tudi kakega sodelavca ali hišnega psihiatra, ki je zaposlen v njihovi organizaciji.

Glede na uporabnikove potrebe ima možnost povečanja obsega ur dela z uporabnikom, v nekaterih primerih pa je dovolj že njena telefonska dosegljivost. V primeru zelo slabega stanja uporabnika se ga skuša motivirati, da gre na zdravljenje v bolnišnico, kamor ga po potrebi tudi spremlja. Podobno poteka delo v krizni situaciji uporabnika tudi v svetovalnem centru (*D21: Ampak če pride do take situacije, vedno poskušamo najprej motivirati osebo, da gre sama v bolnišnico, kamor jo lahko po potrebi tudi pospremimo*). V redkih primerih (enkrat do dvakrat letno), ko zaposleni zaznajo nevarnost samopoškodovanja ali poškodovanja koga drugega, pride do prisilne hospitalizacije preko policijskega zdravnika (*D22: V najslabšem primeru pa potem pokličemo policijo. Ampak to se zgodi zelo redko, mogoče 1-krat ali 2-krat letno*). V večini primerov pa se uporabniki prostovoljno odločijo za odhod v bolnišnico.

Zanimalo me je tudi, *kako vlogo igrajo diagnoze uporabnikov pri delu*. Zaposleni v mobilni pomoči in v dnevnih strukturah sta odgovorili, da so diagnoze pomembne za razumevanje posameznikovega obnašanja v določenih situacijah, a na splošno igrajo pri delu majhno vlogo (*A90: Diagnoza je izhodišče. Da razumeš samo diagnozo, da ti je potem lažje delati. Npr. imela sem primer, ko je klientka prišla in je najprej pol ure glasno kričala name. V tem primeru je pomembno, da razumeš diagnozo, da potem teh projekcij ne vzameš osebno, da se ne razburiš*). Temu odgovoru se je pridružil tudi zaposleni v svetovalnem centru, a je dodal, da so včasih pomembne tudi za obračunavanje storitev in dokumentacijo. Dejal je, da sama diagnoza za delo strokovnih delavcev v centru nima velikega pomena, je pa pomembna za hišnega zdravnika, ki vodi terapije z medikamenti. Vredno je omeniti tudi, da je zaposleni dejal, da ko uporabniki pridejo v svetovalni center, njegovi diagnozi, postavljeni s strani njegovega zdravnika, ne zaupajo na slepo, temveč ga sami znotraj tima ponovno diagnosticirajo (*D54: K nam pridejo ljudje, ki jim je hišni zdravnik postavil npr. diagnozo depresije. Ta diagnoza je lahka za postaviti, saj jo je ljudem lahko pripisati. Ker so simptomi lahki za opisati: »Ne morem se spočiti, cel čas sem utrujen, seboj nosim težo ...« Ampak to ne pomeni, da je to pravilna diagnoza. In zaradi tega se mi trudimo vzeti čas, v katerem o primeru debatiramo tudi v delovnem timu. To ne pomeni, da mi vedno postavimo pravo diagnozo, ampak je zagotovo pomembno, da se o tem pogovarjamo znotraj tima, kjer lahko vsak izmed različnih profilov prispeva svoj pogled in da si za to vzamemo dovolj časa*). V dnevni bolnišnici igra diagnoza nekoliko večjo vlogo, saj kot pravi zaposlena, predstavlja pogoj za terapevtsko delo in obenem tudi smernico za delo. Ne nazadnje pa je pomembna tudi za obračun storitev.

Zaposleni iz vseh raziskanih storitev se strinjajo, da gre v večini primerov uporabnikov za dvojne diagnoze – npr. v primeru posttravmatske motnje je velikokrat prisotna tudi depresija ipd.

Zaposlena v mobilni pomoči se je skozi pogovor dotaknila tudi *spolno in etnično specifičnega dela*. Ker sama prihaja iz Slovenije, je dejala, da je na nek način njena domena tudi delo z ljudmi iz bivše Jugoslavije, saj se jim lahko zaradi jezika bolj približa. Dodala je, da imajo v njihovem timu zaposleno tudi svetovalko iz afriških držav, ki je pristojna za uporabnike iz južne celine. V Grazu pa je na voljo tudi spolno specifična ponudba, npr. pomoč ženskam.

9.5. Dezinstitutionalizacija

Na vprašanje o mnenju, ali je Avstrija že naredila *dovolj v smeri dezinstitutionalizacije*, sta zaposleni v mobilni pomoči in v dnevni strukturi odgovorili pritrdilno (*A115: Po mojem mnenj, so Avstrijci na tem področju storili že ogromno*). Zaposlena v mobilni pomoči meni, da avstrijski razvejan sistem skupnostne oskrbe uporabnikom predstavlja varovalo pred zavodsko oskrbo. Če povzamem zaposleno v dnevni strukturi, obstaja obratno sorazmerje med vključenostjo v skupnostne strukture in hospitalizacijami – bolj so ljudje vključeni v skupnostne strukture, manj je hospitalizacij. Po njenem mnenju je dezinstitutionalizacija dobra tako za uporabnike z več vidikov kot tudi za državo s finančnega vidika. Meni tudi, da je za uporabnike v skupnosti dobro poskrbljeno tako skozi finančno podporo kot tudi skozi razvit sistem različnih pomoči. Glede na to, da GSFG konstantno zaposluje strokovno osebje na področju skupnostne oskrbe, saj je iz tega področja vedno več potreb, sklepa, da gre razvoj skupnostne oskrbe v smeri dezinstitutionalizacije. Samostojnost uporabnikov in s tem dezinstitutionalizacija je tako cilj vsem skupnostnim storitvam.

Zagotavljanje samostojnega življenja uporabnikom skuša mobilna pomoč doseči skozi individualizacijo posameznikovih potreb in njihovo zadovoljevanje. V sklopu dnevnih struktur imajo uporabniki možnost dodatnega zaslužka preko skupnostnih projektov, ki delujejo neodvisno od dnevne strukture (kavarna, pošta). Uporabnik, s katerim sem opravila šesti intervju, je dejal, da mu v prvi vrsti samostojno življenje omogoča substitut terapija, zaradi katere ni primoran v nakup drog na črnem trgu, takoj zatem pa mu to zagotavlja IKA, ki mu nudi različne oblike psihosocialne pomoči.

Kdo pa so tisti uporabniki, ki pristanejo v zavodih (*insitucionalno bivanje*)? Na to vprašanje je zaposlena v mobilni pomoči odgovorila, da gre v teh primerih največkrat za osebe, ki imajo težave tako na fizičnem kot na psihičnem področju. Meni, da je namestitev v zavod na Štajerskem bolj izjema kot pravilo (A132: *To, da nekdo pristane v zavodu je bolj izjema kot pravilo. Če pa že pride do tega, pa gre za uporabnika, ki sam ni sposoben živeti. Velikokrat je poleg psihične prisotna tudi fizična bolezen*). Zaposlena v dnevni strukturi je izrazila pozitivno mnenje o edinem obstoječem velikem zavodu na Štajerskem – Kainbachu: »Na Štajerskem obstaja en večji negovalni center Kainbach, v katerem živijo ljudje s kognitivnimi in psihičnimi ovirami. Sama sem obiskala ta center in sem bila v glavnem pozitivno presenečena: znotraj območja centra obstajajo podporne stanovanjske skupnosti in kmetije» (C56). Zaposleni v svetovalnem centru, v dnevni strukturi in v mobilni pomoči menijo, da je pomembno, da obstaja celi spekter različnih oblik namestitev, vključno z zavodsko obliko. Po njihovem mnenju je pomembno, da imajo uporabniki *možnost izbire* in možnost poizkusiti različne oblike bivanja (C57: *Menim, da je pomembno za vsakega posameznika poiskati primerno obliko bivanja. Pomembno je, da se ljudje tam dobro počutijo*) in (D66: *Moje mnenje o tej temi je zelo ambivalentno. Menim, da ni možno, da bi se vse popolnoma dezinstitutionaliziralo. Pomembno je pogledati na to, da obstaja regionalizacija storitev. Vendar to ne pomeni, da ne potrebujemo intenzivnejših oblik pomoči pri bivanju. Menim, da ni možno, da bi bili vsi ljudje dobro integrirani v družbo in samostojno živeli. Sem mnenja, da imajo ljudje popolnoma različne ovire in da rabimo od vsega nekaj*).

Glede na to, da sem skozi proces raziskovanja naletela na *pasivnost teme dezinstitutionalizacije* na Štajerskem, sem zaposlene na intervjujih vprašala, čemu je to tako. Zaposlena v mobilni pomoči je odgovorila, da se o dezinstitutionalizaciji konkretno več ne govori kaj dosti, ker je že dovolj implementirana v sistem. Zaposlena v dnevni strukturi pa, da dezinstitutionalizacija na Štajerskem pač ni velika tema. Zadnje vprašanje o tej temi pa je bilo, ali vedo za *zapiranje kakega drugega zavoda v Avstriji* v bližnji prihodnosti. Na to vprašanje so vsi odgovorili negativno.

9.6. Predlogi za izboljšave

Za začetek sem pri tej temi povprašala o *zadovoljstvu in pozitivnih aspektih storitev*, v katere so sogovorniki vključeni. O dobrih odnosih znotraj storitve sta govorili zaposlena v mobilni

pomoči in v dnevnih strukturah. Prav tako je o pozitivni klimi govoril drugi uporabnik (Intervju 6), ki je v zvezi s storitvijo izrazil svoje zadovoljstvo. Zadovoljen je tudi prvi uporabnik, ki je vključen v IKA-o (*E39: Zame ni pri IKA-i nobene kritične točke, ki bi jo želel izboljšati. Zame je IKA najboljše, kar se da dobiti v Grazu*). Tam se počuti sprejetega in pomembno mu je, da je storitev nizkopražna. Pravi, da je infrastruktura storitev v Grazu na splošno zelo dobra, čemur pa ni tako v drugih štajerskih regijah. Zaposlena v mobilni pomoči je dodala tudi, da ne vidi potrebe po dodatnem zaposlovanju znotraj njihovega tima, saj bi to kvečjemu otežilo komunikacijo med zaposlenimi (*A102: Mi vedno na novo zaposlujemo. Zdaj se mi zdi, da nas je dovolj (trenutno nas je 26). Če bi nas bilo več, je potem problem v kvaliteti diskusije, ko imamo velike time, enkrat mesečno*).

V temo predlogi za izboljšave sem uvrstila tudi nadkategorijo *težave pri delu*, saj lahko na podlagi teh izpeljem predloge za rešitve.

Zaposleni v mobilni pomoči in v dnevni strukturi sta izpostavili težave z razmejevanjem službenega in privatnega življenja. Tudi postavljanje mej glede sodelovanja med uporabnikom in zaposlenim je iz njune perspektive zelo pomembno. Nadalje zaposlena v mobilni pomoči kot težavo vidi problem izgorelosti, ki ga je tudi sama že izkusila (*A97: Izgorelost je ena izmed večjih težav, na katere sem naletela. Sama sem se srečala z izgorelostjo letos pozimi*). V dnevni bolnišnici je zaposlena poudarila, da je težavno ohranjati kontinuiteto dela zaradi narave storitve. V dnevnih strukturah pa kot poglavito težavo zaposlena vidi preobsežno dokumentacijo in birokracijo. V svetovalnem centru zaposleni pravi, da dokumentacije sicer ni preveč, je pa se v zadnjih letih povečala stopnja birokratizacije.

Zaposleni v svetovalnem centru in prvi uporabnik (Intervju 5) se strinjata, da se Štajerska sooča s pomanjkanjem nizkopražnih zdravnikov. Druge *pomanjkljivosti* pa vsak intervjuvanec vidi na svoj način. Zaposlena v mobilni pomoči izpostavlja, da je pomanjkljivost njihovega dela to, da so večinoma sami, saj neprestano delajo na terenu (*A101: Pomanjkljivost je, da si večinoma časa sam. Predvsem zato, ker sem timski človek, je zelo fajn, če je takrat, ko pridem v pisarno, nekdo tam. Da lahko поделиš izkušnjo, da se malo olajšaš, da si svetuješ. Ampak problem je, da so vsi na terenu. Tudi vodstvo organizacije. V pisarni je le tajnica, nihče drug*). Kot pomanjkljivost vidi tudi, da hišna psihiatrinja iz njihove organizacije več ni prisotna na timih, kar jim otežuje delo. Zaposlena v svetovalnem centru in v dnevni bolnišnici razlagata, da je na voljo premalo terapevtov, ki bi kontinuirano delali z uporabniki (*B33: Nadalje se soočamo tudi s premalim številom*

terapevtov, ki bi kontinuirano delali s pacienti in ki bi skupaj s pacienti sledili njihovim prej dogovorjenim ciljem). Pravita tudi, da število zaposlenih zakonsko sicer ustreza normam, vendar te norme ne ustrezajo praktičnemu delu. Zaposleni v svetovalnem centru opaža, da je velika potreba po psihoterapiji, vendar na voljo ni dovolj terapevtov.

Na podlagi zadovoljstva in nezadovoljstva s storitvijo oziroma težav pri delu sem pogovor speljala na morebitne *predloge za izboljšave*.

Zaposlena v mobilni pomoči meni, da bi bilo dobro v ponudbo vpeljati več alternativnega zdravljenja. Pravi, da je v njihovi ponudbi na voljo NADA akupunktura, vendar to po njenem mnenju ni dovolj. Omenila je tudi, da bi bilo dobro, če bi bila na srečanjih s klienti prisotna dva zaposlena. Kot tretji predlog je izpostavila razširitev možnosti vključevanja uporabnikov v vsakdanje aktivnosti, ki so nepovezane z duševno boleznijo (*A129: Zelo dobro bi bilo, da bi se klienti imeli možnost vključiti in imeli financirano ali vsaj sofinancirano, kako vsakdanje popoldanske dejavnosti v mešani populaciji, ki ne bi bile organizirane samo za ljudi s težavami v duševnem zdravju. Npr. pri športnih aktivnostih ali učenju jezikov in podobno*). Po njenem mnenju bi bilo koristno, če bi se uporabniki vključevali v aktivnosti, namenjene celotni javnosti, ne samo tiste, ki so organizirane specifično za uporabnike s težavami v duševnem zdravju. Zaposlena v dnevni strukturi in svetovalnem centru sta izpostavila potrebo po zaposlovanju strokovnega kadra, saj bi se s tem skrajšale čakalne dobe (*D70: Če izhajam iz lastnih potreb, bi se morali svetovalni centri zajeziiti. V števičnem planu ÖBIG-a obstaja še veliko prostora za nove zaposlene. Zaposliti več osebja bi bilo zelo dobro, saj bi se s tem skrajšale čakalne vrste*). V povezavi z zavodsko oskrbo pa je zaposleni v svetovalnem centru omenil, da bi bilo potrebno individualizirati ponudbo tamkajšnjih storitev (*D68 – 69: Pomembno za ljudi je, da imajo možnost izbire, da imajo možnost poizkusiti nove oblike bivanja, ampak potrebna pa je cela ponudba. V idealnem primeru mora biti ponudba individualizirana za vsako osebo posebe*). Dodal je tudi, da bi bilo potrebno razširiti ponudbo in olajšati dostop do zdravnikov.

Skoraj vsi zaposleni in uporabniki se strinjajo, da se mora še veliko izboljšati na področju skupnostne oskrbe v ruralnih območjih Štajerske. Razširiti se mora ponudba in uporabnikom, živečim izven Graza, zagotoviti enake možnosti kot tistim, ki živijo v Grazu (*D74: V Grazu je tako, da obstaja od vsega nekaj, ampak vseeno je na določenih področjih premalo. V Grazu je ponudba raznolika (storitve za otroke in mladostnike, ženske, mlade ženske, družine, droge, študente ...), v drugih regijah pa obstajajo le svetovalni centri kot taki. Za tisto osebje to pomeni veliko več stresa, obremenitev ...*). Regionalizacijo storitev

vidijo vsi kot največjo potrebo v skupnostnem sistemu na Štajerskem. Tako zaposlena v dnevni bolnišnici kot tudi zaposlena v dnevni strukturi menita, da se mora omogočiti več zaposlitvenih projektov za dolgotrajne uporabnike v različnih podjetjih in jim s tem omogočiti možnost dodatnega zaslužka (*C69: Ti uporabniki potrebujejo možnost aktivnega udeleževanja v delovni sferi. Dobro bi bilo, če bi imeli na voljo več zaščitenih možnosti za delo. Dobro bi bilo že, če bi se lahko zaposlili vsaj za nekaj ur tedensko. Da bi si lahko k minimalnim sredstvom zaslužili vsaj nekaj malega*). Menita, da bi koordinacijo njihovega dela morale voditi strokovno osebje iz socialnega področja ter da morajo delovne možnosti za tovrstne uporabnike biti neomejene. Sedaj namreč obstaja npr. mesečni cenzus dodatnega zaslužka, ki ga invalidsko upokojeni uporabnik ne sme preseči. Zaposlena v dnevni bolnišnici pa meni tudi, da bi morali olajšati prehod med stacionarno in skupnostno oskrbo ter da bi se za skupnostne storitve morale nameniti več finančnih sredstev.

Zaposlena v dnevni bolnišnici je predlagala novo službo v skupnosti, ki bi ponujala terapijo uporabnikom v subakutni fazi bolezni in ki bi delovala v neposrednem okolju uporabnika. Za nove poklice, ki bi doprinesli k izboljšanju skupnostnega sistema, pa je naštela koordinatorje primerov in življenjske/osebne trenerje.

10. Razprava

Prehod iz stacionarne v skupnostno oskrbo lahko za uporabnika predstavlja stresno obdobje, saj zunanja družba od njega zahteva sledenje družbenim normam, med katere spada ponovna vključitev v vsakdanje življenje in v delovno sfero. Poleg tega pa lahko zaradi bolezni, fizične ali psihične, pride do oteženega socialnega vključevanja in težav na področju zaposlovanja, druženja, skrbi zase in za gospodinjstvo, ohranjanja in razširjanja socialne mreže ipd. Tako mora skupnostna oskrba zaradi lažjega prehoda kot tudi na splošno zaradi spodbujanja dolgotrajnega samostojnega življenja uporabnika nuditi najrazličnejše storitve, prilagojene posameznikovim potrebam in željam.

Skozi proces raziskovanja sistema skupnostne oskrbe na avstrijskem Štajerskem sem prišla do spodaj prikazanega grobega kažipota poti in storitev, ki so na voljo ljudem z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju.

Slika 10.1: Hiter pregled storitev



VIR: Lasten vir.

Na Štajerskem so uporabnikom s težavami v duševnem zdravju v akutnih stanjih na voljo tri *bolnišnice*, vse tri locirane v Grazu. Z namenom lažjega prehoda iz stacionarnega zdravljenja v roke skupnostne oskrbe imajo možnost vključitve v dnevne bolnišnice, kjer preživljajo 7 ur dnevno, preostali čas pa bivajo v svojem domačem okolju. V dnevni bolnišnici delo že temelji na uporabnikovih predhodno zastavljenih ciljih.

Po zaključeni stacionarni ali polstacionarni obravnavi pa se ima uporabnik možnost vključiti v *ustanove skupnostne ali komplementarne oskrbe*.

V *psihosocialnih svetovalnih centrih* ponujajo uporabnikom akutno pomoč, individualno in skupinsko terapevtsko obravnavo, obiske na domu kot tudi svetovanje svojcem ter prostočasne aktivnosti za uporabnike in njihove svojce. Po potrebi imajo svetovalni centri tudi povezovalno funkcijo z ostalimi ustanovami skupnostne oskrbe.

Na področju *bivanja* uporabnikov z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju obstajajo različne možnosti. *Podporno bivanje* obsega različne oblike nastanitve, in sicer podporne hiše ali stanovanjske skupnosti ter podporno individualno bivanje v svojem stanovanju.

Mobilna socialnopsihiatrična pomoč je namenjena uporabnikom, ki živijo v lastnih stanovanjih in v okolju po lastnem izboru. Mobilna pomoč podpira in pomaga uporabniku pri samostojnem bivanju in je vedno prilagojena uporabnikovim individualnim potrebam.

V tematiko *dela in rehabilitacije* spada vse od intervencije na delovnem mestu do izobraževanja in treningov za ponovno vključevanje na trg delovne sile, pravne pomoči, možnosti dodatnega zaslužka in posebnih oblik dela.

Socialnopsihiatrične dnevne strukture pa uporabnikom nudijo delovno terapijo, učenje življenjsko-praktičnih opravil, skupinsko terapijo in aktivnosti za skupno preživljanje prostega časa. Cilj dnevnih struktur je ponovna vzpostavitev urejene dnevne strukture posameznikov.

Uporabniki pa imajo na voljo tudi *prostovoljno socialno spremstvo*, ki ponuja skupno preživljanje prostega časa in podporo pri vsakodnevnih opravilih, pomembnih za samostojno življenje. Socialno spremstvo je pomembno zaradi vzpostavitve ali razširjanja socialne mreže uporabnikov, vzpostavljanja in ohranjanja stabilnosti, zaupanja in medčloveških odnosov.

V *posebno ponudbo* spadajo vse ostale storitve, namenjene uporabnikom s težavami v duševnem zdravju, ki se ne uvrščajo v zgoraj naštetе kategorije, npr. storitve, vezane na forenzično psihiatrijo.

Krovne organizacije združujejo društva in združbe, ki so dejanski izvajalci storitev. Za organizacijo, ki nudi najbolj razvejano ponudbo društev in s tem tudi storitev šteje Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit (GSFG), sledijo pa ji Hilfswerk Steiermark GmbH, Rettet das Kind Steiermark, pro mente Steiermark GmbH itd. Skupno tako obstaja 21 takih organizacij, pokrivajo pa storitve psihosocialnih svetovalnih centrov, dnevnih struktur, dnevnih bolnišnic, podpornega bivanja, mobilne socialnopsihiatrične pomoči, delovnih in rehabilitacijskih tematik, socialnega spremstva in posebne ponudbe.

Ko govorimo o sestavi zaposlenih v posameznih storitvah, ne moremo mimo interdisciplinarne naravnosti. Kot navajata Kobalt in Rapovš Pavel (2004: 51) je za skupnostno oskrbo uporabnikov zelo pomembno, da se pedagoške, socialnodelovne, psihološke, psihiatrične in medicinske prvine in oblike pomoči med seboj dopolnjujejo in le kot integracija vseh aspektov zagotavljajo primerno odločanje o ravnanju.

V večini skupnostnih storitev na Štajerskem tako delujejo interdisciplinarni timi, ki v veliki meri zaobjemajo večino zgoraj naštetih poklicev.

Največjo poklicno skupino predstavljajo socialni delavci in psihologi, velikokrat pa so prisotni še sociologi, pedagogi, psihoterapevti in psihiatri, vendar so slednji na voljo v manjšem številu. V storitvah mobilne socialnopsihiatrične pomoči in v dnevni bolnišnici pa se timu pridružuje tudi medicinsko osebje.

Iz raziskave je razvidno, da poklici med seboj učinkovito sodelujejo, si pomagajo in se podpirajo. Na podlagi raziskave lahko prikažemo primer psihosocialnega svetovalnega centra, kjer se v sklopu timov dogaja izmenjava informacij, razumevanja in dojemanja določenega primera. Namen tima je po eni strani pretok informacij, po drugi pa zagotavljanje kvalitete storitve uporabnikom. Raziskava je pokazala tudi, da gre poleg notranjega sodelovanja med različnimi poklici tudi za dobro komunikacijo med posameznimi storitvami, ki delujejo znotraj sistema skupnostne oskrbe. Največ sodelovanja med storitvami se dogaja na enaki poklicni ravni. Tako npr. med seboj sodelujejo socialni delavci iz bolnišnice, ki so pristojni za zagotavljanje primerne nadaljne skupnostne oskrbe in socialni delavci iz socialnopsihiatrične dnevne strukture, ki to oskrbo dejansko izvajajo. Sodelujoča uporabnika v raziskavi sta potrdila, da sta v svojem življenju v povezavi z duševno boleznijo povezana z različnimi pomagajočimi osebami. V obeh primerih sta prva in druga kontaktna oseba socialna delavka in psihologinja. Iz tega je razvidno, da temeljno psihosocialno pomoč uporabnikom izvajajo tako socialni delavci kot psihologi.

Tukaj lahko dodam, da sem skozi raziskovanje ugotovila, da vsi strokovni poklici znotraj organizacij zasedajo enako pomembno mesto, kar je za kvaliteto storitve velikega pomena.

Delo z uporabniki je v določenih storitvah bolj, v določenih pa manj individualizirano. Kot dober primer lahko izpostavim mobilno socialnopsihiatrično pomoč, ki je prilagojena uporabnikovim potrebam in se dogaja v neposrednem socialnem okolju uporabnika. Naloge osebja mobilne pomoči v glavnem zajemajo spremstvo in podporo posamezniku pri celem spektru individualnih potreb, kot tudi pojasnjevanje vprašanj in povezovanje z drugimi storitvami. Delo je torej popolnoma prilagojeno posamezniku. Tej ideji sledi tudi delo psihosocialnih svetovalnih centrov, kjer naloge zajemajo predvsem življenjski trening, pomoč pri sprejemanju odločitev ter konkretno reševanje praktičnih situacij, v katerih se znajdejo uporabniki. Tudi tukaj je delo individualizirano na potrebe posameznika, vendar se že odvija v osrednji instituciji pomoči in ne v neposrednem okolju uporabnika.

Socialno psihiatrične dnevne strukture so osredotočene na učenje življenjsko-praktičnih opravil, ki uporabniku pomagajo pri samostojnem življenju in mu dajejo osnovno dnevno strukturo. Uporabniki se vsakodnevno odločajo za vključitev v posamezne dnevne aktivnosti, ki so na voljo ter za prevzete posameznih hišnih opravil, ki jih je treba opraviti v določenem dnevu. Namen dnevnih struktur je sicer res zagotavljanje strukturiranosti dneva, vendar aktivnosti niso vedno prilagojene na posameznika. Ponudba zajema npr. keramično, lesarsko, šiviljsko ipd. delavnico, kateri se mora prilagoditi tudi uporabnik, ki bi se raje vključil v kako drugo aktivnost.

Če opisane storitve povežemo s temeljnimi potrebami uporabnika s hudimi težavami v duševnem zdravju iz knjige Psihosocialna rehabilitacija (2004: 21), med katere spadajo *potreba po zdravljenju*, po psihološki podpori, po družbi, po stanovanju in urejenem bivanju, po hrani, po informacijah, po zaposlitvi, po pomoči pri gospodinjskih dejavnostih, po prostočasnih aktivnostih ipd., lahko rečemo, da nekatere od raziskanih storitev skupnostne oskrbe na Štajerskem, našete potrebe uporabnikov zadovoljujejo v celoti, druge pa le delno. *Potreba po zdravljenju* akutnih situacij je zadovoljena skozi bolnišnice, ambulate in v nekaterih primerih tudi v sklopu posameznih komplementarnih storitev, v katerih delujejo psihiatri.

Iz raziskave lahko sklepam, da je informiranost uporabnikov o storitvah dobra (*Potreba po informacijah*). Največ uporabnikov pride do posameznih storitev skozi ustno obveščanje in skozi priporočila bolnišnice ali dnevne bolnišnice. V sklop informiranosti pa spada tudi

informativna in pojasnjevalna funkcija različnih struktur, kot sta npr. mobilna pomoč in svetovalni centri, ki informirajo in povezujejo uporabnike z drugimi možnostmi skupnostne oskrbe, ki so na voljo v sistemu.

Vsi uporabniki, ki so vključeni v komplementarne storitve na Štajerskem živijo v skupnosti (*Potreba po stanovanju, urejenem bivanju*). Nekateri izmed njih bivajo sami, drugi z družino, s partnerjem ali sorodniki, tretji so vključeni v različne oblike podpornega bivanja. Prve tri našteje oblike bivanja sledijo ideji dezinstitutionalizacije, medtem ko nam dvome vzbuja oblika podpornega bivanja. Glede na normative 4 do 5 oseb v stanovanjski skupnosti in 12 do 15 oseb v stanovanjski hiši sicer sledi ideji decentraliziranega bivanja, vendar se problem pojavi v neprestani prisotnosti osebja v posameznih stanovanjih ali hišah s polnim podpornim bivanjem. Ta oblika bivanja v tem segmentu torej ne sovпада z idejo spodbujanja samostojnega življenja in s tem dezinstitutionalizacije, temveč se bolj približuje ideji dehospitalizacije – ki po besedah Flakerja le redko vodi do dezinstitutionalizacije, saj uporabniki pogosto ostajajo znotraj ustanov, ki so sicer preseljene v skupnost in imajo manjše kapacitete, vendar se njihova oblika in namen ne spremenita (Blog prijateljev dezinstitutionalizacije 2015: Kaj je in kaj ni dezinstitutionalizacija?).

Mobilna socialnopsihiatrična pomoč ter psihosocialni svetovalni centri nudijo raznovrstno ponudbo storitev, med katero spadajo socialnodelavna, psihološka, psihoterapevtska in tudi medicinska pomoč. Kot je mogoče razbrati iz raziskave, se ima sogovornik (Intervju 5) možnost obrniti na svoja svetovalca, na socialnega delavca in psihologinjo, kadar ima kakršenkoli problem. Prav tako je izjavil drugi sogovornik, ki je dejal, da je prva oseba, ki jo kontaktira, ko se počuti slabo, njegova mobilna svetovalka. Na podlagi tega lahko sklepamo, da imajo uporabniki skozi različne skupnostne storitve možnost zadovoljevanja potrebe po psihološki podpori.

Problem, ki ga je bilo mogoče zaznati skozi raziskovanje, se veže na ponudbo psihoterapije, ki ima v Avstriji velik pomen. V sklopu npr. psihosocialnih svetovalnih centrov nudijo brezplačno psihoterapijo tistim uporabnikom, ki si je na prostem trgu ne morejo privoščiti. Ker je psihoterapija na trgu draga, so potrebe za brezplačno terapijo velike, problem pa se nahaja v nezadostni ponudbi le-te in to posledično pripelje do dolgih čakalnih vrst.

Raziskava je pokazala, da so čakalne vrste na splošno velik problem v krogih skupnostne oskrbe. Dolge čakalne dobe je moč zaznati predvsem v storitvah, ki nudijo dolgoročno kontinuirano pomoč uporabnikom, kot npr. mobilna pomoč, svetovalni centri (psihoterapija) in dnevne strukture. Na prosto mesto v mobilni pomoči in na kontinuirano pomoč v

svetovalnih centrih uporabniki čakajo približno eno leto, v dnevnih strukturah pa dve leti. V času čakanja na prosto mesto v določeni storitvi imajo uporabniki okrnjene možnosti. Ena izmed možnosti je, da se obrnejo na druge ustanove (podjetja), ki ponujajo podobne storitve, druga možnost pa je, da se zadovoljijo s kako drugo storitvijo znotraj istega podjetja, kjer ni čakalne vrste. V tem času tako prihaja do primoranosti uporabnikov v iskanje druge oblike pomoči, čeprav bi bila mogoče ta zanj najbolj ustrezna, ali pa do izgube motivacije. Kot je dejal zaposleni v svetovalnem centru, pride do storitve le približno 50 % uporabnikov, ki so bili na čakalni listi. Ko končno pridejo na vrsto, pa je npr. v primeru psihoterapije z uporabnikom težko delati, saj je intenziteta takratnega problema mogoče že izzvenela in je tako ta problem ostal nerešen.

Raziskanim storitvam skupnostne oskrbe razširjanje socialnih mrež uporabnikov ni primarno delo. V primeru dnevne strukture je struktura sama po sebi sicer vir socialnih kontakto za uporabnike, poleg tega pa ima vzpostavljenih par izvenrednih projektov, kot sta npr. kavarna in pošta enota, s čimer se imajo uporabniki možnost vključiti v skupnost in sami pridobiti kontakte ter zaslužiti dodaten denar. Dejstvo, da je dnevna struktura sama po sebi vir kontakto kot tudi ponudba prostočasnih aktivnosti za uporabnike, ki je na voljo v sklopu različnih struktur (*potreba po preživljanju prostega časa*) ipd., vodi do večje stigmatizacije in getoizacije uporabnikov v skupnostno psihiatrično subkulturo.

Storitev, ki glede preživljanja prostega časa odstopa od getoizacije, je prostovoljno socialno spremstvo, ki je v veliki meri individualizirano na posameznika. Pripomore tudi k razširjanju socialne mreže uporabnikov in vzpostavljanju dolgotrajnih, poglobljenih odnosov z drugimi. Prostovoljno socialno spremstvo je pomembno tudi z vidika podpore uporabniku pri opravljanju vsakodnevnih opravil, pomembnih za samostojno življenje (*potreba po pomoči pri gospodinjskih opravilih*). Da bi se izognili tako stigmatizaciji kot tudi getoizaciji uporabnikov, pa bi bilo koristno omogočiti možnost vključevanja v vsesplošne družbene dejavnosti, ki so namenjene celotni javnosti in ne samo uporabnikom s težavami v duševnem zdravju. Take dejavnosti bi morale biti vsaj delno sofinancirane.

Področja dela in rehabilitacije nisem raziskovala (*potreba po zaposlitvi*), lahko pa potegnem nekatere vzporednice z omenjenim področjem in izsledki narejene raziskave s področja socialnopsihiatričnih dnevnih struktur. Uporabniki, ki zaradi duševne bolezni ne zmorejo opravljati nobenega dela ali pa zaradi težine bolezni ne morejo biti vključeni v delovno rehabilitacijo, dobijo možnost zaposlitve v dnevnih strukturah. V dnevne strukture se torej

uporabnik vključi, zato da ima nek dnevni red, se počuti koristnega, sprejema odgovornost, doprinese k družbi ipd. Če izhajamo iz tega, se dnevne strukture v veliki meri približajo namenu običajne zaposlitve na delovnem mestu, za katero delavci/zaposleni dobijo primerno plačilo. Osebe, ki obiskujejo dnevne strukture, pa plačila za svoje delo ne dobijo. Iz tega lahko sklepam, da dnevne strukture ne sledijo popolnoma načelom približevanja običajnega življenja uporabnikom. Tukaj je pa treba opozoriti na zakonsko podlago, ki invalidsko upokoženim prepoveduje dodaten zaslužek nad 425,70 evrov. Da bi dnevne strukture popolnoma izpolnile svoj namen, bi morale biti delo, ki ga opravljajo uporabniki, primerno plačano. Iz izsledkov raziskave je možno razbrati, da v tej smeri razmišlja veliko zaposlenih. Za dolgotrajne uporabnike se mora omogočiti več zaposlitvenih projektov v različnih skupnostnih podjetjih in jim s tem omogočiti možnost dodatnega zaslužka. Koordinacijo dela bi moral prevzeti mentor delovnega procesa, ki je za delo z uporabnikom usposobljen, torej nekdo s psihosocialnega področja dela. Delovne možnosti uporabnikov bi morale biti neomejene.

Največja zaznana težava v sistemu skupnostne oskrbe na Štajerskem pa se nanaša na neenakomerno razporeditev storitev po okrajih. Graz in druga večja mesta imajo dobro razvito infrastrukturo storitev, kjer ponudba zajema storitve, vezane na različne specifične uporabnikov (spolno, etnično, starostno specifične storitve ipd.), temu pa ni tako v ruralnih območjih Štajerske. Na perifernih območjih izmed skupnostne oskrbe v glavnem obstajajo mobilna pomoč, dnevne strukture in svetovalni centri, ki so posledično preobremenjeni in jim je zagotavljanje visoke kvalitete dela oteženo.

Če pogledamo skozi prizmo posameznih temeljnih storitev, je leta 2015 na področju podpornega bivanja bila potreba skoraj štirikrat večja kot je bila ponudba, od tega so bili določeni okraji kot npr. Liezen, Leoben in Weiz, popolnoma brez omenjene storitve (Psychiatriebericht 2015: 73). Ponudba delovne rehabilitacije je zadostovala le slabi polovici potrebnih mest, kjer so prav tako bili okraji, Liezen, Murau in Deutschlandsberg brez omenjene storitve. Število mest v socialnopsihiatričnih dnevniških strukturah se je sicer bolj približalo potrebam (492 potrebovanih mest, 360 mest na voljo), vendar je bilo enako kot drugje, neenakomerno razdeljeno. Podobna je situacija mobilne socialnopsihiatrične pomoči, ki je na voljo v vseh okrajih, a je prav tako neenakomerno razporejena.

Iz rezultatov raziskave je jasno razvidno, da se mora v prihodnosti dati večji poudarek na razvoj skupnostne oskrbe v ruralnih območjih Štajerske in tako vsem uporabnikom ne glede

na to, ali prihajajo iz mesta ali iz podeželja, zagotoviti popolnoma enake možnosti skupnostne oskrbe.

Da bi bilo temu tako, je pomembno, da se v namen razvoja skupnostne oskrbe tako na podeželju kot tudi v mestu nameni več finančne podpore s strani države. Skozi raziskavo so se oblikovali tudi predlogi o novih poklicih in službah skupnostne oskrbe. Med poklici bi bilo koristno uporabnikom ponuditi življenjske/osebne trenerje, ki bi spodbujali in motivirali uporabnika na področju vsakodnevnih aktivnosti in odločitev ter mu pomagali pri doseganju ciljev. Koordinatorji primera bi zagotavljali »organizacijsko trdnost storitev v skupnosti, koordinacijo razdrobljene ponudbe storitev različnih služb in disciplin ter z individualizacijo, učinkovito organizacijo ter vodenjem skušali doseči maksimalne učinke storitev« (Flaker *et al.* 2009: 13). Poleg tega obstaja v skupnostni oskrbi na Štajerskem še veliko praznega prostora za zaposlovanje strokovnega osebja, preden bodo dosežene ÖBIG-ove smernice. Z razširjanjem skupnostnih storitev bi se zmanjšale čakalne dobe, kar je na dolgi rok zelo pomembno za učinkovito zagotavljanje pomoči uporabnikom. Ne nazadnje pa bi bilo dobro tudi, če bi ponudba storitev zajela več alternativnih oblik zdravljenja, ki v zadnjih letih vedno bolj pridobiva na pomenu.

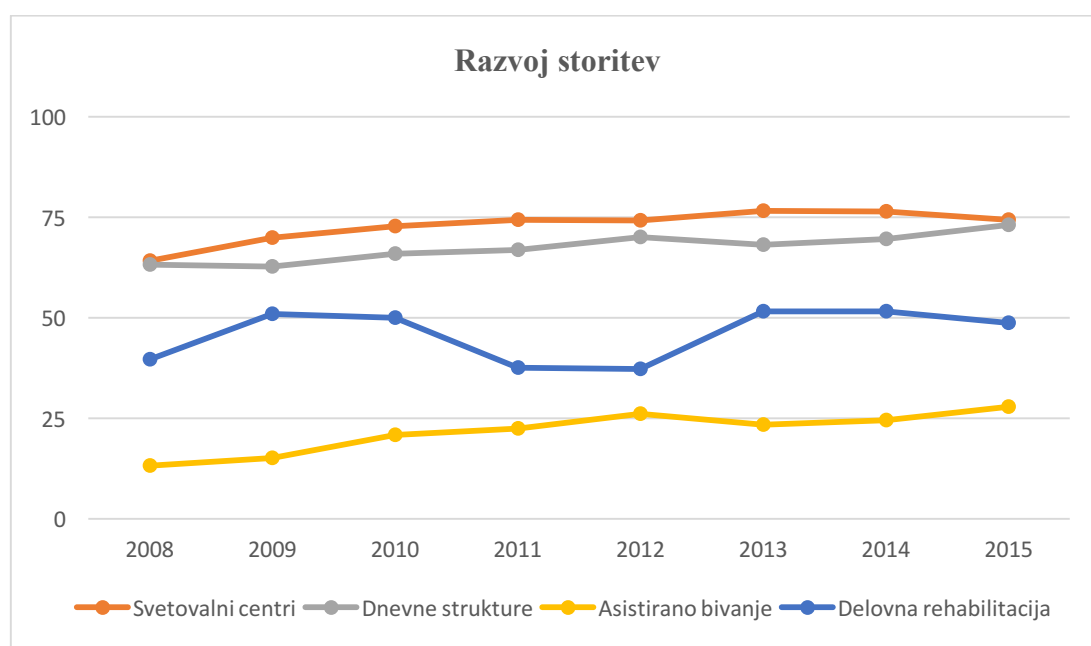
Pojem dezinstitutionalizacije po izsledkih raziskave v Avstriji ne igra velike vloge. Na pasivnost teme sem naletela že na začetku raziskovanja, ko mi je predstavnik Svetovalnega centra za duševna in socialna vprašanja (Beratungszentrum für psychische und soziale Fragen) preko elektronske pošte odgovoril: „Mi se na žalost s to temo že dolgo eksplicitno ne ukvarjamo“ (Freihofnig, elektronska pošta, dne 11. 1. 2017). Nekateri menijo, da je že dovoj implementirana v sistem, drugi pa so mnenja, da za uporabnike mora obstajati možnost izbire. Menijo, da je bolj kot to, da bi velike negovalne institucije popolnoma zaprli, bolj pomembno to, da se uporabnikov vanje ne namešča brez privolitve. Pomembno je, da obstaja celi nabor skupnostnih storitev v vseh štajerskih okrajih, vendar po besedah zaposlenega v svetovalnem centru to ne pomeni, da ni potrebe po intenzivnejših oblikah bivanja.

Avstrijska Štajerska je začela graditi skupnostni sistem storitev že v času velike reforme psihiatrije in do danes se je situacija uporabnikov s težavami v duševnem zdravju že bistveno izboljšala. Sistem skupnostnih storitev, ki pokriva temeljna področja, na katerih večina uporabnikov potrebuje pomoč, deluje kot varovalo pred zavodskimi namestitvami. Po izsledkih raziskave se z večjo vključenostjo posameznikov v skupnostne storitve zmanjšuje

frekvenca hospitalizacij.

Eden izmed indikatorjev, ki nam kaže, da gre razvoj skupnostne oskrbe na Štajerskem v smeri dezinstitutionalizacije, je statistika razvoja storitev v zadnjih osmih letih (do časa zadnjega poročila psihiatrije 2015), ki kaže, da se število večine skupnostnih storitev iz leta v leto počasi povečuje:

Slika 10.2: Razvoj storitev 2008-2015



VIR: Psychiatriebericht 2012 in Psychiatriebericht 2015.

Skupnostne storitve torej uporabnikom skozi pokrivanje posameznih temeljnih skupin potreb na različne načine zagotavljajo samostojno življenje v skupnosti. Mobilna pomoč se osredotoča na zadovoljevanje celega spektra posameznikovih potreb. Dnevne strukture dajejo posamezniku dnevni red in občutek vključenosti ter koristnosti, obenem pa se skozi njih uči in ponavlja življenjsko-praktična opravila, ki so pomembna za samostojno življenje. Svetovalni centri skušajo uporabniku nuditi celi spekter pomoči in se popolnoma prilagoditi njegovim potrebam. Področja dela in delovne rehabilitacije pa na žalost nisem raziskala, tako da o tem ne morem podajati informacij.

Interdisciplinarni pristop v skupnostnih storitvah je zagotovo nekaj, kar odlikuje avstrijski skupnostni sistem. Stroke so med seboj izenačene, vsaka stroka posebej si prizadeva, da v skladu s svojo ekspertizo prispeva svoj del k podpori in pomoči uporabniku. Različni profili strokovnega osebja se med seboj dopolnjujejo in podpirajo. Interdisciplinarno delo pa se ne

nanaša le na sodelovanje znotraj storitve, temveč tudi na dobro komunikacijo na ravni povezovanja različnih skupnostnih struktur.

Statistika pravi, da na Štajerskem storitve še vedno ne obstajajo v zadostem številu glede na potrebe in smernice ÖBIG-a, lahko pa rečemo, da se premikajo v to smer.

Sklenem lahko, da na Štajerskem obstaja interdisciplinarno oblikovan sistem psihosocialnih storitev, ki posamezniku s težavami v duševnem zdravju zagotavlja samostojno življenje izven stacionarne zavodske oskrbe (če želijo uporabniki živeti v skupnosti, jim je ta možnost omogočena in zagotovljena, vendar pa imajo tudi možnost bivanja v večjih negovalnih institucijah).

10.1. Sklepi

- Na prehodu iz stacionarne v skupnostno oskrbo obstaja posebna struktura, to so dnevne bolnišnice.
- Krovne organizacije so na čelu združenj in društev, ki so izvajalke storitev.
- Sistem zajema 8 glavnih stebrov oskrbe: psihosocialne svetovalne centre, socialnopsihiatrične dnevne strukture, dnevne bolnišnice, podporno bivanje, mobilna socialnopsihiatrična pomoč, področje dela in rehabilitacije, prostovoljno socialno spremstvo in posebno ponudbo.
- Ponudba zajema socialnodelovno, psihološko, medicinsko in psihoterapevtsko pomoč.
- Znotraj vsake strukture se dela interdisciplinarno, s čimer se pretakajo informacije in zagotavlja kvaliteta.
- Uporabniki so večinoma povezani z različnimi pomagajočimi si poklici (npr. socialni delavec in psiholog).
- Različne stroke so med seboj izenačene.
- Delo mobilne socialnopsihiatrične pomoči je individualizirano na potrebe posameznika in se dogaja v neposrednem okolju uporabnika.
- Delo psihosocialnega svetovalnega centra je individualizirano na potrebe posameznika, vendar se dogaja v osrednji instituciji pomoči.
- Socialnopsihiatrične dnevne strukture so manj individualizirane glede želja uporabnikov.
- Potreba po zdravljenju je zagotovljena preko 3 bolnišnic.

- Informiranost uporabnikov o skupnostnih storitvah poteka večinoma preko ustnega obveščanja in priporočil iz bolnišnic ali ambulant.
- Večina uporabnikov biva samostojno (sami, z družino, s partnerji).
- Nekateri bivajo v podpornih skupnostih.
- Podporne skupnosti imajo sicer manjše kapacitete, vendar je oblika in namen bivanja podoben zavodskemu.
- Potrebo po psihološki podpori zadovoljujejo posamezne storitve, v katere je uporabnik vključen.
- Problem se pojavlja v nezadostni ponudbi brezplačne psihoterapije.
- Temeljni problem so čakalne dobe, ki predvsem v storitvah, ki nudijo kontinuirano pomoč, trajajo od enega do dveh let.
- Uporabniki, ki se znajdejo na čakalnih listah, v polovici primerov ne pridejo do storitve, saj si poiščejo kako drugo obliko pomoči ali pa izgubijo motivacijo.
- Nekaterim uporabnikom storitev, v katero so vključeni, predstavlja osnovni vir socialnih kontakтов.
- Prostočasne aktivnosti, ki so namenjene le uporabnikom s težavami v duševnem zdravju in storitve kot vir kontakтов, lahko vodijo v še večjo stigmatizacijo in getoizacijo uporabnikov.
- Prostovoljno socialno spremstvo nudi individualizirane storitve.
- Uporabnikom bi se moralo omogočiti vključevanje v splošne dejavnosti, namenjene javnosti, in te bi morale biti vsaj delno sofinancirane.
- Potrebo po pomoči pri gospodinjskih opravilih in skrbi zase zagotavlja storitev prostovoljnega socialnega spremstva in delno tudi dnevne strukture.
- Potrebo po zaposlitvi zagotavljajo dnevne strukture in tudi druge oblike storitev.
- Delo v dnevni strukturi bi moralo biti plačano.
- Spremeniti bi se morala zakonodaja glede možnosti dodatnega zaslužka upokojenim uporabnikom.
- Uporabniki bi morali imeti možnost aktivnega udeleževanja v delovni sferi in s tem zaposlitvene možnosti, ki jih ne bi omejevale pri številu delovnih ur (na teden ali mesec) in ki ne bi bile omejene z mesečnim cenzusom (trenutno 425,7 evra).
- Omogočiti bi se jim morala vključitev v razne zaposlitvene projekte v podjetjih, ki bi jih koordinirali strokovni delavci iz psihosocialnega področja.
- Ponudba skupnostnih storitev je centralizirana v mestih.
- Na perifernih območjih Štajerske je ponudba skupnostne oskrbe okrnjena.

- Večji poudarek se mora dati na razvoj skupnostne oskrbe v ruralnih območjih Štajerske.
- Vsem uporabnikom, tako tistim iz mest kot tudi tistim iz podeželja, se morajo zagotoviti enake možnosti skupnostne oskrbe.
- V razvoj skupnostne oskrbe se mora nameniti več finančnih sredstev.
- Nova poklica v skupnostni oskrbi, ki bi bila koristna, sta življenjski/osebni trener in koordinator primera.
- Z zaposlovanjem večjega števila strokovnega osebja bi se zmanjšale čakalne dobe.
- Ponudba bi lahko poleg NADA akupunkture zajemala tudi alternativne oblike zdravljenja.
- ÖBIG-ove smernice skupnostne oskrbe niso izpolnjene, vendar se premikajo v to smer.
- Bolj ko so uporabniki vključeni v skupnostne storitve, manj je hospitalizacij.
- Dez institucionalizacija v javnem diskurzu ne igra velike vloge, saj je večina zaposlenih na področju skupnostne oskrbe mnenja, da morajo biti uporabnikom na voljo vse oblike oskrbe, vključno z visoko intenzivno, ki jo ponujajo večje negovalne institucije (vendar poudarjajo pomembnost možnosti izbire).
- O zapiranju drugih večjih zavodov (npr. Kainbach) se na avstrijskem Štajerskem trenutno ne govori.

11. Predlogi

- V razvoj skupnostne oskrbe bi se moralo nameniti več finančnih sredstev. Sredstva bi se lahko porabila za ustanavljanje novih delovnih mest in storitev na področju skupnostne oskrbe, ki nudijo kontinuirano pomoč uporabnikom, s čimer bi se skrajšale čakalne dobe.
- Uporabnikom bi se moralo omogočiti vključevanje v splošne dejavnosti, namenjene javnosti, in te bi morale biti vsaj delno sofinancirane. To bi pripomoglo k destigmatizaciji in degetoizaciji uporabnikov.
- Spremeniti bi se morala zakonodaja glede možnosti dodatnega zaslužka invalidsko upokojenim uporabnikom. Omogočiti bi se jim morala vključitev v razne zaposlitvene projekte v podjetjih, ki bi jih koordinirali strokovni delavci iz psihosocialnega področja. Na voljo bi jim moral biti fleksibilen delovni čas. Tudi delo v dnevni strukturah bi moralo biti plačano.
- Nova poklica v skupnostni oskrbi, ki bi bila koristna, sta življenjski/osebni trener, katerega naloga bi bila spodbujanje in motiviranje posameznika na področju vsakodnevnih aktivnosti in odločitev. Koordinator primera bi se osredotočal na organizacijsko komponento oskrbe in povezovanje ter vodenje posameznika skozi različne storitve. Z uvedbo obeh poklicov bi se zmanjšala obremenjenost drugih strokovnih delavcev v posameznih storitvah in ti bi na tak način lahko posvetili več časa poklicno specifičnemu delu, s čimer bi se zmanjšale tudi čakalne dobe.
- Koristno bi bilo tudi, če bi se povečal spekter (poleg NADA akupunkture) alternativnih oblik zdravljenja.

12. Uporabljena literatura

Abschied vom Pflegeheim Schloss Schwanberg (2015). Dostopno na: http://www.kleinezeitung.at/steiermark/suedsuedwest/4766712/Letzter-Tag_Abschied-vom-Pflegeheim-Schloss-Schwanberg- (20. junij 2017).

Aktuelle Armuts- und Verteilungszahlen (2017). Dostopno na: <http://www.armutskonferenz.at/armut-in-oesterreich/aktuelle-armuts-und-verteilungszahlen.html> (20. junij 2017).

Alpe Adria Danube Initiative for Deinstitutionalisation. Dostopno na: <https://www.facebook.com/Alpe-Adria-Danube-Initiative-for-Deinstitutionalisation-1738735913058933/> (20. junij 2017).

Avberšek, S., Belak, E., Belec, B., Blinc-Pesek, M., Bogataj, A., Javornik, S., Kobolt, A., Kovačič, B., Lamovec, T., Možina, M., Petek, J., Resman, J., Rapuš-Pavel, J., Stritih, B., Šugman-Bohinc, L., Švab, V., Videmšek, P., Vukovič, D., Winkler, A., Žorga, S. (2004), *Načela delovanja služb. V: Psihosocialna Rehabilitacija*. Ljubljana: Šent.

Avberšek, S., Belak, E., Belec, B., Blinc-Pesek, M., Bogataj, A., Javornik, S., Kobolt, A., Kovačič, B., Lamovec, T., Možina, M., Petek, J., Resman, J., Rapuš-Pavel, J., Stritih, B., Šugman-Bohinc, L., Švab, V., Videmšek, P., Vukovič, D., Winkler, A., Žorga, S. (2004), *Načrtovanje skrbi. V: Psihosocialna Rehabilitacija*. Ljubljana: Šent.

Avberšek, S., Belak, E., Belec, B., Blinc-Pesek, M., Bogataj, A., Javornik, S., Kobolt, A., Kovačič, B., Lamovec, T., Možina, M., Petek, J., Resman, J., Rapuš-Pavel, J., Stritih, B., Šugman-Bohinc, L., Švab, V., Videmšek, P., Vukovič, D., Winkler, A., Žorga, S. (2004), *Multiperspektivni in interdisciplinarni pristop v načrtovanju pomoči. V: Psihosocialna Rehabilitacija*. Ljubljana: Šent.

Bedarfsorientierte Mindestsicherung (2017). Dostopno na: <http://www.graz.at/cms/ziel/3875589/DE/> (20. junij 2017).

Blog prijatelj dezinstucionalizacije (2015). Dostopno na: <http://prijateljdi.blogspot.co.at/2015/08/kaj-je-in-kaj-ni-dezinstucionalizacija.html> (19. junij 2017).

Das Artztsystem in Österreich. Dostopno na: <http://www.netdokter.at/krankheit/wahlarzt-kassenarzt-privatarzt-5957> (20. junij 2017).

Die Landesregierung entscheidet, das Pflegeheim Schwanberg zu schließen (2012).

Dostopno na: <http://www.behindertenhilfe.or.at/index.php?seitenId=4&newsberichtId=176> (20. junij 2017).

Dörr, M. (2005), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. München: Ernst Reinhardt.

Evropska komisija (2009), *Poročilo začasne strokovne skupine o prehodu z institucionalne oskrbe na oskrbo v skupnosti*. Dostopno na: https://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0ahUKEwi5wIP2ntHUAhUFWxoKHQQSCCkQFgg0MAM&url=http%3A%2F%2Fwww.soncek.org%2Fscripts%2Fdownload.php%3Ffile%3D%2Fdata%2Fupload%2FSpidla_Slovenian.pdf&usg=AFQjCNGGHRf7LcJyCiZWmbRAClu7QDH9g (20. junij 2017).

Evropska unija. Dostopno na: http://europa.eu/european-union/abouteu/countries/member-countries/austria_sl (19. junij 2017).

Flaker, V., Urek, M., Škerjanc, J., Oreški, S., Kobal, B., Negode, M., Jakob, P., Rafaelič, A., Mali, J., Cigoj Kuzma, N. (2009), *Formalni in strokovni okvirji za uvajanje in izvajanje Zakona o duševnem zdravju*. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo in Fakulteta za socialno delo.

Flaker, V. (1998), *Odpiranje norosti*. Ljubljana: Založba /cf*.

Gesundheitsericht für die Steiermark 2015. Dostopno na: http://www.gesundheitsportal-steiermark.at/Documents/Gesundheitsbericht%20Steiermark%202015_gesamt.pdf (19. junij 2017).

Hirzenberger, C. (2015), *Gefährden institutionelle Wohnformen die Würde von Menschen mit Behinderungen? Das gesellschaftspolitische Verdikt gegen Spezialeinrichtungen mit medizinisch-pflegerischem Schwerpunkt aus ethischer Sicht*. Graz: Karl Franzens Universität.

Junghan, U. (2004), *Nutzungsmuster psychiatrischer Akutstationen aus einer Systemperspektive: Schlussfolgerungen für die tagesklinische Behandlung*. In: Eikermann,

B., Reker, T., Benz, C.: *Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik*. Stuttgart: Kohlhammer.

KAGES Geschäftsbericht 2013. Dostopno na: http://www.kages.at/cms/dokumente/10000227_2360/c8b9599f/KAGes_Geschäftsbericht_2013.pdf (20. junij 2017).

KAGES Geschäftsbericht 2011. Dostopno na: http://www.kages.at/cms/dokumente/10000227_2360/3399a7f4/kages_geschaeftsbericht_2011.pdf (20. junij 2017).

Katschnig, H., Denk, P., Scherer, M. (2004), *Österreichischer Psychiatriebericht 2004: Analysen und Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung*. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie Universitätsklinik für Psychiatrie.

Kecmanović, D. (1978), *Socijalna psihiatrija sa psihiatrijskom sociologijom*. Sarajevo: IGKRO "SVJETLOST", OOUR izdavačka djelatnost.

Kosi, T., Petrinc, S. (2009), *Integracija stanovalcev Zavoda Hrastovec-Trate v lokalno skupnost*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (Diplomsko delo).

Krankenanstalten Immobiliengesellschaft mbH (KIG) (2013). Dostopno na: <http://www.kages.at/cms/beitrag/10196023/5379102> (20. junij 2017).

Leiß, M., Kallert, T. (2003), *Individueller Hilfebedarf und Platzierung in gemeindepsychiatrischen Versorgungsangeboten*. V: *Der Nervenarzt*, 9, 755–761.

Löschnigg, G., Karl, B. (2006), *Rechtliche Grundlagen der extramuralen Psychiatrie*. Wien: Neuer Wissenschaftlicher Verlag.

Marušič, A. (2002), *Meje med institucionalno in skupnostno psihiatrijo*. Psihiatrična bolnišnica Begunje: Begunje.

The Austrian health Care System (2010). Dostopno na: www.bmgf.gv.at/home/EN/Health/Health_care_system (20. junij 2017).

Mitterhuber, B. (2010), *Bedingungen professionell-ethischer Kompetenzentwicklung in der sozialpsychiatrischen Betreuung*. Graz: Karl Franzens Universität (Doktorska disertacija).

Moos, M., Wolfersdorf, M. (2007), *Wohnen und Rehabilitation*. V: Becker, T., Bäuml, J., Pitschel-Walz, G., Weig, W. (ur.), *Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen*. Köln: Ärzte-Verlag.

Nationaler Aktionsplan Behinderung 2012-2020 (2012), Strategie der österreichischen Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Dostopno na: <https://www.behindertenarbeit.at/wp-content/uploads/NAP-Behinderung.pdf> (20. junij 2017).

Paulitsch, K. & Karwautz, A. (2008), *Grundlagen der Psychiatrie*. Graz: Facultas.wuv Universitätsverlag.

Peukert, R. (2002), *Gemeindepsychiatrie*. Dostopno na: <http://www.ibrponline.de/gemeinde.htm> (15.9.2014). V: Schedenig, M. (2015), *Zufriedenheit und Erwartungen von PatientInnen in Bezug auf Maßnahmen der Sozialen Arbeit im Kontext ambulanter und stationärer psychiatrischer Behandlung*. Graz: Karl-Franzens-Universität Graz (Doktorska disertacija).

Plattformpsyche Steiermark (2015). Dostopno na: <http://www.plattformpsyche.at/themen/gender-spezifika/männlich> (19. junij 2017).

Plattform Psyche (2016), *Die psychosoziale Versorgung der Steiermark*. Graz: Gesundheitsfonds Steiermark (peta izdaja).

Psychiatrische Familienpflege. Dostopno na: <http://www.lkh-grazsw.at/cms/beitrag/10312018/9264401> (20. junij 2017).

Psychiatriebericht Steiermark 2009. Dostopno na: <http://www.plattformpsyche.at/Documents/psychiatriebericht2009.pdf> (19. junij 2017).

Psychiatriebericht Steiermark 2012. Dostopno na: <http://www.plattformpsyche.at/Documents/psychiatriebericht2012.pdf> (20. junij 2017).

Psychiatriebericht Steiermark 2015. Dostopno na: <http://www.plattformpsyche.at/Documents/psychiatriebericht2015.pdf> (19. junij 2017)

Robosch, E. (2012), *Wer will mich?: die Umsetzung der Psychiatriereform in Österreich und ihre Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen für psychisch kranke Menschen in der Steiermark anhand der Einzelfallstudie von Frau W.* Graz: FH Joanneum (Diplomsko delo).

Schott, H., Tölle, R. (2006), *Geschichte der Psychiatrie: Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen.* München: Verlag C.H.Beck oHG.

Schlichte, G. (2006), *Betreutes Wohnen: Hilfen zur Alltagsbewältigung.* Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Schriftliche Anfragebeantwortung (2015). Dostopno na: <https://pallast2.stmk.gv.at/pallast-p/pub/document?dswid=-2889&ref=af8f7fc6-1b9b-40f9-9b85-0610a01ab3a5> (20. junij 2017).

Schriftliche Anfrage an die Landesregierung oder einer ihrer Mitglieder (2015). Dostopno na: <https://pallast2.stmk.gv.at/pallast-p/pub/document?ref=8f60cc71-08fa-465c-b4aff504f381bff&dswid=-2889> (20. junij 2017).

Schädle-Deiningner, H. (2010), *Fachpflege Psychiatrie.* Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Sozialbericht 2011/12. Dostopno na: http://www.soziales.steiermark.at/cms/dokumente/11915342_5339/fd2ae0ea/SB11_12.pdf (19. junij 2017).

Sozialbericht 2013/14. Dostopno na: http://www.soziales.steiermark.at/cms/dokumente/12491494_5339/105a0485/Sozialbericht_Stmk_2013_2014.pdf (19. junij 2017).

Streitberger, E., Köchl, K. (2012), *Psychiatrieerfahrene Frauen auf dem Weg zurück in ein selbstbestimmtes Leben.* Graz: Karl Franzens Universität (Magistrsko delo).

Švab, V. (1996), *Duševna bolezni v skupnosti.* Radovljica: Didakta.

Tageskliniken (2015). Dostopno na: <http://www.plattformpsyche.at/Seiten/Tageskliniken.aspx> (20. junij 2017).

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Dostopno na: <https://www.meduniwien.ac.at/hp/sozialpsychiatrie/> (4. 4. 2017).

Švab, V. (2011), Skupnostna psihiatrija. Dostopno na: http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/STROKOVNI_CLANKI__razni/Skupnostna_psihiatrija_-_Vesna_Svab.pdf (19. junij 2017).

Verkauf LPH Schwanberg (2015). Dostopno na: <http://www.kages.at/cms/beitrag/10307069/7091736/> (20. junij 2017).

Vorlage der steiermärkische Landesregierung (2012). Dostopno na: <http://www.landtag.steiermark.at/cms/beitrag/11401779/73552632/> (20. junij 2017).

Zuverdienstmöglichkeiten zu Erwerbsfähigkeits-, Berufsunfähigkeits- und Invaliditätspension. Dostopno na: https://www.wko.at/service/arbeitsrecht-sozialrecht/Zuverdienstmoeglichkeiten_zu_Erwerbsunfaehigkeits-_Berufs.html (20. junij 2017).

Watzka, C. (2008), *Sozialstruktur und Suizid in Österreich*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Welcome to ECCL. Dostopno na: <http://www.community-living.info/index.php?page=308&news=423&pages=&archive> (20. junij 2017).

Über uns. Dostopno na: <http://www.kages.at/cms/ziel/2283216/DE/> (20. junij 2017).

13. Priloge

13.1. Vodila za intervjuje (Priloga A)

13.1.1. Intervju z zaposleno v mobilni socialnopsihiatrični pomoči

OPORNE TOČKE ZA INTERVJU Z ZAPOSLENO V DNEVNI STRUKTURI

a) SPLOŠNO O MOBILNI PSIHIATRIČNI POMOČI IN NJIHOVIH UPORABNIKIH

- Kako je organizirana MSPP in kdo vse jo nudi na Štajerskem?
- Kako navadno pridejo uporabniki do mobilne psihiatrične pomoči?
- Kako dolgo pa se navadno čaka na prosto mesto?
- Kaka pomoč pa se nudi klientom, ko so v čakalni vrsti, da pridejo notri?
- Koliko je zaposlenih strokovnih delavcev in katere profile pokrivajo?
- S koliko uporabniki navadno delate v enem dnevu? Koliko časa preživite z enim uporabnikom na dan? Kolikokrat tedensko/mesečno se srečujete?
- Ali so uporabniki vključeni v MSPP delovno sposobni?
- *Koliko uporabnikom je odvzeta poslovna sposobnost oz. ima postavljene skrbnike? Kdo so navadno skrbniki?*
- Kakšna je po vašem mnenju socialna mreža uporabnikov? Kako MPP pripomore k izboljšanju le-te?
- Kako pa urgirate, če bi si uporabnik npr. želel vzpostaviti stike s svojo družino, prijatelji?
- V kakih oblikah bivanja živijo uporabniki vključeni v MPP?
- Katere potrebe zaznavate pri vključenih uporabnikih? Kako ugotavljate klientove potrebe? Kako jih zadovoljujete? Kako urgirate pri tistih, ki jih v sklopu MPP ne morete zadovoljiti?
- Katere pa so te druge oblike pomoči?
- Kako pa urgirate, pri klientu pride do krize?
- Recimo, da ima uporabnik odmerjene 4 ure pomoči tedensko. Potem pride do krize, in ko se vrne iz bolnišnice, potrebuje več pomoči kot to. Kako ukrepate v teh primerih?
- Kako MPP pripomore k samostojnejšemu življenju uporabnikov?

b) VPLIV UPORABNIKOV

- Kakšen vpliv imajo uporabniki pri vključitvi v MPP? Koliko vpliva imajo uporabniki glede odločanja pri dnevnih dejavnosti?

c) PRAVILA MPP

- Na kakšen način se lahko uporabnik vključi? Pogoji za vključitev?

- Koliko in kakšne obveznosti in uporabnik do MPP po tem, ko se vanjo vključi?
- Kaj se šteje kot neupoštevanje pravil? Kako se soočate z neupoštevanjem pravil MPP? Sankcije? Nagrade?
- Kaj pa npr. tak primer, ko bi uporabnik začel pogosto odpovedovati termine, kljub temu, da ima veliko potreb, ki jih je potrebno zadovoljiti? Npr. če se približuje kriza?
- Kako se proces pomoči MSPP zaključi? Kako dolgo so navadno vključeni v MSPP?

d) STROKOVNO DELO Z UPORABNIKI

- Kako izgleda vaš delovni dan?
- Metode dela? Katera so glavna vodila pri delu z uporabniki?
- Vrednost diagnoz pri delu z uporabniki
- Dvojne diagnoze
- Kako je v primeru uporabnikov, ki imajo težave z alkoholizmom ali drogami?
- Na katere težave ste že naleteli pri svojem delu?
- Kje vidite pomanjkljivosti pri obstoječi strukturi in kako bi se to moralo spremeniti?
- Je v vaši strukturi zaposlenih dovolj strokovnih delavcev?
- Kako medseboj kooperirate različni profili poklicov znotraj MPP?
- Kako pa kooperirate s psihiatrijo?
- Kako skrbijo v organizaciji na vaše psihično zdravje?

e) DEZINSTITUCIONALIZACIJA

- Je po vašem mnenju Avstrija naredila dovolj v smeri dezinstitutionalizacije? Se vam zdi, da je Avstrija institucionalizirana država?
- Menite, da gre razvoj skupnostne obravnave uporabnikov s težavami v duševnem zdravju v smeri dezinstitutionalizacije?
- Zakaj se po vašem mnenju v Avstriji več ne govori dosti o procesu dezinstitutionalizacije?
- Kako MPP pripomore k dezinstitutionalizaciji?
- Se na Štajerskem govori o zaprtju velikih zavodov npr. Kainbach? Zakaj po vašem mnenju ne?

f) VKLJUČENOST IN ODZIV SKUPNOSTI

- Koliko in na kakšen način so uporabniki s pomočjo MPP vključeni v skupnost?
- Na kakšen način MPP pripomorejo k destigmatizaciji uporabnikov?

g) PREDLOGI ZA IZBOLJŠAVE

- Katere nove storitve bi potrebovale osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju?

h) UPORABNIKI NA SPLOŠNO

- Kako izgleda finančna situacija uporabnikov?
- Kateri uporabniki in na kak način navadno pristanejo v zavodih?

i) DRUGE SKUPNOSTNE SLUŽBE

- Kako se povezujete z drugimi službami?
- Kako skupnostne službe pripomorejo k preprečevanju dolgotrajne nastanitve uporabnikov v zavode?
- Kako ocenjujete delo drugih skupn. služb? Menite, da katero področje uporabnikovega življenja ni pokrito s strani ponudbe skupnostnih služb? Predlogi?

13.1.2. Intervju z zaposleno v dnevni bolnišnici

OPORNE TOČKE ZA INTERVJU Z ZAPOSLENO V DNEVNI BOLNIŠNICI

a) SPLOŠNO O DNEVNIH BOLNIŠNICAH

- Koliko dnevni bolnišnic obstaja na Štajerskem in koliko mest je v vaši bolnišnici?
- Kako pridejo uporabniki do vas? Prostovoljno, preko posrednika (družina, zdravnik...) ali preko kakega ukrepa?
- Koliko ljudi je zaposlenih v vaši bolnišnici in katere profile pokrivajo? Kaj ste v po poklicu?
- Koliko časa uporabniki preživijo na bolnišnici (dnevno in skupno)?
- Kaj menite, kako razširjena je socialna mreža uporabnikov? Kako dnevna bolnišnica pripomore k razširitvi socialne mreže uporabnikov?
- V katerih oblikah bivanja navadno živijo uporabniki?
- Katere potrebe zaznavate pri uporabnikih?
- Je delo z uporabniki individualizirano? Kako?
- Kako zadovoljujete potrebe, ki jih ne morete zadovoljiti v sklopu dnevne bolnišnice?
- Kako pripomore dnevna bolnišnica k samostojnejšemu življenju uporabnikov?
- Vloga socialnega dela v dnevni bolnišnici

b) VPLIV UPORABNIKOV

- Lahko uporabnik sam prekine z obiskovanjem bolnišnice?

c) PRAVILA V BOLNIŠNICI

- Pogoji za vključitev?
- Katera pravila morajo uporabniki upoštevati?
- Kaj se zgodi, ko klient ne upošteva pravil? Sankcije?

d) STROKOVNO DELO

- Kako pomembne so diagnoze pri delu?
- Kako ravnate v primeru dvojnih diagnoz?
- Kako rešujete konflikte med uporabniki?
- S katerimi težavami se soočate na delu?
- Kje vidite pomanjkljivosti v dnevni bolnišnici in kako bi se to moralo spremeniti?
- Je po vašem mnenju v dnevni bolnišnici zaposlenih dovolj ljudi?
- Kako kooperirate znotraj bolnišnice z različnimi profili zaposlenih?

e) DEZINSTITUCIONALIZACIJA

- Je po vašem mnenju Avstrija naredila dovolj v smeri dezinstitutionalizacije? Se vam zdi, da je Avstrija institucionalizirana država?
- Menite, da gre razvoj skupnostne obravnave uporabnikov s težavami v duševnem zdravju v smeri dezinstitutionalizacije?
- Zakaj se po vašem mnenju v Avstriji več ne govori dosti o procesu dezinstitutionalizacije?
- Kako MPP pripomore k dezinstitutionalizaciji?
- Se na Štajerskem govori o zaprtju velikih zavodov npr. Kainbach? Zakaj po vašem mnenju ne?

f) VKLJUČENOST V SKUPNOST

- Kake uporabniki preko DK vključujejo v skupnost?

g) PREDLOGI ZA IZBOLJŠAVE

- Kaj še bi lahko storila štajerska vlada, da bi olajšala in izboljšala položaj uporabnikom s težavami v duševnem zdravju?
- Kaj bi se še lahko izboljšalo v sistemu skupnostne oskrbe na Štajerskem?
- Katere nove službe bi še morale biti na voljo uporabnikom?
- Menite, da obstaja kako področje v življenju uporabnikov, ki pokrito s strani skupnostnih storitev?

13.1.3. Intervju z zaposleno v socialnopsihiatrični dnevni strukturi

OPORNE TOČKE ZA INTERVJU Z ZAPOSLENO V DNEVNI STRUKTURI

a) SPLOŠNO O DNEVNIH STRUKTURAH IN NJIHOVIH UPORABNIKIH

- Kako so dnevne strukture organizirane, koliko uporabnikov je vključenih v vašo enoto?
- Kako poteka financiranje?
- Kako navadno pridejo uporabniki v dnevne strukture? Sami, preko posrednikov (kdo so), preko ukrepov ipd.?
- So čakalne vrste? Kako dolgo se približno čaka?
- Kaka pomoč se nudi uporabikom v času čakanja na prosto mesto?
- Koliko je zaposlenih strokovnih delavcev in katere profile pokrivajo?
- Koliko časa dnevno uporabniki preživijo v dnevni strukturi?
- Kako poteka dan v dnevni strukturi?
- Kako imate organizirano prehrano?
- Kakšen status imajo uporabniki vključeni v dnevne strukture? So delovno sposobni, invalidsko upokojeni...?
- Koliko uporabnikom je odvzeta poslovna sposobnost oz. ima postavljene skrbnike? Kdo so navadno skrbniki?
- Metode dela z uporabniki, ki jim je odvzeta poslovna sposobnost?
- Kakšna je po vašem mnenju socialna mreža uporabnikov? Kako dnevne strukture pripomorejo k izboljšanju le-te?
- V kakih oblikah bivanja živijo uporabniki vključeni v dnevne strukture?
- Katere potrebe zaznavate pri vključenih uporabnikih? Kako jih zadovoljujete? Kako urgirate pri tistih, ki jih v sklopu dnevnih struktur ne morete zadovoljiti?
- Kako dnevne strukture pripomorejo k samostojnejšemu življenju uporabnikov?
- Kako zagotavljate individualiziranost potreb pri posameznih uporabnikih?
- Kako ravnate, če pri klientu pride do krize?
- Kako izgleda finančna situacija uporabnikov? Kaj jim predstavlja osnovni dohodek?

b) VPLIV UPORABNIKOV

- Kakšen vpliv imajo uporabniki pri vključitvi v MPP? Koliko vpliva imajo uporabniki glede odločanja pri dnevnih dejavnosti?

c) PRAVILA DNEVNIH STRUKTUR

- Na kakšen način se lahko uporabnik vključi? Pogoji za vključitev?

- Koliko in kakšne obveznosti in uporabnik do dnevne strukture po tem, ko se vanjo vključi?
- Kaj se šteje kot neupoštevanje pravil?
- Kako se soočate z neupoštevanjem pravil dnevnih struktur? Sankcije? Nagrade?
- Kdaj in kako se vključenost uporabnika v dnevne strukture zaključi? Kako dolgo so navadno vključeni?

d) STROKOVNO DELO Z UPORABNIKI

- Kako izgleda vaš delovni dan?
- Metode dela? Katera so glavna vodila pri delu z uporabniki?
- Kaka je vrednost diagnoz pri delu z uporabniki?
- Kako se soočate s problematiko dvojnih diagnoz?
- Kako rešujete konflikte med udeleženci dnevnih struktur?
- Na katere težave ste že naleteli pri svojem delu?
- Kje vidite pomanjkljivosti pri obstoječi strukturi in kako bi se to moralo spremeniti?
- Je v vaši strukturi zaposlenih dovolj strokovnih delavcev?
- Kako medsebojno kooperirate različni profili poklicov znotraj organizacije? Kako medsebojno sodelujete?
- Kakšne odnose imate s klasično psihiatrijo? Kako sodelujete?
- Kako v organizaciji skrbijo za vaše psihično zdravje?

e) DEZINSTITUCIONALIZACIJA

- Je po vašem mnenju Avstrija naredila dovolj v smeri dezinstitutionalizacije? Se vam zdi, da je Avstrija institucionalizirana država (v smislu zavodske oskrbe)?
- Menite, da gre razvoj skupnostne obravnave uporabnikov s težavami v duševnem zdravju v smeri dezinstitutionalizacije?
- Zakaj se po vašem mnenju v Avstriji več ne govori dosti o procesu dezinstitutionalizacije?
- Kako dnevne strukture pripomorejo k dezinstitutionalizaciji?
- Se na Štajerskem govori o zaprtju velikih zavodov npr. Kainbach? Zakaj po vašem mnenju ne?
- Kaj menite o dezinstitutionalizaciji zavoda Schwanberg?
- Kateri uporabniki in na kak način navadno pristanejo v zavodih?

f) VKLJUČENOST IN ODZIV SKUPNOSTI

- Koliko in na kakšen način so uporabniki preko dnevnih struktur vključeni v skupnost? Kako po vašem mnenju gleda skupnost na uporabnike dnevnih struktur?
- Na kakšen način dnevne strukture pripomorejo k destigmatizaciji uporabnikov?

g) PREDLOGI ZA IZBOLJŠAVE

- Kaj bi po vašem mnenju še lahko storila država ali štajerska vlada za izboljšanje situacije uporabnikov s težavami v duševnem zdravju?
- Katere spremembe bi bile po vašem mnenju potrebne v obstoječih skupnostnih službah?
- Katere nove storitve bi potrebovale osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju?
- Kaj bi po vašem mnenju potrebovale osebe z dolg.tež.v duš.zdr., da bi lahko uredile življenje po svojih željah?

h) DRUGE SKUPNOSTNE SLUŽBE

- Kako se povezujete z drugimi službami?
- Kako skupnostne službe pripomorejo k preprečevanju dolgotrajne nastanitve uporabnikov v zavode?
- Kako ocenjujete delo drugih skupn. služb? Menite, da katero področje uporabnikovega življenja ni pokrito s strani ponudbe skupnostnih služb? Predlogi?

13.1.4. Intervju z zaposlenim v psihosocialnem svetovalnem centru

OPORNE TOČKE ZA INTERVJU Z ZAPOSLENIM V PSIHO SOCIALNEM CENTRU

a) SPLOŠNO

- Kako izgleda organizacija svetovalnega centra?
- Delate pretežno v pisarni ali greste tudi na teren?
- Kako najpogosteje pridejo uporabniki do vas? Prostovoljno, preko posrednika ali raznih ukrepov?
- Koliko ljudi je zaposlenih pri vas? Katere poklice pokrivajo? Kaj ste vi po poklicu?
- Koliko časa povprečno preživijo klienti pri vas?
- Kako pogosto hodijo klienti k vam?
- Kje živijo klienti po večini? V katerih oblikah bivanja?
- Katere so najpogostejše potrebe, ki jih zaznavate pri klientih?
- Kako doprinese psihosocialno svetovanje k bolj samostojnemu življenju klientov?
- Kako reagirate, ko klient pride v krizno situacijo?

b) PRAVILA

- Kaki so pogoji, da lahko nekdo obišče svetovalni center? Obstajajo kaka pravila?
- Kdaj in kako se sodelovanje med obema členoma zaključí?

c) STROKOVNO DELO

- Kako pomembne so diagnoze pri vašem delu?
- Je delo s klienti individualizirano? Kako? Kako zadovoljujete potrebe klientov, ki jih ne morete zadovoljiti na centru?
- S katerimi težavami se soočate pri delu?
- Kje vidite pomanjkljivosti v svetovalnih centrih in kaj bi se moralo spremeniti?
- Ali je na voljo dovolj zaposlenih? Imate dovolj časa za kliente?
- Kako sodelujete z drugimi poklici znotraj centra? Kako pa z drugimi zunanjimi organizacijami?
- Kako pa sodelujete s klasično psihiatrijo?

d) DEZINSTITUCIONALIZACIJA

- Je po vašem mnenju Avstrija naredila dovolj za dezinstitutionalizacijo? Ali obstaja še vedno dosti ljudi, ki živijo v velikih institucijah?
- Kateri klienti navadno pristanejo v zavodih?
- Menite, da gre razvoj skupnostne oskrbe v smeri dezinstitutionalizacije?
- Zakaj stroka v Avstriji ne govori dosti o dezinstitutionalizaciji?
 - Obstajajo kaki načrti za dezinstitutionalizacijo katere druge večje ustanove na Štajerskem ali nasploh v Avstriji?
 - Kaj menite o zaprtju Schwanberga?

e) VKLJUČENOST V SKUPNOST

- Kako pripomorejo svetov. centri k dezinstitutionalizaciji?

f) PREDLOGI ZA IZBOLJŠAVE

- Kaj bi še lahko/morala storiti Dežela Štajerska, da bi se situacija uporabnikov s težavami v duš.zdravju izboljšala?
- Kako bi se še lahko izboljšala skupnostna oskrba na Štajerskem?
- Kateri novi profili bi še morali biti na voljo uporabnikom?

13.1.5. Intervju s splošnim uporabnikom skupnostnih storitev

OPORNE TOČKE ZA INTERVJU S SPLOŠNIM UPORABNIKOM SKUPNOSTNIH STORITEV

a) SPLOŠNO

- Si bil že vključen v kako skupnostno storitev? Npr. mobilno pomoč, dnevne strukture, svetovalni center, dnevno bolnišnico,...
- Kako je prišlo do odločitve, da se vključiš v storitev? Preko posrednika? Si vključen prostovoljno?

- Si zaposlen?
- Kako izgleda tvoj tipičen dan?
- Ko potrebuješ pomoč... Na koga se obrneš? Kdo in kako ti pomaga, ko pride do krize?
- Se počutiš stigmatiziranega?
- S kolikimi pomagajočimi poklici si povezan zaradi tvojih težav? Obiskuješ koga na redni bazi?
- Kako pripomore sistem k temu, da lahko ti samostojno živiš? Kaj bi spremenil v te sistemu in kako?
- Kaj se zgodi, če ne prideš na dogovorjene termine?
- Obstaja kdo, ki ti pomaga pri bivanju?
- Kako izgleda tvoja finančna situacija? Kaj je tvoj osnovni dohodek? Lahko sam razpolagaš z denarjem?

b) ORGANIZACIJA

- Kako se imenuje organizacija, ki jo obiskuješ?
- Kako pogosto jo obiskuješ in kaj počnete tam?
- Kaj ti najbolj odgovarja? Si na splošno zadovoljen z njihovim delom?
- Kaj pa ti ne odgovarja, kako bi to spremenil?
- Se dobro razumeš z zaposlenimi?
- Kako se pa razumete z drugimi klienti?
- Pride kdaj tudi do konfliktov? Kako jih rešujete?
- Imaš občutek, da zaposleni spoštujejo in upoštevajo tvoje želje? Imaš mogoče kak primer na to temo?
- Se počutiš enakopravno z drugimi klienti?
- Imaš občutek, da dobivaš vso pomoč in podporo, da lahko samostojno živiš v skupnosti? Imaš še kako dodatno željo?
- Kaj so pa tvoje želje na splošno?

13.1.6. Intervju z uporabnikom socialnopsihiatrične dnevne strukture

OPORNE TOČKE ZA INTERVJU Z UPORABNIKOM DNEVNIH STRUKTUR

a) ODLOČITEV ZA VKLJUČITEV

- Zakaj ste se odločili, da se vključite v dnevne strukture?
- Na kak način ste se vključili v dnevne strukture? Prostovoljno ali ste bili v to primorani? Kdo vam je pri tem pomagal?
- Kako je bilo preden ste pričeli obiskovati dnevne strukture?
- Kako dolgo že hodite sem?

b) ŽIVLJENJE NEODVISNO OD DNEVNIH STRUKTUR

- Kje bivate?
- Ali ste vključeni še v katere druge skupnostne storitve? Katere?
- Ali lahko sami upravljate s svojim denarjem?
- Česa si želite v življenju?

c) POTEK DNEVA V DNEVNI STRUKTURI

- Koliko časa preživite v dnevni strukturi? Vam to odgovarja?
- Kako izgleda vaš dan?
- V kolikšni meri lahko sami odločate o aktivnostih znotraj dnevnih struktur?
- Ali radi hodite sem?
- Kaj vam je najbolj všeč v dnevni strukturi?
- Kaj vam ni všeč? Kaj bi spremenili?
- Kaj vam manjka?

d) ODNOSI ZNOTRAJ DNEVNIH STRUKTUR

- Kakšen odnos imate z zaposlenimi?
- Kako se razumete z drugimi udeleženci?
- Ali imate prijatelje znotraj dnevnih struktur? Kaj pa, ko niste tukaj?
- Ali kdaj pride do konfliktov z drugimi udeleženi v dnevnih strukturah?
- Kako rešujete konflikte?
- V kolikšni meri zaposleni sprejemajo in upoštevajo vaše želje?
- Kakšne odnose imate z zaposlenimi?
- Ali lahko zaposlenim zaupate o svojih težavah?
- Kako pogosto se z zaposlenimi zabavate?
- Menite, da vam osebje jemlje enakopravno kot druge udeležence?
- Ali pri načrtovanju aktivnosti upoštevajo vaša mnenja?
- Komu najprej poveste, če imate težave?
- Na kakšen način se vključujete v skupnost, v okolje? Kako pogosto?

13.2. Zapisi intervjujev (Priloga B)

13.2.1. Zapis intervjuja 1 z zaposleno v mobilni socialnopsihiatrični pomoči

Splošni podatki

Vrsta storitve: **Mobilna socialnopsihiatrična pomoč v organizaciji GSFG**

Ime: **g. Mateja Bratuša**

Status: **zaposlena**

Spol: **ženski**

Poklic: **univ. dipl. psihologinja**

Datum: **24. 5. 2017**

Kraj: **Graz**

Trajanje: **3 ure**

a) SPLOŠNO O MOBILNI PSIHIATRIČNI POMOČI IN NJIHOVIH UPORABNIKI

- Kako je organizirana MSPP in kdo vse jo nudi na Štajerskem?

Tri firme nudijo MSPP za odrasle in sicer naša (GSFG), pro mente in Wohnplattform Steiermark (A1). Izven Gradca ponujajo to obliko pomoči tudi kake druge firme (A2). To so v bistvu velike privatne organizacije oz. Firme, ki sredstva za izvajanje pomoči dobivajo od občine Graz (Magistrat) – se financirajo od zunaj (A3). Pomoč, ki jo na področju MSPP klient potrebuje, izvajamo mi, financira pa magistrat. In te firme torej deujejo na podlagi tega denarja. (A4)

- Ta denar torej prvo dobijo klienti, ki vas potem plačajo?

Ne. Ta denar dobimo direktno mi (A5). Klienti skupaj z nami enkrat mesečno izpolnijo en dokument (*»Betreuungsbeschäftigung«*), iz katerega je razvidno koliko minut/ur se je MSPP ukvarjala s klientom – če je bilo to npr. 700 min., potem mi dobimo nakazano toliko denarja (A6). Ena ura stane približno med 40 in 50 evri (A7). Preden pa klient dobi odobreno MSPP imamo na magistratu dva srečanja, da ugotovimo ali je ta oblika pomoči za tega klienta primerna (A8).

- Kako navadno pridejo uporabniki do mobilne psihiatrične pomoči?

Večinoma pokličejo v naš center, včasih dobijo priporočilo od psihiatra ali splošnega zdravnika, ali od sorodnikov, prijateljev (A9)...

Potem, ko pokličejo, se zmenimo za termin in se potem dobimo. Enkrat mora biti obvezno na domu, da vidimo kako in kje klient živi. Ko gremo prvič na dom, sta vedno dva strokovna delavca, ko pa se dobimo zunaj, pa gre samo en (A10).

Mi potem že pri prvem, če ocenimo, da lahko MSPP pripomore k zadovoljevanju posameznikovih potreb, damo prošnjo na magistrat, vendar morajo ljudje za vključitev v to strukturo navadno, zaradi čakalnih vrst, počakati, da se sprostijo mesta (A11).

Po dveh, treh mesecih, magistrat odloči o financiranju, klient dobi pogodbo, ki velja 2 leti (A12).

- Kako dolgo pa se navadno čaka na prosto mesto?

Tudi do enega leta (A13). Sedaj je situacija boljša, saj je klientov vedno več in smo razširili team – smo zaposlovali, tako da so se vrste zmanjšale (A14).

- Kaka pomoč pa se nudi klientom, ko so v čakalni vrsti, da pridejo notri?

V tem času ima klient možnost iti v svetovalnice (Beratungstelle) na pogovor, možno je tudi, da nekdo iz svetovalnice gre h klientu domov, čeprav je to bolj izjema kot pravilo (A15). Lahko se vključi v našo aktivno skupino, ki nudi različne sprostitevne in prostočasne dejavnosti (A16).

- Koliko je zaposlenih strokovnih delavcev in katere profile pokrivajo?

Pri nas imamo tri teame, cca. 8-9 strokovnih delavcev na team (A17). Zaposlenih nas je 26 (A18). Sestavljajo jih: socialni delavci, psihologi, klinični psihologi, socialni pedagogi in diplomirano zdravstveno osebje (A19). Zelo je zaželeno, da so teami sestavljeni iz mešanih profilov, da lahko vsak iz svojega področja doprinese k kvaliteti dela (A20).

- S koliko uporabniki navadno delate v enem dnevu? Koliko časa preživite z enim uporabnikom na dan? Kolikokrat tedensko/mesečno se srečujete?

S koliko uporabniki delaš je odvisno od tega, koliko ur delaš. Jaz sem zaposlena 25 ur in delam s 5imi uporabniki. Če si zaposlen za polni delovni čas pa delaš z do 10 uporabniki. (A21)

S koliko uporabniki se srečaš na dan je odvisno od tega, kako dolge termine imaš planirane s posamezniki. Če imaš krajše termine, se srečaš z večimi in obratno.

Jaz se povprečno srečam z 2ma klientoma dnevno. Ko sem bila zaposlena za polni čas, sem pa se srečala povprečno s tremi na dan. (A22)

Povprečno preživim s uporabnikom 1-3 ure naenkrat na teden. Odvisno od tega, koliko pomoči uporabnik potrebuje in kako se dogovoriva za termine. (A23)

- **Ali so uporabniki vključeni v MSPP delovno sposobni?**

Nekateri ja, drugi ne. Večinoma jih ne dela. Jaz delam npr. z eno klientko, ki je starostno upokojena, drugi so na minimalnih sredstvih, so invalidsko upokojeni ali pa na »reha-geldu«. Ti, ki prejemajo reha-geld so začasno delovno nesposobni. (A24)

- **A to pomeni, da so vključeni v delovno-rehabilitacijske ukrepe, ki imajo cilj vrnitev na trg delovne sile?**

Pri nekaterih je to cilj, pri drugih pa je cilj bolj osredotočen na ohranjanje stabilnega stanja uporabnika, da ne grejo v bolnico (A25). To je čisto odvisno od vrste težav, ki jih ima posameznik. Seveda si vsi želijo, da bi bili nazaj sposobni za delo, vendar koliko pa je to realno, pa je drugo vprašanje (A26). Mislim, da je tu odzadaj predvsem ta filozofija, da se ljudi skuša podpreti in zavarovati v skupnosti, da ne rabijo iti nazaj v bolnico (A27). Kar je v prvi vrsti dobro za samega klienta, iz finančne plati pa tudi za državo. Veliko več lahko dosežeš, če oseba živi izen stacionarne oskrbe, pa še finančno gledano so bistveno manjši stroški (A28).

- **Koliko uporabnikom je odvzeta poslovna sposobnost oz. ima postavljene skrbnike? Kdo so navadno skrbniki?**

Nekateri imajo postavljenega *Sachwalter-ja* oz. skrbnika, ki lahko skrbi za različna področja, vendar je največkrat postavljen za področje posameznikovih financ. Skrbnik namesto klienta upravlja z njegovimi financami (A29). V Avstriji obstajajo firme, ki so specializirane na področju skrbništva. (A30)

- **Kakšna je po vašem mnenju socialna mreža uporabnikov? Kako MPP pripomore k izboljšanju le-te?**

To se spet zelo razlikuje od posameznika do posameznika. Veliko je takih, ki imajo zelo malo ljudi okoli sebe. Maš pa tudi take, ki imajo zelo razširjeno socialno mrežo. (A31) Nekateri živijo z družino, tako da imajo veliko stikov s sorodniki ipd. (A32)

Odvisno je od želja in zmožnosti posameznika, potem se mu lahko pomagamo vključiti v različne aktivnosti preko naše firme ali pa katere druge. Mi nudimo npr. plesne dejavnosti, športne aktivnost, izlete ipd. (A33)

- **Kako pa urgirate, če bi si uporabnik npr. želel vzpostaviti stike s svojo družino, prijatelji?**

V teh primerih se z uporabniki o tem pogovorimo, ga na to pripravimo. Mi namesto njega ne pokličemo npr. družine, vendar klienta podpremo, da družino sam pokliče. Mi nismo posredniki, mi smo podpora klientu, da on to sam spelje. (A34) Tudi če so npr. problemi z otroki, mi ne skbimo za otroke. Naša naloga je podpora odraslemu, ker je on naš klient. Razen, če vidiš, da je otrok ogrožen, potem moraš javiti na »Jugendamt« (urad za mladino). (A35)

- **V kakih oblikah bivanja živijo uporabniki vključeni v MPP?**

Vsi uporabniki vključeni v MSPP živijo samostojno, sami. (A36)

Če živi recimo v podpornih stanovanjih (*Betreuutes Wohnen*), potem ne more imeti še MSPP, ker bi bilo potem to dvojno financiranje. (A37)

- **Katere potrebe zaznavate pri vključenih uporabnikih? Kako ugotavljate klientove potrebe? Kako jih zadovoljujete? Kako urgirate pri tistih, ki jih v sklopu MPP ne morete zadovoljiti?**

Spremljanje po terminih, povezovanje z možnimi oblikami pomoči ter informiranje o le-teh, pomoč pri izpolnjevanju formularjev. Pomoč pri premagovanju strahov, depresij (A38).

Najtežje se mi zdi delo z uporabniki, ki trpijo za depresijami, saj je v teh primerih zelo težko motivirati klienta za karkoli. V teh primerih je moj cilj navadno spraviti uporabnika ven iz hiše. (A39)

Potrebe so odvisne od posameznika. Delala sem npr. z uporabnikom, ki je rabil spremljanje pri izhodu iz hiše, ker ga je samega bilo zelo strah. Ta strah sva premagovala tako, da sva hodila na sprehode, kjer je en del poti šel sam ali pa sva se dobila ne pred blokom, temveč malo stran od bloka. (A40)

Velikokrat imajo uporabniki en kup dolgov, ki jih sami ne zmorejo reševati ali odplačevati. Mi smo tu zato, da jim pri teh stvareh pomagamo. Te potrebe se nanašajo na socialni vidik našega dela. (A41)

Kliente na začetku sodelovanja vprašamo po njihovih potrebah. Na začetku se torej pogovorimo o ciljih pomoči in tako sklenemo dogovor o ciljih in na teh ciljih potem formiramo pomoč (A42). Klient pove na katerem področju potrebuje pomoč – npr. če gre za dolgove, skupaj z uporabnikom kontaktiramo Caritas službo, ali svetovalno službo, ki je specializirano za področje zadolženosti, da jim pomaga sprožiti postopke za odpisovanje dolgov (A43) ipd. Na razne urade, termine pri svetovalnih službah, strokovnjakih ipd. jih potem navadno spremljamo (A44).

Pravilo je, da ničesar ne delamo namesto klientov, temveč jih podpremo in jim pomagamo, da se sami aktivirajo. (A45)

Ena izmed naših temeljnih nalog je povezovanje (*»Vernetzung«*)- to, da jim pomego kam in na koga se lahko obrnejo, kje dobijo pomoč, sredstva, za tisto kar rabijo. Veliko klientov rabi npr. psihoterapijo, pa jim pomagamo najti primernega terapevta. (A46) Če uporabnik sam ne zmore hoditi na termine s psihiatru ali kam drugam, ga spremljamo. (A47)

Vglavnem so naše naloge **povezovanje, spremljanje, razbremenilni pogovori.**

Moja naloga je tudi, da klientu razložim njegove možnosti in ga po potrebi pomagam vključiti v kake druge oblike pomoči. Navadno delam na domu. (A48)

- **Katere pa so te druge oblike pomoči?**

Npr. v kake prostočasne dejavnosti ali pa v psihoterapijo, ki je v Avstriji dokaj močna. Skupaj poiščeva primernega terapevta, moja naloga v odnosu do uporabnika pa je, da ga na to pripravim. Po potrebi uporabnika tudi spremljam na terapijo. (A49)

Če gre recimo za ženske, jih napotimo npr. v Frauenservice, ki je organizacija specializirana za pomoč ženskam, ali v kake oblike zdravstvene pomoči ali v razna izobraževanja. Pač odvisno od potreb in želja ter možnosti, ki obstajajo. (A50)

- **Kako pa urgirate, pri klientu pride do krize?**

Potem pa imamo krizni pogovor (*Krisengespräch*), v katerem ocenimo, ali je klient ogrožen, kako in v kolikšni meri je ogrožen. Iz tega pa je potem razvidno ali mu zmoreš sam pomagati, ali se vključi še kak kolega iz organizacije. (A51) V najslabšem primeru se klienta napoti v LSF – bolnišnico. (A52) Najboljše je če gre prostovoljno, v tem primeru je za nekoga dobro če ga tja spremljamo. (A53) V nekaterih primerih je v krizi že dovolj, da pustiš telefonske številke na katere se lahko obrne ali da se dorečeta pogostejše termine, da si malo več z njim. (A54) Glavni cilj je, da se klientovo stanje v čim krajšem možnem času stabilizira. (A55)

O ogroženosti klienta lahko presodim jaz, če sem nesigurna, lahko pokličem še kako kolegico, v določenih primerih gre tudi šef organizacije, ki je po poklicu psihiater. Če zaznam potrebo, klienta napotim k psihiatru in če noče, potem spet vidim kaj se da narediti. (A56)

- **Recimo, da ima uporabnik odmerjene 4 ure pomoči tedensko. Potem pride do krize, in ko se vrne iz bolnišnice, potrebuje več pomoči kot to. Kako ukrepate v teh primerih?**

Mi lahko zaprosimo za več ur pomoči. Magistrat nas (klienta in mene, temu se reče **IHB team**) povabi na razgovor in potem v nekaj tednih odloči. Vendar mi v tem času lahko že delamo več ur tedensko s klientom, če ocenimo, da je to potrebno (zaradi kontingenta ur). (A57)

- **Kako MPP pripomore k samostojnejšemu življenju uporabnikov?**

Zelo. Ker skušamo zadovoljevati vse potrebe posameznikov, da lahko živijo samostojno v skupnosti (A58). Vso naše delo se osredotoča na individualne potrebe vključenih (A59). Naš cilj je, da preprečimo nastanitev klientov v stacionarne oblike oskrbe (A60).

Skozi redna srečanja se lahko klienti sproti razbremenijo, hkrati pa lahko delaš na aktiviranju njegovih virov. V bistvu je naše delo močno orientirano na aktivacijo posameznikovih virov (A61).

b) VPLIV UPORABNIKOV

- **Kakšen vpliv imajo uporabniki pri vključitvi v MPP? Koliko vpliva imajo uporabniki glede odločanja pri dnevnih dejavnosti?**

Klienti imajo na vsebino MSPP zelo velik vpliv. Vse dejavnosti so orientirane nanj, vsi cilji formulirani glede na njegove potrebe, ki jih izrazi sam. Oni so naši klienti, to je isto, kot da prideš v trgovino in se vse osredotoča na tvoje potrebe. (A62)

Imamo pa seveda tudi mi pravico do soodločanja. Če recimo jaz sama pri sebi odločim, da ne želim izvajati večernih terminov, imam do tega pravico. Če uporabnik vseeno rabi to spremstvo zvečer, pogledamo kake so druge možnosti. Ali bi želel kdo od mojih kolegov prevzeti večerne termine, če pa ne, pa je to tudi ok. (A63)

Edino kar mi moramo je človeka zaščititi, če je samoogrožen. Vse ostalo je stvar dogovora. (A64)

c) PRAVILA MPP

- **Na kakšen način se lahko uporabnik vključi? Pogoji za vključitev?**

Pogoj za vključitev je postavljena psihiatrična diagnoza, ki je vsaj zmerna ali huda. Največkrat gre za različne oblike depresije, aksioznosti, shizofrenije, pa tudi osebnostne motnje, avtizem. Pogoj je tudi, da je klient odrasel – nad 24. (A65) Če je star med 18 in 24 pa ima na voljo MSPP za mladostnike. Tudi starejše obstaja posebna oblika MSPP. (A66)

Vključitev v MSPP pa mora vedno temeljiti na prostovoljni bazi. Sodelovanje je vedno odvisno od klienta, ko več ne želi sodelovati, lahko z MSPP kadarkoli prekine. (A67)

- **Koliko in kakšne obveznosti in uporabnik do MPP po tem, ko se vanjo vključi?**

Gre bolj za moralne obveznosti do mene, kot obveznosti kot take. Npr. če noče da pridemo, da nas obvesti in, da se drži dogovorov. Da terminov ne odpove prevečkrat. (A68)

- **Kaj se šteje kot neupoštevanje pravil? Kako se soočate z neupoštevanjem pravil MPP? Sankcije? Nagrade?**

Mhm, tudi to se zgodi. Zdaj imamo en primer, ki prevečkrat odpove srečanja. (A69) Zaradi tega ima moja kolegica luknjo, potem pa so zaradi tega luknje tudi v financiranju, saj moramo mi določen čas preživeti neposredno s klientom. (A70)

Če je odpovedovanja terminov preveč, se s klientom vsedemo in se o tem pogovorimo. Vprašamo zakaj se to dogaja, kaj lahko spremenimo ipd. (A71) V tem primeru se je odpovedovanje terminov dogajalo zelo pogosto in se po pol leta ni še nič spremenilo, zato bomo sedaj šli iz 2h terminov tedensko na en termin. Vedno se torej iščejo rešitve skupaj z uporabnikov. V tem primeru sta bila za uporabnico dva termina tedensko preveč. (A72)

V sami MSPP ne obstajajo nobena zapisana pravila, ki bi se jih dalo kršiti. Vedno se o vsem pogovorimo in skupaj najdemo rešitev, zato ne obstajajo ne sankcije, ne nagrade. (A73)

- **Kaj pa npr. tak primer, ko bi uporabnik začel pogosto odpovedovati termine, kljub temu, da ima veliko potreb, ki jih je potrebno zadovoljiti? Npr. če se približuje kriza?**

Vedno se s klientom pogovorimo in iz pogovora se potem izkristalizirajo potrebe, težave, ki jih je potrebno rešiti. Včasih vidimo, da gre tudi za kako dodatno težavo, ki jo je potrebno rešiti in za katero so potrebne te ure pomoči. V teh primerih potem to določeno število ur ali povečamo, ohranimo ali zmanjšamo. Odvisno od posameznika. (A74)

Če pa se npr. odpovedovanje še pol enem letu vedno dogaja, pa smo tudi mi primorani potegniti črto. To naredimo predvsem z zmanjšanjem števila ur. Na popolno prekinitev pomoči še v moji praksi nisem naletela. (A75)

V primeru krize in posledičnega odpovedovanja, ta problem predebatiramo v teamu, kjer se izkristalizirajo potrebe in potem skupaj z uporabnikom dorečemo kako ukrepati. (A76)

- **Kako se proces pomoči MSPP zaključi? Kako dolgo so navadno vključeni v MSPP?**

Kako dolgo so vključeni, je odvisno od posameznika. Nekateri so pri nas že 10 let, drugi so se popolnoma postavili na svoje noge in pomoči več ne potrebujejo, tretji so MSPP prekinili. (A77)

Jaz sem imela npr. eno klientko, ki se ji je življenje res dobro poštimalo odkar je začela živeti s partnerjem. Tista kriza, ki je prišla od ločitvi in zaradi katere se je vključila v MSPP, je minila, zato je s pomočjo po 5ih letih prekinila. (A78)

Vključitev v MSPP pa mora vedno temeljiti na prostovoljni bazi. Sodelovanje je vedno odvisno od klienta, ko več ne želi sodelovati, lahko z MSPP kadarkoli prekine. (A79)

d) STROKOVNO DELO Z UPORABNIKI

- **Kako izgleda vaš delovni dan?**

Jaz sem sedaj zaposlena le 25 ur (A80). Zjutraj grem navadno kar direktno do klienta in sem z njim odvisno od tega kako dolgo sva dogovorjena. Potem si navadno vzamem pol ure pavze, da nekaj pojem. Po malici grem

potem naprej do drugega klienta in za konec navadno v pisarno uredit dokumentacijo dela in pa naredit obračun stroškov. (A81)

Če grem npr. s klientom na kavo, hranim račun in dobim povrnjena sredstva. Isto dobim plačano kilometrino, čeprav se vozim s kolesom. Če sem z avtom, dobim plačano tudi pakirnilino in mesečne vozovnice za avtobus. (A82)

Dnevno je potrebo tudi znašati podatke o tem koliko časa si bil v službi ali na dopustu, koliko minut si bil neposredno s klientom ipd. Tukaj moramo izpolnjevati kvoto 55% neposrednega časa s klientom, da se nam finančno izplača. Se pa to gleda letno, to pomeni, da če imaš en mesec manj, lahko drugi mesec nadomestiš in obratno. (A83)

Enkrat na teden imamo team, ki traja 2 uri in 15 minut. Prej se je enkrat na mesec na teamu pridružila psihiatrinja, ki je sodelovala z nekaterimi klienti, sedaj se teamov ne udeležuje več, saj so skrčili sredstva. (A84) To je zelo slabo, saj smo lahko skupaj z njo veliko naredili. (A85)

Moja specifika je pomoč ljudem iz bivše juge: saj jim je veliko lažje, če lahko z mano govorijo v svojem maternem jeziku. Na firmi pa imamo tudi eno Afričanko, ki je bolj specializirana za uporabnike iz afriških držav. (A86)

- Metode dela? Katera so glavna vodila pri delu z uporabniki?

Zelo pomembna je **kontinuiteta odnosa** – redna srečanja, poglobljeni odnosi.

Skozi redna srečanja se lahko klienti sproti razbremenijo, hkrati pa lahko delaš na aktiviranju njegovih resursov. V bistvu je naše delo močno orientirano na **aktivacijo posameznikovih virov**. Pomembno je tudi, da kliente spomniš na pozitivne izkušnje, da jih spomniš na njihove notranje moči. (A87)

Zelo pomemben koncept pri našem delu je **koncept opolnomočenja**. Stremimo k temu, da klienti sami prevzemajo nadzor nad svojim življenjem, da si sami urejajo različne pomoči, hodijo v trgovino ipd. Zagotavljamo jim pomoč pri vsem tem, vendar ne delamo ničesar namesto njih. (A88)

V glavnem moje delo temelji na pogovoru, ne na terapiji. Jaz v svojem delu dam veliko tudi na različne tehnike sproščanja, včasih na prehodu delamo vaje ipd. Z eno klientko poslušava glasbo in pojeva. (A89)

- Vrednost diagnoz pri delu z uporabniki

Diagnoza je izhodišče. Da razumeš samo diagnozo, da ti je potem lažje delat. Npr. imela sem primer, ko je klientka prišla in je najprej pol ure glasno kričala name. V tem primeru je pomembno, da razumeš diagnozo, da potem teh projekcij ne vzameš osebno, da se ne razburiš. (A90)

- Dvojne diagnoze

Seveda, veliko. Jaz gledam bolj na simptomatiko, saj gre veliko diagnoz z roko v roki. Če nekdo trpi za posttravmatsko motnjo, ima velikokrat težave tudi z anksioznostjo ali depresijo. (A91) Pri samem delu to ne igra velike vloge. V teh primerih je reševanje težav mogoče bolj kompleksno in traja dlje časa. Drugače pa to nima velike veze. (A92)

- **Kako je v primeru uporabnikov, ki imajo težave z alkoholizmom ali drogami?**

V teh primerih je pomembno, da se kliente poskuša motivirati, da bi šli na odvajanje, da se jih spremlja v procesu odvajanja, če se zato odločijo. Če pa nočejo, pa jih ne moremo v to prisiliti. V ozadju je seveda velikokrat pogovor tudi okoli tega – koliko so stabilni, koliko pijejo ipd. Pomembno je, da se pitje vsaj regulira, če se že ne odločijo za odvajanje. (A93)

V primeru, da jaz pridem na termin in je klient pijan, rečem, da to tako ne gre. V tem primeru bi potem prekinila tisto srečanje in bi se dogovorila za nov termin. (A94)

Glede tega je potrebo postaviti meje. V dogovoru, ki se vzpostavi na začetku sodelovanja, je potrebno doreči, da je na srečanja treba priti trezen in da se med srečanji ne konzumira alkohola ali drog. V teh primerih se navadno potem določijo termini srečanj v jutranjih urah, saj je tako manjša možnost, da bo klient opit. (A95)

- **Na katere težave ste že naleteli pri svojem delu?**

Predvsem na težave povezane s **razmejevanjem službe in privatnega življenja**. Jaz sem prej dosti preveč energije vlagala v delo in se velikokrat premalo posvetovala s klienti in preveč dela prevzemala nase. Ali da sem preveč stvari počela nasmeto njih ali pa, da sem si njihove težave preveč vzela k srcu.

Pomembno je, da si pri delu postaviš meje, da ne grejo stvari v prijateljski odnos. To je problem predvsem pri ljudeh iz bivše juge, saj se na nek način z njimi počutiš še bolj povezane. Velikokrat se zgodi, da dajo mojo številko naprej, sorodnikom itd., vendar tukaj je potrebno potem razjasniti, da sem jaz na voljo zgolj mojemu klientu in ne celemu njegovemu sorodstvu. Seveda včasih kontaktiramo tudi koga od sorodnikov, vendar o tem se vedno predhodno zmenimo znotraj teama. (A96)

Izgorelost je ena izmed večjih težav na katere sem naletela. Sama sem se srečala z izgorelostjo letos pozimi. (A97)

- **Kje vidite pomanjkljivosti pri obstoječi strukturi in kako bi se to moralo spremeniti?**

Veliko lažje za delavce bi bilo če bi bila na srečanjih s klientom prisotna dva. Vendar je pa to slabše, če gledamo iz vidika odnosov. (A98)

Z vidika same firme, pomanjkljivosti ne vidim. Organizacija štima in res smo super team, ki se med seboj podpira in tudi odnosi s šefi so dobri. Iz tega vidika ne čutim nobenega pritiska. (A99)

Tudi klienti so z našim delom večinoma zadovoljni. (A100)

Pomanjkljivost je, da si večinoma časa sam. Meni, zato ker sem timski človek, je zelo fajn, če ko pridem v pisarno, da je nekdo tam. Da lahko podeliš izkušnjo, da se malo olajšaš, da si svetuješ. Ampak problem je, da so vsi na terenu. Tudi vodstvo organizacije. V pisarni je le tajnica, nihče drug. (A101)

- **Je v vaši strukturi zaposlenih dovolj strokovnih delavcev?**

Mi vedno na novo zaposlujemo. Zdaj se mi zdi, da nas je dovolj (zdaj nas je 26). Če bi nas bilo več, je potem problem v kvaliteti diskusije ko imamo velike teame (enkrat mesečno). (A102)

- **Kako medseboj kooperirate različni profili poklicov znotraj MPP?**

V našem timu je ena klinična psihologinja, dva psihologa, en socialni delavec, en pedagog in od tega imata dve še psihoterapijo. Med seboj dobro in tudi veliko kooperiramo. (A103)

Kako pa kooperirate s psihiatrijo?

Niti meni niti klientom ni fajn iti v LSF. Veliko raje gredo klienti bolnišnico Barnherzigen Bruder, ki ima psihiatrični oddelek. (A104) Tam so recimo tri tedne. (A105) Tam delajo na tem, da potem zminimalizirajo medikamente. (A106) Vključeni so v raznorazne aktivnosti, od telovadbe do ergoterapij (ročne spretnosti), individualnih in skupinskih terapij ipd. (A107) Imajo možnost iti tudi na kuro oz. rehabilitacijo v Bad Aussee za 6 tednov, kjer imajo razne terapije (individualne, skupinske), razne aktivnosti ipd. Tudi tam se dela dosti na resursih uporabnika. (A108)

- **Kako skrbijo v organizaciji za vaše psihično zdravje?**

Psihohigiena ima v naši organizaciji zelo veliko vrednost. (A109) Zelo pomembno je, da imaš neke svoje aktivnosti s katerimi se lahko razbremeniš. (A110) O prostočasnih aktivnostih so mene npr. vprašali že na razgovoru za službo. (A111) Firma sama pa ima zame za 33ur delovnih ur na teden, vračunanih 800e letno za supervizije in 800e za izobraževanja. (A112) O težavah, ki nas bremenijo v povezavi s klienti, debatiramo na tedenskih teamih. (A113) Veliko vrednost pa ima tudi koncept razmejevanja med službo in privatnim življenjem. (A114)

e) DEZINSTITUCIONALIZACIJA

- **Je po vašem mnenju Avstrija naredila dovolj v smeri dezinstitutionalizacije? Se vam zdi, da je Avstrija institucionalizirana država?**

Po mojem mnenju, so Avstrijci na tem področju storili že ogromno. (A115) Imajo zelo razvejan sistem, ki deluje kot varovalo pred tem, da bi ljudje pristali v zavodih. (A116) Uporabniki imajo dokaj dobro finančno

podporo in razne olajšave za stroške kurjave, najemnine, receptov, telefona, avtobusnih kart itd., potem imajo najrazličnejše službe za najrazličnejše pomoči, skratka po mojem mnenju, je sistem skupnostne psihiatrije dobro razvit. (A117)

MSPP je orinetirana na pomoč na domu z namenom, da se ljudje ne rabijo vračat v institucije. MSPP absolutno sledi dezinstitutionalizaciji. (A118)

Na Štajerskem je še vedno dosti institucij, vendar se mi zdi, da se kliente da v institucije le, če ne zmorejo sami živeti. (A119)

- **Ampak kaj to pomeni, da ne zmorejo sami živeti?**

Da dejansko ni zmožen sam živeti, da je ogrožen – da je tako psihično kot fizično bolan. (A120) Jaz menim, da ima oseba možnost iti v institucijo, vendar da pa je sistem zunaj tako dobro organiziran, da jim tega ni treba. (A121)

- **Menite, da gre razvoj skupnostne obravnave uporabnikov s težavami v duševnem zdravju v smeri dezinstitutionalizacije?**

Ja, absolutno. To je razvidno že iz tega, da v naši organizaciji konstantno zaposluje nove ljudi – ker so vedno večje potrebe za pomoč v vsakdanjem življenju ljudi, ki imajo psihične težave. (A122)

- **Zakaj se po vašem mnenju v Avstriji več ne govori dosti o procesu dezinstitutionalizacije?**

V bistvu je dezinstitutionalizacija že v implementirana v sistem. Pomoje je to razlog, zakaj se o tem več ne govori. (A123)

- **Kako MPP pripomore k dezinstitutionalizaciji?**

Že s samim načinom dela – ki je orientiran na individualne potrebe posameznikov, ki nikogar v nič ne sili, v katerem vse bazira na pogovoru, ki ima za cilj ohraniti in pripomoči k posameznikovi samostojnosti in varovati pred nastanitvijo v stacionarne oblike pomoči. (A124)

- **Se na Štajerskem govori o zaprtju velikih zavodov npr. Kainbach? Zakaj po vašem mnenju ne?**

Ne, to pa na žalost ne vem. (A125)

f) VKLJUČENOST IN ODZIV SKUPNOSTI

- **Koliko in na kakšen način so uporabniki s pomočjo MPP vključeni v skupnost?**

Ti, ki so stabilni, popolnoma normalno funkcionirajo. To, koliko vedo sosed, niti ne vem. Nekateri imajo dosti stikov s sosed, drugi manj. Odvisno od posameznika. V veliko primerih gre bolj za to, da se ljudje sami izolirajo. (A126)

- **Na kakšen način MPP pripomorejo k destigmatizaciji uporabnikov?**

Profesionalna drža, zagotavljanje osebnih podatkov. (A127)

g) PREDLOGI ZA IZBOLJŠAVE

- **Katere nove storitve bi potrebovale osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju?**

Jaz bi rekla, da bi bilo dobro, če bi se okrepile storitve iz področja alternativnega zdravljenja. Recimo akupunktura. Ušesno akupunkturo (NADA) sicer imamo na voljo v naši organizaciji, vendar bi bilo dobro če bi se ponudba razširila. (A128)

Zelo dobro bi bilo, da bi se klienti imeli možnost vključiti in imeli financirano ali vsaj sofinancirano, kako vsakdanje popoldanske dejavnosti v mešani populaciji, ki nebi bile organizirane samo za ljudi s težavami v duševnem zdravju. Npr. pri športnih aktivnostih ali učenju jezikov ali karkoli. (A129). Da bi se jim bilo lažje vključiti v vsakdanje družbeno življenje. Menim, da bi s tem močno zmanjšali stigmatizacijo uporabnikov in za lasten občutek vrednosti. (A130)

h) UPORABNIKI NA SPLOŠNO

- **Kako izgleda finančna situacija uporabnikov?**

Večinoma so na minimalnih sredstvih in na reha geldu. Geha geld dobijo ljudje, ki so prej delali potem pa so zboleli in več niso sposobni delati. Ta reha geld dobijo za 1 leto. Do GKK-ja imajo seveda neke določene obveznosti – 3x letno morajo iti tja in predložiti različne oblike pomoči v katere so vključeni, velikokrat le MSPP ni dovolj, je fajn če so vključeni tudi v kako terapijo. Ta reha geld potem podaljšujejo. Drugi so invalidsko upokojeni (min. 850-900e). (A131)

- **Kateri uporabniki in na kak način navadno pristanejo v zavodih?**

To, da nekdo pristane v zavodu je bolj izjema kot pravilo. Če pa že pride do tega, pa gre za uporabnika, ki sam ni sposoben živeti. Velikokrat je poleg psihične, prisotna tudi fizična bolezen. (A132)

i) DRUGE SKUPNOSTNE SLUŽBE

- **Kako se povezujete z drugimi službami?**

Z drugimi službami se povezujemo tako, da uporabnikom predstavimo in in se mu pomagamo vključiti v druge službe, odvisno seveda od njegovih potreb. (A133) *Glej vprašanje pod sklopom Splošno o MSPP.*

13.2.2. Zapis intervjuja 2 z zaposleno v dnevni bolnišnici

Splošni podatki

Vrsta storitve: **Dnevna bolnišnica LSF**

Ime: **dr. Anne Sigmund**

Status: **zaposlena**

Spol: **ženski**

Poklic: **dr. psihiatrije**

Datum: **28. 5. 2017**

Kraj: /

Trajanje: /

Posebnost intervjuja: **zaradi težav z dogovarjanjem, sem ga speljala preko e-maila.**

I. ORIGINALNA VERZIJA INTERVJUJA V NEMŠKEM JEZIKU

a) ALLGEMEIN

- **Wieviele Tageskliniken gibt es in der Steiermark und wieviele Plätze gib es im LSF Tagesklinik?**

In der LSF(Landeskrankenhaus Graz Süd/West Standort Süd) gibt es 24 Plätze für ein subakut krankes psychiatrisches Klientel von 18-65 Jahre.

Auf den Spezial -Abteilung für Jugendpsychiatrie-und Neurologie -Rehabilitation,(im Entstehen sind Alters- und Sucht-Psychiatrie) gibt es tagesklinische Behandlungsplätze.

- **Wie kommen am meisten KlientInnen zu euch? Freiwillig, durch Vermittler (Familie, Ärzte...) oder verschiedene Maßnahmen?**

Immer freiwillig-meist über Vermittlung der Stationenen, wo die Pat. In der Akutphase ihrer Erkrankung behandelt wurden.

- **Wieviele Leute sind bei Ihnen angestellt und aus welchen Berufen kommen sie? Was ist Ihr Beruf?**

Ich bin Fachärztin für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin und Bezugsärztin für die beschriebene Patientengruppe. (Meine Vertretungsärzte sind vorallem für das medizinische Managment zuständig)

Es gibt einen Personalschlüssel für die Anzahl (6-10 Patienten) der Therapieplätze:

Bei meiner Tagesklinikgruppe sind vorgesehen

75% (30 Wochenstunden) 1 Fachärztin für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, 175% diplomiertes Pflegepersonal (2 Personen mit 30+38 Wochenstunden)

100% 1 Ergotherapeutin mit 38 Wochenstunden.

- **Wieviel Zeit verbringen KlientInnen in der Tagesklinik?**

Täglich von 8h-15h und in begründeten Ausnahmen kann der Patient mit dem Bezugsarzt »Eigenzeit« vereinbaren-für persönliche Angelegenheiten-auch sozialtherapeutischer Ausgang genannt. Im somatischen Krankheitsfall wird der Pat. an den Hausarzt oder eine entsprechende Abteilung verwiesen.

Und insgesamt: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer 3-8 Wochen –Aufenthalte bis zu 24 Wochen sind von der Krankenkasse vorgesehen. Für längere Aufenthalte muß eine Verlängerung beantragt werden.

- **Was meinen Sie, wie groß die Sozialennetzwerk von KlientInnen ist? Wie trägt die Tagesklinik zur besseren Sozialvernetzung bei?**

Die Netzwerke sind individuell sehr gut haltgebend bis kaum ausgebildet. Ein wesentliches Ziel für den Behandlungsprozess ist oft die sozialen Netzwerke sowohl professionell als auch familiär zu unterstützen und stärken.

- **Wo wohnen die meisten KlientInnen? In welchen Wohnformen?**

Individuell alleine in einer Wohnung bis zum Familienverband im eigenen Haus. Fallweise ist es unsere Aufgabe betreute Wohnformen zu finden und eine therapeutische Übergangsmöglichkeit zu gestalten.

- **Welche Bedarfe bemerken Sie bei KlientInnen in Tageskliniken?**

Ein Grundbedürfnis ist es in der Gemeinschaft Wohlwollen und Respekt zu erfahren. Oft ist das Gemeinschaftserlebnis ein wesentlichster Heilfaktor.

Vielen Patienten fehlt noch-haben es verlernt sich einen selbstbestimmten sinnvollen Tagesablauf zu gestalten. Manche Patienten sind abgrundtief erschöpft und beginnen in einer niederschwellig strukturierten Alltagsgestaltung wieder Kräfte zu sammeln.

- **Ist die Arbeit mit KlientInnen individualisiert?** Ja
- **Wie?** Geht aus den obigen Ausführungen hervor-
- **Wie befriedigen Sie die Bedarfe, die nicht in der Tagesklinik erfüllt werden können?**

Gar nicht: denn therapeutisches Handeln unterstützt die Fähigkeit Hilfe zur Selbsthilfe an zu nehmen und umzusetzen.

- **Wie trägt die Tagesklinik zum selbstständigen Leben der KlientInnen bei?**

z.B.»Empowerment« : durch realitätsbezogene Einschätzung der sozialen und persönlichen Ressourcen.

Handlungsleitlinie der Therapeuten: Fähigkeiten wertschätzen und nutzen+Grenzen respektieren+ Erfolgserlebnisse ermöglichen. + zielorientierte Behandlungsprozesse (gemeinsam mit dem Patienten vereinbarte Therapieziele)

Der so unterstützte Pat. erwirbt so im besten Fall eine Idee wie er sein Leben wieder in den Griff bekommt und erlernt Handlungsstrategien.

- **Rolle von sozialer Arbeit in TK**

In unserem Fall war es so, dass wir im Bedarfsfall für Beratung und Management sozialer Fragen- wie finanzielle Unterstützung oder Wohnversorgung, Arbeitsrehabilitation, freie Plätze in Tagesstätten, die Patienten den SozialarbeiterInnen in der Klinik zugewiesen haben. Eine eingehende Sozialanamnese haben wir im Team mit den Pat. erarbeitet.

Die gesetzliche Vorgabe für eine Tagesklinik unter 12 Patienten wäre 75% Facharzt, 17,5% Pflegepersonen, 50% (je 20 Stunden) für Sozialarbeit, Psychologie und Ergotherapie.

Bei einem gut eingespielten Team, wie wir es nach einigen Jahren Zusammenarbeit waren, und der Möglichkeit im Bedarfsfall Sozialarbeit und Psychologie, auch Fachärzte aus anderen Disziplinen, beratend bei zu ziehen, konnten wir unseren Auftrag auch mit weniger Personal gerecht werden.

Unser Leitsatz war: Mögliches ermöglichen!

Was für mich bedeutet: sowohl die sozialen Umstände als auch die persönlichen Gegebenheiten meiner Patienten zu erfassen. Zu erfahren, wie dieser Mensch sein Leben gestalten will und kann, ihm "wohl zu wollen" und dementsprechend zu behandeln.

b) EINFLUSS DER KLIENTINNEN

- **Können sie freiwillig beenden?**

Grundprinzip sind Vereinbarungen mit Patienten die sich freiwillig im Behandlungsprozess befinden und die Sinnhaftigkeit der Therapieangebote einsehen können.

c) REGELN

- **Was sind die Bedingungen für die Eingliederung?**

Sich am vorgegebenen Wochenplan der Tagesklinik so gut als möglich zu beteiligen und sich in die Patientengruppe ein zu fügen.

- **Welche Regeln sollten KlientInnen befolgen?**

Pünktlichkeit, niemanden beleidigen, keine Beeinträchtigung durch Drogenkonsum (Substanzgebrauch ohne Beeinträchtigung bedarf einer Vereinbarung mit dem behandelten Arzt). Mit allgemeinen Regeln des Miteinander einverstanden sein.

- **Was passiert wenn Klient nicht die Regeln befolgen? Was sind die Sanktionen?**

Vor Behandlungsbeginn unterschreibt der Pat. und die Bezugssärztin ausführlich kommunizierte Therapievereinbarungen. Der Therapieprozess kann sowohl von professioneller Seite als auch Patientenseite – nach einer gewünschten Aussprache-beendet werden.

d) FACHARBEIT

- **Wie wichtig sind Diagnosen bei der Arbeit?**

Grundvoraussetzung für ein zielgerichtetes therapeut. Arbeiten (psychodynamische Diagnostik)-nach ICD 10 wichtig für die Verrechnung der Tagsätze der Krankenkasse und leitliniengerechte medizinische Therapien.

- **Wie haben Sie mit KlientInnen mit mehreren Diagnosen gearbeitet?**

Regelmäßig reflektierte ich die Selbsteinschätzung des Patienten und die des multiprofessionellen Teams. Es gibt fast keine Pat. mit nur einer diagnose. Ein Schwerpunkt der Behandlung wird mit dem Team und dem Patienten vereinbart.

- **Wie lösen Sie die Konflikte zwischen KlientInnen?**

Die Pat. lösen ihre Konflikte selber. Einschreiten ist nur bei Regelüberschreitungen erforderlich.

- **Welche Probleme hatten Sie bei der Arbeit?**

Unsere Arbeitsweise entspricht nicht den herkömmlichen Normen psychiatrischer Behandlung. Psychotherapeutisch ist die ganzheitliche Sicht auf einen Menschen, den wir ein Stück seines Weges begleiten, mit dem Anliegen einen Entwicklungsprozess an zu regen. Dieser Behandlungsanspruch ist individuell auf eine Person zugeschnitten. Wenn die Kontinuität der therapeutischen Bezugspersonen und die

Kommunikation im multiprofessionellem Team nicht optimal möglich ist, wird es schwierig diesen differenzierten Zugang zum Patienten aufrecht zu halten.

- **Wo sehen Sie Mängel in der Tagesklinik, was und wie solltet verändert werden?**

In überschaubaren Patientengruppen(8-12 Patienten) und ausreichend Raum zur Alltagsgestaltung (solche Bedingungen konnte ich nutzen) und kontinuierlich zur Verfügung stehenden Therapeuten die ein gemeinsames Ziel mit dem Pat. verfolgen-sind vorübergehende Mängel gut ausgleichbar.

- **Gibt es genug Personal in der Tagesklinik?**

Wenn den gesetzlichen Vorgaben entsprochen wird –Ja.

- **Wie kooperieren Sie zwischen verschiedenen Berufen in der Tagesklinik?**

Regelm. Teambesprechung: kurz täglich am Morgen+nach den Therapieeinheiten
-patientenorientiert 1xWö

- **Wie kooperieren Sie mit anderen Organisationen (extramurale)?**

Tel. Kontaktaufnahme und Helferkonferenzen.

e) ENTINSTITUTIONALISIERUNG

Ist ein Ziel einer tagesklinischen Behandlung!

f) EINGLIEDERUNG IN DER GESSELLSCHAFT

- **Wie stark sind KlientInnen durch Tageskliniken ins Gesselschaft eingegliedert?**

Sie sind eingegliedert-gehen in die TK so wie andere zur Arbeit gehen.

g) VORSCHLÄGE FÜR VERBESSERUNGEN

- **Was könnte/sollte das Land Steiermark machen um die Situation für psychisch »kranke« Menschen zu erleichtern oder verbessern?**

Nahtlose Übergänge von der stat. Behandlung in die teilstationäre (Tagesklinik) strukturell intramural ausbauen. Extramurale psychiatrische Einrichtung wohnortnahe weiter finanziell unterstützen ausbauen. Langfristige Beschäftigungsprojekte für beeinträchtigte Menschen in Firmen durch entsprechende Koordination von Professionisten fördern.

- **Wie könnte das System der extramuralen Versorgung in der Steiermark verbessert werden?**

Einrichtung psychiatrisch-psychotherapeutischer Tageskliniken in den peripheren Krankenhäusern

- **Welche neue Dienstleistungen sollten für KlientInnen zur Verfügung gestellt werden?**

Casemanager –Koodinatoren –Coaches für beeinträchtigte Menschen

h) ANDERE DIENSTLEITUNGEN

- **Was meinen Sie... Gibt es ein Bereich im Leben der KlientInnen der nicht mit extramuralen sozialpsychiatrischen Leistungen gedeckt ist?**

Vorschläge: wohnortnahe-psychiatrische Therapie entsprechend der Krankheitsphase von akut-subakut-chron., für wohnversorgte Menschen, die keinen geschützten (geschlossenen Therapieraum) benötigen

II. PREVEDENA VERZIJA INTERVJUJA V SLOVENSKI JEZIK

a) SPLOŠNO O DNEVNIH BOLNIŠNICA

- **Koliko dnevni bolnišnic obstaja na Štajerskem in koliko mest je v vaši bolnišnici?**

V dnevni bolnišnici LSF (Psihiatrične bolnišnice Sigmunda Freuda) je na voljo 24 mest za kliente (18-65 let), ki so v subakutni fazi bolezni. (B1)

- **Kako pridejo uporabniki do vas? Prostovoljno, preko posrednika (družina, zdravnik...) ali preko kakega ukrepa?**

Vedno prostovoljno. Večinoma pa pridejo preko posredovanja psihiatrične bolnišnice, kjer je pacient preživel akutno fazo. (B2)

- **Koliko ljudi je zaposlenih v vaši bolnišnici in katere profile pokrivajo? Kaj ste v po poklicu?**

Jaz sem po poklicu zdravnica psihiatrije in psihoterapevtka. (B3) Pristojna sem tudi za skupino pacientov, ki obiskuje dnevno bolnišnico (moji nadomestni zdravniki so večinoma pristojni za medicinski menedžment). (B4)

Na eni terapiji je razpoložljivih 6-10 mest za paciente. (B5) Za mojo skupino pacientov v sklopu dnevne bolnišnice je predvideno osebje:

- 75% (30 ur tedensko) psihiater in psihoterapevt,
- 175% diplomirano medicinsko osebje (2 osebi z 30 in 38 urami na teden)
- 100% ergoterapevt (1 oseba z 38 urami na teden). (B6)

- **Koliko časa uporabniki preživijo na bolnišnici (dnevno in skupno)?**

Dnevno pacienti preživijo na bolnišnici 7 ur – od 8ih do 15ih. V utemeljenih primerih se lahko pacient in zdravnik dogovorita drugače. To se zgodi predvsem v primerih osebnih zadev, kar drugače imenujemo tudi socialnoterapevtski pristop. (B7)

V primeru somatske bolezni se pacienta napoti do hišnega zdravnika ali direktno na primerni oddelek. (B8)

Povprečno preživijo pacienti na dnevni bolnišnici 3 do 8 tednov. Zdravstvena zavarovalnica predvideva bivanje na bolnišnici vse do 24 tednov. V primerih daljšega bivanja, se mora zaprositi za podaljšanje. (B9)

- **Kaj menite, kako razširjena je socialna mreža uporabnikov? Kako dnevna bolnišnica pripomore k razširitvi socialne mreže uporabnikov?**

Socialne mreže uporabnikov se razlikujejo glede na posameznika – gredo od zelo širokih pa do komaj obstoječih. (B10)

En izmed pomembnih ciljev dela dnevnih bolnišnic je pomagati okrepiti in podpreti socialne mreže uporabnikov. (B11)

- **V katerih oblikah bivanja navadno živijo uporabniki?**

Nekateri uporabniki živijo samostojno v svojih stanovanjih, drugi z družino. (B12) Občasno (glede na primer) je naša naloga tudi pomagati poiskati podporno obliko bivanja za pacienta in mu zagotoviti prehodne terapevtske možnosti. (B13)

- **Katere potrebe zaznavate pri uporabnikih?**

Temeljna potreba skoraj vseh pacientov je na splošno dobro počutje v družbi (v skupnosti) in njihova lastna izkušnja občutka spoštovanja s strani drugih. Velikokrat lahko izkušnja same skupnosti pripomore k ozdravitvi in k boljšemu počutju posameznika. (B14)

Dosti pacientov ne zmore samostojno vzpostaviti smiselnega poteka dneva.

Nekateri pacienti so izredno izčrpani in svoje moči začnejo nabirati skozi nizkopražne strukture vsakdanjika. (B15)

- **Je delo z uporabniki individualizirano? Kako?**

Ja, delo je individualizirano (B16). Odgovor razviden iz prejšnjih vprašanj.

- **Kako zadovoljujete potrebe, ki jih ne morete zadovoljiti v sklopu dnevne bolnišnice?**

Nikakor, ker terapijska obravnava podpira sposobnost pomoči k samopomoči. Uporabnike skušajo podpreti skozi samopomoč. (B17)

- **Kako pripomore dnevna bolnišnica k samostojnejšemu življenju uporabnikov?**

Na primer skozi *opolnomočenje (Empowerment) pacientov, kjer skušamo skupaj s pacienti ovrednotiti njegove socialne in osebne vire.* (B18)

K samostojnejšemu življenju skušamo pripomoči tudi skozi vodila, po katerih se ravnamo terapevti: *ovrednotiti in ravnati v skladu s pacientovimi sposobnostmi, upoštevati in spoštovati meje, omogočiti in spodbuditi njegove pozitivne izkušnje. Pomembno tukaj pa je tudi, da skupaj s pacienti določimo cilje terapije, katerim se potem prilagodi in mu sledi sam proces obravnave.* (B19)

- **Vloga socialnega dela v dnevni bolnišnici?**

V naši dnevni bolnišnici je tako, da po potrebi, skupaj s pacienti nudimo tudi management socialnih zadev kot so npr. finančna podpora, bivanje, delovna rehabilitacija, mesta v dnevni centrih itd. Na vseh navedenih področjih lahko posredujemo na podlagi predhodnega dogovora med pacientom in socialnim delavcem. (B20)

Zakonske zahteve v dnevni bolnišnici za 12 pacientov so naslednje:

- 75% specialistov,
- 175% diplomiranega medicinskega osebja,
- 50% (20 ur vsak) za socialne delavce, psihologe in ergoterapevte. (B21)

Skupaj z dobro izurjenim timom smo po nekaj letih sodelovanja in možnostjo socialnodelovnega in psihološkega svetovanja ter strokovnega osebja iz drugih disciplin, dosegli naše cilje tudi z manj številčnim osebjem. (B22)

Osnovno vodilo, ki ga imamo pri delu je: omogočiti možno (»Mögliches ermöglichen«). (B23)

Kar pa vse to pomeni konkretno za mene pa je: zajeti vse, tako socialne kot osebne okolščine posameznikov. Ugotoviti in podpreti klienta v tem, kako želi in zmore formirati svoje življenje, da se bo v njem dobro počutil. (B24)

b) VPLIV UPORABNIKOV

- **Lahko uporabnik sam prekine z obiskovanjem bolnišnice?**

Delo poteka po osnovnem principu dogovarjanja s pacienti, ki prostovoljno sodelujejo v dnevni bolnišnici. Osnovni princip je tudi, da pacienti sami uvidijo smiselnost terapije. (B25)

c) PRAVILA V BOLNIŠNICI

- **Pogoji za vključitev?**

Od pacientov je zaželeno, da se po najboljših močeh udeležujejo tedenskega plana in tudi, da aktivno sodelujejo v skupinah. (B26)

- **Katera pravila morajo uporabniki upoštevati?**

Pomembno je, da so uporabniki točni, da so med seboj in do osebja vljudni, da ne jemljejo drog v času obiskovanja dnevne bolnišnice, razen v posebnih primerih, za katere se mora posamezni pacient dogovoriti z zdravnikom. Nasplošno je pomembno, da pacienti in osebje spoštujejo osnovna načela sobivanja. (B27)

- **Kaj se zgodi, ko klient ne upošteva pravil? Sankcije?**

Pred pričetkom obravnave v dnevni bolnišnici, pacient in zdravnik podpišeta dogovor o terapiji, ki se potem izvaja v dnevni bolnišnici. Postopek terapije se lahko prekine tako s strani strokovnega delavca kot tudi s strani pacienta (po dogovoru). (B28)

d) STROKOVNO DELO

- **Kako pomembne so diagnoze pri delu?**

Diagnoza je osnovni pogoj za ciljno usmerjeno terapevtsko delo (psihodinamična diagnostika) po ICD 10. Pomembna je za obračun dnevne postavke za zdravstveno zavarovalnico in tudi zaradi smernic medicinskega dela. (B29)

- **Kako ravnate v primeru dvojnih diagnoz?**

Vsakodnevno se soočam s samovrednotenjem pacientov in multiprofesionalnega tima. Skoraj vsi pacienti imajo več kot eno diagnozo, npr. v primeru posttravmatske motnje je velikokrat prisotna tudi depresija ipd. V posameznih primerih se o delu dogovorimo osebno s pacientom in timom, ki dela z njim. (B30)

- **Kako rešujete konflikte med uporabniki?**

Tukaj se mi ne vmešavamo. Pacienti konflikte z drugimi navzočimi rešujejo sami. Posredujemo le v primeru, če se kršijo pravila bolnišnice. (B31)

- **S katerimi težavami se soočate na delu?**

Naš način dela ne ustreza tipičnim standardom psihiatričnega zdravljenja. Če pogledamo iz psihoterapevtskega vidika, holističen pogled, kateremu sledimo pri našem delu, stimulira razvojni process pacienta. Ta način tretmaja zahteva individualnost, ki je odmerjena glede na posameznika. Naše delo je torej zelo individualistično usmerjeno. (B32)

Če kontinuiteta terapevtsko obravnavane osebe in komunikacija znotraj tima nista možni, je oteženo ohranjanje diferenciranega pristopa dela. (B33)

- **Kje vidite pomanjkljivosti v dnevni bolnišnici in kako bi se to moralo spremeniti?**

Pomanjkljivosti, ki jih zaznavam, se tičejo predvsem preglednosti skupin pacientov (8-12 oseb). (B34) Nadalje se soočamo tudi s premalim številom terapevtov, ki bi kontinuirano delali s pacienti ter, ki bi skupaj s pacienti sledili njegovim prej dogovorjenim ciljem. (B35)

- **Je po vašem mnenju v dnevni bolnišnici zaposlenih dovolj ljudi?**

Zakonsko gledano je osebja dovolj, vendar je premalo terapevtov, ki bi kontinuirano delali s pacienti. (B36)

- **Kako kooperirate znotraj bolnišnice z različnimi profili zaposlenih?**

Z različnimi profili osebja delalo vsakodnevno zjutraj (krajše), ter po posameznih terapijah in skupaj s pacienti enkrat na teden. (B37)

e) DEZINSTITUCIONALIZACIJA

Dezinstitucionalizacija je cilj obravnave v dnevni bolnišnici. (B38)

f) VKLJUČENOST V SKUPNOST

- **Kake uporabniki preko DK vključujejo v skupnost?**

V skupnost so intergrirane skozi svoja življenja. Na dnevni bolnišnici preživijo le čas, kot ga preživijo drugi, ki hodijo v službo. (B39)

g) PREDLOGI ZA IZBOLJŠAVE

- **Kaj še bi lahko storila štajerska vlada, da bi olajšala in izboljšala položaj uporabnikom s težavami v duševnem zdravju?**

Konkretno v primerih dnevnih bolnišnic, bi bilo dobro, da bi olajšali prehode med stacionarnim zdravljenjem v bolnišnicah in med delno-stacionarnimi enotami (dnevnimi bolnišnicami). (B40)

Več poudarka bi morali dati na finančno podporo skupnostnih storitev, ki so organizirane direktno v okolju klientov. (B41)

Dobro bi bilo tudi, da bi ustanovili in podprli več zaposlitvenih projektov za dolgotrajne kliente v firmah, v katerih bi morale koordinacijo voditi strokovno osebje. (B42)

- **Kaj bi se še lahko izboljšalo v sistemu skupnostne oskrbe na Štajerskem?**

Dnevne bolnišnice bi morale biti na voljo tudi v ruralnih bolnišnicah. (B43)

- **Katere nove službe bi še morale biti na voljo uporabnikom?**

Koordinatorji in trenerji za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. (B44)

- **Menite, da obstaja kako področje v življenju uporabnikov, ki pokrito s strani skupnostnih storitev?**

Tukaj imam en predlog: obstajati bi morala tudi psihiatrična terapija v neposrednem okolju posameznika, vezana na akutno-subakutno-kronično fazo bolezni pacienta, za kliente, ki živijo samostojno in prejemajo pomoč na domu (B45).

13.2.3. Zapis intervjuja 3 z zaposleno v socialnopsihiatrični dnevni strukturi

Splošni podatki

Vrsta storitve: **Socialnopsihiatrična dnevna struktura v organizaciji GSFG**

Ime: **mag. Anna Tropper**

Status: **zaposlena**

Spol: **ženski**

Poklic: **socialna delavka**

Datum: **1. 6. 2017**

Kraj: **Graz**

Trajanje: **1 ura**

I. ORIGINALNA VERZIJA INTERVJUJA V NEMŠKEM JEZIKU

a) SPLOŠNO

- **Wie schaut die Organisation des Tagesstrukturen (TS) aus? Wieviele Plätze gib es im Tagesstrukturen am Hasnerplatz?**

Es gibt täglich 15 Plätze. Die meisten KlientInnen kommen nicht 5 Tage die Woche, sondern weniger. Insgesamt haben wir 27 KlientInnen.

Wieviele Anwesenheitstage die TeilnehmerInnen haben, hängt einerseits von den aktuell verfügbaren Tagen, andererseits von ihren Wünschen und Zielen ab. Wenn jemand wieder in das Arbeitsleben einsteigen möchte, sollte er möglichst viele Anwesenheitstage haben. Kommt jemand schon viele Jahre ins Akku und hat sich gut stabilisiert, reicht es auch, weniger Tage zu kommen.

- **Wie ist es mit Finanzierung? Wovon bekommen die KlientInnen die Finanzmittel?**

Die Tagesstruktur ist über Tagsätze über das Behindertengesetz finanziert. D.h. wir bekommen pro Tag/ pro Klient ein Geld. Wenn jemand ein höheres Einkommen hat, muss er/ sie einen Selbstbehalt zahlen.

- **Wie kommen am meisten KlientInnen zu euch? Freiwillig, durch Vermittler (Familie, Ärzte...) oder verschiedene Maßnahmen?**

Das ist sehr unterschiedlich. Die meisten KlientInnen bekommen aber die Empfehlung, zu uns zu kommen im Krankenhaus oder in anderen sozialen Einrichtungen.

- **Gibt es Warteschlange um die Platz in TS zu bekommen? Wie lang muss man warten?**

Derzeit bis zu 2 Jahre. Frauen warten etwas kürzer, da wir versuchen, immer gleich viele Frauen wie Männer aufzunehmen.

- **Was für eine Hilfe bekommt man wenn er auf die freie Platz in TS wartet?**

Von uns gibt es das Angebot, jeden Dienstag ins »KlientInnencafe« zu kommen. Ansonsten empfehlen wir in der Zwischenzeit andere Einrichtungen zu besuchen (Psychosoziales Zentrum/ Verein Achterbahn/ Pro Move).

- **Wieviele Leute sind bei Ihnen angestellt und aus welchen Berufen kommen sie? Was ist Ihr Beruf?**

Ich bin Sozialarbeiterin. Wir sind 6 MitarbeiterInnen, davon 2 SozialarbeiterInnen, eine Psychologin, ein Soziologe mit Zusatzausbildung im sozialpsychiatrischen Bereich, eine Ergotherapeutin (und Mal- und Gestalttherapeutin) und eine Sekretärin.

- **Wieviel Zeit verbringen KlientInnen in der Tagesklinik (Täglich und insgesamt)?**

Täglich 7 Stunden (von 09:00 – 16:00). Manche Personen kommen nur ein Mal in der Woche zu uns, andere 5 Tage.

- **Wie schaut ein typischer Tag in TS aus?**

Am Morgen gibt es eine »Morgenwegung«, das heißt wir gehen gemeinsam spazieren oder machen eine andere sportliche Aktivität (Gymnastik/ Yoga/ Tanzen). Dannach setzen wir uns zusammen, jeder berichtet, wie es ihm heute geht und es wird eingeteilt, wer heute wo arbeitet und welchen Putzdienst übernimmt. Am Vormittag gibt es zwei Arbeitseinheiten in den Werkstätten. Dann Mittagessen, Pause, Putzdienste. Am Nachmittag gibt es jeden Tag ein unterschiedliches Programm (z.B.: Kognitives Training/ Sport/ Kreativgruppe/ KlientInnencafe/ Aktivgruppe/ NADA etc.). Zusätzlich gibt es noch andere ganztägige Angebote: Naturtherapie, Wandern, Schwimmen, Ausflüge.

- **Welcher Status haben die KlientInnen die sind in TS? Sind sie arbeitsfähig oder sind sie in (Invaliditäts-)Rente?**

Die meisten sind in I-Pension bzw. beziehen das RehaGeld oder die Mindessicherung. Niemand ist beim Arbeitsamt gemeldet.

- **Gibt es KlientInnen die SachwalterInnen haben? Wer sind meistens die SachwalterInnen? Wie arbeiten Sie mit diese KlientInnen?**

Ja, einige TeilnehmerInnen haben SachwalterInnen. Teilweise sind dies Verwandte, z.B. die Eltern. In manchen Fällen sind es SachwalterInnen vom Verein für Sachwalterschaft.

Wie SachwalterInnen arbeiten ist individuell sehr unterschiedlich.

- **Was meinen Sie, wie groß die Sozialennetzwerk von KlientInnen ist? Wie trägt die TS zur besseren Sozialvernetzung bei?**

Das ist auch sehr unterschiedlich. Viele KlientInnen leben alleine und haben kaum soziale Kontakte außerhalb des Akkus. Andere TeilnehmerInnen haben Familie oder leben mit ihren Eltern oder einem Partner zusammen. Grundsätzlich kann man jedoch sagen, dass die sozialen Kontakte in der Tagesstruktur für alle sehr wichtig sind.

- **Wo wohnen die meisten KlientInnen? In welchen Wohnformen?**

Teilweise alleine, mit Familie (Partner/ Eltern) oder in einer betreuten Wohnform.

- **Welche Bedarfe bemerken Sie bei KlientInnen in TS?**

Meist ist die Wiedererlangung der psychischen Stabilität, die Wichtigkeit eines geregelten Tages- bzw. Wochenablaufs und der Aufbau sozialer Kontakte oder Freundschaften im Vordergrund.

- **Ist die Arbeit mit KlientInnen individualisiert? Wie? Wie befriedigen Sie die Bedarfe, die nicht in der TS erfüllt werden können?**

Jede Betreuungsperson hat 5-7 BezugsklientInnen. Mit diesen KlientInnen gibt es regelmäßig Gespräche und es wird versucht, regelmäßig gemeinsam Ziele zu formulieren. Im täglichen Ablauf fehlt jedoch oft die Zeit, sich für alle die Zeit zu nehmen.

- **Wie trägt die TS zum selbstständigen Leben der KlientInnen bei?**

Ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, ist ein wichtiges Ziel unserer KlientInnen. Alltagspraktische Tätigkeiten (einkaufen, kochen, putzen) können in der Tagesstruktur erprobt und geübt werden. Wir versuchen, die Selbstständigkeit der KlientInnen in den Werkstättenbereichen zu fördern.

- **Wie handeln Sie, wenn ein Klient in Krise ist?**

Unsere Devise ist »eine Krise geht vor«, d.h. wenn ein Teilnehmer/ eine Teilnehmerin in einer Krisensituation ist, ist andere Arbeit zweitrangig. Meist begegnen wir einem krisenhaften Klienten in einem Einzelgespräch. Wir haben auch die Möglichkeit, unsere Psychiaterin hinzuzuziehen (arbeitet im Psychosozialen Zentrum im

Haus nebenan). Bei klarer Selbst- oder Fremdgefährdung müssen wir eine Krtankenhauseinweisung vornehmen. Meist ist es bei Selbstgefährdung jedoch so, dass die Person nach einem Gespräch und unserer Empfehlung freiwillig ins Krankenhaus geht. Wenn möglich, begleiten wir die Klienten dann mit der Rettung ins Krankenhaus.

- **Wie schaut die Finanzsituation bei KlientInnen aus? Was ist ihr Basiseinkommen (Rehageld, Pension...)?**

Rehageld/ I-Pension/ Mindestsicherung

b) EINFLUSS DER KLIENTINNEN

- **Wie groß ist der Einfluss von KlientInnen bei der Eingliederung in der TS? Kommen Sie freiwillig? Wie groß ist der Einfluss von KlientInnen bei Tagesaktivitäten der Tagesklinik? Können sie freiwillig beenden?**

Der Besuch in der Tagesstruktur ist freiwillig. In sehr seltenen Fällen gibt es eine »gerichtliche Weisung«, dass ein forensicher Klient (»geistig abnormer Rechtsbrecher«) als Resozialisierungsmaßnahme die Tagesstruktur besuchen muss. Derzeit haben wir einen Klienten, der so zu uns kommt. Alle anderen kommen freiwillig. Der Besuch kann auch freiwillig beendet werden.

c) REGELN

- **Was sind die Bedingungen für die Eingliederung in TS?**

Ein psychische Erkrankung, keine grobe kognitive Beeinträchtigung, keine Alkoholabhängigkeit. Alter zwischen 18 und 65.

- **Welche Regeln sollten KlientInnen befolgen? Welche Verpflichtungen haben KlientInnen zur TS?**

KlientInnen müssen regelmäßig und pünktlich Erscheinen. Es gibt 6 Urlaubswochen und die Möglichkeit, mit einer ärztlichen Bestätigung in Krankenstand zu gehen.

- **Was passiert wenn Klient nicht die Regeln befolgen? Was sind die Sanktionen?**

Wenn jemand regelmäßig unentschuldigt fehlt, wird der Aufenthalt in der Tagesstruktur beendet.

Bei aggressivem Verhalten oder Alkoholkonsum gibt es eine Verwarnung, tritt das Verhalten häufiger auf, wird der Aufenthalt beendet.

- **Wann und wie beendet sich die Beziehung zwischen TS und KlientInnen? Wie lang sind meistens KlientInnen bei euch?**

Zumeist wird der Aufenthalt in beidseitigem Einvernehmen beendet. Viele Teilnehmer sind einige Jahre bei uns. Manche bleiben bis zur Pensionierung.

d) FACHARBEIT

- **Wie schaut Ihr Tag aus?**
- **Welche Methoden haben Sie bei der Arbeit angewendet? Was sind die wichtigsten Philosophien bei der Arbeit mit KlientInnen?**

Wir wollen jedem Menschen als Menschen begegnen und seine Krankheit soll nicht im Vordergrund stehen. Wir wollen jeden Menschen und seine Probleme ernst nehmen. Ein wichtiges Prinzip ist es, die Selbstständigkeit der TeilnehmerInnen zu fördern.

- **Wie wichtig sind Diagnosen bei der Arbeit?**

Sie stehen nicht im Vordergrund, sind aber wichtig, um das Verhalten der TeilnehmerInnen richtig einzuordnen und zu verstehen. Manchmal vergessen wir jedoch bei der Arbeit die Diagnosen. Beim gemeinsamen Kochen, Töpfern oder Nähen sind Diagnosen oft einfach nicht relevant.

- **Wie arbeiten Sie mit KlientInnen mit mehreren Diagnosen?**

Viele unsere KlientInnen haben mehrere Diagnosen, ich glaube aber nicht, dass wir sie deshalb anders behandeln.

- **Wie lösen Sie die Konflikte zwischen KlientInnen?**

Meist lassen sich Konflikte durch Gespräche lösen. Eventuell kann auch eine Betreuungsperson bei dem Gespräch dabei sein.

- **Welche Probleme haben Sie bei der Arbeit?**

Die Dokumentationsarbeit ist sehr aufwendig/ die Arbeit kann anstrengend sein/ Abgrenzung ist sehr wichtig!

- **Wo sehen Sie Mängel in der TS, was und wie solltet verändert werden?**

Es wäre gut, wenn es mehr Tagesstrukturen gäbe, da bei uns die Wartezeiten so lange sind.

- **Gibt es genug Personal in der TS?**

Es wäre sicher besser, wenn es mehr Personal geben würde.

- **Wie kooperieren Sie zwischen verschiedenen Berufen in der TS? Wie kooperieren Sie mit anderen Organisationen (extramurale)?**

Wir kooperieren grundsätzlich (mit Einverständnis des Teilnehmers) immer wieder mit anderen extramuralen Einrichtungen. Besonders einfach ist die Zusammenarbeit innerhalb der GFSG (Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit), wir kooperieren aber auch mit der Wohnplattform, der Caritas und anderen Organisationen.

- **Wie kooperieren Sie mit klassischer Psychiatrie?**

Die Zusammenarbeit ist unterschiedlich. Häufig haben wir Kontakt zu SozialarbeiterInnen im Krankenhaus, da sie zuständig sind, eine gute Versorgung der PatientInnen außerhalb des Krankenhauses sicherzustellen. Wir haben auch Kontakt zu ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen. Oft tritt unsere Psychiaterin mit dem behandelnden Arzt im Krankenhaus in Kontakt.

- **Wie sorgt die Organisation für Ihre psychische Wohlbefinden?**

Wir haben sehr flache Strukturen und einen sehr freundschaftlichen Umgang miteinander. Es gibt jede Woche zwei Teamsitzungen, bei denen wir uns austauschen können. Außerdem gibt es Teamsupervisionen und Einzelsupervisionen.

e) ENTINSTITUTIONALISIERUNG

- **Hat, nach Ihrer Meinung, Österreich schon genug für Ent-institutionalisierung getan? Gibt es viele Leute die noch immer in verschiedenen Großinstitutionen (zB. Pflegeheime) wohnen?**

Ich glaube, dass in dieser Hinsicht schon viel getan worden ist. Ich halte es für wichtig, dass Menschen mit psychischen Problemen mitten in unserer Gesellschaft leben und nicht in Großinstitutionen.

Es gibt in der Steiermark noch ein großes Pflegezentrum in Kainbach, in dem Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen leben. Ich habe diese Einrichtung besucht und war grundsätzlich positiv überrascht: es gibt dort innerhalb des Geländes auch betreute Wohngemeinschaften und einen Bauernhof. Ich denke, dass es wichtig ist, für jeden eine adäquate Wohnform zu finden. Wichtig ist, dass sich Menschen dort wohl fühlen.

Wir haben einen Klienten, einen älteren Herrn, der schon in frühen Jahren an chronischer Schizophrenie erkrankt ist. Er hat in seinem Leben sehr viel Zeit im Krankenhaus verbracht und fühlt sich dort sehr wohl. Er war sein ganzes Leben in irgendeiner Form »betreut«. Er wohnt an und für sich in einer betreuten Wohngemeinschaft. Aufgrund einer Krise ist er seit vielen Wochen im Krankenhaus stationär untergebracht. Er ist einer der wenigen Menschen, die ich kenne, die am Liebsten im Krankenhaus wohnen würden. Er genießt es, selbst nicht tun zu müssen und die Verantwortung für sich ganz abzugeben. Es war sein Wunsch, in das Pflegezentrum nach Kainbach zu ziehen. Aus diesem Grund hat er das Pflegezentrum besucht. Es hat ihm dort aber gar nicht gefallen, da auch dort relativ viel Selbstständigkeit gefordert wird. Auch dort müsste er selbst kochen oder putzen. Die meisten unserer TeilnehmerInnen wünschen sich möglichst selbstbestimmt zu leben. Dieser Herr ist jedoch ein Fall von Hospitalisierung. Er hat aufgrund seiner Lebensgeschichte das Bedürfnis nach einer Art »Vollversorgung«.

- **Welche KlientInnen landen am meisten in Großeinrichtungen und warum?**

Ich habe da wenig Einblick.

- **Meinen Sie, dass Entwicklung von extramurale Versorgung Entinstitutionalisierungsphilosophie verfolgt?**

Ich denke ja. Ich glaube, dass die Versorgung in größeren Städten wie Graz schon ganz gut ist, am Land muss sie aber dringend ausgebaut werden.

- **Warum spricht die Fachwelt Ihrer Meinung nicht mehr über Entinstitutionalisierung?**

In Österreich ist das nicht so ein großes Thema.

- **Wie TS tragen zur Entinstitutionalisierung bei?**

Wenn Menschen eine Tagesstruktur besuchen, kommt es seltener zu Krankenhauseinweisungen. Menschen werden dabei unterstützt, möglichst selbstständig zu Hause zu leben.

- **Gibt es Pläne welche Pflegeheim/Großinstitution in Steiermark zu schließen? (Wie zB. LPH Schwanberg 2015)**

Davon weiß ich nichts.

- **Was meinen Sie über Schließung des LPH Schwanberg?**

Das finde ich gut.

f) EINGLIEDERUNG IN DER GESSELLSCHAFT

- **Wie stark sind KlientInnen durch Tageskliniken ins Gesselschaft eingegliedert? Wie schaut die Gesselschaft auf KlientInnen?**

Das ist schwer zu beurteilen und individuell unterschiedlich. Unser Prgramm findet auch außerhalb der Tagesstruktur statt: wir besuchen kulturelle Veranstaltungen, gehen ins Kino, gehen in Freibäder zum schwimmen etc. Auch am Hasnerplatz sind wir sehr sichtbar: die GFSG betreibt hier ein Cafehaus.

- **Wie tragen TS zur Destigmatisierung bei?**

Ich denke, der Kontakt mit anderen Betroffenen und das Gefühl, mit Problemen nicht alleine zu sein, kann dazu beitragen, sich nicht stigmatisiert zu fühlen.

g) VORSCHLÄGE FÜR VERBESSERUNGEN

- **Was könnte/sollte das Land Steiermark machen um die Situation für psychisch »kranke« Menschen zu erleichtern oder verbessern?**

Psychisch beeinträchtigte Menschen brauchen eine Möglichkeit, am Arbeitsleben teilzuhaben. Es wäre gut, wenn es mehr »geschützte« Arbeitsmöglichkeiten gäbe. Gut wäre auch die Möglichkeit, nur ein paar Stunden die Woche zu arbeiten. Es wäre gut, wenn es möglich wäre, zur Mindestsicherung etwas dazuzuverdienen.

- **Wie könnte das System der extramuralen Versorgung in der Steiermark verbessert werden?**

Im ländlichen Raum braucht es viel mehr extramurale Angebote.

- **Welche neue Dienstleistungen sollten für KlientInnen zur Verfügung gestellt werden?**

Unbefristete Arbeitsmöglichkeiten, auch für wenige Stunden die Woche.

II. PREVEDENA VERZIJA INTERVJUJA V SLOVENSKI JEZIK

a) SPLOŠNO

- **Kako izgleda organizacija dnevnih struktur? Koliko mest je na voljo uporabnikom v vaši enoti?**

Dnevno je na voljo 15 mest za kliente. Večino klientov ne obiskuje struktur 5 dni tedensko, temveč manj. (C1) Skupno našo strukturo obiskuje 27 klientov. (C2) Koliko dni so klienti prisotni je odvisno po eni strani od aktualnih dni na voljo, po drugi strani pa od njihovih potreb in ciljev. (C3) Če se nekdo želi ponovno vključiti na trg dela, bi naj ta obiskoval strukture čim več dni na teden. (C4) Obstajajo pa tudi taki primeri, ki so Akku obiskovali veliko let, so se dobro stabilizirali in jim znese tudi, da jih sedaj obiskujejo manj pogosto. (C5)

- **Kako izgleda financiranje struktur? Od kod dobijo denar klienti?**

Dnevne strukture so po dnevih financirane preko Invalidskega zakona (»Behindertengesetz«), kar pomeni, da dobimo na klienta na dan določeno vsoto denarja. Ko pa ima nekdo od klientov višje dohodke, pa mora delno sam kriti obiske. (C6)

- **Kako pride k vam večino klientov? Prostovoljno, preko posrednikov ali kakih ukrepov?**

To je popolnoma različno. Največ klientov sicer dobi priporočilo, da pride k nam, preko bolnišnice ali preko kake druge socialne ustanove. (C7)

- **Obstaja čakalna vrsta pred vključitvijo? Kako dolgo se čaka?**

Trenutno do 2 let. (C8) Ženske čakajo malo manj, saj poskušamo vedno usprejeti isto število žensk kot moških. (C9)

- **Kako pomoč imajo klienti na voljo v času čakanja na prosto mesto?**

Pri nas konkretno imajo na voljo se pridružiti vsaki torek v »Kavarni klientov«. Drugače pa v vmesnem času svetujemo, da obiskujejo druge ustanove npr. psihosocialne svetovalne centre, društvo Achterbahn/Pro Move... (C10)

- **Koliko ljudi je zaposlenih pri vas? Katere poklice pokrivajo? Kaj ste po klicu vi?**

Jaz sem socialna delavka. Skupno nas je zaposlenih 6, od tega 2 socialni delavki, ena psihologinja, en sociolog z dodatno izobrazbo iz psihosocialnega področja, ergoterapevka (in likovna ter gestaltterapevka) in tajnica. (C11)

- **Koliko časa preživijo klienti pri vas? (na dan in skupno)**

Dnevno 7 ur (ur 9.00-16.00). Nekateri pridejo k nam le enkrat tedensko, drugi vseh pet dni v tednu. (C12)

- **Kako izgleda tipičen dan v dnevni strukturi?**

Zjutraj imamo najprej na sproedu jutranje gibanje, to pomeni, da gremo skupaj na sprehod ali pa počnemo kako drugo športno aktivnost (gimnastiko, jogo, ples). (C13) Potem se vsedemo skupaj, kjer vsak poroča kako se dane spočiti, kako mu gre in razdelimo si, kdo dane skje dela (na katerem področju) in katero čistilno aktivnost bo prevzel. (C14) V dopoldanskem času imamo dve delovni uri v delavnicah. (C15) Nato imamo kosilo, pauzo in čiščenje. (C16) V popoldanskem času imamo vsak dan drugačen program (npr. kognitivni trening, šport, kretivno ustvarjanje, kavarno klientov, aktivno skupino, NADA itd.). (C17) Dodatno obstajajo še tudi druge celodnevne aktivnosti: terapija v/z naravo, pohodništvo, plavanje, izleti... (C18)

- **Kakšen status imajo klienti, ki hodijo v DS? So delovno sposobniali so invalidsko upokojeni?**

Večina jih je v invalidski penziji oz. dobivajo Reha-denar (Rehageld) ali minimalna zagotovljena sredstva. Noben ni prijavljen na zavodu za zaposlovanje. (C19)

- **Ali imajo kateri klienti postavljene skrbnike? Kdo so navadno skrbniki? Kako navadno delate s temi klienti?**

Ja, nekateri jih imajo. Večinoma so to starši ali drugi sorodniki, v nekaterih primerih pa skrbništvo izvajajo društva za skrbništva. (C20) Z uporabniki, ki imajo postavljene skrbnike delamo popolnoma enako kot s tistimi, ki jih nimajo. (C21)

- **Kaj menite, kako razširjene so socialne mreže uporabnikov? Kako DS pripomorejo k razširitvi soc. mrež?**

To je tudi zelo različno. Veliko klientov živi samih in imajo redke kontakte z drugimi ljudmi, razen skozi Akku. (C22) Drugi klienti imajo družini ali živijo skupaj s starši ali partnerjem. (C23) Načeloma lahko rečemo, da so socialni kontakti znotraj DS za kliente zelo pomembni. (C24).

- **Kje večinoma živijo klienti? V katerih oblikah bivanja?**

Deloma sami, nekateri z družinami (partnerji ali starši) ali pa v bivalnih oblikah s podporo. (C25)

- **Katere so najpogostejše potrebe, ki jih zaznavate pri klientih?**

Najpogostejše gre za ponovno pridobivanje psihične stabilnosti, za pomembnost strukturiranega dneva ter tedenskega poteka ter za gradnjo socialnih kontaktov in prijateljstv. (C26)

- **Je delo s klienti individualizirano? Kako? Kako zadovoljujete potrebe, ki jih ne morete zadovoljiti skozi DS?**

Vsak zaposleni (iz stroke) ima 5-7 klientov. S temi klienti ima redne razgovore in skuša na redni baze skupaj s klienti postavljati cilje. (C27) Težava je le, da je na dnevni bazi težko najti čas za vse kliente. (C28)

- **Kako pripomorejo DS k bolj samostojnemu življenju posameznikov?**

Živeti čim bolj samostojno in samozavestno življenje, je najpomembnejši cilj vseh naših klientov. Vsakodnevne aktivnosti, ki so potrebne za samostojno življenje (nakupovanje, kuhanje, čiščenje...) klienti vsakodnevne v DS vadijo in se jih učijo. Spodbujamo tudi čimbolj samostojno delo v posameznih delavnicah v DS. (C29)

- **Kako ravnate, ko se klient sooča s krizo?**

Naša deviza je: »eine Krise geht vor«. To pomeni, ko je klient v krizi, je obisk DS na drugem mestu. (C30) Najpogosteje se s klientom v krizi pogovorimo v individualnem pogovoru. Imamo pa tudi možnost v DS povabiti psihiatrinjo, ki dela v svetovalnem centru blizu nas. (C31)

Če pa gre za jasen primer, ko se lahko klient samopoškoduje ali pa poškoduje koga drugega, pa moramo moramo izvesti proces prisilne hospitalizacije. (C32)

Večinoma pa je tako, da oseba po pogovoru in našem nasvetu, sam odide v bolnišnico. Po potrebi pa pospremimo klienta v bolnišnico z reševalnim vozilom. (C33)

- **Kako pa izgleda finančna situacija pri klientih? Kaj jim navadno predstavlja osnovni dohodek?**

Reha-denar (Rehageld), invalidska pokojnina ali pa minimalna zagotovljena sredstva. (C34)

b) VPLIV UPORABNIKOV

- **Kako velik vpliv imajo klienti na vključevanje v DS? Pridejo prostovoljno? In na dnevne aktivnosti? Lahko prostovoljno zaključijo?**

Obisk DS je vedno prostovoljen. (C35) V izredno redkih primerih pridejo klienti neprostovoljno, preko ukrepa sodišča. Tukaj gre za forenzične primere in morajo obiskovati DS zaradi resocializacijskih ukrepov. Trenutno imamo enega klienta, ki je tako prišel k nam. (C36) Vsi ostali pridejo prostovoljno in lahko tudi prostovoljno kadarkoli zaključijo. (C37)

c) PRAVILA

- **Kakšne pogoje morajo klienti izpolnjevati, da se lahko vključijo v DS?**

Imeti morajo diagnozo neke duševne bolezni, nobene večje kognitivne ovire ali odvisnosti. Stari morajo biti med 18 in 65 let. (C38)

- **Katerim pravilom morajo slediti? Kakšne obveznosti imajo do DS?**

Klienti morajo redno in točno prihajati. Pripada jim 6 tednov dopusta in bolniška, v kolikor prinesejo potrdilo od zdravnika. (C39)

- **Kaj se zgodi, če klient ne sledi pravilom? Sankcije?**

Če nekdo neopravičeno manjka na redni bazi, se vključenost DS zaključi. Če gre za agresivno vedenje ali pa popivanje, se izreče opozorilo. Če se tako vedenje nadaljuje, se pa vključenost DS zaključi. (C40)

- **Kako in kdaj se navadno zaključi? Kako dolgo so navadno uporabniki pri vas?**

Najpogosteje se vključenost v DS zaključi z dogovorom med obema – med klientom in zaposlenim. Veliko klientov je pri nas več let. Nekateri ostanejo do penzije. (C41)

d) STROKOVNO DELO

- **Katere metode dela uporabljate? Katere so glavna vodila, ki jim sledite?**

Mi skušamo vsakega človeka obravnavati in jemati kot človeka in nikoli ne postavljamo v ospredje njegove bolezni. Vsakega človeka in vsak njegov problem jemljemo resno. Zelo pomemben princip je spodbujanje samostojnosti vsakega posameznika. (C42)

- **Kako pomembne so diagnoze pri delu?**

Diagnoze ne stojijo v ospredju, vendar so pomembne za razumevanje vedenja posameznikov. Včasih pri delu popolnoma pozabimo na diagnoze. Pri skupnem kuhanju, šivanju, izdelovanju iz lesa, čiščenju... diagnoze preprosto niso relevantne. (C43)

- **Kako delate s klienti, ki imajo dvojne diagnoze?**

Veliko naših klientov ima dvojno diagnozo, vendar jaz ne verjamem, da jih zaradi tega kakorkoli drugače obravnavamo. (C44)

- **Kako rešujete konflikte med klienti?**

Večino konfliktov med klienti se rešijo med vključenimi na podlagi pogovora. Eventuelno prisostvuje tudi kdo izmed zaposlenih. (C45)

- **S katerimi problemi se soočate pri delu?**

Dokumentacija je zelo obsežna. Delo ve biti včasih zelo naporno. (C46) Pomembno pa je tudi razmejevanje dela in osebnega življenja (Abgrenzung). (C47)

- **Kje vidite pomanjkljivosti v DS? Kako bi se to moralo spremeniti?**

Dobro bi bilo, če bi bilo na voljo več DS, saj bi se s tem skrajšale čakalne dobe. (C48)

- **Je v DS na voljo dovolj zaposlenih?**

Zagotovo bi bilo bolje, če bi bilo na voljo več zaposlenih. (C49)

- **Kako sodelujete z drugimi poklici v DS? Kako pa z drugimi storitvami skupnostne oskrbe?**

Načeloma sodelujemo (s pristankom klientov) vedno znova z različnimi skupnostnimi storitvami. Posebno enostavno je delo znotraj različnih storitev GSFGja, vendar sodelujemo tudi s Wohnplattform-om, Karitasom in drugimi. (C50)

- **Kako pa sodelujete s klasično psihiatrijo?**

Sodelovanje s klasično psihiatrijo je različno. Pogosto imamo kontakt s socialnimi delavci iz bolnišnice, ki so tudi pristojni, da zagotovijo kvaliteto oskrbo klientom tudi zunaj bolnišnice. Imamo pa tudi kontakt z zdravniki in psihoterapevti. Naša psihiatrinja je pogosto v kontaktu tudi s psihiatri iz bolnišnic. (C51)

- **Kako pa organizacija skrbi za vaše psihično počutje?**

Mi imamo zelo ravne strukture in preprosto zelo prijateljski odnos med sabo. (C52) Vsak teden imamo dva timska sestanka, v ksopeu katerih se lahko izpovemo. (C53) Poleg tega imamo pa tudi timsko in individualno supervizijo. (C54)

e) **DEZINSTITUCIONALIZACIJA**

- **Je po vašem mnenju Avstrija naredila dovolj za dezinstitutionalizacijo? Ali obstaja še vedno dosti ljudi, ki živijo v velikih institucijah?**

Jaz menim, da je bilo v tej smeri narejenega že veliko. Jaz vidim to, da ljudje s težavami v duševnem zdravju živijo v skupnosti in ne v velikih institucijah, kot zelo pomembno. (C55)

Na Štajerskem obstaja en večji negovalni center Kainbach, v katerem živijo ljudje s kognitivnimi in psihičnimi ovirami. Sama sem obiskala ta center in sem bila vglavnem pozitivno presenečena: znotraj območja centra, obstajajo podporne stanovanjske skupnosti in kmetije. (C56) Jaz menim, da je pomembno za vsakega posameznika poiskati primerno obliko bivanja. Pomembno je, da se ljudje tam dobro počutijo. (C57)

Primer:

Pri nas smo imeli enega klienta, starejšega gospoda, ki je že v zgodnjih letih zbolel za kronično shizofrenijo. V svojem življenju je veliko časa preživel v bolnišnicah in se tam dobro počutil. Celo njegovo življenje je bil na različne načine vključen v pomoči in podpore. Sedaj živi znotraj podporne stanovanjske skupnosti. Zaradi tega, ker se je ponovno pojavila kriza, je več tednov preživel v bolnišnici. On je en redkih ljudi, ki jih poznam, ki bi najraje živel v bolnišnici. On uživa, če ne rabi sam popolnoma nič početi in če se popolnoma odpove odgovornosti zase. Njegova osebna želja je bila, da bi se preselil v Kainbach. Iz tega razloga sva skupaj obiskala to ustanovo. Tam mu ni bilo všeč, ker je način življenja v Kainbachu tak, da spodbuja čimveč samostojnosti klientov. Tudi tam bi moral samostojno kuhati in čistiti. (C58)

Večina naših klientov si želi samostojnega življenja. Ta klient, pa je primerek hospitalizacije. On ima zaradi svoje življenjske zgodbe potrebo po neki obliki polne oskrbe. (C59)

- **Kateri klienti navadno pristanejo v zavodih?**

V to temo pa nimam vpogleda. (C60)

- **Menite, da gre razvoj skupnostne oskrbe v smeri dezinstitutionalizacije?**

Jaz mislim da. Menim, da je ponudba skupnostne oskrbe v Grazu in v drugih večjih mestih že zelo dobra, na deželi pa se še nujno mora vzpostaviti. (C61)

- **Zakaj stroka v Avstriji ne govori dosti o dezinstitutionalizaciji?**

Ker to v Avstriji ni tako velika tema. (C62)

- **Kako DS pripomorejo k dezinstitutionalizaciji?**

Z vključenostjo uporabnikov v DS, pride pri posameznikih do redkejših sprejemov v bolnišnice. (C63) Kliente kar se da popremo pri samostojnem življenju v skupnosti. (C64)

- **Obstajajo kaki načrti za dezinstitutionalizacijo katere druge večje ustanove na Štajerskem ali nasploh v Avstriji?**

O tem da bi, ne vem nič. (C65)

- **Kaj menite o zaprtju Schwanberga?**

To se mi zdi dobro. (C66)

f) VKLJUČENOST V SKUPNOST

- **Kako so vključeni uporabniki DS v skupnost? Kako gleda skupnost na uporabnike?**

O tem je težko govoriti, saj je individualno različno. Naš program izvaja določene projekte tudi neodvisno od DS. Obiskujemo kulturne dogodke, gremo v kino ali na bazen... Na Hasnerplatzu smo zelo vidni, saj imamo svojo kavarno, kjer so zaposleni klienti GSFGja in lahko s tem zaslužijo kak dodaten denar. (C67)

- **Kako pripomorete k destigmatizaciji?**

Jaz menim, da skozi s stike z ostalimi in skozi dajanje občutka, da niso sami. Vse to lahko pripomore, da se občutki stigmatizacije zmanjšajo. (C68)

g) PREDLOGI ZA IZBOLJŠAVE

- **Kaj bi še lahko/morala storiti Dežela Štajerska, da bi se situacija uporabnikov s težavami v duš.zdravju izboljšala?**

Ti uporabniki potrebujejo možnost aktivnega udeleževanja v delovni sferi. Dobro bi bilo, če bi imeli na voljo več zaščitenih možnosti za delo. Dobro bi bilo že, če bi se lahko zaposlili vsaj nekaj ur tedensko. Da bi si lahko k minimalnim sredstvom zaslužili vsaj nekaj malega. (C69)

- **Kako bi se še lahko izboljšala skupnostna oskrba na Štajerskem?**

V ruralnih območjih Štajerske je velika potreba po storitvah skupnostne oskrbe. (C70)

- **Kateri novi profili bi še morali biti na voljo uporabnikom?**

Neomejene delovne možnosti, tudi za manj ur tedensko. (C71)

13.2.4. Zapis intervjuja 4 z zaposlenim v psihosocialnem svetovalnem centru

Splošni podatki

Vrsta storitve: **Psihosocialni svetovalni center v organizaciji GSFG**

Ime: **mag. Axel Thunhart**

Status: **zaposleni**

Spol: **moški**

Poklic: **psihoterapevt**

Datum: **2. 6. 2017**

Kraj: **Graz**

Trajanje: **2 uri**

I. ORIGINALNA VERZIJA INTERVJUJA V NEMŠKEM JEZIKU

a) ALLGEMEIN

- Wie schaut die Organisation der Beratungsstelle?

Wir sind da für menschen die psychische probleme haben. Entweder krank sind, nur Fragen haben, wir sind hier auch für Betroffene und Angehörige. Eigentlich, wer psychische Probleme hat oder Fragen über Erkrankungen usw., kann einfach zu uns kommen.

- Dann KlientInnen mit euch Termine ausmachen?

Genau. Ohne Termin kann man theoretisch auch kommen, aber das ist eigentlich Krisenvorbehalten. Ja, Menschen die in Ausnahmesituationen sind, können unangekündigt kommen. Wir haben Schnellzeiten – wo immer ein Professionelle hier ist, der Betreuer zu Verfügung. Aber besser ist es, wenn man einfach vorher Termin ausmacht.

Wir haben auch Regionelle Zuständigkeit, die wir versuchen vorher abzuklären. In Graz gibt 3 Orte der Beratungsstellen die endlich funktionieren, die sich die Bezirke aufteilen. Dann gibts es ein Abklärungsgespräch, wo abgeklärt wird: »Sind wir die richtige Beratungsstelle von Wohnort, wer zuerst zu uns kommt, hat normalerweise mindesten 1 Stunde Zeit in diesen Gespräch. KlientInnen da ihre Angelegenheiten vorbringen, wie versuchen wir es zu umfassen, was ist der Problem... Wir versuchen gleich nicht nur zu überlegen, was können nur wir machen, sondern was gibt es überhaupt in ganzen Versorgungslandschaft. Also, wir haben auch Erklärgefunktion. Wir schauen was wir alles machen könnten und auch auch was spezielle andere Einrichtungen machen könnten. Was gibt es in Versorgungslandschaft alles.

Wir kooperieren auch mit andere Leistungen die in extramuralen Bereich zu Verfügung stehen. Wir empfehlen auch die KlientInnen über andere Möglichkeiten.

Da gibt Familienberatungstellen, es gibt uch die Beratungstellen die bar Therapie anbieten, es gibt für Studenten eigene Beratungstelle, Drogenberatung...

- **Arbeiten Sie meistens ins Büro oder gehen Sie auch aus?**

Es gibt die Möglichkeit wir auch ein Hausbesuch machen. Also, wenn jemand anruft und sagt, er kann überhaupt aus dem Haus gehen von Grund psychische Beschwerde oder körperliche Behinderung, dann bieten wir die Hausbesuche an. Aber eigentlich, wenn man das genau betrachtet, ist 95% Menschen die kommen her. Das ist immer die Intention, Leute hier zu bringen. ZB. Wenn man eine Angsterkrankung hat und getraut sich nicht aus dem Haus zu gehen, dann ist natürlich auch das Ziel ihm zu motivieren seinen Lebensumfeld zu erweitern und vielleicht schafft er hier zu kommen. Das ist schon ein Erfolg dann.

- **Wie kommen am meisten KlientInnen zu euch? Freiwillig, durch Vermittler (Familie, Ärzte...) oder verschiedene Maßnahmen?**

Wie kommen Leute zu uns... Viele durch Krankenhäuser, sind von niedergelassene Ärzte überwiesen, von Facharzt, von Psychiater oder auch von Hausarzt.

Meisten Überweisungen sind, wie gesagt, von Krankenhäuser, wo Leute stationär sind. Es ist die Idee nach stationäre Versorgung, extramural weiterzuführen. Da gibts natürlich auch die Gruppe, die uns durch Internet finden, über Mundpropaganda, Menschen die haben schon Erfahrung mit uns...

Alle kommen freiwillig. Es gibt nur freiwilligkeit. Jeder entscheidet selbst. Wenn jetzt jemand kommt, wisst er selbst wie gefährdet jemand ist, zB. Wenn spricht er irgendwie suizidal oder wie auf Grund des psychisches Zustand das annehmen der Mensch kann nicht mehr sich abschätzen, oder auch jemand anderen zu schaden kann... Aber das ist jetzt allgemeines Gesetz. Muss man sowieso ein Zwanganweisung anlassen, aber das funktioniert bei uns immer durch Polizei und Polizeiartzt. Wenn es wirklich so wäre, versuchen wir immer zuerst die Person selbst zu motivieren selbst zur Krankenhaus zu gehen, wir können er auch dahin zu begleiten. Im schlimmsten Fall rufen wir dann die Polizei, aber das passiert 1x oder 2x pro Jahr.

- **Wieviele Leute sind bei Ihnen angestellt und aus welchen Berufen kommen sie? Was ist Ihr Beruf?**

Die Beratungstelle ist nicht groß – wir sind ein Team von 8 Personen (4 voll-Zeit). 3 SA, 1 hat doppenfunktion (SA+Psychoterapeutinn). Dann Psychologin, Hausartztin, nur Psychoterapeuten, und Juristin. Aber Juristin kommt nur 1x pro Woche für eine paar Stunde.

- **Wieviel Zeit verbringen KlientInnen in der Beratungstelle?**

Wir haben die Einheit 50 Minuten Gespräch und 10 Minuten für Dokumentation, also 60 Minuten insgesamt. Es kann natürlich auch sein KlientInnen innen länger zu lassen, aber auch kürzer. Wenn jemand auf Grund große Unruhe, die halten die Kontakt nur bestimmte Zeit auf, dann zwingen wir ihm nicht 1 Stunde hier zu bleiben. Dann versuchen wir kürzere und öftere Termine ausmachen.

Insgesamt auch variiert. Es gibt Klienten die kommen schon 20 Jahren zu mir und andere kommen nur für kurze Interventionen, 5 oder 10x eine es eine aktuelle Thema oder Situation, Problematik gibt. HauptklientInnen sind absolut KlientInnen die langfristige psychische Erkrankungen haben und auch brauchen kontinuierte Hilfe.

- Wie regelmäßig kommen die KlientInnen zu euch?

Ganz verschieden. Wir sind multiprofessionelles Team, das Angebot ist vielfältig. Es gibt ein Teil der psychotherapeutisches Angebot, sozialpsychiatrische Betreuung und Begleitung. Es geht einfach darum anzuschauen, was braucht der Mensch dass er sein Leben selbständig leben kann, hier gehören die Existenzsicherndemaßnahmen, auch achten wie seines Gesundheitszustand ist, wenn ihm schlecht geht, ihm zu motivieren zum Arzt zu gehen... Wir haben auch hier ein Arzt. Dann haben wir SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, Facharzt und Juristin. Also wirklich zu schauen was braucht ein Mensch, einerseits wie die ganze existenzsichernde lebenspraktische Geschichten funktionieren, dann auch was kann man tun dass sein psychisches Wohlbefinden besser wird.

Und deswegen variiert die Regelmäßigkeit der Besuche. Einige Klienten kommen einmal pro Woche zB. nur zur eine klassische psychotherapeutische Angebot zu kommen, es gibt die andere die kommen zur Psychotherapie und auch sozialarbeiterisches Angebot, Facharzt... Es geht von 3 Stunden von unterschiedlichen Berufsgruppen pro Woche bis 1x pro Monat nur zur Facharzt...

Wir versuchen berufsunterschiedlich Leistungen anzubieten. Nicht jeder der zu uns kommt ist Psychotherapie fähig. Wir schauen dass wir anbieten etwas die unterschützend, entlassend, motivierend für den Betroffenen ist. Die Grundhilfe bieten alle an, aber wenn ein berufspezielle Frage ist oder er spezielle Angebote braucht, dann kommen die verschiedene Berufe ein.

ZB. wenn jemand kommt, die brauch Hilfe mit I-Pension Auftrag, oder Mindestsicherung, oder ist nicht versichert... Dann wird das zum SA überwiesen, oder Juristin. Wenn ein Fall gibt der Traumaterapie oder andere Form der psychotherapeutisches Leistung auftrag, dann wird das Psychotherapeut ausführen...

Für viele Leute ist es wichtig dass sie wissen, da gibt etwas wo sie dort kommen können, wenn sie sich schlechter fühlen, oder wenn es Frage gibt, dass sie zu uns kommen und wir ihnen verschiedene Hilfe anbieten können.

- **Wo wohnen die meisten KlientInnen? In welchen Wohnformen?**

Entweder noch im familiären Verbund oder alleine. Die größte Personengruppe sind Menschen die allein leben. Dann gibt natürlich auch diejenige die in Partnerschaften leben. Wir haben niemand der wurde in Großeinrichtungen leben. Betreutes Wohnen und WGs gibt schon aber ist nicht so regelmäßig. Und warum? Weil es nicht so viele in Graz gibt. Es gibt 3-4 Betreutes Wohnen, und betreutes WGs... Normalerweise sind Leute die zu uns kommen in die Gesellschaft integriert.

- **Welche Bedarfe bemerken Sie bei KlientInnen in BS?**

Ausgesprochen wird immer Psychotherapie. Eigentlich wird ich so sagen, die Menschen die zu uns kommen haben meistens komplexe psychische Probleme, meisten brauchen unsere langfristige Unterstützung, Entlastung, geht es sogar ins Lebenscoaching, praktische Unterstützung und Anleitung. Viele Menschen brauchen einfach unterstützende Begleitung und Berücksichtigung psychotherapeutischer Aspekte. Die unterstützende, begleitende, motivierende und allgemein fördernde liegt im Vordergrund. Natürlich gibt es auch immer wieder Themen über gewisse Situationen. meistens geht es um Lebenscoaching, wie kann man Entscheidungen treffen im Alltag, Krisensituationen und auch therapeutisches Teil.

b) REGELN

- **Was sind die Bedingungen für die BS zu besuchen? Regeln?**

Keine Bedingungen. Jeder kann kommen, wir sind für alle zugänglich. Man trifft keine Kriterien hier, es ist egal ob er obdachlos ist, unversichert, anonym... Wir versuchen sehr niederschwellig zu sein, dass der Zugang erleichtert ist.

Teoretisches Kriterium ist wo man wohnt, aber wenn man in Krisensituation ist dieses Kriterium nicht wichtig. Und bei weiterführenden Leistungen, wir anbieten für Menschen die sozial schlecht stehen zB. Psychotherapie, wenn sie es am freien Markt nicht leisten können. Wir verrechnen Psychotherapie durch Sozialversicherung-Krankenkasse, aber für KlientInnen selber entstehen nie zusätzliche Kosten.

Unsere Angebote sind freiwillig, kostenlos, anonym.

Regeln.. wir haben ganz normale Hausregeln die nicht schwer zu respektieren sind.

Wenn man zB. total besoffen kommt und deswegen Kommunikation nicht möglich ist, sagen wir ihm zu wart ein bisschen sich zu beruhigen. Wenn das nicht klappt, machen wir anderen Termin aus. Aber grundsätzlich kann jeder kommen, keine Ausschließung.

- **Wann und wie beendet sich die Beziehung zwischen BS und KlientInnen?**

Die Beziehungen zwischen KlientInnen und Personal können immer freiwillig beenden. Personal kann natürlich auch sagen die Beziehung zu beenden wenn sie nicht zur Recht kommen, aber meistens geht es dann so, dass wir den Klient zu andere Angestellte verweisen. In meisten Fälle wo wirklich zur Schluss kommt, sind nur Fälle mit Aggression und Gewalt gegen Mitarbeiter verbunden.

c) FACHARBEIT

- **Wie wichtig sind Diagnosen bei der Arbeit?**

Wir müssen Diagnosen zu erstellen, weil in unseres Dokumentationssystem ist und manchmal beim Abrechnungen notwendig sind. Aber stehen absolut nicht im Vordergrund. Zu uns kommen Menschen, die von Hausarzt Depression draufgeschrieben hat. Aber dass wird leicht für Ärzte zu schreiben, weil die Menschen gut annehmen können. Weil natürlich jeder, unter Depressionssyntome leidet, sind gut beschreibbar... Ich bin restlos, ich bin müde, hab Gewicht usw. Aber dass heißt nicht, dass das die richtige Diagnose ist. Und deswegen versuchen wir ausfüllige Zeit zu nehmen, auch in Team überlegen. Ich sag nicht, dass wir immer die richtige Diagnose stellen können, aber es ist sicher gut, dass wir in den Team zwischen verschiedene Professionen miteinander sprechen und mehr Zeit nehmen.

Diagnose selbst ist wichtig für die Facharzt wegen Medikation, nicht so für uns.

- **Ist die Arbeit mit KlientInnen individualisiert? Wie? Wie befriedigen Sie die Bedarfe, die nicht in der BS erfüllt werden können?**

Ja, ist ganz individualisiert. Wir haben eine Warteliste bis zu einem Jahr. Das ist natürlich fragwürdig, wenn jemand für einen Jahr auf die Hilfe warten muss. Es ist schwer nach einem Jahr zu benennen was der Problem war.

Statistik sagt, dass nur die 50% Leute die warten, dann wirklich zu uns kommen. Es passiert dass sich selbst andere Hilfforme gesucht, oder verlieren die Motivation und Interess.

- **Welche Probleme haben Sie bei der Arbeit?**

Was Dokumentation betrifft, ist es OK, ist nicht zu viel. Wir müssen Ablaufdokumentation, Zielevalvierungen, Vereinbarungen, Fremdbeurteilung, Selbstbeurteilung führen. Aber dass passt glaube ich. Wir haben genug Zeit für KlientInnen.

Was ist stärker geworden in letzten Jahren, ist die Birokration. Jetzt für alles gibt ein Formular und ein Form von Vorgabe. Ich würde trotzdem sagen, ist nicht so schlimm, es noch geht.

Was hat in letzten Jahrzehnten verstärkt, ist die Qualitätsteigerung von beide Seiten. Einerseits von KlientInnen, weil sie wirklich eine gute Leistung bekommen, andererseits von uns, weil wir es wirklich jetzt gut strukturiert haben, gute Austauschmöglichkeiten usw.

- **Wie kooperieren Sie zwischen verschiedenen Berufen in der BS? Wie kooperieren Sie mit anderen Organisationen (extramurale)?**

Wir haben regelmäßige Teamsitzungen, 2 Stunden 1x pro Woche, wo alle zusammensitzen. Wir besprechen kurze organisatorische Sachen dann ist es eigentlich Klienten bezogen. 20-30% organisatorisch und dann 70-80% Klient bezogene Austausch. Manchmal ist die besprechung zwischen zwei BetreuerInnen die beide mit einen Fall gemeinsam arbeiten. Es wird besprochen wie beide Seite sehen den Fall, wie wahrnehmen sie es, was Sinn macht in weiterführende behandlung usw. Dann gibts es ein Versuch, den Fall zu strukturieren, im multiprof. Team einfach zu besprechen, zu schauen gibts neue Ideen, anderes Verständniss, hat man etwas übersehen... Ein Mischung der Informationsaustausch und Qualitätskontrolle.

Einmal pro Monat haben wir die Möglichkeit der Intervision 2 Stunde und einmal in quartal ein Extrateamsitzung die dauert 3 Stunden uns Zeit zu nehmen und da wird tatsächlich Inhalt diskutiert. Da schauen wir was brauchen wir für das richtige Weg, bieten wir das richtige an, passt das Angebot, braucht man irgendwelche neue Strategie um zu verbessern, zu erleichtern usw.

8-9x haben wir 2 Stunde Teamsupervision wo ein Externer kommt zu leiten. Und jeder Einzelne hat auch ein Budget für Einzelnesupervision.

d) ENTINSTITUTIONALISIERUNG

- **Hat, nach Ihrer Meinung, Österreich schon genug für Ent-institutionalisierung getan? Gibt es viele Leute die noch immer in verschiedenen Großinstitutionen (zB. Pflegeheime) wohnen?**

Ich bin zu dieser Thema sehr ambivalent. Ich glaub nicht, dass es möglich ist alles zu entinstitutionalisieren. Vielleicht ist es wichtig drauf zu schauen, dass es Regionalisierung gibt, dass in alle Regionen diverse extramurale Versorgungsangebote gibt. Dass bedeutet nicht wir brauchen keine intensivere Wohnbetreuendeversorgung. Ich glaube nicht alle Menschen können gut integriert in die Gesellschaft sein und selbständig Wohnen, ich glaub Menschen haben ganz unterschiedliche Beeinträchtigungen und ich glaube wir von allen etwas brauchen. Vor 3 Jahren ist Schwanberg geschlossen worden und Leute in andere Wohnformen umgesiedelt werden. Aber die Erfahrung hat nach einer Zeit gezeigt dass dann trotzdem für ein paar Menschen die neue Strukturen nicht möglich waren. Die haben dann in andere Heime übersiedelt.

Ist wichtig die Leute die Option, die Wahlmöglichkeit zu geben, dass es ausprobiert werden kann, aber dann braucht man die volle Angebot. In ideallen Fall muss das Angebot individualisiert ist für jede Person.

- **Gibt es Pläne welche Pflegeheim/Großinstitution in Steiermark zu schließen? (Wie zB. LPH Schwamberg in Deutschlandsberg in 2015)**

Glaube nicht.

e) VORSCHLÄGE FÜR VERBESSERUNGEN

- **Was könnte/sollte das Land Steiermark machen um die Situation für psychisch »kranke« Menschen zu erleichtern oder verbessern?**

Aus dem eigene Bedürfnisse aus, in unser Bereich (in Graz) müssen die Beratungstellen ausgestaut sein. In Planzahl von ÖBIG (in Graz) gibts viel Luft von oben für Persona. Also das wäre sicher gut damit könnten wir vielleicht manche Wartezeiten reduziert werden.

Wir merken immer wieder dass ein Fachärzten Mangel gibt. Nicht in allgemeinen Sinn, sonder es gibt Mangel von Ärzten die Leute leisten können. Es gibt nur 6 niedergelassene Fachärzte auf Kasse und manche haben da Wartezeit (zum ersten Besuch) 7 Monate. Es wäre wesentlich, dass Facharztbereich erweitern wird, dass die Zugänglichkeit leichter wäre.

Es ist so in Graz, von allen gibts etwas und trotzdem ist in gewissen Bereiche einfach zu wenig. In Graz gibt ein Vielfalt (Kind und Jugend, Frauen, junge Frauen, Familie, Drogen, Studenten...), in andere Regionen sind oft nur Beratungstellen. Da haben BetreuerInnen sicher viel mehr Stress, Belastung.. In Graz gibt es immer etwas, ob es ausreichte ist.. Jein – manchmal braucht man mehr, manchmal ist es OK.

Man muss es wirklich regional anschauen was Menschen brauchen. Ist wichtig die regionale extramurale Leistungen zu erweitern.

- **Welche neue Dienstleistungen sollten für KlientInnen zur Verfügung gestellt werden?**

Ich glaub, wir bemühen uns wirklich an individualisierte Bedürfnisse anzugehen. Unser Bereich (extramural) ist kein Bereich die einfach sagt: »Das ist ein Angebot und wenn man jetzt nicht in diese Schablone einpasst, dann gibts nichts.« Wir versuchen ganz stark die Individuum berücksichtigen.

II. PREVEDENA VERZIJA INTERVJUJA V SLOVENSKI JEZIK

a) SPLOŠNO

- **Kako izgleda organizacija svetovalnega centra?**

Mi smo na voljo osebam, ki imajo težave v duševnem zdravju. Ali so sami bolni, ali imajo zgolj vprašanja, na voljo smo tako uporabnikom kot tudi sorodnikom in drugim. Preprosto, kdo ima psihične težave ali pa vprašanja o tem, lahko pride k nam. (D1)

- **Potem se z uporabniki dogovorite za termine?**

Tako je. Brez termina lahko teoretično tudi pridejo, vendar navadno so primeri brez termina vezani na krizne situacije. Ja, ljudje, ki se znajdejo v izjemnih situacijah, lahko pridejo brez dogovorjenega termina. (D2)

V pisarni imamo določene čase, v katerem je uporabnikom vedno na voljo en izmed zaposlenih. (D3) Ampak načeloma je bolje, da se z uporabnikom prej dogovorimo za termin. (D4)

Centri v Grazu imamo med seboj razdeljeno regionalno pristojnost, glede katere se predhodno dogovorimo. V Grazu so navoljo 3je centri, ki podobno delujejo, med katere so razdeljena vsa graška območja. (D5) Nato imamo »razjasnjevalni« pogovor, kjer se dogovorimo: »Smo mi prava svetovalnica glede na naslov uporabnika ipd.« (D6) Kdor pride prvič k nam, ima ponavadi minimalno eno uro časa za ta pogovor. (D7) Klienti v tem času navadno pridejo na plan z njihovimi zadevami, mi skušamo razumeti v čem je težava, o njej razmisliti. V tem času se trudimo razmisliti ne samo kaj bi lahko mi storili, temveč nasploh kaj se da storiti v sklopu celotnega skupnostnega sistema storitev. Torej, mi imamo tudi pojasnjevalno funkcijo. Mi pogledamo kaj vse lahko mi storimo pa tudi kaj lahko storijo druge ustanove. Kaj vse je na voljo v sistemu oskrbe. (D8)

Mi sodelujemo z drugimi storitvami, ki delujejo na področju skupnostne oskrbe. Mi klientom tudi svetujemo in priporočamo druge možnosti, ki so na voljo. (D9)

Obstajajo družinske svetovalnice, svetovalnice, ki ponujajo umetnostno terapijo, svetovalnice, ki delajo le s študenti, svetovanje o problematiki drog... (D10)

- **Delate pretežno v pisarni ali greste tudi na teren?**

Pretežno delamo v pisarni, obstaja pa tudi možnost, da opravimo obiske na domu. Torej, kadar nekdo pokliče in reče, da nikakor ne more iz hiše zaradi duševnih razlogov ali tudi zaradi telesne ovire, takrat ponudimo obisk na domu. (D11) Ampak, če govorimo o približnih številkah, je 95% klientov, ki pridejo v organizacijo. (D12) Vedno je namen, da ljudi pripeljemo sem. Npr. kadar ima nekdo motnjo povezano s strahom in si ne upa iz hiše, v tem primeru je seved cilj osebo motivirati, da si razširi svoje življenjsko okolje in mogoče mu uspe, da pride sem na pogovor. To je že velik uspeh. (D13)

- **Kako najpogosteje pridejo uporabniki do vas? Prostovoljno, preko posrednika ali raznih ukrepov?**

Kako pridejo ljudje do nas... Veliko jih pride preko bolnišnic, so napoteni preko zdravnikov, od psihiatrov ali splošnih zdravnikov... Največ jih napotijo, kot že rečeno, bolnišnice, kjer se ljudje stacionarno zdravijo. (D14) Ideja je, da se ljudje po zaključenem stacionarnem zdravljenju, dalje poslužuje nabora skupnostnih storitev. (D15)

Obstaja seveda skupina klientov, ki o nas dobi informacije preko interneta, preko ustnega obveščanja, preko ljudi, ki imajo z nami že izkušnje ipd. (D16)

Vsi klienti pridejo prostovoljno. Vsak se sam odloči, da pride. (D17) Večina ljudi, ki pride k nam, vedno sami za sebe v kolikšni meri so ogroženi. Če pa npr. govori o samomoru ali zaradi kakega drugega psihičnega razloga ali stanja ne more sam zaščititi ali pa lahko poškoduje koga drugega, moramo izpeljati prisilno hospitalizacijo. (D18) Ampak to je splošni zakon, to ni stvar samo naše organizacije. (D19) Ampak če pride do take situacije, gre to pri nas vedno preko policije in policijskega zdravnika. (D20) Ampak, če pride do take situacije, vedno poskušamo najprej motivirati osebo, da gre sama v bolnišnico, kamor jo lahko po potrebi tudi pospremimo. (D21) V najslabšem primeru pa potem pokličemo policijo. Ampak to se zgodi zelo redko, mogoče 1x-2x letno. (D22)

- **Koliko ljudi je zaposlenih pri vas? Katere poklice pokrivajo? Kaj ste vi po poklicu?**

Svetovalnica ni velika – v teamu nas je 8, 4je od tega so zaposleni za polni delovni čas. 3 socialni delavci, 1 od tega ima dvojno funkcijo, je socialni delavec in psihoterapevt. Potem imamo psihologinjo, hišno zdravnico, psihoterapevta in pravnico, ki pride le 1x tedensko za par ur. (D23)

- **Koliko časa povprečno preživijo klienti pri vas?**

Ena enota je sestavljena iz 50 minut pogovora s klientom in 10 minut je namenjenih vodenju dokumentacije, torej 60 minut skupaj. (D24) Seveda lahko kliente pustimo notri dalj časa pa tudi manj. Če je npr. nekdo, ki je zelo nemiren, ki lahko kontakt vzdžuje le določen čas, ga seveda ne silimo, da ostane notri eno uro. V tem primeru se skušamo doboriti za krajše ampak pogostejše termine. (D25)

Skupen čas, ki ga klienti preživijo pri nas variira. Obstajajo klienti, ki hodijo k na tudi 20 let, drugi pridejo le na kratke intervencije, 5x do 10x le tako da rešijo kako aktualno temo, težavo ali situacijo. (D26) Glavna skupina klientov pa so absolutno klienti, ki imajo dolgotrajne težave v duševnem zdravju in potrebujejo dolgotrajno kontinuirano podporo. (D27)

- **Kako pogosto hodijo klienti k vam?**

Popolnoma različno. Mi smo multiprofesionalni team, ponudba je zelo raznolika. En del ponudbe je psihoterapevtske, drugi del je socialnodelovna pomoč in spremstvo. (D28) Vglavnem gre zato, da pogledamo kaj oseba rabi, da lahko samostojno živi. Sem sodijo ukrepi za zagotavljanje eksistence, opazujemo tudi zdravstveno stanje posameznika, ko mu gre slabo, ga motiviramo, da gre k zdravniku ipd. Tudi tukaj imamo

eno zdravnico. Potem imamo tudi socialne delavce, psihologe, psihoterapevta in pravnico. Preprosto kaj oseba potrebuje, po eni strani, da lahko normalno potekajo življenjskopraktični procesi pa tudi kaj lahko storimo, da se izboljša njegovo psihično stanje. (D29)

In zaradi tega, pogostost obiskov klientov variira. Nekateri klienti pridejo enkrat tedensko le na klasično psihoterapijo, drugi pridejo 1x tedensko na psihoterapijo ter 1x tedensko k socialni delavki ali zdravnici... Obiski različnih poklicov potekajo od 3x tedensko pa do 1x mesečno npr. (D30)

Mi skušamo klientom nudimo storitve iz različnih poklicev. Mi pogledamo na to, da klientom zagotovimo ponudbo, ki spodbuja, motivira, olajšuje posameznikove situacije. (D31)

Glavnina pomoči, ki jo nudimo, jo opravljamo vsi na podoben način, če pa pride do poklicnospecifičnih vprašanj ali konkretno storitev vezano na poklic, vstopijo posamezni poklici. (D32)

Npr. če pride nekdo, ki potrebuje pomoč pri izpolnjevanju formularjev za invalidsko pokojnino ali minimalna sredstva, ga preusmerimo k socialnim delavcem ali pravnici. (D33) Če pride primer, ki potrebuje traumaterapijo ali kako drugo obliko psihoterapevtskih storitev, na potimo k psihoterapevtu. (D34)

Za veliko ljudi je pomembno, da vedo, da obstaja nekdo, na koga se lahko obrnejo, ko se slabše počutijo ali ko imajo kako vprašanje. Da lahko pridejo k nam in jim mi ponudimo različne oblike pomoči. (D35)

- Kje živijo klienti po večini? V katerih oblikah bivanja?

Ali v povezavi z družinami ali pa sami. Največja skupina klientov živi samih. Nato obstajajo tudi tisti, ki živijo v partnerski skupnosti. (D36) Nimamo pa nikogar, ki bi živel v velikih ustanovah. (D37) Obstajajo sicer tisti, ki živijo v stanovanjih ali stanovanjskih skupnostih s podporo, ampak to ni prav pogosto. (D38) To pa zaradi tega, ker bivanja s podporo ni dosti v Grazu. Obstajajo 3-4 enote bivanja s podporo in podporne stanov. skupnosti.

Večinoma pa so klienti, ki obiskujejo našo organizacijo integrirani v skupnost. (D39)

- Katere so najpogostejše potrebe, ki jih zaznavate pri klientih?

Največ izrečenih potreb se veže na psihoterapijo. (D40) Jaz bi rekel, da osebe, ki hodijo k nam imajo dogotrajne kompleksne težave v duševnem zdravju in tudi potrebujejo dolgotrajno kontinuirano podporo, razbremenitev. (D41) Največkrat gre za življenjski trening, praktično podporo, vodenje. Veliko ljudi preprosto potrebuje podporno spremstvo in upoštevanje psihoterapevtskih aspektov. Nekoga ki podpira, spremlja, motivira in na splošno spodbuja. (D42)

Seveda se vedno znova pojavljajo teme o določenih situacijah, vendar večinom agre za življenjski trening, kako sprejemati nove odločitve v vsakdanjem življenju, kriznih situacijah in tudi terapevtsko delo. (D43)

b) PRAVILA

- **Kaki so pogoji, da lahko nekdo obišče svetovalni center? Obstajajo kaka pravila?**

Nobenih pogojev. K nam lahko pride vsak, mi smo za vse dostopni. Oseba se ne sooča pri nas z nobenimi kriterijami. Popolnoma vseeno je ali je oseba brez strehe nad glavo, brez zavarovanja, če želi ostati anonimna...

(D44) Mi želimo biti nizkopražni, da je dostop lažji. (D45)

Teoretični kriterij je kraj kjer oseba biva. Ampak, ko gre za krizne situacije, ta kriterij ne šteje. (D46)

In pri nadaljevalnih storitvah, mi nudimo za osebe, ki socialno slabše stojijo, npr. psihoterapijo. To je za tiste, ki si je na prostem trgu ne morejo privoščiti.

Mi obračunavamo storitev psihoterapije preko socialnega zavarovanja-zavarovalnice, ampak za kliente same to ne pomeni nobenih dodatnih stroškov. (D47)

K vsem našim storitvam tako klienti pristopajo prostovoljno, brezplačno in po želji, anonimno. (D48)

Glede pravil... v naši ustanovi veljajo popolnoma normalna hišna pravila, ki niso težka za upoštevati. Npr. ni zaželeno, da pridejo osebe opite, saj je tako otežena komunikacija. V tem primeru osebi rečemo naj malo počaka, da se umiri. Če to ne »klapa«, se dogovorimo za kak drug termin. (D49) Načeloma, lahko pride vsak, brez izjeme.

- **Kdaj in kako se sodelovanje med obema členoma zaključi?**

Odnosi med klienti in zaposlenimi se lahko vedno prostovoljno zaključijo. (D50)

Zaposleni lahko seveda tudi zaključijo odnos, če ne pridejo na skupni tip, vendar v večini primerov gre tako, da klienta preusmerimo h kakemu drugemu zaposlenemu. (D51)

V večini primerov kjer se odnos dokončno prekine, gre večinoma za primer agresije in nasilja do zaposlenega. (D52)

c) STROKOVNO DELO

- **Kako pomembne so diagnoze pri vašem delu?**

Mi moramo postaviti diagnoze zaradi dokumentacijskega sistema in včasih so pomembne tudi pri obračunavanju. Ampak absolutno ne stojijo v ospredju pri našem delu. (D53)

K nam pridejo ljudje, ki jim je hišni zdravnik postavil npr. diagnozo depresije. Ta diagnoza je lahka za pripisati, saj jo je ljudem lahko pripisati. Ker so simptomi lahki za opisati: »ne morem se spočiti, cel čas sem utrujen, seboj nosim težo...« Ampak to ne pomeni, da je to taprava diagnoza. In zaradi tega se mi trudimo vzeti čas, v katerem o primeru debatiramo tudi v teamu. To ne pomeni, da mi vedno postavimo pravo diagnozo, ampak je

zagotovo pomembno, da se o tem pogovarjamo znotraj teama, kjer lahko vsak izmed različnih profilov prispeva svoj pogled in da si za to vzamemo dovolj časa. (D54)

Diagnoza sama je bolj pomembna za zdravnika zaradi medikamentov, kot pa za nas. (D55)

- **Je delo s klienti individualizirano? Kako? Kako zadovoljujete potrebe klientov, ki jih ne morete zadovoljiti na centru?**

Ja, delo je popolnoma individualizirano. (D56)

Pri nas imamo čakalno listo vse do enega leta. Seveda je vprašljivo, da mora nekdo na pomoč čakati eno leto. Po enem letu je težko opisati kaj je bil takrat problem, zaradi katerega je prišel. (D57)

Statistika pravi, da 50% ljudi, ki je na čakalni listi, potem res pride do nas. Zgodi se, da so si v tem času že sami poiskali drugo obliko pomoči ali pa preprosto izgubijo motivacijo in interes. (D58)

- **S katerimi težavami se soočate pri delu?**

Kar zadeva dokumentacijo, je okej, je ni preveč. Moramo voditi dokumentacijo o poteku dela, evalvaciji ciljev, o sprejetih dogovorih, eksternih ocenah, o lastnih ocenah... Ampak to je ok, menim jaz. Imamo tudi dovolj časa za kliente. (D59)

Kar je v zadnjih letih postalo ostreje, je birokracija. Sedaj za vsako stvar obstaja formular ali neka oblika normativa. Čeprav tudi gleda etega, menim, da ni tako grozno, da še gre skozi. (D60)

V zadnjih letih pa se je tudi poostrilo, je zagotavljanje kakovosti iz obeh strani, s strani klientov in zaposlenih. Klienti dobivajo resnično kvalitetne storitve, po eni strani ker so z naše strani dobro strukturirane, po drugi strani pa tudi ker imamo med samo dobre možnosti izmenjevanja ipd. (D61)

- **Kako sodelujete z drugimi poklici znotraj centra? Kako pa z drugimi zunanjimi organizacijami?**

Mi imamo pogoste timske sestanke, 2 uri 1x na teden, ko se vsi vsedemo skupaj. Najprej se na kratko pogovorimo o organizatornih zadevah, nato je vse povezano s klienti. 20-30% je organizatornega dela in 70-80% je izmenjava mnenj vezana na kliente. (D62)

Včasih gre za pogovor med dvema svetovalkama, ki obe delata na istem primeru. Govori se o tem, kako obe strani vidita primer, kako ga dojemata, kaj ima smisel v nadaljni obravnavi... Nato poskušamo primer strukturirati, v multiprofesionalnem time preprosto predebatirati, pogledati ali obstajajo kake nove ideje, drugačno razumevanje, če smo kaj spregledali... Gre za miks izmenjave informacij in zagotavljanja kvalitete. (D63)

Enkrat na mesen imamo možnost 2-urne intervizije in enkrat na četrto leto imamo ekstra-team, ki traja 3 ure. Na tem sestanku si vzamemo čas, da prediskutiramo o vsebinskih zadevah. Pogledamo kaj potrebujemo za pravo pot, če je naša ponudba zadostna in prava, če potrebujemo kake nove strategije za izboljšanje, olajšanje... (D64)

8-9x letno imamo 2 uri timske supervizije, kjer k nam pride zunanji supervizor. In vsak zaposleni ima tudi majhen budget za individualno supervizijo. (D65)

d) DEZINSTITUCIONALIZACIJA

- **Je po vašem mnenju Avstrija naredila dovolj za dezinstitutionalizacijo? Ali obstaja še vedno dosti ljudi, ki živijo v velikih institucijah?**

Moje mnenje o tej temi je zelo ambivalentno. Jaz menim, da ni možno, da bi se vse popolnoma dezinstitutionaliziralo. Pomembno je pogledati na to, da obstaja regionalizacija storitev. Vendar to ne pomeni, da ne potrebujemo intenzivnejših oblik pomoči pri bivanju. Menim, da ni možno, da bi bili vsi ljudje dobro integrirani v družbo in samostojno živeti. Jaz menim, da imajo ljudje popolnoma različne ovire in da rabimo od vsega nekaj. (D66)

Pred tremi leti se je zaprl zavod Schwamberg in ljudi so preselili v druge oblike bivanja. Ampak izkušnje skozi čas so pokazale, da je bilo vseeno par ljudi, za katere nove strukture niso bile možne. Te so potem preselili v druge zavode. (D67)

Pomembno za ljudi je, da imajo možnost izbire, da imajo možnost poiskusi nove oblike bivanja, ampak potrebna pa je cela ponudba. (D68)

V idealnem primeru mora biti ponudba individualizirana za vsako osebo posebj. (D69)

e) PREDLOGI ZA IZBOLJŠAVE

- **Kaj bi še lahko/morala storiti Dežela Štajerska, da bi se situacija uporabnikov s težavami v duš.zdravju izboljšala?**

Če izhajam iz lastnih potreb, bi se morali svetovalni centri zajezi. V števičnem planu ÖBIGa obstaja še veliko prostora za nove zaposlene. Zaposliti več osebja bi bilo zelo dobro, saj bi se s tem skrajšale čakalne vrste. (D70)

Vedno znova opazamo, da je pomanjkanje zdravnikov specialistov. Ne v splošnem smislu, ampak gre za pomanjkanje zdravnikov, ki si jih lahko ljudje privoščijo. (D71) V Grazu je le 6 zdravnikov iz Kasse in nekateri od njih imajo čakalno vrsto tudi 7 mesecev. Pomembno bi bilo razširiti področje teh zdravnikov, saj bi na tak način bil dostop lažji. (D72)

V Grazu je tako, da obstaja od vsega nekaj, ampak vseeno je na določenih področjih premalo. V Grazu je ponudba raznolika (storitve za otroke in mladostnike, ženske, mlade ženske, družine, droge, študente...), v drugih regijah pa obstajajo le svetovalni centri kot taki. Za tisto osebje to pomeni veliko več stresa, obremenitev... (D73)

V Grazu je vsega po nekaj, če pa je ponudba zadostna... Ja in ne – včasih bi bilo dobro imeti več, včasih pa je dovolj.

Res je pomembno, da se ponudba regionalizira in pogleda, kaj ljudje rabijo v drugih regijah. Pomembno je, da se ponudba regionalnih skupnostnih storitev poveča. (D74)

- **Kateri novi profili bi še morali biti na voljo uporabnikom?**

Menim, da se zelo trudimo, pomagati ljudem pri njihovih individualnih potrebah. Skupnostno področje ni nikakor tisto, ki bi reklo: »To je naša ponudba in če nekdo ne paše v našo šablono, mu ne moremo ponuditi nič drugega.« Mi se zelo močno trudimo upoštevati vsakega individua posebj. (D75)

13.2.5. Zapis intervjuja 5 s splošnim uporabnikom skupnostnih struktur

Splošni podatki

Status: **uporabnik z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju vključen v skupnostne strukture**

Ime: **anonimno**

Spol: **Moški**

Starost: **37 let**

Datum: **2. 6. 2017**

Kraj: **Graz**

Trajanje: **2 uri**

I. ORIGINALNA VERZIJA INTERVJUJA V NEMŠKEM JEZIKU

a) ALLGEMEIN

Mein problem is... Ich habe ein Sucht Problem. Vor 8 oder 9 Jahre, glaube ich, habe ich mit spritzen aufhören, damals war ich auf Metadon, jetzt krieg ich nur Buprenorphine.. 8mg lutsch ich und 4mal pro Tag sniff ich 4mg.

Ich habe Grafikdesign studiert und mit Koks angefangen. Schnell ging ich dann i+zu Heroinszene. Dann Morphium und so weiter und sofort. Aber von spritzen bin ich los gegangen. Ich bin richtig froh, weil spritzen ist furchtbar.

Ich hatte auch eine Psychose in 2003 nach eine 8 Monate lang Kokainkonsum. Ich habe 8 Monate durch Kokain konsumiert, jeden Tag. Dann habe ich eine Realitätsverlust. Ich habe niemals eine Stimmung gehört oder Halluzinationen gehabt, aber ich habe kein Realitätgefühl mehr gehabt. Ich habe mich unwohl gefühlt.

- **Warst du oder bist du in eine extramurale Leistung eingezogen? Wie zB. Mobile sozialpsychiatrische Betreuung, Tagesstrukturen, psychosoziale Beratungstelle, Tagesklinik, Arbeitsrehabilitationsmaßnahmen...?**

Ich war schon oft in LSF. Da war auch eine Geschichte, die will ich dir erzählen: ich war oft als szizofrenisch und psychotisch gehalten worden und ich bin jetzt noch einmal ausgetested worden bei IKA. Ich habe immer gegen diese Diagnosen gewehrt weil ich habe niemals Stimmungen gehört und ich kenne mich. Ich habe immer gesagt: »das hab ich nicht, das hab ich nicht.« Ich habe 3 Jahre angekämpft. Jetzt haben sie es ausgetested und ich bin borderline – nicht szizofrenisch und psychotisch. Ich habe Persönlichkeits Störung. Und Depressionen. Depressionen sind mein Grunderkrankung.

Ich schneide mich an wenn ich zu viele Probleme habe, zu viele Spannungen... Wenn ich traurig bin. Noch immer. Ich dass es alles heilt und dann möchte ich mich tetovieren lassen.

Du kannst dann dir selbst ein Design machen und mit dem Tattoo beendest du diese Periode von Schneiden...

Ja, genau. Dass wäre wirklich eine gute Abschluss.

Wie war es im LSF, hast du eine gute Erfahrung von da?

Wie soll ich es ausdrücken. Es hat solche und solche Aufenthalte. Wenn man in LSF widerspenstig ist, dann wird schon darüber gefahren. Dann wird man auf Bett anschallen. Das habe ich auch schon gehabt.

Aber in großen und ganzen, kann ich nix wirklich negativ sagen. Ich muss erlich sagen, sie tun ihr Job. Dort anerkennen mich als Kunstler.

Dort bin ich immer 2 oder 3 Wochen.

Glaubst du dass alle diese Diagnosen sind mit Drogenkonsum verbunden?

Depressionen waren schon früher da. Schneiden ist mit den Drogen kommen.

Warst du schon vielleicht einbezogen in Mobile SP Betreuung zB.?

Das habe ich angedacht. Ich wollte das, ja, aber jetzt bin ich wieder abgekommen davon. Ich will niemand fremd in meinen Haus.

Ich habe ein paar Leute mit dem ich ein Kaffee trinken kann, mit dem ich rausbegleitet, einfach mein Angst überwiegen, mein Paranoia von draußen, von Gesselschaft zu überwiegen... Also ich kann normal ausgehen und ich brauchte keine Betreuung dazu.

In andere Strukturen hast du noch nicht teilgenommen?

Meine Tagesstruktur in IKA (Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle). Da kann ich jeder Zeit hingehen, ist wie eine Anlaufstelle. Man kann hingehen, Zeitung lesen, man bekommt die Medikamente da, IKA ist sehr niederschwelling. Jetzt gehe ich da halbes Jahr und ich fühle mich da sehr wohl.

- Wie hast du sich entscheiden in die IKA teilzunehmen? Freiwillig oder durch Familie, Artzt...?

Ich habe mich selbst entscheiden zur IKA zu kommen. Ich bin sehr froh, dass ich dort bin. Ich war zuerst beim Dr. Kreinberger, dann bei Dr. Spandl, das hat nicht funktioniert. Das waren die normale Hausärzte mit zusätziches Ausbildung für Substitutsterapieen. Beim Spandl war eine Assistentin die hat mit mir keine gute Beziehung und Dr. Kreinberger war ein sehr alten Artz und deswegen hat nicht geklappt.

IKA habe ich dann gefunden durch Empfehlungen. Ich hab ein Freund gehabt der jeden Tag zu mir gekommen ist. Er hat mir IKA empfohlen. Er kennt da viele Leute die da sind und hat mir gesagt da sind auch sehr gute Doktors und immer jemand, die du mit ihn sprechen kannst... IKA ist echt cool. Bei IKA ist es so, dass da viele verschiedene Berufe arbeiten und ist sehr interdisziplinär enrichtet. Das ist echt gut.

Ich kann mit IKA auch immer beenden.

- Wo arbeitest du derzeit?

Nein, ich arbeite gar nichts. Ich bin net wie arbeitslos gemeldet, ich war einmal beim Arbeitsamt, wo haben mir gesagt ich bin zu gebildet für den Bau, für andere Sachen könnten mir nichts finden.

- Wie schaut ein typische Tag bei dir aus?

Ich stehe cca. Zwischen 6 und 7 Uhr auf, Frühstück brauch ich keinen. Um 8.15 gehe ich zur Apotheke, wenn der ersten Schwung vorbei ist, wenn die Leute Weg sind. Da hol ich meine Medikamente ab. Das sind die Substitutionsmittel und Antidepressiven. Ich hol es jeden Tag ab. Und es ist so, wenn ich mich schlechter fühle, dann nehme ich mehr und umgekehrt. Dann gehe ich nach Hause und nehme die Substitution. Ich teile es selbst durch den ganzen Tag aus. Das funktioniert gut mir mich. Ich bisehe mich als freelance Künstler, also ich mach immer wieder Art Projekte. Es ist schlecht ich habe ein enges Atelie jetzt, aber es geht.

- **Wenn du Hilfe brauchst... Wo kannst du die Hilfe finden? Wer und wie hilfst dir wenn du in Krise bist?**

Eigentlich, ruf ich ziemlich schnell meine Eltern an. Ich hab relativ wenig Freunde in Graz, muss ich ehrlich sagen. Das hängt aber mit ex Drogenkonsum zusammen. Wir sind irgendwie am Rand der Gessellschaft.

Fühlst du dich stigmatisiert?

Ich kann nicht wirklich sagen dass ich mich marginalisiert oder stigmatisiert fühle, aber ich hab schon erlebt dass Leute hat mich Junkie geruft und so. Manche Leute noch immer sagen dass ich Junkie bin, obwohl ich nicht spritze. Junkie kann man nicht vertrauen, Junkies stehlen... Aber wenn du guten Charakter hast, dann diese Sachen dich nicht aufregen.

Ich war zweimal auch ins Gefängniss wegen Diebstahlen aber war nicht so schlecht. Weil ich da bin, habe ich für ein Jahr nicht gespritzt und nachdem habe ich dann ein Jahr die Therapie gemacht, also I war 2 Jahre ohne Heroin zum ersten mal.

- **Mit vieiele BetreuerInnen bist du verbunden wegen deine Krankheit (Sucht)? Hast du ein regelmäßiger Betreuer?**

Meine Vertrauensperson ist mein Papa. Dann kommt IKA. Da habe ich Max (Sozialarbeiter), der ist auch ein Chef da, er ist meine Ansprichsperson da. Meine zweite Anprichsperson ist dann Nina, Psychologin. Da habe ich auch ein Arzt.

Nachdem wir fertig sind mit dem Interview, gehe ich hin. Ich lese Zeitung da und ich brauche auch Medikamente heute... Ich gehe da täglich. Immer wenn ich unsicher bin, kann ich da gehen und sagen: »Hey, ich hab ein Problem...«.

Da gibt auch eige Regeln, wie zB. Draußen können nur 3 Personen warten, man kann nicht mit dem Hund rein kommen und ganz normale Gessellschaftsregeln (Keine Drogen usw.), aber ich finde diese Regeln ganz normal.

Ich habe mit alle von IKA gute Beziehungen. Manchmal streite ich mit meinem Vater.

- **Was macht System für dich, dass du selbstständigen leben könntest? Was würdest du in diese System verändern und wie?**

Zuerst ist die Substitution von Arzt. Das man nicht im Illegalmarkt Heroin oder Kokain kaufen muss.

Dann IKA. Ich muss nicht da gehen, aber hab immer ein Option. Jeder Monat hab ich 3-4 Termine wegen Bürokratie mit Dauerrezepten und so.

Dort habe ich Sozialarbeiterische- und Psychologischebetreuung. Ich krieg die Sozialcard und Kunstlercard...

Was passiert wenn du nicht zur diese Termine kommst?

Dann kriege ich kein Rezept.

IKA selbst ist nicht problematisch mit das. Magistrat ist sehr streng. Zuerst hole ich meine Rezepte beim IKA dann muss ich sie ins Magistrat bringen.

- **Gibt es jemanden, der dir bei der Wohnen hilft?**

Mein Vater hilft mir meistens am Ende den Monat, wenn es knapp wird. Umgefähr 50 bis 100e krieg ich von ihm.

Wohnbetreuung hab ich keine und will ich auch nicht.

- **Wie schaut deine Finanzen aus? Was ist dein Basiseinkommen? ZB. Reha-Geld..? Kannst du allein mit deinen Geld verfügen?**

Ich bekomme ziemlich viel... Außergewönlich viel. Ich bekomme Mindestsicherung, dann bekomme ich Pflegegeld (Stufe 2).

Mein Vater kommt 2x pro Woche auf Besuch, nimmt meine Wäsche mit, er ist so zu sagen mein Pfleger – er kommt mir zu helfen.

b) ORGANISATION

- **Wie heißt die Organisation die du besuchst?**

Schon geantwortet.

- **Wie oft besuchst du die Organisationen? Was machen sie da?**

Schon geantwortet.

- **Was gefällt die am meisten in die Organisation die du besuchst? Bist du zufrieden?**

Die Niederschwelligkeit. Du kannst hin kommen und sofort den Gespräch haben wenn ein Notfall ist. Du kriegst sofort eine Krisenintervention und Medikamente wenn es notwendig ist.

Ich hab gestern ein psychologisches Gespräch gehabt ohne Termin, hat auch ein SA Gespräch gehabt ohne Termin.. Also, was gibts mehr zu sagen.

- **Was gefällt dir nicht? Wie würdest du es verändern?**

Für mich beim IKA gibt keine Kritikpunkt, wo ich etwas verbessert wollte. Für mich IKA ist beste das gibt in Graz.

- **Wie verstehst du sich mit Angestellten?**

Schon geantwortet.

- **Wie verstehst du sich mit anderen KlientInnen?**

Gut. Sehr gut. Da sind alle Leute sehr positive, es ist etwas ganz anders wie Billaeck im Hauptplatz.

- **Hast du ein Gefühl, dass Angestellte, deine Wünsche respektieren und berücksichtigen? Hast du ein Beispiel wie haben sie deine wünsche berücksichtigen?**

Ja, auf alle Fälle. ZB. Die Säkretärin. Sie ist eine Frau zwischen 40 und 50ig mit die kann ich immer rein setzen und smalltalk führen...Es ist schon ein Zeigen von Akzeptanz. Und das man da sich angenommen fühlt.

SA versuchen dass ich wie möglich selbstständiges Leben führen kann. ZB. Wenn meine Eltern mich behindern, sie wollen auch die (finanzielle) Sachwalterschaft auflösen.SA helfen mir, dass ich wieder aus komme von Abhängigkeit von Eltern.

Einmal habe ich auch ein Wunsch äußern dass sie mit uns (mich und meine Eltern) mehr mediativ arbeiten sollten und sie haben es ausgeführt. Jetzt haben wir uns schon 2x mit SA, Psychologin, meine Eltern und mich getroffen.

- **Fühlst du dich gleichberechtigt mit andere KlientInnen?**

Ja.

- **Hast du ein Gefühl, dass du alle Hilfe und Unterstützung für selbstständiges Leben, aus der System bekommst? Was sind noch deine Wünsche?**

In Obersteiermark gibt nur 1 Arzt in Umkreis 20-30km der zuständig für Süchtige ist. Am Land ist die Infrastruktur viel schlechter. Graz ist die beste in Steiermark, vielleicht in ganzen Österreich.

Am Land kriegst du viel zu viele Tabletten und keine psychosoziale Unterstützung. Also am Land gibt es viele Sachen zum Verbessern.

In Graz selbst würde ich nicht viel verändern. Viele verschiedene Leistungen stehen zu Verfügung für Leute mit Problemen.

- **Was wünschst du dir?**

Ich wünsch mir dass ich mich genug stark fühle für alles los lassen zu können. Auf alle Fälle möchte ich Tabletten reduzieren, aber ich fürchte mich wegen Reduzierung schlechter zu fühlen.

II. PREVEDENA VERZIJA INTERVJUJA V SLOVENSKI JEZIK

a) SPLOŠNO

Moja težava je... jaz imam težave z odvisnostmi. Pred 8imi ali 9imi leti sem prenehal z vbrizgavanjem, potem sem bil na metadonu, sedaj dobivam Buprenorphine.. 8mg polizem, 4x na dan pa snifam 4 mg.

Študiral sem grafični design in takrat sem začel jemati kokain. Potem sem hitro pristal na heroinu. Nato morfij in tako naprej. Ampak z vbrizgavanjem sem prenehal. Resnično sem vesel, saj vbrizgavanje je strašno...(E1)

Imel sem psihozo v letu 2003 potem, ko sem 8 mesecev vsakodnevno konzumiral kokain. Izgubil sem občutek za realnost. Nikoli nisem slišal glasov ali haluciniral, ampak nisem imel več občutka za realnost. Počutil sem se zelo slabo. (E2)

- **Si bil že vključen v kako skupnostno storitev? Npr. mobilno pomoč, dnevne strukture, svetovalni center, dnevno bolnišnico,...?**

Že večkrat sem bil na LSFu. Od tam imam tudi eno zgodbo, o kateri bi ti rad povedal... velikokrat so me označili in zadržali kot shizofrenika in psihotika, ampak nikoli se nisem mogel poistovetiti s temi diagnozami, saj nikoli nisem slišal glasov ali kaj podobnega. Vedno sem se boril proti tem diagnozam, vedno sem jim govoril: »Jaz nimam tega, jaz nimam tega...« Tri leta sem se boril... Pri IKA-i so me potem ponovno testirali in dejali, da res nimam tistih diagnoz. Jaz sem borderline – ne shizofrenik in psihotik. Imam osebnostne motnje. In depresije. Depresija je moja osnovna bolezen. (E3)

Tudi rečem se, ko imam težave, ko sem preveč napet. Ali ko sem žalosten. Še vedno. Ampak sedaj si želim, ko se vse zaceli, da bi se dal tetovirati čez rane. (E4)

Ti si potem lahko vedno sam narediš design in s tatujem simbolično zaključiš to obdobje rezanja...

Ja, res. To bi bil res dober zaključek tega obdobja.

Kako je bilo v LSFu, imaš od tam dobre izkušnje?

Kako naj se izrazim... Bile so take in take hospitalizacije. Če se na LSFu preveč upiraš, te bodo odpeljali dol in te privezali na posteljo. Tudi to sem že izkusil. (E5)

Ampak na splošno, ne morem reči nič preveč negativnega. Če sem iskren, opravljajo svoje delo. Všeč mi je, da me tam prepoznajo kot umetnika. (E6)

Vsakič, traja med 2 in 3 tedne. Dokaj kratko. (E7)

Meniš, da so diagnoze o katerih govoriš.. povezane z drogami?

Depresije so prisotne že od prej. Rezanje je prišlo skupaj z drogami. (E8)

Si bil kdaj vključen v mobilno pomoč?

O tem sem že razmišljal. Želel sem se vključiti, ja, ampak sedaj sem se spet odločil drugače. Ne žim, da kdo od tujih ljudi hodi k meni domov, v moje stanovanje. (E9)

Imam par ljudi s katerimi lahko popijem kavo, ki me pospremi ven, ki mi pomagajo premagati strah in paranojo glede družbe, ko to potrebujem... Lahko pa grem ven tudi sam in ne potrebujem nobene pomoči. (E10)

Si bil vključen v kako drugo strukturo?

Moja dnevna struktura je npr. IKA (Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle). Vedno lahko grem tja, to je kot ena »Anlaufstelle«. Lako greš tja, bereš časopis, dobiš zdravila, IKA je zelo nizkopražna. (E11) Sedaj hodim tja že pol leta in se tam res zelo dobro počutim. (E12)

- Kako je prišlo do odločitve, da se vključiš v IKA-o? Preko posrednika? Si vključen prostovoljno?

Jaz sem se sam odločil, da grem v IKA-o. In sem glede tega zelo vesel. (E13) Prvo sem bil pri Dr. Kreinbergerju, nato pri Dr. Spandlu, ampak to ni funkcioniralo. To sta bila normalna zdravnika z dodatno izobrazbo za nadoemstno terapijo. Pri Spandlu je bila zaposlena asistentka s katero nisva imela dobrega odnosa, dr. Kreinberger pa je bil zelo stari zdravnik in zaradi tega ni funkcioniralo. (E14)

IKA-o sem našel skozi predloge drugih. Imel sem enega prijatelja, ki me je vsak dan obiskoval. On mi je predlagal, da grem na IKA-o. On pozna tam dosti ljudi, rekel je, da so tam tudi dobri zdravniki in vedno nekdo na voljo, s komer lahko govoriš. IKA je res zelo kul. (E15) Tam je tako, da dela na kupu veliko različnih profilov in so zelo interdisciplinarno naravnani. To je res zelo super. (E16)

Z IKA-o lahko seveda kadarkoli prekinem. (E17)

- Kje delaš trenutno?

Ne, trenutno nikjer ne delam, niti nisem prijavljen kot brezposeln. Enkrat sem bil na enem izmed zavodov za zaposlovanje, tam so mi rekli, da sem preveč izobražen za delo v gradnji, drugega pa mi niso našli. (E18)

- Kako izgleda tvoj tipičen dan?

Jaz vstanem med 6. In 7. uro zjutraj, zajtrka nimam, ker ga ne rabim. Ob 8.15 grem v lekarno, takrat, ko prva gužva mine, ko več ni toliko ljudi. Tam prevzamem moje medikamente. To so substituti in antidepresivi. Zdravila prevzamem v lekarni vsak dan. Navadno naredim tako, da ko se počutim slabše, vzamem malo več zdravil in obratno.

Nato grem nazaj domov in vzamem substitut terapijo, ki si jo razdelim skozi celi dan. To pri meni dobro funkcionira.

Jaz se vidim kot freelance umetnika, torej vedno znova delam na nekih projektih. Slabo je, da imam mali atelje, ampak gre skozi. (E19)

- Ko potrebuješ pomoč... Na koga se obrneš? Kdo in kako ti pomaga, ko pride do krize?

Načeloma pokličem zelo hitro na pomoč moja starša. (E20) Imam relativno malo prijateljev v Grazu, če sem iskren. To je pa seveda zaradi drog. Mi smo nekako postavljeni na rob družbe. (E21)

Se počutiš stigmatiziranega?

Ne morem reči, da se počutim marginalizirano ali pa stigmatizirano, sem pa že doživel, da so ljudje klicali đanki ali pa kaj podobnega. Nekateri ljudje še mi vedno pravijo đanki, čeprav si več ne vbrizgavam. »Đankiju ne moreš zaupati, đankiji kradejo...«. Ampak če imaš dober karakter, te te stvari ne vznemirijo preveč. (E22)

Bil sem že dvakrat v zaporu zaradi kraj, ampak ni bilo tako slabo. Medtem ko sem bil tam, si nisem vbrizgaval in takoj potem, ko sem prišel ven, sem šel na terapijo za eno leto. Tako sem prvič zdržal dve leti brez heroina. (E23)

- S kolikimi pomagajočimi poklici si povezan zaradi tvojih težav? Obiskuješ koga na redni bazi?

Moj zaupnik je moj oče. Nato pride IKA. Tam imam Maxa, ki je socialni delavec in tudi šef organizacije. On je tudi moj aprva oseba, na katero se obrnem. Druga je Nina, psihologinja. Tam pa imam tudi zdravnika. (E24) Potem, ko midva končava z intervjujem, grem tja. Tam berem časopis in danes potrebujem tudi zdravila. Tja grem vsak dan. In vedno, ko se počutim nesigurnega lahko rečem: »Hej, jaz imam en problem.« (E25)

Obstajajo pa tudi neka določena pravila, kot npr: zunaj lahko čakajo le 3 osebe, tja ne smeš priti s psom, druga pravila pa so popolnoma normalna družbena pravila (brez drog, ipd.). Jaz dojemam ta pravila kot nekaj normalnega. (E26)

S vsemi tam imam dober odnos. Včasih se skregam le z očetom. (E27)

- Kako pripomore sistem k temu, da lahko ti samostojno živiš? Kaj bi spremenil v te sistemu in kako?

Najprej je tu substitut terapija, ki mi jo predpiše zdravik. To pripomore k temu, da ne rabim kupovati heroina in kokaina na ilegalnem trgu. (E28)

Potem je tu IKA. Ni mi treba hoditi tja, imam pa vedno opcijo, da grem. Vsak mesec imam 3-4 redne termine zaradi birokracije in trajnih receptov ipd. (E29)

Tam mi nudijo socialnodelovno in psihološko pomoč. Tam dobim tudi socialno in umetniško kartico... (E30)

Kaj se zgodi, če ne prideš na dogovorjene termine?

Potem ne dobim nobenega recepta. (E31)

IKA sama glede tega ni problematična. Magistrat pa je zelo strog. Najprej prevzamem recepte na IKA-i, nato pa jim moram odnesti v magistrat. (E32)

- **Obstaja kdo, ki ti pomaga pri bivanju?**

Moj oče mi navadno pomaga na koncu meseca, ko gre na »knap«. On mi da 50-100e. (E33)

Pomoči pri bivanju ne potrebujem in je niti nočem. (E34)

- **Kako izgleda tvoja finančna situacija? Kaj je tvoj osnovni dohodek? Lahko sam razpolagaš z denarjem?**

Jaz dobim kar veliko denarja. Nenavadno dosti. Dobim minimalna sredstva in denar za nego. (E35)

Moj oče pride 2x na mesec na obisk, odnese perilo za oprati, on je, lahko rečemo, moj negovalec. On pride k meni, da mi pomaga. (E36)

b) ORGANIZACIJA

- **Kako se imenuje organizacija, ki jo obiskuješ?**

Že povedano.

- **Kako pogosto jo obiskuješ in kaj počnete tam?**

Že povedano.

- **Kaj ti najbolj odgovarja v IKA-i? Si na splošno zadovoljen z njihovim delom?**

Nizkopražnost. Vedno imaš možnost iti tja in takoj dobiti pomoč, če je nuja. Takoj dobiš krizno intervencijo in zdravila, če so potrebna. (E37)

Včeraj sem imel psihološki razgovor brez termina, imel pa sem tudi že pogovor s socialnim delavcem brez termina. Torej, kaj več naj povem. (E38)

- **Kaj pa ti ne odgovarja, kako bi to spremenil?**

Zame ni pri IKA-i nobene kritične točke, ki bi jo želel izboljšati. Zame je IKA najboljše kar se da dobiti v Grazu. (E39)

- **Se dobro razumeš z zaposlenimi?**

Že povedano.

- **Kako se pa razumete z drugimi klienti?**

Dobro. Zelo dobro. Tam so vsi ljudje zelo pozitivni, to je popolnoma nekaj drugega kot Billin kot na glavnem trgu. (E40)

- **Imaš občutek, da zaposleni spoštujejo in upoštevajo tvoje želje? Imaš mogoče kak primer na to temo?**

Ja, vsekakor. ZB. tajnica je ženska stara med 40 in 50 let, s katero se lahko kadarkoli vsedem in pogovarjam o vsakdanjih stvareh. To je že en izmed znakov sprejetosti. Da se človek počuti sprejetega. (E41)

Socialni delavci skušajo narediti vse, da lahko mi živimo karseda samostojno življenje. ZB. ko me moji starši ovirajo, se mi pomagajo znebiti finančnega skrbništva iz njihove strani. Socialni delavci mi pomagajo, da se ponovno znebim odvisnosti od staršev. (E42)

Enkrat sem izrazil željo, da mi z nami (z mano in mojimi starši) delali mediativno in to so spoštovali ter uresničili. Sedaj smo se že dvakrat srečali s socialnim delavcem, psihologinjo in mojimi starši. (E43)

- **Se počutiš enakopravno z drugimi klienti?**

Ja.

- **Imaš občutek, da dobivaš vso pomoč in podporo, da lahko samostojno živiš v skupnosti? Imaš še kako dodatno željo?**

V Obersteiermarku obstaja le 1 zdravnik v radiju 20-30km, ki je pristojen za odvisnike. Na podeželju je infrastruktura zelo slabša. Graz je najboljši na Štajerskem, mogoče celo v celi Avstriji. Na deželi dobiš veliko preveč tablet in nobene psihosocialne podpore. Na deželi je torej veliko stvari za izboljšati. (E44)

V Grazu samem pa ne bi spremenil veliko stvari. Za ljudi, ki potrebujejo pomoč, obstaja veliko različnih storitev. (E45)

- **Kaj so pa tvoje želje na splošno?**

Jaz si želim, da bi se enkrat počutil dovolj močnega, da bi se znebil vseh stvari. Vsekakor si želim zreducirati tablete, ampak me gled etega skrbi, da bi se slabše počutil. (E46)

13.2.6. Zapis intervjuja 6 z uporabnikom socialnopsihiatrične dnevne strukture

Splošni podatki

Status: Uporabnik z dolgotrajnimi težavai v duševnem zdravju, vključen v dnevno strukturo GSFG

Ime: anonimno

Spol: moški

Starost: 54 let

Datum: 1. 6. 2017

Kraj: Graz

Trajanje: 1 ura

I. ORIGINALNA VERZIJA INTERVJUJA V NEMŠKEM JEZIKU

a) ENTSCHEIDUNG FÜR TAGESTRUKTUREN

- **Wie haben Sie sich entscheiden in die Tagesstrukturen teilzunehmen? Freiwillig oder durch Familie, Arzt...?**

Ich war in einer Tagesklinik im LSF und da haben mir gesagt das es gibt. Es war OK für mich und so bin ich hier gekommen. 1 Jahr war ich an diese Tagesklinik.

- **Wie war es in der Tagesklinik?**

Ja, es war nicht so schlecht.

- **Wie haben Sie ihre Zeit verbracht bevor Sie in die TS gekommen sind?**

Bevor Tagesklinik hab ich mein Zeit ganz verschieden gebracht. Es war viel mit meiner Krankheit verbunden.

Am Arbeitsamt hat mir einmal ein Betreuer gesagt: »Sie sind halb-Aussteiger«. Ein Aussteiger ist jemand den nicht in System passt. Das war in 70, 80ige Jahre. Nachdem ich immer wieder krank war und so. Es war immer so hin und her... Ich war damals oft in Krankenhaus...

- **Könntest du jetzt sagen, dass du dich jetzt ruhiger fühlst?**

Ja. Letztes mal war ich im LSF in 2015. Bevor ich mit TS begonnen hat, war ich offer ins Krankenhaus gewesen als jetzt.

- **Wie lang besuchen Sie schon die TS?**

Seit 2005.

b) LEBEN – ALLGEMEIN

- **Wo wohnen Sie? In welche Wohnform?**

Allein in eine Gemeindewohnung.

- **Besuchen Sie auch welche andere sozialpsychiatrische Strukture? Zum Beispiel, Beratungstelle oder Mobile Sozialpsychiatrische Betreuung?**

Ja, ich habe Mobile sozialpsychiatrische Betreuung. Sie kommt 1x pro Woche. Was wir zusammen machen ist ganz verschieden. Manchmal wir irgendwohin rausfahren, in Grünen spanzieren gehen oder manchmal zur Amt. Letztes mal hat sie mich begleitet zum Hausversammlung. Was wir machen ist abhängig von meine Wünsche und Bedürfnisse.

- **Können Sie mit ihrem Geld im Leben selbst verwalten?**

Ja, ich kann mit meinem Geld ganz allein verdienen.

Schon lang bin ich in Invaliditätspension. Seit 1983.

- **Was machen Sie, nachdem Sie aus TS zurück nach Hause kommen?**

Nichts besoders. Manchmal gehe ich spanzieren, Kaffee trinken oder Zeitung lesen.

Am Freitag und Wochenende bin ich faul. Am Freitag rasiere ich mich und wasche die Wäsche. Vielleicht putz ein bischen.

- **Was passiert wenn Sie ins Krise kommen?**

Dann kommt mobile sozialpsychiatrische betreuung zu mir.

c) EIN TYPISCHER TAG IN TS

- **Wieviel Zeit verbringen Sie täglich in TS? Gefällt das Ihnen?**

Ich besuche Akku Tagestruktur 4 Tage pro Woche von Montag bis Donnerstag. Dann am Freitag, wenn ich frei bin, kommt meistens die mobile Betreuerin.

Halb 9 bis halb 4. Also 7 Stunde insgesamt.

Ja, es gefällt mir.

- **Wie schaut ein typisch Tag in TS?**

Wir arbeiten in der Küche oder im Holzbereich, oder machen etwas mit Keramik. Oder beim Computer. Es ist so, das wir treffen uns immer im morgen und haben einen Sitzung wo wir entscheiden in welchen Bereich wer arbeitet.

Mittagessen haben wir zusammen. Meistens da sind 2 oder 3 Klienten und eine Person, die arbeitet hier und wir kochen zusammen. Was wir essen welchen Tag, entscheiden wir immer eine Woche vorher. Wir haben einen Sitzung wo wir ein Speiseplan machen.

Einmal pro Woche, meistens am Montag, fahren wir nach Hofer wo wir der Einkauf für den ganze Woche machen. Die kleine Sachen die wir noch nutzen, können wir in Spar oder Billa kaufen, die stehen in der Nähe der Akku.

Jeden Tag, die Person die mitessen will, muss 2,20e zahlen. Ich esse immer. Meistens all essen immer. Aber es gibt auch sollche, die nicht essen wollen.

- **Und sonst zahlen Sie nicht für TS, oder?**

Nein, es ist von land Steiermark gedeckt.

- **Können Sie sich selbst entscheiden was Sie durch den Tag machen wollen?**

Das kommt in der früh, wenn wir zusammen sind. Dann jede von uns trägt sich selbst in die verschiedene Aktivitäten. Und wir verteilen uns auch was jede von uns machen muss. Kochen, oder Geschirr waschen, WC putzen,...

- **Sind Sie verpflichtet hier zu kommen? Oder könnten Sie zB. Am Donnerstag sagen: »Ich bin faul, ich gehe nicht...«?**

Dann muss ich ein Urlaubstag nehmen. Die Urlaubstage sind mehr oder weniger wenn man wirklich was zu tun hat oder so. Ich bin vier Tage hier und ich kann nicht sagen ich werde nicht kommen. Außer wenn man muss zum Arzt gehen oder so.

Es ist so, wenn ich nicht unterschreibe dass ich anwesen bin, dann ist Urlaub. Oder ich bring eine Bestätigung von Arzt.

- **Sanktionen git es?**

Wenn man zu viel fehlt, dann wird man mit Angestellte in Akku reden warum und wie und so weiter. Es gibt wirklich keine Sanktionen so zu sagen.

- **Haben Sie Lust in TS zu kommen?**

Ja, zu meist.

- **Was gefällt Ihnen am meisten in TS?**

Dass man etwas mit andere Leute tun.

Insgesamt sehe ich TS als etwas positives.

d) BEZIEHUNGEN IN TS

- **Wie verstehen Sie sich mit Angestellten?**

Ja meist, aber es hängt von meine Stimmung ab. Wenn ich depressiv bin, dann ist ein bisschen schwieriger. Dann bin ich auch net lustig für die andere. Aber sonst, ja.

- **Wie verstehen Sie sich mit anderen KlientInnen? Kommt manchmal auch zur Konflikte mit andere KlientInnen? Wie lösen Sie diese Konflikte?**

Ich bin net so konflikt orientiert. Wenn es kommt zur Streit, kommt drauf an auch jemand der arbeitet.

- **Haben Sie Freunde in TS? Oder sehen sie andere KlientInnen mehr als Mitarbeiter?**

Es ist spezielle Situation. Freunde oder Mitarbeiter.... sind Mitleidende (Lacheln). Weil alle menschen leiden die da sind.

Manchmal gehe ich mit jemanden auch im Freizeit ein Kaffee zu trinken und so.

Draußen habe ich 2,3 Freunde.

- **Haben Sie ein Gefühl, dass Angestellte, ihre Wünsche respektieren und berücksichtigen? Haben Sie ein Beispiel vielleicht?**

Ja. Zum Beispiel, wenn ich wollte etwas für mich selbst für zu Hause machen aus Holz, sie haben mich erlaubt. Ich denke, wenn wir Wünsche haben und sind realisierbar, alle versuchen sie zu ausführen.

- **Können Sie mit Angestellte über ihre Probleme reden? Vertrauen Sie den Angestellten?**

Ja. Hier hat jeder einen Bezugsbetreuer.

II. PREVEDENA VERZIJA INTERVJUJA V SLOVENSKI JEZIK

a) ODLOČITEV ZA VKLJUČITEV

- **Zakaj ste se odločili, da se vključite v dnevne strukture? Na kak način ste se vključili v dnevne strukture? Prostovoljno ali ste bili v to primorani? Kdo vam je pri tem pomagal?**

Bil sem v dnevni bolnišnici na LSFu in tam so mi povedali, da obstaja. Bilo je v redu za mene in tako sem prišel sem. Prej sem bil eno leto na dnevni bolnišnici. (F1)

- **Kako je bilo na dnevni bolnišnici?**

Ja, ni bilo slabo. (F2)

- **Kako ste preživljali čas preden ste prišli v dnevne strukture?**

Pred dnevno bolnišnico sem moj čas preživljal na različne načine. Večino je bilo povezano z mojo boleznijo. (F3)

Svetovalec na zavodu za zaposlovanje mi je enkrat rekel: "Vi ste halb-Aussteiger (pol-izstopnik)". Pol-izstopnik je nekdo, ki ne spada v sistem. To je bilo v 70-tih, 80-tih. Potem sem bil vedno znova bolan. Vedno je bilo sem in tja... Takrat sem bil zelo pogosto v bolnišnici...(F4)

- **Lahko zdaj rečeš, da se počutiš bol stabilno in mirno?**

Da. Nazadnje sem bil v LSF leta 2015. Preden sem začel z dnevnimi strukturami, sem bil pogosteje v bolnišnici, kot sedaj. (F5)

- **Kako dolgo že obiskujete dnevne strukture?**

Od leta 2005. (F6)

b) ŽIVLJENJE NA SPLOŠNO

- **Kje živite, v kateri obliki bivanja?**

Sam v občinskem stanovanju. (F7)

- **Obiskujete tudi kako drugo obliko skupnostnih služb? Npr. svetovalni center ali pa ste vključeni v mobilno pomoč?**

Da, vključen sem v mobilno socialnopsihiatrično pomoč. Imam svetovalko, ki pride k meni enkrat tedensko. Skupaj počneva različne stvari. Včasih se odpeljeva kam ven, greva na sprehod v naravo, včasih greva na kaki urad. Nazadnje me je pospremila npr. na hišni zbor. Kaj počneva, je odvisno od mojih želja in potreb. (F8)

- **Lahko s svojim denarjem sami razpolagate?**

Da, jaz lahko sam razpolagam s svojim denarjem.

Že dolgo sem v invalidski penziji. Od leta 1983. (F9)

- **Kaj pa počnete po tem, ko pridete domov iz dnevnih struktur?**

Nič posebnega. Včasih grem na sprehod, kam na kavo ali berem časopis.

Konec tedna pa lenarim. V petek se obrijem in operem perilo, malo počistim. (F10)

- **Kako pa urgirate, ko pride do krize?**

Takrat pride mobilna socialpsihiatrična svetovalka k meni. (F11)

c) TIPIČEN DAN V DNEVNI STRUKTURI

- **Koliko časa dnevno preživite v dnevni strukturi?**

Akku Tagestruktur obiskujem 4 dni na teden, od ponedeljka do četrтка. V petek, ko sem prost, pa ponavadi pride mobilna svetovalka.

Od pol 9. do pol 4. Torej 7 ur vsega skupaj. (F12)

Da, vseč mi je. (F13)

- **Kako izgleda tipičen dan, ki ga preživite v dnevni strukturi?**

Delamo v kuhinji, na računalniku, izdelujemo kaj iz lesa ali keramike. Tako je – zjutraj se vedno srečamo na sestanku, kjer se odločimo, na katerem področju bo kdo delal. (F14)

Kosilo imamo skupaj. Večinoma so dva ali trije klienti, ter ena oseba, ki je tam zaposlena in skupaj kuhamo. Kaj kuhamo kateri dan, se odločimo skupaj en teden prej. Imamo sestanek, kjer sestavimo jedilnik. (F15)

Enkrat na teden, večinoma ob ponedeljkih, se odpeljemo v Hofer, kjer opravimo nakup za celi teden. Če potrebujemo še kakšne dodatne stvari čez teden, lahko gremo v Spar in Billo, ki sta v bližini Akku. (F16)

Vsak, ki želi jesti zraven, plača na dan 2,20€. Jaz jem vedno. Večinoma vsi jejo vedno. Ampak so tudi tisti, ki ne želijo jesti. (F17)

- **Drugače pa ne rabite nič plačati za dnevne strukture?**

Ne, to pokriva štajerska vlada (Land Steiermark). (F18)

- **Se lahko sami odločite kaj boste počeli čez dan v strukturi?**

To delamo zjutraj, ko smo skupaj. Vsak se vpiše v različne aktivnosti, npr. na področju lesarstva, keramike, šivanja... In potem si dodelimo stvari, ki jih moramo opraviti. Kuhati, prati posodo, čistiti wc,... (F19)

- **Ste obvezani, da pridete sem vsaki dan? Ali lahko npr. rečete: »Jaz sem tako leni, danes ne bom šel.«?**

Potem moram vzeti dopust. Dopust vzameš navadno, ko resnično moreš nekaj početi, imaš kaki plan. Jaz sem tukaj 4 dni na teden in ne morem kar tako reči, da me ne bo. Razen, če moraš k zdravniku ali pa kaj podobnega. Tako je, da če ne podpišem svoje prisotnosti, mi gre dopust. Razen, če prinesem potrdilo od zdravnika. (F20)

- **Obstajajo tudi kake sankcije?**

Če pride do tega, da nekdo preveč manjka, potem ga zaposleni pokličejo na pogovor, kjer se pgoovorijo zakaj je temu tako in podobno. Jaz bi rekel, da ni sankcij kot takih. (F21)

- **Pridete sem z veseljem?**

Ja, večinoma. (F22)

- **Kaj vam je najbolj všeč v dnevni strukturi?**

Da nekaj počnemo skupaj z drugimi ljudmi. (F22)

Nasplošno gledam na dnevne strukture kot na nekaj pozitivnega. (F23)

d) ODNOSI ZNOTRAJ STRUKTUR

- **Kako se razumete z zaposlenimi?**

Ja, večinoma. Ampak velikokrat je to odvisno od moje volje. Če sem depresiven, potem je malo težje. Takrat tudi jaz nisem zanimiv za druge kliente. Ampak drugače pa se dobro razumemo. (F24)

- **Kako pa z drugimi klienti? Pride kdaj tudi do konfliktov med vami? Kako jih rešujete?**

Jaz nisem tako konflikten. Če pa že pride do prepira, pa navadno posredujejo zaposleni. (F25)

- **Imate prijatelje znotaj struktur? Ali vidite ostale kliente bolj kot sodelavce?**

Tu gre za posebno situacijo. Prijatelji ali sodelavci.... Bolj sotrpini (smeh). Ker vsi ljudje tukaj skupaj trpimo. (F26)

Včasih grem tudi s kom od klientov v prostem času skupaj na kavo. (F27)

Zunaj struktur imam 2 ali 3 prijatelje. (F28)

- **Imate občutek, da zaposleni spoštujejo in upoštevajo vaše želje? Imate kak primer glede tega?**

Ja. Na primer, ko sem si želel nekaj izdelati iz lesa zase, za moj dom, so mi dovolili. Jaz menim, da, ko kdorkoli od nas ima kako željo, ki je uresničljiva, se vsi trudijo, da bi nam jih izpolnili. (F29)

- **Ali lahko govorite z zaposlenimi o svojih problemih? Zaupate zaposlenim?**

Ja. Vsak od nas ima tukaj svojega svetovalca, na koga se lahko najprej obrne. (F30)

13.3. Analiza podatkov (Priloga C)

13.3.1. Intervju z zaposleno v mobilni socialnopsihiatrični pomoči

Št. izjave	Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema
A1	Tri firme nudijo MSPP za odrasle in sicer naša (GSFG), pro mente in Wohnplattform Steiermark	GSFG pro mente Wohnplattform Steiermark	Izvajalci		Organizacija storitve
A2	Izven Gradca ponujajo to obliko pomoči tudi kake druge firme.	Druge firme	Izvajalci		Organizacija storitve
A3	To so v bistvu velike privatne organizacije oz. Firme, ki sredstva za izvajanje pomoči dobivajo od občine Graz (Magistrat) – se financirajo od zunaj	Privatne firme, ki jih financira občina	Financiranje, izvajalci storitve		Organizacija storitve
A4	Pomoč, ki jo na področju MSPP klient potrebuje, izvajamo mi, financira pa magistrat. In te firme torej delujejo na podlagi tega denarja.	Firma kot izvajalec, običinsko financiranje	Izvajalci storitve Financiranje		Organizacija storitve
A5	Ne. Ta denar dobimo direktno mi.	Direktno financiranje	Financiranje		Organizacija storitve
A6	Klienti skupaj z nami enkrat mesečno izpolnijo en dokument (<i>»Betreuungsbeschäftigung«</i>), iz katerega je razvidno koliko minut/ur se je MSPP ukvarjala s klientom – če je bilo to npr. 700 min., potem mi dobimo nakazano toliko denarja.	Formular 1x mesečno	Birokracija in dokumentacija		Organizacija storitve
A7	Ena ura stane približno med 40 in 50 evri.	40-50e	Financiranje		Organizacija storitve

A8	Preden pa klient dobi odobreno MSPP imamo na magistratu dva srečanja, da ugotovimo ali je ta oblika pomoči za tega klienta primerna.	2 srečanja pred odobritvijo	Protokol vključevanja		Pristop k storitvi
A9	Večinoma pokličejo v naš center, včasih dobijo priporočilo od psihiatra ali splošnega zdravnika, ali od sorodnikov, prijateljev	Klic, priporočilo, ustna obveščanje	Informiranost uporabnikov		Pristop k storitvi
A10	Potem, ko pokličejo, se zmenimo za termin in se potem dobimo. Enkrat mora biti obvezno na domu, da vidimo kako in kje klient živi. Ko gremo prvič na dom, sta vedno dva strokovna delavca, ko pa se dobimo zunaj, pa gre samo en.	Dogovor o terminu na domu, 2 zaposlena	Protokol vključevanja		Pristop k storitvi
A11	Mi potem že pri prvem, če ocenimo, da lahko MSPP pripomore k zadovoljevanju posameznikovih potreb, damo prošnjo na magistrat, vendar morajo ljudje za vključitev v to strukturo navadno, zaradi čakalnih vrst, počakati, da se sprostijo mesta.	Ocena primernosti storitve, prošnja za financiranje	Protokol vključevanja		Pristop k storitvi
A12	Po dveh, treh mesecih, magistrat odloči o financiranju, klient dobi pogodbo, ki velja 2 leti.	2-3 mesece	Protokol vključevanja		Pristop k storitvi
A13	Tudi do enega leta.	1 leto	Čakalne vrste		Pristop k storitvi
A14	Sedaj je situacija boljša, saj je klientov vedno več in smo razširili team – smo zaposlovali, tako da so se vrste zmanjšale.	boljše	Čakalne vrste		Pristop k storitvi

A15	V tem času ima klient možnost iti v svetovalnice (Beratungstelle) na pogovor, možno je tudi, da nekdo iz svetovalnice gre h klientu domov, čeprav je to bolj izjema kot pravilo.	Možnost svetovanja	Nadomestna pomoč za čas čakanja		Pristop k storitvi
A16	Lahko se vključi v našo aktivno skupino, ki nudi različne sprostitvene in prostočasne dejavnosti.	Možnost aktivne skupine	Nadomestna pomoč za čas čakanja		Pristop k storitvi
A17	Pri nas imamo tri teame, cca. 8-9 strokovnih delavcev na team.	3 teami, 8-9 na team	Sestava zaposlenih		Organizacij a storitve
A18	Zaposlenih nas je 26.	26	Sestava zaposlenih		Organizacij a storitve
A19	Sestavljajo jih: socialni delavci, psihologi, klinični psihologi, socialni pedagogi in diplomirano zdravstveno osebje.	Soc. delavci, psihologi, soc. pedagogi, zdravst. ose bje	Sestava zaposlenih		Organizacij a storitve
A20	Zelo je zaželeno, da so teami sestavljeni iz mešanih profilov, da lahko vsak iz svojega področja doprinese k kakovosti dela.	interdiscipli narno	Način dela	Potek dela	Organizacij a storitve
A21	S koliko uporabniki delaš je odvisno od tega, koliko ur delaš. Jaz sem zaposlena 25 ur in delam s 5imi uporabniki. Če si zaposlen za polni delovni čas pa delaš z do 10 uporabniki.	Pol.del.čas – 5 uporabniko v	Časovni potek	Potek dela	Organizacij a storitve
A22	S koliko uporabniki se srečaš na dan je odvisno od tega, kako dolge termine imaš planirane s posamezniki. Če	2-3 klienti dnevno	Časovni potek	Potek dela	Organizacij a storitve

	imaš krajše termine, se srečaš z večimi in obratno. Jaz se povprečno srečam z 2ma klientoma dnevno. Ko sem bila zaposlena za polni čas, sem pa se srečala povprečno s tremi na dan.				
A23	Povprečno preživim s uporabnikom 1-3 ure naenkrat na teden. Odvisno od tega, koliko pomoči uporabnik potrebuje in kako se dogovoriva za termine.	1-3 ure na klienta	Časovni potek	Potek dela	Organizacija storitve
A24	Nekateri ja, drugi ne. Večinoma jih ne dela. Jaz delam npr. z eno klientko, ki je starostno upokojena, drugi so na minimalnih sredstvih, so invalidsko upokojeni ali pa na »reha-geldu«. Ti, ki prejemajo reha-geld so začasno delovno nesposobni.	Inv.pokojni na, Reha-Geld, Minimalna sredstva	Finančna sredstva		Uporabniki
A25	Pri nekaterih je to cilj, pri drugih pa je cilj bolj osredotočen na ohranjanje stabilnega stanja uporabnika, da ne grejo v bolnico.	Vrnitev na trg dela in stabilizacija	Cilji uporabnikov		Uporabniki
A26	To je čisto odvisno od vrste težav, ki jih ima posameznik. Seveda si vsi želijo, da bi bili nazaj sposobni za delo, vendar koliko pa je to realno, pa je drugo vprašanje.	Želja po vrnitvi na delo	Cilji uporabnikov		Uporabniki
A27	Mislím, da je tu odzadaj predvsem ta filozofija, da se ljudi skuša podpreti in zavarovati v skupnosti, da ne rabijo iti nazaj v bolnico.	Podpora in varovanje pred bolnišnico	Cilji uporabnikov		Uporabniki

A28	Kar je v prvi vrsti dobro za samega klienta, iz finančne plati pa tudi za državo. Veliko več lahko dosežeš, če oseba živi izen stacionarne oskrbe, pa še finančno gledano so bistveno manjši stroški.	Dobro za klienta in državo	Delovanje v smeri dezinstitutionalizacije		Dezinstituci onalizacija
A29	Nekateri imajo postavljenega <i>Sachwalter-ja oz. skrbnika, ki lahko skrbi za različna področja, vendar je največkrat postavljen za področje posameznikovih financ. Skrbnik namesto klienta upravlja z njegovimi financami.</i>	Finančni skrbnik	Skrbniki		Uporabniki
A30	V Avstriji obstajajo firme, ki so specializirane na področju skrbništva.	Finančni skrbnik	Skrbniki		Uporabniki
A31	To se spet zelo razlikuje od posameznika do posameznika. Veliko je takih, ki imajo zelo malo ljudi okoli sebe. Maš pa tudi take, ki imajo zelo razširjeno socialno mrežo.	Različno	Socialna mreža		Uporabniki
A32	Nekateri živijo z družino, tako da imajo veliko stikov s sorodniki ipd.	Sorodniki	Socialna mreža		Uporabniki
A33	Odvisno je od želja in zmožnosti posameznika, potem se mu lahko pomagamo vključiti v različne aktivnosti preko naše firme ali pa katere druge. Mi nudimo npr. plesne dejavnosti, športne aktivnost, izlete ipd.	Vključevan je v aktivnosti	Razširjanje socialne mreže		Strokovno delo
A34	V teh primerih se z uporabniki o tem pogovorimo, ga na to pripravimo. Mi namesto njega ne pokličemo npr. družine,	Podpora, opolnomočenje	Naloge	Koncepti in metode dela	Strokovno delo

	vendar klienta podpremo, da družino sam pokliče. Mi nismo posredniki, mi smo podpora klientu, da on to sam spelje.				
A35	Tudi če so npr. problemi z otroki, mi ne skbimo za otroke. Naša naloga je podpora odraslemu, ker je on naš klient. Razen, če vidiš, da je otrok ogrožen, potem moraš javiti na »Jugendamt« (urad za mladino).	Podpora, ukrep	Naloge Ukrepi	Koncepti in metode dela, Pravila	Strokovno delo Organizacij a storitve
A36	Vsi uporabniki vključeni v MSPP živijo samostojno, sami.	Samostojno bivanje	Bivanje		Uporabniki
A37	Če živi recimo v podpornih stanovanjih (<i>Betreuutes Wohnen</i>), potem ne more imeti še MSPP, ker bi bilo potem to dvojno financiranje.	Dvojno financiranje	Obveznosti	Pravila storitve	Organizacij a storitve
A38	Spremljanje po terminih, povezovanje z možnimi oblikami pomoči ter informiranje o le-teh, pomoč pri izpolnjevanju formularjev. Pomoč pri premagovanju strahov, depresij.	Spremljanje, povezovanje, informiranje, pomoč, premagovanje ovir	Naloge	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
A39	Najtežje se mi zdi delo z uporabniki, ki trpijo za depresijami, saj je v teh primerih zelo težko motivirati klienta za karkoli. V teh primerih je moj cilj navadno spraviti uporabnika ven iz hiše.	Težki primeri dela	Način dela	Potek dela	Strokovno delo

A40	Potrebe so odvisne od posameznika. Delala sem npr. z uporabnikom, ki je rabil spremstvo pri izhodu iz hiše, ker ga je samega bilo zelo strah. Ta strah sva premagovala tako, da sva hodila na sprehode, kjer je en del poti šel sam ali pa sva se dobila ne pred blokom, temveč malo stran od bloka.	Individualizacija potreb in dela	Koncepti	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
A41	Velikokrat imajo uporabniki en kup dolgov, ki jih sami ne zmorejo reševati ali odplačevati. Mi smo tu zato, da jim pri teh stvareh pomagamo. Te potrebe se nanašajo na socialni vidik našega dela.	Pomoč pri zadolženosti	Potrebe uporabnikov		Uporabniki
A42	Kliente na začetku sodelovanja vprašamo po njihovih potrebah. Na začetku se torej pogovorimo o ciljih pomoči in tako sklenemo dogovor o ciljih in na teh ciljih potem formiramo pomoč.	Formuliranje ciljev glede na potrebe	Koncepti	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
A43	Klient pove na katerem področju potrebuje pomoč – npr. če gre za dolgove, skupaj z uporabnikom kontaktiramo Caritas službo, ali svetovalno službo, ki je specializirano za področje zadolženosti, da jim pomaga sprožiti postopke za odpisovanje dolgov.	Individualizacija potreb, formuliranje ciljev	Koncepti.	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
A44	Na razne urade, termine pri svetovalnih službah, strokovnjakih ipd. jih potem navadno spremljamo.	Spremljanje na urade ipd.	Potrebe uporabnikov,		Strokovno delo

			Koncepti in metode dela		
A45	Pravilo je, da ničesar ne delamo namesto klientov, temveč jih podpremo in jim pomagamo, da se sami aktivirajo.	Podpora in pomoč pri samostojnosti in aktivaciji virov	Naloge	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
A46	Ena izmed naših temeljnih nalog je povezovanje (<i>»Vernetzung«</i>)- to, da jim povemo kam in na koga se lahko obrnejo, kje dobijo pomoč, sredstva, za tisto kar rabijo. Veliko klientov rabi npr. psihoterapijo, pa jim pomagamo najti primernega terapevta.	Povezovanje med storitvami	Naloge	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
A47	Če uporabnik sam ne zmore hoditi na termine s psihiatru ali kam drugam, ga spremljamo.	Spremljanje	Potrebe uporabnikov		Uporabniki
A48	Vglavnem so naše naloge povezovanje, spremstvo, razbremenilni pogovori. Moja naloga je tudi, da klientu razložim njegove možnosti in ga po potrebi pomagam vključiti v kake druge oblike pomoči.	Povezovanje, spremstvo, razbremenilni pogovori.	Način dela Naloge	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
A49	Npr. v kake prostočasne dejavnosti ali pa v psihoterapijo, ki je v Avstriji dokaj močna. Skupaj poiščeva primernega terapevta, moja naloga v odnosu do uporabnika pa je, da ga na to pripravim. Po potrebi uporabnika tudi spremljam na terapijo.	Aktivnosti, terapija, priprava in spremljanje	Naloge	Koncepti in metode dela	Strokovno delo

A50	Če gre recimo za ženske, jih napotimo npr. v Frauenservice, ki je organizacija specializirana za pomoč ženskam, ali v kake oblike zdravstvene pomoči ali v razna izobraževanja. Pač odvisno od potreb in želja ter možnosti, ki obstajajo.	Pomoč ženskam	Spolno in etnično prilagojeno delo		Strokovno delo
A51	Potem pa imamo krizni pogovor (<i>Krisengespräch</i>), v katerem ocenimo, ali je klient ogrožen, kako in v kolikšni meri je ogrožen. Iz tega pa je potem razvidno ali mu zmoreš sam pomagati, ali se vključi še kak kolega iz organizacije.	Krizni pogovor, ocena stanja	Delo v kriznih situacijah		Strokovno delo
A52	V najslabšem primeru se klienta napoti v LSF – bolnišnico.	LSF	Delo v kriznih situacijah		Strokovno delo
A53	Najboljše je če gre prostovoljno, v tem primeru je za nekoga dobro če ga tja spremljamo.	Prostovoljno, spremstvo	Delo v kriznih situacijah		Strokovno delo
A54	V nekaterih primerih je v krizi že dovolj, da pustiš telefonske številke na katere se lahko obrne ali da se dorečeta pogostejše termine, da si malo več z njim.	Telefonska dosegljivost, pogostejši termini	Delo v kriznih situacijah		Strokovno delo
A55	Glavni cilj je, da se klientovo stanje v čim krajšem možnem času stabilizira.	Stabilizacija stanja	Cilji uporabnikov		Uporabniki
A56	O ogroženosti klienta lahko presodim jaz, če sem nesigurna, lahko pokličem še kako kolegico, v določenih primerih gre tudi šef organizacije, ki je po poklicu psihiater. Če zaznam potrebo,	Ocena stanja, psihiater	Delo v kriznih situacijah		Strokovno delo

	klienta napotim k psihiatru in če noče, potem spet vidim kaj se da narediti.				
A57	Mi lahko zaprosimo za več ur pomoči. Magistrat nas (klienta in mene, temu se reče IHB team) povabi na razgovor in potem v nekaj tednih odloči. Vendar mi v tem času lahko že delamo več ur tedensko s klientom, če ocenimo, da je to potrebno (zaradi kontingenta ur).	Povečanje obsega ur	Delo v kriznih situacijah		Strokovno delo
A58	Zelo. Ker skušamo zadovoljevati vse potrebe posameznikov, da lahko živijo samostojno v skupnosti	Zadovoljevanje vseh potreb uporabnika	Zagotavljanje samostojnega življenja		Dezinstitucionalizacija
A59	Vso naše delo se osredotoča na individualne potrebe vključenih.	Individualizacija potreb	Zagotavljanje samostojnega življenja		Dezinstitucionalizacija
A60	Naš cilj je, da preprečimo nastanitve klientov v stacionarne oblike oskrbe.	Preprečevanje stacionarne oskrbe	Zagotavljanje samostojnega življenja		Dezinstitucionalizacija
A61	Skozi redna srečanja se lahko klienti sproti razbremenijo, hkrati pa lahko delaš na aktiviranju njegovih virov. V bistvu je naše delo močno orientirano na aktivacijo posameznikovih virov.	Razbremenitev, aktivacija virov.	Koncepti	Metode in koncepti dela	Strokovno delo
A62	Klienti imajo na vsebino MSPP zelo velik vpliv. Vse dejavnosti so orientirane nanj, vsi cilji formulirani glede na njegove potrebe, ki jih izrazi sam. Oni so naši klienti, to je isto, kot da prideš v trgovino in se vse osredotoča na tvoje potrebe.	Velik vpliv uporabnika	Vpliv uporabnikov na storitev		Uporabniki

A63	Imamo pa seveda tudi mi pravico do soodločanja. Če recimo jaz sama pri sebi odločim, da ne želim izvajati večernih terminov, imam do tega pravico. Če uporabnik vseeno rabi to spremstvo zvečer, pogledamo kake so druge možnosti. Ali bi želel kdo od mojih kolegov prevzeti večerne termine, če pa ne, pa je to tudi ok.	Pravice zaposlenih, alternative	Vpliv zaposlenih na storitev		Organizacij a storitve
A64	Edino kar mi moramo je človeka zaščititi, če je samoogrožen. Vse ostalo je stvar dogovora.	Zaščita osebe	Obveznosti	Pravila storitve	Organizacij a storitve
A65	Pogoj za vključitev je postavljena psihiatrična diagnoza, ki je vsaj zmerna ali huda. Največkrat gre za različne oblike depresije, aksioznosti, shizofrenije, pa tudi osebnostne motnje, avtizem. Pogoj je tudi, da je klient odrasel – nad 24.	Diagnoza, starostna omejitev	Protokol vključevanja		Pristop k storitvi
A66	Če je star med 18 in 24 pa ima na voljo MSPP za mladostnike. Tudi starejše obstaja posebna oblika MSPP.	Mladostniki , starejši druge oblike	Protokol vključevanja		Pristop k storitvi
A67	Vključitev v MSPP pa mora vedno temeljiti na prostovoljni bazi. Sodelovanje je vedno odvisno od klienta, ko več ne želi sodelovati, lahko z MSPP kadarkoli prekine.	Prostovoljni o vključevanje in prekinitev	Protokol vključevanja		Pristop k storitvi
A68	Gre bolj za moralne obveznosti do mene, kot obveznosti kot take. Npr. če noče da pridemo, da nas	Moralne obveznosti	Obveznosti	Pravila storitve	Organizacij a storitve

	obvesti in, da se drži dogovorov. Da terminov ne odpove prevečkrat.				
A69	Mhm, tudi to se zgodi. Zdaj imamo en primer, ki prevečkrat odpove srečanja.	Odpovedovanje	Kršitve	Pravila storitve	Organizacija storitve
A70	Zaradi tega ima moja kolegica luknjo, potem pa so zaradi tega luknje tudi v financiranju, saj moramo mi določen čas preživeti neposredno s klientom.	Težave pri odpovedovanju	Ukrepi	Pravila storitve	Organizacija storitve
A71	Če je odpovedovanja terminov preveč, se s klientom vsedemo in se o tem pogovorimo. Vprašamo zakaj se to dogaja, kaj lahko spremenimo ipd.	Ukrepi pri odpovedovanju	Ukrepi	Pravila storitve	Organizacija storitve
A72	V tem primeru se je odpovedovanje terminov dogajalo zelo pogosto in se po pol leta ni še nič spremenilo, zato bomo sedaj šli iz 2h terminov tedensko na en termin. Vedno se torej iščejo rešitve skupaj z uporabnikov. V tem primeru sta bila za uporabnico dva termina tedensko preveč.	Ukrepi pri odpovedovanju	Pravila storitve		Organizacija storitve
A73	V sami MSPP ne obstajajo nobena zapisana pravila, ki bi se jih dalo kršiti. Vedno se o vsem pogovorimo in skupaj najdemo rešitev, zato ne obstajajo ne sankcije, ne nagrade.	Nobenih pravil, vedno pogovor	Ukrepi	Pravila storitve	Organizacija storitve
A74	Vedno se s klientom pogovorimo in iz pogovora se potem izkristalizirajo potrebe, težave, ki jih je potrebno	Ugotavljanje potreb, povečanje ali	Način dela	Potek dela	Organizacija storitve

	rešiti. Včasih vidimo, da gre tudi za kako dodatno težavo, ki jo je potrebno rešiti in za katero so potrebne te ure pomoči. V teh primerih potem to določeno število ur ali povečamo, ohranimo ali zmanjšamo. Odvisno od posameznika.	zmanjšanje obsega ur			
A75	Če pa se npr. odpovedovanje še pol enem letu vedno dogaja, pa smo tudi mi primorani potegniti črto. To naredimo predvsem z zmanjšanjem števila ur. Na popolno prekinitev pomoči še v moji praksi nisem naletela.	Ukrepi pri odpovedovanju	Ukrepi	Pravila storitve	Organizacija storitve
A76	V primeru krize in posledičnega odpovedovanja, ta problem predebatiramo v teamu, kjer se izkristalizirajo potrebe in potem skupaj z uporabnikom dorečemo kako ukrepati.	Kriza in odpovedovanje	Delo v kriznih situacijah		Organizacija storitve
A77	Kako dolgo so vključeni, je odvisno od posameznika. Nekateri so pri nas že 10 let, drugi so se popolnoma postavili na svoje noge in pomoči več ne potrebujejo, tretji so MSPP prekinili.	Različne dolžine vključenosti	Časovni okvir vključenosti uporabnika		Organizacija storitve
A78	Jaz sem imela npr. eno klientko, ki se ji je življenje res dobro poštimalo odkar je začela živeti s partnerjem. Tista kriza, ki je prišla od ločitvi in zaradi katere se je vključila v MSPP, je minila, zato je s pomočjo po 5ih letih prekinila.	5 let	Skupno	Časovni okvir vključenosti uporabnika	Organizacija storitve

A79	Vključitev v MSPP pa mora vedno temeljiti na prostovoljni bazi. Sodelovanje je vedno odvisno od klienta, ko več ne želi sodelovati, lahko z MSPP kadarkoli prekine.	Prostovoljno sodelovanje	Protokol vključevanja		Pristop k storitvi
A80	Jaz sem sedaj zaposlena le 25 ur.	25 ur na teden	Časovni potek	Potek dela	Organizacija storitve
A81	Zjutraj grem navadno kar direktno do klienta in sem z njim odvisno od tega kako dolgo sva dogovorjena. Potem si navadno vzamem pol ure pavze, da nekaj pojem. Po malici grem potem naprej do drugega klienta in za konec navadno v pisarno uredit dokumentacijo dela in pa naredit obračun stroškov.	Klienti, pavza, klienti, pisarna	Aktivnosti	Potek dela	Organizacija storitve
A82	Če grem npr. s klientom na kavo, hranim račun in dobim povrnjena sredstva. Isto dobim plačano kilometrino, čeprav se vozim s kolesom. Če sem z avtom, dobim plačano tudi parkirnino in mesečne vozovnice za avtobus.	Denar za kavo, kilometrino, parkirnina, vozovnice	Birokracija in dokumentacija		Organizacija storitve
A83	Dnevno je potrebo tudi znašati podatke o tem koliko časa si bil v službi ali na dopustu, koliko minut si bil neposredno s klientom ipd. Tukaj moramo izpolnjevati kvoto 55% neposrednega časa s klientom, da se nam finančno izplača. Se pa to gleda letno, to pomeni, da če imaš en mesec	Čas v službi, neposredni čas s klienti, kvota	Birokracija in dokumentacija		Organizacija storitve

	manj, lahko drugi mesec nadomestiš in obratno.				
A84	Enkrat na teden imamo team, ki traja 2 uri in 15 minut.	1x na teden team, ni več psihiatrinje	Interdisciplina rno delo, Pomanjkljivosti storitve		Strokovno delo
A85	Prej se je enkrat na mesec na teamu pridružila psihiatrinja, ki je sodelovala z nekaterimi klienti, sedaj se teamov ne udeležuje več, saj so skrčili sredstva. To je zelo slabo, saj smo lahko skupaj z njo veliko naredili.	slabše	Pomanjkljivosti storitve		Predlogi za izboljšave
A86	Moja specifična je pomoč ljudem iz bivše jugo: saj jim je veliko lažje, če lahko z mano govorijo v svojem maternem jeziku. Na firmi pa imamo tudi eno Afričanko, ki je bolj specializirana za uporabnike iz afriških držav.	Pomoč ljudem iz bivše Juge, pomoč Afričanom	Spolno in etnično prilagojeno delo		Strokovno delo
A87	Zelo pomembna je kontinuiteta odnosa – redna srečanja, poglobljeni odnosi. Skozi redna srečanja se lahko klienti sproti razbremenijo, hkrati pa lahko delaš na aktiviranju njegovih resursov. V bistvu je naše delo močno orientirano na aktivacijo posameznikovih virov . Pomembno je tudi, da kliente spomniš na pozitivne izkušnje, da jih spomniš na njihove notranje moči.	Kontinuiteta dela, aktivacija resursov, pozitivne izkušnje	Koncepti Naloge	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
A88	Zelo pomemben koncept pri našem delu je koncept opolnomočenja . Stremimo k	Opolnomočenje, prevzemanj	Koncepti in metode dela	Koncepti Naloge	Strokovno delo

	temu, da klienti sami prevzemajo nadzor nad svojim življenjem, da si sami urejajo različne pomoči, hodijo v trgovino ipd. Zagotavljamo jim pomoč pri vsem tem, vendar ne delamo ničesar namesto njih.	e nadzora nad življenjem, spodbujanje samostojnosti			
A89	Vglavnem moje delo temelji na pogovoru, ne na terapiji. Jaz v svojem delu dam veliko tudi na različne tehnike sproščanja, včasih na sprehodu delamo vaje ipd. Z eno klientko poslušava glasbo in pojeva.	Pogovor, tehnike sproščanja	Naloge	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
A90	Diagnoza je izhodišče. Da razumeš samo diagnozo, da ti je potem lažje delat. Npr. imela sem primer, ko je klientka prišla in je najprej pol ure glasno kričala name. V tem primeru je pomembno, da razumeš diagnozo, da potem teh projekcij ne vzameš osebno, da se ne razburiš.	Diagnoza kot pomoč za razumevanje obnašanja	Vpliv diagnoze na delo		Strokovno delo
A91	Seveda, veliko. Jaz gledam bolj na simptomatiko, saj gre veliko diagnoz z roko v roki. Če nekdo trpi za posttravmatsko motnjo, ima velikokrat težave tudi z anksioznostjo ali depresijo.	Simptomi ka dvojnih diagnoz	Dvojne diagnoze		Strokovno delo
A92	Pri samem delu to ne igra velike vloge. V teh primerih je reševanje težav mogoče bolj kompleksno in traja dlje časa. Drugače pa to nima velike veze.	Mala vloga	Vpliv diagnoze na delo		Strokovno delo

A93	V teh primerih je pomembno, da se kliente poskuša motivirati, da bi šli na odvajanje, da se jih spremlja v procesu odvajanja, če se zato odločijo. Če pa nočejo, pa jih ne moremo v to prisiliti. V ozadju je seveda velikokrat pogovor tudi okoli tega – koliko so stabilni, koliko pijejo ipd. Pomembno je, da se pitje vsaj regulira, če se že ne odločijo za odvajanje.	Motivacija za odvajanje, brez prisile, pogovor, regulacija pitja	Naloge	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
A94	V primeru, da jaz pridem na termin in je klient pijan, rečem, da to tako ne gre. V tem primeru bi potem prekinila tisto srečanje in bi se dogovorila za nov termin.	Pijan klient, prekinitev srečanja, nov termin	Pravila storitve		Organizacij a storitve
A95	Glede tega je potrebo postaviti meje. V dogovoru, ki se vzpostavi na začetku sodelovanja, je potrebno doreči, da je na srečanja treba priti trezen in da se med srečanji ne konzumira alkohola ali drog. V teh primerih se navadno potem določijo termini srečanj v jutranjih urah, saj je tako manjša možnost, da bo klient opit.	Postavitev meja, pravila, prilagajanje	Način dela	Razbremenite v zaposlenih, Potek dela	Organizacij a storitve
A96	Predvsem na težave povezane s razmejevanjem službe in privatnega življenja . Jaz sem prej dosti preveč energije vlagala v delo in se velikokrat premalo posvetovala s klienti in preveč dela prevzemala nase. Ali da sem preveč stvari	Razmejeva nje privatn. in služb. življenja, pomembno st postavljanja meja	Težave pri delu		Predlogi za izboljšave

	počela nasmemo njih ali pa, da sem si njihove težave preveč vzela k srcu. Pomembno je, da si pri delu postaviš meje, da ne grejo stvari v prijateljski odnos. To je problem predvsem pri ljudeh iz bivše juge, saj se na nek način z njimi počutiš še bolj povezane. Velikokrat se zgodi, da dajo mojo številko naprej, sorodnikom itd., vendar tukaj je potrebno potem razjasniti, da sem jaz na voljo zgolj mojemu klientu in ne celemu njegovemu sorodstvu. Seveda včasih kontaktiramo tudi koga od sorodnikov, vendar o tem se vedno predhodno zmenimo znotraj teama.				
A97	Izgorelost je ena izmed večjih težav na katere sem naletela. Sama sem se srečala z izgorelostjo letos pozimi.	Izgorelost	Težave pri delu		Predlogi za izboljšave
A98	Veliko lažje za delavce bi bilo če bi bila na srečanjih s klientom prisotna dva. Vendar je pa to slabše, če gledamo iz vidika odnosov.	2 zaposlena na srečanjih	Predlogi s strani zaposlenih		Predlogi za izboljšave
A99	Z vidika same firme, pomanjkljivosti ne vidim. Organizacija štima in res smo super team, ki se med seboj podpira in tudi odnosi s šefi so dobri. Iz tega vidika ne čutim nobenega pritiska.	Ni pomanjkljivosti, dobri odnosi in podpora, ni pritiskov	Zadovoljstvo s storitvijo		Predlogi za izboljšave
A100	Tudi klienti so z našim delom večinoma zadovoljni.	Zadovoljstvo o klientov	Zadovoljstvo s storitvijo		Predlogi za izboljšave

A101	Pomanjkljivost je, da si večinoma časa sam. Meni, zato ker sem timski človek, je zelo fajn, če ko pridem v pisarno, da je nekdo tam. Da lahko podeliš izkušnjo, da se malo olajšaš, da si svetuješ. Ampak problem je, da so vsi na terenu. Tudi vodstvo organizacije. V pisarni je le tajnica, nihče drug.	Pomanjkljivost je, da si sam	Pomanjkljivosti storitve		Predlogi za izboljšave
A102	Mi vedno na novo zaposluje. Zdaj se mi zdi, da nas je dovolj (zdaj nas je 26). Če bi nas bilo več, je potem problem v kvaliteti diskusije ko imamo velike teame (enkrat mesečno).	Zadostno število zaposlenih	Zadovoljstvo s storitvijo		Organizacija storitve
A103	V našem timu je ena klinična psihologinja, dva psihologa, en socialni delavec, en pedagog in od tega imata dve še psihoterapijo. Med seboj dobro in tudi veliko kooperiramo.	Dobra interdisciplinarna kooperacija	Interdisciplinarno delo		Strokovno delo
A104	Niti meni niti klientom ni fajn iti v LSF. Veliko raje gredo klienti bolnišnico Barnherzigen Bruder, ki ima psihiatrični oddelek.	Ni prijetno iti v LSF, raje v BHB	Stacionarno zdravljenje in rehabilitacija		Dezinstitucionalizacija
A105	Tam so recimo tri tedne.	3 tedne	Stacionarno zdravljenje in rehabilitacija		Dezinstitucionalizacija
A106	Tam delajo na tem, da potem zminimalizirajo medikamente.	Minimalizacija medikamentov	Stacionarno zdravljenje in rehabilitacija		Dezinstitucionalizacija
A107	Vključeni so v raznorazne aktivnosti, od telovadbe do ergoterapij (ročne spretnosti),	Aktivnosti	Stacionarno zdravljenje in rehabilitacija		Dezinstitucionalizacija

	invidualnih in skupinskih terapij ipd.				
A108	Imajo možnost iti tudi na kuro oz. rehabilitacijo v Bad Aussee za 6 tednov, kjer imajo razne terapije (individualne, skupinske), razne aktivnosti ipd. Tudi tam se dela dosti na resursih uporabnika.	Rehabilitacija v Bad Aussee, resursi uporabnika	Stacionarno zdravljenje in rehabilitacija		Dezinstitutucionalizacija
A109	Psihohigiena ima v naši organizaciji zelo veliko vrednost.	Pomembnost psihohigiene	Razbremenite v zaposlenih		Organizacija storitve
A110	Zelo pomembno je, da imaš neke svoje aktivnosti s katerimi se lahko razbreniš.	Lastne aktivnosti	Razbremenite v zaposlenih		Organizacija storitve
A111	O prostočasnih aktivnostih so mene npr. vprašali že na razgovoru za službo.	Vprašali na razgovoru	Razbremenite v zaposlenih		Organizacija storitve
A112	Firma sama pa ima zame za 33ur delovnih ur na teden, vračunanih 800e letno za supervizije in 800e za izobraževanja.	Supervizija, izobraževanja	Razbremenite v zaposlenih		Organizacija storitve
A113	O težavah, ki nas bremenijo v povezavi s klienti, debatiramo na tedenskih teamih.	Razbremenjevanje na timih	Razbremenite v zaposlenih		Organizacija storitve
A114	Veliko vrednost pa ima tudi koncept razmejevanja med službo in privatnim življenjem.	Razmejevanje dela in privatnega	Težave pri delu		Predlogi za izboljšave
A115	Po mojem mnenju, so Avstrijci na tem področju storili že ogromno.	Dosti v smeri dezinst.	Delovanje v smeri dezinstitutacionalizacije		Dezinstitutucionalizacija
A116	Imajo zelo razvejan sistem, ki deluje kot varovalo pred tem, da bi ljudje pristali v zavodih.	Razvejan sistem kot varovalo	Delovanje v smeri dezinstitutacionalizacije		Dezinstitutucionalizacija

A117	Uporabniki imajo dokaj dobro finančno podporo in razne olajšave za stroške kurjave, najemnine, receptov, telefona, avtobusnih kart itd., potem imajo najrazličnejše službe za najrazličnejše pomoči, skratka po mojem mnenju, je sistem skupnostne psihiatrije dobro razvit.	Dobra finančna podpora, pomoči, razvit sistem	Delovanje v smeri dezinstitutionalizacije		Dezinstitucionalizacija
A118	MSPP je orinetirana na pomoč na domu z namenom, da se ljudje ne rabijo vračat v institucije. MSPP absolutno sledi dezinstitutionalizaciji.	MSPP dela v smeri dezinstitution., namen samostojnosti	Delovanje v smeri dezinstitutionalizacije		Dezinstitucionalizacija
A119	Na Štajerskem je še vedno dosti institucij, vendar se mi zdi, da se kliente da v institucije le, če ne zmorejo sami živeti.	Institucije obstajajo, ne zmorejo sami	Institucionalno bivanje		Dezinstitucionalizacija
A120	Da dejansko ni zmožen sam živeti, da je ogrožen – da je tako psihično kot fizično bolan.	Psihična in fizična bolezen	Institucionalno bivanje		Dezinstitucionalizacija
A121	Jaz menim, da ima oseba možnost it v institucijo, vendar da pa je sistem zunaj tako dobro organiziran, da jim tega ni treba.	Dobra	Možnosti izbire		Dezinstitucionalizacija
A122	Ja, absolutno. To je razvidno že iz tega, da v naši organizaciji konstantno zaposlujemo nove ljudi – ker so vedno večje potrebe za pomoč v vsakdanjem življenju ljudi, ki imajo psihične težave.	Konstantno zaposlovanje, vedno več potreb	Delovanje v smeri dezinstitutionalizacije		Dezinstitucionalizacija
A123	V bistvu je dezinstitutionalizacija že v implementirana v sistem.	Implementirana v sistem	Razlogi o pasivnosti		Dezinstitucionalizacija

	Pomoje je to razlog, zakaj se o tem več ne govori.		teme dezinstitu.		
A124	Že s samim načinom dela – ki je orientiran na individualne potrebe posameznikov, ki nikogar v nič ne sili, v katerem vse bazira na pogovoru, ki ima za cilj ohraniti in pripomoči k posameznikovi samostojnosti in varovati pred nastanitvijo v stacionarne oblike pomoči.	Individ. potreb, brez prisile, pogovor, samostojnost	Delovanje v smeri dezinstitutionalizacije		Dezinstitucionalizacija
A125	Ne, to pa na žalost ne vem.	Ne vem	Zapiranje zavodov		Dezinstitucionalizacija
A126	Ti, ki so stabilni, popolnoma normalno funkcionirajo. To, koliko vedo sosedi, niti ne vem. Nekateri imajo dosti stikov s sosedi, drugi manj. Odvisno od posameznika. V veliko primerih gre bolj za to, da se ljudje sami izolirajo.	Različni stiki s skupnostjo	Vključevanje v skupnost		Uporabniki
A127	Profesionalna drža, zagotavljanje osebnih podatkov.	Profes. drža, varnost podatkov	Delovanje v smeri dezinstitutionalizacije		Dezinstitucionalizacija
A128	Jaz bi rekla, da bi bilo dobro, če bi se okrepile storitve iz področja alternativnega zdravljenja. Recimo akupunktura. Ušesno akupunkturo (NADA) sicer imamo na voljo v naši organizaciji, vendar bi bilo dobro če bi se ponudba razširila.	Več alternativnega zdravljenja	Predlogi s strani zaposlenih		Predlogi za izboljšave
A129	Zelo dobro bi bilo, da bi se klienti imeli možnost vključiti in imeli financirano ali vsaj sofinancirano, kako vsakdanje	Vključevanje v vsakdanje aktivnosti,	Predlogi s strani zaposlenih		Predlogi za izboljšave

	popoldanske dejavnosti v mešani populaciji, ki nebi bile organizirane samo za ljudi s težavami v duševnem zdravju. Npr. pri športnih aktivnostih ali učenju jezikov ali karkoli.	manj stigme			
A130	Da bi se jim bilo lažje vključiti v vsakdanje družbeno življenje. Menim, da bi s tem močno zmanjšali stigmatizacijo uporabnikov in za lasten občutek vrednosti.	Vsakdanje družb. življenje	Predlogi s strani zaposlenih		Predlogi za izboljšave
A131	Večinoma so na minimalnih sredstvih in na reha geldu. Geha geld dobijo ljudje, ki so prej delali potem pa so zboleli in več niso sposobni delati. Ta reha geld dobijo za 1 leto. Do GKK-ja imajo seveda neke določene obveznosti – 3x letno morajo iti tja in predložiti različne oblike pomoči v katere so vključeni, velikokrat le MSPP ni dovolj, je fajn če so vključeni tudi v kako terapijo. Ta reha geld potem podaljšujejo. Drugi so invalidsko upokojeni (min. 850-900e).	Minim. Sredstva, Reha-geld, inv. upokojeni	Finančna sredstva		Uporabniki
A132	To, da nekdo pristane v zavodu je bolj izjema kot pravilo. Če pa že pride do tega, pa gre za uporabnika, ki sam ni sposoben živeti. Velikokrat je poleg psihične, prisotna tudi fizična bolezen.	Zavod je izjema, fiz. in psih. bolezen	Institucionalno bivanje		Dezinstitutizacija

A133	Z drugimi službami se povezujemo tako, da uporabnikom predstavimo in in se mu pomagamo vključiti v druge službe, odvisno seveda od njegovih potreb.	Povezovanj e	Naloge	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
------	---	-----------------	--------	-------------------------	----------------

13.3.2. Intervju z zaposleno v dnevni bolnišnici

Št. izjave	Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema
B1	V dnevni bolnišnici LSF (Psihiatrične bolnišnice Sigmunda Freuda) je na voljo 24 mest za kliente (18-65 let), ki so v subakutni fazi bolezni.	24 mest	Število mest		Organizacija storitve
B2	Vedno prostovoljno. Večinoma pa pridejo preko posredovanja psihiatrične bolnišnice, kjer je pacient preživel akutno fazo.	prostovoljno	Protokol vključevanja		Pristop k storitvi
B3	Jaz sem po poklicu zdravnica psihiatrije in psihoterapevtka.	Psihiatrinja, psihoterapevtka	Sestava zaposlenih		Organizacija storitve
B4	Pristojna sem tudi za skupino pacientov, ki obiskuje dnevno bolnišnico (moji nadomestni zdravniki so večinoma pristojni za medicinski menedžment).	Odgovorna za paciente	Potek dela		Organizacija storitve
B5	Na eni terapiji je razpoložljivih 6-10 mest za paciente.	6-10 mest	Število mest		Organizacija storitve
B6	Za mojo skupino pacientov v sklopu dnevne bolnišnice je predvideno osebje: - 75% (30 ur tedensko) psihiater in psihoterapevt, - 175% diplomirano medicinsko osebje (2 osebi z 30 in 38 urami na teden) 100% ergoterapevt (1 oseba z 38 urami na teden).	30 ur psihiater 68 ur medic.osebje 38 ur ergoterapevt	Sestava zaposlenih		Organizacija storitve

B7	Dnevno pacienti preživijo v bolnišnici 7 ur – od 8ih do 15ih. V utemeljenih primerih se lahko pacient in zdravnik dogovorita drugače. To se zgodi predvsem v primerih osebnih zadev, kar drugače imenujemo tudi socialnoterapevtski pristop.	7 ur dnevno ali drugače	Dnevno, tedensko	Časovni okvir vključenosti uporabnika	Organizacija storitve
B8	V primeru somatske bolezni se pacienta napoti do hišnega zdravnika ali direktno na primerni oddelek.	V primeru bolezni do zdravnika	Pravila storitve		Organizacija storitve
B9	Povprečno preživijo pacienti na dnevni bolnišnici 3 do 8 tednov. Zdravstvena zavarovalnica predvideva bivanje v bolnišnici vse do 24 tednov. V primerih daljšega bivanja, se mora zaprositi za podaljšanje.	3-8 tednov, zavarovalnica 24 tednov, prošnja za podaljšanje	Skupno	Časovni okvir vključenosti uporabnika, Birokracija in dokumentacija	Organizacija storitve
B10	Socialne mreže uporabnikov se razlikujejo glede na posameznika – gredo od zelo širokih pa do komaj obstoječih.	Različne mreže	Socialna mreža		Uporabniki
B11	En izmed pomembnih ciljev dela dnevni bolnišnic je pomagati okrepiti in podpreti socialne mreže uporabnikov.	Cilj je okrepiti mreže	Razširjanje socialne mreže		Strokovno delo
B12	Nekateri uporabniki živijo samostojno v svojih stanovanjih, drugi z družino.	Sami ali z družino	Bivanje		Uporabniki
B13	Občasno (glede na primer) je naša naloga tudi pomagati poiskati podporno obliko bivanja za pacienta in mu zagotoviti prehodne terapevtske možnosti.	Pomoč pri iskanju primerne bivanja	Naloge	Koncepti in metode dela	Strokovno delo

B14	Temeljna potreba skoraj vseh pacientov je na splošno dobro počutje v družbi (v skupnosti) in njihova lastna izkušnja občutka spoštovanja s strani drugih. Velikokrat lahko izkušnja same skupnosti pripomore k ozdravitvi in k boljšemu počutju posameznika.	Potreba po udobnem počutju v družbi, občutek spoštovanja , Skupnost pomaga pri ozdravitvi	Potrebe uporabnikov		Uporabniki
B15	Dosti pacientov ne zmore samostojno vzpostaviti smiselnega poteka dneva. Nekateri pacienti so izredno izčrpani in svoje moči začnejo nabirati skozi nizkopražne strukture vsakdanjika.	Potreba po dnevni strukturi, izčrpanost	Potrebe uporabnikov		Uporabniki
B16	Ja, delo je individualizirano.	Individualizirano delo	Koncepti	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
B17	Nikakor, ker terapijska obravnava podpira sposobnost pomoči k samopomoči. Uporabnike skušajo podpreti skozi samopomoč.	Pomoč za samopomoč	Koncepti	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
B18	Na primer skozi opolnomočenje (Empowerment) pacientov, kjer skušamo skupaj s pacienti ovrednotiti njegove socialne in osebne vire.	Opolnomočenje, aktivacija virov	Koncepti	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
B19	K samostojnejšemu življenju skušamo pripomoči tudi skozi vodila, po katerih se ravnamo terapije: ovrednotiti in ravnati v skladu s pacientovimi sposobnostmi, upoštevati in spoštovati meje, omogočiti in spodbuditi	Ravnanje v skladu s sposobnosti pacienta, Upoštevanje mej, Spodbujanje	Koncepti Naloge	Koncepti in metode dela	Strokovno delo

	njegove pozitivne izkušnje. Pomembno tukaj pa je tudi, da skupaj s pacienti določimo cilje terapije, katerim se potem prilagodi in mu sledi sam proces obravnave.	pozitiv.izku šenj, Postavitev ciljev, Prilagoditev obrnave.			
B20	V naši dnevni bolnišnici je tako, da po potrebi, skupaj s pacienti nudimo tudi management socialnih zadev kot so npr. finančna podpora, bivanje, delovna rehabilitacija, mesta v dnevnih centrih itd. Na vseh nteh področjih lahko posredujemo na podlagi predhodnega dogovora med pacientom in socialnim delavcem.	Povezovanj e z drugimi službami	Naloge	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
B21	Zakonske zahteve v dnevni bolnišnici za 12 pacientov so naslednje: • 75% specialistov, • 175% diplomiranega medicinskega osebja, • 50% (20 ur vsak) za socialne delavce, psihologe in ergoterapevte.	Specialisti, med.osebje, soc.delavci, ergoterapev ti	Sestava zaposlenih		Organizacija storitve
B22	Skupaj z dobro izurjenim timom smo po nekaj letih sodelovanja in možnostjo socialnodelovnega in psihološkega svetovanja ter strokovnega osebja iz drugih disciplin, dosegli naše cilje tudi z manj številčnim osebjem.	Dosegli cilje kljub manj osebja	Interdisciplina rno delo		Strokovno delo

B23	Osnovno vodilo, ki ga imamo pri delu je: omogočiti možno (»Mögliches ermöglichen«).	Omogočiti možno	Koncepti	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
B24	Kar pa vse to pomeni konkretno za mene pa je: zajeti vse, tako socialne kot osebne okolščine posameznikov. Ugotoviti in podpreti klienta v tem, kako želi in zmore formirati svoje življenje, da se bo v njem dobro počutil.	Zajeti soc. in oseb. okolščine	Koncepti	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
B26	Od pacientov je zaželeno, da se po najboljših močeh udeležujejo tedenskega plana in tudi, da aktivno sodelujejo v skupinah.	Aktivno sodelovanje po planu	Obveznosti	Pravila storitve	Organizacija storitve
B27	Pomembno je, da so uporabniki točni, da so med seboj in do osebja vljudni, da ne jemljejo drog v času obiskovanja dnevne bolnišnice, razen v posebnih primerih, za katere se mora posamezni pacient dogovoriti z zdravnikom. Nasplošno je pomembno, da pacienti in osebje spoštujejo osnovna načela sobivanja.	Točnost Vljudnost Brez drog Osnovna pravila sobivanja	Obveznosti	Pravila storitve	Organizacija storitve
B28	Pred pričetkom obravnave v dnevni bolnišnici, pacient in zdravnik podpišeta dogovor o terapiji, ki se potem izvaja v dnevni bolnišnici. Postopek terapije se lahko prekine tako s strani strokovnega delavca kot tudi s strani pacienta (po dogovoru).	Dogovor o terapiji, možnost prekinitve iz obeh strani	Način dela	Potek dela, vpliv uporabnika na storitev	Strokovno delo, Uporabniki

B29	Diagnoza je osnovni pogoj za ciljno usmerjeno terapevtsko delo (psihodinamična diagnostika) po ICD 10. Pomembna je za obračun dnevne postavke za zdravstveno zavarovalnico in tudi zaradi smernic medicinskega dela.	Diagnoza je pogoj za terapevtsko delo, Pomembna je za obračun in smernice med.dela	Vpliv diagnoze na delo		Strokovno delo
B30	Vsakodnevno se soočam s samovrednotenjem pacientov in multiprofesionalnega tima. Skoraj vsi pacienti imajo več kot eno diagnozo, npr. v primeru posttravmatske motnje je velikokrat prisotna tudi depresija ipd. V posameznih primerih se o delu dogovorimo osebno s pacientom in timom, ki dela z njim.	Večina večih diagnoz, delo na podlagi pogovora	Dvojne diagnoze		Strokovno delo
B31	Tukaj se mi ne vmešavamo. Pacienti konflikte z drugimi navzočimi rešujejo sami. Posredujemo le v primeru, če se kršijo pravila bolnišnice.	Ni vmešavanja , razen če se kršijo pravila	Koncepti in metode dela		Strokovno delo
B32	Naš način dela ne ustreza tipičnim standardom psihiatričnega zdravljenja. Če pogledamo iz psihoterapevtskega vidika, holističen pogled, kateremu sledimo pri našem delu, stimulira razvojni process pacienta. Ta način tretmaja zahteva individualnost, ki je odmerjena glede na posameznika. Naše delo je torej zelo individualistično usmerjeno.	Ni standar.psih iatr. zdravljenje Holističen pogled Individualnost	Koncepti Naloge	Koncepti in metode dela	Strokovno delo

B33	Če kontinuiteta terapevtsko obravnavane osebe in komunikacija znotraj tima nista možni, je oteženo ohranjanje diferenciranega pristopa dela.	Primer otežene kontinuitete in komunikacije	Težave pri delu		Predlogi za izboljšave
B34	Pomanjkljivosti, ki jih zaznavam, se tičejo predvsem preglednosti skupin pacientov (8-12 oseb).	Pomanjkljivost pri preglednosti i skupin pacientov	Pomanjkljivosti storitve		Predlogi za izboljšave
B35	Nadalje se soočamo tudi s premalim številom terapevtov, ki bi kontinuirano delali s pacienti ter, ki bi skupaj s pacienti sledili njegovim prej dogovorjenim ciljem.	Premalo terapevtov za kontinuirano delo	Pomanjkljivosti storitve		Predlogi za izboljšave
B36	Zakonsko gledano je osebja dovolj, vendar je premalo terapevtov, ki bi kontinuirano delali s pacienti.	Zakonsko je dovolj, praktično ne	Pomanjkljivosti storitve		Predlogi za izboljšave
B37	Z različnimi profili osebja delalo vsakodnevno zjutraj (krajše), ter po posameznih terapijah in skupaj s pacienti enkrat na teden.	Interdisciplinarno delo	Interdisciplinarno delo		Strokovno delo
B38	Dezinstitucionalizacija je cilj obravnave v dnevni bolnišnicah.	Dezinstitucionalizacija je cilj	Delovanje v smeri dezinstitucionalizacije		Dezinstitucionalizacija
B39	V skupnost so intergrirane skozi svoja življenja. V dnevni bolnišnici preživijo le čas, kot ga preživijo drugi, ki hodijo v službo.	Dnevna bolnišnica kot služba, Drugače integrirani v skupnost	Vključevanje v skupnost		Uporabniki
B40	Konkretno v primerih dnevnih bolnišnic, bi bilo dobro, da bi olajšali prehode	Lažji prehod med stac. in	Predlogi za štajersko vlado		Predlogi za izboljšave

	med stacionarnim zdravljenjem v bolnišnicah in med delno-stacionarnimi enotami (dnevnimi bolnišnicami).	skupn. oskrbo			
B41	Več poudarka bi morali dati na finančno podporo skupnostnih storitev, ki so organizirane direktno v okolju klientov.	Finančna podpora skupn.storitev	Predlogi za štajersko vlado		Predlogi za izboljšave
B42	Dobro bi bilo tudi, da bi ustanovili in podprli več zaposlitvenih projektov za dolgotrajne kliente v firmah, v katerih bi morale koordinacijo voditi strokovno osebje.	Več zaposlitv.pr ojektov s strokovno podporo za dolgotraj.kliente	Predlogi za štajersko vlado		Predlogi za izboljšave
B43	Dnevne bolnišnice bi morale biti na voljo tudi v ruralnih bolnišnicah.	Ruralna območja	Predlogi za štajersko vlado		Predlogi za izboljšave
B44	Koordinatorji in trenerji za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju.	Življenjski/osebni trener, Koordinator primera.	Novi poklici skupnostne oskrbe		Predlogi za izboljšave
B45	Tukaj imam en predlog: obstajati bi morala tudi psihiatrična terapija v neposrednem okolju posameznika, vezana na akutno-subakutno-kronično fazo bolezni pacienta, za kliente, ki živijo samostojno in prejema pomoč na domu.	Psihiatrična terapija v neposrednem okolju posameznika za sub-akutno fazo	Nove službe skupnostne oskrbe		Predlogi za izboljšave

13.3.3. Intervju z zaposleno v socialnopsihiatrični dnevni strukturi

Št. izjave	Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema
C1	Dnevno je na voljo 15 mest za kliente. Večino klientov ne obiskuje struktur 5 dni tedensko, temveč manj.	15 mest, ne vsaki dan	Število mest		Organizacija storitve
C2	Skupno našo strukturo obiskuje 27 klientov.	27 klientov	Število mest		Organizacija storitve
C3	Koliko dni so klienti prisotni je odvisno po eni strani od aktualnih dni na voljo, po drugi strani pa od njihovih potreb in ciljev.	Odvisno od mest, potreb in ciljev	Časovni okvir vključenosti		Pristop k storitvi
C4	Če se nekdo želi ponovno vključiti na trg dela, bi naj ta obiskoval strukture čim več dni na teden.	Za trg dela, več dni	Cilji uporabnikov Časovni okvir vključenosti		Uporabniki
C5	Obstajajo pa tudi taki primeri, ki so Akku obiskovali veliko let, so se dobro stabilizirali in jim znese tudi, da jih sedaj obiskujejo manj pogosto.	Izboljšanje stanja, manjša potreba	Časovni okvir vključenosti uporabnika		Organizacija storitve
C6	Dnevne stukture so po dnevih financirane preko Invalidskega zakona (»Behindertegesetz«), kar pomeni, da dobimo na klienta na dan določeno vsoto denarja. Ko pa ima nekdo od klientov višje	Invalidski zakon, pri višjih dohodkih je doplačilo	Financiranje		Organizacija storitve

	dohodke, pa mora delno sam kriti obiske.				
C7	To je popolnoma različno. Največ klientov sicer dobi priporočilo, da pride k nam, preko bolnišnice ali preko kake druge socialne ustanove.	Preko bolnišnice ali drugih	Informiranost uporabnikov		Pristop k storitvi
C8	Trenutno do 2 let.	2 leti	Čakalne vrste		Pristop k storitvi
C9	Ženske čakajo malo manj, saj poskušamo vedno usprejeti isto število žensk kot moških.	Ženske manj, enakovredno št. obeh spolov	Čakalne vrste		Pristop k storitvi
C10	Pri nas konkretno imajo na voljo se pridružiti vsaki torek v »Kavarni klientov«. Drugače pa v vmesnem času svetujemo, da obiskujejo druge ustanove npr. psihosocialne svetovalne centre, društvo Achterbahn/Pro Move...	Kavarna klientov, druge ustanove	Nadomestna pomoč za čas čakanja		Pristop k storitvi
C11	Jaz sem socialna delavka. Skupno nas je zaposlenih 6, od tega 2 socialni delavki, ena psihologinja, en sociolog z dodatno izobrazbo iz psihosocialnega področja, ergoterapevtka (in likovna ter	2 Soc. delavki, psihologinja, sociolog, ergoterapevtka	Sestava zaposlenih		Organizacija storitve

	gestaltterapevtka) in tajnica.				
C12	Dnevno 7 ur (ur 9.00-16.00). Nekateri pridejo k nam le enkrat tedensko, drugi vseh pet dni v tednu.	7 ur od 1-5 dni	Dnevno, tedensko	Časovni okvir vključenosti uporabnika	Organizacija storitve
C13	Zjutraj imamo najprej na sporedu jutranje gibanje, to pomeni, da gremo skupaj na sprehod ali pa počnemo kako drugo športno aktivnost (gimnastiko, jogo, ples).	Jutranje gibanje	Aktivnosti	Potek dela	Organizacija storitve
C14	Potem se vsedemo skupaj, kjer vsak poroča kako se dane spočuti, kako mu gre in razdelimo si, kdo danes kje dela (na katerem področju) in katero čistilno aktivnost bo prevzel.	Sestanek	Aktivnosti	Potek dela	Organizacija storitve
C15	V dopoldanskem času imamo dve delovni uri v delavnicah.	Delovne ure	Aktivnosti	Potek dela	Organizacija storitve
C16	Nato imamo kosilo, pauzo in čiščenje.	Kosilo, počitek, čiščenje	Aktivnosti	Potek dela	Organizacija storitve
C17	V popoldanskem času imamo vsak dan drugačen program (npr. kognitivni trening, šport, kreativno ustvarjanje, kavarno klientov, aktivno skupino, NADA itd.).	Popoldanski program	Aktivnosti	Potek dela	Organizacija storitve

C18	Dodatno obstajajo še tudi druge celodnevne aktivnosti: terapija v/z naravo, pohodništvo, plavanje, izleti...	Celodnevne aktivnosti	Aktivnosti	Potek dela	Organizacija storitve
C19	Večina jih je v invalidski penziji oz. dobivajo Reha-denar (Rehageld) ali minimalna zagotovljena sredstva. Noben ni prijavljen na zavodu za zaposlovanje.	Invalidska pokojnina, Rehageld, Minimalna sredstva	Finančna sredstva		Uporabniki
C20	Ja, nekateri jih imajo. Večinoma so to starši ali drugi sorodniki, v nekaterih primerih pa skrbništvo izvajajo društva za skrbništva.	Starši, sorodniki, Društva za skrbništva	Skrbniki		Uporabniki
C21	Z uporabniki, ki imajo postavljene skrbnike delamo popolnoma enako kot s tistimi, ki jih nimajo.	Enake metode dela	Koncepti in metode dela		Strokovno delo
C22	To je tudi zelo različno. Veliko klientov živi samih in imajo redke kontakte z drugimi ljudmi, razen skozi Akku.	Različne mreže, živijo sami	Socialna mreža		Uporabniki
C23	Drugi klienti imajo družini ali živijo skupaj s starši ali partnerjem.	S starši, partnerjem	Bivanje		Uporabniki
C24	Načeloma lahko rečemo, da so socialni kontakti znotraj DS za kliente zelo pomembni.	Pomembni soc.kontakti	Socialna mreža		Uporabniki

C25	Deloma sami, nekateri z družinami (partnerji ali starši) ali pa v bivalnih oblikah s podporo.	Sami, z družinami, bivanje s podporo	Bivanje		Uporabnik i
C26	Najpogosteje gre za ponovno pridobivanje psihične stabilnosti, za pomembnost strukturiranega dneva ter tedenskega poteka ter za gradnjo socialnih kontaktov in prijateljstv.	Pridobivanje stabilnosti, strukturiranost dneva, kontakti	Potrebe uporabnikov		Uporabnik i
C27	Vsak zaposleni (iz stroke) ima 5-7 klientov. S temi klienti ima redne razgovore in skuša na redni baze skupaj s klienti postavljati cilje.	5-7 klientov redni razgovori cilji	Potek dela		Organizacija storitve
C28	Težava je le, da je na dnevni bazi težko najti čas za vse kliente.	Ni dovolj časa za vse kliente	Težave pri delu		Predlogi za izboljšave
C29	Živeti čim bolj samostojno in samozavestno življenje, je najpomembnejši cilj vseh naših klientov. Vsakodnevne aktivnosti, ki so potrebne za samostojno življenje (nakupovanje, kuhanje, čiščenje...) klienti vsakodnevne v DS vadijo in se jih učijo. Spodbujamo tudi čimbolj samostojno	Samostojno, samozavestno življenje. Učenje vsakodnevni aktivnosti.	Cilji uporabnikov, Potrebe uporabnikov		Uporabnik i

	delo v posameznih delavnicah v DS.				
C30	Naša deviza je: »eine Krise geht vor«. To pomeni, ko je klient v krizi, je obisk DS na drugem mestu.	Prvo kriza, potem DS	Delo v kriznih situacijah		Strokovno delo
C31	Najpogosteje se s klientom v krizi pogovorimo v individualnem pogovoru. Imamo pa tudi možnost v DS povabiti psihiatrinjo, ki dela v svetovalnem centru blizu nas.	Individualni razgovor Povabilo psihiatrinji	Delo v kriznih situacijah		Strokovno delo
C32	Če pa gre za jasen primer, ko se lahko klient samopoškoduje ali pa poškoduje koga drugega, pa moramo moramo izvesti proces prisilne hospitalizacije.	Prisilna hospitalizacija	Delo v kriznih situacijah		Strokovno delo
C33	Večinoma pa je tako, da oseba po pogovoru in našem nasvetu, sam odide v bolnišnico. Po potrebi pa pospremimo klienta v bolnišnico z reševalnim vozilom.	Prostovoljno gre v bolnico rešilec	Delo v kriznih situacijah		Strokovno delo
C34	Reha-denar (Rehageld), invalidska pokojnina ali pa minimalna zagotovljena sredstva.	Rehageld, Inv.pokojnina Minim.sredstva	Finančna sredstva		Uporabnik i
C35	Obisk DS je vedno prostovoljen.	Prostovoljno	Protokol vključevanja		Pristop k storitvi
C36	V izredno redkih primerih pridejo klienti neprostovoljno, preko	Ukrep sodišča, Forenzični primer,	Protokol vključevanja		Pristop k storitvi

	ukrepa sodišča. Tukaj gre za forenzične primere in morajo obiskovati DS zaradi resocializacijskih ukrepov. Trenutno imamo enega klienta, ki je tako prišel k nam.	Resocializacijski ukrep			
C37	Vsi ostali pridejo prostovoljno in lahko tudi prostovoljno kadarkoli zaključijo.	Prostovoljno zaključijo	Protokol vključevanja		Pristop k storitvi
C38	Imeti morajo diagnozo neke duševne bolezni, nobene večje kognitivne ovire ali odvisnosti. Stari morajo biti med 18 in 65 let.	Diagnoza, kognitivna ovira, 18-65 let	Protokol vključevanja		Pristop k storitvi
C39	Klienti morajo redno in točno prihajati. Pripada jim 6 tednov dopusta in bolniška, v kolikor prinesejo potrdilo od zdravnika.	Rednost, Točnost, Dopust, bolniška	Obveznosti Ukrepi	Pravila storitve	Organizacija storitve
C40	Če nekdo neopravičeno manjka na redni bazi, se vključenost DS zaključi. Če gre za agresivno vedenje ali pa popivanje, se izreče opozorilo. Če se tako vedenje nadaljuje, se pa vključenost DS zaključi.	Prepogosto manjkanje, Agresija, Popivanje, Opozorilo, Prekinitve	Ukrepi	Pravila storitve	Organizacija storitve
C41	Najpogosteje se vključenost v DS zaključi z dogovorom med obema – med	Dogovor o zaključku	Protokol dela		Pravila storitve

	klientom in zaposlenim. Veliko klientov je pri nas več let. Nekateri ostanejo do penzije.				
C42	Mi skušamo vsakega človeka obravnavati in jemati kot človeka in nikoli ne postavljamo v ospredje njegove bolezni. Vsakega človeka in vsak njegov problem jemljemo resno. Zelo pomemben princip je spodbujanje samostojnosti vsakega posameznika.	Vsak človek je človek, Vsak problem jemljemo resno, Spodbujanje samostojnosti.	Koncepti Naloge	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
C43	Diagnoze ne stojijo v ospredju, vendar so pomembne za razumevanje vedenja posameznikov. Včasih pri delu popolnoma pozabimo na diagnoze. Pri skupnem kuhanju, šivanju, izdelovanju iz lesa, čiščenju... diagnoze preprosto niso relevantne.	Diagnoza ni v ospredju, Razumevanje vedenja. Pri aktivnostih niso pomembne.	Vpliv diagnoze na delo		Strokovno delo
C44	Veliko naših klientov ima dvojno diagnozo, vendar jaz ne verjamem, da jih zaradi tega kakorkoli drugače obravnavamo.	Veliko dvojnih diagnoz, Ni razlik	Dvojne diagnoze		Strokovno delo
C45	Večino konfliktov med klienti se rešijo med vključenimi na podlagi pogovora. Eventuelno	Samostojno reševanje,	Koncepti in metode dela		Strokovno delo

	prisostvuje tudi kdo izmed zaposlenih.	Posreduje kdo od zaposlenih.			
C46	Dokumentacija je zelo obsežna. Delo ve biti včasih zelo naporno.	Obsežna dokumentacija, Naporno delo.	Težave pri delu		Predlogi za izboljšave
C47	Pomembno pa je tudi razmejevanje dela in osebnega življenja (Abgrenzung).	Razmejevanje	Težave pri delu		Predlogi za
C48	Dobro bi bilo, če bi bilo na voljo več DS, saj bi se s tem skrajšale čakalne dobe.	Več DS, Krajše čakalne dobe	Predlogi s strani zaposlenih		Predlogi za izboljšave
C49	Zagotovo bi bilo bolje, če bi bilo na voljo več zaposlenih.	Več zaposlenih	Predlogi s strani zaposlenih		Predlogi za izboljšave
C50	Načeloma sodelujemo (s pristankom klientov) vedno znova z različnimi skupnostnimi storitvami. Posebno enostavno je delo znotraj različnih storitev GSFGja, vendar sodelujemo tudi s Wohnplattfom-om, Karitasom in drugimi.	Sodelovanje z drugimi, Znotraj GSFG in z drugimi.	Interdisciplinarno delo		Strokovno delo
C51	Sodelovanje s klasično psihiatrijo je različno. Pogosto imamo kontakt s socialnimi delavci iz bolnišnice, ki so tudi pristojni, da zagotovijo kvalitetno oskrbo klientom tudi zunaj bolnišnice. Imamo pa tudi kontakt z zdravniki in psihoterapevti. Naša	Soc. delavci iz bolnice, Zdravniki in psihoterapevti.	Interdisciplinarno delo		Strokovno delo

	psihiatrinja je pogosto v kontaktu tudi s psihiatri iz bolnišnic.				
C52	Mi imamo zelo ravne strukture in preprosto zelo prijateljski odnos med sabo.	Prijateljski odnosi	Razbremenitev zaposlenih		Organizacija storitve
C53	Vsak teden imamo dva timska sestanka, v sklopu katerih se lahko izpovemo.	Razbremenjevanje na timih	Razbremenitev zaposlenih		Organizacija storitve
C54	Poleg tega imamo pa tudi timsko in individualno supervizijo.	Timska in individ. supervizija	Razbremenitev zaposlenih		Organizacija storitve
C55	Jaz menim, da je bilo v tej smeri narejenega že veliko. Jaz vidim to, da ljudje s težavami v duševnem zdravju živijo v skupnosti in ne v velikih institucijah, kot zelo pomembno.	Veliko narejenega, Pomembno.	Delovanje v smeri dezinstitutionalizacije		Dezinstitutionalizacija
C56	Na Štajerskem obstaja en večji negovalni center Kainbach, v katerem živijo ljudje s kognitivnimi in psihičnimi ovirami. Sama sem obiskala ta center in sem bila vglavnem pozitivno presenečena: znotraj območja centra, obstajajo podporne stanovanjske skupnosti in kmetije.	Kainbach. Pozitivno presenečenje.	Institutionalizacija		Dezinstitutionalizacija
C57	Jaz menim, da je pomembno za vsakega posameznika poiskati	Primerna oblika bivanja za vsakega	Pogled na dezinstitutionalizacijo		Dezinstitutionalizacija

	primerno obliko bivanja. Pomembno je, da se ljudje tam dobro počutijo.				
C58	<i>Primer:</i> Pri nas smo imeli enega klienta, starejšega gospoda, ki je že v zgodnjih letih zbolel za kronično shizofrenijo. V svojem življenju je veliko časa preživel v bolnišnicah in se tam dobro počutil. Celo njegovo življenje je bil na različne načine vključen v pomoči in podpore. Sedaj živi znotraj podporne stanovanjske skupnosti. Zaradi tega, ker se je ponovno pojavila kriza, je več tednov preživel v bolnišnici. On je en redkih ljudi, ki jih poznam, ki bi najraje živel v bolnišnici. On uživa, če ne rabi sam popolnoma nič početi in če se popolnoma odpove odgovornosti zase. Njegova osebna želja je bila, da bi se preselil v Kainbach. Iz tega razloga sva skupaj obiskala to ustanovo. Tam mu ni bilo všeč, ker je način življenja v				

	Kainbachu tak, da spodbuja čimveč samostojnosti klientov. Tudi tam bi moral samostojno kuhati in čistiti.				
C59	Večina naših klientov si želi samostojnega življenja. Ta klient, pa je primerek hospitalizacije. On ima zaradi svoje življenjske zgodbe potrebo po neki obliki polne oskrbe.	Želja po samostojnosti.	Cilji uporabnikov		Uporabnik i
C60	V to temo pa nimam vpogleda.	Ni vpogleda.	Delovanje v smeri dezinstucionalizacij e		Dezinstitu cionalizac ija
C61	Jaz mislim da. Menim, da je ponudba skupnostne oskrbe v Grazu in v drugih večjih mestih že zelo dobra, na deželi pa se še nujno mora vzpostaviti.	Dobro v Grazu, slabo v ruralnih območjih.	Predlogi s strani zaposlenih		Predlogi za izboljšave
C62	Ker to v Avstriji ni tako velika tema.	Ni velika tema.	Razlogi o pasivnosti teme dezinstitu.		Dezinstitu cionalizac ija
C63	Z vključenostjo uporabnikov v DS, pride pri posameznikih do redkejših sprejemov v bolnišnice.	Več v DS, manj v bolnici.	Delovanje v smeri dezinstitucionalizacij e		Dezinstitu cionalizac ija
C64	Kliente kar se da podpremo pri samostojnemu življenju v skupnosti.	Podpora pri samostojnosti	Delovanje v smeri dezinstitucionalizacij e		Dezinstitu cionalizac ija
C65	O tem da bi, ne vem nič.	Ne vem.	Delovanje v smeri dezinstitucionalizacij e		Dezinstitu cionalizac ija

C66	To se mi zdi dobro.	Dobro.	Delovanje v smeri dezinstitutionalizacij		Dezinstitu cionalizac ija
C67	O tem je težko govoriti, saj je individualno različno. Naš program izvaja določene projekte tudi neodvisno od DS. Obiskujemo kulturne dogodke, gremo v kino ali na bazen... Na Hasnerplatzu smo zelo vidni, saj imamo svojo kavarno, kjer so zaposleni klienti GSFGja in lahko s tem zaslužijo kak dodaten denar.	Različno. Projekti neodvisni od DS. Svoja kavarna.	Delovanje v smeri dezinstitutionalizacij		Dezinstitu cionalizac ija
C68	Jaz menim, da skozi s stike z ostalimi in skozi dajanje občutka, da niso sami. Vse to lahko pripomore, da se občutki stigmatizacije zmanjšajo.	Občutek, da niso sami. Manj stigme.	Delovanje v smeri dezinstitutionalizacij		Dezinstitu cionalizac ija
C69	Ti uporabniki potrebujejo možnost aktivnega udeleževanja v delovni sferi. Dobro bi bilo, če bi imeli na voljo več zaščitениh možnosti za delo. Dobro bi bilo že, če bi se lahko zaposlili vsaj nekaj ur tedensko. Da bi si lahko k minimalnim sredstvom zaslužili vsaj nekaj malega.	Aktivno udeleževanje v delovni sferi. Več možnosti. Dodaten zaslužek.	Predlogi za štajersko vlado		Predlogi za izboljšave

C70	V ruralnih območjih Štajerske je velika potreba po storitvah skupnostne oskrbe.	Več storitev v ruralnih območjih.	Predlogi za štajersko vlado		Predlogi za izboljšave
C71	Neomejene delovne možnosti, tudi za manj ur tedensko.	Možnosti dela.	Predlogi za štajersko vlado		Predlogi za izboljšave

13.3.4. Intervju z zaposlenim v psihosocialnem svetovalnem centru

Št. izjave	Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema
D1	Mi smo na voljo osebam, ki imajo težave v duševnem zdravju. Ali so sami bolni, ali imajo zgolj vprašanja, na voljo smo tako uporabnikom kot tudi sorodnikom in drugim. Preprosto, kdo ima psihične težave ali pa vprašanja o tem, lahko pride k nam.	Uporabniki z izkušnjo duševne bolezni, Vprašanja, Sorodniki.	Uporabniki storitve		Organizacija storitve
D2	Tako je. Brez termina lahko teoretično tudi pridejo, vendar navadno so primeri brez termina vezani na krizne situacije. Ja, ljudje, ki se znajdejo v izjemnih situacijah, lahko pridejo brez dogovorjenega termina.	Brez termina možno.	Način dela	Potek dela	Organizacija storitve
D3	V pisarni imamo določene čase, v katerem je uporabnikom vedno na voljo en izmed zaposlenih.	Cel čas na voljo.	Časovni potek	Potek dela	Organizacija storitve
D4	Ampak načeloma je bolje, da se z uporabnikom prej dogovorimo za termin.	Bolje s terminom.	Način dela	Potek dela	Organizacija storitve
D5	Centri v Grazu imamo med seboj razdeljeno regionalno pristojnost,	Regionalna pristojnost, 3 centri.	Izvajalci		Organizacija storitve

	glede katere se predhodno dogovorimo. V Grazu so navoljo 3je centri, ki podobno delujejo, med katere so razdeljena vsa graška območja.				
D6	Nato imamo »razjasnjevalni« pogovor, kjer se dogovorimo: »Smo mi prava svetovalnica glede na naslov uporabnika ipd.«	Razjasnjevalni pogovor.	Protokol vključevanja		Organizacija storitve
D7	Kdor pride prvič k nam, ima ponavadi minimalno eno uro časa za ta pogovor.	Min. 1 ura	Protokol vključevanja		Organizacija storitve
D8	Klienti v tem času navadno pridejo na plan z njihovimi zadevami, mi skušamo razumeti v čem je težava, o njej razmisliti. V tem času se trudimo razmisliti ne samo kaj bi lahko mi storili, temveč nasploh kaj se da storiti v sklopu celotnega skupnostnega sistema storitev. Torej, mi imamo tudi pojasnjevalno funkcijo. Mi pogledamo kaj vse lahko mi storimo pa tudi kaj lahko storijo	Pogovor o težavi, Razmislek, Možnosti v sistemu, Pojasnjevalna funkcija.	Potek dela Naloge	Koncepti in metode dela	Strokovno delo, Organizacija dela

	druge ustanove. Kaj vse je na voljo v sistemu oskrbe.				
D9	Mi sodelujemo z drugimi storitvami, ki delujejo na področju skupnostne oskrbe. Mi klientom tudi svetujemo in priporočamo druge možnosti, ki so na voljo.	Sodelovanje, Svetovanje o možnostih.	Naloge	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
D10	Obstajajo družinske svetovalnice, svetovalnice, ki ponujajo umetnostno terapijo, svetovalnice, ki delajo le s študenti, svetovanje o problematiki drog...	Druž.svetovalnice, Študent.svetovalnice, Svetov.o drogah.	Potek dela		Organizacija storitve
D11	Pretežno delamo v pisarni, obstaja pa tudi možnost, da opravimo obiske na domu. Torej, kadar nekdo pokliče in reče, da nikakor ne more iz hiše zaradi duševnih razlogov ali tudi zaradi telesne ovire, takrat ponudimo obisk na domu.	Pretežno v pisarni, Obiski na domu.	Način dela	Potek dela	Organizacija storitve
D12	Ampak, če govorimo o približnih številkah, je 95% klientov, ki pridejo v organizacijo.	95% v pisarni	Način dela	Potek dela	Organizacija storitve
D13	Vedno je namen, da ljudi pripeljemo sem. Npr. kadar ima nekdo motnjo povezano s strahom in si ne upa iz	Namen je priti sem. Pomoč pri premagovanju strahu.	Način dela	Koncepti in metode dela Potek dela	Strokovno delo

	hiše, v tem primeru je seved cilj osebo motivirati, da si razširi svoje življenjsko okolje in mogoče mu uspe, da pride sem na pogovor. To je že velik uspeh.				
D14	Kako pridejo ljudje do nas... Veliko jih pride preko bolnišnic, so napoteni preko zdravnikov, od psihiatrov ali splošnih zdravnikov... Največ jih napotijo, kot že rečeno, bolnišnice, kjer se ljudje stacionarno zdravijo.	Preko bolnišnic, zdravnikov.	Informiranost uporabnikov		Pristop k storitvi
D15	Ideja je, da se ljudje po zaključenem stacionarnem zdravljenju, dalje poslužuje nabora skupnostnih storitev.	Po stacion. zdravljenju skupnostne storitve.	Naloge	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
D16	Obstaja seveda skupina klientov, ki o nas dobi informacije preko interneta, preko ustnega obveščanja, preko ljudi, ki imajo z nami že izkušnje ipd.	Internet, Ustno obveščanje.	Informiranost uporabnikov		Pristop k storitvi
D17	Vsi klienti pridejo prostovoljno. Vsak se sam odloči, da pride.	Prostovoljno.	Protokol vključevanja		Pristop k storitvi
D18	Večina ljudi, ki pride k nam, vedno sami za sebe v kolikšni meri so ogroženi. Če pa npr. govori o samomoru ali	Vedo kako so ogroženi. Če so ogroženi,	Delo v kriznih situacijah		Strokovno delo

	zaradi kakega drugega psihičnega razloga ali stanja ne more sam zaščititi ali pa lahko poškoduje koga drugega, moramo izpeljati prisilno hospitalizacijo.	prisilna hospitalizacija.			
D19	Ampak to je splošni zakon, to ni stvar samo naše organizacije.	Splošni zakon	Delo v kriznih situacijah		Strokovno delo
D20	Ampak če pride do take situacije, gre to pri nas vedno preko policije in policijskega zdravnika.	Policija, policijski zdravnik.	Delo v kriznih situacijah		Strokovno delo
D21	Ampak, če pride do take situacije, vedno poskušamo najprej motivirati osebo, da gre sama v bolnišnico, kamor jo lahko po potrebi tudi pospremimo.	Prvo motivacija za prostovoljni odhod, spremstvo.	Delo v kriznih situacijah		Strokovno delo
D22	V najslabšem primeru pa potem pokličemo policijo. Ampak to se zgodi zelo redko, mogoče 1x-2x letno.	1-2x letno prisilna hospitalizacija	Delo v kriznih situacijah		Strokovno delo
D23	Svetovalnica ni velika – v teamu nas je 8, 4je od tega so zaposleni za polni delovni čas. 3 socialni delavci, 1 od tega ima dvojno funkcijo, je socialni delavec in psihoterapevt. Potem imamo psihologinjo, hišno zdravnico,	8 zaposlenih, 4 polni, 3 soc.delavci, 1 dvojna funkcija psihologinja, pravnica.	Sestava zaposlenih		Organizacija storitve

	psihoterapevta in pravnico, ki pride le 1x tedensko za par ur.				
D24	Ena enota je sestavljena iz 50 minut pogovora s klientom in 10 minut je namenjenih vodenju dokumentacije, torej 60 minut skupaj.	50 pogovor in 10 dokumentacija	Časovni potek	Potek dela	Organizacija storitve
D25	Seveda lahko kliente pustimo notri dalj časa pa tudi manj. Če je npr nekdo, ki je zelo nemiren, ki lahko kontakt vzdžuje le določen čas, ga seveda ne silimo, da ostane notri eno uro. V tem primeru se skušamo dovoriti za krajše ampak pogostejše termine.	Možno več ali manj.	Potek dela		Organizacija storitve
D26	Skupen čas, ki ga klienti preživijo pri nas variira. Obstajajo klienti, ki hodijo k na tudi 20 let, drugi pridejo le na kratke intervencije, 5x do 10x le tako da rešijo kako aktualno temo, težavo ali situacijo.	Različna dolžina vključenosti.	Časovni okvir vključenosti		Organizacija storitve
D27	Glavna skupina klientov pa so absolutno klienti, ki imajo dolgotrajne težave v duševnem zdravju in potrebujejo	Glavna skupina so dolgotrajni klienti	Uporabniki storitve		Organizacija storitve

	dolgotrajno kontinuirano podpora.				
D28	Popolnoma različno. Mi smo multiprofesionalni team, ponudba je zelo raznolika. En del ponudbe je psihoterapevtske, drugi del je socialnodelovna pomoč in spremstvo, tudi psihološka.	Psihoterapevt., SD, psihološka	Ponudba		Organizacija storitve
D29	Vglavnem gre zato, da pogledamo kaj oseba rabi, da lahko samostojno živi. Sem sodijo ukrepi za zagotavljanje eksistence, opazujemo tudi zdravstveno stanje posameznika, ko mu gre slabo, ga motiviramo, da gre k zdravniku ipd. Tudi tukaj imamo eno zdravnico. Potem imamo tudi socialne delavce, psihologe, psihoterapevta in pravnico. Preprosto kaj oseba potrebuje, po eni strani, da lahko normalno potekajo življenjskopraktični procesi pa tudi kaj lahko storimo, da se izboljša njegovo psihično stanje.	Zagotavljanje eksistence, Skrb za zdravstveno stanje, Pomoč in podpora pri življenjskopra ktičnih procesih in psihičnem počutju.	Potrebe uporabnikov		Uporabniki
D30	In zaradi tega, pogostost obiskov	Različno pogosto, od 3x	Časovni potek	Potek dela	Organizacija storitve

	klientov variira. Nekateri klienti pridejo enkrat tedensko le na klasično psihoterapijo, drugi pridejo 1x tedensko na psihoterapijo ter 1x tedensko k socialni delavki ali zdravnici... Obiski različnih poklicev potekajo od 3x tedensko pa do 1x mesečno npr.	tedensko do 1x mesečno.			
D31	Mi skušamo klientom nudimo storitve iz različnih poklicev. Mi pogledamo na to, da klientom zagotovimo ponudbo, ki spodbuja, motivira, olajšuje posameznikove situacije. <i>(D31)</i>	Vse kar motivira, spodbuja, olajšuje posameznikov e situacije..	Koncepti	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
D32	Glavnina pomoči, ki jo nudimo, jo opravljamo vsi na podoben način, če pa pride do poklicnospecifičnih vprašanj ali konkretno storitev vezano na poklic, vstopijo posamezni poklici. <i>(D32)</i>	Storitve različih poklicev. Glavnina podobna, Poklicna specifika.	Naloge	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
D33	Npr. če pride nekdo, ki potrebuje pomoč pri izpolnjevanju formularjev za invalidsko pokojnino ali minimalna	Soc. delavci bolj za formularje, pridobitev sredstev.	Naloge	Koncepti in metode dela	Strokovno delo

	sredstva, ga preusmerimo k socialnim delvcem ali pravnici.				
D34	Če pride primer, ki potrebuje traumateraijo ali kako drugo obliko psihoterapevtskih storitev, na potimo k psihoterapevtu.	Psihoterapevti za reševanje traum.	Naloge	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
D35	Za veliko ljudi je pomembno, da vedo, da obstaja nekdo, na koga se lahko obrnejo, ko se slabše počutijo ali ko imajo kako vprašanje. Da lahko pridejo k nam in jim mi ponudimo različne oblike pomoči.	Občutek, da jim nekdo lahko pomaga, Da se na nekoga lahko obrnejo.	Potrebe uporabnikov		Uporabniki
D36	Ali v povezavi z družinami ali pa sami. Največja skupina klientov živi samih. Nato obstajajo tudi tisti, ki živijo v partnerski skupnosti.	S starši, partnerjem ali sami.	Bivanje		Uporabniki
D37	Nimamo pa nikogar, ki bi živel v velikih ustanovah.	Nikogar v ustanovah.	Bivanje		Uporabniki
D38	Obstajajo sicer tisti, ki živijo v stanovanjih ali stanovanjskih skupnostih s podporo, ampak to ni prav pogosto.	Podporne skupnosti.	Bivanje		Uporabniki
D39	To pa zaradi tega, ker bivanja s podporo ni dosti v Gazu.	Ni dosti v Gazu.	Bivanje		Uporabniki

	Obstajajo 3-4 enote bivanja s podporo in podporne stanov. skupnosti. Večinoma pa so klienti, ki obiskujejo našo organizacijo integrirani v skupnost.				
D40	Največ izrečenih potreb se veže na psihoterapijo.	Potreba po psihoterapiji.	Potreba uporabnikov		Uporabniki
D41	Jaz bi rekel, da osebe, ki hodijo k nam imajo dogotrajne kompleksne težave v duševnem zdravju in tudi potrebujejo dologtrajno kontinuirano podporo, razbremenitev.	Potreba po kontinuirani obravnavi, razbremenitvi.	Potreba uporabnikov		Uporabniki
D42	Največkrat gre za življenjski trening, praktično podporo, vodenje. Veliko ljudi preprosto potrebuje podporno spremstvo in upoštevanje psihoterapevtskih aspektov. Nekoga ki podpira, spremlja, motivira in na splošno spodbuja.	Življenjski/osebni trening, Praktična podpora, vodenje, spremstvo.	Naloge	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
D43	Seveda se vedno znova pojavljajo teme o določenih situacijah, vendar večinom agree za življenjski/osebni trening, kako sprejemati nove	Reševanje določenih situacij. Pomoč pri sprejemanju odločitev.	Naloge	Koncepti in metode dela	Strokovno delo

	odločitve v vsakdanjem življenju, kriznih situacijah in tudi terapevtsko delo.				
D44	Nobenih pogojev. K nam lahko pride vsak, mi smo za vse dostopni. Oseba se ne sooča pri nas z nobenimi kriteriji. Popolnoma vseeno je ali je oseba brez strehe nad glavo, brez zavarovanja, če želi ostati anonimna...	Nobenih pogojev.	Protokol vključevanja		Pristop k storitvi
D45	Mi želimo biti nizkopražni, da je dostop lažji.	Nizkopražnost .	Protokol vključevanja		Pristop k storitvi
D46	Teoretični kriterij je kraj kjer oseba biva. Ampak, ko gre za krizne situacije, ta kriterij ne šteje.	Regionalna razdeljenost. V krizi ne velja.	Obveznosti	Pravila storitve	Organizacija storitve
D47	In pri nadaljevalnih storitvah, mi nudimo za osebe, ki socialno slabše stojijo, npr. psihoterapijo. To je za tiste, ki si je na prostem trgu ne morejo privoščiti. Mi obračunavamo storitev psihoterapije preko socialnega zavarovanja-zavarovalnice, ampak za kliente same to ne pomeni nobenih dodatnih stroškov.	Brezplačna psihoterapija za osebe, ki si je ne morejo privoščiti. Socialno zavarovanje.	Ponudba		Organizacija storitve

D48	K vsem našim storitvam tako klienti pristopajo prostovoljno, brezplačno in po želji, anonimno.	Prostovoljno, brezplačno, po želji anonimno.	Način dela	Potek dela	Organizacija storitve
D49	Glede pravil... v naši ustanovi veljajo popolnoma normalna hišna pravila, ki niso težka za upoštevati. Npr. ni zaželeno, da pridejo osebe opite, saj je tako otežena komunikacija. V tem primeru osebi rečemo naj malo počaka, da se umiri. Če to ne »klapa«, se dogovorimo za kak drug termin.	Hišna pravila.	Obveznosti	Pravila storitve	Organizacija storitve
D50	Odnosi med klienti in zaposlenimi se lahko vedno prostovoljno zaključijo.	Prostovoljni zaključek.	Protokol vključevanja		Pristop k storitvi
D51	Zaposleni lahko seveda tudi zaključijo odnos, če ne pridejo na skupni tir, vendar v večini primerov gre tako, da klienta preusmerimo h kakemu drugemu zaposlenemu.	Lahko zaključijo zaposleni. V praksi se preusmeri.	Vpliv zaposlenih na storitev		Organizacija storitve
D52	V večini primerov kjer se odnos dokončno prekine, gre večinoma za primer agresije in nasilja do zaposlenega.	Agresija, nasilje do zaposlenega.	Ukrepi	Pravila storitve	Organizacija storitve

D53	Mi moramo postaviti diagnoze zaradi dokumentacijskega sistema in včasih so pomembne tudi pri obračunavanju. Ampak absolutno ne stojijo v ospredju pri našem delu.	Dokumentacijski sistem, obračunavanje . Ne v ospredju.	Vpliv diagnoze na delo		Strokovno delo
D54	K nam pridejo ljudje, ki jim je hišni zdravnik postavil npr. diagnozo depresije. Ta diagnoza je lahka za pripisati, saj jo je ljudem lahko pripisati. Ker so simptomi lahki za opisati: »ne morem se spočiti, cel čas sem utrujen, seboj nosim težo...« Ampak to ne pomeni, da je to taprava diagnoza. In zaradi tega se mi trudimo vzeti čas, v katerem o primeru debatiramo tudi v teamu. To ne pomeni, da mi vedno postavimo pravo diagnozo, ampak je zagotovo pomembno, da se o tem pogovarjamo znotraj teama, kjer lahko vsak izmed različnih profilov prispeva svoj pogled in da si za to vzamemo dovolj časa.	Ponovno preverjanje diagnoze. Več časa, interdisciplinarno.	Vpliv diagnoze na delo		Strokovno delo

D55	Diagnoza sama je bolj pomembna za zdravnika zaradi medikamentov, kot pa za nas.	Pomembna za zdravnika.	Vpliv diagnoze na delo		Strokovno delo
D56	Ja, delo je popolnoma individualizirano.	Individualizirano delo.	Koncepti	Koncepti in metode dela	Strokovno delo
D57	Pri nas imamo čakalno listo vse do enega leta. Seveda je vprašljivo, da mora nekdo na pomoč čakati eno leto. Po enem letu je težko opisati kaj je bil takrat problem, zaradi katerega je prišel.	1 leto čakalna vrsta. Težko za uporabnika.	Čakalna vrsta		Pristop k storitvi
D58	Statistika pravi, da 50% ljudi, ki je na čakalni listi, potem res pride do nas. Zgodi se, da so si v tem času že sami poiskali drugo obliko pomoči ali pa preprosto izgubijo motivacijo in interes.	50% ljudi pride do storitve.	Čakalna vrsta		Pristop k storitvi
D59	Kar zadeva dokumentacijo, je okej, je ni preveč. Moramo voditi dokumentacijo o poteku dela, evalvaciji ciljev, o sprejetih dogovorih, eksternih ocenah, o lastnih ocenah... Ampak to je ok, menim jaz. Imamo tudi dovolj časa za klijente.	Ni preveč dokumentacije. Potek dela, Evalvacija ciljev, Sprejeti dogovori, Lastne in eksterne ocene...	Birokracija in dokumentacija		Organizacija storitve
D60	Kar je v zadnjih letih postalo ostreje, je	Več birokracije.	Težave pri delu		Predlogi za izboljšave

	birokracija. Sedaj za vsako stvar obstaja formular ali neka oblika normativa. Čeprav tudi gled etega, menim, da ni tako grozno, da še gre skozi.				
D61	V zadnjih letih pa se je tudi poostrilo, je zagotavljanje kakovosti iz obeh strani, s strani klientov in zaposlenih. Klienti dobivajo resnično kvalitetne storitve, po eni strani ker so z naše strani dobro strukturirane, po drugi strani pa tudi ker imamo med samo dobre možnosti izmenjevanja ipd.	Poostritev zagotavljanja kvalitete.	Zadovoljstvo s storitvijo		Predlogi za izboljšave
D62	Mi imamo pogoste timske sestanke, 2 uri 1x na teden, ko se vsi vsedemo skupaj. Najprej se na kratko pogovorimo o organizatornih zadevah, nato je vse povezano s klienti. 20-30% je organizatornega dela in 70-80% je izmenjava mnenj vezana na kliente.	Timski sestanki 1x na teden, Organizatorne zadeve 20-30%, 70-80% orientirano na kliente.	Interdisciplinarno delo.		Strokovno delo
D63	Včasih gre za pogovor med dvema svetovalkama, ki obe	Izmenjava mnenj, pogledov.	Interdisciplinarno delo.		Strokovno delo

	delata na istem primeru. Govori se o tem, kako obe strani vidita primer, kako ga dojemata, kaj ima smisel v nadaljni obravnavi... Nato poskušamo primer strukturirati, v multiprofesionalnem time preprosto predebatirati, pogledati ali obstajajo kake nove ideje, drugačno razumevanje, če smo kaj spregledali... Gre za miks izmenjave informacij in zagotavljanja kvalitete.				
D64	Enkrat na mesec imamo možnost 2-urne intervizije in enkrat na četrto leta imamo ekstra-team, ki traja 3 ure. Na tem sestanku si vzamemo čas, da prediskutiramo o vsebinskih zadevah. Pogledamo kaj potrebujemo za pravo pot, če je naša ponudba zadostna in prava, če potrebujemo kake nove strategije za izboljšanje, olajšanje...	Intervizija, Ekstrateam.	Razbremenitev zaposlenih		Organizacija storitve
D65	8-9x letno imamo 2 uri timske supervizije, kjer k nam pride zunanji supervizor. In vsak zaposleni ima	Timska in individualna supervizija.	Razbremenitev zaposlenih		Organizacija storitve

	tudi majhen budget za individualno supervizijo.				
D66	Moje mnenje o tej temi je zelo ambivalentno. Jaz menim, da ni možno, da bi se vse popolnoma dezinstitutionaliziralo. Pomembno je pogledati na to, da obstaja regionalizacija storitev. Vendar to ne pomeni, da ne potrebujemo intenzivnejših oblik pomoč pri bivanju. Menim, da ni možno, da bi bili vsi ljudje dobro intergrirani v družbo in samostojno živeti. Jaz menim, da imajo ljudje popolnoma različne ovire in da rabimo od vsega nekaj.	Ambivalentno mnenje. Regionalizacija storitev. Potreba po celem spektru storitev.	Pogled na dezinstitutionalizacijo, Predlogi za štajersko vlado		Dezinstitutionalizacija, Predlogi za izboljšave
D67	Pred tremi leti se je zaprl zavod Schwamberg in ljudi so preselili v druge oblike bivanja. Ampak izkušnje skozi čas so pokazale, da je bilo vseeno par ljudi, za katere nove strukture niso bile možne. Te so potem preselili v druge zavode.	Zaprte Schwamberga. Nekatere preselili v druge zavode.	Institutionalno bivanje		Dezinstitutionalizacija

D68	Pomembno za ljudi je, da imajo možnost izbire, da imajo možnost poiskusiti nove oblike bivanja, ampak potrebna pa je cela ponudba.	Možnost poiskusiti druge oblike.	Možnost izbire		Dezinstitutio nalizacija
D69	V idealnem primeru mora biti ponudba individualizirana za vsako osebo posebaj.	Individualizira na ponudba.	Predlogi s strani zaposlenih		Predlogi za izboljšave
D70	Če izhajam iz lastnih potreb, bi se morali svetovalni centri zaježiti. V števičnem planu ÖBIGa obstaja še veliko prostora za nove zaposlene. Zaposliti več osebja bi bilo zelo dobro, saj bi se s tem skrajšale čakalne vrste.	Zaposliti več osebja. Skrajšanje čakalnih vrst.	Predlogi za štajersko vlado		Predlogi za izboljšave
D71	Vedno znova opazamo, da je pomanjkanje zdravnikov specialistov. Ne v splošnem smislu, ampak gre za pomanjkanje zdravnikov, ki si jih lahko ljudje privoščijo.	Pomanjkanje zdravnikov.	Pomanjklivosti sistema		Predlogi za izboljšave
D72	V Grazu je le 6 zdravnikov iz Kasse in nekateri od njih imajo čakalno vrsto tudi 7 mesecev. Pomembno bi bilo razširiti področje teh zdravnikov, saj bi na	Razširiti in olajšati dostop do zdravnikov.	Predlogi s strani zaposlenih		Predlogi za izboljšave

	tak način bil dostop lažji.				
D73	V Grazu je tako, da obstaja od vsega nekaj, ampak vseeno je na določenih področjih premalo. V Grazu je ponudba raznolika (storitve za otroke in mladostnike, ženske, mlade ženske, družine, droge, študente...), v drugih regijah pa obstajajo le svetovalni centri kot taki. Za tisto osebje to pomeni veliko več stresa, obremenitev...	Graz-raznolika ponudba. Bad Radkersburg-le svetovalni center.	Predlogi za štajersko vlado		Predlogi za izboljšave
D74	Res je pomembno, da se ponudba regionalizira in pogleda, kaj ljudje rabijo v drugih regijah. Pomembno je, da se ponudba regionalnih skupnostnih storitev poveča.	Regionalizacija ponudbe. Povečanje ponudbe v drugih regijah.	Predlogi za štajersko vlado		Predlogi za izboljšave
D75	Menim, da se zelo trudimo, pomagati ljudem pri njihovih individualnih potrebah. Skupnostno področje ni nikakor tisto, ki bi reklo: »To je naša ponudba in če nekdo ne paše v našo šablono, mu ne moremo ponuditi nič drugega.« Mi se zelo močno trudimo	Skupnostne storitve ne delajo po šablonah. Vsakega sprejmejo.	Način dela	Potek dela	Organizacija storitve

	upoštevati vsak individuum posebaj.				
--	--	--	--	--	--

13.3.5. Intervju s splošnim uporabnikom skupnostnih storitev

Št. izjave	Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema
E1	Moja težava je... jaz imam težave z odvisnostmi. Pred 8imi ali 9imi leti sem prenehal z vbrizgavanjem, potem sem bil na metadonu, sedaj dobivam Buprenorphine.. 8mg polžem, 4x na dan pa snifam 4 mg. Študiral sem grafični design in takrat sem začel jemati kokain. Potem sem hitro pristal na heroinu. Nato morfij in tako naprej. Ampak z vbrizgavanjem sem prenehal. Resnično sem vesel, saj vbrizgavanje je strašno...	Odvisnosti	Življenjska zgodba		Uporabniki
E2	Imel sem psihozo v letu 2003 potem, ko sem 8 mesecev vsakodnevno konzumiral kokain. Izgubil sem občutek za realnost. Nikoli nisem slišal glasov ali haluciniral, ampak nisem imel več občutka za realnost.	Psihoza	Življenjska zgodba		Uporabniki

	Počutil sem se zelo slabo.				
E3	Že večkrat sem bil na LSFu. Od tam imam tudi eno zgodbo, o kateri bi ti rad povedal... velikokrat so me označili in zadržali kot shizofrenika in psihotika, ampak nikoli se nisem mogel poistovetiti s temi diagnozami, saj nikoli nisem slišal glasov ali kaj podobnega. Vedno sem se boril proti tem diagnozam, vedno sem jim govoril: »Jaz nimam tega, jaz nimam tega...« Tri leta sem se boril... Pri IKA-i so me potem ponovno testirali in dejali, da res nimam tistih diagnoz. Jaz sem borderline – ne shizofrenik in psihotik. Imam osebnostne motnje. In depresije. Depresija je moja osnovna bolezen.	Večkratne hospitalizacije	Krizne situacije		Uporabniki
E4	Tudi režem se, ko imam težave, ko sem preveč napet. Ali ko sem žalosten. Še vedno. Ampak sedaj si želim, ko se vse	Rezanje	Življenjska zgodba		Uporabniki

	zaceli, da bi se dal tetovirati čez rane.				
E5	Kako naj se izrazim... Bile so take in take hospitalizacije. Če se na LSFu preveč upiraš, te bodo odpeljali dol in te privezali na posteljo. Tudi to sem že izkusil.	Dobre in slabe hospitalizacije , privezovanje	Stacionarno zdravljenje in rehabilitacija		Dezinstitucion alizacija
E6	Ampak na splošno, ne morem reči nič preveč negativnega. Če sem iskren, opravljajo svoje delo. Všeč mi je, da me tam prepoznajo kot umetnika.	Dobro opravljajo svoje delo	Stacionarno zdravljenje in rehabilitacija		Dezinstitucion alizacija
E7	Vsakič, traja med 2 in 3 tedne. Dokaj kratko.	2-3 tedne	Stacionarno zdravljenje in rehabilitacija		Dezinstitucion alizacija
E8	Depresije so prisotne že od prej. Rezanje je prišlo skupaj z drogami.	Depresija	Življenjska zgodba		Uporabniki
E9	O tem sem že razmišljal. Želel sem se vključiti, ja, ampak sedaj sem se spet odločil drugače. Ne želim, da kdo od tujih ljudi hodi k meni domov, v moje stanovanje.	Mobilna pomoč-ne, zaradi privatnosti	Druge storitve		Uporabniki
E10	Imam par ljudi s katerimi lahko popijem kavo, ki me pospremito ven, ki mi pomagajo premagati	Par ljudi za kavo, premagovanje straha pred družbo	Socialna mreža		Uporabniki

	strah in paranojo glede družbe, ko to potrebujem... Lahko pa grem ven tudi sam in ne potrebujem nobene pomoči.				
E11	Moja dnevna struktura je npr. IKA (Interdisziplinäre Kontankt- und Anlaufstelle). Vedno lahko grem tja, to je kot ena »Anlaufstelle«. Lako greš tja, bereš časopis, dobiš zdravila, IKA je zelo nizkoprazna.	IKA	Ponudba		Organizacija storitve
E12	Sedaj hodim tja že pol leta in se tam res zelo dobro počutim.	Pol leta	Skupno	Časovni okvir vključenosti	Organizacija storitve
E13	Jaz sem se sam odločil, da grem v IKA-o. In sem glede tega zelo vesel.	Zelo vesel	Zadovoljstvo s storitvijo		Organizacija storitve
E14	Prvo sem bil pri Dr. Kreinbergerju, nato pri Dr. Spandlu, ampak to ni funkcioniralo. To sta bila normalna zdravnika z dodatno izobrazbo za nadomestno terapijo. Pri Spandlu je bila zaposlena asistentka s katero nisva imela dobrega odnosa, dr. Kreinberger pa je bil zelo stari zdravnik in	Težave z zdravniki	Menjava storitve		Pristop k storitvi

	zaradi tega ni funkcioniralo.				
E15	IKA-o sem našel skozi predloge drugih. Imel sem enega prijatelja, ki me je vsak dan obiskoval. On mi je predlagal, da grem na IKA-o. On pozna tam dosti ljudi, rekel je, da so tam tudi dobri zdravniki in vedno nekdo na voljo, s komer lahko govoriš. IKA je res zelo kul.	Predlog prijatelja	Informiranost uporabnikov		Pristop k storitvi
E16	Tam je tako, da dela na kupu veliko različnih profilov in so zelo interdisciplinarno naravnani. To je res zelo super.	Interdisciplinarnost naravnost	Interdisciplinarno delo		Strokovno delo
E17	Z IKA-o lahko seveda kadarkoli prekinem.	Prostovoljno prekine	Protokol vključevanja		Pristop k storitvi
E18	Ne, trenutno nikjer ne delam, niti nisem prijavljen kot brezposeln. Enkrat sem bil na enem izmed zavodov za zaposlovanje, tam so mi rekli, da sem preveč izobražen za delo v gradnji, drugega pa mi niso našli.	Ni zaposlen, ni prijavljen na zavodu	Status		Uporabniki
E19	Jaz vstanem med 6. In 7. uro zjutraj, zajtrka nimam, ker ga ne	Vstajanje, Lekarna,	Potek dneva		Uporabniki

	rabim. Ob 8.15 grem v lekarno, takrat, ko prva gužva mine, ko več ni toliko ljudi. Tam prevzamem moje medikamente. To so substituti in antidepresivi. Zdravila prevzamem v lekarni vsak dan. Navadno naredim tako, da ko se počutim slabše, vzamem malo več zdravil in obratno. Nato grem nazaj domov in vzamem substitut terapijo, ki si jo razdelim skozi celi dan. To pri meni dobro funkcionira. Jaz se vidim kot freelance umetnika, torej vedno znova delam na nekih projektih. Slabo je, da imam mali atelje, ampak gre skozi.	Lastno doziranje, Ustvarjanje.			
E20	Načeloma pokličem zelo hitro na pomoč moja starša.	Starša	Krizne situacije		Uporabniki
E21	Imam relativno malo prijateljev v Grazu, če sem iskren. To je pa seveda zaradi drog. Mi smo nekako postavljeni na rob družbe.	Malo prijateljev	Socialna mreža		Uporabniki
E22	Ne morem reči, da se počutim	Ne počuti se stigmatizirano	Občutek stigme		Uporabniki

	marginalizirano ali pa stigmatizirano, sem pa že doživel, da so ljudje klicali đanki ali pa kaj podobnega. Nekateri ljudje še mi vedno pravijo đanki, čeprav si več ne vbrizgavam. »Đankiju ne moreš zaupati, đankiji kradejo...«. Ampak če imaš dober karakter, te te stvari ne vznemirijo preveč.				
E23	Bil sem že dvakrat v zaporu zaradi kraj, ampak ni bilo tako slabo. Medtem ko sem bil tam, si nisem vbrizgaval in takoj potem, ko sem prišel ven, sem šel na terapijo za eno leto. Tako sem prvič zdržal dve leti brez heroina.	Zapor, Odvajanje	Življenjska zgodba		Uporabniki
E24	Moj zaupnik je moj oče. Nato pride IKA. Tam imam Maxa, ki je socialni delavec in tudi šef organizacije. On je tudi moj aprva oseba, na katero se obrnem. Druga je Nina, psihologinja. Tam pa imam tudi zdravnika.	Oče, Soc.delavec (IKA), psihologinja (IKA)	Pomagajoče osebe		Uporabniki
E25	Potem, ko midva končava z intervjujem, grem tja. Tam berem časopis in	Prosti čas včasih preživlja tam,	Ponudba		Organizacija storitve

	danesh potrebuje tudi zdravila. Tja grem vsak dan. In vedno, ko se počutim nesigurnega lahko rečem: »Hej, jaz imam en problem.«	zdravila, pomoč.			
E26	Obstajajo pa tudi neka določena pravila, kot npr: zunaj lahko čakajo le 3 osebe, tja ne smeš priti s psom, druga pravila pa so popolnoma normalna družbena pravila (brez drog, ipd.). Jaz dojemam ta pravila kot nekaj normalnega.	Brez psa, družbena pravila, normalno.	Obveznosti	Pravila storitve	Organizacija storitve
E27	S vsemi tam imam dober odnos. Včasih se skregam le z očetom.	Dober odnos.	Odnosi		Organizacija storitve
E28	Najprej je tu substitut terapija, ki mi jo predpiše zdravnik. To pripomore k temu, da ne rabim kupovati heroína in kokaina na ilegalnem trgu.	Substitut terapija, Pomoč in podpora v IKA-i.	Zagotavljanje samostojnosti		Dezinstitucion alizacija
E29	Potem je tu IKA. Ni mi treba hoditi tja, imam pa vedno opcijo, da grem. Vsak mesec imam 3-4 redne termine zaradi birokracije in trajnih receptov ipd.	3-4 termini na mesec	Potek dela		Organizacija storitve
E30	Tam mi nudijo socialnodelovno in psihološko pomoč.	Socialnodelov na in	Ponudba		Organizacija storitve

	Tam dobim tudi socialno in umetniško kartico...	psihološka pomoč			
E31	Potem ne dobim nobenega recepta.	Ni recepta	Pravila storitve		Organizacija storitve
E32	IKA sama glede tega ni problematična. Magistrat pa je zelo strog. Najprej prevzamem recepte na IKA-i, nato pa jim moram odnesti v magistrat.	Strogo na magistratu.	Pravila storitve		Organizacija storitve
E33	Moj oče mi navadno pomaga na koncu meseca, ko gre na »knap«. On mi da 50-100e.	50-100e od očeta	Finančna sredstva		Uporabniki
E34	Pomoči pri bivanju ne potrebujem in je niti nočem.	Brez pomoči pri bivanju	Bivanje		Uporabniki
E35	Jaz dobim kar veliko denarja. Nenavadno dosti. Dobim minimalna sredstva in denar za nego.	Dosti denarja. Minimalna sredstva in denar za nego.	Finančna sredstva		Uporabniki
E36	Moj oče pride 2x na mesec na obisk, odnese perilo za oprati, on je, lahko rečemo, moj negovalec. On pride k meni, da mi pomaga.	2x mesec oče, negovalec, pomočnik.	Pomagajoče osebe		Uporabniki
E37	Nizkopražnost. Vedno imaš možnost iti tja in takoj dobiti pomoč, če je nuja. Takoj dobiš krizno intervencijo in	Nizkopražnost	Zadovoljstvo s storitvijo		Organizacija storitve

	zdravila, če so potrebna.				
E38	Včeraj sem imel psihološki razgovor brez termina, imel pa sem tudi že pogovor s socialnim delavcem brez termina. Torej, kaj več naj povem.	Brez termina	Način dela	Potek dela	Organizacija storitve
E39	Zame ni pri IKA-i nobene kritične točke, ki bi jo želel izboljšati. Zame je IKA najboljše kar se da dobiti v Grazu.	brez pomanjkljivosti (zelo zadovoljen)	Zadovoljstvo s storitvijo		Organizacija storitve
E40	Dobro. Zelo dobro. Tam so vsi ljudje zelo pozitivni, to je popolnoma nekaj drugega kot Billin kot na glavnem trgu.	Dobri, pozitivni	Odnosi		Organizacija storitve
E41	Ja, vsekakor. ZB. tajnica je ženska stara med 40 in 50 let, s katero se lahko kadarkoli vsedem in pogovarjam o vsakdanjih stvareh. To je že en izmed znakov sprejetosti. Da se človek počuti sprejetega.	Počuti se sprejetega	Zadovoljstvo s storitvijo		Predlogi za izboljšave
E42	Socialni delavci skušajo narediti vse, da lahko mi živimo karseda samostojno življenje. ZB. ko me moji starši ovirajo, se mi pomagajo znebiti finančnega skrbništva	SD naredijo vse za zagotavljanje samostojnosti. Trenutno pomoč pri prekinitvi	Metode in koncepti dela		Strokovno delo

	iz njihove strani. Socialni delavci mi pomagajo, da se ponovno znebim odvisnosti od staršev.	fin.skrbnništva, pri fin. osamosvajanju			
E43	Enkrat sem izrazil željo, da mi z nami (z mano in mojimi starši) delali mediativno in to so spoštovali ter uresničili. Sedaj smo se že dvakrat srečali s socialnim delavcem, psihologinjo in mojimi starši.	Želja po mediativnem delu. Izpolnjena.	Upoštevanje želja		Strokovno delo
E44	V Obersteiermarku obstaja le 1 zdravnik v radiju 20-30km, ki je pristojen za odvisnike. Na podeželju je infrastruktura zelo slabša. Graz je najboljši na Štajerskem, mogoče celo v celi Avstriji. Na deželi dobiš veliko preveč tablet in nobene psihosocialne podpore. Na deželi je torej veliko stvari za izboljšati.	Le en zdravnik v 20-30km radiju za odvisnike. Slaba infrastruktura na deželi. Preveč medikamentov.	Pomanjkljivosti storitev		Predlogi za izboljšave
E45	V Grazu samem pa ne bi spremenil veliko stvari. Za ljudi, ki potrebujejo pomoč, obstaja veliko različnih storitev.	Graz ima dobro oskrbo	Zadovoljstvo s ponudbo		Organizacija storitve

E46	Jaz si želim, da bi se enkrat počutil dovolj močnega, da bi se znebil vseh stvari. Vsekakor si želim zreducirati tablete, ampak me gled etega skrbi, da bi se slabše počutil.	Želi občutek moči, da da stran zdravila in droge.	Želje		Uporabniki
-----	---	---	-------	--	------------

13.3.6. Intervju z uporabnikom dnevnih struktur

Št. izjave	Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema
F1	Bil sem v dnevni bolnišnici na LSFu in tam so mi povedali, da obstaja. Bilo je v redu za mene in tako sem prišel sem. Prej sem bil eno leto v dnevni bolnišnici.	Prej v dnevni bolnišnici	Druge storitve		Uporabniki
F2	Ja, ni bilo slabo.	V redu	Zadovoljstvo z drugo storitvijo		Organizacija storitve
F3	Pred dnevno bolnišnico sem moj čas preživel na različne načine. Večino je bilo povezano z mojo boleznijo.	Prej bolezen v ospredju	Življenjska zgodba		Uporabniki
F4	Svetovalec na zavodu za zaposlovanje mi je enkrat rekel: "Vi ste halb-Aussteiger (pol-izstopnik)". Pol-izstopnik je nekdo, ki ne spada v sistem. To je bilo v 70-tih, 80-tih. Potem sem bil vedno znova bolan. Vedno je bilo sem in tja... Takrat sem bil zelo pogosto v bolnišnici...	Prej pogosto v bolnišnici	Krizne situacije		Uporabniki
F5	Da. Nazadnje sem bil v LSF leta 2015. Preden sem začel z dnevnimi strukturami,	Nazadnje pred 2 letoma, prej več kot zdaj.	Krizne situacije		Uporabniki

	sem bil dosti pogosteje v bolnišnici, kot sedaj.				
F6	Od leta 2005.	12 let	Časovni okvir vključenosti v storitev	Skupno	Organizacija storitve
F7	Sam v občinskem stanovanju.	Sam	Bivanje		Uporabniki
F8	Da, vključen sem v mobilno socialnopsihiatrično pomoč. Imam svetovalko, ki pride k meni enkrat tedensko. Skupaj počneva različne stvari. Včasih se odpeljeva kam ven, greva na sprehod v naravo, včasih greva na kaki urad. Nazadnje me je pospremila npr. na hišni zbor. Kaj počneva, je odvisno od mojih želja in potreb.	Mobilna pomoč	Druge storitve		Uporabniki
F9	Da, jaz lahko sam razpolagam s svojim denarjem. Že dolgo sem v invalidski penziji. Od leta 1983.	Sam razpolaga z denarjem	Finančna sredstva		Uporabniki
F10	Nič posebnega. Včasih grem na sprehod, kam na kavo ali berem časopis. Konec tedna pa lenarim. V petek se obrijem in operem perilo, malo počistim.	Sprehod, kava, lenarjenje, hišna opravila	Potek dneva		Uporabniki

F11	Takrat pride mobilna socialpsihiatrična svetovalka k meni.	Mobilna 1x tedensko	Pomagajoče osebe		Uporabniki
F12	Akku Tagestruktur obiskujem 4 dni na teden, od ponedeljka do četrta. V petek, ko sem prost, pa ponavadi pride mobilna svetovalka. Od pol 9. do pol 4. Torej 7 ur vsega skupaj.	DS 4x MP 1x, 7 ur	Časovni okvir vključenosti	Dnevno, tedensko	Organizacija storitve
F13	Da, vseč mi je.	Všeč	Zadovoljstvo s storitvijo		Organizacija storitve
F14	Delamo v kuhinji, na računalniku, izdelujemo kaj iz lesa ali keramike. Tako je – zjutraj se vedno srečamo na sestanku, kjer se odločimo, na katerem področju bo kdo delal.	Računalnik, keramika, les. Sestanek Sam se odloči kaj.	Ponudba Potek dela Vpliv uporabnika na storitev	Aktivnosti	Organizacija storitve
F15	Kosilo imamo skupaj. Večinoma so dva ali trije klienti, ter ena oseba, ki je tam zaposlena in skupaj kuhamo. Kaj kuhamo kateri dan, se odločimo skupaj en teden prej. Imamo sestanek, kjer sestavimo jedilnik.	Skupno kosilo. Skupno kuhanje. Sestanek.	Potek dela	Aktivnosti	Organizacija storitve
F16	Enkrat na teden, večinoma ob ponedeljkih, se odpeljemo v Hofer, kjer opravimo nakup	Nakupovanje 1x na teden. Malenkosti večkrat.	Potek dela	Aktivnosti	Organizacija storitve

	za celi teden. Če potrebujemo še kakšne dodatne stvari čez teden, lahko gremo v Spar in Billo, ki sta v bližini Akku.				
F17	Vsak, ki želi jesti zraven, plača na dan 2,20€. Jaz jem vedno. Večinoma vsi jejo vedno. Ampak so tudi tisti, ki ne želijo jesti.	2,20e prispevka.	Financiranje		Organizacija storitve
F18	Ne, to pokriva štajerska vlada (Land Steiermark).	Štajerska vlada	Financiranje		Organizacija storitve
F19	To delamo zjutraj, ko smo skupaj. Vsak se vpiše v različne aktivnosti, npr. na področju lesarstva, kermanike, šivanja... In potem si dodelimo stvari, ki jih moramo opraviti. Kuhati, prati posodo, čistiti wc,...	Zjutraj dogovor o tem kaj kdo počne.	Potek dela		Organizacija storitve
F20	Potem moram vzeti dopust. Dopust vzameš navadno, ko resnično moreš nekaj početi, imaš kaki plan. Jaz sem tukaj 4 dni na teden in ne morem kar tako reči, da me ne bo. Razen, če moraš k zdravniku ali pa kaj podobnega. Tako je, da če ne podpišem svoje prisotnosti, mi gre dopust. Razen, če	Neopravičeno manjkanje je dopust. Moram redno prihajati. Potrdilo od zdravnika.	Pravila storitve	Ukrepi	Organizacija storitve

	prinesem potrdilo od zdravnika.				
F21	Če pride do tega, da nekdo preveč manjka, potem ga zaposleni pokličejo na pogovor, kjer se pogoovorijo zakaj je temu tako in podobno. Jaz bi rekel, da ni sankcij kot takih.	Pogovor o manjkanju.	Pravila storitve	Ukrepi	Organizacija storitve
F22	Ja, večinoma.	Všeč	Zadovoljstvo s storitvijo		Organizacija storitve
F23	Da nekaj počnemo skupaj z drugimi ljudmi. Nasplošno gledam na dnevne strukture kot na nekaj pozitivnega.	Družba, Pozitivno.	Zadovoljstvo s storitvijo		Organizacija storitve
F24	Ja, večinoma. Ampak velikokrat je to odvisno od moje volje. Če sem depresiven, potem je malo težje. Takrat tudi jaz nisem zanimiv za druge kliente. Ampak drugače pa se dobro razumemo.	Odvisno od moje volje. Načeloma dobro.	Odnosi		Organizacija storitve
F25	Jaz nisem tako konflikten. Če pa že pride do prepira, pa navadno posredujejo zaposleni.	Posredujejo zaposleni.	Pravila storitve		Organizacija storitve
F26	Tu gre za posebno situacijo. Prijatelji ali sodelavci.... Bolj sotrpini (smeh). Ker	Sotrpini	Socialna mreža		Uporabniki

	vsi ljudje tukaj skupaj trpimo.				
F27	Včasih grem tudi s kom od klientov v prostem času skupaj na kavo.	Prijatelji v prostem času	Socialna mreža		Uporabniki
F28	Zunaj struktur imam 2 ali 3 prijatelje.	2-3 prijatelje	Socialna mreža		Uporabniki
F29	Ja. Na primer, ko sem si želel nekaj izdelati iz lesa zase, za moj dom, so mi dovolili. Jaz menim, da, ko kdorkoli od nas ima kako željo, ki je uresničljiva, se vsi trudijo, da bi nam jih izpolnili.	Izdelek iz lesa za dom	Upoštevanje želja		Strokovno delo
F30	Ja. Vsak od nas ima tukaj svojega svetovalca, na koga se lahko najprej obrne.	Vsak svojega svetovalca	Pomagajoče osebe		uporabniki

Organizacija storitve

- **Izvajalci**

- GSFG, Pro mente, Wohnplattform Steiermark: A1
- Druge firme: A2
- Privatne firme: A3
- 40-50e/h: A7
- 3 svetovalni centri: D5

- **Uporabniki storitev**

- Uporabniki z izkušnjo duševne bolezni, sorodniki in vsi, ki imajo vprašanja o tem: D1
- Uporabniki z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju: D27

- **Število mest**

- 24 mest: B1
- 15 na dan: C1
- 27 mest: C2
- 6-10 mest: B5

- **Financiranje**
 - Občinsko financiranje A4, A5, F18
 - Invalidski zakon: C6
 - 2,20e na dan za kosilo: F17
- **Ponudba**
 - Psihoterapevtska: D28
 - Socialnodelovna: D28, E25, E30
 - Psihološka: D28, E25, E30
 - IKA (Interdisziplinäre Kontakt Anlaufstelle): E11
 - Preživljanje prostega časa v prostorih organizacije: E25
 - Zdravila: E25
 - Računalniška, lesarska, šiviljska, keramična delavnica: F14
- **Sestava zaposlenih**
 - 3 teami (8-9 oseb na team) = 26 zaposlenih: A18
 - 8 zaposlenih: D23
 - socialni delavci: A19, B21, C11, D23
 - psihologi: A19, C11, D23
 - pedagogi: A19
 - sociolog: C11
 - zdravstveno osebje: A19
 - Psihiatrinja: B3
 - Psihoterapevtka: B3
 - 30 ur psihiater: B6
 - 68 ur medicinsko osebje: B6, B21
 - 38 ur ergoterapevt: B6, B21, C11
 - pravniki: D23
 - dvojne funkcije: D23

- **Potek dela**

Način dela

- Interdisciplinarno: A20
- Težki primeri dela: A39
- Prilagajanje: A95
- Brez termina: D2, E38
- S terminom: D4
- Večina v pisarni: D11, D12
- Obiski na domu: A48, D11
- Namen je priti v svetovalnico: D13
- Anonimnost (po želji): D48
- Skupnostne storitve ne delajo po šablonah: D75

- Ugotavljanje potreb, povečanje ali zmanjšanje obsega ur: A74
- Dogovor o delu: B28

Časovni potek

- Polovični delovni čas=5 klientov: A21
- 2-3 klienti dnevno: A22
- 1-3 ure na klienta: A23
- 3X tedensko do 1x mesečno: D30
- Cel čas nekdo na voljo: D3
- 25 ur na teden: A80
- 50 min pogovor in 10 min dokumentacija: D24

Aktivnosti

- Večino dela s klienti, počitek in dokumentacija: A81
- Jutranje gibanje: C13, F14
- Sestanek za razdelitev obveznosti: C14, F14, F19
- Delovne ure: C15, F14
- Kosilo, počitek, čiščenje: C16, F15
- Popoldanski program: C17, F14
- Celodnevne aktivnosti: C18
- Nakupovanje: F16

• Pravila storitve

Ukrepi

- Ukrepi: A35
- Opozorilo zaradi popivanja ipd.: C40
- Prekinitev zaradi agresije, popivanja, drugih razlogov: C40, D52
- Ukrepi pri odpovedovanju: A70, A71, A75
- Vedno pogovor: A73, F21
- Pijan klient, prekinitev srečanja, nov termin: A94
- Dopust, bolniška ob manjkanju: C39, F20

Kršitve

- Odpovedovanje: A69, A70
- Pogosto manjkanje: C40

Obveznosti

- Prepovedano dvojno financiranje: A37
- Zaščita osebe: A64
- Moralne obveznosti: A68
- Aktivno sodelovanje po planu: B26
- Rednost, točnost: B27, C39
- Osnovna hišna pravila: B27, D49, E26
- Regionalna razdeljenost (v krizi ne velja): D46

- **Vpliv zaposlenih na storitev**
 - Pravica zaposlenih do prekinitve dela: A63, D51
- **Časovni okvir vključenosti uporabnika**
 - Različne dolžine vključenosti: A77, D26
 - Odvisno od potreb in ciljev: C3, C4, C5

Skupno

- 5 let: A78
- 3-8 tednov: B9
- pol leta: E12
- 12 let: F6

Dnevno, tedensko

- 7 ur: B7, C12, F12
- 1-5 dni tedensko: C12
- 4 dni tedensko: F12
- drugo: B7, B9

- **Birokracija in dokumentacija**
 - Formular 1x mesečno: A6
 - Denar za kavo, kilometrino, parkirnine, vozovnice: A82
 - Čas v službi, neposredni čas s klienti, kvota: A83
 - Prošnja za podaljšanje: B9
 - Ni preveč dokumentacije: D59
 - Potek dela, evalvacija ciljev, sprejeti dogovori, ocene...: D59
- **Razbremenitev zaposlenih**
 - Postavitev meja: A95
 - Pomembnost psihohigijene: A109
 - Lastne aktivnosti: A110
 - Vprašali na razgovoru: A111
 - Timska supervizija: C54, D65
 - Individualna supervizija: C54, D65
 - Intervizija: D64
 - Izobraževanje: A112
 - Razbremenjevanje na timih: A113, C53
 - Prijateljski odnos med zaposlenimi: C52
- **Odnosi**
 - Dobri: E27, E40
 - Odvisni od počutja: F24

Pristop k storitvi

- **Protokol vključevanja**

- 2 srečanja pred odobritvijo: A8
- Dogovor o terminu na domu (2 zaposlena): A10
- Ocena primernosti storitve: A11
- Prošnja za financiranje (2-3 mesece): A12
- Diagnoza: A65, C38
- Starostna omejitev: A65, C38
- Druge oblike za mladostnike in starejše: A66
- Druge svetovalni centri za študente, družine, odvisnike: D10
- Prostovoljno sodelovanje: A67, A79, B2, C35, C37, D17, D48, E17
- Neprostovoljno sodelovanje, resocializacijski ukrep sodišča: C36
- Razjasnjevalni pogovor: D6
- 1. Pogovor min. 1 ura: D7
- Nizkopražnost: D45
- Nobenih pogojev: D44
- **Pri**
- **Čakalne vrste**
 - 1 leto: A13, D57
 - boljše kot prej: A14
 - 2 leti: C8
 - ženske manj, zaradi enakega števila uporabnikov obeh spolov: C9
 - le 50% uporabnikov na čakalni vrsti dejansko pride k storitvi: D58
- **Nadomestna pomoč za čas čakanja**
 - Možnost svetovanja: A15
 - Možnost vključitve v aktivno skupino: A16
 - Kavarna klientov: C10
 - Druge ustanove: C10
- **Menjava storitve**
 - Težave z zdravniki: E14

Uporabniki

- **Finančna sredstva**
 - Invalidska pokojnina, Reha-denar, Minimalna sredstva: A24, A131, C19, C34
 - 50-100e od očeta: E33
 - Dosti denarja: E35
 - Dodatek za nego: E35
 - Sam razpolaga: F9
- **Cilji uporabnikov**
 - Vrnitev na trg dela: A25, A26, C4
 - Stabilizacija: A25, A55

- Podpora in varovanje pred bolnišnico: A27
- Spremljanje: A47
- Samostojno življenje: C29, C59
- **Skrbniki**
 - Finančni skrbniki: A29, A30
 - Starši, sorodniki, društva: C20
- **Socialna mreža**
 - Različne: A31, B10, C22
 - Sorodniki : A32
 - Storitve je pomembna za socialne kontakte: C24, F27
 - Par ljudi: E10, F27
 - Malo prijateljev: E21
 - Soudeleženci storitve kot sotrpini: F26
- **Bivanje**
 - Samostojno: A36
 - Sami: B12, B22, D36, F7
 - Z družino: B12, B23, D36
 - S partnerjem: B23, D36
 - Bivanje s podporo: B25, D38
 - Ne potrebuje pomoči pri bivanju: E34
- **Potrebe uporabnikov**
 - Pomoč pri zadolženosti: A41
 - Spremljanje na urade: A44
 - Stabilizacija stanja
 - Pridobivanje stabilnosti: C26
 - Po dnevni strukturi: B15, C26
 - Izčrpanost: B15
 - Kontakti: C26
 - Učenje vsakodnevnih aktivnosti za življenje: C29
 - Zagotavljanje eksistence: D29
 - Skrb za zdravstveno stanje: D29
 - Pomoč in podpora pri življenjskopraktičnih procesih in psihičnemu počutju: D29
 - Potreba po možnostih pomoči: D35
 - Potreba po razbremenitvi: D41
- **Vpliv uporabnikov na storitev**
 - Velik vpliv: A62
 - Možnost prekinitve: B28
 - Sam se odloči za aktivnosti: F14
- **Vključevanje v skupnost**
 - Različno: A126

- Dobro intergrirani v skupnost: B39
- **Pomagajoče osebe**
 - Oče: E24
 - 3x na mesec pride oče, ki je moj negovalec: E36
 - Socialni delavec: E24
 - Psihologinja: E24
 - Mobilna pomoč: F11
 - Vsak ima svojega svetovalca, na katerega se obrne: F30
- **Druge storitve**
 - Mobilna ne, zaradi privatnosti: E9
 - Prej v dnevni bolnišnici: F1
 - Vključen v mobilno pomoč: F8
- **Življenjska zgodba**
 - Odvisnosti: E1
 - Psihoza: E2
 - Rezanje: E4
 - Depresija: E8
 - Zapor, odvajanje: E23
 - Prej bolezen v ospredju: F3
- **Želje**
 - Občutek moči, da da stran zdravila in droge: E46
- **Občutek stigme**
 - Se ne počuti stigmatiziranega: E22
- **Krizne situacije**
 - Večkratne hospitalizacije: E3, F4
 - Starši kot prva pomagajoča oseba: E20
 - Nazadnje pred 2 letoma v LSF: F5
- **Status**
 - Ni zaposlen, niti prijavljen na zavodu: E18
- **Potek dneva**
 - Vstajanje, lekarna, lastno doziranje zdravil, ustvarjanje: E19
 - Sprehod, na kavo, lenarjenje, hišna opravila: F10
- **Stacionarno zdravljenje in rehabilitacija**
 - Ni prijetno iti v LSF, raje v BHB: A104
 - 3 tedne: A105, E7
 - Minimalizacija medikamentov: A106
 - Aktivnosti: A107
 - Rehabilitacija v Bad Aussee – aktivacija resursov uporabnika: A108
 - Dobre in slabe hospitalizacije, privezovanje: E5
 - LSF dobro opravlja svoje delo: E6

Dezinstitucionalizacija

- **Delovanje v smeri dezinstitucionalizacije**
 - Dobro za klienta in državo: A28
 - Dosti v smeri dezinstitucionalizacije: A115, C55
 - Razvejan skupnostni sistem kot varovalo: A116
 - Dobra finančna podpora, pomoči, razvit sistem. A117
 - Namen MSPPja je samostojnost: A118
 - Konstantno zaposlovanje v skupn., vedno več potreb: A122
 - Individualizacija potreb, brez prisile, samostojnost: A124, C64
 - Profesionalna drža in varnost podatkov: A127
 - Dezinstitucionalizacija je cilj: B38
 - Večja je vključenost v skupnostne strukture, manj je hospitalizacij: C63
- **Zagotavljanje samostojnega življenja**
 - Zadovoljevanje vseh potreb uporabnika: A58
 - Individualizacija potreb: A59
 - Preprečevanje stacionar. oskrbe: A60
 - Substitut terapija: E28
 - Različne pomoči preko IKA-e: E29
 - Skupnostni projekti neodvisni od storitve (kavarna): C67
- **Institucionalno bivanje**
 - Institucije za tiste, ki ne zmorejo sami: A119
 - Psihična in fizična bolezen: A120
 - Zavod je izjema: A132
 - Pozitivno mnenje o Kainbachu: C56
 - Nekatere stanovalce Schwamberga preselili v druge velike zavode: D67
- **Razlogi o pasivnosti teme dezinstitucionalizacije**
 - Že implementirano v sistem: A123
 - Ni velika tema v Avstriji: C62
- **Možnost izbire**
 - Dobra: A121
 - Možnost poiskusiti vse oblike bivanja: D68
- **Zapiranje zavodov**
 - Ne ve: A125, C65
- **Pogled na dezinstitucionalizacijo:**
 - Potreba po celem spektru storitev: C57, D66
 - Ambivalentno mnenje: D66

Strokovno delo

- **Razširjanje socialne mreže**
 - Vključevanje v aktivnosti: A33
 - Cilj okrepiti mreže: B11

- **Koncepti in metode dela**

Koncepti

- Opolnomočenje: A34, A88, B18
- Individualizacija potreb in dela: A40, A43, B16, B32, D56
- Formuliranje ciljev glede na potrebe: A42, A43, B19
- Aktivacija virov: A61, B18
- Kontinuiteta dela: A87
- Pomoč za samopomoč: B17
- Ravnanje v skladu s sposobnostmi: B19
- Omogočiti možno: B23
- Zajeti socialne in osebne okoliščine: B24
- Vsak človek je človek: C42
- Vsak problem jemljejo resno: C42
- Vse kar spodbuja, motivira, olajšuje posameznikove situacije: D31

Naloge

- Podpora: A34, A35
- Spremostvo: A38, A48, D42
- Povezovanje: A38, A46, A133, B20, D8
- Pojasnjevanje: D8
- Svetovanje: D9
- Informiranje: A38
- Pomoč: A38
- Premagovanje ovir: A38
- Ne ustreza klasični psihiatriji: B32
- Po zaključenem stacionarnem zdravljenju, skupnostna oskrba: D15
- Podpora in pomoč pri samostojnosti in aktivaciji virov: A45
- Vključevanje v aktivnosti, terapije, priprava: A49
- Razbremenitev: A48, A61
- Spodbujanje pozitivne izkušnje: A87, B19
- Prezemanje nadzora nad življenjem: A88
- Spodbujanje in zagotavljanje samostojnosti: A88, C42, E42
- Pomoč pri prekinitvi finančnega skrbništva: E42
- Pomoč pri osamosvajanju: E42
- Pogovor: A48, A89, D8
- Tehnike sproščanja, A89

- Motivacija za odvajanje: A93
- Brez prisile: A93
- Regulacija pitja: A93
- Pomoč pri iskanju primerne bivanja: B13
- Samostojno reševanje konfliktov, po potrebi vključitev zaposlenega: C45, F25, B31
- Storitve različnih poklicev, glavnina pomoči ista: D32
- Pridobivanje sredstev, formularji so delo SD: D33
- Reševanje traum je delo psihoterapevta: D34
- Življenjski/osebni trening: D42
- Pomoč pri sprejemanju odločitev: D43
- Reševanje praktičnih situacij: D43
- **Delo v kriznih situacijah**
 - Individualni krizni pogovor: A51, C31
 - Ocena stanja: A51, A56
 - LSF: A52
 - Spremistvo: A53, D21
 - Telefonska dosegljivost: A54
 - Pogostejši termini, povečanje obseg ur: A54, A57
 - Psihiater: A56, C31
 - Kriza in odpovedovanje: A76
 - Načelo: prvo kriza, potem struktura: C30
 - Prisilna hospitalizacija: C32, D18
 - Prisilna hospitalizacija preko policijskega zdravnika: D20
 - 1-2x letno prisilna hospitalizacija: D22
 - Prostovoljno v bolnišnico: A53, C33, D21
- **Interdisplinarno delo**
 - 1x na teden team: A84, D62
 - Dobra interdisciplinarna kooperacija: A103, B37, C50
 - Dosegli cilje z manj osebja: B22
 - Sodelovanje s soc.delavci in psihiatri iz bolnišnice: C51
 - Izmenjava mnenj, pogledov: D63
 - Različni poklici: E16
- **Vpliv diagnoze na delo**
 - Kot pomoč za razumevanje obnašanja: A90, C43
 - Mala vloga: A92, C43, D53
 - Pogoji za terapevtsko delo: B29
 - Pomembna za obračun: B29, D53
 - Smernica dela: B29
 - Pomembna za zdravnika: D55
- **Dvojne diagnoze**

- Veliko dvojnih diagnoz: A91, B30, C44
- **Upoštevanje želja uporabnikov**
 - Želja po mediativnem delu med starši, uporabnikom in zaposlenimi, izpolnjena: E43
 - Možnost izdelovanja predmetov za doma po želji: F29
- **Spolno in etnično specifično delo**
 - Pomoč ženskam: A50
 - Pomoč ljudem iz bivše Juge: A86
 - pomoč Afričanom: A86

Predlogi za izboljšave

- **Težave pri delu**
 - Razmejevanje privatnega in službenega življenja: A96, C47
 - Pomembnost postavljanja mej: A96
 - Izgorelost: A97
 - Otežena kontinuiteta in komunikacija: B33
 - Obsežna dokumentacija: C46
 - Prej je bilo manj birokracije: D60
- **Predlogi s strani zaposlenih**
 - 2 zaposlena na srečanjih s klienti: A98
 - več alternativnega zdravljenja: A128
 - Možnost vključevanja v vsakdanje aktivnosti nepovezane z duš.bolezni: A129, A130
 - Več zaposlenih, manjše čakalne dobe:
 - C48, C49, D70
 - Individualizirati ponudbo: D69
 - Razširiti in olajšati dostop do zdravnikov: D72
 - Potreba po psihoterapiji: D40
 - Potreba po kontinuirani obravnavi: D41
- **Pomanjkljivosti storitve**
 - Na teamu več ni psihiatrinje, kar je slabo: A84, A85
 - Da si večinoma sam: A101
 - Preglednost skupin: B34
 - Premalo terapevtov za kontinuirano delo: B35
 - Zakonsko dovolj terapevtov, praktično ne: B36
 - Pomanjkanje zdravnikov: D71, E44
- **Zadovoljstvo s storitvijo**
 - Splošno zadovoljstvo klientov: A100
 - Ni pomanjkljivosti: A99
 - Dobri odnosi in podpora, ni pritiskov: A99
 - Zadostno število zaposlenih: A102
 - Poostretev zagotavljanja kvalitete: D61

- Zelo zadovoljen: E13, E39
- Nizkopražnost: E37
- Počuti se sprejetega: E41
- Graz ima dobro infrastrukturo storitev: E45
- Zadovoljen z dnevno bolnišnico: F2
- Zadovoljen z dnevnimi strukturami: F13, F22
- Pozitivno okolje in družba: F23
- **Predlogi za nove službe skupnostne oskrbe**
 - Terapija za sub-akutno fazo v neposrednem okolju uporabnika: B45
- **Predlogi za nove poklice skupnostnih služb**
 - Koordinator primera: B44
 - Življenjski/osebni trener: B44
- **Predlogi za štajersko vlado**
 - Lažji prehod med stacion. in skupnostno oskrbo: B40
 - Več finančne podpore skupnostim storitvam: B41
 - Več zaposlitvenih projektov za dolgotrajne kliente v firmah: B42, C69, C71
 - Možnosti dodatnega zaslužka: C69
 - Več skupnostnih storitev v ruralnih območjih: B43, C70, D66, D73, D74, E44