

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Vesna Zupančič

Nevladne organizacije v podporni mreži za osebe z depresijo
Non-governmental organizations within the support network
for people with depression

Doktorska disertacija

Ljubljana, 2016

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Vesna Zupančič

Mentorica: red. prof. dr. Majda Pahor

Somentorica: red. prof. dr. Tina Kogovšek

Nevladne organizacije v podporni mreži za osebe z depresijo
Non-governmental organizations within the support network
for people with depression

Doktorska disertacija

Ljubljana, 2016

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici red. prof. dr. Majdi Pahor in somentorici red. prof. dr. Tini Kogovšek za vso pomoč in podporo pri pripravi doktorske disertacije. Nadalje gre zahvala tudi ostalima članicama moje doktorske komisije, izr. prof. dr. Vesni Švab in doc. dr. Tanji Kamin, strokovnim sodelavcem v knjižnici in referentki Meti Gnidovec.

Hvala tudi doc. dr. Bojani Filej, Doroteji Kuhar, dr. Anji Mohorko, Eriki Plevnik ter vsem, ki ste sodelovali v raziskavi, ker brez vas te doktorske disertacije ne bi bilo.

Posebno zahvalo dolgujem tudi svoji družini, možu in otrokom Anji, Karmen in Domnu.

V skladu s sklenjeno pogodbo o sofinanciranju doktorskega študija št. 52 pa se zahvaljujem tudi Univerzi v Ljubljani za njihov trud pri pridobivanju sredstev za doktorske študente. Z objavo spodnjega besedila izpolnujem še zadnji del svoje pogodbene obveznosti.

»Doktorski študij je delno sofinancirala Evropska unija, in sicer iz Evropskega socialnega sklada. Sofinanciranje se izvaja v okviru Operativnega programa razvoja človeških virov za obdobje 2007–2013, 1. Razvojne prioritete Spodbujanje podjetništva in prilagodljivosti; prednostne usmeritve 1.3: štipendijske sheme.«

Hvala vsem skupaj in vsakemu posebej,

Vesna Zupančič

POVZETEK DOKTORSKE DISERTACIJE

Nevladne organizacije v podporni mreži za osebe z depresijo

Osrednji predmet doktorske disertacije je proučevanje skrbi za duševno zdravje z vidika idealnega tipa integracije in znotraj tega vloge nevladnih organizacij (NVO) za krepitev moči oseb s težavami v duševnem zdravju v lokalni skupnosti. Depresija je v tem delu bolj sinonim oziroma metafora za hude težave v duševnem zdravju, saj se pojavlja pri večini ljudi z različnimi duševnimi težavami. Temeljni uporabljeni sociološki koncepti so duševno zdravje, skupnost in skupnostna skrb ter krepitev moči. Proučevanje se navezuje na evalvacijo javnih politik na področju skupnostne skrbi za duševno zdravje, z Zakonom o duševnem zdravju (2008) so bile v Sloveniji na področju skrbi za duševno zdravje namreč uvedene novosti. Pri opredelitvi problemskega koncepta in teoretskih premislekov njegovega reševanja v teoretičnem delu doktorske disertacije najprej obravnavamo temeljne pojme kontinuuma duševnega zdravja, družbene in individualne odgovornosti v skrbi za duševno zdravje ter za osebe s težavami v duševnem zdravju – za t. i. integracijo storitev in skupnostno skrb za osebe s težavami v duševnem zdravju. Kot izhodiščni teoretični koncept je vpeljan koncept krepitev moči, ki je povezan z vlogo deležnikov v podporni mreži.

Ugotovitve raziskav o pojavnosti težav v duševnem zdravju v družbi nakazujejo, da gre za osebni in družbeni problem. Osebe s težavami v duševnem zdravju ne vstopajo (dovolj zgodaj) v obravnavo, predčasno izstopijo iz sistema obravnave ter se soočajo s stigmo. Depresija je eden izmed najhujših dejavnikov tveganja za samomor. Raziskave podpornih mrež oseb s težavami v duševnem zdravju glede integracije in razvoja skupnostne skrbi se posvečajo problematiki zagotavljanja kontinuirane zdravstvene obravnave z obravnavo v skupnosti s pomočjo multidisciplinarnih timov, druge presegajo zdravstvene okvire z raziskovanjem pogojev za zagotavljanje kakovosti življenja oseb s težavami v duševnem zdravju v skupnosti. Pri proučevanju učinkovitosti delovanja NVO je pomembno razumevanje vloge NVO v podporni mreži in aktivno vključevanje 'prejemnikov pomoči' v procese odločanja. Prepoznani pogoji in ovire za multidisciplinarni pristop so v geografski pokritosti s programi pomoči, v celovitosti storitev in upoštevanju 'prejemnika pomoči', v standardiziranju izvajanja skrbi, v informacijskem sistemu, strukturi upravljanja, organizacijski kulturi, vodenju in uspešnosti menedžmenta ter finančnem upravljanju. Na podlagi ugotovitev raziskav na področju duševnega zdravja v Sloveniji je moč povzeti, da je poleg ozemeljsko neenakomerne pokritosti s psihiatričnimi službami, neenakomerni razporejenosti zdravstvenih delavcev v mreži in posledično različni dostopnosti prisotno pomanjkljivo sodelovanje med vladnimi in nevladnimi ustanovami. Prepoznano je bilo pomanjkanje znanja o dejanskem sodelovanju NVO z drugimi organizacijami v podporni mreži na področju duševnega zdravja ter o pričakovanih učinkih delovanja NVO z vidika različnih deležnikov.

Cilj raziskave je bil definirati vlogo in kazalnike kakovosti glede na pričakovane učinke delovanja NVO v podporni mreži za osebe s težavami v duševnem zdravju na primeru depresije, identificirati značilnosti, dosežke in ovire v sodelovanju udeleženih v podporni mreži ter osvetliti nove možnosti za razvoj optimalne podpore v smeri krepitev moči oseb s težavami v duševnem zdravju v Sloveniji. Razvit je bil metodološki okvir študije primera dveh slovenskih zdravstvenih regij (56 lokalnih skupnosti). Gre za presečno študijo, ki je potekala fazno, s kombinacijo kvantitativnih in kvalitativnih metod ter z originalnimi instrumenti za zajemanje podatkov z več perspektiv (pravnih določil, mnenj strokovnjakov, uslužbencev občin kot predstavnikov upravnih subjektov, izvajalcev na eni in oseb s težavami

v duševnem zdravju kot uporabnikov storitev na drugi strani), ki so bili razviti tekom raziskave. Uporabljene so bile naslednje metode in tehnike: analiza relevantne literature in sekundarnih virov, analiza formalnih dokumentov in pravnih virov, metoda poglobljenega polstrukturiranega intervjuja, anketiranje in fokusna skupina.

Študija primera je razkrila vrzeli v razvoju podporne mreže za osebe s težavami v duševnem zdravju na primeru depresije. Med posameznimi skupinami deležnikov so prepoznane razlike v videnju vloge NVO in kazalnikov doseganja pričakovanih učinkov njihovega delovanja v podporni mreži za osebe s težavami v duševnem zdravju. Na podlagi zbranih podatkov je bilo možno ugotoviti, da NVO, ki delujejo v podporni mreži za osebe s težavami v duševnem zdravju z vključitvijo v javno podporno mrežo še ne dosegajo polnega izkoristka svojega potenciala. K pričakovanim učinkom populacijskega pristopa delovanja NVO v podporni mreži za duševno zdravje in za osebe s težavami v duševnem zdravju je mogoče uvrstiti učinke, vezane na ljudi kot uporabnike storitev, in učinke, vezane na izvajalce kot skupino, k pričakovanim učinkom individualnega pristopa v okviru NVO pa učinke, vezane na uporabnike storitev in njihove svojce, ter učinke, vezane na posamezne izvajalce storitev. Število izvajalcev in vrste aktivnosti NVO, ki nudijo pomoč osebam s težavami v duševnem zdravju v lokalnih skupnostih, se sicer ne razlikujejo linearno glede na oddaljenost od mestnih središč, vidi pa se, da je oddaljenost pomemben faktor, če je delitev bolj groba na mestne občine in ostale. Kaže se, da se z oddaljenostjo lokalnih skupnosti od mestnih središč povečuje število aktivnosti NVO za povezovanje z različnimi oblikami družbenega delovanja. Izvajanje terenskega dela NVO ni toliko vezano na oddaljenost lokacije delovanja od mestnega središča kot na poslanstvo same organizacije. Upoštevanje specifičnih okoliščin in značilnosti lokalne skupnosti pri načrtovanju aktivnosti NVO v okviru podporne mreže skupnostne skrbi za duševno zdravje in za osebe s težavami v duševnem zdravju vpliva na doseganje pričakovanih učinkov. Protokoli sodelovanja med nevladnimi in vladnimi organizacijami s področja duševnega zdravja so v fazi priprave, pri mreženju gre bolj za sodelovanje motiviranih posameznikov na podlagi prepoznanih potreb uporabnikov storitev. Na eni strani obstoj sodelovanja povezujejo z lastnostmi strokovnih delavcev, njihovim znanjem o sodelovanju ter procesi vzornišva, na drugi strani pa z odzivnostjo uporabnikov storitev, uporabniško vključenostjo in možnostjo izbire, tudi komplementarnega zdravljenja. Kaže se, da je sodelovanje med strokovnimi delavci v nevladnih in vladnih organizacijah v okviru podporne mreže za osebe z težavami v duševnem zdravju na primeru depresije v lokalni skupnosti večje, če je opredeljeno v pisni obliki (program, projekt, pisni dogovor) in podprto (finančno) od občinske uprave. Povečanje mreže ni vplivalo na povečano sodelovanje med izvajalci in organizacijami v njej. Pri obravnavi oseb s težavami v duševnim zdravju je izrazito izpostavljen vpliv lastne aktivnosti tako osebe, da pomoč zahteva, kot izvajalca, ki mu pomoč uredi tudi s povezovanjem z različnimi izvajalci.

Na podlagi ugotovitev je bil oblikovan model podporne mreže za osebe s težavami v duševnem zdravju v lokalni skupnosti za izboljšanje sodelovanja in uvajanje novih oblik dela v pomoč pri razvoju javne politike skupnostne skrbi za duševno zdravje. Definiran je v viziji, zelenih ciljih, potrebnih etičnih principih, temeljnem okviru izvajanja, prioritetnih dejavnostih in rednim nadzorom nad izvajanimi dejavnostmi. Poudarjena je vloga ključne osebe, ki predstavlja vezni člen med osebo s težavami v duševnem zdravju ter podporno mrežo, ko oseba ne zna, ne sme ali ne zmore vstopiti v obravnavo, ali pa želi iz nje predčasno izstopiti. Na podlagi rezultatov je bilo oblikovanih več vsebinskih sklepov: (1) prepoznani pogoji za razvoj sodelovanja med deležniki so: normativna podpora, zagotavljanje celostne obravnave in zdravljenja z različnimi metodami na komplementaren način, kompetence izvajalcev za sodelovanje, doživljanje in korekcija njihovega vedenja glede na specifičnosti razvite

poklicne identitete, terminološko poenotenje temeljnih strokovnih izrazov, medsebojno poznavanje in vzpostavljanje medsebojnih odnosov med izvajalci in organizacijami; (2) NVO v Sloveniji imajo določeno in prepoznano vlogo: so glas potreb uporabnikov storitev in izvajalci aktivnosti, ki v sistemu javne podporne mreže manjkajo. Potrebno bo povečati informiranost deležnikov o vseh razsežnostih vloge NVO v podporni mreži in ob tem izključiti delovanje posameznih stereotipnih stališč, ter urediti sistem njihovega financiranja; (3) učinkovitost storitev NVO deležniki dojemajo skozi realizacijo zastavljenih individualnih ciljev. Pri tem ločujejo subjektivne in objektivne kazalnike učinkovitosti. Primanjkuje pa jim povratnih informacij o učinkovitosti delovanja NVO; (4) najpomembnejši generator usklajenega delovanja vseh vrst akterjev so sinergično delujoči povezani posamezniki s strokovnim znanjem, komunikacijskimi veščinami in osebno motiviranostjo; (5) priložnosti za napredek razvoja integrirane obravnave in skupnostne skrbi za osebe s težavami v duševnem zdravju se kažejo v priznavanju in upoštevanju kvalitativnih razlik med različnimi deležniki, v formiranju nacionalnega instituta za koordinacijo in integracijo z lokalnimi enotami, s podporo v izobraževanju ter s ciljno usmerjenimi interdisciplinarnimi znanstvenimi raziskavami.

Predstavljena raziskava ima glede svojih ugotovitev vse tiste omejitve, ki so značilne za uporabo podatkov, zbranih na podlagi študije primera s kombinacijo kvantitativne in kvalitativne raziskovalne metodologije. Omejitve študije izhajajo iz (1) raziskovalnega načrta, (2) uporabljenih instrumentov ter (3) analize in interpretacije zbranih podatkov. Nadaljnje usmeritve za raziskovanje in prakso o delovanju NVO na področju duševnega zdravja so smiselne v usmerjanju pozornosti v več smeri: v delovanje NVO s področja duševnega zdravja za osebe s težavami v duševnem zdravju, na delovanje izvajalcev in njihovo izobraževanje, na reagiranje uporabnikov storitev in zagotavljanje njihovega dobrega počutja ter na delovanje samega sistema tako nacionalno kot na ravni lokalne skupnosti in njenih upravnih subjektov. Sistem razvoja skupnostne skrbi na ravni lokalne skupnosti še ne deluje dovolj dobro, da bi lahko v celoti podpiral procese deinstitutionalizacije, dehospitalizacije, zgodnji vstop oseb s težavami v duševnem zdravju v obravnavo, kontinuiranost obravnave oseb ob pojavu težav in njihovo rehabilitacijo. Ugotovitve raziskave so zato opozorilo, da se mora obstoječi pristop za razvoj integracije in skupnostne skrbi za osebe s težavami v duševnem zdravju na ravni lokalnih skupnosti v Sloveniji še izboljšati.

Ključne besede: duševno zdravje, NVO, podporna mreža za osebe s težavami v duševnem zdravju, depresija, integrirana obravnavo, skupnostna skrb, etika skrbi, javna politika.

DOCTORAL DISSERTATION SUMMARY

Non-governmental organizations within the support network for people with depression

The doctoral dissertation studies mental health care in terms of the ideal type of integration and the role of non-governmental organizations (NGOs) in empowering people with mental health problems, including depression, in the local community. In this part, the term depression is used as a synonym for severe mental health problems, as it occurs in most people with various mental health problems. The basic sociological concepts employed are mental health, community and community care, and empowerment. The research refers to the evaluation of public policies in the area of community mental health care, as the Mental Health Care Act (2008) introduced new concepts in the mental health care area in Slovenia. In defining the problem concept and theoretical concerns regarding its solution, the doctoral dissertation, in its theoretical part, touches on the basic concepts within the mental health continuum, social and individual responsibility for mental health care and for people with mental health problems—for the ‘integration’ of services and community care for people with mental health problems. As the basic theoretical concept, the concept of empowerment is introduced; it is connected to the role of stakeholders within the support network.

Research findings on the incidence of depression in society indicate that it is a personal and social issue. People with symptoms of mental health problems do not enter into treatment (early enough), withdraw from the treatment system early, and are faced with stigma. Depression is one of the worst risk factors for suicide. Research on support networks for people with mental health problems, including depression, in terms of integration and community care development deal with the issue of ensuring continuous community medical treatment with the help of multidisciplinary teams; while other research goes beyond the health care framework by studying conditions for ensuring the quality of life of people with mental health problems in the community. When studying the effectiveness of NGO activities, it is important to understand the role of NGOs within the support network and active inclusion of ‘assistance recipients’ into the decision-making processes. The identified conditions and obstacles for a multidisciplinary approach are: geographical coverage of assistance programmes, comprehensiveness of services and taking ‘assistance recipients’ into account, standardization of care implementation, information system, management structure, organizational culture, management’s leadership and effectiveness, and financial management. Based on research findings in the area of mental health in Slovenia, it can be summarized that, in addition to uneven territorial coverage with psychiatric services, uneven distribution of health workers within the network, and, consequently, differences in accessibility, there is a lack of cooperation between governmental and non-governmental institutions. There is a lack of knowledge on actual cooperation of NGOs with other organizations within the mental health support network and on expected effects of NGO activities from the viewpoint of various stakeholders.

The aim of the research was defining the role and quality indicators as expected effects of NGO activity within the support network for people with mental health problems, particularly depression; identifying the characteristics, achievements, and obstacles in the cooperation between stakeholders in the support network; and highlighting new possibilities for the development of optimal support with a view to empowering people with mental health problems in Slovenia. A methodological framework of a case study of two Slovenian health regions (56 local communities) was developed. The cross-sectional study was carried out in phases, combining quantitative and qualitative methods and using original instruments for

data collection from several perspectives (legal provisions, opinions of experts, municipality employees as administrative entity representatives, providers within NGOs on the one hand and people with mental health problems as service users on the other hand), which were developed during the research process. The following methods and techniques were used: analysis of relevant literature and secondary sources, analysis of documents and legal sources, in-depth semi-structured interview method, surveying, and focus group.

The case study has identified the gaps in the development of the support network for people with mental health problems and the integration of NGOs, the differences in various stakeholders' view on the role of NGOs, the indicators of achieving expected effects within the support network for people with mental health problems and the mental health care system in the local community. Based on the collected data, it is evident that NGOs operating within the support network for people with mental health problems have not yet reached their full potential by being included in the public support network. The expected effects of the population approach to NGO activities within the support network for people with mental health problems include effects relating to people as service users and effects relating to providers as a group; whereas the effects of an individual approach within NGOs include effects relating to service users and their relatives, and effects relating to individual service providers. The number of providers and type of NGO activities providing assistance to people with mental health problems, including depression, in local communities do not differ linearly according to the distance from town centres; it is, however, evident that distance is an important factor between urban municipalities and other municipalities. It appears that, with increased distance of local communities from town centres, the number of NGO activities for connecting different forms of social activities also increases. Implementation of field work by NGOs is not linked to the distance from town centres as much as to the mission of the organization itself. Taking specific circumstances and characteristics of the local community into account when planning NGO activities within the community mental health care support network for people with mental health problems affects the achievement of expected effects of implemented activities and NGO services. Protocols of cooperation between non-governmental and governmental organizations in the area of mental health are being drafted; networking involves cooperation of motivated individuals based on recognized needs of service users. On the one hand, the existence of cooperation is connected to the characteristics of professionals and their knowledge on cooperation; and on the other hand, to the responsiveness of service users, users' inclusion and choice, and complementary treatment. It appears that the level of cooperation between professionals in non-governmental and governmental organizations within the framework of the support network for people with mental health problems, such as depression, in the local community is higher if it is defined in writing (programme, project, written agreement) and (financially) supported by the municipal administration. At first glance, the network's expansion did not increase cooperation between providers and organizations it consists of. Treatment of people with mental health problems particularly involves the influence of the own will—that of the person requesting assistance and that of the provider arranging assistance via links to various providers.

Based on the findings, a model was developed of a support network for people with mental health problems in the local community for improving cooperation and introducing new forms of work to help develop community mental health care public policy. It is defined in terms of vision, desired goals, needed ethical principles, basic implementation framework, priority activities, and regular supervision of implemented activities. The role of the key person is highlighted, representing a link between the person with mental health problems and the

support network, when the person is not able, allowed, or capable to enter treatment or wishes to withdraw early.

Based on the results, several conclusions were formulated: (1) The identified conditions for developing cooperation between stakeholders are: normative support, ensuring comprehensive treatment with different complementary methods, providers' competences for cooperation, experience and correction of providers' behaviour according to the specificities of the developed professional identity, terminological standardization of basic technical terms, mutual awareness and establishment of relations between providers and organizations; (2) NGOs in Slovenia have a specific and recognized role: they voice the needs of service users and provide services missing in the public support network system. It is necessary to improve the informedness of stakeholders on all dimensions of NGOs' role within the support network, while limiting various stereotyped opinions and improving the funding system; (3) The effectiveness of NGO services is perceived by stakeholders through the realization of set individual objectives. The indicators of effectiveness are either subjective or objective. There is, however, a lack of feedback on the effectiveness of NGOs; (4) The most important generator of harmonized activity by all parties are synergistically acting and connected individuals with expertise, communication skills, and personal motivation; (5) Opportunities for the development of integrated treatment and community care for people with mental health problems are in recognizing and taking into account qualitative differences between various stakeholders, establishing a national institute for coordination and integration with local entities, support in education, and targeted interdisciplinary scientific research.

The research findings have all the limitations characteristic of data collected based on a case study by combining quantitative and qualitative research methodologies. Limitations of the study resulting from (1) research design, (2) the instruments and (3) the analysis and interpretation of the data collected. Further research and practice on NGO activity in the mental health area may be focused on different aspects: activities of NGOs in the area of mental health for people with mental health problems, including depression, activities of providers and their training, reactions of service users and ensuring their wellbeing, the implementation of the system at the national, local community, and local administrative entity levels. The community care development system at the local community level is currently unable to fully support deinstitutionalization, dehospitalization, and demedicalization processes, early entry of people with mental health problems, such as depression, into treatment, continuity of treatment at the onset of problems, and rehabilitation. The research findings are, therefore, a reminder that the existing approach to developing integration and community care for people with mental health problems, including depression, at the local community level in Slovenia needs to be improved.

Keywords: mental health, NGO, support network for people with mental health disorders, depression, integrated care, community care, care ethics, public policy.

SEZNAM KRATIC

ACT – timi za intenzivno obravnavo
AI – anketni vprašalnik izvajalcev
AK – ambulanta s koncesijo
CIHSD – Coordinated/Integrated Health Services Delivery
DN – strokovnjak s področja družboslovja o delovanju NVO na področju duševnega zdravja v Sloveniji
DZ – duševno zdravje
EJISV – Evidenca društev v javnem interesu na področju socialnega varstva
J – javna organizacija
K – koordinator obravnave v skupnosti
LJ – Ljubljana
NJZ – strokovnjak za področje javnega zdravja z nacionalne ravni
NM – Novo mesto
NVO – nevladne organizacije
NS – strokovnjak nacionalne ravni s področja socialnega varstva
NZ – strokovnjak nacionalne ravni s področja zdravstvenega varstva
ORG – organizacija
RJZ – strokovnjak za področje javnega zdravja z regionalne ravni
RHD – Razvid humanitarnih organizacij, splošnih dobrotelčnih organizacij in organizacij za samopomoč
SND – strokovnjak na področju duševnega zdravja
SŠ – skupno število
ZDZ – strokovnjak za delovanje NVO na področju duševnega zdravja
ZDZdr – Zakon o duševnem zdravju
WHO – World Health Organization
Z – zasebna organizacija
ZD – zdravstveni dom
ZK – zasebna organizacija s koncesijo
ZP – zdravstvena postaja

KAZALO

1	UVOD.....	15
2	PROBLEMSKI KONTEKST IN TEORETSKI PREMISLEKI NJEGOVEGA REŠEVANJA S SOCIOLOŠKE PERSPEKTIVE	20
2.1	Duševno zdravje med družbenim in medicinskim	21
2.1.1	Sociološki pogled na duševno zdravje in težave v duševnem zdravju	24
2.1.2	Pojavnost težav v duševnem zdravju in posledice	28
2.1.3	Stigmatizacija na področju duševnega zdravja	32
2.2	Skrb na področju duševnega zdravja in koncept krepite moči.....	35
2.2.1	Družbena in individualna odgovornost na področju duševnega zdravja	37
2.2.2	Formalna in neformalna podpora mreža na področju duševnega zdravja	40
2.2.3	Krepitev moči oseb s težavami v DZ kot namen delovanja podporne mreže	44
2.3	Nevladne organizacije v podporni mreži na področju duševnega zdravja	46
2.3.1	Nevladne organizacije: osnovne značilnosti delovanja	48
2.3.2	Pričakovani učinki delovanja nevladnih organizacij: opredelitev in merjenje.....	53
2.3.3	Vloga in pričakovani učinki nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja	57
2.4	Lokalne skupnosti in procesi integracije za razvoj skupnostne skrbi na področju duševnega zdravja.....	64
2.4.1	Vloga lokalnih skupnosti s perspektive vpliva na duševno zdravje prebivalcev	66
2.4.2	Procesi integracije za razvoj skupnostne skrbi na področju duševnega zdravja	69
2.4.3	Vrednotenje procesov integracije in razvoj dobrih standardov (so)delovanja organizacij v podporni mreži na področju duševnega zdravja.....	75
2.5	Zaključne ugotovitve – kaj in zakaj raziskovati	80
3	ŠTUDIJA PRIMERA DELOVANJA NEVLADNIH ORGANIZACIJ V PODPORNIM MREŽI ZA OSEBE S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU V SLOVENIJI	82
3.1	Namen in cilji raziskave ter predstavitev raziskovalne metodologije	82
3.1.1	Raziskovalna vprašanja in hipoteze doktorske disertacije	82
3.1.2	Utemeljitev raziskovalnih vprašanj in hipotez	84
3.1.3	Opis raziskovalne metodologije.....	86
3.1.4	Utemeljitev raziskovalne metodologije	90
3.1.5	Upoštevanje etičnih načel pri raziskovanju	91
3.1.6	Refleksija osebnega doživljanja ob izvajanju raziskave	92
3.2	Rezultati raziskave	93
3.2.1	Ocena stanja na podlagi pregleda literature, formalnih in pravnih dokumentov	93
3.2.2	Ocena stanja s perspektive strokovnjakov v novomeški in ljubljanski zdravstveni regiji	99
3.2.3	Pregled informacij o značilnostih lokalnih skupnosti in delovanju organizacij v podporni mreži za duševno zdravje.....	122
3.2.4	Ocena stanja s perspektive uslužbencev občin.....	129
3.2.5	Ocena stanja in potreb s perspektive izvajalcev.....	140
3.2.6	Ocena stanja in potreb s perspektive uporabnikov storitev in njihovih svojcev	161

3.3 Primerjava rezultatov o delovanju NVO v podporni mreži za osebe s težavami v duševnem zdravju z začetnimi predpostavkami	179
3.3.1 Značilnosti delovanja NVO na področju duševnega zdravja v lokalnih skupnostih.....	180
3.3.2 Značilnosti sodelovanja med deležniki v podporni mreži na področju duševnega zdravja v lokalni skupnosti.....	86
3.3.3 Vrednotenje pričakovanih učinkov podpore osebam s težavami v duševnem zdravju v lokalni skupnosti.....	192
3.3.4 Povzetek ugotovitve primerjave ocen deležnikov o vključevanju NVO s področja DZ v javno podporno mrežo za pomoč osebam s težavami v duševnem zdravju.....	201
4 RAZPRAVA	203
4.1 Delovanje NVO za osebe s težavami v duševnem zdravju v lokalnih skupnostih.....	203
4.2 Protokoli sodelovanja med nevladnimi in vladnimi organizacijami v okviru podporne mreže za osebe s težavami v duševnem zdravju v lokalni skupnosti.....	208
4.3 Pričakovani učinki izvedenih dejavnosti in storitev NVO v okviru podporne mreže skupnostne skrbi za osebe s težavami v duševnem zdravju v lokalni skupnosti.....	215
4.4 Doseganje pričakovanih učinkov celotne podpore (ne le NVO) osebam s težavami v duševnem zdravju v lokalni skupnosti	221
5 SINTEZA UGOTOVITEV ŠTUDIJE V TEORETIČNI MODEL PODPORNE MREŽE ZA OSEBE S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU V LOKALNI SKUPNOSTI	228
5.1 Predstavitev predlaganega modela.....	231
5.2 Preliminarno preverjanje ustreznosti predlaganega modela	233
5.3 Priložnosti in omejitve študije ter priporočila za nadaljnje znanstveno raziskovalno delo.....	236
6 SKLEP.....	238
7 LITERATURA.....	239
8 STVARNO IN IMENSKO KAZALO	289
PRILOGE	292
Priloga A: Proces kvalitativne analize podatkov s perspektive strokovnjakov	392
Priloga B: Poslanstvo in cilji delovanja NVO s področja duševnega zdravja	304
Priloga C: Anketni vprašalnik za anketiranje uslužbencev občin	306
Priloga Č: Anketni vprašalnik za anketiranje izvajalcev v podporni mreži za duševno zdravje	312
Priloga D: Proces kvalitativne analize podatkov s perspektive uporabnikov storitev in njihovih svojcev	320
Priloga E: Primerjava ocen deležnikov z začetnimi predpostavkami.....	332
Priloga F: Primerjave podatkov za interpretacijo in preverjanje ustreznosti.....	343

KAZALO TABEL

Tabela 2.1: Potencialne ekonomske posledice (področja stroškov) težav v DZ	30
Tabela 2.2: Atlas duševnega zdravja v svetu – nekateri vidiki	38
Tabela 2.3: Formalna mreža izvajalcev programov in storitev za DZ	41
Tabela 2.4: Zastopniki/ varuhi pravic oseb s težavami v DZ v Sloveniji.....	43
Tabela 2.5: Standard kakovosti NVO – faze za kakovostno delovanje	56
Tabela 2.6: Programi NVO za osebe s težavami v DZ	58
Tabela 2.7: NVO s področja DZ v Sloveniji	61
Tabela 2.8: Kriteriji za evalvacijo nekaterih programov NVO s področja DZ	62
Tabela 2.9: Osnovni modeli integracije	71
Tabela 2.10: Deset ključnih načel na poti integracije	72
Tabela 2.11: Glavne karakteristike t.i. klinične taksonomije integrirane oskrbe	73
Tabela 2.12: Indikatorji za prepoznavanje ključnih področij pri načrtovanju in vzpostavitvi pobude CHISD.....	77
Tabela 3.1: Shematski prikaz metodologije proučevanja.....	88
Tabela 3.2: Predstavitev procesa izvedbe raziskave	89
Tabela 3.3: Število najdenih enot v COBIB.SI po ključnih besedah	94
Tabela 3.4: Pregled elementov, področij in kategorij skrbi za osebe z depresijo v lokalni skupnosti	96
Tabela 3.5: Zbir informacij o znanstvenih raziskavah in shematičen pregled ugotovitev	97
Tabela 3.6: Oddaljenost lokalnih skupnosti od mestnega središča	124
Tabela 3.7: Podatki, povezani z značilnostmi lokalne skupnosti	125
Tabela 3.8: Prisotnost izvajalcev pomoči v lokalnih skupnostih	126
Tabela 3.9: Delovanje NVO s področja DZ v posameznih lokalnih skupnostih.....	128
Tabela 3.10: Ocena značilnosti lokalnih skupnosti zdravstvenih regij Novo mesto in Ljubljana.....	131
Tabela 3.11: Posedovanje statističnih podatkov o prebivalcih občine	132
Tabela 3.12: Prioritetna področja delovanja v lokalnih skupnostih zdravstvene regije Novo mesto in Ljubljana.....	133
Tabela 3.13: Ocena sedanjega stanja skrbi za DZ v lokalnih skupnostih zdravstvene regije Novo mesto in Ljubljana.....	134
Tabela 3.14: Ocena prisotnosti terenskega dela in NVO z vidika uslužbencev občin	134
Tabela 3.15: Delovanje NVO s področja DZ v lokalni skupnosti.....	135
Tabela 3.16: Ocena stanja in potreb po programih NVO v lokalnih skupnostih z vidika uslužbencev občine.....	136
Tabela 3.17: Ocena sedanjega stanja značilnosti lokalnih skupnosti z vidika izvajalcev	142
Tabela 3.18: Ocena enakosti položaja med prebivalci lokalnih skupnosti z vidika izvajalcev.....	143
Tabela 3.19: Podatki o posedovanju statističnih podatkov z vidika izvajalcev novomeške in ljubljanske zdravstvene regije	144
Tabela 3.20: Podatki o posedovanju statističnih podatkov z vidika izvajalcev NVO in v drugih organizacijah.....	145
Tabela 3.21: Ocena sedanjega stanja skrbi na področju DZ z vidika izvajalcev.....	146
Tabela 3.22: Ocena prisotnosti terenskega dela z vidika izvajalcev	147
Tabela 3.23: Ocena stanja in potreb po programih NVO v lokalnih skupnostih z vidika izvajalcev, ločenih po regiji	147
Tabela 3.24: Ocena stanja in potreb po programih NVO v lokalnih skupnostih z vidika izvajalcev ločenih po organizaciji delovanja.....	148
Tabela 3.25: Ocena povprečnih vrednosti o delovanju NVO z vidika izvajalcev.....	149
Tabela 3.26: Ocena pozornosti za preventivno delovanje z vidika izvajalcev.....	150

Tabela 3.27: Pomen aktivnosti, ki vplivajo, da se osebe ob pojavu simptomov depresije vključijo v obravnavo z vidika izvajalcev	152
Tabela 3.28: Rangiranje potreb oseb z depresijo na poti okrevanja z vidika izvajalcev	153
Tabela 3.29: Sistem skrbi za osebe z depresijo z vidika izvajalcev	155
Tabela 3.30: Prisotnost organizacij s področja DZ v lokalnih skupnostih glede na oddaljenost od mestnih središč	181
Tabela 3.31: Ocena uslužbencev občine in izvajalcev o delovanju NVO glede na oddaljenost lokalnih skupnosti	182
Tabela 3.32: Ocena uslužbencev občine in izvajalcev o prisotnosti terenskega dela.....	183
Tabela 3.33: Značilnosti lokalnih skupnosti – povprečna ocena uslužbencev občine in izvajalcev	184
Tabela 3.34: Shematična predstavitev mnenj deležnikov o vlogi NVO na področju DZ	192
Tabela 3.35: Predlogi kazalnikov za vrednotenje delovanja NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ z vidika različnih deležnikov	193
Tabela 3.36: Shematska predstavitev vizije razvoja na področju skrbi za DZ prebivalcev lokalne skupnosti z vidika različnih deležnikov	199
Tabela 3.37: Prepoznana glavna tematska področja delovanja NVO na področju duševnega zdravja	200
Tabela 5.1: Taksonomija pogojev integracije NVO v podporno mrežo za osebe s težavami v duševnem zdravju.....	229

KAZALO SLIK

Slika 2.1: Potek in okvir definiranja konteksta s teoretično – vsebinskega vidika	20
Slika 2.2: Vpliv na izobraževalne programe pri razvoju sodelovanja v zdravstvenem varstvu... ..	74
Slika 2.3: Primer modela sodelovalne skrbi na primarni ravni zdravstvenega varstva	78
Slika 3.1: Shematski prikaz lokalnih skupnosti novomeške in ljubljanske zdravstvene regije	87
Slika 3.2: Shematski prikaz poglobljenega proučevanja obravnavane problematike	92
Slika 4.1: Življenjski cikel NVO s področja DZ v Sloveniji.....	219
Slika 5.1: Model skupnostne skrbi za osebe s težavami v duševnem zdravju.....	230
Slika 5.2: Razviti model kot rezultat/doprinos raziskave.....	232

1 UVOD

Osrednji predmet doktorske disertacije je proučevanje skrbi za duševno zdravje (DZ) z vidika idealnega tipa integracije¹ in znotraj tega vloge nevladnih organizacij (NVO) v javni podporni mreži za krepitev moči oseb² s težavami v DZ v lokalni skupnosti. Pri tem se navezujemo na evalvacijo javnih politik³ na področju skupnostne skrbi za DZ,⁴ ker so bile z Zakonom o duševnem zdravju (ZDZdr 2008)⁵ v Sloveniji na področju skrbi za DZ uvedene novosti. Spremenjen konceptualni okvir skrbi za DZ je pri orientaciji obravnave v življenjski prostor zahteval spremembe načrtovanja dejavnosti, definiranja populacije in njenih potreb, definiranja teoretske, strokovne in družbene utemeljenosti interveniranja, načinov in oblik skrbi, opredelitev nosilcev (realizatorjev) pomoči, njihovega medsebojnega sodelovanja in vključevanja ter pričakovanih učinkov njihovega delovanja (Peper in drugi 2001; Kobolt in Rapuš Pavel 2004, 50; Švab 2012, 4).

Znotraj potrebe po celostni analizi teh sprememb smo namen te disertacije uokvirili s celostno analizo vloge NVO v integriranem sistemu skrbi za DZ. Zanimalo nas je, kako doseči povezano in usklajeno skrb za osebe s težavami v DZ v skupnosti in s tem v zvezi, kakšna je tu vloga NVO, ki izključno ali deloma delujejo na področju DZ. Raziskovanje je bilo tako usmerjeno s ciljem: doseči boljše razumevanje kompleksnih odnosov med akterji v skupnostni skrbi za DZ, pri čemer so bili osrednji proučevani akter NVO, njihov potencial za krepitev moči oseb s težavami v DZ, spodbujevalni in zaviralni dejavniki za sodelovanje in kazalniki, s pomočjo katerih je mogoče spremljati učinke delovanja NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ v Sloveniji. V okviru aplikativnega cilja je delo usmerjeno k boljši evalvaciji obstoječega delovanja organizacij pri reševanju problemov z DZ prebivalcev Slovenije ter k razvoju dobrih standardov medresornega (so)delovanja organizacij; v prvem

¹ Adam in drugi (2004, 11) omenjajo normativno integracijo in konsenz, ki sta poleg pojma interesa, prisile, pogajalskega reda, samoorganizacije odgovor na vprašanje, kako se vzpostavi družbeni red (integracija, stabilnost, kohezivnost družbe). Sami razumemo integracijo kot pot za dosego skupnostne skrbi za osebe z težavami v DZ.

² Na odločitev za poimenovanje subjekta kot osebe in ne kot posameznika, pacienta, uporabnika, stanovalca, klienta sta odločilno vplivala naslov in vsebina 4. poglavja *Skupnost - prostor srečanja oseb ali posameznikov* v delu *Skupnosti: teorije, oblike, pomeni* (Bahovec 2005, 76–81). Po Bahovčevem pojmovanju je koncept osebe odprt, njena bistvena komponenta je odnos. Navaja, da je skupnost več kot agregat posameznikov in mora vsebovati vsaj minimalni izraz vsebine komunikacije in odnosa, v katerem se posamezniki srečajo kot osebe.

³ Termin javna politika smo povzeli po Kustec Lipicer (2009), ki v knjigi *Vrednotenje javnih politik* predstavi metodologijo evalvacijske študije za vrednotenje javne politike vpletenih igralcev in javnopolitični cikel, v katerega želimo vstopiti s predlaganim modelom.

⁴ Pri tem izhajamo iz dejstva, da DZ pomeni več kot le odsotnost težave v DZ (npr. depresije), saj se nanaša na vse vidike življenja: od izgleda, vedenja, čustvovanja, do tega, kakšen odnos imamo do samih sebe in do drugih ter kako se soočamo z izzivi in zahtevami življenja (Korkelia in drugi 2006, 11).

⁵ ZDZdr je ključni dokument za področje DZ v Sloveniji (sprejet leta 2008, v veljavi od leta 2009).

koraku tako, da prispevajo k ukrepom za povečanje števila ljudi, ki ob pojavu težav v DZ poiščejo ustrezno pomoč. Eden izmed pomembnih ciljev doktorske disertacije je tudi oblikovanje priporočil za izboljšavo delovanja in povezovanja akterjev ter celovit model obravnave oseb s težavami v DZ na lokalni ravni.

Depresija je v tem delu bolj sinonim za hude težave v DZ, saj se pojavlja pri večini ljudi z različnimi težavami v DZ.⁶ V nadaljevanju zato ne uporabljamo diagnostične kategorije depresija, temveč posplošen izraz težave v DZ. Pri opredelitvi problemskega koncepta in teoretskih pomislekov njegovega reševanja se tako v teoretičnem delu doktorske disertacije najprej dotaknemo DZ v polju med družbenim in medicinskim. Nato razpravljamo o skrbi na področju DZ in konceptu krepitve moči. V osrednjem delu proučevanje centriramo na NVO in njihovo vlogo v državi ter v podporni mreži za DZ. Teoretičen pregled zaključimo z usmeritvijo proučevanja na raven lokalne skupnosti, v procese integracije za razvoj skupnostne skrb in vrednotenje teh procesov za razvoj dobrih standardov k osebi in skupnosti usmerjenega (so)delovanja organizacij.

Temeljni uporabljeni sociološki koncepti so DZ, sistemi skrbi in krepitev moči, skupnost in skupnostna skrb. Sociološki pristop k obravnavi zdravja in bolezni se razlikuje od medicinskega (Pahor 1999, 1023–4) ter temelji na proučevanju vloge zavestne dejavnosti ljudi, njihove izbire, pomena in delovanja v izkušnji zdravja in bolezni. Aktualna so vprašanja pomena družbenega delovanja, odnos med dejavnostjo in strukturo, med človeško akcijo in omejevalnim vplivom družbene strukture ter družbene spremembe. Pri tem nas vodi vedenje, da je razumevanje posameznih problemov s sociološkega vidika mogoče samo z upoštevanjem opazanj z različnih perspektiv. Zvezo med makroanalizo družbenih sistemov in fenomenologijo posameznikove bolezni omogoča koncept družbene vloge. Z obravnavo družbenih pojavov na mikro ravni – na ravni posameznika, je pri proučevanju zdravstvenih pojavov izhodišče interakcija med igralci vlog v 'drami zdravja in bolezni'.

Težave v DZ so brez dvoma eden izmed klasičnih primerov pri katerem je obravnava s stališča le ene vnaprej izbrane znanstvene pozicije obsojena na nedopustni redukcionizem. Pogled na družbeno pojmovanje DZ in težav v DZ se sicer deloma opira tudi teorijo socialnega konstruktivizma,⁷ iz katerega je izhajala Oreški (2008), teorijo socialne

⁶ Pri tem težava v DZ – depresija – ni mišljena in obravnavana zgolj kot posamezna diagnostična zdravstvena kategorija, temveč kot proces 'gibanja' osebe v vsakdanjem življenju po kontinuumu DZ in kot družbeni pojav.

⁷ Konstruktivistična teorija meni, da v trenutku, ko opazovalec prične opazovati nek pojav, ko ga začne na opazovalčevo percepcijo, razlago in pripisovanje pomena temu pojavu, vpliva njegova subjektivnost. *Ne zanika obstoja zunanjega sveta, ampak meni, da predmeti ne obstajajo neodvisno oziroma ločeno od zaznavajočega organizma* (Kordeš in Jeriček 2004, 276). Socialni konstruktivizem sledi misli, da je *poznani svet delno konstruiran z nalaganjem konceptov (imposition of concepts)*. *Ti koncepti se razlikujejo od ene do druge skupine*

vklučenosti,⁸ kot jo interpretira Videmšek (2011, 12–14), teorije enakih možnosti⁹ (Leskošek 2011) in družbeno vrednotenih vlog (Wolfensberger 1972, 28; Zaviršek 2013, 86). Upoštevamo pa tudi Haralambosa in Holborna (1999), njuno selektivnost teorij in nujnost upoštevanja več možnih razlag kot resničnih, ter Habermasa (1976) in Giddensa (1991), ki vlogo družboslovja vidita v identificiranju trendov mogočega v že obstoječem.

Skrb na področju DZ vidimo kot sistem in proces sodobne obravnave oseb s težavami v DZ, ki predstavlja ravnotežje med seboj povezanih bolnišničnih in skupnostnih služb. Govorimo o dostopnosti do storitev (Penchansky in Thomas 1981) kot o splošnem konceptu, ki opredeljuje 'stopnjo ujemanja' med potrebami uporabnikov storitev in sistemom oz. ponudbo storitev. Pojem krepitev moči v proučevanje vpeljujemo kot enega izmed pomembnejših postmodernih konceptov. Vključen je pogled na njegovo individualno in družbeno dimenzijo. Razumljen je kot proces, s čimer si osebe, ki sodijo med obrobne skupine ljudi, pridobijo in povečajo spretnosti in izkušnje, si pridobijo ugled v medsebojnih odnosih ter prevzamejo družbeno vrednotene vloge. Upoštevana je usmeritev, da mora vsak poskrbeti sam zase, namesto da bi postajal odvisen od države. Nanaša se na participacijo oseb pri storitvah in na gibanja samopomoči na splošno, v okviru katerih osebe ali skupine izvajajo različne aktivnosti za izboljšanje svoje situacije, v sodelovanju z obstoječimi zakonskimi uredbami ali neodvisno od njih (Boškič 2005, 181; Videmšek 2011, 11; Videmšek 2013, 90). Znotraj tega okvira se pri proučevanju omejimo na problemski kontekst delovanja NVO s področja DZ in upoštevanja znanstvene in politične teorije o vlogi NVO v državi in podporni mreži za DZ. Na tem področju še ni veliko empiričnih dokazov, predvsem primanjkuje empiričnih podatkov o procesih povezovanja in sodelovanja v podporni mreži 'programov in aktivnosti' za DZ prebivalcev lokalnih skupnosti.

Koncept skupnosti razumemo kot prostorsko bližino in namerno omrežje socialnih odnosov, formalnih in neformalnih dejavnosti ter storitev, ki naj bi podpirale blaginjo ljudi v vseh fazah njihovega življenja, ki je po eni strani avtonomno, po drugi pa del kompleksnejših sistemov – države, družbe, različnih korporacij. Proučevanje se dotika omrežij (podporne mreže) in virov (značilnosti) lokalnih skupnosti ter njenih prebivalcev v kontekstu vpliva

(jezikovne, socialne, znanstvene ...), zato so svetovi teh skupin različni. Vsak tak svet obstaja le glede na naložene koncepte (Dewitt v Ule 2004, 261).

⁸ Iz teorije socialne vključenosti izhaja nujnost sprejetja posameznika z vsemi njegovimi težavami kot del njegove vsakdanje izkušnje. Z vključenostjo uporabnikov v govor o njih samih je moč na strani tistih, ki krojijo zgodbo in ustvarjajo mnenje, katerih interpretacija na koncu obvelja kot resnična in veljavna (Giddens 2000, Sayce 2000; Urek 2005, 72).

⁹ Teorijo enakih možnosti vnašamo v kontekstu možnosti za ljudi, ki imajo težave z DZ. Leskošek (2011) navaja, da je mogoče doseči socialno vključenost le tako, da so dosežene enake možnosti za vse državljane.

povezanosti skupnosti na DZ prebivalcev. Kako skupnost deluje kot akter skrbi v smislu odzivnosti na stisko, vidimo skozi odnose med ljudmi in opremljenost skupnosti s storitvami za pomoč, kar je poimenovano kot skupnostna skrb (Bahovec 2005, 225; Filipovič 2007, 6, 119; Hlebec in drugi 2012, 111; Jeriček Klanšek 2004, 220). Aktualna je postala s procesi dehospitalizacije in deinstitucionalizacije,¹⁰ ki so uporabnikom storitev omogočili pravico do izbire lokacije obravnave, ki se je udeležila šele ob prestrukturiranju obstoječih zmogljivosti, povečanju vpliva uporabnikov storitev in zagotavljanju večje kakovosti življenja ljudi s težavami v DZ v njihovem domačem okolju (Flaker 1998; Thornicroft in Tansella 2004; Urek 2005; Škerjanc 2010; Švab 2011, 4; Videmšek 2013). Naše proučevanje procesov skupnostne skrbi je usmerjeno na oceno stanja in potreb za razvoj integrirane obravnave, ki je predpogoj t. i. skupnostne skrbi. Integracija v sociološkem smislu se po Parsons nanaša predvsem na 'urejanje' konflikta. Skrbi za koordinacijo in medsebojno prilagajanje delov družbenega sistema (Haralambos in Holborn 2005, 881). Predstavlja nam pot za dosego integrirane oskrbe, ki je organizirana oblika pomoči osebi s težavami v DZ in obsega zdravstveno in socialno oskrbo ne glede na mesto bivanja. Še posebej pa nas v tem procesu zanima mreženje in vključevanje NVO v javno podporno mrežo s področja DZ.

Rezultati so predstavljeni glede na proces raziskave na posamezni ravni, nato pa jih na koncu še medsebojno primerjamo (za potrditev začetnih predpostavk). O njih razpravljamo na način, da razjasnimo nekatere ugotovitve o vlogi in pričakovanih učinkih delovanja NVO, kot jih razumejo in vrednotijo različni deležniki, ki v proces vstopajo vsak v svoji vlogi. Študija primera (v novomeški in ljubljanski zdravstveni regiji) je tako razkrila vrzeli v razvoju podporne mreže za osebe s težavami v DZ z vključevanjem NVO s področja DZ, razlike v videnju vloge NVO s perspektive posameznih deležnikov in potrebo po prenovi kazalnikov za vrednotenje doseganja pričakovanih učinkov podporne mreže za osebe s težavami v DZ in sistema skrbi za DZ prebivalcev lokalne skupnosti. Na podlagi zbranih podatkov je bilo mogoče sklepati, kje smo glede delovanja NVO s področja DZ in njihovega vključevanja v javno podporno mrežo za pomoč osebam s težavami v DZ v Sloveniji, kaj se dogaja na področju sodelovanja med deležniki in v procesih integracije storitev ter kje so priložnosti za razvoj skupnostne skrbi. Disertacijo zaključimo z razvitim modelom podporne mreže za osebe s težavo v DZ v lokalni skupnosti in podanimi smernicami za izboljšanje sodelovanja in uvajanje novih oblik dela na področju DZ ter tako dosežemo predhodno zastavljene cilje.

¹⁰ Pomen deinstitucionalizacije za uporabnike storitev je prikazan skozi analizo bivanja v instituciji v knjigi *Odpiranje norosti* (Flaker 1998). Uporabniška gibanja so opozorila predvsem na pokroviteljsko držo države in neustreznost obstoječe opore, da bi do uresničevanja ciljev lahko prihajalo nemoteno.

Tematika skupnostne skrbi, posebej za tako pogost javnozdravstveni problem, kot so težave v DZ, je izjemno znanstveno relevantna in v tujini pogosto predmet raziskav. V slovenskem prostoru pa imamo zelo malo sistematičnega znanja o procesih na tem področju. S podatki, zbranimi na podlagi izvirnega načina proučevanja problematike vključevanja, sodelovanja in prispevka NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti, smo dodatno osvetlili vzroke in možnosti za premostitev ovir pri vključevanju in sodelovanju NVO v javni podporni mreži na področju DZ in za osebe z težavami v DZ. Kaže se, da je pri obravnavi oseb s težavami v DZ izrazito izpostavljen vpliv lastne volje tako osebe, da pomoč zahteva, kot izvajalca, ki mu pomoč uredi s povezovanjem z različnimi izvajalci. Ustrezno delovanje izvajalcev tako določajo informiranost in znanje, osebna motiviranost, odzivnost in samoiniciativnost ter usmeritev v (re)aktivacijo uporabnika storitev. Pri tem pa je naloga NVO, da si zagotovijo glede na trenutno pozicijo v življenjskem ciklusu razvoja in v družbeno – kronološkem kontekstu podporne mreže lokalne skupnosti svoj položaj v podporni mreži s profesionalnim delom in inovativnim pristopom. NVO v Sloveniji ne morejo biti substitut sistemu na področju DZ, so pa njegov nepogrešljiv del.

Menimo, da lahko predstavljene ugotovitve ter na njihovi podlagi razviti model podporne mreže za izboljšanje sodelovanja in uvajanja novih oblik dela (npr. povezovanje z različnimi oblikami družbenega delovanja, ki predstavljajo oporo k pritegnitvi oseb s težavami v DZ v različne programe in premostijo (ozemeljske) razdalje) za osebe z težavami v DZ v lokalni skupnosti, pomembno dopolnijo že obstoječe raziskave o DZ in delovanju NVO v Sloveniji. Pripomorejo lahko tudi k razvoju javne politike skupnostne skrbi za DZ, k izboljšavam v delovanju podporne mreže in razvoju skupnostne skrbi na področju DZ nasploh, še posebej natančno v novomeški zdravstveni regiji. Uporabne so tudi pri vsakdanjem delu strokovnih delavcev, ki delujejo na obravnavanem področju, ter pri njihovem izobraževanju. Spremenjen konceptualni okvir skrbi za DZ pri orientaciji obravnave v življenjski prostor namreč zahteva metodološko in vsebinsko podporo že v času temeljnega izobraževanja za poklice, ki delujejo v podporni mreži za osebe s težavami v DZ, pa tudi v okviru vseživljenjskega učenja. Pri dokazovanju znanstvene pomembnosti izvedene raziskave in ugotovitev se lahko opremo tudi na stališče Svetovne federacije za DZ (World Federation for Mental Health – WFMH), da so težave v DZ globalni krizni fenomen, ki zahtevajo nujnost dela na partnerstvu, usmeritev programov v lokalno skupnost, zagotavljanje fleksibilnosti programov glede na lokalne potrebe, povečanje pozornosti animaciji (inspiraciji, motivaciji in izzivom) udeleženi ter razvoj tehnik za zagotavljanje udeležbe (Ganju 2011, 21). Pomembna pa je tudi ocena Vlade Republike Slovenije (2010), da je delovanje nevladnega sektorja eden izmed pogojev za dvig

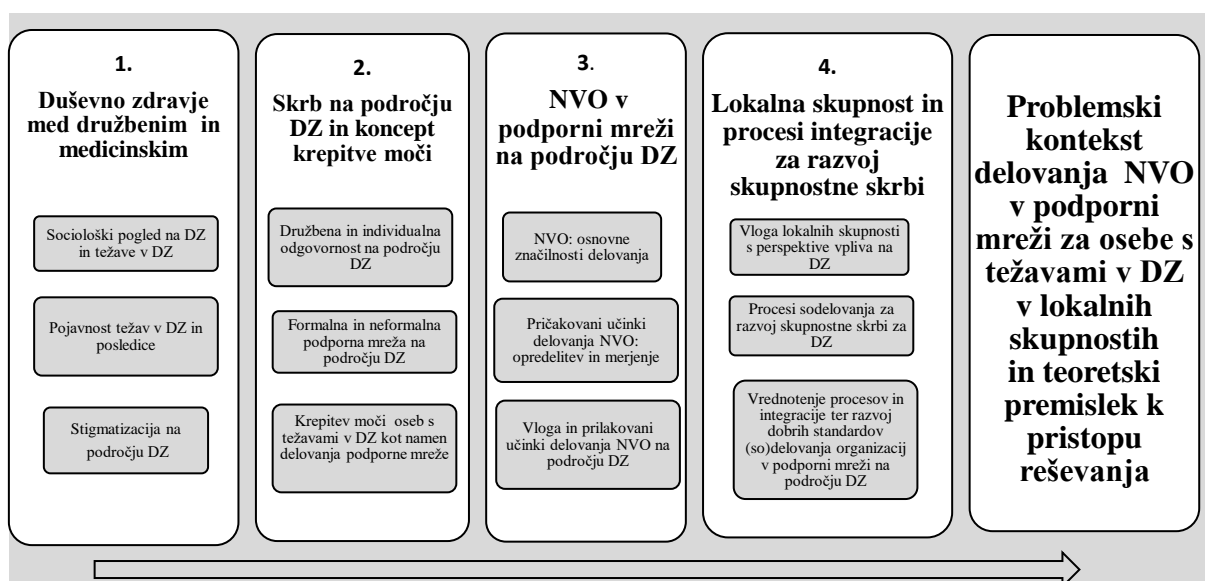
kakovosti življenja ljudi in zagotavljanje socialne varnosti. Na podlagi tega lahko povzamemo, čeprav ugotovitev nismo mogli posploševati (omogočajo pa sklepanje), da so te aktualne, uporabne in lahko prispevajo tudi k razvoju znanosti na obravnavanem področju. Menimo, da smo tako posredno pripomogli k evalvaciji obstoječega delovanja organizacij pri reševanju problemov z DZ prebivalcev Slovenije ter k razvoju dobrih standardov medresornega delovanja in učinkovitejšega povezovanja.

2 PROBLEMSKI KONTEKST IN TEORETSKI PREMISLEKI NJEGOVEGA REŠEVANJA IZ SOCIOLOŠKE PERSPEKTIVE

NVO s področja DZ se vključujejo kot izvajalci obravnave v skupnosti (ZDZdr 2008, 4. čl.), kjer delujejo na ravni zasebnega (na ravni življenjskega sveta) in v javni sferi kot interesne skupine, ki poskušajo vplivati na oblikovanje javne politike in na njeno izvajanje (Fink Hafner 2002, 106). Kaže se, da problemski kontekst delovanja NVO na področju DZ izhaja iz pojmovanja DZ in težav v DZ, družbene in individualne odgovornosti v skrbi za DZ in za osebe s težavami v DZ, obstoječe mreže programov in storitev za DZ ter položaja NVO v posamezni državi, kar zahteva specifični pristop k obravnavi.

Kot izhodiščni teoretični koncept pri preučevanju vpeljujemo koncept krepitev moči (kot proces in rezultat), ki ga povezujemo z vlogo akterjev in skupnosti v podporni mreži. Potek in okvir definiranja problemskega konteksta s teoretično – vsebinskega vidika zaradi kompleksnosti in boljše nazornosti predstavljamo shematsko (glej Slika 2.1).

Slika 2.1: Potek in okvir definiranja problemskega konteksta s teoretično–vsebinskega vidika



Pri definiranju pričakovanih učinkov delovanja NVO v podporni mreži za DZ smo se osredotočili na konkretne načine ali mehanizme,¹¹ prek katerih skušajo operativni izvajalci vplivati na počutje oseb s težavami v DZ, predvsem pa smo se osredotočili na pričakovane posledice krepitev moči (okrepljenost oseb s težavami v DZ), ki izhajajo iz delovanja podporne mreže na področju DZ v lokalnih skupnostih.

2.1 Duševno zdravje med družbenim in medicinskim

Družbeno pojmovanje in definiranje DZ ter težav v DZ se spreminja skozi čas, s spreminjanjem kulturnih norm in socialno – ekonomskih značilnosti, kar vpliva na vedenjske vzorce ljudi, temperament, itd. Sodobna definicija DZ je multidisciplinarna, nedeterministična in pretočna, torej takšna, ki upošteva človekovo biološko – psihološko – sociološko – kulturno in duhovno vpetost v življenje. Je stanje dobrega počutja, v katerem posameznik uresničuje svoje sposobnosti, se zmore spopadati z običajnimi napori življenja, zmore produktivno in uspešno delati ter prispevati k svoji skupnosti. Gre za pozitiven koncept zdravja, ki zdravja ne definira zgolj z odsotnostjo bolezni, temveč vidi DZ kot zapleten pojav, ki ga določajo različni družbeni, biološki, psihološki dejavniki in dejavniki okolja, ter je delno odvisen od 'storitev javnega zdravja'. Strinjamo se s stališčem, da zdravje ne more biti opredeljeno restriktivno kot odsotnost bolezni, saj zdravje in bolezen lahko soobstajata. Iz tega izhajajoči koncepti DZ zajemajo objektivno občutenje blagostanja, samoučinkovitosti, avtonomije, kompetentnosti, medgeneracijske odvisnosti in prepoznavanje sposobnosti realizacije lastnih intelektualnih in emocionalnih potencialov (Dernovšek in Šprah 2008, 16; Kores Plesničar 2011, 17; Marušič 2002; Oreški 2008, 2; Sartorius 1990, v WHO 2004,12; WHO 2003, 9).

Konec Jurečič (2014) navaja, da ocena DZ temelji na treh merilih:

Prvo merilo opredeljuje človekovo notranje psihično stanje: sreča, dobro počutje, zadovoljstvo s samim seboj, dobra podoba o sebi. Drugo merilo DZ so človekovi odnosi z drugimi in njegovo delovanje: dobri odnosi z ljudmi okoli nas, razumevanje drugačnosti, uspehi pri delu v šoli, službi in drugih dejavnostih, ki jih opravljamo. Tretje merilo DZ je sposobnost človeka, da obvladuje svoje življenje in se uspešno sooča z različnimi situacijami, nalogami, obremenitvami in težavami.

¹¹ Pri tem mislimo po Somerville (1998, 238–240) na klasifikacijo na podlagi odnosov med posamezniki in organizacijami po kriterijih: smer delovanja, sprememba v razmerjih odvisnosti, način doseganja sprememb itd.

DZ se povezuje z dobrim počutjem in pogosto v opisu zajema: subjektivno zaznavanje dobrega počutja in zadovoljstva z življenjem (skozi osebni razvoj), osebne in socialne odnose (skozi sodelovanje v skupnosti) ter zaposlitev (skozi zaposlenost in ostale aktivnosti). Opredelitev DZ s pozitivnim občutkom nasprotuje zamisli, da je DZ nasprotje duševni bolezni, temveč pojasnjuje, da se lahko tudi ljudje z diagnosticirano težavo v DZ počutijo duševno dobro in uživajo visoko stopnjo blaginje, prav tako pa se ljudje, ki nimajo klinično diagnosticirane težave v DZ, počutijo duševno slabo. Tako DZ kot duševno dobro počutje pa sta temeljnega pomena za kakovost življenja (Keyes 2002, Hird 2003; Conell in drugi 2012).

Velja upoštevati, da se odmik od DZ pri osebi kaže s težavami v DZ, ki so lahko ozdravljive ali pa preidejo v kronično obliko. Terminološko se pojavljajo zadržki pri uporabi posameznih aktualnih pojmov: motnja v DZ, težava v DZ ali duševna bolezen, itd. Duševna motnja pomeni težave v DZ in je začasna ali trajna motnja v delovanju možganov, ki se kaže kot spremenjeno vedenje, presojanje, doživljanje sebe in okolice. Težave v DZ še ne predstavljajo duševne motnje, pač pa so že lahko pokazatelj določenih težav in dejavnik tveganja za razvoj duševnih motenj. Kontinuum DZ se tako vidi linijsko: duševno zdravje – težave v DZ – akutne motnje v DZ – kronične motnje v DZ. Gledano posplošeno za vse stopnje odstopanja od zdravja, se izraz motnja v DZ bolj uporablja na področju zdravstvenega varstva, na področju družboslovja pa je pogostejša uporaba izraza težave v DZ (Zakon o duševnem zdravju 2008, 2. čl.; Kamin in drugi 2009, 14; M Healthy 2009, 4; Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014–2018 (predlog) 2014, 6; Švab 2009, 20).

Duševne bolezni zajemajo širok spekter problemov, z različnimi simptomi. V Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (2005) so označene s F0–F99. Sicer se izogibajo izrazu bolezen ali obolenje in uporabljajo izraz motnja, ki predstavlja prisotnost klinično prepoznane skupine simptomov, ki so značilne spremembe v mišljenju, razpoloženju vedenju ali v kombinaciji, kar je v večini primerov združeno s stresom in vplivom na osebno funkcioniranje. Izraz problem pa se pogosto uporablja za opis simptomov in znakov, ki nimajo zadostne intenzitete ali trajanja, da bi zadostili kriterijem za duševno motnjo. Izraz motnja v DZ pa se uporablja tudi v Resoluciji o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (2014, C. 7) in v Kazenskem zakoniku Republike Slovenije (izraz storilčeva duševna motenost) (2004, 64. člen). V tujini se najpogosteje uporablja besedna zveza 'people with mental health problems', kar prevajamo kot ljudje s težavami v DZ. Prisotno je mnenje, da se natančnejše reprezentacije oseb s težavami v DZ doseže z uporabo izraza oseba s težavo v DZ namesto oseba z duševno boleznijo, motnjo ali z uporabo izraza duševni bolnik. Velja upoštevati, da

naj imata prednost oseba in DZ in ne duševna motnja, ki ni edina lastnost, ki definira osebo s težavami v DZ (Pahor 2007, 77; Conell in drugi 2012; Videmšek 2013).

Oseba z težavo v DZ, na primeru depresije, je lahko 'identificirana' na podlagi medicinske diagnoze,¹² samoocene osebe ali ocene njenih bližnjih ter s pomočjo presejalnega testa.¹³ Depresijo (lat. *deprimere, potlačenost, potrnost, utrujenost, otopelost, melanholija*)¹⁴ oziroma depresivno motnjo ob vedenju, da *vsaka depra še ni depresija*,¹⁵ uvrščamo med motnje razpoloženja in čustvovanja. Lahko se pojavlja v različnih oblikah in stopnjah, kot enkratna epizoda ali ponavljajoča, kot samostojna ali pridružena drugim težavam v duševnem ali telesnem zdravju. Nikakor pa 'pot' osebe od pojava simptomov katere koli težave v DZ do vstopa v zdravljenje ni tako jasna in gotova kot je to lahko pri telesnih boleznih. Ne glede na to, ali je 'z diagnozo ali brez', vsaka oseba doživlja težave v DZ na svoj način. Prek svetovnega spleta je mogoče najti različna pomagala in razlage za določitev 'normalnosti' lastnega odziva na življenjske stresorje in druge spremljajoče okoliščine za odločitev za zdravstveno obravnavo. Npr., na spletni strani ameriškega združenja za anksioznost in depresijo (Anxiety and depression association of America, 2014) je navedeno, da *večina ljudi občuti simptome¹⁶ tesnobe ali depresivne trenutke in depresivno razpoloženje, saj gre za normalni odziv na življenjske stresorje. Če pa ti občutki¹⁷ trajajo več kot dva tedna, gre verjetno za depresivno epizodo.*

Sami dojemamo težave v DZ v širšem pomenu besede. Kot osebe z težavami v DZ označujemo osebe, ki imajo diagnosticirano katero koli obliko težav v DZ, ne glede na to, ali

¹² Medicinsko diagnozo poda zdravnik psihiater po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (2005). Kontinuum duševnega zdravja s kategorijami od DZ do hudih motenj v DZ definira spekter stanj, ki jih v medicini označujejo s F00–F99.

¹³ Presejalni testi so namenjeni celotnemu prebivalstvu, da se odkrijejo osebe, ki že imajo simptome depresije, pa še niso v zdravniški obravnavi zaradi te motnje. Različni testi, npr. Goldberg's depression test (Goldberg 2006), so prosto dostopni. Raziskava *Presejanje, sistematično odkrivanje in celostna obravnava depresij v Sloveniji* (2008) je potekala na podlagi Zungove samoocene lestvice in vprašalnika o bolnikovem zdravju.

¹⁴ Melanholija je poimenovanje depresivnega razpoloženja s strani Hipokrata v IV. stoletju pr. n. š. (Ličina 2009, 197).

¹⁵ *Depra še ni depresija* je naslov članka Maje Južnič Sotlar, ki je izšel v *Vivi* 14. aprila 2012. V članku je predstavljen intervju s prim. Andrejem Žmitkom, dr. med., spec. psihiatrije, ki pojasnjuje, da *vsaka otožnost še ni depresija*. V pogovornem jeziku resda pogosto uporabljamo izraza depresija ali depresiven namesto ustrežnejših. Depra je tudi naslov knjige Renate Ažman (2007), ki je dnevniški zapis avtorice, svobodne novinarka, o spopadanju z depresijo – boleznijo našega razčlovečenega časa.

¹⁶ Simptomi depresije se pojavijo v mislih (sem nevreden, ni prihodnosti, sem slab, nima smisla), čustvih (žalost, otopelost, napetost, tesnoba, občutki krivde, nemoč, razočaranje), vedenju (umikanje v samoto, jok, poležavanje, samozanemarjanje, opuščanje dejavnosti, nespečnost, slaba pozornost, koncentracija) in na telesu osebe (bolečine, mravljinčavost, utrujenost, pomanjkanje energije in apetita) (npr. Dernovšek in drugi 2007, 33).

¹⁷ Gillett (1992) pojasnjuje razlike med žalostjo in depresijo. Navaja, da pri žalosti jokanje prinese olajšanje, da so prisotna silovita čustva in ohranjeni motivacija in energija ter zmožnost za smeh in občutenje drugih čustev ter samospoštovanje, pri žalovanju pa obstaja težnja po zblíževanju. Pri depresiji je olajšanje z jokom komaj zaznavno, čustva so topa, prevladuje občutek brezkončne praznine brez energije in motivacije. Pojavi se izguba smisla za humor in dovtetnost za druga čustva, samospoštovanje. Izražena je težnja po socialni izolaciji.

gre za samostojno ali pridruženo težavo (komorbidnost). Lahko imajo težave v DZ, pa še niso vstopili v obravnavo, ne glede na samooceno ali oceno okolice. Pri tem pa vključujemo tudi osebe z izkušnjo pretekle težave v DZ, saj je ozdravitev možna.¹⁸

2.1.1 Sociološki pogled na duševno zdravje in težave v duševnem zdravju

Načini, kako se družba odziva na težave v DZ, so teren družboslovja in sociologije. Profesionalno sociološko delovanje se nanaša tako na razumevanje konceptov DZ in težav v DZ kot drugih področij 'psihiatricne prakse'. Busfield (2000) ponuja dober primer razlage razlike med biomedicinskim in sociološkim pristopom. Navaja, da bio–medicina predlaga nekaj preprostih povezav med zdravstvenim razumevanjem težav v DZ in odzivom zdravstva in zdravljenjem – med teorijo in prakso – za znanstveni napredek, ki ga narekuje profesionalna praksa. Sociologi pa iščejo globlje, popolnejše razumevanje obeh znanosti in obstoječe profesionalne prakse, da bi prikazali, kako znanost sama oblikuje profesionalno prakso kot obliko socialne, politične in ekonomske dejavnosti.

Sociologija sicer poskuša razložiti družbene vzroke bolezni, značilnosti bolezni znotraj družbene vloge in človekovo reakcijo na bolezen v obliki občutkov, govora in družbene akcije (Rosenstein in Pahor 2000, 5). Dober primer pojasnitve, kaj pomeni sociološki pristop k (duševnemu) zdravju, poda Malnar (2002, 4). Tako lahko za naš primer proučevanja povzamemo, da je izhodišče sociološke pozicije v specifičnem odnosu do DZ, da je vanj vpisana družbena dimenzija, za nastanek in pojavnost težav v DZ pa se proučuje tako biološke kot družbene vzroke. Glede pojmovanja nalog in narave sociologije skozi model 'razlage' zavzemamo pozitivistično stališče (Flere 2001, 20). Po Ule (2000, 35, 61) sta tako (duševno) zdravje kot bolezen (težave v DZ) *socialno kulturna proizvoda, in je zato potrebno analizirati naravo družbenih, kulturnih reprezentacij in socialnih pomenov, ki ju obdajajo. Meni, da je težave v DZ mogoče identificirati bodisi kot socialno vlogo, kot psihološko vlogo (subjektivno doživljanje) in/ali kot fizične simptome.*

Težave v DZ niso le ideološki konstrukt, kar opisuje antipsihiatrist Szasz (1970), temveč, za večino težav v DZ obstaja neka organska osnova (Kores Plesničar (2011, 55). Nova tendenca sodobnega dojetja izvora težav v DZ narekuje, da je treba vse človeške bolezni, ne glede na obliko simptomov (telesnih ali duševnih), obravnavati enako – ob tem pa npr. LeDoux (2002, 261) zgovorno opiše, da *možgani pač niso 'juha', kjer bi pravilne kemične*

¹⁸ Za težavo v DZ na primeru depresije (F32) je namreč značilno, da gre za edino depresivno epizodo v življenju osebe, za kar obstaja 25–30 % možnosti (Ličina 2009, 198).

'začimbe' že zagotavljale zdravo duševno življenje. S tem opozarja na pomen primarnega sociološkega pogleda za razlago DZ in težav v DZ. Denimo Durkheim (1964) se s svojim pogledom, kaj je normalno in kaj patološko, dobro ujema s sodobnim pogledom na DZ, ki je označeno kot normalno, in težave v DZ, ki so označene kot patološke. Po njegovem pravila in standardi, ki določajo, kaj je patološko, pomagajo okrepiti norme in vrednote družbe. Normalno in patološko sta med seboj konstitutivna, družba in družbene skupine opredeljujejo patološko, da bi ohranili in okrepili normalno. Busfield (2000) vidi tri posledice te funkcionalistične Durkheimove ugotovitve: (1) da so pravila, ki opredeljujejo normalno in patološko razlikujejo glede na vrednote družbene skupine – posledično je opredelitev težav v DZ socialno in kulturno relativna, (2) da so pravila vedno element družbenega nadzora, vključno s pravili o tem, kaj je normalno in kaj patološko in (3) pravila so nujno potrebna za povezanost in nemoteno delovanje družbe.

Analiza Durkheima je nedvomno pomembna pri razumevanju DZ in težav v DZ. Gre za koncepte, ki pomagajo opredeliti, kaj je sprejemljivo ravnanje in ukrepanje v družbi. Razlaga, npr. da je samomor obratno sorazmeren s stopnjo integracije družbenih skupin, katerih član je posameznik (Durkheim 2002, 209). Šibkejši kot so skupine katerim posameznik pripada, manj je odvisen od njih in s tem bolj odvisen od samega sebe ter prepozna samo tista pravila, ki temeljijo na njegovih zasebnih interesih (Durkheim 2002, 209). Prispeva tudi k razumevanju, kako se ljudje odzivajo na motnje v DZ. Meni, da je potrebno v interesu družbene solidarnosti in za vzdrževanje normalnosti nadzorovati patološko – npr. skozi socialno izključevanje). Raziskave o socialnem vključevanju so pokazale negativne in pozitivne vplive socialnih vlog, vezi v skupnosti in socialne podpore na področju DZ (Cornwell in Waite 2009).

Primer sociološke opredelitve DZ in težav v DZ lahko povzamemo tudi po Parsons (1951, 288). Zdravje razume kot funkcionalno zahtevo oz. pogoj za ohranjanje vključenosti v družbeni sistem, bolezen pa pojmuje kot biološki proces, ki ogroža družbo v tem, da onemogoča posameznikom opravljanje njihovih običajnih družbenih vlog. Bolezen mu torej ne pomeni le biološke motnje, pač pa tudi obliko družbene odklonskosti. Trdi, da lahko vse bolezni (torej tudi težave v DZ) razumemo kot obliko deviantnosti, kjer so vedno motivacijski dejavniki za katerokoli bolezen (Pahor 1999, 1015). Podoben poudarek pogledu na težave v DZ z uporabo pojma 'ostanek odklonskosti' poda tudi Scheff (1999). V njegovem primeru odklonskost ni opredeljena kot pravilo samo po sebi, temveč v smislu 'oznake' za kršenje pravil – kot ravnanje, ki je opredeljeno kot kršenje pravil. Vpliv teh idej se kaže tudi pri Szaszu (1980), ki vidi težave v DZ kot lomljenje družbenih, političnih in etičnih norm.

Parsons (1951, 294) je nadalje razvil tudi teorije socialnih pričakovanj in vloge bolnika, čemur tudi danes ne moremo oporekati. Govori o dveh tipičnih pravicah in dveh obveznosti bolnih ljudi. Pravice in obveznosti tako skupaj tvorijo celoto (družbeno) pričakovanega ravnanja bolne osebe, kar Parsons imenuje vloga bolnika. Kot prvo pravico izpostavlja, da je osebam s težavami v (duševnem) zdravju dovoljeno neizpolnjevanje običajnih zahtev, ki izhajajo iz njihovih socialnih vlog (od njih se celo pričakuje, da bodo znižali stopnjo svoje aktivnosti). Druga pravica pa se nanaša na to, da se bolni osebi priznava, da ni sama kriva za svoje stanje. Na drugi strani sta obe obveznosti: (1) bolna oseba mora biti motivirana za to, da se pozdravi, takoj ko je to mogoče, ter (2) mora poiskati tehnično kompetentno pomoč in sodelovati z zdravstvenimi strokovnjaki. Družba ima torej kolektivni in funkcionalni interes za učinkovito zdravljenje, da se posamezniki lahko čimprej vrnejo v normalno opravljanje svojih vlog (Pahor 1999, 1015), kar se zdi pomembno za vstop oseb s težavami v DZ v obravnavo, pa tudi ne nazadnje za razvoj skupnostne skrbi za DZ.

Kot pomembno sociološko tradicijo velja upoštevati tudi proučevanje psihiatrične klasifikacije in diagnostike na način, katere nove kategorije težav v DZ so se pojavile in katere izginile, kateri socialni in politični dejavniki so oblikovali te spremembe, vključitev posameznih težav med težave v DZ in kasnejša prekvalifikacija (izključitev) (Brown 1990). Pomembna je tudi usmeritev proučevanja na vedenje in odnos, kar je vidno iz raziskav o težavah v DZ v kontekstu: težava v DZ – analiza vedenja, kar pa je v nasprotju z dominantnim pristopom raziskovanja v psihiatriji, ki se nagiba na asimilacijo težav v DZ s telesom in telesnimi procesi. Vendar pa se kaže, da po eni strani tudi koncentracija na vedenje osebe ustvarja problem, kako razlikovati med deviantnostjo zaradi težave v DZ ali kake druge motnje, še posebej, ker gre velikokrat za kombinacijo težav (Busfield 2000).

Foucault (2007) vidi sociološki poudarek v povezavi definiranja težav v DZ s pogoji mišljenja glede norosti in neracionalnosti in ga povezuje z afirmacijo racionalnosti kot značilnostjo razsvetljenske miselnosti. Pomisleki glede 'skladnosti delovanja' v mislih, čustvih in vedenju osebe so lahko razumljeni kot znaki težav v DZ (Jaspers 1963). Strinjamo se, da je pomembno konceptualizirati poudarek na duševne procese in ne na organ ali vedenje (Busfield 1996). Na razvoj poklicne prakse na področju DZ so vplivale tudi Foucaultove (1991) ideje o neločljivosti moči in znanja ter vodenja, kar danes ne drži povsem. Vendar pa v praksi te analize še vedno veliko bolj poudarjajo represijo in nadzor kot produktivnost. Foucault je večkrat poudarjal, da ni znanja, ki ne bi vsebovalo tudi razmerja moči. Opozarjal je, da je norost 'družbeno' konstruirana (Foucault 1977, 27). Nakazal je, da že generiranje strokovnih argumentov veliko pove o odnosu do oseb s težavami v DZ. V njegovi perspektivi

je bolezen predvsem konstrukt. Ta se nato s pomočjo pomožnih mehanizmov (institucionalizacija, medikalizacija, javno argumentiranje, ustvarjanje novih ekspertnih skupin) s posameznika povzdigne v družbeno sprejemljivo dejstvo – družbeni odnos. Vprašanje je, kako najbolje razumeti družbeni odnos do DZ in težav v DZ, saj gre za kompleksno večdimenzionalno situacijo. Sicer po Webru družbeni odnos označujemo kot vzajemno naravnano in na ta način usmerjeno obnašanje več ljudi, ki sestoji iz možnosti, da na nek način družbeno delujemo (Adam in Tomšič 2004, 70).

Na eni strani lahko to pomeni, da so težave v DZ socialna kategorija in da so produkt tega, kako ljudje razmišljajo in delujejo v svetu. Po drugi strani pa pogled vključuje tudi trditev, da je težava v DZ zgolj kategorija in se ne naša na objektivno realnost. Uporabo fraze 'socialni konstrukt' zagovarjajo simbolni interakcionisti. Kot piše Pahor (1999, 1017), prične simbolni interakcionizem z obravnavo družbenih pojavov na mikro ravni – na ravni posameznika, pri proučevanju zdravstvenih pojavov je izhodišče interakcija med igralci vlog v 'drami zdravja in bolezni'. Pripadnike te smeri predvsem zanima, kako se subjektivna izkušnja bolezni izoblikuje skozi interakcije. Simbolni interakcionizem proučuje odnose moči povezane s totalno ustanovo in procesi stigmatizacije, kar bomo obravnavali nekoliko pozneje. Predstavnik tega pristopa je Goffman (1961). Obravnava 'kariero duševnega bolnika' kot proces, ki se oblikuje na podlagi akcije in reakcije osebe s težavami v DZ ter akcije in reakcije njemu pomembnih drugih (svojev, bližnjih, strokovnih delavcev). Pri tem pa pogosto omenja procese zavračanja, za katere se zdi, da so stalnica v odnosu do oseb s težavami v DZ. Zelo smiselno je sociološko razmišljanje v kontekstu zaveznitva za zdravje iz vidika medpoklicnega sodelovanja (Pahor 2014), ki je videti kot izziv sedanosti za prihodnost.

Busfield (2000) v svojem razmisleku o sociologiji DZ ugotavlja, da je pojem družbene konstrukcije DZ sicer postal zelo ohlapen in nenatančen zaradi svojih epistemoloških in ontoloških konotacij, kar lahko povzroči odpor do socioloških idej o težavah v DZ zaradi stališča, da prihaja do zavračanja realnosti bolečine, težav in trpljenja, ki spremlja osebe s težavami v DZ. To pomanjkljivost odpravlja kritična sociologija, ki poudarja, da je (duševno) zdravje neposredno vezano na družbene neenakosti (White 2002). Globalno torej velja, da je nezdravje eden od simptomov družbene neenakosti (Malnar 2002, 16), kar negira individualistično teorijo zdravega življenjskega sloga, ki centrira odgovornost na osebo, in usmerja v empirične analize med socialno neenakostjo in zdravjem (Malnar 2002, 16–17).

Ule (2003, 244) omenja, da je težava modernega sveta v tem, da *podcenjuje pomen življenjskega sveta, ob tem pa pozablja, da zgolj en pol racionalnosti, in sicer tisti, ki ničesar*

ne pove o vrednotah ljudi, ne more biti en in edini temelj obstoja. Ugotavlja, da se na področju modernega zdravstva to kaže v tem, da se le to naslanja na znanost in objektivno preverjene metode zdravljenja, na raziskovalne dosežke in študije. Ob tem pa se pojavlja distanca do pacientov in dialoga z njimi. Kritični teoretik Habermas, ki je precej pisal o racionalnosti kot središču dinamike (sodobnega) družbenega življenja (1971, 1981, 28), loči med dvema tipoma racionalnosti: namensko oz. instrumentalno ter vrednotno. Meni, da je potrebno oživeti t.i. vrednostno racionalnost, povezano z neavtoritativnim komuniciranjem, ki gradi na odnosu vzajemnega razumevanja in ga ne moti vdor moči. Frank (1995) opozarja, da so bolni ljudje, več kot le žrtve bolezni ali pacienti medicine, so 'ranjeni pripovedovalci zgodb'. Pripovedovanje zgodb jim lahko služi za osmišljanje lastne bolečine in ima tako terapevtski učinek. Deljenje osebne izkušnje torej pomaga tistemu, ki zgodbo pripoveduje kot tistemu, ki posluša. Raziskovalcem pa osebne pripovedi nudijo vpogled v osebni svet bolezni (Mathieson in Stam 1995, 288). Številni teoretiki (Giddens 1991; Beck 1992) so dali poudarek na oceni tveganja, kar je pomembna značilnost dela na področju DZ. Še bolj pa je za osebe s težavami v DZ pomembno, da si sociologi (McCranie 2010) prizadevajo, da povečajo razumevanje o konceptu okrevanja na področju DZ.

Pomembni so tudi zaključki Kurana (2008, 82), ki ocenjuje, da bo konsistentno znanstveno podobo težav v DZ v prihodnje mogoče tvoriti le ob njihovem kompleksnem razumevanju ter ob doslednem upoštevanju: (1) primarnih kvalitativnih iz objektivnega sveta, ki jih je človek sposoben presteči s svojimi čutili ali podaljški svojih čutil v obliki biotehnoških pripomočkov, (2) sekundarnih kvalitativnih, ki to postanejo šele takrat, ko primarna kvaliteta (informacija) s pomočjo čutnih dovodov postane predmet človeške zavesti (reprezentacija), čemur sledijo družbene, kulturne, politične, ideološke, osebne oziroma katerekoli druge pristranske interpretacije.

2.1.2 Pojavnost težav v duševnem zdravju in posledice

Proučevanje različnih vplivov in vidikov pojavnosti (obseg in vzrok) težav v DZ je aktualna znanstveno – družbeno – politična tema.¹⁹ Raziskave o pojavnosti težav v DZ in njenih posledic potrjujejo, da gre za osebni in družbeni oz. javnozdravstveni problem. Med prvimi 15 boleznimi, ki najbolj vplivajo na prezgodnjo umrljivost prebivalstva na podlagi meritve

¹⁹ Sociološki prispevek k proučevanju pojavnosti težav v DZ je v veliki meri, vendar ne izključno, utemeljen v epidemiologiji, predvsem socialni – je pa razmejevanje v tem delu med znanstvenimi (sub)disciplinami težko.

količine bremena bolezni iz umrljivosti in obolevnosti (DALY)²⁰ v Evropski uniji so kar štiri duševne. Unipolarna depresivna motnja je kot vzrok na tretjem mestu (5,6 % vseh DALY), motnje zaradi uživanja alkohola na šestem (3,3 % vseh DALY), samopovzročene poškodbe na enajstem mestu (2 % DALY) in Alzheimerjeve bolezni in druge demence na štirinajstem mestu (2 % DALY). Povprečna stopnja samomorilnosti v Evropi je 10,1 na 100000 prebivalcev, v Sloveniji pa je bistveno višja (18,4 na 100000 prebivalcev) (WHO 2012).

Med odločevalci (v javni politiki) je jasno prisotno stališče, da težave v DZ ne pomenijo le breme posameznika in njegove družine, temveč zaradi razširjenosti prinašajo izgubo in obremenitev za gospodarstvo, socialni, izobraževalni ter kazenski in sodni sistem. Mental Health Economics European Network (MHEEN) ocenjuje, da glede na to, da se letno kar eden od štirih Evropejcev sooča s težavami v DZ, to stane vsako evropsko gospodinjstvo več kot 2.200 evrov letno. Skupne stroške ocenjujejo na 3–4 % BDP, pri tem pa opozarjajo, da je 65 % stroškov posrednih. Ti nastopijo zaradi invalidnosti, zmanjšane produktivnosti, dolgotrajne odsotnosti z dela, nezmožnosti za delo in prezgodnje upokojitve (McDaid in drugi 2008; Jeriček Klanšček in drugi 2009). V Tabeli 2.1 so predstavljene nekatere potencialne ekonomske posledice (področja stroškov) zaradi pojava težav v DZ pri osebi/ v skupnosti.

V primeru iskanja znanstveno konzistentne razlage nastanka težav v DZ in njenih posledic se zdi, kot ugotavlja Kuran (2006, 101), *najprimerneje govoriti o eni sami znanosti, v kateri so discipline pri pojasnjevanju razporejene v smiselne odnose*. V opisih dejavnikov tveganj za pojav težav v DZ je prisotna stalnica, da na (duševno) zdravje ljudi vplivajo dejavniki naravnega okolja (fizikalni, biomehانيčni, biološki in kemični), socio – ekonomski dejavniki (izobrazba in pismenost, zaposlenost in dohodek, družbeni status) in družbene vrednote ter prepričanja (kulturne značilnosti, etične in moralne in sodobne družbene vrednote, veroizpoved, spol kot družbena determinanta) (Zaletel Kragelj, Eržen in Premik 2007, 62–63). Gre za odkrito opozarjanje na možno multivzročnost pojava težav v DZ, kar je težko pojasniti z eno samo etiološko teorijo.

²⁰ DALY (Disability-Adjusted Life Year) je meritev količine bremena bolezni iz umrljivosti in obolevnosti. 1 DALY opišemo kot eno izgubljeno leto zdravega življenja v primerjavi z idealnim stanjem zdravstvenega varstva (WHO 2012). Pri vsoti posamezne količine bremena bolezni v celotni populaciji govorimo o globalnem bremenu bolezni.

Tabela 2.1: Potencialne ekonomske posledice (področja stroškov)²¹ težav v DZ

Perspektiva	Stroški obravnave/oskrbe	Stroški produktivnosti	Drugi stroški
oseba s težavo v DZ	stroški zdravljenja, doplačilo zdravil, stroški psihoterapije, potni stroški zaradi nedostopnosti potrebne pomoči ali napotitve na obravnavo v drug kraj, članarina v NVO	stroški zaradi nezmožnosti za delo, izgubljen prihodek, manjše nadomestilo osebnega dohodka zaradi daljše bolniške odsotnosti, nizka invalidska pokojnina itd.	posredni stroški lajšanja trpljenja, bolečina, prekrški, sodni postopki, zdravljenje stranskih učinkov, poskus samomora, stigmatizacija itd.
družina in prijatelji	stroški neformalne oskrbe, povečani stroški vsakdanjega življenja	stroški odsotnosti z dela, stroški zmanjšane produktivnosti	stroški zaradi obremenitve, psihološke stiske negovalcev itd.
družba/ lokalna skupnost	stroški, povezani s solidarnostnimi akcijami, npr. območnih odborov Rdečega križa, Karitasa, društev upokojencev itd., stroški doplačila zdravstvenega zavarovanja in nekaterih drugih storitev	zmanjšana produktivnost, stroški zaradi zmanjšane aktivne participacije v aktivnostih lokalne skupnosti in v njej delujočih organizacij itd.	stroški zaradi izgube življenj, stroški zaradi zmanjšane kupne moči, stroški organizacije koordinacijskih sestankov itd.
zdravstveno varstvo	stroški zagotavljanja in izvajanja storitev na področju DZ (diagnostika, zdravljenje, zdravstvena nega), stroški povračila potnih stroškov	stroški nadomestila zaradi odsotnosti z dela	stroški zaradi reševanja pritožb uporabnikov storitev in njihovih bližnjih, stroški za delo z mediji
socialno varstvo	stroški zagotavljanja storitev socialnega varstva in lokalnih oblasti (socialno delo, socialni transferji, obravnava v skupnosti, nastanitve, plačilo nagrade zastopnikom pravic oseb s težavami v DZ)	stroški nadomestila zaradi posledične nezaposlenosti, stroški zaposlitvene rehabilitacije	stroški prevozov za terensko delo, stroški projektne dokumentacije za pridobivanje dodatnih projektnih sredstev

Raziskovanje je usmerjeno v proučevanje vpliva različnih dejavnikov (vzrokov), predvsem bioloških (nevrobioloških), psiholoških in socialnih²² na razvoj težav v DZ med akutnim – enkratnim in kroničnim – ponavljajočim (Andlin-Sobocki in drugi 2005, 24; Moussavi in drugi 2007, 857; Wahlebeck in Mäkinen 2008, 3–4; WHO 2008a; Rakovec Felser 2009, 179; Jeriček Klanšček in drugi 2010, 523). Izvajajo se raziskave, katerih odkritja

²¹ V tabeli 2.2 so uporabljeni nekateri podatki, pridobljeni in dopolnjeni iz posameznih pisnih virov (Dawson in Tylee 2001; Suhrcke in drugi 2007; Turk in Albreht 2010).

²² Biološke teorije pojasnjujejo, da so depresivne motnje genetsko pogojene. Psihološki dejavniki za nastanek depresije izhajajo iz povezav med osebnostno strukturo, provokativnimi dejavniki in kliničnim pojavom depresije. Psihoanalitiki pojav depresije še povezujejo s pomanjkanjem materine ljubezni, izgubo matere ali druge pomembne osebe v zgodnjem otroštvu (Ličina 2009, 199) kar pa je po našem mnenju nekoliko vprašljivo. Pri preučevanju socialnih dejavnikov, življenjskih dogodkov in dejavnikov okolja raziskovalci ugotavljajo povezavo med socialnim stresom,²² kroničnim stresom, nižjim socialno ekonomskim statusom in revščino ter pojavom depresije. Omenja se kumulativen, prepletajoč učinek teh dejavnikov. Kores Plesničar (2011, 55) povzema, da so v nekaterih raziskavah povezavo dokazali, v drugih ne, vendar pa meni, da *stresni dogodki vzbudijo določene biološke reakcije, ki jih je težko zaustaviti in lahko spodbudijo depresivni sindrom, predvsem pri genetsko preobčutljivih osebah ali tistih, ki so preobčutljivi na stres*. Prav tako lahko pomembni življenjski dogodki zgodaj v življenju (nasilje) povzročijo pri posamezniku večjo (patološko) občutljivost.

so zaradi omejenosti na eno znanstveno disciplino, gledano globalno, pravzaprav parcialna. Navarro-Mateu (2013) ob tem navaja, da je epidemiologija težav v DZ fascinantno, vendar zelo zapleteno področje raziskav. Priznanje, da sta dednost (narava) in okolje (vzgoja) pomembna za razumevanje etiologije težav v DZ, je privedlo do hitre rasti t. i. GXE²³ raziskav na tem področju (Dunn in drugi 2011).

Proučevanje pojavnosti (vzrok in obseg) težav v DZ na primeru depresije kaže, da je depresija vodilni vzrok invalidnosti, ki vpliva na kar 350 milijonov ljudi. Življenjska prevalenca depresije je sicer 13 % v odrasli populaciji in se bistveno pogosteje pojavlja pri ženskah (17 %) kot pri moških (9 %). Pojavi pa se tudi pri četrtini telesnih bolnikov. Mossavai in drugi (2007) so, da bi proučili povezavo telesnih obolenj s pojavom depresije, analizirali podatke 245 000 ljudi v 60 državah. Ugotovili so, da je depresija od 3 do 7 krat pogostejša pri ljudeh, ki imajo katero koli od kroničnih bolezni kot so: astma, angina, artritis in diabetes. Prevalenca depresije je bila izrazito in dosledno višja tudi pri ljudeh z boleznimi srca, rakom, osteoporozo in po kapi. Zgodnji začetek in kronična narava težav imajo precejšnje posledice zaradi opustitve izobraževanja in s tem zmanjšanje zaposlitvenih možnosti. Posamezniki z manj opornimi socialnimi omrežji statistično pogosteje poročajo o občutjih žalosti, slabe volje in depresivnosti (Kamin in drugi 2009, 87; European Opinion Research Group 2003). V nekaterih študijah poročajo, da je pojavnost depresije pogostejša med pripadniki določenih etničnih skupin (Watt in drugi 2012), druge pa, da glede na obstoječe študije še ne moremo govoriti o dokazanemu vplivu (Albers in Biener 2002; Duncan in Rees 2005).

Posebej močno povezanost pa so dokazali med prevalenco depresije in dolgotrajno brezposelnostjo. Več kot dve tretjini oseb s postavljeno medicinsko diagnozo jih delodajalcu ne razkrije dejanskega vzroka odsotnosti (Sobocki in drugi 2006; Knapp 2008, 8; National Callaborating Centre for Mental health 2010; 26–27; Graaf in drugi 2012; Murray in drugi 2012; Olesen in drugi 2012; Vos in drugi 2012; Lasalvia in drugi 2013). Ob tem pa je potrebno opozoriti na ugotovitve Rodrigueza s sodelavci (2001). Ugotovili so namreč, da upravičenost do državnih prejemkov in njihovo prejemanje dolgoročno vpliva na zmanjšanje simptomov depresije. Moški in ženske, ki kratkoročno ali dolgoročno ne prejema socialnih prejemkov, pa jih potrebujejo, pogosteje poročajo o simptomih depresije. Izobraževanje varovalno prispeva k znižanju stopnje depresije pri obeh spolih, vendar pa je vpliv izobraževanja bistveno višji pri ženskah. Višje izobražene ženske kažejo boljše DZ od višje

²³ Gre za proučevanje sovpilvanja genetskih in okoljskih dejavnikov.

izobraženih moških. Različni sociodemografski dejavniki praviloma vplivajo na stopnjo simptomov depresije drugače med spoloma (Kamin, Berzelak in Ule 2012). Razmerje v pogostosti depresivne motnje med spoloma se ohranja tudi v starosti, razen v zelo visoki starosti (nad 80 let), kjer se razlika nekoliko zmanjša (Djernes 2006).

Ugotovitve ostalih raziskav o pojavnosti težav v DZ in posledic lahko posplošimo in povzamemo v tem, da nikakor ne smemo prezreti opozoril, da osebe s težavami v DZ ne vstopajo (dovolj zgodaj) v obravnavo, predčasno izstopijo iz sistema obravnave (npr. Wittchen in Jacobi 2005, 357; Kamin in drugi 2009, 44), so ogrožene z vidika tveganja za samomor (Ziherl in Pregelj 2009, 560) in se soočajo s stigmo (Barney in drugi 2009; Brown in drugi 2010).

2.1.3 Stigmatizacija na področju duševnega zdravja

Stigmatizacija je sociološki koncept, ki označuje poseben odziv okolja na drugačnost/različnost, stigma pa je opredeljena kot lastnost, ki je za posameznika ali posameznico hudo diskreditirajoča in temelji na predsodkih in stereotipih.²⁴ Težko bi našli primernejšo definicijo stigme, kot jo je podal Goffman (1963), namreč, da je stigma proces, v katerem reakcija drugih kvari normalno identiteto in produkt družbe, ki jo ta pripiše posamezniku. Nadalje pravi, da se lahko vsakdo kdaj znajde v situaciji, ko se zaradi kakšne značilnosti počuti stigmatiziran, se pa mora v taki situaciji znajti tako, da ni ogrožena njegova identiteta. Goffmanova razlaga identitete je, da je ta nenehno odprta za različne krizne situacije in konfliktna razmerja, ki se permanentno ponavljajo. To seveda spremeni tudi samo razmerje med normalnostjo in nenormalnostjo. Po njegovem je namreč to razmerje izrazito relativno in odvisno od socialnega konteksta. Po Goffmanu (1986, v Nastran Ule 2000, 185) osebe s težavami v DZ sprejemajo prevladujoče norme, zato se soočajo z občutkom sramu. Kot zaznamovane pa posledično izbirajo tri strategije: skrivanje lastne manjvrednosti, poskus zmanjševanja zaznamovanosti, ali se odločijo za umik iz socialnega življenja (Bezenšek in Berle 2007, 104). Bettelheim (1980, v Nastran Ule 2000, 185) lepo opiše, da stigmatizirajoče pripisovanje najprej ustvari simbolno mrežo, ki ne dopušča upora, negacije, zavračanja

²⁴ Predsodki in stereotipi so nepreverjena in neutemeljena stališča do posameznih skupin prebivalstva in predstavljajo način izražanja socialnih kategorizacij. Sicer predsodki izvirajo iz stereotipov – vnaprejšnjih sodb ljudi zaradi nekih vidnih znakov na oblikovanih domnevah o teh skupinah ljudi. Nastran Ule (1999) jih označuje kot kognitivne sheme, ki poenostavijo in organizirajo posameznikovo videnje sveta, temeljijo na napačnih informacijah in so spremljani z močnimi čustvi, ki jih je zelo težko spreminjati. Delujejo lahko skozi pet stopenj: ogovarjanje, izogibanje, diskriminacija, nasilje ali celo genocid, k njihovem nastajanju pa pripomorejo spremenjeni ekonomski pogoji, politični dejavniki in mediji.

stigme, kar končno povzroči delno ali popolno sprejemanje stigme pri osebi in identifikacijo z agresorjem. Nato pa ta identifikacija služi kot dokaz za resnično manjvrednost, nedoraslost stigmatiziranih oseb, s čimer pa se dalje opravičuje ves sistem. Pripisovanju stigme naj se posameznik ne bi mogel izogniti. Ugotovljeno pa je tudi, da stigmatizacija utrjuje osebi marginaliziran položaj, kar pomeni, da ga potiska v položaj nedoraslega posameznika, kar se prekine šele tedaj, ko izginejo odnosi moči in podrejanja (Nastran Ule 2000, 184–185), kar potrjuje nujnost krepitve moči oseb s težavami v DZ.

Na področju DZ stigma izhaja iz stereotipnih predstav o nevarnosti in nekompetentnosti ljudi s težavami v DZ, na katerih temeljijo predsodki o nevarnem in nepredvidljivem vedenju, kar predstavlja nevarnost za njihovo diskriminacijo. Na podlagi (nezavednih) stališč, prepričanj dokazano vpliva na izid zdravljenja ter kakovost življenja oseb s težavami v DZ. Stereotipi, predsodki jih namreč lahko prikrajšajo za pomembne življenjske priložnosti in jim onemogočijo doseganje lastnih ciljev, predvsem zaradi posledične socialne izolacije, nizke samopodobe, omejenih življenjskih možnosti za stanovanje in zaposlovanje ter zamude pri iskanju ustrezne pomoči (Thornicroft in drugi 2007; Švab 2009, 19–21; Kuhar 2010; Aroma in drugi 2011). Prihaja do občutenja javnega ponižanja – stereotip zavesti (prepričanje udeležencev, da so ljudje na splošno stigmatizirani v družbi), osebno stigmatizacijo – stereotip odgovora (udeleženceva osebna prepričanja o težavah v DZ) in samostigmatizacijo (pogled udeležencev na lastno težavo v DZ). Pogost primer pojava pričakovane stigme je strah pred obiskom zdravnika (psihiatra), saj se bojijo, da jih bodo po diagnozi njihovi znanci drugače obravnavali (Thornicroft in drugi 2007). Obstajajo dokazi, da različne težave v DZ tvorijo različne vzorce stigmatizacije in diskriminacije z različnimi posledicami pri tistih, ki so prizadeti, in pri njihovih bližnjih (Crisp in drugi 2000; Link in Phelan 2001; Corrigan 2004).

Empirični podatki o učinkih stereotipizirajočega prepričanja pri izvajalcih s področja DZ pri vključevanju oseb ob pojavu težav v DZ v obravnavo, kažejo o tem, da imamo o teh procesih že znanstveno preverjene informacije. V nekaterih raziskavah so povezavo dokazali (Barney in drugi 2009), v drugih ne (Jorm 2000; Ng in drugi, 2008). Lauber in drugi (2006) so primerjali prisotnost stereotipov med osebami s težavami v DZ in strokovnjaki za DZ v nemško govorečem delu Švice. Pri tem so kot spremenljivke uporabili negativne (nepredvidljiv, razmršen, čuden, grozen, nevaren, prestopnik, neumen, nekdo, ki grozi, nenormalen) in pozitivne stereotipe (ustvarjalen, visoko usposobljen, simpatičen, bister, šarmanten, družaben, razumen, avtonomen, zdrav). Ugotovili so, da v prisotnosti stereotipiziranih prepričanj ni razlike med splošnim prebivalstvom in strokovnjaki za DZ. Medicinske sestre so sicer manj stigmatizirale od psihiatrov ter bolj od psihologov. Ugotovili

so tudi, da imajo poklicno ozadje, delovne izkušnje in opredeljene neodvisne spremenljivke, npr. starost, spol, delovne izkušnje, le malo vpliva na prisotnost stereotipov v posameznikovih stališčih in prepričanjih, kar bi bilo lahko izhodišče za nove raziskave na tem področju.

Dein in drugi (2007) navajajo, da imajo v jugovzhodni Angliji zdravstveni delavci pozitivnejši odnos pri tistih osebah s težavami v DZ, ki se lahko pozdravijo, kot do tistih, ki so odvisni, so pogosti povratniki in imajo kronične težave. Zanimive pa so tudi ugotovitve Aromaa (2011), ki v presečni študiji v populaciji na Finskem (N = 5160), v kateri so merili prepričanja o ljudeh z težavami v DZ na primeru depresije, njihovi odgovornosti za pojav bolezni in vstop v obravnavo ter odnos do antidepresivov, ugotavlja, da ljudje z depresijo kažejo več tolerance do ljudi z ostalimi težavami v DZ ter glede uporabe antidepresivov od tistih, ki nimajo težav v DZ.

Programi za zmanjševanje stereotipiziranih ravnanj in stigme so, kot ugotavljajo Quinn in drugi (2014), na področju DZ največkrat splošne narave, zato je znanje za razvoj programov, ki zmanjšujejo stigo proti osebam s težavami v DZ, omejeno. Pri ukrepanju se je kot uspešna pokazala strategija spodbujanja stika, ki temelji na spreminjanju negativnih mnenj in odnosov prek neposrednega stika s stigmatiziranimi osebami (Couture in Penn 2003). Kot ciljno usmerjene programe za osebe s težavami v DZ na primeru depresije so v vzorcu 18 držav Evropske unije, med njimi tudi Slovenije, prepoznali 26 programov. Izpostavljajo, da so med uporabljenimi pristopi predvsem različne oblike izobraževanja, vendar v zelo omejenem obsegu vključujejo komponento pozitivnega osebnega stika, čeprav so tudi Corrigan in drugi (2002) dokazali, da pozitivni osebni stik v izobraževanju vodi k zmanjšanju stigmatizacije. Smiselno bi bilo nadgraditi vedenje na tem področju z novimi raziskavami, da bi se lažje načrtoval razvoj skupnostne skrbi za DZ in za osebe s težavami v DZ.

V Sloveniji podatkov, kako velik je problem stigmatizacije, ni veliko. Sicer so bile v Sloveniji izvedene mednarodne raziskave o diskriminaciji in posledicah stigmatizacije ljudi z diagnozo shizofrenija (Ücok in drugi 2012) ter tudi o antistigmatizacijskih programih, povezanih z depresijo (Quinn in drugi 2014). Skupna stopnja diskriminacije v Sloveniji je primerljiva z vsemi drugimi državami. Nakazujejo se razlike v večji diskriminiranosti pri sklepanju/ohranjanju prijateljstev, ustvarjanju družine, nastanitvi, zaposlovanju, pridobivanju socialne pomoči/invalidske pokojnine in pri pridobivanju/ohranjanju vozniškega dovoljenja. Osebe se počutijo manj diskriminirane pri izobraževanju, glede osebne varnosti in zaščitenosti, glede poroke/ločitve in glede možnosti za izvajanje starševskih nalog, kar je predstavljeno tudi v Resoluciji o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014–2018 (predlog) (2014), ki prisotnost stigme obravnava glede na tri starostne skupine:

- (1) Pri otrocih in mladostnikih se največkrat težave minimalizira z enostavnimi razlagami – krivo je razvojno obdobje, puberteta, čeprav je v ozadju pogosto prav strah pred stigmatizacijo. Obisk v ambulanti strokovnjaka s področja DZ pogosto doživljajo negativno tako otroci kot njihovi svojci.
- (2) Pri odraslih je stigma izražena skozi izključevanje iz življenja v skupnosti, težav pri pridobivanju in ohranjanju stanovanja, pri zaposlovanju in ohranjanju zaposlitve, pri pomanjkanju dohodkov in prikrajšanosti v družabnih stikih ter vključenosti v mreže v skupnosti.
- (3) Pri starostnikih stigma izhaja že iz same starosti ('neproduktiven del družbe, ki samo povečuje stroške'), zato so starejši s težavami v DZ dvakratno stigmatizirani.

Poskus pojasnjevanja procesov stigmatizacije nakazuje, da gre za kompleksen pojav, ki ga je smiselno vzeti pod drobnogled, saj predstavlja možno oviro za vstop oseb s simptomi težav v DZ v obravnavo, da bi bil dosežen napredek v skupnostni skrbi in krepitvi moči oseb s težavami v DZ. Ni še popolnoma jasna vloga referenčnih ambulant in centrov za zdravje, ki so nova pridobitev v sistemu zdravstvenega varstva v Sloveniji (Poplas Susič in drugi 2013), novih profilov strokovnjakov v podporni mreži na področju DZ ter tudi vloga izobraževalnega sistema. Obstoječi programi destigmatizacije pri dosedanjih izvajalcih – NVO s področja DZ terjajo prenovo, pa verjetno tudi medsebojno usklajevanje z drugimi deležniki v podporni mreži na področju DZ.

2.2 Skrb na področju duševnega zdravja in koncept krepitve moči

Sociološki pogled na skrb se nanaša na razumevanje s skrbjo povezanih pojmov in procesov. Težišče proučevanja je usmerjeno na osebe, ki imajo formalno odgovornost za ravnanje z DZ in težavami v DZ: na psihiatre in širšo skupino drugih strokovnjakov za DZ, kot so klinični psihologi, psihiatri socialni delavci in psihiatrične medicinske sestre. Pomen sociološkega dela ne leži le v analizi spreminjanja moči strokovnjakov za DZ, temveč tudi v razumevanju, kako njihove dejavnosti in prakse oblikujejo storitve na področju DZ. Problemi (duševnega) zdravja dejansko nikoli niso le problemi posameznika, pač pa v isti meri vselej problemi sistema (Kamin 2006), kar pomeni, da je odgovornost skrbi za (duševno) zdravje stvar dveh akterjev: posameznika in družbe, oz. države. Skrb kot pomembno razsežnost vsakdanjega življenja ne v praktičnih in ne v moralnih razsežnostih ne moremo omejiti na zasebno sfero, temveč jo moramo razumeti tudi politično (Sevenhuijsen in Švab 2003, 7).

Pahor (2003, 77) se sprašuje, ali lahko skrb, ki izvorno poteka v neposrednih stikih med ljudmi v tistem delu družbenega prostora, ki ga Habermas (1997) imenuje svet življenja, sploh preživi v obstoječem sistemu. Radcliffe-Brown (v Adam in Tomšič 2004, 193) govori o funkciji posameznega družbenega ravnanja, kamor se lahko uvršča tudi lastna odgovornost za DZ in delovanje v profesionalni vlogi izvajalca skrbi na področju obstoječe strukture skrbi za DZ. Giddens (2003, 175–181) poudarja, da vsaka struktura pomeni za akterje omejitve pri njihovem ravnanju, hkrati pa pomeni vir, ki omogoča delovanje. Strukture in institucije niso objektivno dane, ampak jih ljudje skozi vsakdanje prakse vzpostavljamo, reproduciramo in tudi spreminjamo, hkrati pa te strukture povratno vplivajo na naše vsakodnevno delovanje. Proučevanje skrbi na področju DZ je torej usmerjeno s ciljem izboljšati obstoječe stanje.

Naš pristop k proučevanju upošteva, da krepitev moči oseb s težavami v DZ preko skrbi izhaja iz dialoga med razumevanjem socialnega modela moči in etike skrbi temelječe na razumevanju skrbi. Morris (1997, 54) konceptualizira skrb v moči neravnovesja med 'invalidi' (osebami s težavami v DZ) in izvajalci. Čeprav ob skrbi najprej pomislimo na osebe, ki skrb potrebujejo (bolni, otroci, starejši, invalidi), je skrb pravzaprav veliko več. Skrbeti za nekoga vključuje spodbujanje k aktivnosti, k izražanju potreb, ustvarjanju priložnosti izbire v odločanju. Gre za ustvarjanje svojevrstnega odnosa, ki temelji na zaupanju kot logični posledici odgovornosti v delovanju, za partnerski odnos. Ob tem gre, glede na potrebe v ozadju, za medsektorski pristop z namenom, da se vzpostavijo okoliščine za celostno skrb (Zupančič 2011) ter za večrazsežnostni pristop, z namenom, da se vzpostavijo okoliščine za upoštevanje bio – psiho – socio – duhovno – kulturnih perspektiv potreb osebe. Zatorej je potrebno na potrebe osebe kot 'prejemnika pomoči' ali uporabnika storitev gledati v kontekstu njene osebnosti kot celote, znotraj njenega družbeno – kulturnega okolja ter njegovih virov za zdravje in kakovost življenja, vendar o tem več v nadaljevanju. To je v sozvočju z navajanjem Muska (2010), ko trdi, da celovitost obravnave temelji na upoštevanju posameznika kot osebnosti z organiziranim sistemom psihofizičnih lastnosti. Brečko (2010) ob tem pojasnjuje, da distinktivnost (različnost obnašanja) in individualnost sodita k najpomembnejšim določilom osebnosti, kar povzroča, da se različni posamezniki odzivajo različno na iste situacije in da se isti posamezniki pogosto odzivajo podobno na različne situacije. Pri tem pa meni, da so v procesu skrbi predpogoj za kakovostno pomoč tri kompetence udeleženih:

- vedeti, kako: obsega spretnosti in znanja, ki so bila pridobljena z izobraževanjem, usposabljanjem in delom. Ta kompetenca se ves čas razvija in predstavlja naš intelektualni kapital,

- vedeti, zakaj: dotika se osebnih vrednot, osebne identitete in iskanja globljega smisla v aktivnostih, kar predstavlja kapital in ima tudi močno motivacijsko vlogo),
- vedeti, kje: pomembna je informiranost o tem, kdo nudi potrebno pomoč, sposobnost navezovanja in vzdrževanja dobrih odnosov ter ustvarjanja socialnih mrež na formalni in neformalni ravni znotraj organizacije, intra – in medsektorsko.

2.2.1 Družbena in individualna odgovornost na področju duševnega zdravja

Skrb za DZ je zaradi visoke pojavnosti težav v DZ in sekundarnih posledic področje posebnega javnega pomena. V prizadevanjih za delovanje na družbene dejavnike zdravja je DZ eden izmed strateških ciljev politike Evropske unije (Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje 2008, 3), zato se mednarodna in nacionalna prizadevanja za mreženje²⁵ na ravni politik, zakonodaje in služb za DZ povečujejo (WHO 2013). Odnos države do (duševnega) zdravja svojih prebivalcev (politika zdravja) in organiziranost sistema varovanja njihovega zdravja, je namreč najpomembnejša determinanta DZ prebivalcev v posamezni državi. Države k problematiki DZ pristopajo različno, kar dokazujejo ugotovitve Svetovne zdravstvene organizacije v okviru projekta Atlas (WHO 2011). V okviru projekta so pri proučevanju politike DZ in organiziranosti sistema skrbi na področju DZ vključili 184 držav, kar predstavlja 98 % svetovne populacije (glej Tabela 2.2).

Na podlagi analize ugotovitev projekta Atlas (WHO 2011) je mogoče razbrati, da se te nanašajo predvsem na negativni del kontinuuma DZ, torej na ukrepe ob pojavu težav v DZ in na sistem zdravstvenega varstva in ne na celotni kontinuum DZ (torej na promocijo DZ) in sistem celotne podpore osebam s težavami v DZ. Na eni strani v Evropi področje DZ urejajo številni dokumenti, kot so npr. Zelena knjiga o duševnem zdravju: pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko Unijo (2005), Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje (2008), Resolucija za duševno zdravje (2009) in Evropski akcijski plan za duševno zdravje (The European Mental Health Action Plan 2013), ki z zastavljenimi smernicami in cilji usmerjajo države Evropske unije k ukrepanju, vendar pa je, kot kažejo ugotovitve, ukrepanje premalo usmerjeno v dejansko udeležanje politike promocije DZ. Glede na jasne politične normativne usmeritve se pojavlja vprašanje, zakaj prihaja do take diskrepance v izvajanju v smer negativnega dela kontinuuma DZ. Gre za konflikt, kontradikcijo sistema.

²⁵ Pri tem je mreženje razumljeno kot ustvarjanje, ohranjanje in uporabljanje kontaktov – tako med ljudmi kot med organizacijami s skupnim interesom.

Tabela 2.2: Atlas duševnega zdravja v svetu – nekateri vidiki

Področje	Ugotovitve
Politika DZ	<ul style="list-style-type: none"> - namenska politika prisotna v 60 % državah sveta, kar zajema približno 72 % vsega svetovnega prebivalstva, nekoliko pogosteje je sicer prisotna v državah z višjimi prihodki, - 45 % držav ima za področje DZ posebno zakonodajo, - v treh četrtinah držav so prisotni nacionalni programi za DZ, v 80 % so bili ti programi od leta 2005 že posodobljeni. Finančna sredstva za izvedbo teh programov imajo samo v 55 % držav, kar so v 76 % zagotovili s premikom financiranja iz bolnišnic v skupnost, - kar 88 % držav poudarja pomen vključevanja področja DZ v primarno zdravstveno varstvo.
Financiranje področja DZ	<ul style="list-style-type: none"> - globalni izdatki s področja DZ na prebivalca znašajo 1,63 USD (1,17 EUR) in so 200-krat višji v državah z visokim bruto nacionalnim dohodkom na prebivalca na leto kot v državah z nizkim bruto nacionalnim dohodkom na prebivalca, - v deležu izdatkov za zdravstvo države za DZ namenjajo od 0,5–5,1 %. Večji delež za DZ namenjajo bogatejše države.
Delovanje služb na področju DZ	<ul style="list-style-type: none"> - v 28 % držav so se zdravniki udeležili dodatnih izobraževanj s področja DZ, - medicinske sestre so se dodatno izobraževale predvsem v državah z nižjim dohodkom, saj v teh državah tudi medicinske sestre predpisujejo recepte za zdravila, v državah z visokimi dohodki pa to ni njihova kompetenca, - v nekaterih državah temeljijo sistemi skrbi za DZ samo na skupnostni obravnavi (Islandija, Italija, Švedska), - postelje v psihiatričnih bolnišnicah predstavljajo skoraj dve tretjini (62 %) vseh razpoložljivih postelj za osebe s težavami v DZ, 21 % jih je v splošnih bolnišnicah in 16 % v drugih stanovanjskih objektih, - v 32 % držav večina organizacij zagotovi tudi spremljanje oseb s težavami v DZ v skupnosti, vendar pa pri tem obstaja velika variabilnost (50 % v državah z visokim dohodkom), - število postelj v psihiatričnih bolnišnicah se giblje od 0,9–39,4 postelje na 100.000 prebivalcev. Povprečje je 7,04. Psihiatrični oddelki v splošnih bolnišnicah so prisotni v 85 % držav. V povprečju je število postelj v bolnišnicah 1,4 na 100.000 prebivalcev, v Evropi 2–13,6/100.000 prebivalcev, - najvišja raven izdanih zdravil za vedenjske in čustvene motnje je v Evropi.
Človeški viri na področju DZ	<ul style="list-style-type: none"> - v 30 % držav večina ali vsi psihiatri delajo izključno v psihiatričnih bolnišnicah, v 24 % držav manj kot četrtina vseh psihiatrov v državi dela v psihiatričnih bolnišnicah, v 9 % držav psihiatri delujejo izključno v zasebni praksi, v zasebni praksi sicer lahko delujejo psihiatri v 64 % držav, - povprečno na področju DZ deluje 5,8 medicinskih sester na 100.000 prebivalcev in so najštevilčnejša poklicna skupina, - v 45 % držav, kjer delujejo združenja uporabnikov storitev, je prisotno rutinsko sodelovanje uporabnikov pri oblikovanju in izvajanju politike DZ na nacionalni ravni, v 22,5 % je sodelovanje manj rutinsko, v 22,5 % držav pa ni nobenega sodelovanja.
Informacijski sistem	<ul style="list-style-type: none"> - večina držav zbira podatke na področju DZ o osebah, ki so se zdravili v psihiatričnih bolnišnicah, splošnih bolnišnicah, ambulantah. Manj držav zbira podatke o psihiatričnem zdravljenju v osnovnem zdravstvenem varstvu in v različnih institucionalnih stanovanjskih skupnostih/namestitvah.

Vir: World Health Organization (2011).

Znanstvene raziskave so usmerjene v raziskovanje pogojev za zagotavljanje kakovosti življenja (Janardhana in Naidu 2012) in preseganje geografskih, ekonomskih, socialnih in kulturnih ovir pri dostopu do storitev za DZ (Zanjani in Rowles 2012). Razumevanje in odpravljanje socialnih neenakosti v zdravju na osnovi rasne in etične pripadnosti ter socialnih in ekonomskih okoliščin sta v zadnjih desetletjih med drugim postala dva izmed ključnih ciljev javnozdravstvene politike in raziskovanja po svetu (npr. Marmot 2004). Nove oblike

družbene neenakosti so manj strukturirane v terminih razrednih ali slojnih razlik in jih zaznamo v bolj osebnostnih in psiholoških pojmi (Nastran Ule 2000, 48). Če je bila prej revščina 'usoda razreda', je sedaj postala individualizirana, osebna usoda (Beck 1998). Neenakosti v zdravju izhajajo tudi iz razlik v dostopnosti do storitev. V raziskavi organiziranosti in delovanja javne zdravstvene službe in NVO na področju DZ v Sloveniji so te dokazane (Jeriček Klanšček in drugi 2009, 105)

Zanimiv je model dostopa do storitev, kjer je dostop do storitev opredeljen kot splošni koncept, ki opredeljuje stopnjo ujemanja med uporabniki in sistemom oz. ponudbo storitve. Sestavljen je iz petih razsežnosti (Penchansky in Thomas 1981; Hlebec in Filipović Hrast 2015, 53):

- (1) zaloga ali razpoložljivost storitev (*angl. availability*) označuje razmerje med količino in vrsto obstoječih in ponujenih storitev in virov ter količino in vrsto potreb uporabnikov; kaže na ustreznost celotne ponudbe storitev,
- (2) stopnja dostopnosti ali prostorska dostopnost (*angl. accessibility*) označuje geografsko dostopnost storitev glede na razdaljo med uporabnikom in storitvijo, možnostjo prevoza do storitve in podobno,
- (3) ustreznost organiziranosti (*angl. accommodation*) označuje primernost organiziranosti storitve in sprejem uporabnikov (npr. sistem naročanja, delovni čas, možnosti parkiranja, telefonske storitve ipd.) ter možnost uporabnikov, da se temu sistemu prilagodijo in ga sprejmejo kot primerne,
- (4) cenovna dostopnost (*angl. affordability*) označuje razmerje med ceno storitev (polno oziroma neposredno plačano s strani uporabnika skupaj z dodatnimi pogoji, kot je zavarovanje) ter uporabnikovim dohodkom oz. zmožnostjo plačila. Vključuje tudi mnenje uporabnikov o cenovni primernosti storitve,
- (5) raven sprejemljivosti (*angl. acceptability*) pa meri razmerje med tem, kako uporabniki vrednotijo osebne značilnosti izvajalcev storitev ter izvajanje storitev, pa tudi, kako izvajalci doživljajo lastno sprejemljivost.

Model dostopa do storitev upošteva tri razsežnosti oz. skupine dejavnikov, ki opredeljujejo uporabo storitev:

- (1) dispozicijski dejavniki; te lahko razdelimo na individualne dejavnike (starost, zdravstveno stanje, spol, zakonski stan) in družbenostrukturne dejavnike (izobrazba, poklic, kraj bivanja, tip družine ter prepričanja in verovanja glede zdravja, zdravstvenih storitev),
- (2) posredujoči dejavniki, ki jih delimo na družinske dejavnike (družinski dohodki, obstoj in dostopnost vira oskrbe) in skupnostne dejavnike (obstoj in količina zdravstvenih ustanov v

skupnosti, stopnja urbaniziranosti, ter organizacijske dejavnike, kot so način organizacije storitev in značilnosti izvajalcev),

(3) potrebe: sem sodijo zaznani in diagnosticirani simptomi bolezni oz. težav v DZ.

Raziskave so usmerjene tudi v problematiko zagotavljanja kontinuirane zdravstvene obravnave s pomočjo interdisciplinarnega timskega pristopa (Lancet Global Mental Health Group 2007) ter možnostim za preseganje institucionalnih, strokovnih, regulativnih, kompetenčnih ovir in ovir z vidika pristojnosti za posredovanje (Bjerkan in drugi 2011; Suter in Armitage 2011). Za teoretično osnovo v proučevanju se uporablja tudi dela Foucaulta (1977; 1980) in Habermasa (1984), saj pomagajo razumeti učinek hierarhične moči in vpliv komunikacije v vodenju organizacij za spremembo od ponudnika storitev do akterja skupnostne skrbi.

V Sloveniji je bil na nacionalni ravni sprejet Zakon o duševnem zdravju (2008), ki ureja sistem zdravstvene in socialnovarstvene skrbi na področju DZ, nosilce dejavnosti in pravice oseb med zdravljenjem. Pripravljena je tudi Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014–2018 (predlog 2014), kjer je jasno poudarjeno, da skrb za DZ *ni le stvar zdravstvenega sektorja, ampak vseh sektorjev in politik*, ker na zdravje ljudi vplivajo dejavniki naravnega okolja, socio – ekonomski dejavniki in družbene vrednote ter prepričanja (Zaletel Kragelj in drugi 2007, 62–63), kar presega okvire odgovornosti zdravstvenega sektorja. Prisotna pa je tudi spodbuda raziskovalcem za 'proučevanje skrbi' na področju DZ (Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije 2015).

2.2.2 Formalna in neformalna podporna mreža na področju duševnega zdravja

Sistem skrbi za DZ lahko opišemo kot strukturo institucij in vseh dejavnosti, katerih osnovni namen je spodbujati, ohranjati in obnoviti DZ. V javno podporno mrežo izvajalcev, ki izvajajo programe in storitve za DZ v Sloveniji, so po ZDZdr (2008, 4. čl.) uvrščeni izvajalci psihiatričnega zdravljenja, socialnovarstvenih programov in storitev, nadzorovane obravnave ter obravnave v skupnosti. Delujejo v polju med zdravstvenim in socialnim ter omogočajo nepretrgano promocijo in krepitev DZ, diagnostiko, zdravstveno obravnavo, zdravstveno nego, nastanitev, zaposlitev ter socialno podporo in vključitev (glej Tabela 2.3).

Tabela 2.3: Formalna mreža izvajalcev programov in storitev za DZ

Identificirani akterji (izvajalci)	Aktivnosti
<ul style="list-style-type: none"> • psihiatrične bolnišnice ali psihiatrični oddelki splošnih bolnišnic. 	<ul style="list-style-type: none"> - akutna bolnišnična obravnava v bolnišnici – hospitalizacija, - izvajanje zdravljenja v bolnišnici – dnevni oddelek.
<ul style="list-style-type: none"> • akterji skupnostne obravnave za osebe z težavami v DZ. 	<ul style="list-style-type: none"> - izvajanje obravnave v skupnosti (koordinator obravnave v skupnosti), - izvajanje nadzorovane obravnave v skupnosti (koordinator nadzorovane obravnave), - izvajanje intenzivne obravnave v skupnosti (multidisciplinarni skupnostni timi – SPO), - zdravstvena obravnava na domu in skupina za krizne in nujne posege.
<ul style="list-style-type: none"> • psihiatrične ambulante in psihiatrične ambulante s koncesijo za opravljanje zdravstvene dejavnosti. 	<ul style="list-style-type: none"> - ambulantno zdravljenje in spremljanje pacientov z motnjami v DZ.
<ul style="list-style-type: none"> • kliničnopsihološke ambulante, • ambulante za klinično psihologijo s koncesijo za opravljanje zdravstvene dejavnosti. 	<ul style="list-style-type: none"> - diagnostika in zdravljenje duševnih motenj, - psihološko svetovanje in psihoterapevtske obravnave, - izvajanje promocije in preventivne ter zgodnje odkrivanje bolezni in stisk.
<ul style="list-style-type: none"> • specializirane službe za motnje hranjenja, dvojne diagnoze, rezistentne čustvene motnje, • specializirane službe za otroke in mladostnike, • specializirane službe za starostnike ter druge ranljive skupine ter specializirane službe za zgodnje posege. 	<ul style="list-style-type: none"> - diagnostika in zdravljenje motenj, - diagnostika in zdravljenje motenj, kjer je čas med začetkom bolezni in začetkom zdravljenja zelo pomemben.
<ul style="list-style-type: none"> • zdravstveni domovi (osnovno zdravstveno varstvo in specialistične ambulante), • ambulante medicine dela, • referenčne ambulante. 	<ul style="list-style-type: none"> - prepoznavanje duševnih motenj in poslabšanj ter triažiranje, - nudenje medicinske pomoči in napotitve na specialistične preglede in preiskave, - napotitve na prostovoljno in neprostovoljno zdravljenje, - svetovanje, promocija zdravega življenjskega sloga in preventiva kroničnih nenalezljivih bolezni.
<ul style="list-style-type: none"> • službe zdravstvene nege in patronažne službe, • službe za promocijo zdravja in zdravstvene vzgoje (preventivni kabinet). 	<ul style="list-style-type: none"> - prepoznavanje duševnih motenj in poslabšanj ter triažiranje, izvajanje zdravstvenih preventivnih in kurativnih posegov (aplikacija terapije) in kontinuirano spremljanje pacientov, - izvajanje podpornih intervencij za posameznike in njihove bližnje, - zdravstvena vzgoja, promocija, preventiva ...
<ul style="list-style-type: none"> • Nacionalni inštitut za javno zdravje z območnimi enotami. 	<ul style="list-style-type: none"> - izvajanje programov promocije zdravja in varovanje DZ aktivnega prebivalstva, zbiranje in analiza statističnih podatkov.
<ul style="list-style-type: none"> • organizacije za opravljanje socialnovarstvenih storitev, • centri za socialno delo, • pravne in fizične osebe s koncesijo ali z dovoljenjem za delo za opravljanje socialno varstvenih storitev. 	<ul style="list-style-type: none"> - pomoč v skladu s <i>Katalogom javnih pooblastil</i>, - pomoč na domu.
<ul style="list-style-type: none"> • javni socialnovarstveni zavodi z varovanimi oddelki, • posebni socialno varstveni zavodi. 	<ul style="list-style-type: none"> - različne stopnje podpore v mreži nastanitvenih služb.
<ul style="list-style-type: none"> • NVO, ki delujejo na področju DZ, • dnevni centri in svetovalno – informativne pisarne. 	<ul style="list-style-type: none"> - svetovanje, samopomoč in izobraževanje, - vodenje dnevnih centrov, pisarn za svetovanje, stanovanjskih in bivalnih skupin, - vodenje treningov socialnih in življenjskih spretnosti, delo z družinami, - pomoč in podpora pri učenju in študiju in organizacija pristočasnih dejavnosti, - izvajanje programov zaposlitvene rehabilitacije, socialne vključenosti, - usposabljanje za delo v centrih s podporno zaposlitvijo, - storitve informiranja (telefonsko, internetno informiranje, informativne zloženke), - promocijska in preventivna dejavnost in izvajanje protistigmatizacijskih programov.
<ul style="list-style-type: none"> • rehabilitacijski in zaposlitveni centri, zavodi. 	<ul style="list-style-type: none"> - zaposlovanje in izvajanje programov zaposlitvene rehabilitacije, - skupine za samopomoč, - nastanitvena podpora za osebe s težavami v DZ.

Vir: Povzeto po Zakonu o duševnem zdravju (2008, 4. čl.); Švab (2012, 33–34); Dernovšek in drugi (2011, 73–120).

V sistemu zdravstvenega varstva v državi za potrebe prebivalcev deluje 6 psihiatričnih bolnišnic/psihiatričnih oddelkov s skupno 1397 posteljami in 1350 zaposlenimi (Statistični zdravstveni letopis, 2013), torej 1 postelja na približno 1475 prebivalcev. Psihiatrične bolnišnice izvajajo obravnavo tudi izven institucij. Pod njihovim okriljem lokalno delujejo

koordinatorji nadzorovane obravnave, ki spremljajo in koordinirajo obravnavo oseb na predlog psihiatričnih bolnišnic na podlagi sklepa sodišča (ZDZdr 2008, 80. čl.), in timi intenzivnega zdravljenja v skupnosti (Assertive Community Treatment – ACT), ki zagotavljajo intenzivno vodenje in spremljanje oseb s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo ter jim pomagajo pri razvijanju veščin in spretnosti za samostojno življenje v skupnosti (Jerič 2011, 7). Jeseni 2013 so lokalno v okviru štirih zdravstvenih domov pilotsko pričeli z delovanjem tudi prvi štirje timi skupnostne psihiatrične oskrbe (SPO), kjer se pri obravnavi osebe v tim združujejo psihiater, diplomirana medicinska sestra, delovni terapevt, psiholog in socialni delavec (Švab 2013b).

V okviru sistema socialnega varstva se v lokalnih skupnostih na podlagi ZDZdr (2008) od leta 2010 uveljavlja 25 koordinatorjev obravnave v skupnosti, ki so zaposleni na Centrih za socialno delo. Ti se umeščajo v že obstoječo podporno mrežo v lokalnih skupnostih, kjer skupno deluje 171 NVO (neprofitnih zasebnih organizacij). Z osebami s težavami v DZ se srečujejo tudi številne druge institucije, kot so sodišča,²⁶ policija,²⁷ zavod za zaposlovanje, zavod za oskrbo na domu, javni stanovanjski sklad, itd. (Udovič 2013, 28), upravne enote in občinska uprava. Vključujejo pa se lahko tudi različni zastopniki njihovih pravic, ki delujejo v okviru različnih institutov, vsak s svojimi zakonsko opredeljenimi pooblastili (glej Tabela 2.4).

Vpliv na osebo s težavami v DZ ima tudi neformalna opora, ki se vključuje v formalno podporno mrežo (svojci, sosedge, prijatelji in člani interesnih združenj). Omrežja socialne opore predstavljajo samo en vidik povezanosti med ljudmi (Filipović 2007,162). Habermas (1984) meni, da povezanost posameznikov lahko opazujemo na podlagi solidarnosti, norm in medosebnih vezi. Tönnies (1999, 254) govori o štirih dihotomijah, ki se nanašajo na človekovo podporno razmerje do druge osebe: znanstvo, naklonjenost, zaupanje in medsebojna odvisnost. Kawachi in Berkman (2001) med drugim ugotavljata, da neformalna podpora omrežja delujejo blažilno, spodbujevalno s pozitivnimi učinki na zdravstveno vedenje in dostopanjem do različnih vrst podpore.

²⁶ Sodišča odločajo o sprejemu osebe na zdravljenje v psihiatrični bolnišnici pod posebnim nadzorom brez privolitve, v obravnavo v varovani oddelek socialnovarstvenega zavoda brez privolitve ali na zdravljenje v nadzorovano obravnavo brez privolitve. Po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije (2004) lahko izreče ukrepe: varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu, ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in obvezno zdravljenje alkoholikov in narkomanov. Odločajo tudi o vseh ostalih zadevah, ki veljajo za vse državljane Slovenije.

²⁷ Policija sodeluje z zdravstvenim osebjem in reševalno službo pri izvedbi zadržanja osebe in odredbi oziroma izvedbi njenega prevoza z reševalnim vozilom do sprejema osebe na zdravljenje brez privolitve (Pravilnik o načinu sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo 2009).

Tabela 2.4: Zastopniki/varuhi pravic oseb s težavami v DZ v Sloveniji

Ime profila	Zakon, po katerem deluje	Institut/organizacija, v okviru katere(ga) deluje
Varuh človekovih pravic	Zakon o varuhu človekovih pravic (1994)	Institut varuha človekovih pravic
Zastopnik pacientovih pravic	Zakon o pacientovih pravicah (2008)	Ministrstvo za zdravje/ Nacionalni inštitut za javno zdravje
Zastopnik pravic oseb na področju duševnega zdravja	Zakon o duševnem zdravju (2008)	Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve/ Psihiatrične bolnišnice in oddelki
Varuh bolnikovih pravic	Sklep o ustanovitvi varuha bolnikovih pravic in njegovih pristojnosti (2000)/ ni nacionalne opredelitve in pooblastil	Imenovanje in delovanje na lokalnem nivoju

Raziskave na področju javnega zdravja so pokazale, da so modeli zdravljenja v skupnosti bolj učinkoviti kot modeli obravnave v bolnišnici, predvsem pa pravo razmerje služb med njima lahko zmanjša število hospitalizacij, število recidivov in krajši čas hospitalizacije oseb s težavami v DZ (Evropska komisija 2013). V nekaterih raziskavah so se pokazale tudi nenamerne posledice deinstitucionalizacije (zmanjševanje možnosti do institucionalne obravnave), ki temeljijo na rezultatih povečane umrljivosti ali pojavu *Revolving Door Syndrome* (Pribe in drugi 2005, 2008; Gafoor in drugi 2010). Shen in Snowdwn (2014) sta v 193 državah preverjala politiko in sistem za področje DZ med letoma 2001 in 2011. Ugotovila sta, da je zelo malo držav doseglo optimalno kombinacijo storitev za DZ ter da ni zlatega standarda za organizacijo sistema varstva na področju DZ.

V raziskavi glede organiziranosti in delovanja javne zdravstvene službe in NVO na področju DZ v Sloveniji (Jeriček Klanšček in drugi 2009, 105) so poleg ugotovitev o ozemeljsko neenakomerni pokritosti s psihiatričnimi službami in razporejenosti zdravstvenih delavcev v mreži ter posledično različni dostopnosti, opozorili na pomanjkljivo sodelovanje med vladnimi in nevladnimi ustanovami (ter drugimi zasebnimi ustanovami). Temu pritrjujejo tudi koordinatorji obravnave v skupnosti, ki delujejo v centrih za socialno delo in se pri uresničevanju ciljev oseb s težavami v DZ srečujejo s pomanjkanjem finančnih sredstev za zagotavljanje plačljivih storitev in slabo razvito mrežo izvajalcev (Udovič 2011, 16). Pri tem se z uvajanjem timov skupnostne psihiatrične obravnave tam, kjer je pokritost in dostopnost do psihiatrične pomoči najslabša, šele začenja (ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje 2013). Zorko in Jeriček Klanšček (2009, 95–99) sta skušali oblikovati bazo NVO, ki delujejo na področju DZ v Sloveniji. Od 171 NVO naj bi jih bilo 11 % namenjenih tudi osebam z depresijo. Ne ugotavljata pa, kako te dopolnjujejo javno podporno mrežo iz vidika krepitve moči oseb s težavami v DZ.

2.2.3 Krepitev moči oseb s težavami v DZ kot namen delovanja podporne mreže

Pregled uporabe koncepta krepitve moči v slovenskem prostoru takoj opozori na terminološko vprašanje, ki se pojavi ob poskusih prevajanja angleške besede *empowerment* (Videmšek 2008, 209). Ta vključuje latinski koren *passé*, iz katerega izhajata besedi *power* (moč) in *freedom* (svoboda) (Berger in drugi 2002, v Lau 2002, 372). Možna prevoda *pooblastitev* in *opolnomočenje* sta zaradi označevanja neenakopravnosti v odnosu nadomeščena s pojmom krepitev moči, katerega pomemben element je brisanje razlik med tistimi, ki zagotavljajo storitve, in tistimi, ki jih prejema (Dragoš in drugi 2008, 37). Mandič (2015) predstavlja kompleksen pogled na opolnomočenje in prepozna številne možnosti za razumevanje in aplikacijo. Strinjamo se, da jedro opolnomočenosti predstavlja samopomoč, kar je eden ključnih ciljev sodobne zdravstvene oskrbe bolezni, ter da se začne z informiranjem in izobraževanjem ter vključuje iskanje informacij o lastni bolezni ali stanju ter aktivnemu odločanju glede zdravljenja. Berlogar (1999, 156) opisuje pet izvorov medosebne moči: legitimna moč (izhaja iz položaja osebe), moč nagrajevanja, moč kaznovanja, ekspertna moč (zaradi posebnega znanja ali obvladovanja posebnih veščin, referenčna moč (temelji na karizmi, osebnem stilu in vedenju), kar je uporabna informacija za krepitev moči oseb s težavami v DZ. Naše videnje sicer ni tako široko, je pa skladno z opisom, da je pridobitev moči proces, kjer se skupine ali posamezniki usposobijo, da spremenijo položaj, ter imajo sposobnosti, sredstva, možnosti in avtoriteto, da to naredijo. Gre za partnerstvo, ki spoštuje in ceni sebe in druge in je usmerjeno k razvoju zaupanja vase in v prihodnost. Posameznik ima moč in svobodo, da izbira, in je zato nosilec odgovornosti za svoja dejanja (Rodwell 1996, v Pahor 2006, 27).

Sicer je pri redukciji *empowermenta* na *krepitev moči* potrebno upoštevati tako individualno kot družbeno dimenzijo. Razumeti ga moramo kot proces in ne kot izid. Izraz je intenzivno v uporabi in se nanaša na širok razpon zelo različnih procesov in praks. Uporabljal naj bi se tudi v povezavi z vsako vrsto družbenega angažiranja. Krepitev moči skupnosti je opisan kot proces, ki vključuje nenehne spremembe v razmerjih moči med različnimi posamezniki in družbenimi skupinami v družbi. Je lahko rezultat sprememb v prerazporeditvi sredstev in v odločanju organov v smislu povečanja občutka samoodločanja in samospoštovanja, skupinske dinamike, izboljšanja socialnih, gospodarskih in strukturnih razmer v smeri razvoja skupnostne skrbi (Boškić 2005, 177; Laverack 2004; Videmšek 2008, 215). Pogosto je opazna primerjava s konceptom socialne podpore, ki se deloma prekriva s koncepti: kapital, socialna vključenost/izključenost ter socialna kohezija (Pierson 1995, v

Adams 2003, 8; Gidenss 2000, 43; Boškič 2005, 181; Videmšek 2011, 11; Videmšek 2013, 90). Npr. Wissmann in Tankel (2001) ter Lupton in drugi (2005) dokazujejo pomen socialne podpore z vidika človekovih potreb v smislu pomembne determinante 'psihološke okrepljenosti' in ugodnega učinka na zdravje; osebe tako bolje obvladujejo stresne dogodke, torej so v tej smeri okrepljene.

Linhorst (2005) v svoji knjigi *Empowerment of People with Severe Mental Illness: A Practical Guide* ločuje krepitev moči prek načrtovanja zdravljenja, izbire bivanja, sodelovanja pri oblikovanju javnih politik, zaposlovanja, vključevanja v raziskovanje in aktivnega vključevanja v programe pomoči. Pri tem se osebi s težavami v DZ poveča individualna pristojnost in dojemanje osebnega nadzora, s čimer ima neposreden vpliv na svoje zdravje (Laverack 2006, 113). Rifkin (2003) poudarja, da pojem krepitev moči nastaja znotraj posameznika in da moči ni mogoče podariti, je pa smiselno ustvarjati možnosti za krepitev moči (Wallerstein 1992).

Poseben pogled na krepitev moči ima Somerville 1998, 238–240), saj razvije klasifikacijo na podlagi odnosov med posamezniki in organizacijami po štirih kriterijih: smer delovanja, sprememba razmerij odvisnosti, način doseganja sprememb in komu krepitev koristi. Deluje na ravni posameznika kot individuuma za prevzem odgovornosti za lastno blagostanje in za blagostanje svoje družine ter posledično zmanjšanje posameznikove odvisnosti od državne skrbi. Na skupinski ravni pa je večanje moči uporaba kolektivne aktivnosti za povečanje moči skupin z manj moči (Alcock in drugi 2002, 73). Tako kot Boškič (2005) se strinjamo s Weisbergom (1999), ki verjame, da bi uresničitev idej o krepitev moči prispevala k boljšemu svetu, vendar pa je jasno, da je koncept bolj prisoten na družbenem kot medicinskem področju. Je pa vprašanje, kako je s procesi merjenja krepitev moči, npr. z vidika participacije, človekovega razvoja, socialne vključenosti in socialnega kapitala ter družbene kakovosti. Iniciativa družbene kakovosti je z vidika koncepta krepitev moči pomembna zato, ker prinaša enega prvih poskusov konceptualizacije in operacionalizacije koncepta na makro ravni. Opredeljeni pa so bili tudi kazalci krepitev moči kot komponente družbene kakovosti.

Kakovost življenja osebe opišeta Felce in Perry (1996). Definirata jo kot vsesplošno blagostanje, ki ga sestavljajo objektivni deskriptorji ter subjektivne ocene telesnega, materialnega, socialnega in čustvenega blagostanja, skupaj s širino osebnega razvoja in smiselne aktivnosti, kar je vse obteženo z osebnim naborom vrednot. Royer (1995, v Mandič 2015) je v obširni sociološki študiji izkušnje kakovosti življenja s kronično boleznijo (težave v DZ) identificirala šest strategij, s katerimi kronično obolele osebe ohranjajo svoj družbeni jaz in čustveno zdravje: (1) udejstvovanje v običajnih dejavnostih, (2) posebno prizadevanje

za vzdrževanje normalnega videza, (3) dvig energije na osnovi opuščanja določenih dejavnosti, (4) izogibanje situacijam, ki bi potencialno lahko vodile v zadrego, (5) omejen stik z osebami, ki se nahajajo v podobnih okoliščinah, (6) nadzor informacij ali prikrivanje le teh, kar bi posplošeno lahko veljalo tudi za osebe s težavami v DZ. Opisala je tudi sedem kognitivnih strategij normalizacije, ki jih uporabljajo osebe s kronično boleznijo: (1) minimiziranje težav, s katerimi se soočajo in (2) prilagoditev, ki jih morajo uvajati, (3) optimizacija izjave, da bi bilo lahko še huje, kot je, (4) redefiniranje normalnega stanja kot akutne ravni funkcioniranja, (5) prerazporejanje prioritet in vrednot, iskanje informacij, ki dajo osebnim izkušnjam določeno vrednost, (6) primerjanje z osebami, katerih stanje je slabše od lastnega in (7) zanikanje bolečih informacij ali novih simptomov.

To je smiselno upoštevati pri raziskovanju procesov krepitve moči in 'zbiranju uporabniških informacij' o oceni uspešnosti krepitve moči. Pomembno je tudi pri procesu okrevanja. V okviru uporabniške perspektive je okrevanje ponovno pridobivanje moči v življenju posameznika, čeprav težave v DZ še vedno ostajajo (Repper in Parkins 2003, 127). Pri okrevanju je nujno upoštevati, da je bistvo krepitve moči usmeritev na vire moči, ki jih posameznik ima, ne v probleme (Čačinovič Vogrinčič 2008). Za tak pristop si zelo prizadevajo uporabniška gibanja, npr. NVO, ki pomembno vplivajo na okrevanje oseb s težavami v DZ, na razvoj skupnostnih služb ter na spremembo v odnosu moči med ponudniki in uporabniki storitev. Krepitev moči v NVO se na individualni ravni kaže na način, da se brišejo razlike med tistimi, ki zagotavljajo storitve in tistimi, ki jih uporabljajo, na kolektivni ravni pa kot zaščita ljudi in zagovarjanje njihovih pravic (Videmšek 2013, 93).

2.3 Nevladne organizacije v podporni mreži na področju duševnega zdravja

NVO niso vedno očitno poimenovane. Kolarič, Črnak Meglič in Vojnovič (2002, 6) pojasnjujejo, da so NVO označene z različnimi imeni: prostovoljne, neprofitne, humanitarne, dobrodelne, solidarnostne neodvisne, interesne, civilnodružbene ipd., ki jim je skupno, da so zasebne (ustanovitelj zasebna fizična ali pravna oseba), neprofitne (delovanje v splošno družbeno korist), imajo izoblikovano osnovno organizacijsko strukturo in pravila ter so prostovoljne (članstvo v njih ni obvezno). Temu opisu nekoliko oporeka Jelovac (2002, 11–14), ki navaja, da je stereotipno klasificiranje organizacij v profitne in neprofitne, javne in zasebne, postalo tako zastarelo, da je v teoriji in praksi komaj uporabno, saj so neprofitne organizacije, ne glede na svoje humanitarne in etične določene cilje, izpostavljene delovanju tržnih zakonitosti, enako kot katere koli druge gospodarske organizacije. Pluralisti jih npr.

obravnavajo kot interesne skupine, ki so nujne sestavine demokratičnega sistema, ki si za cilj delovanja določajo zastopanje posameznega interesa v družbi. Delijo jih na zaščitne (tiste, ki varujejo interes posamezne skupine) in podporne (tiste, ki podpirajo posamezno zadevo) (Haralambos in Holborn 2005, 516–517). Berger in Luckmann (2004, 273–275) sta za to skupino organizacij (struktur) uporabila izraz *intermediarne institucije*. Pojasnjujeta,

da so se v družbah, v katerih temeljna struktura pogojuje nastanek kriz smisla in omogoča njihovo širitev, v določenih, nasprotujočih si procesih razvile strukture intermediarne institucije, ki zavirajo neovirano širjenje kriz smisla in s tem preprečujejo celotno družbeno krizo. Te ne morejo odpraviti vzrokov, lahko pa 'omilijo pojavne oblike bolezni in okrepijo odpornost proti njej'. Identifikacija intermediarnih institucij ni vedno preprosta. Prepoznamo jih po njihovem načinu delovanja, ne pa kako same sebe imenujemo.

Vaupotič (2003, 2) to situacijo z NVO opiše nekoliko drugače. Navaja, da nevladni sektor predstavlja poleg države in zasebnega profitnega sektorja tretji steber sodobne družbe, z lastno identiteto in socialno funkcijo. Vidi ga kot socialnega akterja, ki se vključuje na vseh ravneh družbenega življenja in je sposoben predstavljati interese države, vendar predvsem v smislu substituta in komplementarnosti v podporni mreži.

Pravica državljanov do združevanja v okviru NVO v Sloveniji izhaja iz 42. člena Ustave Republike Slovenije (1991) in se realizira skozi Zakon o društvih (2006). Zakon po priporočilih Sveta Evrope omogoča enostavno ustanavljanje na podlagi sodelovanja dveh ali več oseb, temelječa na članstvu ter določa tri temeljna načela: načelo samostojnosti, načelo nepridobitnosti in načelo javnosti. Na podlagi obstoječe zakonodaje v Sloveniji se med NVO uvrščajo: društva, ustanove, fundacije, zasebni, stanovanjski in drugi zavodi ter verske organizacije. NVO se med seboj ločujejo ne samo po področjih delovanja, temveč tudi glede na s strani države priznan status ali posebna pooblastila (Mesec 2008), kar je pomembno upoštevati pri promoviranju delovanja NVO in spodbujanju oseb s težavami v DZ k vključevanju v njihove programe. NVO s področja DZ se po Zakonu o duševnem zdravju (2008, 4. čl.) uvrščajo v mrežo izvajalcev, ki izvajajo programe in storitve za DZ kot del javne službe. V okviru obravnave v skupnosti izvajajo programe svetovanja, samopomoči in izobraževanja, vodenje dnevnihi centrov in pisarn za svetovanje, stanovanjskih in bivalnih skupin, pomoč in podporo pri učenju in študiju, delo z družinami, vodenje treningov socialnih in življenjskih spretnosti, organizacijo prostočasnih dejavnosti, zaposlitvenih centrov s podporno zaposlitvijo in usposabljanj za delo.

Karlsson in Markström (2011) v svoji študiji izsledkov raziskav o vlogi NVO v podporni mreži na področju DZ ugotavljata, kako pomembno je razumevanje vloge NVO v državi za razumevanje njihove vloge v podporni mreži za DZ (npr. zagotavljanje storitev, 'krepitev glasu' uporabnikov). Država namreč zagotavlja okvir za njihovo delovanje (Leskošek in Hrženjak 2002, 12), npr. v Sloveniji s sprejeto Strategijo vlade za sodelovanje z NVO (2003). Ustanovljen je bil tudi Svet Vlade Republike Slovenije za spodbujanje razvoja prostovoljstva, prostovoljskih in nevladnih organizacij, ki predvsem spremlja, ugotavlja in ocenjuje položaj NVO v Sloveniji, skrbi za njihovo vključevanje v procese odločanja ter daje pobude za oblikovanje in sprejem predpisov in ukrepov, potrebnih za izvajanje javnih politik, ki se nanašajo na delovanje in razvoj prostovoljstva in NVO v Sloveniji (Ministrstvo za javno upravo 2014). Berger in Luckmann (2004, 273–275) sta pri opisu vloge in pomena NVO v družbi uporabila sledečo prisposodbo:

v idealnem primeru imajo Janusov obraz: hkrati zrejo navzgor k velikim institucijam in gledajo navzdol na obstoj posameznika. Zalog smisla torej ne posredujejo od zgoraj navzdol temveč tudi, kot bi lahko upali v skladu s predstavo civilne družbe, od spodaj navzgor.

Pri tem pa poudarjata, da je najpomembnejše vprašanje v zvezi s temi organizacijami ali dejansko posredujejo v obe strani.

2.3.1 Nevladne organizacije: osnovne značilnosti delovanja

Osnovne značilnosti delovanja NVO so praviloma zajete v različnih definicijah, ki bolj ali manj uspešno pojasnjujejo njihovo dejansko vlogo v družbi. Leskošek in Hrženjak (2002, 12) navajata, da gre za izvajalske organizacije, ki nudijo storitve različnim populacijam ljudi, in s spodbujanjem prostovoljstva prispevajo k večanju solidarnosti, predstavljajo interese svojih članov ali/in uporabnikov storitev ter državo seznanjajo s potrebami ljudi v konkretnih lokalnih okoljih. Vlada RS je v Strategiji vlade za sodelovanje z NVO (2003, 6) definirala, da je:

NVO prostovoljna, neodvisna in nepridobitna organizacija civilne družbe,²⁸ s statusom pravne osebe, ki jo skladno z zakonom ustanovijo fizične ali pravne osebe zasebnega prava. Organizacija je ustanovljena in deluje po načelu svobodne odločitve. Deluje po

²⁸ Civilna družba je osrednji mehanizem, ki državljanom omogoča sooblikovati skupne odločitve, zato lahko razvitost demokracije v nekem okolju v veliki meri ponazorimo prav z razvitostjo civilne družbe v tem okolju (Cepin in Pugelj 2010, 89).

načelu nepridobitnosti, kar pomeni, da presežkov prihodkov nad odhodki in premoženja ne deli med člane ali upravi, temveč jih uporablja za doseganje v ustanovnem ali temeljnem aktu določenih ciljev. Biti mora neodvisna, zlasti od vlade in drugih organov oblasti, političnih strank in gospodarskih družb. Namen delovanja mora presegati interese članstva oziroma mora biti splošno koristen ali dobrodelen.

Kolarič in drugi (2006, 34) npr. povzemajo definicije, ki izhajajo iz različnih teorij. Po ekonomskih teorijah so NVO označene kot producentke dobrin in storitev, ki niso zagotovljene s strani javnih neprofitnih organizacij. Heterogenost družbe namreč implicira heterogenost potreb, ki jih večino zadovolji javni neprofitni sektor, ob tistih, ki jih ne, pa nastane prostor za NVO. Po politoloških teorijah so NVO definirane kot entitete v sferi civilne družbe s posredniško vlogo, saj posredujejo med posamezniki in njihovim življenjskim svetom ter mega strukturami, med katerimi je najpomembnejša država. Aktualne so tudi socialno – psihološke teorije, po katerih so NVO entitete, ki omogočajo možnost samoaktualizacije in samorealizacije, prek vključevanja volonterske akcije in dobrodelnosti.

Po javnem mnenju naj bi bile NVO posebne entitete, ki jih odlikujejo tri temeljne značilnosti: (1) so majhne, dinamične in nebirokratske, zato so se v primerjavi z javnimi, vladnimi organizacijami sposobne veliko hitreje in uspešneje prilagajati spreminjajočim se družbenim razmeram, (2) v NVO delujejo predvsem prostovoljci, ki požrtvovalno izvajajo dejavnosti organizacij, da so tako sposobne bolje zadovoljiti potrebe uporabnikov kakor druge organizacije, (3) med izvajalci dejavnosti NVO sta izpostavljeni predvsem vrednoti solidarnost in altruizem, ki usmerjata v pomoč tistim, ki so je najbolj potrebni (Kolarič, Černak Meglič in Vojnovič 2002, 151). Hkrati pa Kolarič (2013) izpostavlja, da gre pri tem pravzaprav za tri stereotipe, saj z dvigovanjem stopnje profesionalizacije NVO te postajajo vse bolj birokratske. Ob tem se sprašujemo, kaj so prednostne razlike NVO v primerjavi z ostalimi organizacijami.

Mesec (2008, 21) opredeljuje kot prednostne lastnosti NVO fleksibilnost, relativno neodvisnost, očitno delovanje v interesu javnosti in tesno povezanost s skupnostmi in skupinami, za katere se zavzemajo in so za njih lahko dostopni. Šibkosti pa vidi v pomanjkanju transparentnosti delovanja in nezadostnem vzajemnem informiranju ter finančnih težavah zaradi neurejenega stalnega financiranja. De Vita in Fleming (2001) prepoznavata osnovno razliko med nevladnimi in javnimi organizacijami v petih komponentah: v viziji in poslanstvu (namen in cilji), v vodstvu (strokovni delavci, člani uprave in prostovoljci), virih (zbiranje sredstev in virov financiranja), dosegom (odnosi z javnostmi, ozaveščanje skupnosti in sodelovanje) in v storitvah, izzidih obravnave. Zelo

uporabne so ugotovitve Salamona in drugih (2000), ki so pri ugotavljanju, kakšna je vloga (zakaj in za koga sploh delujejo) NVO v 40 državah izpostavili pet skupin vlog: vloga storitev (visoka kakovost, večja pravičnost, nižji stroški/ boljša učinkovitost, specializacija), vloga inovativnosti (večja fleksibilnost, prilagodljivost, dostopnost vsakemu, inkubator za nove ideje, vir inovacij v reševanju družbenih in individualnih problemov), zagovorniška vloga (spremembe v vladni politiki ali v družbenih razmerah, politika zagovorništva, uporabniško vključevanje), ekspresivna in razvojna vloga (spodbujanje sodelovanja, varuh prostovoljnega dela, ščitenje interesov posameznih skupin, omogočanje izražanja osebnih potencialov, vplivanje na trg iz vidika zagotavljanja pluralnosti), vloga graditelja skupnosti in demokracije (raznolikost in plurarizem, spodbujanje medsebojnega zaupanja, pripadnosti in socialne obveznosti). Vprašanje pa je, ali je informiranost o tako široki paleti vlog dejansko prisotna zadostna informiranost med ljudmi, pa tudi med samimi izvajalci v NVO.

Karlsson in Markström (2011) ugotavljata, da NVO delujejo v interakciji z razvojem in delovanjem entitet v drugih družbenih sferah. S tem mislita na sfero trga s primatom zasebnih profitnih organizacij, sfero države z javnimi neprofitnimi organizacijami in sfero neformalne civilne družbe – neformalnih socialnih mrež (družina, sorodstvo, sosedstvo). Koliko je posamezna sfera pomembna v državi z vidika vertikalne hierarhije pri zadovoljevanju potreb ljudi v posamezni družbi, pa povezuje z identificiranimi petimi tipi blaginj²⁹ (Kolarič in drugi 2002; Grafenauer in drugi 2005, 72). V Sloveniji ima zagotovo dominantno vlogo država, kar deloma izhaja iz državno – socialističnega sistema blaginje, vendar pa imajo podoben sistem tudi npr. v Skandinaviji, kjer socializma niso imeli. Kronegger in Habe (2010, 121) navajata, kako zelo je pomembno, da so NVO prepoznane kot okolja, v katerih se ustvarja dodana vrednost tako za posameznika, organizacijo, kot družbo v celoti. Ovsenik in Ambrož (1999, 83) jih zaradi njihove vitalnosti in inventivnega potenciala označita z *zibelko novih vizij negotove prihodnosti in razvoja blaginjske družbe*. Pugelj (2010, 5–6) pa se usmeri bolj na segment znanja. Navaja, da se v NVO znanje ustvarja, povezuje (oblikuje v modele, baze znanja, razvijajo partnerstva, krepijo civilni dialog z državo, ustvarjajo socialni kapital družbe) in deli (dostopno je vsem socialnim skupinam, razvijanje lastnih interesov in delovanje v javnem interesu).

²⁹ Tipi blaginje so odprt in univerzalen koncept, ki ne zajema le organizacij, programov, ukrepov, s katerimi država zagotavlja socialno varnost in blaginjo državljanom, temveč tudi tiste organizacije, programe, ukrepe, ki se oblikujejo in funkcionirajo v skladu z logiko trga, pa tudi tiste, ki se oblikujejo v sferi civilne družbe in v sferi skupnosti. Zajema tako producente kot uporabnike storitev, njihove norme in vrednote, pa tudi odnose med njimi, ki nastajajo pri upravljanju, financiranju, proizvodnji in distribuciji dobrin in storitev, s katerimi si posamezniki zagotavljamo socialno varnost in blaginjo (Kolarič in drugi 2002, 55).

Za realizacijo poslanstva NVO so se tako razvili različni programi in aktivnosti NVO, ki so značilni za posamezno področje njihovega delovanja. Po mednarodni klasifikaciji neprofitnih organizacij (ICNPO) so neprofitne organizacije razdeljene glede na primarna področja dejavnosti. Opredeljenih je 12 področij,³⁰ ki se nadalje delijo na 24 podskupin (Salamon in Anheier 1996). Evropski statistični urad je razvil klasifikacijo NACE (Statistical Classification of Economic Activities), Organizacija Združenih narodov pa klasifikacijo ISIC (International Standard Industrial Classification). V Sloveniji se uporablja kot nacionalni standard Standardna klasifikacija dejavnosti (SKD). Ima 17 področij, 60 oddelkov, 221 skupin, 501 razred in 576 podrazredov in je podobna klasifikaciji NACE. Agencija Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve – AJPES (2013, 7) ima v evidenci o delovanju društev ta razvrščena po registrirani skupini: (1) športna in rekreativna društva, (2) društva za pomoč ljudem, (3) kulturna in umetniška društva, (4) znanstvenoraziskovalna, izobraževalna, strokovna in poklicna društva, (5) društva za varstvo okolja, gojitev živali in rastlin, (6) stanovska društva, (7) društva za razvoj kraja, (8) nacionalna in politična društva, (9) nacionalna in politična društva, (9) društva za duhovno življenje in (10) ostala društva. Skupno jih je približno 24.000. Po pregledu informacij o poslovanju društev v Republiki Sloveniji za desetletno obdobje (AJPES 2003–2013) je zaznan trend naraščanja števila NVO, ki je sicer manj opazen kot v letih 2003–2004. NVO s področja DZ so razvrščena v registrirano skupino društva za pomoč ljudem, v kateri je skupno okoli 2900 društev, z okvirno 1400 zaposlenimi.

V Sloveniji je že prisotno empirično vedenje, kje so slovenske NVO primerjalno glede na NVO v drugih državah. Grafenauer in drugi (2005, 24) so v okviru *Celovite analize pravnega in ekonomskega okvira delovanja NVO*, ki je potekala kot del projekta *Konkurenčnost Slovenije 2001–2006* ugotovili, da so prihodki NVO v Sloveniji pod povprečjem primerljivih držav, da je v slovenskih NVO tudi zelo nizka stopnja profesionaliziranosti, šibka infrastruktura, ne prepoznavanje prednosti mreženja in medsebojnega sodelovanja ter neuspešen dialog z državnimi organi in lokalnimi oblastmi. Glede na v poročilu projekta pripravljen nabor prednosti, slabosti in predlaganih ukrepov je jasno, da je pred NVO in celotno družbo obdobje sprememb, s katerimi se bodo morale intenzivno soočiti tudi NVO, da

³⁰ Gre za najbolj uporabljeno klasifikacijo neprofitnih organizacij, ki so jo izoblikovali na John Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project (Salamon in Anheier 1996). Ta področja so: področje kulture/umetnosti ter rekreacije/športa, področje izobraževanja in raziskovanja, zdravstva, socialnega varstva, zaščite okolja/varstva živali, področje razvoja lokalnih skupnosti in stanovanja, področje prava, zagovorništva in politike, področje nabiranja sredstev/financiranja neprofitnih organizacij in promocije voluntarizma, mednarodnega delovanja, religij, poslovnega in poklicnega združevanja ter področje za NVO, ki jih ni mogoče razvrstiti v nobeno od področij.

bodo učinkovito izpolnjevale svojo vlogo v družbi – za kakovost življenja in dobro počutje posameznika, ne glede na njegova individualna tveganja, ter za njegovo dejavno vključevanje v družbo. Tudi ugotovitve mednarodne raziskave Univerze John Hopkins, ki je primerjala delovanje NVO v 32 državah za leto 2008, kažejo, da je v Sloveniji delovanje NVO pod povprečjem. Za primerjavo so uporabili tri kazalnike: prihodek NVO glede na BDP (povprečje 5,1 %, v Sloveniji 2,3 %), delež prihodkov iz javnih virov v strukturi celotnih prihodkov NVO (povprečje 42 %, Slovenija 27,8 %) in delež zaposlenih v NVO (4,9%, v Sloveniji 0,74%) (Črnak Meglič 2009). Na slabo stanje slovenskih NVO kažejo tudi podatki fundacije USAid (2011),³¹ ki z NGO Sustainability Indexom³² primerja razvitost NVO v različnih državah. Med 10 državami, ki so k EU pristopile leta 2004, se Slovenija uvršča na zadnja mesta (Cepin in Pugelj 2010, 89). Enako velja tudi glede na podatke za leto 2012 (USAid 2014). Do podobnih ugotovitev so prišli tudi v raziskavi *Civilna družba v Sloveniji* (Rakar in drugi 2011).

Na obstoječi empirični podlagi lahko tako ocenimo, da je v Sloveniji prisoten razvojni zaostanek NVO s primerljivimi državami. Ne glede na te podatke pa lahko trdimo, da je bilo za razvoj NVO v Sloveniji veliko narejeno. Že leta 2000 ustanovljena Komisija za nevladne organizacije z imenovanim nacionalnim koordinatorjem za NVO ter medresorsko skupino. Sprejela je Strategijo Vlade Republike Slovenije za sodelovanje z NVO (2003). Leta 2001 je bil za namen povezovanja NVO ustanovljen Center za informiranje, sodelovanje in razvoj NVO (v nadaljevanju CNVOS) (CNVOS 2014a). Kot rezultat projekta, ki se je pričel pripravljati v začetku leta 2002 na pobudo štirih organizacij (Centra za informiranje, sodelovanje in razvoj nevladnih organizacij (CNVOS), Pravno-informacijskega centra nevladnih organizacij (PIC), Slovenskega združenja za duševno zdravje – ŠENT in Slovenske fundacije za trajnostni razvoj – Umanotera ob podpori mednarodne organizacije Trust for Civil Society in Central and Eastern Europe for Civil Society),³³ je bila oblikovana tudi Strategija systemskega razvoja nevladnih organizacij za obdobje 2003–2008 (Vrečko 2003). Vloga NVO pa je bila opredeljena tudi v okviru Strategije razvoja Slovenije ter v njej predstavljenih pet razvojnih prioritet z akcijskimi načrti (Vlada RS 2005). Slovenske NVO so bile pod okrijem CNVOSA spodbujene, da se povezujejo tudi v nacionalne in mednarodne mreže: Central and Eastern Citizen Network, Balkan Civil Society Development Network,

³¹ United states agency for international development – USAid je ameriška agencija za mednarodni razvoj NVO.

³² Index izpostavlja tako napredek kot nazadovanje sektorskega razvoja in omogoča primerjave med državami in subregijami. Indeks je pomembno in edinstveno orodje za lokalne NVO, vlade, donatorje, akademike in druge (USAid 2014b).

³³ Trust for Civil Society in Central and Eastern Europe for Civil Society je neprofitna organizacija, namenjena podpiranju dolgoročnega trajnostnega razvoja civilne družbe in NVO v srednji in vzhodni Evropi.

European Civic Forum in European Network of National Civil Society Associations (ENNA).³⁴ Povezovanje (horizontalno in vertikalno) NVO pa poteka tudi glede na področje delovanje.

Zbrane informacije lahko povežemo z opisom, da so NVO v Sloveniji zelo različne: od mikro organizacij, delujočih na lokalnem nivoju, ki temeljijo izključno na prostovoljstvu, pa do visoko profesionalnih, z več deset zaposlenimi. Strinjamo se z Mesec (2008, 28, 36), da je posebej pomembna določnica NVO vsebina njenega poslanstva. Ta mora vključevati opis ciljne skupine uporabnikov, ponudbo (glavne dejavnosti organizacije), geografsko področje, tehnologijo in procese (materialni pogoji) ter zavezanost k preživetju, razvoju in rasti, filozofijo organizacije, notranjo in zunanjo podobo. Pojasni tudi, da poslanstvo govori o smislu obstoja organizacije, vizija pa je najbolj odvisna od posameznika ali skupine, ki ima v organizaciji velik vpliv, ter da mora vključevati opis vrednot, strateške prednosti, podporo in omrežje, vire in programe. Ob tem pa se nam odpira pogled na potrebo po premisleku o pričakovanih učinkih delovanja NVO in preverjanju njihovega doseganja, kaj o tem pravi teorija in kaj se kaže v praksi. Predpostavljamo namreč, da so ugotovitve o pričakovanih učinkih delovanja NVO na splošno ter načinu njihovega merjenja edina dobra osnova pri proučevanju delovanja NVO in opredelitvi ter merjenju doseganja pričakovanih učinkov skrbi na področju DZ za osebe s težavami v DZ.

2.3.2 Pričakovani učinki delovanja nevladnih organizacij: opredelitev in merjenje

Opredelitev in merjenje pričakovanih učinkov NVO na splošno lahko poteka na podlagi zastavljenih ciljev javne politike za NVO,³⁵ na ravni organizacije (poslanstvo, vizija) ali v okviru individualnega načrtovanja dela z uporabnikom.³⁶ Pri definiranju si lahko pomagamo

³⁴ Central and Eastern Citizen Network – CEECN je organizacija, ustanovljena z namenom zagotavljanja možnosti in ozaveščanja o vplivu pobud državljanov. Balkan civil society development network (BCSDN) je mreža 15 organizacij civilne družbe iz 10 držav jugovzhodne Evrope, ustanovljena z namenom vplivanja na razvoj bolj spodbudnega okolja za razvoj civilne družbe. European Civic Forum je mednarodna mreža, ki združuje več kot 100 društev in NVO v 27 državah v Evropi in si prizadeva za zaščito vloge in vpliva civilne družbe v Evropi. European Network of National Civil Society Associations (ENNA) je članska organizacija, ki združuje organizacije, platforme in združenja, ki delujejo na nacionalni ravni, za spodbujanje medsektorskih interesov v korist civilne družbe.

³⁵ V 1. členu Zakona o društvih (2006) je navedeno, da si društvo v programu samo določi namen in cilje delovanja, kar služi kot podlaga za definiranje in vrednotenje učinkov. Tako lahko pridobi (izgubi) na podlagi 30. člena status društva v javnem interesu. V 5. členu Zakona o humanitarnih organizacijah (2003) so navedeni človekoljubni cilji, na podlagi katerih pridobi (izgubi) organizacija status humanitarne organizacije. Nadalje so pomembni še podatki, ki jih morajo NVO navesti pri prijavljanju na javne razpise za sofinanciranje (npr. število, izobrazba zaposlenih, prostovoljcev, število udeležencev, sodelovanje z lokalno skupnostjo in drugo).

³⁶ Pri tem gre za individualno načrtovanje za samostojno življenje, kjer so navedeni pričakovani in želeni cilji obravnave, o čemer pišeta tudi Zgonc in Smrdu (2005, 5).

tudi s kriteriji za sofinanciranje NVO ali s sistemom kakovosti,³⁷ ki temelji na oceni odločitev, kaj želijo organizacije doseči in kako, na učenju iz izkušenj in dela, uporabi pridobljenega znanja za izboljšanje delovanja, dosego zastavljenih ciljev in zadovoljevanje deležnikov – ljudi in skupin, ki so z organizacijo povezani (Center za informiranje, sodelovanje in razvoj nevladnih organizacij – CNVOS 2014b). Pričakovanih učinkov tako ne enačimo z učinkovitostjo in uspešnostjo (strošek – korist, strošek – uspeh), ker, kot navaja Kustec Lipicer (2009, 133), to ni nujno najboljša rešitev, čeprav je zaželena.

Razviti so bili različni sistemi vodenja kakovosti, ki NVO pomagajo razvijati *ne le svoje programe in projekte, ampak celo NVO, vključujoč zaposlene, prostovoljce in finančne vire* (CNVOS 2009a, 3). Za preverjanje kakovosti pa se lahko uporabljajo metode samoocenjevanja, sistem pritožb ali pa zunanje ocenjevanje v smislu podelitve certifikata. Najbolj poznan je *Standard ISO 9001*, ki je zasnovan na načelu stalnih izboljšav, obstajajo tudi sistem vodenja kakovosti *PQASSO* (Practical Quality Assurance System for Small Organisations)³⁸, *Investors in People*³⁹ za izboljšanje kakovosti človeških virov, *Investing in Volunteers*,⁴⁰ standardi družbene odgovornosti⁴¹ in model poslovne odličnosti.⁴² Enega od pomembnih modelov vrednotenja kakovosti gotovo predstavlja E-Qalin,⁴³ ki s pomočjo samoocenjevanja preverja kakovost struktur, procesov in rezultatov ustanove/storitve, vendar se praviloma ne uporablja v NVO.

³⁷ Na podlagi pilotskega projekta (Divjak in drugi 2009) je za oblikovanje modela kakovosti delovanja NVO nastal Standard kakovosti – zahteve NVO, ki temelji na podlagi standarda ISO 9001:2008. Certifikat je izdal in ga hkrati podeljuje Slovenski inštitut za kakovost in meroslovje. Za našo raziskavo so zanimivi kazalniki s področja informiranja (prenos informacij, povratne informacije), spremljanje realizacije načrtov, motiviranje zaposlenih in ugotavljanje zadovoljstva deležnikov (evalvacijski vprašalniki).

³⁸ *PQASSO* bil razvit v Veliki Britaniji in temelji na sistemu samoocenjevanja kakovosti, ki vključuje področja: planiranje kakovosti, upravljanje in vodenje, usmerjenost k uporabnikom, zaposleni in prostovoljci, usposabljanje, upravljanje financ, delovno okolje in varstvo pri delu, izvajanje storitev, mreženje in partnerstvo, spremljanje in vrednotenje ter rezultati (CNVOS 2009a,4).

³⁹ *Investors in People* ima namen zagotoviti, da individualno, skupinsko in organizacijsko usposabljanje in razvoj človeških virov podpirata organizacijo pri doseganju njenih ciljev.

⁴⁰ *Investing in Volunteers* je namenjen NVO, ki vključujejo prostovoljce, da lahko ocenijo svoje delo s prostovoljci in to javno izkazujejo.

⁴¹ Standardi družbene odgovornosti so npr. *OECD Guidelines, Social Accountability 8000* (SA8000), *AccountAbility 1000* (AA1000), *UN Global Compact, Sustainability Reporting Guidelines of the Global Reporting Initiative* (GRI) ter *ISO 26000*. Pokrivajo področja zaposlenih in človekovih pravic, podkupovanja in korupcije, varovanja okolja in informacij (CNVOS 2009a, 4).

⁴² Model poslovne odličnosti *European Foundation for Quality Management* je namenjen vzpostavljanju ustreznega sistema upravljanja, ki temelji na vedenju, da zadovoljstvo odjemalcev in zaposlenih ter vpliv na družbo lahko dosežemo z izvajanjem politike in strategije, upravljanjem s sposobnostmi zaposlenih, upravljanjem s partnerstvi in viri ter z opredeljenimi procesi, kar končno privede do odličnosti v ključnih rezultatih delovanja (CNVOS 2009a, 4).

⁴³ E-Qalin predstavlja evropski model upravljanja s kakovostjo, pri čemer obstajajo različice za posamezne storitve, npr. E-Qalin/A v domovih za starejše, E-Qalin/B v varstveno-delovnih centrih in socialnovarstvenih zavodih za usposabljanje, E-Qalin/C pri izvajalcih pomoči na domu (Nagode 2014; Hlebec in Filipovič Hrast 2015, 51).

NVO v Sloveniji lahko ob pomoči CNVOS pridobijo tudi *Standard kakovosti NVO*, ki temelji na ISO 9001⁴⁴ in poudarja elemente: (1) transparentnost, finančna preglednost in učinkovitost, (2) učinkovito notranje in zunanje komuniciranje, (3) učinkovito vodenje in izvajanje projektov, (4) premišljeno graditev partnerstev in mreže, (5) enako obravnavanje prostovoljcev in zaposlenih (CNVOS 2007). Sicer je kakovost NVO po standardu definirana kot izpolnjevanje potreb in pričakovanj deležnikov v procesih delovanja NVO. Standard NVO vodi k razumevanju in izpolnjevanju zahtev in pričakovanj deležnikov v procesih NVO, pridobivanju in vrednotenju rezultatov delovanja in uspešnosti NVO ter k nenehnemu izboljševanju, ki izhaja iz objektivnih merjenj in spremljanj delovanja NVO.

Da bi se standard čim boljše izkoristil v smislu učinkovitejšega in lažjega opravljanja nalog, večje odzivnosti na potrebe deležnikov in s tem razvoja sektorja, je potrebno spodbujati širok pristop k sistemu vodenja kakovosti. Organizacije ga morajo uporabiti kot orodje za strateški razvoj, razvoj posameznih dejavnosti in prepoznavnost (Kaker in Divjak 2011). Vključuje tudi metodologijo PDCA,⁴⁵ je pa vprašanje, kakšno je poznavanje standarda kakovosti in tovrstne metodologije med izvajalci v NVO, posebno pri tistih z majhnim številom zaposlenih. Splošne zahteve za pridobitev standarda kakovosti vključujejo različna področja, ki jih NVO v prizadevanjih za kakovostno delovanje dosegajo procesno (glej Tabela 2.5). Pri tem se uporablja sicer pogosteje pojem evalvacija/vrednotenje,⁴⁶ ki je univerzalna kategorija in zaključna faza najrazličnejših procesov delovanja, verjetno na vseh področjih.

Omeniti pa je potrebno tudi Kodeks dobrih praks participacije civilne družbe v procesih odločanja (CNVOS 2009b), saj omenja različne ravni družbene participacije, ki jih lahko apliciramo tudi na omogočanje in raven uporabniške vključenosti znotraj NVO: (1) informiranje, (2) posvetovanje, (3) dialog in (4) partnerstvo (CNVOS 2009a). Kronegger in Habe (2010, 121) navajata, da je pomembno, da so NVO prepoznane kot okolja, v katerih se ustvarja dodana vrednost tako za posameznika, organizacijo kot družbo v celoti. Njihova vloga je tudi na področju zmanjševanja neenakosti v zdravju. Vprašanje pa je, ali gre pri tem za njihov vpliv na socialne determinante zdravja ali zgolj z vidika dostopnosti do pomoči.

⁴⁴ *Standard ISO 9001* je že več kot dvajset let pomembno orodje sistemov vodenja kakovosti. Pri razvoju standarda so bila upoštevana načela vodenja kakovosti, ki jih uporabljajo najuspešnejša podjetja oz. organizacije, tako proizvodne kot storitvene. Standard se osredotoča predvsem na učinkovitost sistema vodenja kakovosti pri izpolnjevanju zahtev odjemalcev (uporabnikov). Namenjen je vsem vrstam organizacij, ne glede na velikost, organiziranost, proizvod ali storitev, ki želijo obvladovati in izboljševati svoje poslovanje ter povečevati zadovoljstvo svojih odjemalcev (CNVOS 2009a).

⁴⁵ NVO standard kakovosti, enako kot *ISO 9001*, temelji na t. i. PDCA pristopu oz. Demingovem krogu kakovosti (Žagar in drugi 2008, 5).

⁴⁶ Evalvacija je dejavnost, s katero naj bi sistematično merili doseganje ciljev in motenj, ki pri tem nastanejo (Ovsenik in Ambrož 1999, 139).

Tabela 2.5: Standard kakovosti NVO – faze za kakovostno delovanje

Področje	Zahteve
Pravila delovanja	- izpolnjevanje zakonskih zahtev, - obvladovanje dokumentacije.
Voditeljstvo in vodenje	- zavezanost vodstva, - strateško in letno načrtovanje, - spremljanje realizacije načrtov in poročanje o rezultatih, - organiziranost, odgovornost in pooblastila, - notranje in zunanje komuniciranje.
Zaposleni in prostovoljci	- zaposlovanje, uvajanje v delo, informiranje in motiviranje, - usposabljanje in izobraževanje.
Vodenje virov	- vodenje finančnih virov, - upravljanje z lastnino – infrastrukturo.
Vodenje procesov	- osredotočenost na uporabnike storitev – njihove zahteve in pričakovanja, - osredotočenost na financerje – njihove zahteve in pričakovanja, - vodenje in izvajanje storitev, - vodenje in izvajanje projektov, - graditev partnerstev in mreže.
Spremljanje in vrednotenje (evalvacija)	- splošno vrednotenje, - spremljanje procesov, - zadovoljstvo deležnikov, - notranje presoje.
Izboljševanje	- sistematično izboljševanje učinkovitosti delovanja.

Vir: Prirejeno po Žagar in drugi (2008, 6–14).

WHO (2008b) navaja, da pogojem vsakdanjega življenja, tj. socialnim determinantam zdravja, lahko pripišemo večino neenakosti v zdravju, le določen delež pa razlikam v dostopnosti do zdravstvenih storitev. Ne glede na očitno moč socialnih determinant zdravja pa je bila večina aktivnosti marsikje še vedno usmerjena v zdravstveni sistem in medicinsko oskrbo, ki pa se predvsem ukvarja z boleznimi in njihovimi posledicami, kar pa samo po sebi ne zadošča za izboljšanje zdravja prebivalstva (Gabrijelčič Blenkuš in drugi 2012).

Na podlagi teh ugotovitev lahko posredno sklepamo, da lahko NVO s svojimi aktivnostmi delujejo na zmanjševanje neenakosti v zdravju. Mnoge determinante neenakosti v zdravju so lahko izven dosega zdravstvene oskrbe in sektorja zdravja. V tem delu NVO z javnimi organizacijami delujejo komplementarno. So lahko iniciator, zagovornik dela in sprememb v okviru skupnega dela z drugimi sektorji (WHO 2008b). Za uspešno medsektorsko delovanje so ključni elementi (1) ustvarjanje okolja, ki je usmerjeno v zdravje, (2) zagotavljanje politične podpore, (3) čim zgodnejše vključevanje ključnih partnerjev, npr. NVO v skupna prizadevanja, (4) osredotočanje na konkretne cilje in vidne rezultate, (5) zagotavljanje vodenja in nagrajevanja, (6) razvoj praktičnih modelov, orodij in mehanizmov podpore izvajanju medsektorskega sodelovanja, (7) porazdelitev odgovornosti in krepitev zmogljivosti ter (8) razvoj multidisciplinarnе kompetence (poznavanje okoliščin, ciljev in

"jezika" drugih sektorjev (St-Pierre 2009; Gabrijelčič Blenkuš in drugi 2012), kar lahko razumemo tudi kot zelene pričakovane učinke vseh sektorjev, ne le NVO.

Pričakovani učinki delovanja NVO in kazalniki za njihovo merjenje lahko temeljijo tudi na preverjanju uspešnosti ključnih ukrepov in instrumentov za krepitev zmogljivosti NVO z vidika zagovorništva, voditeljstva in upravljanja organizacij, facilitiranja partnerstev in skupnosti ter inoviranja na področju financ NVO (Ministrstvo za notranje zadeve 2014). Jelovac (2002, 11–14) poudarja, da mora biti kriterij za merjenje uspešnosti NVO predvsem vezan na njeno poslanstvo, katerega končni cilj je zadovoljstvo uporabnikov. Zato so tudi najbolj uveljavljen način merjenja vrednotenja uspešnosti vprašalniki uporabnikom, da ocenijo stopnjo zadovoljstva z NVO in v primerjavi z ostalimi organizacijami. Tavčar (2005, 152–154) svetuje, da za lažje vrednotenje uspešnosti delovanja organizacija oblikuje merljive, dosegljive, spodbudne in skladne cilje. Še posebej je to pomembno za NVO, ki delujejo na področju DZ, čeprav oblikovanje ciljev zaradi specifičnosti področja nikakor ni lahka naloga.

2.3.3 Vloga nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja

NVO s področja DZ se vključujejo kot izvajalci obravnave v skupnosti (ZDZdr 2008, 4. čl.), kjer delujejo na ravni zasebnega (na ravni življenjskega sveta) in v javni sferi kot interesne skupine, ki poskušajo vplivati na oblikovanje javne politike in na njeno izvajanje (Fink Hafner 2002, 106). Med NVO za področje DZ se npr. uvrščajo Evropska federacija združenj svojcev ljudi z težavami v DZ (EUFAMI – European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness 2014), ki s svojo spletno stranjo predstavlja vir informacij za ljudi s hudimi težavami v DZ. Gamain Europe – Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks (2014) je svetovna zveza zagovorniških mrež za osebe s težavami v DZ, katere cilji so predvsem zagovorništvo, informiranje in izobraževanje, anti-stigmatizacija, partnerstvo in krepitev zmogljivosti. Podoben namen ima tudi MDAC – Mental Disability Advocacy Centre. ENUSP – European Network of Users and Survivors of Psychiatry (2014) je uporabniška mreža oseb z izkušnjo psihiatrije, ki si prizadeva za spodbujanje pravic oseb z izkušnjo psihiatričnega zdravljenja. Omeniti je potrebno tudi WFMH – World Federation for Mental Health (2014), ki deluje že od leta 1948 in si prizadeva za preprečevanje duševnih in čustvenih motenj, za pravilno ravnanje oseb s težavami v DZ in za promocijo DZ. MHE – Mental Health Europe (2014) si prizadeva predvsem za enakopravno življenje oseb s težavami v DZ v Evropi, podobno tudi WAPR – World Association for Psychosocial Rehabilitation (2014). S področjem DZ se ukvarjajo tudi

NVO, ki pa pokrivajo tudi druga področja zdravja, ko je npr. WHO. Najbolj znana NVO, ki je eksplicitno namenjena osebam z depresijo, pa je EDA – European Depression Association (2014). Njeno poslanstvo je ozaveščanje o depresiji v vseh evropskih državah, sicer pa trenutno v teh prizadevanjih združuje 17 evropskih držav.

Z namenom svetovanja odločevalcem na nacionalni ravni ter izvedbi aktivnosti ozaveščanja in dogodkov, povezanih z DZ, se NVO združujejo na nacionalni in evropski ravni ter ustanavljajo nacionalne platforme.⁴⁷ Člani Socialne platforme, katere članica je tudi MHE, vztrajajo, da imajo NVO ključno vlogo pri spodbujanju pravičnejše družbe, ki temelji na varstvu in uveljavljanju človekovih pravic ter sodelovanju vseh za kakovost življenja (Platform of European Social NGOs 2012).

V okviru NVO se je razvila široka paleta programov in storitev za osebe s težavami v DZ (glej Tabela 2.6). Kot izvajalci v skupnosti izvajajo javne in verificirane socialnovarstvene programe. V njih pa so praviloma zaposleni strokovnjaki, specializirani za delo z ljudmi, ki imajo dolgotrajne težave v DZ, in z njihovimi svojci (Oreški in drugi 2013, 32–33).

Tabela 2.6: Programi NVO za osebe s težavami v DZ

Programi NVO	Opis
program dnevni center	<ul style="list-style-type: none"> - omogoča prostor, kjer se po urniku pod vodstvom strokovnega delavca in mentorja ter prostovoljcev odvijajo različne aktivnosti, - omogoča varno socialno mreženje brez finančnih stroškov, - gre za organizacijo in izvedbo različnih dejavnosti, namenjenih druženju, urjenju socialnih spretnosti in veščin, spoznavanju novih ljudi, delavnic o zdravem življenjskem slogu, predavanj povezanih z življenjem s težavami v DZ in drugih tematskih delavnic (čustvena inteligenca, medsebojni odnosi ...), - gre za dejavnosti, ki se uvrščajo v področje psihosocialne rehabilitacije, da se oseba s težavami v DZ in njegovi svojci okrepijo za samostojno življenje v skupnosti in izvajajo ukrepe za varovanje DZ, vzdrževanje remisije itd.
informativna pisarna, svetovalnica	<ul style="list-style-type: none"> - oblika psihosocialne pomoči in podpore osebam s težavami v DZ, ki se pretežno izvaja v pristojni organizaciji, - strokovni delavci prek storitev informiranja, osebne pomoči ali svetovalnih pogovorov omogočajo, da se ljudje čim bolj poučijo o vrstah pomoči glede na stopnjo težave in stiske, - svetovanje poteka z namenom seznanitve in opremljanja z načini obvladovanja težav pravočasnega ukrepanja v primeru poslabšanja težave v DZ, konstruktivnega pristopa ter vključevanja v vsakodnevno življenje, - program vključuje izvajanje storitev zagovorništva in varovanja pravic oseb s težavami v DZ, - uporabniku storitev je zagotovljen individualiziran pristop in zadovoljevanje specifičnih potreb v njihovem življenjskem okolju, kar prispeva k večji samostojnosti in kakovosti življenja.

⁴⁷ Nacionalna platforma je struktura (formalne ali neformalne narave), znotraj katere različni akterji – kot so NVO, organizacije uporabnikov, izvajalci storitev, vladni uradniki in drugi, ki delajo na področju DZ in blagostanja – sodelujejo in debatirajo. V Sloveniji je bila ustanovljena 10. 9. 2012 v soorganizatorstvu Državnega sveta Republike Slovenije, MHE in ŠENT-a – Slovenskega združenja za duševno zdravje.

stanovanjska skupina	<ul style="list-style-type: none"> - manjše bivalne enote za osebe s težavami v DZ, ki potrebujejo manjšo podporo pri izvajanju aktivnosti vsakdanjega življenja in nimajo drugače rešenega stanovanjskega problema, - naj bi bila prehodna oblika bivanja za prehod v samostojno življenje, - ponuja osebam s težavami v DZ podporo strokovnega delavca in mentorja pri življenju izven bolnišnice, pri vključevanju v skupnost, pri učenju samostojnega življenja z boleznijo.
skupina za samopomoč za osebe s težavami v DZ	<ul style="list-style-type: none"> - prostovoljna oblika združevanja ljudi zaradi skupne izkušnje doživljanja posameznih težav v DZ, - funkcija skupin za samopomoč je nudenje čustvene opore, dostopnost do informacij, izmenjava izkušenj, druženje članov, nudenje občutka, da imajo člani nadzor nad svojim življenjem, - ena od učinkovitih oblik preventive in pomoči v duševnih krizah in stiskah, - omogoča izmenjavo izkušenj in iskanje rešitev na drugačen način, - predstavlja alternativo tistim oblikam pomoči, ki jih nudijo javne službe, - omogoča vzajemno ter vrstniško podporo, medsebojno krepitev moči.
skupina za samopomoč za svoje	<ul style="list-style-type: none"> - prostovoljne oblike združevanja ljudi zaradi skupne izkušnje doživljanja življenja ob osebah s težavami v DZ, - zasnovana je z namenom, da se svojci med seboj ustrezno povežejo, povedo svoje izkušnje, prisluhnejo izkušnji drugih svojcev ter se tako vzajemno podpirajo, - skupna srečanja svojcev so namenjena njihovi medsebojni podpori, opogumljanju in informiranju, omogočajo jim, da se soočijo s svojimi zatiranimi čustvi, med katere se najpogosteje vrinejo občutki jeze, strahu in negotovosti.
programi destigmatizacije	<ul style="list-style-type: none"> - gre za programe, ki so namenjeni širši javnosti, da bi se zmanjšali predsodki in stereotipi o težavah v DZ in o osebah z težavami v DZ, - gre za trajne, dolgoročne aktivnosti, ki jih izvajajo posamezni strokovni delavci NVO, uporabniki NVO ali drugi izvajalci v sodelovanju z NVO.
programi pomoči na domu	<ul style="list-style-type: none"> - oblika psihosocialne pomoči in podpore osebam s težavami v DZ, ki se pretežno izvaja v njihovem življenjskem okolju, na njihovem domu, - uporabniku storitev je zagotovljen individualiziran pristop in zadovoljevanje specifičnih potreb v njihovem življenjskem okolju, kar prispeva k večji samostojnosti in kakovosti življenja.
krizni centri, telefoni	<ul style="list-style-type: none"> - namenjeni so osebam s težavami v DZ, ki so v krizi, in omogočajo začasno bivanje, - krizni centri za osebe s težavami v DZ v Sloveniji v okviru NVO niso razviti, - krizni telefoni nudijo možnost anonimnega pogovora osebam v duševni stiski, - pomagajo pri trenutni razbremenitvi, osamljenosti in omogočajo osnovno svetovanje z napotitvijo v nadaljnjo obravnavo.
programi promocije DZ	<ul style="list-style-type: none"> - izvajajo se v prostorih NVO, v delovnih in šolskih okoljih ter v širšem družbenem okolju, - izvajalci so lahko strokovni delavci, osebe z izkušnjo težav v DZ ali drugi, - gre za delovanje v širšo družbeno korist.
programi zaposlitvene rehabilitacije in socialne vključenosti	<ul style="list-style-type: none"> - izvajajo se v sodelovanju z zavodi za zaposlovanje ter gospodarskimi in drugimi storitvenimi organizacijami, - NVO so izvajalci posameznih delov zaposlitvene rehabilitacije in podajo predlog za oceno delazmožnosti, - program socialne vključenosti je namenjen tistim, ki so že pridobili odločbo o nezaposljivosti, - gre za izvajanje preprostih del, v skladu s sposobnostmi in zdravstvenim stanjem osebe s težavami v DZ.

V Sloveniji NVO s področja DZ delujejo pod okriljem Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (2014). Pri tem skušajo s svojimi programi slediti paleti programov in aktivnosti NVO v drugih državah. Programi in aktivnosti se med sabo razlikujejo, osnovni namen pa ostaja nespremenjen – neprofitno delovanje in brezplačnost

storitev za uporabnike, osebe s težavami v DZ ter aktivno delovanje na področju psihosocialne in zaposlitvene rehabilitacije oseb s težavami v DZ.

Na vprašanje, kaj je psihosocialna rehabilitacija in kdo so njeni relevantni izvajalci, je težko podati enoznačen odgovor. Ponikvar in drugi (2008, 10) navajajo, da ideja psihosocialne rehabilitacije ali okrevanja ni v prvi vrsti stvar bolezni, biološkega telesa ali psihološke meje, ampak ekonomsko, kulturno ali socialno vprašanje. Poudarjata, da rehabilitacija pomeni tudi povezovanje med prizadetimi in tistimi, ki so jim v oporo in pomoč. Težave v DZ ne prizadenejo le oseb samih, temveč tudi njihove družine in družbo v celoti. V knjigi *Psihosocialna rehabilitacija* Švab (2000, 2004) navaja, da je psihosocialna rehabilitacija proces, ki vodi k čim boljši kakovosti življenja oseb s težavami v DZ. Poudarek je na devetih smernicah rehabilitacijskega postopka: (1) individualizirano zdravljenje, (2) vključitev okolja, (3) osredotočanje na zmožnosti osebe, (4) obnavljanje upanja, (5) poudarek na zaposlitvenih zmožnostih, (6) vsestranska, celovita skrb, (7) vključevanje oseb, (8) stalna skrb in (9) terapevtski odnos. V učnem gradivu Svetovalno delo z ljudmi s težavami v DZ v okviru projekta *Izobraževanje in usposabljanje strokovnih delavcev v izobraževanju odraslih od 2011–2014* pa opredeljuje aktivno rehabilitacijo kot: učenje spretnosti in veščin, ki so pomembne za preživetje v skupnosti in jih osebe z dolgotrajnimi težavami v DZ pogosto izgubijo v času bolezni ali se osiromašijo. Gre za ponovno vzpostavljanje delovanja na različnih življenjskih področjih, kot so skrb zase, za okolje, otroke, delo, druženje, itd. (Švab 2012, 7).

K razvoju psihosocialne rehabilitacije v Sloveniji so zagotovo pomembno prispevale NVO, kot npr. ŠENT, Ozara, Altra s svojimi inovativnimi programi in aktivnostmi, prilagojenimi potrebam uporabnikom storitev, saj so bile do leta 2008 njene glavne izvajalke v Sloveniji. Področja pa se dotika tudi Lamovec v delu *Psihosocialna pomoč v duševni stiski* (1998, 22–23), ki opozarja na posebno situacijo v družbi, ki osebe s težavami v DZ pasivizira:

Družba, ki velikodušno deli pokojnine komaj odraslim uporabnikom storitev, jim dela medvedjo uslugo. Zada jim končni udarec, ki potrdi tisto, kar so se vseskozi bali, namreč, da so povsem nekoristni. Ali ne bi bilo mogoče tega denarja vložiti v iskanje in ustvarjanje pogojev za delo, ki bi bilo zanje primerno, na popolnoma ekonomski podlagi (Lamovec 1998, 83).

Delno so odgovor na to problematiko programi zaposlitvene rehabilitacije. Zaposlitvena rehabilitacija je umeščena v sistem kot del psihosocialne rehabilitacije in skupnostne skrbi za osebe s težavami v DZ in se udejanja ob upoštevanju Listine pravic, uporabnikov socialnih storitev – zaposlitvene poklicne rehabilitacije (Šentprima 2014). Za osebe s težavami v DZ, ki

so po programih zaposlitvene rehabilitacije pridobile odločbo o nezaposljivosti, pa je na voljo program socialne vključenosti, katere izvajalci so praviloma NVO.

V Tabeli 2.7 navajamo seznam NVO, ki izvajajo dopolnilne in ostale programe DZ v skupnosti. Pri tem smo preverili, ali so vpisane tudi v Razvid humanitarnih organizacij, splošnih dobrodelnih organizacij in organizacij za samopomoč (2014) ter v Evidenco društev v javnem interesu na področju socialnega varstva (2014).

Tabela 2.7: NVO s področja DZ v Sloveniji

NVO s področja DZ	Opis dejavnosti	RHD	EJISV
NVO, ki izvajajo dopolnilne programe DZ v skupnosti			
ALTRA – Odbor za novosti v duševnem zdravju	Pomoč in podpora v skupnosti osebam z dolgotrajnimi težavami v DZ in njihovim svojcem (samo polnoletnim) skozi dejavnosti: svetovalnica, dnevni center, <i>drop-in</i> center, stanovanjske skupine, zaposlitveni program, šivalnica, klub, umetniški atelje, skupine za samopomoč, pohodniške in izletniške dejavnosti in drugi programi preventivne narave.	da	da
NOVI PARADOKS – Slovensko društvo za kakovost življenja	Nudi pomoč osebam s težavami v DZ in težje zaposljivim osebam. Izvaja programe stanovanjskih skupin, dnevnih centrov, rehabilitacijskih delavnic ter programov socialnega podjetja in dela z mladimi v različnih lokalnih skupnostih v državi. Programi so poimenovani: <i>Stanovanjske skupine, Odprta hiša, Mladinski center in Vzajemna delavnica.</i>	da	----
DRUŠTVO OZARA SLOVENIJA – Nacionalno združenje za kakovost življenja	V številnih slovenskih krajih izvaja programe stanovanjskih skupin, dnevnih centrov, pisarn za svetovanje, zaposlovanja, zagovorništva, izobraževanja ter samopomoči, izvaja pa tudi različne preventivne aktivnosti, založniško dejavnost in promocijo DZ.	da	da
ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje	Ukvarjajo se s socialno in psihološko rehabilitacijo uporabnikov služb za DZ in ustvarjanje novih delovnih mest za težje zaposljive osebe, in sicer s programi Centrov za duševno zdravje – dnevnih centrov, stanovanjskih skupin in zaposlitvenih centrov, programov svetovalnih pisarn in zagovorništvom v več slovenskih regijah.	da	da
VEZI – Društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa	Na Krasu izvaja programe pomoči osebam s težavami v DZ in njihovim svojcem, in sicer dnevne centre, stanovanjske skupine, zagovorništvo, terapevtske skupine, telefon v stiski, programi zaposlovanja in usposabljanja težje zaposljivih oseb ter izobraževanja.	da	da
Ostale NVO, ki izvajajo programe pomoči in samopomoči za osebe s težavami v DZ			
HUMANA – Združenje svojcev pri skrbi za duševno zdravje	Na območju Gorenjske regije izvaja programe delovne in socialne vključenosti, svetovanja, izobraževanja in pomoči svojcem oseb s psihozo ter program samointegracije oseb s težavami v DZ z višjo izobrazbeno strukturo.	da	da
DAM – Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami	Na območju Ljubljane izvajajo programe samopomoči ter izobraževanja za osebe z depresijo in anksioznimi motnjami.	---	---
Društvo Mostovi – za zdravje v duševnem zdravju	Uporabniško društvo, ki ga upravljajo uporabniki sami in izvajajo programe samopomoči.	---	---
Društvo svetovalcev zaupni telefon Samarijan	Izvajajo 24-urno dežurstvo na telefonu za klic v duševni stiski, telefonsko svetovanje, informiranje in usmerjanje ljudi v stiski.	da	da
Društvo ženska svetovalnica	Izvaja psihosocialno pomoč ženskam z izkušnjo nasilja, spolne ali druge oblike zlorabe, ženskam z motnjami hranjenja ter krizni center za ženske.	da	---

Društvo za preventivno delo	Društvo za preventivno delo je prostovoljno, samostojno, nepridobitno združenje fizičnih oseb, ki so se združile z namenom medsebojnega informiranja, izmenjave izkušenj, izpopolnjevanja znanj ter delovanja na področju zaščite in krepitev DZ, oziroma prevencije v okviru socialnega varstva, zdravstvenega varstva ter vzgoje in izobraževanja	Prehodno soglasje MDDSZ	---
MUZA – Društvo za ustvarjanje in kvaliteto življenja	Razvija psihosocialno, preventivno, raziskovalno in založniško dejavnost. Njen osnovni namen je spodbujanje celostnega pogleda na motnje hranjenja, zato kontinuirano izvajajo specializiran terapevtski program.	---	---
Društvo za psihološko svetovanje Kameleon	Osnovni namen društva je nuditi brezplačno internetno psihološko svetovanje otrokom, mladostnikom, odraslim in starejšim v stiski in organizacija prireditev za ozaveščanje javnosti o pomembnosti DZ.	---	---
SPOMINČICA – Slovensko združenje za pomoč pri demenci	Glavno poslanstvo Spominčice je, da pomaga svojim obolenih za demenco, ki so pri tej bolezni izpostavljeni hudemu psihičnemu in fizičnemu izčrpanju ter povezuje stroko z javnostjo.	---	---

Vir: Oreški in drugi (2013); Razvid humanitarnih organizacij, splošnih dobrodelnih organizacij in organizacij za samopomoč (2014); Evidenca društev v javnem interesu na področju socialnega varstva (2014).

Kakovost njihovega delovanja se kontinuirano spremlja v okviru Inštituta RS za socialno varstvo. Postavljeni kriteriji za evalvacijo so predstavljeni v Tabeli 2.8.

Tabela 2.8: Kriteriji za evalvacijo nekaterih programov NVO s področja DZ

Program NVO	Kriteriji za evalvacijo v NVO s področja DZ
Dnevni center	zadovoljstvo uporabnika, širjenje socialne mreže, kakovostno preživljanje prostega časa v programu, zvišanje samopodobe, samozavesti, varnost uporabnika, informiranost o pravicah, krepitev moči uporabnika za skrb zase, soodločanje uporabnikov, pridobitev novih funkcionalnih znanj, prepoznavnost programa v lokalnem okolju, zmanjševanje števila hospitalizacij.
Stanovanjske skupine	zadovoljstvo uporabnika, zmanjšanje števila hospitalizacij, širjenje socialne mreže, kakovostno preživljanje prostega časa v programu; zmanjšana stigmatizacija, prispevek k sooblikovanju storitev, varnost uporabnika, poznavanje in uveljavljanje pravic, zmožnost relativno samostojnega življenja, izselitev uporabnika iz stanovanjske skupine, promocija, destigmatizacija, sprejetost programa v lokalno okolje.
Svetovalne pisarne	zmanjšana samostigmatizacija, aktivnejše preživljanje prostega časa, krepitev socialne mreže, varnost uporabnika, rešitev stisk in težav, poznavanje in uveljavljanje pravic, prispevek k sooblikovanju storitev, ohranjanje in spodbujanje samostojnosti uporabnika, dostopnost do storitev, sprejetost programa v lokalno okolje.

Vir: Inštitut RS za socialno varstvo (2015).

Instrumenti za evalvacijo z navedenimi kazalniki so prosto dostopni, kar je pomembno za ugotavljanje/preverjanje njihove kakovosti. Razvidno je, da se kriteriji za evalvacijo glede na različne programe razlikujejo predvsem v delu preverjanja kakovosti programov v elementih, kjer se programi med seboj v osnovnem namenu najbolj razlikujejo, podobni pa so si v delu

preverjanja realizacije izpolnjevanja poslanstva NVO. Pojavlja pa se vprašanje, ali dejansko zaobjemajo v svojih postavkah vrednotenje realizacije vseh pričakovanih vlog NVO v državi.

Evalvacijske študije aktivnosti NVO s področja DZ so praviloma usmerjene na celoten sistem skrbi na področju DZ, le izjemoma pa se raziskovalci odločajo za proučevanje doseganja pričakovanih učinkov delovanja NVO s področja DZ. Praviloma ne proučujejo realizacije vseh vlog (Salamon 2000), temveč zgolj nekaj vidikov. Battams in Johnson (2009) sta se npr. osredotočila na primer proučevanja uporabniške participacije v procesih povezanih z odločanjem o stanovanjski politiki. Zaznala sta številne ovire za osebe s težavami v DZ in za NVO. Kot rezultat proučevanja sta oblikovala paleto strategij in procesov za povečanje udeležbe skupnosti z odgovornim zastopanjem njihovih interesov, mehanizme medsektorske razvojne politike in zagovorniških zvez med sektorji ter aktivnosti v javnih forumih, ki vključujejo tako uporabnike storitev kot strokovnjake in izvajalce.

Thara in Patel (2010) sta proučevala vlogo NVO s področja DZ v Indiji iz vidika 4 dejavnosti: (1) skrbi in rehabilitacije, (2) aktivnostih usmerjenih v skupnost, (3) raziskovanja in usposabljanja ter (4) zagovorništva in krepitev moči. Ugotovila sta, da so NVO sprožile številne aktivnosti v različnih skupnostih, da poudarjajo pomen aktivnosti psihosocialne rehabilitacije oseb s težavami v DZ. Aktivnosti segajo od osnovnih preventivnih dejavnosti, kot so preprečevanje samomora, povečanje ozaveščenosti in zagotavljanje rehabilitacije v skupnosti. Menita, da se NVO bolje približajo ljudem in tako pridobijo zaupanje lokalnih skupnosti, znajo vzpostaviti vezi z njimi in poiskati med svojimi programi najprimernejše za posamezno skupnost. Prepoznala sta tri prednosti delovanja NVO: (1) delo v partnerstvih, (2) inovacije v praksi in (3) preglednost pri upravljanju. Omejitve pa sta videla v tem, (1) da ni zagotovljene trajnosti v njihovem financiranju, (2) da so v nekaterih NVO slabo vzpostavljeni mehanizmi za vrednotenje in spremljanje. Kot primer navajata prizadevanja NVO za dejavno mreženje, projektno sodelovanje ter problem, ker te aktivnosti niso nadzorovane in vrednotene iz vidika odgovornosti. Kot pomembni omejitvi NVO pa omenjata tudi (3) lokacijsko omejenost in (4) pomanjkanje znanja izvajalcev v programih NVO o psihosocialni rehabilitaciji.

Grayer in drugi (2008) so pri dokazovanju pričakovanih učinkov delovanja NVO zavzeli drugačen pristop. Ocenjujejo jih nekoliko drugače – posredno, iz posledic pri delovanju druge organizacije v podporni mreži za osebe s težavami v DZ. Ugotavljajo, da se več kot polovica oseb s prepoznanimi težavami v DZ in psihosocialnimi težavami (med njimi najpogosteje zaradi depresije in socialne izolacije) pri zdravstveni obravnavi na primarni ravni zdravstvenega varstva pozitivno odzove na informiranje o NVO s področja DZ. Vključujejo

se v njihove programe in kasneje poročajo o koristnosti vključitve. Posledično pa je dokazano manj svetovanj osebam s težavami v DZ zaradi psihosocialne stiske pri zdravnikih v primarnem zdravstvenem varstvu. O realizaciji komplementarne vloge pa je možno sklepati tudi z izpolnjevanjem vrzeli v delovanju drugih služb. Aktivnosti NVO se namreč vse bolj umeščajo tudi v delo s svojci oseb s težavami v DZ in k reševanju njihove problematike socialne izključenosti in osamljenosti. Kaže se namreč, da zdravstveno osebje pri obravnavi oseb s težavami v DZ težko izpolnjuje potrebe svojcev in drugih bližnjih ter se ne posveča njihovi problematiki socialne izključenosti in osamljenosti (Kass in drugi 2003; Lindgren in drugi 2014).

Iz predstavljenih empiričnih dokazov je moč sklepati predvsem dvoje, (1) da je za proučevanje procesov vključevanja NVO v podporno mrežo na področju DZ v lokalnih skupnostih nujno razdelati še koncept skupnosti in vlogo lokalnih skupnosti v procesih na področju DZ ter (2) se osredotočiti na potekajoče procese mreženja (povezovanja, sodelovanja, integracije) med akterji podporne mreže na ravni lokalne skupnosti za razvoj skupnostne skrbi na področju DZ.

2.4 Lokalne skupnosti in procesi integracije za razvoj skupnostne skrbi na področju duševnega zdravja

Pojmi skupnost, lokalna skupnost in druga poimenovanja oblik združevanja oseb so vse bolj aktualna in se navezujejo na širše razumevanje pojma skrbeti – biti v skrbeh za dobrobit drugih oseb (prebivalcev lokalne skupnosti) z namenom pomoči, če je ta potrebna. V našem primeru je to skrb za DZ prebivalcev, za vstop oseb s težavami v DZ v obravnavo in podpora mreže izvajalcev in storitev za osebe s težavami v DZ. Po Parsons (2004, 161, 170) je skupnost razumljena kot organsko – fizično okolje (stanovanje, prenos sporočil), kulturno okolje (kulturni vzorci in norme) in psihološko okolje (fenomen identifikacije). Opisuje, da gre za družbeno strukturo, katere najpomembnejša značilnost v Durkheimovem pomenu je vrsta in stopnja solidarnosti in nastaja z vključevanjem, zlasti pa z izključevanjem določenih skupin ljudi glede na neke skupne značilnosti – npr. težave v DZ.

Na združevanje v skupine vplivajo krvna oz. telesna, prostorska, psihična povezanost, narodna, kulturna in državna pripadnost, duhovna bližina izražena v religijah, potreba po pripadnosti in čustveni opori. Interes združevanja se navezuje na naravno voljo s tremi oblikami pojavnosti: všečnost, privajenost in pomnjenje, ki se ohranjajo skozi midsosedske odnose. Za obstoj skupnosti (npr. virtualne) ni pomembna vrsta povezanosti, temveč to, kako

močan je občutek povezanosti med člani skupnosti ter kakšno stopnjo varnosti zagotavlja posamezniku. Npr. primerjava med vlogo sosedov (prostorska povezanost) in prijateljev v omrežjih socialne opore je pokazala upad deleža sosedov in porast prijateljev. Sosedje pa so postali pomembnejši samo za nekatere ranljive skupine prebivalstva (starejše) ter na podeželju (Tönnies 1999, 39, 41, 197; Ramon 2000, 31; Jeriček 2004, 70; Filipovič 2007, 162–163; Videmšek 2013, 28).

Za obstoj skupnosti vidimo kot pomembno izoblikovanje palete potrebnih aktivnosti za prepoznavanje potrebe po skrbi, ustrezno ukrepanje in prevzemanje odgovornosti (*poskrbeti za*), zadovoljevanje konkretnih potreb (*udeležati skrb*) in ustvarjanje odnosa (*biti udeležen/deležen skrb*) (Sevenhuijsen 2003, 19–20). Sevenhuijsen in Švab (2003, 7) opredeljujeta skrb kot pomembno razsežnost vsakdanjega življenja, ki je *ne moremo omejiti na zasebno sfero, temveč jo moramo razumeti tudi politično* ter v smislu izpostavljenih vrednot etike skrbi: pozornost, odgovornost, kompetentnost in odzivnost. Govorimo o t.i. skupnostni skrbi kot večrazsežnostnem in večpomenskem pojmu, ki temelji na procesih integracije⁴⁸ strategij skrbi za namene celovite obravnave oseb na področju skrbi za (duševno) zdravje. O tem bo sicer več govora v nadaljevanju, je pa jasno, da se prav s tem namenom v današnji postmoderni družbi vse pogosteje omenja proces integracije – za t.i. integrirano obravnavo na področju DZ.

Integracija se po Parsons v sociološkem smislu nanaša predvsem na 'urejanje' konflikta. 'Skrbi' za koordinacijo in medsebojno prilagajanje delov družbenega sistema. Haralambos in Holborn (2005, 881) opozarjata na vrednost pravnih norm, ki s opredelitvijo in standardizacijo odnosa med posameznimi lokalnimi akterji zmanjšujejo možnosti za konflikt. Na tem mestu je treba še posebej poudariti, da obstaja tudi v situacijah za primer takega konflikta mehanizem – sodni sistem – da ne pride do dezintegracije družbenega sistema. Merton (2004, 200) navaja, da ni mogoče trditi, da obstaja popolna integracija vseh družb, ampak da gre za cel niz integracijskih stopenj, kar zagotovo še terja pozornost v proučevanju. Razvoj dobrih standardov k osebi in skupnosti usmerjenega (so)delovanja organizacij na področju DZ je vsekakor zahtevna naloga.

Sodobna obravnava v okviru skupnostne skrbi naj bi namreč predstavljala ravnotežje med seboj povezanih bolnišničnih in skupnostnih služb, ki opravljajo svoje delo tako, da se na

⁴⁸ Evropska zveza menedžerjev v zdravstvu (European Health Management Associations – EHMA) je v podporo integraciji leta 2011 na Portugalskem organizirala konferenco na temo *Integracija v zdravju in zdravstvu (Integration in Health and Healthcare)*. Načela in možnosti za uspešno integracijo pa navajajo tudi npr. Kodner in Kyriacou (2000) v delu *Fully integrated care for frail elderly: two American models* in Suter in drugi (2009) v delu z naslovom *Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration*.

regionalnem področju (npr. v lokalni skupnosti) med seboj povežejo v podporno mrežo. Gledano globalno gre pri skupnostni skrbi tudi za promocijo in sodelujoče izvajanje dejavnosti za DZ in kakovost življenja posameznika, skupine ali cele lokalne skupnosti (Zupančič in Filej 2013, 67). Greiner (2011) navaja, da strokovnjaki vidijo izziv v tem, kako vključiti različne akterje in organizacije (tudi NVO) v mrežo, da bi ob upoštevanju različnosti subjekta v procesu pomoči uskladili skrb za osebo prek številnih ovir, ki so značilne za področje skupnostne skrbi. Včasih se navidezno zdi, da se skupnostna skrb kot končni cilj strategij skrbi na področju skrbi za (duševno) zdravje in kakovost življenja v sodobnem času vse bolj oddaljuje, vendar pa bo zagotovo glede na aktualnost številnih raziskav in mednarodnih znanstvenih konferenc prišlo do napredka na tem področju. Ob tem se pojavlja vprašanje družbene in individualne odgovornosti za razvoj skupnostne skrbi na ravni lokalne skupnosti.

2.4.1 Vloga lokalnih skupnosti s perspektive vpliva na duševno zdravje prebivalcev⁴⁹

Lokalna skupnost je po Zakonu o lokalni samoupravi (2007) definirana kot organizirana skupina ljudi, ki sama odloča o svojih, lokalnih zadevah.⁵⁰ Hunter (1979, 269) navaja, da je lokalna skupnost unikatno povezana enota družbeno – prostorske organizacije, ki obstaja med silami institucij širše družbe in lokaliziranimi rutinami posameznikov v njihovem vsakdanjem življenju z različnimi vlogami: ekonomsko (proizvodno in porabniško), administrativno (umestitev javnih storitev v prostoru), politično, socializacijsko in družbeno (identifikacija, predanost in interakcija). Vpliva na vsakdanje življenje ljudi – pri občutenju sprejetosti, domačnosti in varnosti v poznanem okolju s 'stalno prisotnostjo vsaj manjše praktične pomoči' (Henning in Lieberg 1996; Hlebec in drugi 2012, 105). Adam s sodelavci (2004) tako skupnost obravnava v kontekstu kohezivne družbe, za katero je značilno, da bolj ali manj uspešno obvladuje probleme dezintegracije in izključenosti ter pozna določene mehanizme solidarnosti, kar odgovarja na sekundarne posledice težav v DZ (socialna izolacija, izguba službe).

Pojem skupnost je samo delno ekvivalenten s pojmom lokalna skupnost. Definiran je na različne načine, posamezne definicije pa so si lahko delno celo v nasprotju, še posebej, če smo

⁴⁹ Nekatere vsebine iz tega poglavja so bile objavljene v članku Zupančič, Kuhar in Pahor (2014).

⁵⁰ Lokalne zadeve javnega pomena financira občina iz lastnih virov, sredstev države in iz zadolžitve. Občine so temeljne samoupravne lokalne skupnosti (Zakon o lokalni samoupravi 2007, 1. in 52. čl.).

pozorni na definicije t.i spletnih skupnosti.⁵¹ Pluralno pojmovanje skupnosti izvira že iz klasičnih socioloških perspektiv, ki odražajo različna metodološka in konceptualna izhodišča (Bahovec 2005), pri čemer nekateri avtorji danes pozivajo k opustitvi rabe tega pojma zaradi njegovih nejasnih in razdrobljenih opredelitev (Brint 2001; Fernback 2007; Atanasova in Petrič 2014). Za prebivalce pojem skupnost največkrat predstavlja prostorsko bližino in namerno omrežje socialnih odnosov, formalnih in neformalnih dejavnosti ter storitev, ki naj bi podpirale blaginjo ljudi v vseh fazah njihovega življenja, ki je po eni strani avtonomno, po drugi pa del kompleksnejših sistemov – države, družbe in različnih korporacij (Bahovec 2005, 225; Jeriček Klanšček 2004, 220).

Kako skupnost deluje kot akter skrbi (v smislu odzivnosti na stisko), je možno razumeti skozi odnose med ljudmi in opremljenost skupnosti s storitvami za pomoč (Hlebec in drugi 2012, 111). Filipović (2007, 101) navaja, da občutek skupnosti *poudari skupnostni duh, medsebojno izmenjavo ter način vpliva skupnosti na člana in obratno ter izpolnjevanje določenih potreb člana skupnosti*. Porta (2003) omenja relacijsko moč v odnosu do nekoga, ki je ravno dovolj velika za zeleno reakcijo in temelji na empatiji. Opis se nanaša tudi na participacijo oseb pri storitvah in na gibanja samopomoči na splošno, v okviru katerih osebe (s težavami v DZ) ali skupine izvajajo različne aktivnosti za izboljšanje svoje situacije, in sicer v sodelovanju z obstoječimi zakonskimi uredbami ali neodvisno od njih (Boškić 2005, 181).

Zagotovo pa je na potrebe oseb kot uporabnikov storitev treba gledati tudi v kontekstu osebnosti kot celote, znotraj družbeno – kulturnega okolja lokalne skupnosti ter virov za zdravje in kakovost življenja (Zupančič in Pahor 2014). Osnovni vodili pri razvoju skupnostnih služb temeljita na (1) načelu izbire in odločanja uporabnikov storitev (Videmšek 2013, 45), pa tudi na (2) zagotavljanju enakosti v možnosti za zdravje in kakovost življenja. Na ravni lokalnih skupnosti prihaja zaradi uvedbe novih profilov (koordinatorjev obravnave v skupnosti, skupnostnih psihiatričnih timov) in razvoja skupnostnih služb na področju DZ do nove dinamične delitve dela. Pojavlja se značilna nejasnost pri prepoznavanju vlog posameznih izvajalcev. Pri tem pa velikost in oddaljenost državnih služb od dejanskih problemov, npr. dostopnosti do storitev, zagotovo preprečuje hiter odziv na spremenjene pogoje v lokalni skupnosti (Haček in drugi 2008, 29). Lokalna uprava in lokalna oblast sta bližje uporabniku, zato sta lahko bolj odzivni in prilagodljivi (Haček 2012, 32). Po drugi

⁵¹ Spletne skupnosti so vezane na skupne interese in izkušnje; se razvijejo iz skupin parcialnega interesa (interesov prostega časa, potrošnje zabave); jih povezujejo skupna prepričanja in vrednote; so vezane na skupne institucionalne in organizacijske formalne strukture, informacijsko tehnologijo; se oblikujejo okrog skupne dejavnosti itd. (Bahovec 2005; Atanasova in Petrič 2014).

strani so lokalne oblasti v veliki meri omejene z nacionalnimi zakonodajnimi okviri, ki lahko dušijo njihov razvoj in kreativnost vodenja in upravljanja ter s tem uspešnost posamezne lokalne skupnosti. Haček (2012, 35) ugotavlja, da je stvarni obseg dejavnosti močno odvisen od velikosti občin, v Sloveniji namreč več kot polovica lokalnih skupnosti (55,9 %) ocenjuje, da nima dovolj finančnih sredstev za izpolnjevanje vseh potrebnih nalog. Ob tem pa je aktualno vprašanje pristojnosti lokalnih skupnosti in njihovih upravnih subjektov. Če povzamemo predvsem naloge iz kataloga Pristojnosti in naloge slovenskih občin (Brezovnik 2014), za katere ocenjujemo, da imajo vpliv na sistem skrbi za DZ prebivalcev lokalnih skupnosti, lahko upravne subjekte lokalnih skupnosti opredelimo kot pomembne partnerje v razvoju podporne mreže in skupnostne skrbi.

Najpomembnejše normativne pristojnosti in naloge lokalne skupnosti (poimenovane občine) z vidika upravnih subjektov in njihovega doprinosa k razvoju skupnostne skrbi za DZ in za osebe s težavami v DZ so glede na obstoječo zakonodajo (Lex Localis 2014):

- (1) določiti mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni, ustanoviti zdravstveni dom, podati mnenje za določitev dejavnosti na sekundarni ravni ter zagotoviti izvajanje preventivnih in drugih programov v osnovnem zdravstvenem varstvu (Zakon o zdravstveni dejavnosti 2005, 2., 5., 9. čl.),
- (2) zagotavljati pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva, oblikovati programe in zagotavljati finančna sredstva za krepitev zdravja prebivalstva in zdravega okolja na svojem območju, zagotoviti sredstva za prispevke za prebivalce, ki niso zavarovani iz drugega naslova (Zakon o zdravstvenem varstvu in zavarovanju 2005, 3., 8., 15. čl.),
- (3) sodelovati z drugimi občinami zaradi skupnega urejanja in opravljanja lokalnih zadev javnega pomena, zadovoljevati potrebe in interese svojih prebivalcev in urejati vse zadeve javnega pomena (Zakon o lokalni samoupravi 2007, 6., 13., 21. čl.).

Nadalje so zakonsko opredeljene tudi naloge, npr.

- (4) zagotavljanje mreže pomoči na domu (Zakon o socialnem varstvu 2007, 43. čl.),
- (5) spodbujanje ustanavljanja zaposlitvenih centrov (Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov 2007, 43. čl.) in
- (6) podajanja mnenj o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev 2010, 37. čl.) itd.

Dobro lokalno vodenje ne pomeni samo izpolnjevanje potrebnih nalog in zagotavljanje vrste lokalnih služb, pač pa tudi varovanje življenja, oblikovanje prostora za demokratični in državljanski dialog, podpiranje tržno usmerjenega in okoljsko vzdržnega lokalnega razvoja ter pospeševanje rezultatov, ki bogatijo kakovost življenja v lokalni skupnosti (Haček 2012, 13);

torej tudi procese integracije storitev – za skupnostno skrb na področju DZ. Ugotavljamo pa, da imamo v slovenskem prostoru zelo malo sistematičnega empiričnega znanja o procesih na tem področju, kar je potrebno v prihodnje spremeniti.

2.4.2 Procesi integracije za razvoj skupnostne skrbi na področju duševnega zdravja

Predpostavljamo, da so procesi integracije izvajalcev in storitev za (duševno) zdravje in kakovost življenja v lokalni skupnosti tesno povezana s stopnjo razvoja skupnostne skrbi, za kar obstajajo različne pojasnitve. Po Javornik (2003, 45) je skupnostna skrb izraz, ki se nanaša na vse oblike pomoči, ki jih odrasla oseba potrebuje zato, da bi lahko varno in neodvisno živela v lastnem okolju, lastni lokalni skupnosti, svoji soseščini takrat, ko ima zaradi oviranosti, bolezni ali posebnih potreb (ranljivosti, prizadetosti, izrednih življenjskih okoliščin) določene težave pri neodvisnem funkcioniranju. Osnovni oris razsežnosti skupnostne skrbi lahko predstavlja 16 ciljev psihosocialnega prijema in načinov njihovega uresničevanja po Lamovec (1998, 22–23).

Ponekod se sicer skupnostna skrb še pojmuje kot nasprotje institucionalne oskrbe (Loughran 2003, 15; Hlebec in drugi 2012, 105), kot označba za razvoj različnih storitev, ki osebam s težavami v DZ omogočajo kakovostno bivanje in obravnavo v domačem okolju. Zupančič in Filej (2013) ugotavljata, da sodobna skupnostna skrb vključuje tudi definirane odnose med institucionalno in skupnostno obravnavo za promocijo in sodelujoče izvajanje dejavnosti za DZ ter kakovost življenja posameznika, skupine ali skupnosti. Tudi Flaker (1998, 227) opozarja, da je skupnostna skrb več kot le skrb v skupnosti ter da temelji na resničnih spremembah v skupnosti, večji solidarnosti in podružbljeni skrbi. Svoje izhodišče utemelji v biopsihosocialnem modelu zdravja, ki zdravstveno stanje, pojav bolezni in njen potek pojasnjuje kot rezultat interakcij med biološkimi, psihološkimi in socialnimi dejavniki. Povežemo lahko, da krepitev moči oseb z težavami v DZ izhaja iz skupnostne skrbi podperne mreže, ki temelji na razporeditvi podpornih služb (aktivnosti) v bližini doma osebe s težavami v DZ, ki opravljajo delo na podlagi ocenjenih potreb tako, da se na regionalno opredeljenih območjih povežejo različni viri pomoči (Marušič 2002, 45–50; Švab 2012, 4; Žmitek 2001, 575).

V prizadevanjih za povezovanje in sodelovanje organizacij – mreženje je nujno proučiti, kako potekajo procesi vertikalne in horizontalne integracije (na ravni lokalne skupnosti). Že pri definiranju pojma integracija se je pojavilo nemalo težav, saj pomen pojma v različnih disciplinah ni identičen. Integracija pomeni najprej vzajemnost praks (avtonomnosti in

odvisnosti) med akterji in kolektivitetami. Družbena integracija predstavlja vzajemnost med akterji v kontekstu (so)navzočnosti, na ravni neposredne interakcije. Sistemska integracija pomeni vzajemnost med akterji in kolektivitetami v času in prostoru, torej med akterji, oddaljenimi v času in prostoru (Giddens 2003, 28; Flipovič 2007, 17). Strukturacijska teorija namreč ne ločuje med agentom in strukturo, ne deluje kot nekaj zunanjega agentom, ampak jo agenti reproducirajo skozi svoje aktivnosti (Flipovič 2007, 17). Razlikovanje med socialno in sistemsko integracijo je leta 1964 izpostavil Lockwood. Meni, da je socialna integracija nujna, ne pa tudi zadostna osnova za razlago družbenih sprememb, če je ne dopolnjuje preučevanje njenega sovplivanja s 'sistemsko integracijo'. Lockwood je videl razlagalne prednosti izhajajoče iz razlikovanja med socialno in sistemsko integracijo, vztrajajoč, da so njune različne kombinacije namenjene zagotavljanju bodisi stabilnosti bodisi spremembi (v Archer 2004, 406). Giddens (1979, 77) piše, da je *sistemska socialna integracija temeljna sistemska družbe kot celote*.

Integracija se izven sociološkega konteksta uporablja v kontekstu socialne vključenosti in tako v svojem bistvu predstavlja povezovanje osebe z njenim okoljem. Drugo področje uporabe pa je v kontekstu mreženja posameznih akterjev (organizacij) za doseg skupnega cilja. Evropska zveza menedžerjev v zdravstvu (EHMA) je v podporo integraciji leta 2011 na Portugalskem organizirala konferenco na temo *Integracija v zdravju in zdravstvu (Integration in Health and Healthcare)*. S procesi integracije se intenzivno ukvarja, npr. tudi Evropski forum za primarno zdravstveno varstvo (European forum for Primary care 2013) in Mednarodna fundacija za integrirano obravnavo (International Foundation for Integrated Care – IFIC 2014), ki izdaja revijo *Journal of Integrated Care*. Načela in možnosti za uspešno integracijo so objavljeni v številnih člankih in knjigah.⁵² Omeniti pa je tudi procese integracije za razvoj integrativnega – komplementarnega zdravljenja, katerega aktualnost je na področju DZ še kako prisotna.⁵³

⁵² Načela in možnosti za uspešno integracijo navajajo tudi npr. Kodner in Kyriacou (2000) v delu *Fully integrated care for frail elderly: two American models* in Suter s sodelavci (2009) v delu z naslovom *Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration*.

⁵³ V okviru projekta CAMbrella (2012) so prepoznali vrzeli v mednarodnem pravu o človekovih pravicah in mehkega prava (kodeksi, listine in smernice za obravnavo pacientov) v smislu opredelitve podlage za pravico oseb s težavami v (duševnem) zdravju do komplementarnega in alternativnega zdravstvenega varstva. Liberalizacija po eni strani povečuje dostopnost, po drugi strani pa odpira pomisleke o varnosti komplementarnega in alternativnega zdravljenja, čeprav je vsem oblikam zdravljenja skupno upoštevati, da so potrebe oseb s težavami v (duševnem) zdravju varno in etično izpolnjene (Stuttaford in drugi 2014). Kot kažejo raziskave v Sloveniji, se tako kot drugje v zahodnem svetu, število uporabnikov alternativnega in komplementarnega zdravljenja naglo povečuje in se giblje med 40–70 % (Ernst in White 2000, Ule 2003). Opaziti je trend postopne institucionalizacije posameznih oblik zdravljenja (Gale 2014).

Zaslediti je, da se v svetu pri vpeljevanju integracije v sistema zdravstvenega in socialnega varstva na vseh področjih, kot kažejo ugotovitve različnih avtorjev (npr. Ahgren in Axelsson 2005; Bjerkan in drugi 2011; Suter in Armitage 2011), pojavljajo institucionalne, strokovne, regulativne, kompetenčne ovire in ovire z vidika pristojnosti za posredovanje, kot npr.: slabo razumevanje pomena integracije, neustrezna vzpostavitev mreže pomoči zaradi velikega števila nepovezanih izvajalcev kot ponudnikov zelo različnih storitev, pomanjkanje ustreznih oblik pomoči, nepripravljenost za sodelovanje med službami, sprenevedanje in nezainteresiranost prevzemanja odgovornosti za izvajanje integrirane oskrbe, premalo zaupanja in upoštevanja dogovorov, poskus dominiranja posameznih poklicnih skupin, neustrezna kadrovska zasedenost, pomanjkanje timskega dela, težave pri zagotavljanju skupnega financiranja storitev, odsotnost oziroma neprilagojenost standardov integrirane oskrbe, zapostavljanje aktivne vloge uporabnika storitev oz. njegove družine, premajhna vloga in odgovornost lokalnih skupnosti ter občinskih oblasti. Očitno je, da je proces integracije dolgoročen, potreben pa je začetni finančni vložek, zato se lahko v obdobju gospodarske krize pojavlja med oblikovalci politik odpor do zaveze integracije in skupnostne skrbi (EFPC 2013).

Z razvojem integrirane obravnave so se v svetu oblikovali štirje osnovni modeli integracije, ki temeljijo predvsem na zaupanju in odgovornosti (Tabela 2.9).

Tabela 2.9: Osnovni modeli integracije

		Tržni model	Hierarhični model	Mreža specifično usmerjenih služb	Model organizirane mreže
		Nizozemska, Nemčija, Anglija.	Avstrija, Nemčija.	Vzhodna Evropa, sredozemske dežele.	Zahodna Evropa.
Nevarnosti za realizacijo strategije integrirane oskrbe	Moč	Decentralizirana moč, majhna odgovornost pri dogovorih.	Centralizirana moč in visoka stopnja odgovornosti.	Decentralizirana moč, majhna odgovornost.	Nizka centralizirana moč, ki temelji na soglasnosti in odgovornosti za izvajanje skupnih ciljev.
	Spremembe	Neomejena količina različnih sprememb, ki temeljijo le na konkurenčnosti.	Omejena možnost koristi in organiziranja služb za skupne cilje, omejen nadzor.	Prosta izbira storitev in služb, ki temelji na pogodbenem odnosu in vzajemnosti.	Omejena možnost koristi in služb, ki temeljijo na jasnih in pravičnih dogovorih, prevzemanju odgovornosti za dobrine in tveganje.
	Zaupanje	Nizka stopnja zaupanja, usklajevanje z interesi posameznika, prostovoljna vključitev.	Nizka samozavest in zaupanje, odvisnost od poštenosti, jasno opredeljeno vstopanje.	Temelji na zaupanju izbranim izvajalcem in na enostavnem izvrševanju obvez in možnosti tveganja.	Visoka stopnja zaupanja na strateški ravni, izvrševanje obveznosti in prevzemanje odgovornosti za tveganje, nadzor vključenih.
	Znanje	Visoka stopnja samozaupanja in tekmovalnosti pri uvajanju sprememb.	Nizka stopnja zaupanja in inovativnosti, vodenje temelji na izkustvih, veččinah.	Zaupanje v lastno znanje in sprejemanje skupnih specifičnih sprememb, tradicija dobre prakse.	Visoko zaupanje v lastno znanje, inovativnost, visoka organizacijska kultura, ki podpira znanstven pristop.

Vir: Peternelj in drugi (2006).

Suter in drugi (2009) izpostavljajo 10 ključnih načel na poti do integracije (glej Tabela 2.10), ki jih lahko razumemo tudi kot kompas za pot naprej v razvoju skupnostne skrbi na področju DZ.

Tabela 2.10: Deset ključnih načel na poti integracije

I. Celovite storitve na poti zagotavljanja kontinuuma skrbi	<ul style="list-style-type: none"> - sodelovanje med organizacijami zdravstvenega in socialnega varstva, - opredelitev več vstopnih točk v kontinuum skrbi na področju zdravstvenega in socialnega varstva, - poudarek na wellness (zdravo ravnotežje, skrb za harmonijo telesa in duha), promociji zdravja in na osnovnem zdravstvenem in socialnem varstvu.
II. Upoštevanje prejemnika storitev	<ul style="list-style-type: none"> - v ospredju je filozofija, ki se osredotoča na potrebe uporabnikov storitev, - aktivna vključenost uporabnikov storitev, - osredotočanje na določeno populacijo na osnovi ocene potreb prebivalstva.
III. Geografska pokritost s programi pomoči – dostopnost imenskega seznama	<ul style="list-style-type: none"> - povečanje dostopnosti in čim večje zmanjševanje podvajanja storitev, - definiranje odgovornosti za identificiranje populacije, pravice uporabnikov storitev do izbire in izhoda.
IV. Standardiziranje izvajanja skrbi prek multidisciplinarnih timov	<ul style="list-style-type: none"> - delovanje multiprofesionalnih timov v kontinuumu skrbi na področju zdravstvenega in socialnega varstva, - z dokazi podprte smernice in protokoli za uveljavljanje standardov skrbi ne glede na sektor.
V. Uspešnost menedžmenta	<ul style="list-style-type: none"> - zavzemanje za kakovost storitev, ocenjevanje in stalna skrb za izboljšanje, - aktivnosti diagnostike, zdravljenja, zdravstvene nege in oskrbe naj bodo povezani s spremljanjem posledic.
VI. Informacijski sistemi	<ul style="list-style-type: none"> - stanje informacijskih sistemov za zbiranje, sledenje in poročanje o dejavnostih, - učinkoviti informacijski sistemi, ki izboljšujejo komunikacijo in pretok informacij prek kontinuuma strategij skrbi.
VII. Organizacijska kultura in vodenje	<ul style="list-style-type: none"> - organizacijska podpora pri dokazu zavezanosti, - voditelji z vizijo, ki so sposobni vsaditi razvoj močne kohezivne kulture na področju skrbi.
VIII. Opredelitev vloge zdravnikov v procesu integracije	<ul style="list-style-type: none"> - zdravniki so vrata v integriranih sistemih pomoči na področju zdravstvenega varstva, - so osrednja oseba pri ustvarjanju in vzdrževanju enotnega <i>point-of-vstopa</i> v univerzalni elektronski zapis na področju zdravstvenega varstva, - vključevanje zdravnikov v vodilne položaje in združenja za promocijo sistema.
IX. Strukture upravljanja	<ul style="list-style-type: none"> - močna fokusirana, raznolika uprava, podprta s številnimi člani iz vseh interesnih skupin, - organizacijska struktura, ki spodbuja usklajevanje med ravnmi zdravstvenega in socialnega varstva.
X. Finančno upravljanje	<ul style="list-style-type: none"> - ureditev financiranja storitev, da se zagotovi pravična delitev finančnih sredstev za vse storitve in ravni storitev, - mehanizmi financiranja morajo spodbujati znotraj in medsektorsko timsko delo ter promocijo zdravja, - dovolj sredstev za zagotovitev ustreznih virov za trajnostne spremembe.

Vir: Suter in drugi (2009).

Načela za realizacijo integracije kažejo na kompleksnost potrebnih procesov za 'urejanje' konflikta razdrobljenosti ponudbe za razvoj skupnostne skrbi za osebe s težavami v DZ. Kaže se, da v Sloveniji še ne moremo govoriti o modelu organizirane mreže, čeprav se zdi ta model kot možni cilj za področje DZ. *European Forum for Primary Care* (EFPC 2013) in *International Foundation for Integrated Care* (IFIC 2014) pri tem opozarjata, da je potrebno razmisliti, kaj je še potrebno za razvoj integrirane skrbi in kje se ta v skrbi za (duševno) zdravje in zmanjševanje neenakosti v obravnavi prebivalcev posameznih lokalnih skupnosti začne.

V Sloveniji je razvoj integrirane obravnave zagotovo prisoten, primanjkuje pa empiričnih podatkov o stopnji razvoja integracije predvsem na mezo in mikro ravni. Natančneje je potrebno proučiti, kaj je že znanega, da bi bil dosežen napredek v procesih integracije na področju DZ v Sloveniji. Pomembno je, da vodenje integrirane obravnave poteka na (1) ravni uporabnika, (2) organizacijski ravni in (3) na ravni postavljenega sistema integrirane oskrbe. Smiselno bi bilo razviti taksonomijo integrirane oskrbe oseb s težavami v DZ in skupnostne skrbi na področju DZ v Sloveniji. Za pomoč razvoju skupnostne skrbi se namreč pojavlja potreba po primerjalni analizi celovitosti storitev na mednarodni ravni in razvoj dobrih standardov k osebi in skupnosti usmerjenega (so)delovanja organizacij. V tabeli 2.12 predstavljamo glavne karakteristike t. i. klinične taksonomije integrirane oskrbe pacienta – uporabnika storitev na področju zdravstvenega varstva, kot jo vidijo Valentijn in drugi (2015).

Tabela 2.11: Glavne karakteristike t.i. klinične taksonomije integrirane oskrbe

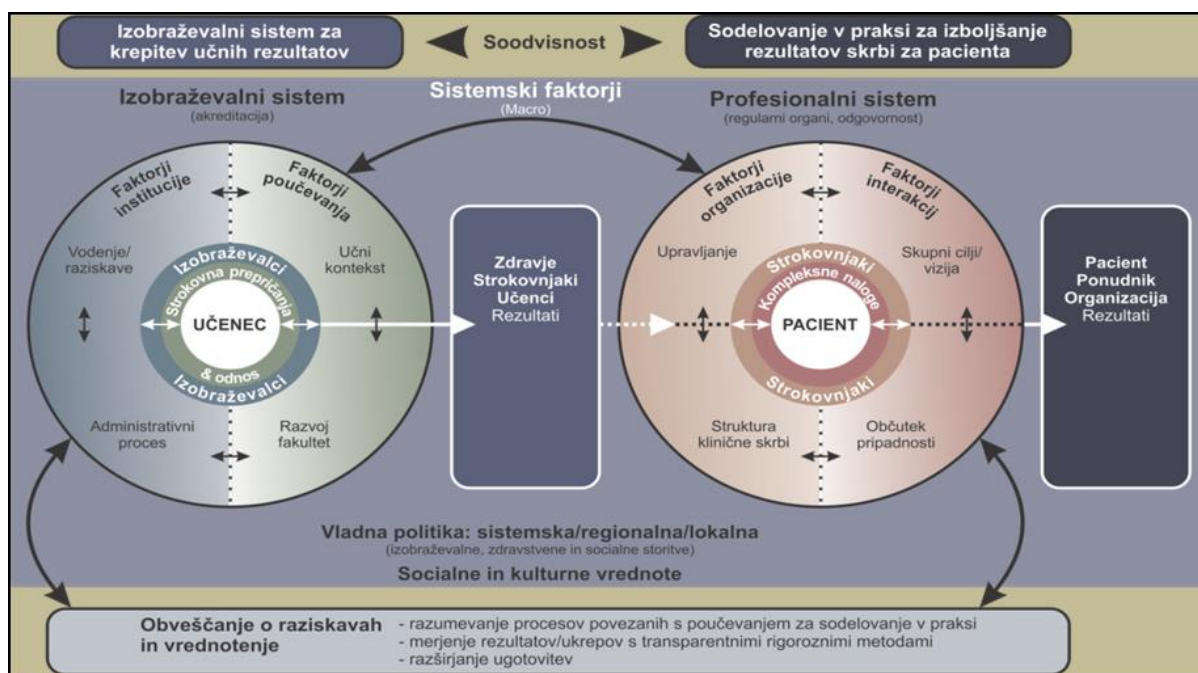
Področja	Kriteriji
Klinična integracija	osrediščenost na potrebe pacientov, upravljanje primerov (<i>case management</i>), izobraževanje pacientov, zadovoljstvo pacientov, kontinuiteta, partnerski odnos med izvajalcem in pacientom, individualni načrt multidisciplinarnе oskrbe, zagotavljanje informacij pacientom, značilnosti storitev, sodelovanje pacientov, potrebe prebivalstva, samoupravljanje.
Profesionalna integracija	medpoklicno izobraževanje, skupna vizija med strokovnjaki, dogovori o interdisciplinarnem sodelovanju, multidisciplinarnе smernice in protokoli, medstrokovno vodenje, medosebne značilnosti, klinično vodenje, upoštevanje okolja, ustvarjanje vrednosti za stroko, upravljanje uspešnosti, ustvarjanje soodvisnosti med strokovnjaki.
Organizacijska integracija	ustvarjanje vrednosti za organizacijo, znotrajorganizacijsko vodenje, neformalna vodstvena omrežja, menedžment zanimanj, upravljanje uspešnosti, potrebe prebivalstva za povezovanje, značilnosti organizacije, strategija o medorganizacijskem sodelovanju, vodenje menedžerjev, učeča se organizacija, lociranje politike, upravljanje usposobljenosti, ustvarjanje odvisnosti med organizacijami.
Funkcionalna integracija	kreiranje družbenih vrednot, dostopnost virov, značilnosti prebivalstva, upravljanje deležnikov, dobro upravljanje, okoljsko – klimatske razmere.
Normativna integracija	kolektivni odnos, občutek nujnosti, zanesljivo vedenje, obvladovanje konfliktov, vizionarsko vodstvo, skupna vizija, kakovostne značilnosti neformalnega sodelovanja, ki povezuje kulturo, ugled, preseganje domen, dojetanje, zaupanje.

Vir: Valentijn in drugi (2015).

Upoštevati je potrebno, da procesi integracije ne potekajo samo znotraj sistema zdravstvenega ali socialnega varstva, temveč medsektorsko na različnih ravneh, ne samo zaradi potrebe uporabnikov storitev, temveč tudi zaradi potrebe po ustreznemu znanju s strani neposrednih izvajalcev skupnostne skrbi za osebe s težavami v DZ. Ličen in drugi (2011) opozarjajo, da se inovacije razvijajo v različnih okoljih, včasih nastanejo med raziskovanjem v raziskovalnih institucijah in se nato uveljavljajo v praksi, vedno pogosteje pa nastajajo v praksi.

Potrebno bi bilo razmisliti o modelih sodelovanja prakse z izobraževalnim sistemom. D'Amour in drugi (2008) ugotavljajo, da so med dejavniki in procesi sodelovanja za kakovostno izobraževanje vzpostavljene povezave na več ravneh: med učečimi, učitelji in strokovnjaki (mikroraven), na organizacijski ravni med izobraževalnimi in zdravstvenimi, socialnimi organizacijami (mezoraven) in med sistemi, kot so politični, socialno – ekonomski in kulturni (makroraven) (glej Slika 2.2).

Slika 2.2: Vpliv na izobraževalne programe pri razvoju sodelovanja v zdravstvenem varstvu



Vir: D'Amour in drugi 2008.

Če bi shemo prenesli na interdisciplinarno področje skupnostne skrbi in pacienta preimenovali v osebo s težavami v DZ, bi lahko načrtno vnesli v obstoječe stanje na področje DZ, kar nekaj sprememb. Nujno je tudi poznavanje taksonomije učnih rezultatov v podporo skupnostni skrbi (Zupančič 2015). Z dodatnimi raziskavami in dopolnilnimi ukrepi v vzgojno

– izobraževalnem procesu se lahko tako posredno doseže napredek pri razvoju skupnostne skrbi na področju DZ Sloveniji. Pri tem pa je ena izmed pomembnih dodanih vsebin v izobraževanju v poklicih skrbi – vloga NVO v državi in na področju DZ. Kje pa smo v teh procesih v Sloveniji, pa je treba na različnih področjih in z različnih perspektiv še izmeriti skozi kompleksen ciljno načrtovan raziskovalni proces.

2.4.3 Vrednotenje procesov integracije in razvoj dobrih standardov (so)delovanja organizacij v podporni mreži na področju duševnega zdravja

Za namene proučevanja in izboljševanja procesov integracije predvsem na področju zdravstvenega in socialnega varstva poteka veliko raziskovalnih in razvojnih projektov (Projekt Commonwell, Beyond research: Action Groups on Integrated Care, CIHSD iniciativa – Coordinated/Integrated Health Services Delivery 2013). V skladu z vizijo nove evropske zdravstvene politike *Zdravje 2020* za krepitev zdravstvenega sistema ter uresničevanja pristopa k zdravemu načinu življenja in neprekinjeni oskrbi je bil v okviru politike Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization 2013), sprejet ukrep za razvoj usklajenega sistema zdravstvenih storitev – CIHSD (Coordinated/Integrated Health Services Delivery 2013). V okviru Regionalnega urada za Evropo želijo odgovoriti na izzive za zdravje v 21. stoletju zaradi demografskih sprememb, porasta kroničnih nenalezljivih bolezni in hitrega tehnološkega razvoja. Koordinacija in integracija sta pri zagotavljanju storitev prepoznani kot ključni v odzivu na potrebe pacientov in v premagovanju pomanjkljivosti v obstoječih modelih skrbi. Njihov namen je izboljšati zagotavljanje zdravstvenih storitev, tako da bodo ljudje lahko dobili tako obravnavo, kot jo potrebujejo, da se prepreči izgubljanje informacij in podvajanje storitev. Izboljšanje usklajevanja in povezovanja storitev je lahko koristen pristop, da se storitve izvajajo na pravem mestu, ob pravem času in da so opravljene v skladu z željami in potrebami posameznika (CIHSD pobuda/iniciativa – The CIHSD Team 2013).

Posebnost pobude CIHSD vidimo v izvajanju metod, pristopov in programov za spremembo obstoječega načina delovanja na področju zdravstvenega varstva, da bi osebe s težavami v DZ doživljale obravnavo kot celovit nabor storitev, dobljenih na enem mestu, iz enega vira (programi upravljanja z težavami v DZ, uvedba menedžerjev za obravnavo, kolokacije zdravstvenih storitev, enotni vir financiranja, krepitev skupnosti, ipd.). Ključna vprašanja, ki si jih zastavljajo, so, kaj sproži usklajenost, koordiniranost in integriranost zdravstvenih storitev, kakšni so vzroki za spremembe, kako je te spremembe mogoče

upravljati in kako povečevati. Za njihovo delovanje so bili v okviru iniciative CIHSD zastavljeni trije stebri: razvijanje koncepta, zbiranje dokazov na terenu in upravljanje sprememb. Za zbiranje dokazov na terenu so oblikovali anketni vprašalnik (Follow-up questionnaire to coordinated/integrated health services delivery initiative submission) (The CIHSD Team 2013). Vprašalnik CIHSD je sestavljen iz treh temeljnih delov: prepoznavanje sprožilnih dejavnikov za procese integracije na področju zdravstvenega varstva (gonila za spremembo), načrtovanje sprememb (glej Tabela 2.11) in vodenje sprememb. Temeljna področja predstavljajo podlago za oceno sedanjega stanja koordinirane in integrirane obravnave na področju zdravstvenega varstva v posameznih državah po vsebinsko ločenih področjih. Ob primerjavi indikatorjev za prepoznavanje ključnih področij pri načrtovanju in vzpostavitvi pobude CIHSD (2013) z indikatorji Suter in drugi (2009) opazamo, da je prišlo do razširitve pogleda na procese integracije na področju zdravstvene obravnave, kar tudi povečuje zahtevnost merjenja stopnje integracije. Osredotočajo se tudi na vlogo akterjev in odgovornosti, ki iz te vloge izhajajo.

Indikatorji merjenja usklajenosti in celovitosti zdravstvenih storitev obravnave pacienta kot uporabnika storitev v okviru vprašalnika, pripravljenega v projektu CIHSD v okviru Svetovne zdravstvene organizacije – Regionalnega urada za Evropo, razkrivajo kompleksnost obravnavane situacije. Po drugi strani pa ne moremo mimo tega, da se ne soočimo z razumevanjem moči in represije glede moči 'samoumevnega vidika zdravstvene varstva'. Busfield (2000) ugotavlja, da že z Foucaultove perspektive lahko pozivamo vse, ki sodelujejo v zdravstvu v ponovno oceno njihovega razumevanja moči in represije glede moči. Poudarja, da je sprememba v pogledu možna le tako, da do razmerij moči ne obstaja odpor. Po njegovem tudi Habermasov pogled lahko pomaga razviti priporočila za spremembo, ki spodbujajo komunikacijo med vsemi zainteresiranimi stranmi; veliko bolj odprta komunikacija lahko povzroči veliko bolj odprto interakcijo med vsemi možnimi stranmi, vključno z osebami s težavami v DZ. Prisega na kombiniran Foucaultov in Habermasov pristop: 'vse zainteresirane strani morajo delati skupaj' (Busfield 2000).

Tabela 2.12: Indikatorji za prepoznavanje ključnih področij pri načrtovanju in vzpostavitvi pobude CIHSD

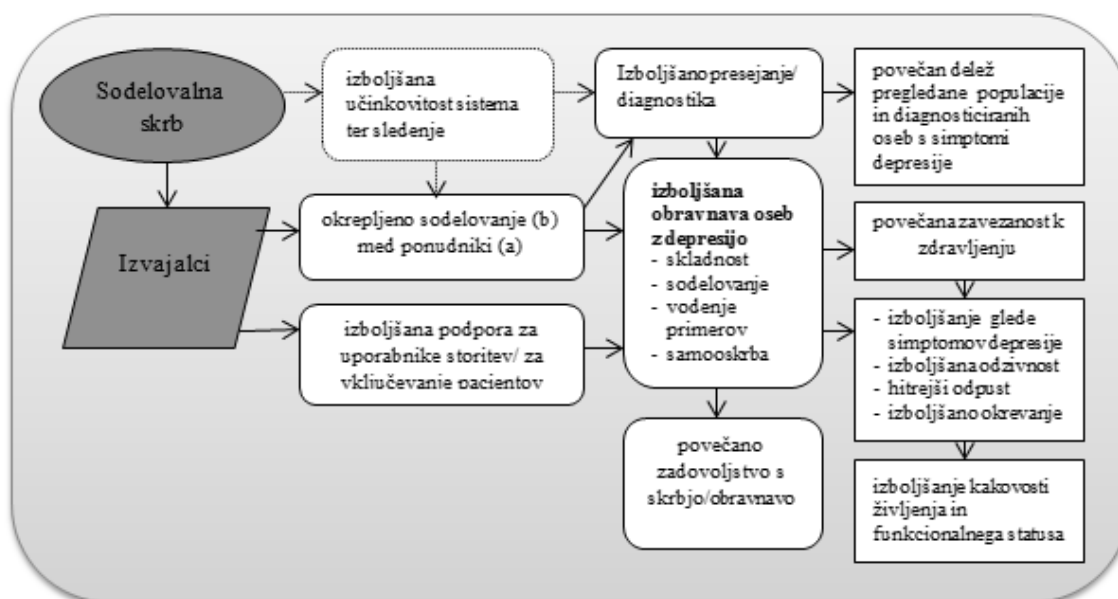
Področja	Indikatorji
Informacije	krepitev pretoka informacij prek stroke in sektorjev, vzpostavitev in spodbujanje orodij telemedicine, in rešitev e-zdravje in m-zdravje, omogočanje usklajenih informacijskih sistemov, ustvarjanje usklajenih podatkov, vrednotenje zdravstvenih storitev z vidika zmogljivosti, delovanje na podlagi dokazov, preglednost postopkov za določanje prednostnih nalog, kreiranje smernic za usmerjanje zbiranja in uporabe podatkov, omogočanje pacientom, da imajo vpogled do svojih podatkov, podpiranje in vlaganje v raziskave za integrirano obravnavo, podpiranje razvoja skupin za samopomoč, poklicnih združenj in podobno.
Kompetence	krepitev izobraževanja pacientov, krepitev profesionalnih kliničnih veščin, spodbujanje komunikacije med pacienti, krepitev komunikacije med ponudniki storitev, koordiniranje pretoka klinične komunikacije, prilagajanje učnih načrtov za izobraževanje in usposabljanje strokovnjakov, krepitev interdisciplinarnega učenja, krepitev zdravstvene pismenosti v izobraževalnih kampanjah, spodbujanje vodstvenih, komunikacijskih sposobnosti in sposobnosti upravljanja.
Viri	uvajanje novih profilov zdravstvenih delavcev, ustvarjanje proračuna in trajnostnega načina financiranja, ustvarjanje novih finančnih okvirov in modelov, profesionalizacija vodenja zdravja/uprave, vlaganje v zdravstveno oskrbo (zdravila, tehnologijo itd.), vlaganje v informacijske in komunikacijske tehnologije, vlaganje v nefinančne spodbude, vlaganje v infrastrukturo in promet, zmanjšanje postopkovnih ovir za pravičen dostop do zdravil, načini plačila ponudniku storitev, možnosti poravnave glede na dejansko porabo, zagotovitev trajnosti v okviru dolgoročnega načrtovanja, zagotavljanje osnovnih/naprednih in trajnih možnosti za izobraževanje akreditirane institucije.
Skrb	krepitev naporitev v sistem kontinuirane oskrbe, uvajanje novih profilov zdravstvenih delavcev, definiranje kliničnih poti in protokolov za paciente, organiziranje storitev na najprimernejših mestih, sistematizacija prehoda pacientov po hospitalizaciji/akutnem dogodku nazaj v primarno zdravstveno varstvo, usklajevanje storitev glede na posebnosti v okolju, podpiranje neformalne podporne mreže za zdravstveno nego in oskrbo, prepoznavanje in podpora družinskih negovalcev.
Politika	politične zaveze za boljše usklajevanje integriranih storitev, spodbujanje ukrepe za integrirano obravnavo v različnih sektorjih in zainteresiranih straneh, proces načrtovanja politike na regionalnih in lokalnih ravneh, oblikovanje vizije in dolgoročnih ciljev za CIHSD, oblikovanje pravnega okvira za podporo CIHSD, poimenovanje osebe, odgovorne za nadaljnji razvoj CIHSD, primerjava z nacionalnimi in mednarodnimi standardi kot sestavni del procesa samoocenjevanja, ustvarjanje pogojev za nove inovativne pristope, ustvarjanje in spodbujanje medresorskega svetovanja na vseh ravneh, ustvarjanje orodij, ki omogočajo vrednotenje in spremljanje politik, organiziranje in podpora dejavnostim v skupnosti s podporo občinskih oblasti.
Ljudje	spodbujanje in opolnomočenje ljudi za vključevanje pri načrtovanju politik, ustvarjanje panožnih zvez za CIHSD dejavnosti, prepoznavanje in aktivno vključevanje ranljivih skupin in manjšin, podpiranje socialne mobilizacije prek aktivnega sodelovanja javnosti (na primer z uporabo virov, kot so masa, multimedijske in interaktivne komunikacije), razvoj medsektorskih partnerstev s civilno družbo, da se uporabi voljo, človeški kapital in materialne vire.
Kultura	ustvarjanje vizije ali skupne zgodbe, spodbujanje kulture sodelovanja, ustvarjanje interesa skupnosti za zdravje in dobro počutje, ustvarjanje trajnostnega delovnega okolja, ki podpira spremembe in inovacije, vodenje z lastnim zgledom.
Izidi	doseganje zelenega cilja, kakšen rezultat je opredeljen kot cilj, na podlagi česa je podana pobuda za cilj, ugotovitve formalnih ocen, zagotavljanje posebnih ukrepov glede na rezultate formalnih ocen.

Vir: The CIHSD Team (2013).

V prizadevanjih za razvoj dobrih standardov k osebi in skupnosti usmerjenega (so)delovanja organizacij so bili razviti različni modeli. *Cronic Care Model* je izboljšal upravljanje skrbi za osebe s kroničnimi boleznimi, kamor lahko delno uvrščamo tudi osebe s težavami v DZ (Wagner 1998; Wagner in drugi 1996). Temelji na povezovanju osnovnih elementov za izboljšanje oskrbe v zdravstvenem sistemu na ravni skupnosti, organizacije zdravstvene oskrbe, klinične prakse in uporabnikov. Osnovna ideja je bila, da skupnost lahko k temu prispeva na osnovi virov, ki jih ima na voljo, zdravstvene politike in podpore samooskrbi, uporabnik pa naj bo informiran in aktiviran. Pomaga pa mu dobro pripravljen in proaktiven strokovni tim v klinični praksi (ICIC 2006–2012), kot se to uveljavlja na področju skupnostne psihiatrične obravnave.

Za boljšanje upravljanja skrbi za osebe s težavami v DZ so se izoblikovali t. i. modeli sodelovalne skrbi (*Collaborative Care*) (glej Slika 2.3).

Slika 2.3: Primer modela sodelovalne skrbi na primarni ravni zdravstvenega varstva



Legenda:



Vir: Thota in drugi 2012, 528.

Osnovani so na treh ključnih točkah: (1) izboljšanje rutine presejanja populacije in diagnosticiranja oseb s težavami v DZ, (2) povečanje uporabe protokolov, ki temeljijo na dokazih za proaktivno vodenje oseb z diagnosticiranimi težavami v DZ in (3) izboljšanje podpore v kliničnem okolju in v skupnosti ter uporabnikom storitev za sodelovanje pri zdravljenju, postavljanju ciljev in samoupravljanju (Thota in drugi 2012). Na podlagi različnih sistematičnih pregledov literature je bila dokazana njihova učinkovitost za izvajalce in delodajalce pri ohranjanju delovnih mest in produktivnosti (Wang in drugi 2007) ter za uporabnike v izboljšanem zdravljenju sočasnih bolezni (Dwight Jonson in drugi 2005). Pojavljajo pa se tudi poročila o ovirah za implementacijo sodelovalnih modelov: nepripravljenost za obravnavo oseb na tak način (McMahon 2007; Wells 2008), nizka udeležba oseb s težavami v DZ pri diagnosticiranju (Cullum in drugi 2007; Dwight Jonson in drugi 2005; Ell in drugi 2007), omejeno financiranje (Wang in drugi 2007), pomanjkanje pozornosti na nekonvencionalne točke obravnave v domačih okoljih in deloviščih (Ell in drugi 2007; Wang in drugi 2007) ter težave oseb ob telefonskih dogovorjanjih za osebni stik (Chew Graham 2007).

Čeprav sodelovalni modeli skrbi zagotavljajo motivacijo in podporo osebam s težavami v DZ, ki so vstopili v sistem zdravstvenega varstva, pa ni jasno, kako lahko te intervencije motivirajo nezdravljene ljudi s težavami v DZ, da bi sprožili njihov vstop v obravnavo (Thota in drugi 2012). Prav mogoče je, da je to pokazatelj potrebe za nadgradnjo sodelovalnega modela skrbi z novimi pristojnostmi za izvajanje intervencij na ravni lokalnih skupnosti, da bi bil ob pojavu potrebe realiziran zastavljen 'kontinuum skrbi za osebe s težavami v DZ': (1) promocija DZ, (2) diagnosticiranje težav v DZ, (3) zdravljenje s težavami v DZ in (4) rehabilitacija in reintegracija oseb s težavami v DZ. Pri razvoju dobrih standardov k osebi in skupnosti usmerjenega (so)delovanja organizacij vidimo problem s sociološke perspektive predvsem na obeh skrajnostih kontinuuma: promociji DZ in rehabilitaciji oseb s težavami v DZ, kamor se uvrščajo kot izvajalke tudi NVO.

Skrb za DZ prebivalcev posamezne lokalne skupnosti je zagotovo pomembnejša politična zadeva javnega pomena. Kot primer dobre prakse je treba omeniti Pismo o nameri za ustanovitev partnerstva za pripravo in implementacijo Regijske strategije za zmanjševanje neenakosti v zdravju s pomočjo krepitev zdravja (Harlander 2011). Nujno bi bilo empirično preveriti rezultate dejanske realizacije ciljev, ki imajo zametke v tem pismu o nameri. Smiselno bi bilo tudi oceniti že potekajoče aktivnosti promocije zdravja v lokalnih skupnostih na podlagi smernic za oceno njihove vsebine in rezultatov, ki so bile pripravljene v okviru projekta PROMISE (Greacen in drugi 2012). Res je, da vsak program promocije zdravja,

podprt s strani javnega zdravstva, močno spodbuja informiranost, oziroma zdravstveno pismenost, ob tem pa se je potrebno zavedati, da informiranost sama po sebi še ne zadostuje za spremembo vedenja (Kamin in Tivadar 2004, Kamin 2006). Pomembno je širiti zavedanje o potrebnih aktivnostih za realizacijo vseh petih prednostnih nalog, ki jih določa Svetovna zdravstvena organizacija za promocijo zdravja v 21. stoletju (WHO 2009): spodbujati družbeno odgovornost za (duševno) zdravje, povečati naložbe v razvoj (duševnega) zdravja, razširiti partnerstva za promocijo (duševnega) zdravja, povečati zmogljivosti skupnosti in krepiti vlogo posameznikov ter ustvariti infrastrukture za promocijo (duševnega) zdravja.

Na drugi strani pa imamo kot primer dobre prakse rehabilitacijo ali t.i model okrevanja, ki je rezultat krepitve moči oseb s težavami v DZ. Njegova specifičnost je, da izhaja iz uporabnika storitev. V okviru uporabniške perspektive je okrevanje ponovno pridobivanje moči v življenju posameznika, čeprav težave z DZ še vedno ostajajo (Repper in Parkins 2003, 127). Turner Crownson in Wallcraft (2002) ga opisujeta kot kompleksen, individualen, samodefiniran proces, pri katerem sta v ospredju novo upanje in neodvisnost. Pomeni povezovanje med prizadetimi in tistimi, ki so jim v oporo in pomoč. Tak način delo so na področju DZ prevzele najprej NVO s programi psihosocialne in zaposlitvene rehabilitacije, sedaj pa se v to polje v lokalnih skupnostih umeščajo tudi koordinatorji obravnave in timi skupnostne psihistične obravnave. Potrebno pa bi bilo preveriti, ali se ob tem pojavljajo primeri dobrih standardov (so)delovanja organizacij v podporni mreži na področju DZ ali ne, kje so ovire in prednosti sodelovanja v t.i modelu okrevanja, kot nadgradnji sodelovalnega modela podporne mreže za osebe s težavami v DZ –za razvoj skupnostne skrbi na področju DZ v lokalni skupnosti.

2.5 Zaključne ugotovitve – kaj in zakaj raziskovati

Skrb za osebe s težavami v DZ je vpeta v sistem skrbi na področju DZ, ta pa v širši kontekst skrbi za zdravje, saj pojav težav v DZ ni samo osebni, temveč tudi družbeni problem. Aktualna so vprašanja pomena družbenega delovanja, odnosa med dejavnostjo in strukturo, med človeško akcijo in omejevalnim vplivom družbene strukture ter družbene spremembe. Gre za odkrito opozarjanje na možno multivzročnost pojava težav v DZ. Razumevanje in odpravljanje socialnih neenakosti na področju (duševnega) zdravja sta v zadnjih desetletjih med drugim postala dva izmed ključnih ciljev javnozdravstvene politike in raziskovanja po svetu. Kot aktualni družbeni problemi povezani s težavami v DZ so prepoznani pojavnost težav v DZ in njihovih sekundarnih stroškov, zagotavljanje vstopa in vztrajanje oseb s

težavami v DZ v obravnavi, soočanje s stigmo in zmanjševanje njene pojavnosti, nevarnost za samomor, itd. V raziskavi organiziranosti in delovanja javne zdravstvene službe in NVO na področju DZ v Sloveniji so opozorili na ozemeljsko neenakomerno pokritost s psihiatričnimi službami in razporejenostjo zdravstvenih delavcev v mreži ter posledično različno dostopnost, ter tudi na pomanjkljivo sodelovanje med vladnimi in nevladnimi ustanovami (ter drugimi zasebnimi ustanovami).

Obstoječi sistem skrbi za osebe z težavami v DZ vključuje tako skrb za zmanjševanje dejavnikov tveganja, promocijo DZ, destigmatizacijo, diagnostiko, zdravljenje, skrb za rehabilitacijo in reintegracijo oseb s težavami v DZ in podporo njihovim bližnjim. Pri skrbi za osebe s težavami v DZ gre za večrazsežnostni pristop z namenom, da se vzpostavijo okoliščine za upoštevanje bio – psiho – socio – duhovno – kulturnih perspektiv potreb osebe. Za izboljšanje kakovosti delovanja sistema so bili zato razviti npr. sodelovalni model skrbi in model okrevanja, ki temeljijo na sodelujoči krepitvi moči oseb s težavami v DZ. Sodobna obravnava v okviru skupnostne skrbi naj bi namreč predstavljala ravnotežje med seboj povezanih bolnišničnih in skupnostnih služb, vendar o procesih na tem področju še ni dovolj empiričnih dokazov.

Vprašanje je, kakšno je poznavanje vloge posameznih organizacij v podporni mreži in merjenje doseganja pričakovanih učinkov njihovega delovanja med različnimi deležniki. Skrb za DZ in podpora osebam z težavami v DZ je zahteven proces, ki se razsteza prek različnih področij, in jih tako postavlja v razmerja boljše ali slabše vertikalne in horizontalne povezanosti storitev v razvoju skupnostne skrbi, tudi in predvsem na ravni lokalnih skupnosti. Raziskave o mreženju organizacij – za razvoj podporne mreže se izvajajo večinoma na ravni integracije organizacij in izvajalcev v okviru opredeljene podporne mreže, prisotno pa je pomanjkanje orodij za merjenje ter primerjavo stopnje integracije in celovitosti integriranih storitev. Skrb za DZ prebivalcev posamezne lokalne skupnosti je zagotovo pomembnejša zadeva javnega pomena. Za učinkovito skrb za osebe s težavami v DZ je pomembno mreženje posameznih izvajalcev iz različnih organizacij na nivoju lokalnih skupnosti.

V slovenskem prostoru je zelo malo sistematičnega empiričnega znanja o procesih razvoja skupnostne skrbi za DZ na ravni lokalne skupnosti. Primanjkljaj empiričnih podatkov je viden predvsem na področju delovanja NVO (krepitve moči uporabnikov storitev s področja DZ in skupnosti), o vlogi in dejanskem sodelovanju NVO z drugimi organizacijami v podporni mreži na področju DZ – za osebe s težavami v DZ in o pričakovanih učinkih delovanja NVO (procesov krepitve moči) z vidika različnih deležnikov. Na podlagi obstoječih empiričnih podatkov je mogoče ob usmeritvi proučevanja na NVO v podporni mreži na

področju DZ sklepati predvsem troje: (1) da je proučevanje procesov vključevanja NVO v podporno mrežo na področju DZ smiselno umestiti na raven lokalnih skupnosti, upoštevajoč vlogo upravnih subjektov lokalnih skupnosti na področju DZ predvsem iz vidika omogočanja dostopnosti do storitev NVO, (2) da je potrebno preveriti vlogo in doseganje pričakovanih učinkov NVO ter tudi celotne podpore s perspektive različnih deležnikov in (3) se osredotočiti na potekajoče procese mreženja (povezovanja, sodelovanja, integracije) med akterji podporne mreže na ravni lokalne skupnosti za razvoj skupnostne skrbi na področju DZ.

3 ŠTUDIJA PRIMERA DELOVANJA NEVLADNIH ORGANIZACIJ V PODPORNIM MREŽI ZA OSEBE S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU V SLOVENIJI

3.1 Namen in cilji raziskave ter predstavitev raziskovalne metodologije

Namen raziskave je bil osvetliti delovanje NVO v javni podporni mreži za DZ v krepitvi moči oseb s težavami v DZ v lokalni skupnosti ter prispevati k ukrepom za povečevanje števila ljudi, ki ob pojavu težav v DZ poiščejo ustrezno pomoč. Za cilj smo si zastavili definirati vlogo in pričakovane učinke delovanja NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ s perspektive različnih deležnikov, identificirati značilnosti, dosežke in ovire v sodelovanju udeleženih v podporni mreži ter osvetliti nove možnosti za razvoj optimalne podpore v smeri krepitve moči oseb z težavami v DZ. Depresija je v tem delu, kot smo že pojasnili na samem začetku, sinonim za hujše težave v DZ. Na podlagi ugotovitev smo oblikovali model podporne mreže za osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti za izboljšanje sodelovanja in uvajanja novih oblik dela kot pomoč pri razvoju javne politike skupnostne skrbi za DZ.

3.1.1 Raziskovalna vprašanja in hipoteze doktorske disertacije

Temeljno raziskovalno vprašanje, ki smo si ga zastavili, je:

Kako NVO, ki delujejo na področju DZ, z vključitvijo v javno podporno mrežo nudijo pomoč osebam s težavami v DZ?

Za natančnejšo opredelitev in vodilo za raziskovanje smo izoblikovali štiri podvprašanja:

R1: Kako delujejo NVO za osebe s težavami v DZ v lokalnih skupnostih?

R2: Ali so protokoli sodelovanja med nevladnimi in vladnimi, drugimi zasebnimi organizacijami v okviru podporne mreže za osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti jasno definirani?

R3: Ali imajo izvedene dejavnosti in storitve NVO v okviru podporne mreže skupnostne skrbi za DZ pričakovane učinke na osebe s težavami v DZ?

R4: Ali so doseženi pričakovani učinki celotne podpore (ne le NVO) osebam s težavami v DZ v lokalni skupnosti?

Na podlagi zastavljenih vprašanj smo oblikovali naslednje hipoteze:

H1: Število izvajalcev in vrste aktivnosti NVO, ki nudijo pomoč osebam s težavami v DZ v lokalnih skupnostih, se značilno razlikujejo glede na oddaljenost od mestnih središč. Število izvajalcev in aktivnosti NVO je bližje mestnim središčem večje. Z oddaljenostjo lokalnih skupnosti od mestnih središč se povečuje število aktivnosti NVO, ki temeljijo na terenskem delu (npr. strokovnih delavcev izven ustanove, kar je povezano npr. s površino ozemlja, ki ga pokriva, ali z dostopnostjo do javnega prevoza) in povezovanju z različnimi oblikami družbenega delovanja.

Iz hipoteze 1 smo oblikovali 3 podhipoteze:

- H1a: Število izvajalcev, ki nudijo pomoč osebam s težavami v DZ v lokalnih skupnostih, se značilno razlikuje glede na oddaljenost od mestnih središč. Število izvajalcev je bližje mestnim središčem večje.
- H1b: Z oddaljenostjo lokalnih skupnosti od mestnih središč se povečuje število aktivnosti NVO, ki temeljijo na terenskem delu (npr. strokovnih delavcev izven ustanove, kar je povezano npr. s površino ozemlja, ki ga pokriva, ali z dostopnostjo do javnega prevoza).
- H1c: Z oddaljenostjo lokalnih skupnosti od mestnih središč se povečuje število aktivnosti NVO za povezovanje z različnimi oblikami družbenega delovanja (delovanje kulturnih, športnih, storitvenih NVO, medsebojna solidarnost, urbaniziranost lokalne skupnosti, stopnja izobrazbe).

H2: Stopnja sodelovanja med strokovnimi delavci v nevladnih in vladnih ter drugih zasebnih organizacijah v okviru podporne mreže za osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti je večja, če je opredeljena v pisni obliki (program, projekt, pisni dogovor, protokol) in podprta (finančno) od občinske uprave.

Iz hipoteze 2 smo oblikovali 2 podhipotezi:

- H2a: Stopnja sodelovanja med strokovnimi delavci v nevladnih in vladnih ter drugih zasebnih organizacijah v okviru podporne mreže za osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti je večja, če je opredeljena v pisni obliki (program, projekt, pisni dogovor, protokol).
- H2b: Stopnja sodelovanja med strokovnimi delavci v nevladnih in vladnih ter drugih zasebnih organizacijah v okviru podporne mreže za osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti je večja, če je podprta (finančno) od občinske uprave.

H3: Čim več akterjev je v podporni mreži za osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti, tem večja je stopnja sodelovanja med strokovnimi delavci v vladnih in nevladnih ter drugih zasebnih organizacijah.

H4: Bolj kot so upoštevane specifične okoliščine in značilnosti lokalne skupnosti pri načrtovanju aktivnosti (npr. stopnja brezposelnosti, izobrazbena struktura, značilnosti okolja – velikost, javni prevoz), večji so pričakovani učinki izvedenih dejavnosti in storitev NVO v okviru podporne mreže skupnostne skrbi za DZ za osebe s težavami v DZ.

3.1.2 Utemeljitev raziskovalnih vprašanj in hipotez

Sodobno zastavljen pristop k zdravljenju in rehabilitaciji oseb s težavami v DZ v skupnosti vsebuje vsaj pet elementov: kontinuiranost, integriranost, lokalnost, prožnost in humanost (Marušič 2004, 16). Pri proučevanju delovanja NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ na primeru depresije, so bila na podlagi navedenih elementov z oblikovanjem podvprašanj zajeta tista področja, ki jih je potrebno natančneje raziskati. Pri tem smo se usmerili v lokalno skupnost. V raziskavi lokalno skupnost definiramo kot občino,⁵⁴ kar pomembno vpliva na izvedbo raziskave, saj so občine in meje med njimi definirane, občinska uprava pa ima vpliv na delovanje NVO (sofinanciranje). Ugotovitve, ki so hkrati izhodišče našega raziskovalnega vprašanja, kažejo na to, da je ugotavljanje, kako delujejo NVO (npr. Šent, Ozara, Altra, Novi Paradoks, Mostovi, Dam) v podporni mreži za osebe s težavami v DZ na primeru depresije v okviru lokalnih skupnosti, smiselno, saj le tako lahko pri preučevanju hkrati upoštevamo prepletenost delovanja NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ s širšimi družbenimi dejavniki in specifične značilnosti posameznega okolja (Oreški 2008, 1).

⁵⁴ Občine so temeljne samoupravne lokalne skupnosti, ki v okviru ustave in zakonov samostojno urejajo in opravljajo zadeve lokalnega pomena in izvršujejo državne naloge v skladu z obstoječo zakonodajo (Zakon o lokalni samoupravi, 139. čl.; Ustava RS, 139.–145. čl.). Upravne enote niso uporabljene v kontekstu lokalne skupnosti, saj so ustanovljene za opravljanje nalog državne uprave.

Za pridobitev odgovorov na zastavljena raziskovalna vprašanja in za potrditev hipotez smo se na eni strani osredotočili na vso podporo (pravna določila, mnenja strokovnjakov, upravne subjekte, izvajalce v NVO, itd.) in na drugi strani na osebe s težavami v DZ kot uporabnike teh storitev. Pri pojasnjevanju delovanja NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ smo se osredotočili na njihovo vlogo, protokole sodelovanja in pričakovane učinke delovanja. Koncept družbenih vlog je v sociologiji razvil Linton (1936, v Bezenšek in Barle 2007, 11). Opozoril je, da ima vsak posameznik različne vloge v družbi, ob njihovem 'igranju' pa mora upoštevati vloge drugih (Merton v Bezenšek in Barle 2007, 11). Ule (2009, 126) ugotavlja, da ni pomembno le pričakovanje partnerjev v interakcijah o tem, da se moramo vesti tako, kot narekujejo tiha in javna pravila obnašanja, temveč to zahteva sama logika interakcije. Pojem lokalnost se uporablja, da bi opisali prostorsko dimenzijo družbenega življenja. Sociologi so potegnili ostro mejo med mestnim in podeželskim življenjem in s tem spodbudili izjemno močno ideologijo, da se s premikanjem od podeželskega k mestnemu izgublja občutek pripadnosti skupnosti. Skupnost naj bi izginila zaradi spremembe odnosov, izgube lokalnosti (samozadostnih skupnosti kot neodvisnih entitet) in soseščine (Lawson in drugi 2004, 216), kar ne drži v celoti (Filipovič 2007).

S potrditvijo prve hipoteze ne bomo samo dokazali neenakosti v dostopnosti znotraj posameznih regij, temveč tudi prilagajanje aktivnosti NVO (za razliko od ostalih organizacij) značilnostim lokalnih skupnosti in potrebam obravnavane populacije. Sicer smo H1 za lažje oblikovanje sklepov razčlenili na tri dele (H1a, H1b, H1c). Toš in Malnar (2002, 49) poudarjata, da je zveza med zdravjem in neenakostjo klasična sociološka tematika. Predstavljata povezave med socialno – ekonomskimi tveganji, neenakostjo in zdravjem, kar potrjujejo tudi ugotovitve drugih raziskav (glej Tabela 2.3).

V H2 predpostavljamo o povezanosti stopnje sodelovanja akterjev v podporni mreži za DZ za osebe s težavami v DZ z opredelitvijo sodelovanja v pisni obliki in s (finančno) podporo občinske uprave. Za lažje oblikovanje sklepov smo jo razčlenili dve podhipotezi (H2a, H2b). Več raziskav namreč kaže na pomen različnih podpornih mehanizmov za sodelovanje akterjev na ravni lokalne skupnosti (Franx in drugi 2009; Luukkainen 2006). Pri tem pa nas zanima tudi, ali na stopnjo sodelovanja vpliva število akterjev v podporni mreži za osebe s težavami v DZ (H3). Ob tem smo preverili predpostavko, ali so trenutno najpomembnejši generator usklajenega delovanja treh vrst akterjev sinergično delujoči posamezniki s strokovnim znanjem, visokimi komunikacijskimi veščinami in osebno motiviranostjo.

V četrti hipotezi pa bomo ugotovitve povezali še z doseganjem pričakovanih učinkov. Opredelitev in merjenje pričakovanih učinkov NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ lahko poteka na podlagi zastavljenih ciljev javne politike za NVO, na ravni organizacije (poslanstvo, vizija) ali v okviru individualnega načrtovanja. Pri definiranju smo si pomagali tudi s kriteriji za sofinanciranje NVO, s sistemom kakovosti, ki temelji na oceni odločitev, kaj želijo organizacije doseči in kako, na učenju iz izkušenj in dela, uporabi pridobljenega znanja za izboljšanje delovanja, dosego zastavljenih ciljev in zadovoljevanje deležnikov – ljudi in skupin, ki so z organizacijo povezani (Center za informiranje, sodelovanje in razvoj nevladnih organizacij – CNVOS 2014a). Pričakovanih učinkov tako ne enačimo z učinkovitostjo in uspešnostjo (strošek – korist, strošek – uspeh), ker, kot navaja Kustec Lipicer (2009, 133), to ni nujno najboljša rešitev, čeprav je zaželeno. Menimo, da so kriteriji za merjenje pričakovanih učinkov NVO vezani na njeno poslanstvo, katerega končni cilj je praviloma zadovoljstvo uporabnikov (Hrvatina 2002, 75). Pri definiranju pričakovanih učinkov smo se tako osredotočili na konkretne načine ali mehanizme,⁵⁵ prek katerih skušajo operativni izvajalci vplivati na zadovoljstvo oseb s težavami v DZ, predvsem pa na pričakovane posledice krepitev moči (okrepljenost) oseb z težavo v DZ.

3.1.3 Opis raziskovalne metodologije

Da bi odgovorili na zastavljena vprašanja in preverili iz njih izpeljane hipoteze, smo razvili metodološki okvir študije primera v 56 občinah⁵⁶ dveh slovenskih zdravstvenih regij,⁵⁷ kar shematsko predstavljamo tudi slikovno (glej Slika 3.1). Gre za presečno študijo, ki je potekala fazno, s kombinacijo kvantitativnih in kvalitativnih metod ter z originalnimi instrumenti za zajemanje podatkov z različnih perspektiv (strokovnjaki, uslužbenci občine, izvajalci in uporabniki storitev ter njihovi svojci itd.), ki so bili razviti tekom raziskave. Uporabili smo naslednje metode in tehnike: analiza relevantne literature, formalnih dokumentov in pravnih virov, anketiranje, metoda poglobljenega polstrukturiranega intervjuja

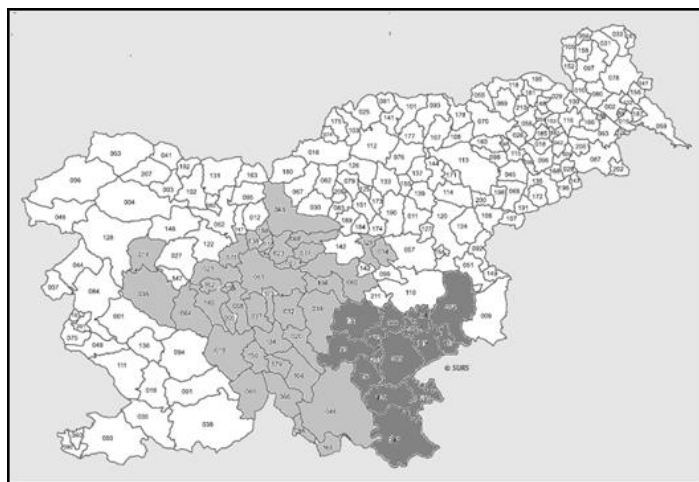
⁵⁵Pri tem mislimo po Somerville (1998, 238–240) na klasifikacijo na podlagi odnosov med posamezniki in organizacijami po kriterijih: smer delovanja, sprememba v razmerjih odvisnosti, način doseganja sprememb itd.



⁵⁶ Občine novomeške zdravstvene regije so: Črnomelj, Dolenjske Toplice, Kostanjevica na Krki, Krško, Metlika, Mirna, Mirna Peč, Mokronog Trebelno, Novo mesto, Semič, Straža, Šentjernej, Šentrupert, Škocjan, Šmarješke Toplice, Trebnje, Žužemberk; občine ljubljanske zdravstvene regije so: Bloke, Borovnica, Brezovica, Cerknica, Cerklje, Dobropolje, Dobrova Polhov Gradec, Dol pri Ljubljani, Domžale, Grosuplje, Horjul, Hrastnik, Idrija, Ig, Ivančna Gorica, Kamnik, Kočevje, Komenda, Kostel, Litija, Ljubljana, Logatec, Log Dragomer, Loška dolina, Loški Potok, Lukovica, Medvode, Mengeš, Moravče, Osilnica, Ribnica, Sodražica, Škofljica, Šmartno pri Litiji, Trbovlje, Trzin, Velike Lašče, Vodice, Vrhnika (e–priročnik za nevladne organizacije na področju zdravja 2012, 13–14).

⁵⁷ Pod pojmom zdravstvena regija je opredeljeno območje, ki ga družijo socialno – medicinske, epidemiološke, higienske in zdravstveno – ekološke značilnosti. V Sloveniji imamo devet zdravstvenih regij.

in fokusna skupina. Kot raziskovalni pristop smo uporabili večstopenjski model triangulacije po Creswell in Clark (2007, 64–65, 80–85).

Slika 3.1: Shematski prikaz lokalnih skupnosti novomeške in ljubljanske zdravstvene regije v Sloveniji



Legenda:  Lokalne skupnosti ljubljanske zdravstvene regije
 Lokalne skupnosti novomeške zdravstvene regije

Ključna značilnost kombiniranja metod je pridobivanje podatkov z vidika različnih deležnikov na njim najprimernejši način, da bi bila dosežena dodana vrednost v interpretaciji podatkov glede na namen, cilje raziskave in zastavljena raziskovalna vprašanja. Kvantitativne in kvalitativne metode pri zbiranju, analizi in interpretaciji podatkov upoštevamo kot enakovredne. Ugotovitve iz vsake ravni raziskave so združene v eni splošni razlagi. Tako široko zastavljen zajem podatkov je omogočil inkluziven pogled na problematiko, kar izhaja iz predpostavke, da le povezana, usklajena skrb za DZ pripelje do zaželenih izzidov.

Načrt raziskave z metodologijo proučevanja zaradi kompleksnosti predstavljamo shematsko. Menimo, da smo s tem dosegli potrebno natančnost, nazornost in jasnost (Tabela 3.1). Ocenjujemo, da nam je navedeni raziskovalni okvir omogočil na celovit in znanstveno relevanten način operacionalizirati izhodiščna raziskovalna vprašanja doktorske disertacije. Ob tem pa je v doktorski disertaciji opredeljena operacionalizacija ob poglobljeni študiji primera, nekoliko prilagojena, kar v nadaljevanju pojasnimo in ustrezno teoretično utemeljimo. Končna analiza podatkov je temeljila na osnovi triangulacije podatkov (Creswell in Clark 2007, 85). Veljavnost povezovanja kvantitativnih in kvalitativnih ugotovitev raziskave kot enakovrednih je bila dosežena z dobro vsebinsko utemeljitvijo (Hlebec in Mrzel 2012, 256).

Tabela 3.1: Shematski prikaz metodologije proučevanja

Raziskovalno vprašanje	Iskani podatki	Viri podatkov/ respondenti	Vzo- rec	Metode zbiranja podatkov	Analiza	Hipo- teza	
Kako delujejo NVO za osebe s težavami v DZ v lokalnih skupnostih?	<ul style="list-style-type: none"> - pravna določila, - prisotnost izvajalcev in aktivnosti NVO v lokalni skupnosti, - pokrivno področje NVO, - značilnosti lokalnih skupnosti, - prisotnost izvajalcev in aktivnosti drugih javnih in zasebnih organizacij, - podpora (vpliv) občine NVO, - primeri dobre prakse/ovir. 	- formalni dokumenti in pravni akti,	vse	analiza besedil	analiza vsebine	H1	
		- svetovni splet (spletne strani),					
		- obstoječi registri in baze.					
		- strokovnjaki.	3	polstruk. intervju	KVAL		
		- kompetentna oseba z enote Nacionalnega inštituta za javno zdravje.	2				
Ali so protokoli sodelovanja med nevladnimi, vladnimi in zasebnimi organizacijami v okviru podporne mreže za osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti jasni?	<ul style="list-style-type: none"> - pravna določila, - obstoj multidisciplinarnih timov, - obstoj skupnih strokovnih srečanj, - omogočanje in načrtovanje sodelovanja, - samoocena odzivnosti, - informiranost, - definiranje pričakovanih učinkov delovanja, - vrednotenje pričakovanih učinkov na osebe z depresijo v lokalni skupnosti, - primeri dobre prakse/ovir. 	- formalni dokumenti in pravni akti.	dosegljivi	analiza besedil	analiza vsebine	H2 H3 (R1 in R2)	
		- strokovnjaki.	3				
		- koordinatorji obravnave v skupnosti.	5	polstruk. intervju	KVAL		
		- kompetentna oseba z enote Nacionalnega inštituta za javno zdravje.	2				
		- ključni strokovni delavci v javnih, nevladnih in zasebnih organizacijah.	1–3 iz vsake organ. (verje. vzor.)	anketiranje	KVAN		
Ali imajo izvedene dejavnosti in storitve NVO v okviru podporne mreže skupnostne skrbi za DZ pričakovane učinke na osebe s težavami v DZ?	<ul style="list-style-type: none"> - poslanstvo NVO, - cilji izvajanih aktivnosti NVO, - kriteriji kakovosti (število udeležencev, število obravnav), - cilji v okviru individualnega načrtovanja, - definiranje pričakovanih učinkov, - vrednotenje pričakovanih učinkov na osebe z depresijo v lokalni skupnosti (opravljanje temeljnih in podpornih življenjskih aktivnosti, aktivnosti za varovanje DZ in zadovoljstvo z življenjem osebe z depresijo), - primeri dobre prakse/ovir. 	- statistični podatki in poročila.	dosegljivi	analiza besedil	analiza vsebine	H4 (R3 in R4)	
		- strokovnjaki z obravnavanega področja.	3	fokusna skupina /polstruk. intervju	KVAL		
		- psihiatri.	6				
		- klinični psihologi.	2–4				
		- koordinator obravnave v skupnosti.	5				
Ali so doseženi učinki podpore osebam s težavami v DZ v lokalni skupnosti?	<ul style="list-style-type: none"> - interpretiranje zbranih podatkov, - ustreznost modela, - potreba po nadaljnjih raziskavah. 	- strokovnjaki z obravnavanega področja.	3	polstruk. intervju/ fokusna skupina	KVAL	(R1, R2, R3 in R4)	
		- koordinatorji obravnave v skupnosti.	5				
		- osebe z depresijo, - svojci, - strokovni delavci v podporni mreži za osebe z depresijo (tudi patронаžne medicinske sestre, psihiatri in drugi).	priložnostno odvisno od situacije				

V Tabeli 3.2 predstavljamo proces izvedbe raziskave z opredelitvijo vzorca, uporabljene metode in časa izvedbe posamezne faze zbiranja podatkov.

Tabela 3.2: Predstavitev procesa izvedbe raziskave

	Vzorec (v okviru študije primera novomeške in ljubljanske zdravstvene regije)	Uporabljena metoda	Čas zajemanja podatkov	
1	Pregled literature, formalnih in pravnih dokumentov	znanstveni in strokovni viri po vzajemni slovenski bibliografsko – kataložni bazi podatkov (COBIB.SI)	analiza vsebine pisnih virov	januar – julij 2013
2	Strokovnjaki in ključni izvajalci	N = 7 (priznani strokovnjaki s področja DZ) N = 5 (izvajalci, ki delujejo na ključnih delovnih mestih v ljubljanski in novomeški zdravstveni regiji kot kontaktne osebe za vstop v obravnavo oseb s težavami v DZ)	polstrukturirani intervju	julij – september 2013
3	Pregled informacij o značilnostih lokalnih skupnosti in delovanju organizacij v podporni mreži za DZ	pregled baz obstoječih statističnih podatkov, brošur in za nas relevantnih spletnih strani o delovanju organizacij v podporni mreži za DZ	analiza vsebine obstoječih registrov in spletnih strani	september 2013
4	Uslužbenci občine	N = 56 (eden iz vsake lokalne skupnosti/oziroma glede na dodeljene naloge s področja DZ)	kvantitativna metoda spletno anketiranje s pomočjo spletnega vmesnika 1KA	oktober 2013
5	Izvajalci	N = 94 (1–3 izvajalci iz vsake organizacije s področja zdravstvenega in socialnega varstva, ki delujejo v mreži programov in storitev za DZ v novomeški in ljubljanski zdravstveni regiji)	kvantitativna metoda spletno anketiranje s pomočjo spletnega vmesnika 1KA	november 2013 – maj 2014
5	Uporabniki storitev (tudi svojci)	N = 82 (do uporabnikov in njihovih svojcev smo dostopali priložnostno, predvsem prek NVO)	kvalitativna metoda intervjuvanje individualno in v štirih fokusnih skupinah	januar – junij 2014
6	Strokovnjak, izvajalec in uporabnik	N = 3 (ključni strokovnjaki za področje DZ, neposredni izvajalec z dolgoletnimi izkušnjami, dolgoletni uporabnik služb na področju DZ)	polstrukturirani intervju	april 2015

Ugotovitev študije primera sicer ni možno posplošiti, dopušča pa sklepanje o delovanju NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ v Sloveniji. Na podlagi ugotovitev je bil oblikovan model podporne mreže za osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti za izboljšanje sodelovanja in uvajanje novih oblik dela.

3.1.4 Utemeljitev raziskovalne metodologije

V okviru študije primera smo v vzorec vključili občine kot lokalne skupnosti novomeške in ljubljanske zdravstvene regije. Na novomeško zdravstveno regijo smo se usmerili zaradi potrebe in možnosti kasnejšega uvajanja sprememb na podlagi ugotovitev raziskave. Ker v regiji ni psihiatrične bolnišnice in se osebe s težavami v DZ, ki potrebujejo bolnišnično obravnavo, zdravijo na Psihiatrični kliniki Ljubljana, smo se odločili, da v študijo primera vključimo tudi ljubljansko zdravstveno regijo kot referenčno regijo z glavnim mestom. Po primerjavi števila obiskov v psihiatrični ambulantni dejavnosti na 1000 prebivalcev je v obdobju 2004–2012 med regijama prisotna 2 do 3 kratna razlika v korist ljubljanske regije, ki je med vsemi slovenskimi zdravstvenimi regijami v ospredju (185,6–217,2 obiskov na 1000 prebivalcev), za razliko od novomeške regije, ki je uvrščena na dno seznama (54,9–79,8 obiskov na 1000 prebivalcev) (Zdravstveno statistični letopis 2004–2012). Na tak način smo dosegli v vzorcu veliko raznolikost izvajalcev in njihovih aktivnosti znotraj lokalnih skupnosti glede oddaljenosti od mestnih središč in značilnosti občin ter drugih kazalnikov (npr. brezposelnost, izobrazbena struktura, prostorska razsežnost), hkrati pa nam zaradi možnosti primerjave omogoča bolj poglobljeno evalvacijsko študijo.

Pri identifikaciji NVO, ki v lokalnih skupnostih znotraj posamezne zdravstvene regije nudijo podporo osebam s težavami v DZ na primeru depresije, smo izhajali iz različnih v medmrežju prosto dostopnih baz (Razvid humanitarnih organizacij, obstoječi sezname evidenc društev, obstoječe brošure vladnih in nevladnih organizacij, kot npr. *Kam po pomoč v duševni stiski* (Dernovšek in drugi 2010; Oreški in drugi 2011) in drugih. Iz nadaljnje obravnave smo izključili vse NVO, katerih primarno področje delovanja ni DZ, čeprav se zavedamo, da tudi druge NVO lahko (sicer na drugačen način) nudijo podporo osebam s težavami v DZ. Neformalna združenja, ki ne delujejo v okviru obravnavanih NVO, niso bila predmet raziskave.

Ker smo želeli oceniti stanje na področju služb za DZ za osebe s težavami v DZ in iz več perspektiv proučiti, kako delujejo NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ na primeru depresije, smo vključili vse udeležene akterje in tako pridobili poglobljene podatke o pogojih in značilnostih medsektorskega sodelovanja. V pripravljalni fazi smo na podlagi zbranih podatkov analize relevantnih pisnih virov definirali spremenljivke ter pripravili instrumente: anketna vprašalnika, predlogi vprašanj za fokusno skupino ter polstrukturirani intervju, ki smo jih predhodno preverili in prilagodili glede na značilnosti respondentov.

Poskusili smo zbrati tudi čim več informacij o značilnostih lokalnih skupnosti in vključenih akterjev v podporni mreži za osebe s težavami v DZ v obeh zdravstvenih regijah.

Za uporabo kvantitativne metode zbiranja podatkov (anketiranje uslužbencev občin in ključnih strokovnih delavcev v javnih, nevladnih in drugih zasebnih organizacijah) smo se odločili, ker so potrebni za širši pogled na obravnavano problematiko tako procesno objektivni kot vedenjsko subjektivni podatki večjega vzorca anketiranih (Kustec Lipicer 2009, 139–140). Ker raziskava temelji tudi na prepoznavanju subjektivnega doživljanja ljudi (kako razmišljajo, čutijo in si razlagajo pomen posameznih dejanj za delovanje NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ), smo za namene poglobljenega proučevanja uporabili tudi kvalitativni metodi polstrukturiran intervju in fokusno skupino. Za izvedbo polstrukturiranega intervjuja smo se odločili v tistih delih raziskave, kjer smo v vzorec vključili posamezne osebe, za fokusno skupino pa zaradi možnosti vključitve različnega števila oseb (iz ene ali več organizacij) glede na njihovo pripravljenost na sodelovanje in zaradi vrednosti kumulativnega načina zbiranja podatkov glede na zastavljena raziskovalna vprašanja. To je bistveno pripomoglo k razumevanju vrednotene vsebine z vidika vpletenih skupin (Kustec Lipicer 2009, 142).

3.1.5 Upoštevanje etičnih načel pri raziskovanju

Etična vprašanja se nanašajo na zaščito dobrobiti sodelujočih z načeli avtonomije, informiranega pristanka, zaščite zaupnosti in interesa udeleženih (Ramšak 2009, 3; Malnar 2010, 66). Vsi respondenti so se v raziskavo vključili prostovoljno, na podlagi informiranega pristanka ter dovolili objavo podatkov na način, da njihova identiteta ne bo prepoznana.

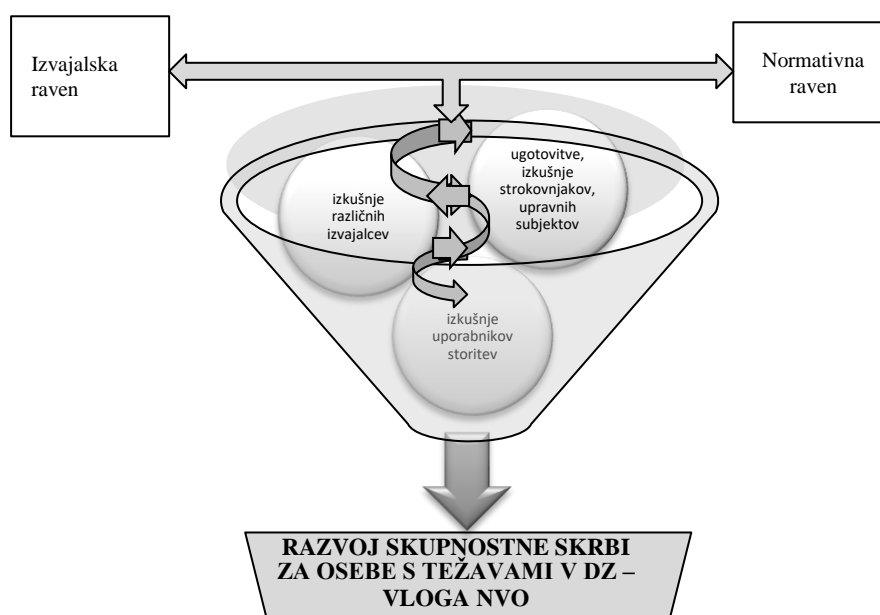
Med raziskovanjem po opisanem modelu ni prihajalo do razkrivanja osebnih zgodb, katerih podoživljanje bi lahko škodilo izpraševancem. Temeljna vprašanja, ki smo jih zastavljali, se vežejo na ocenjevanje potreb te populacije in na njihove zahteve, torej so usmerjena v krepitev moči in samozavesti. Sposobnost empatije in ponotranjeni visoki etični standardi so nas usmerjali k spoštovanju dostojanstva in avtonomije vseh udeleženih ter uporabi izsledkov, ki so predstavljeni v anonimizirani obliki, samo v znanstvene namene (Flere 2000, 60). Vprašanje objektivnosti in nepristranskosti nas je usmerjalo v zavestno in sistematično prizadevanje, da smo iz raziskovalnega postopka odstranili vse elemente, katerih posledica bi bila lahko hoteno prirejanje izida (Malnar 2011, 8). Pri tem ob temeljni predpostavki odgovornosti in zavezanosti k človečnosti, celovitosti raziskovalnega dela in

njegovim posledicam, zlasti v prid izogibanju prenatgjenim enostranskim znanstvenim sklepom (Ramšak 2009, 3).

3.1.6 Refleksija osebnega doživljanja ob izvajanju raziskave

Pri pripravi načrta raziskave nas je vodila želja po poglobljenem proučevanju obravnavane problematike. Pri tem smo se želeli iz normativne in splošno vidne ravni spustiti na doživljajsko in izkustveno raven nekaterih udeleženih subjektov, saj menimo, da samo se lahko le tako 'dokopali' do želenih odgovorov (Slika 3.2).

Slika 3.2: Shematski prikaz poglobljenega proučevanja obravnavane problematike



Pri participatornem raziskovanju smo se le s težavo držali zastavljenega okvirja, saj so se kontinuirano pojavljali indici, ki bi jih bilo vredno, morda tudi nujno raziskati, da bi pridobili celovit in realen vpogled v obravnavano problematiko. Po drugi strani pa smo se srečevali z omejitvami pri odobritvi izvedbe raziskave v posamezni organizaciji in različnemu, na trenutke šibkemu odzivu potencialnih respondentov. Potreben je bil ogromen osebni angažma z integracijo lastnega znanja, praktičnih izkušenj in etične vztrajnosti, saj so bili vsi podatki zbrani osebno. Pri tem smo morali upoštevati realne omejitve: pri zbiranju podatkov (slab nadzor nad številom oseb, ki jim je bil posredovan vprašalnik, odklonitev sodelovanja v primeru trenutne preobremenjenosti, ali npr. potrebe po podpisu na izjavo o informiranem

prostovoljnem sodelovanju, gibljiv čas sodelovanja uporabnikov storitev glede na trenutno osebno moč) in lastne omejitve (službene, družinske obveznosti, finančne omejitve, itd.).

Proces zbiranja podatkov je bil izpeljan v skladu z načrtom, seveda pa so bile ob analizi podatkov prepoznane določene pomanjkljivosti pri zbiranju podatkov, ki so predstavljene v razpravi o rezultatih raziskave. Te pomanjkljivosti so manjše in ne vplivajo na veljavnost končnih ugotovitev.

3.2 Rezultati raziskave

Rezultate najprej podajamo ločeno glede na proces izvedbe raziskave na posamezni ravni raziskave, nato jih na koncu še medsebojno primerjamo (za potrditev začetnih predpostavk). Pri tem najprej podamo osnovna metodološka pojasnila, nato predstavimo rezultate in povzamemo pomembnejše ugotovitve.

3.2.1 Ocena stanja na podlagi pregleda literature, formalnih in pravnih dokumentov⁵⁸

V pripravljalni fazi smo najprej pregledali, kako je obravnavana tema zastopana v obstoječih slovenskih pisnih virih: tako znanstvenih, strokovnih, formalnih in pravnih. Zanimalo nas je, kakšno je to znanje in ali so prisotne znanstvene informacije o zagotavljanju kakovostne skrbi za osebe s težavami v DZ (za preprečevanje pojavnosti, vključevanje in celovito obravnavo ter učinkovito okrevanje) v Sloveniji. Pregled literature, pravnih in formalnih virov je potreben za kritično evalvacijo znanja na obravnavanem področju ter predstavlja temelj za nadaljnje znanstveno raziskovanje ali na dokazih temelječe praktično delo (Hart 2001; Pahor in Domajnko 2005; Coughlan in drugi 2013).

- *Uvodna metodološka pojasnila ocene stanja na podlagi pregleda literature, formalnih in pravnih dokumentov*

Zbiranje in analiza literature je bila usmerjana s cilji: ugotoviti, kaj je bilo narejeno, definirati kontekst in razumeti strukturo pojava, oblikovati znanstveno podlago za identificiranje in kritično presojo glavnih uporabljenih metodologij in raziskovalnih tehnik ter ustvariti kakovostno podlago za razvoj instrumentov in nadaljnje faze raziskave (Hart 2001).

⁵⁸ Nekateri deli besedila v tej točki so bili objavljeni v Zupančič in Pahor (2014).

Zbiranje znanstvenih in strokovnih virov po vzajemni bibliografsko – kataložni bazi podatkov (COBIB.SI) je potekalo v obdobju od januarja do julija 2013. Z vidika hierarhije dokazov v znanstveno – raziskovalnem delu je bil cilj v slovenski bazi podatkov zajeti morebitne objave metaanaliz, eksperimentalnih in primerjalnih študij ter drugih opazovalnih temeljnih, razvojnih ali aplikativnih raziskav v slovenskem ali angleškem jeziku. Pri tem je število vseh najdenih enot navedeno ločeno tudi glede na časovno obdobje objave od leta 2000 do 2013 in od leta 2010 do 2013, saj je bilo na tak način mogoče sklepati o naraščanju/padanju aktualnosti obravnavane problematike ali pogostosti uporabe posameznih pojmov ali besednih zvez. Formiranje, preverjanje in analiza rezultatov oz. bibliografskih zapisov/enot je potekala s pomočjo spletnega orodja za upravljanje z referencami EndNote Web. V izhodiščno bazo so bile vključene enote ne glede na tip, ki so bile najdene po izbranih, relevantnih ključnih besedah s področja DZ, psihiatrije in skupnostne skrbi, ki so podrobno predstavljene v Tabeli 3.3.

Tabela 3.3: Število najdenih enot v COBIB.SI po ključnih besedah

Ključne besede	x (y, z)	Ključne besede	x (y, z)
skrb	3295 (2138, 507)	psihiatrija	3113 (1426, 310)
duševno zdravje	1915 (1308, 264)	nevladne organizacije	1694 (1243,295)
timsko delo	1386 (1130, 309)	depresija	1276 (910, 174)
pomoč na domu	519 (379, 106)	obravnavava v skupnosti	461 (384, 155)
sodelovanje v skupnosti	357 (236, 66)	psihiatrična zdravstv* neg*	354 (254, 87)
potrebe ljudi	224 (157, 36)	mentalno zdravje	208 (112, 9)
depresivna motnja	165 (155, 20)	psihosocialna rehabilitacija	163 (83, 8)
celostna obravnava	156 (142, 55)	skupnostna skrb	155 (114, 24)
duševna bolezen	132 (78, 13)	interdisciplinarni pristop	103 (78, 27)
druš* za duševno zdravje	81 (62, 15)	pomoč za kakovost živ*	71(66, 13)
skrb v skupnosti	68 (47, 19)	preprečevanje samomora	51 (46, 12)
duševni bolnik	38 (17, 1)	medpoklicno sodelovanje	34 (33, 11)
skrb v občini	33 (19, 2)	promocija duševn* zdra*	17 (14, 4)
pomoč v domačem okolju	15 (14, 4)	nevladne organizacije na področju duševn* zdra*	14 (14,2)
motnja v duševn* zdravju	13 (13, 0)	težave v duševn* zdravju	10 (9, 0)
pomoč osebam z depresijo	11 (11, 6)	preventive depresije	5 (5, 1)
podporna mreža skrbi	6 (6, 2)		

Legenda: x – število vseh najdenih enot, y – število najdenih enot z letom izida od 2000 do 2013, z – število najdenih enot z letom izida od 2010 do 2013

V bazi podatkov COBIB.SI je s pomočjo ključnih besed, predstavljenih v Tabeli 3.3, najdenih skupno 16.143 enot. Od tega je bilo najdenih 10.703 enot z letnico izdaje od leta 2000 do 2013, oziroma 2.262 enot z letnico izdaje od leta 2010 do 2013. Pri nadaljnjem izboru so bili kot izključevalni kriteriji uporabljeni leto izida, jezik, v katerem je bilo delo

napisano, in neustreznost vira glede na naslov, temo ali tip vira. Iz baze so bile izločeni viri z letnico izida do leta 2000⁵⁹ in viri, osredotočeni samo na bolnišnično obravnavo. V EndNote bazo so bila zaradi kasnejše potrebe kritičnega ovrednotenja vključene samo enote v slovenskem ali angleškem jeziku. Z namenom ožjenja izbora najdenih enot je bila uporabljena metoda kombiniranja različnih izbranih ključnih besed (sopomenk in nadpomenk) in dodatno pregled bibliografije ključnih avtorjev. V bazo so bile vključene tako enote s predstavitvijo znanstvenih raziskav (25 enot) kot enote s strokovno vsebino (423 enot) z obravnavanega področja.

Sledila je vsebinska analiza enot v pripravljene bazi – obdelava podatkov z uporabo kod in kategorij (odprto kodiranje), na podlagi katere je bil oblikovan zemljevid skupnostne skrbi in sintetiziran nabor zbranih znanstvenih in strokovnih informacij v obliki pripravljenega profila skupnostne skrbi za osebe s težavami v DZ na primeru oseb z depresijo v Sloveniji. Analiza kakovosti vključenih raziskav je potekala z vidika uporabljenih raziskovalnih metod. Enote s pomanjkljivim opisom in nejasno definiranim raziskovalnim postopkom so bile ovrednotene kot strokovne. Na podlagi vsebinske analize besedil so bili po t. i. okviru odprtega kodiranja (Mesec 1998; Yin 2011) oblikovani zemljevid kategorij pojmovanja skupnostne skrbi za osebe s težavami v DZ in zbir informacij o znanstvenih raziskavah in njihovih ugotovitvah.

- *Rezultati ocene stanja na podlagi pregleda literature, formalnih in pravnih dokumentov*

Osnovno vodilo pri oblikovanju zemljevida je bilo identificiranje glavnih tematskih področij (kategorij). Izhodišče predstavlja sam pojav – skrb za osebe s težavami v DZ – in ob njem so bila v virih/enotah, ki so vključeni v bazo, prepoznana posamezna obravnavana področja, ki sooblikujejo prizadevanja za kakovostno obravnavo ter vplivajo na kakovost življenja oseb s težavami v DZ. V nadaljevanju so v Tabeli 3.4 predstavljene ugotovitve analize vsebine enot v bazi literature.

Skrb za osebe s težavami v DZ na primeru depresije večinoma ni obravnavana ločeno od sistema skrbi za osebe z ostalimi s težavami v DZ. Proučevanje je uokvirjeno v dveh temeljnih elementih: kakovost življenja in kakovost obravnave. Elementi kakovosti življenja oseb s težavami v DZ in elementi kakovosti njihove obravnave z vidika prizadevanj strokovnjakov v poklicih skrbi se v okviru skupnostne skrbi združijo v enotni koncept.

⁵⁹ Pri tem ni razvrednotena pomembnost teh virov, temveč se predpostavlja, da so avtorji novejših del povzeli in nadgradili že obstoječe ugotovitve, predstavljene v starejših pisnih virih na področju skrbi za DZ.

Skupnostna skrb je za osebe s težavami v DZ v Sloveniji predstavljena kot idealni koncept skrbi z normativno podporo, celostno in interdisciplinarno obravnavo ter naj bi bila dosegljiva z uvedbo interdisciplinarnih timov v skupnosti. Ti bi zapolnili vrzeli v delovanju mreže izvajalcev, ki izvajajo programe in storitve za DZ, in vplivali na razvoj obravnave v skupnosti, pripomogli k enakosti v možnosti dostopa do obravnave, za izboljševanje kakovosti življenja oseb ob pojavu težav v DZ, k njihovem okrevanju, rehabilitaciji ter k preprečevanju stigmatiziranosti.

Tabela 3.4: Pregled elementov, področij in kategorij skrbi za osebe s težavami v DZ na primeru depresije v lokalni skupnosti

Elementi	Področja	Kategorije
KAKOVOST ŽIVLJENJA	skrb za DZ	pojavnost težav v DZ, depresije
	obrnava oseb s težavami v DZ	primeri promocije DZ
	obrnava oseb s težavami v DZ	prepoznavanje dejavnikov tveganja za težave v DZ/depresijo, samomor
	obrnava v skupnosti preprečevanje težav v DZ	vpliv okolja, razmer v družbi, socialno ekonomskih dejavnikov, dednosti in osebnih značilnosti, razlike med spoloma
		osebne izpovedi
		simptomi težav v DZ, depresije, presejalni testi
		posebnosti obravnave glede na starost, telesne bolezni, osebna tveganja, dvojne diagnoze/komorbidnost, izgube
		absentizem, ekonomski vidik
		pravice, zakon, principi etike skrbi
pojavnost stigme, diskriminacije, socialne izključenosti, vloga medijev		
KAKOVOST OBRAVNAVE	celostna obravnava	odnos s pacientom, komunikacija
	integracija	pogoji sodelovanja, interdisciplinarna obravnava, koordinacija, klinična pot
	interdisciplinarna obravnava	medikamentozna, nemedikamentozna podpora, psihosocialna rehabilitacija
		virji osebe z motnjo v DZ, socialna mreža, krepitev moči, različna podpora, delo s svojci
		pomoč pri osnovnih življenjskih aktivnostih, negovalne diagnoze
		strategije kakovostne obravnave, celostna obravnava, problem financiranja
		podporna mreža izvajalcev, integrirana obravnava, skupnostna skrb
		kakovost izobraževalnih programov
		raziskovanje, izobraževanje in razvoj
delovanje v spletnem okolju		

Problem medsektorskega in medpoklicnega sodelovanja je sicer obravnavan v 27 enotah baze. V pregledanih enotah literature prevladuje enodisciplinarni pogled na obravnavano problematiko. Avtorji izhajajo iz različnih poklicnih skupin in predstavljajo pogled s svoje strokovne perspektive in sektorja, kjer delujejo. Nekaj avtorjev predstavlja tudi svojo osebno izkušnjo vloge pacienta, uporabnika storitev, svojca, prijatelja, prostovoljca, člana drugih društev, itd. Predstavitev integriranega empiričnega znanja (na znanstveni ravni) v

prizadevanjih v zagotavljanju celovite integrirane skupnostne skrbi za osebe s težavami v DZ v Sloveniji v bazi relevantne literature skorajda ni prisotno. Pojem *integracija* se sicer uporablja v smislu poti za doseg skupnostne skrbi, ki temelji na organizirani celostni pomoči osebam s težavami v DZ.

Zbir informacij o znanstvenih raziskavah in shematičen pregled ugotovitev na podlagi objav v znanstvenih monografijah, znanstvenih člankih, v zbornikih na konferencah ali v revijah, v doktorskih disertacijah, magistrskih delih iz pripravljene baze literature je podan v Tabeli 3.5.

Tabela 3.5: Zbir informacij o znanstvenih raziskavah in shematičen pregled ugotovitev

Ključne točke	Vsebinska opredelitev
Raziskovalni problem	pojavnost težav v DZ v populaciji, vpliv spola, starosti na pojavnost težav v DZ, proučevanje samomora, ocena tveganj za razvoj težav v DZ, vpliv ljudi s težavami v DZ na delovanje skupnostnih služb, skupnostna podpora za ljudi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami, stigma, medijske podobe DZ in njihovi učinki na družbene prakse, podpora integraciji v izobraževanju diplomiranih medicinskih sester, primerjava dostopnosti in dejavnosti služb.
Uporabljene metode	uporaba različnih raziskovalnih metod (s pripadajočimi instrumenti) in njihovo kombiniranje (anketiranje, fokusna skupina, intervjuvanje, analiza vsebine znanstvenih člankov, analiza baz statističnih podatkov in njihovo primerjanje, npr. primerjava ocen prevalence in skupnega števila primerov posamezne duševne motnje, prilagojena metodologija Indeksa boljšega življenja).
Vzorec/populacija	reprezentativno (vzorec polnoletnih prebivalcev Slovenije), priložnostno in kvotno vzorčenje, študija primera, primerjava npr. dveh modelov neposrednega financiranja in obravnave v skupnosti, statističnih regij v Sloveniji, baze podatkov, enote literature.
Rezultati	pojav depresije je trikrat pogostejši pri ženskah kot pri moških, geriatrična lestvica depresivnosti je primerna za prepoznavanje depresije in preprečevanja samomora pri starejših, osebe s simptomi težav v DZ na primeru depresije ne vstopajo v obravnavo, predčasno izstopijo iz sistema obravnave in se soočajo s stigmatom, med regijami je prisotna razlika v tveganjih za pojav motenj v DZ, podpora integraciji skozi izobraževalni sistem še ni zadostna, med izvajalci v mreži storitev še ni zadostnega sodelovanja, potreben je razmislek o obstoječem sistemu financiranja storitev in morebitni uvedbi individualnih paketov storitev na področju psihosocialne rehabilitacije, o promociji DZ ter antistigmatizacijskem delovanju s pomočjo medijev.

Empirični dokazi o dejanskih procesih in rezultatih razvoja usklajenega sistema koordiniranih in integriranih storitev so prisotni, vendar jih ni dovolj. Kaže se aktualnost pravnih aktov in procesov vrednotenja.

Pravni akti, ki spodbujajo razvoj usklajenega sistema koordiniranih in integriranih storitev v Sloveniji obstajajo in so v uporabi. Pravilnik o zagotavljanju zdravstvene in socialnovarstvene obravnave v primerih odpusta iz bolnišnic ter v primerih, ko upravičenec živi doma (2009), je bil sprejet v sodelovanju Ministrstva za zdravje in Ministrstva za delo, družine, socialne zadeve in enake možnosti. Dostopni so pravni akti, povezani z aktivno politiko zaposlovanja, prostovoljnega ali družbeno koristnega dela. Zadnji sprejeti dokument

je Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (2013), ki posebno pozornost namenja *zagotavljanju celovitosti in integriranemu pristopu, ki odraža mnogovrstne potrebe, zmožnosti in izbire uporabnikov oziroma njihovih družin in skrbnikov*.

Za namene vrednotenja javne politike in delovanja sistema skrbi za DZ sta bili od leta 2010 izpeljani dve pomembnejši raziskavi. Na pobudo Ministrstva za zdravje je izvedena raziskava *Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije* (Šprah, Novak, Drnovšek 2011). Dokazala je, da med 12 statističnimi regijami v Sloveniji obstajajo razlike v tveganjih za razvoj težav v DZ prebivalcev. Izpostavljeni so bili problemi regijske neenakosti v razpoložljivosti, dostopnosti in uporabi služb s področja DZ ter tudi, da je v Sloveniji število oseb s težavami v DZ, ki vstopijo v obravnavo, veliko manjše od pričakovanega. Pri preverjanju dostopnosti (štetje služb) na področju DZ je bil uporabljen evropski obrazec za mapiranje služb (ESMS), ker je v Sloveniji zaradi 'majhnosti' pri ugotavljanju opremljenosti s storitvami na področju DZ treba upoštevati, da osebe lahko poiščejo pomoč tudi izven lokalne skupnosti in je primerjava smiselna šele na ravni regij. Zaradi močne stigmatiziranosti področja (Brown in drugi 2010, Švab 2009) je taka primerjava res smiselna, vendar pa se ob tem ne sme prezreti opozorila, da osebe, ki doživljajo hude in dolgotrajne duševne stiske, sodijo tudi med najrevnejše in najbolj socialno izključene (Urek in Ramon 2008), zato je stopnja njihove vključenosti v obravnavo lahko manjša. To potrjujejo tudi ugotovitve znanstvene raziskave o ovirah za uvedbo in nadaljevanje zdravljenja oseb s težavami v DZ Svetovne zdravstvene organizacije (Andrade in drugi 2014).

Drugi poskus evalvacije učinka javne politike na operativni ravni pa je bil izveden na pobudo Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti v obliki organizacije posveta *Duševno zdravje – zagotavljanje stabilnosti sistema kot podlage za razvoj podporne mreže za duševno zdravje*, pod okriljem Državnega sveta Republike Slovenije (Državni svet Republike Slovenije 2013). V Poročilu posveta je bilo na podlagi izpostavljenih ocen udeležencev (strokovnih delavcev, zastopnikov pravic oseb s težavami v DZ in uporabnikov storitev) izpostavljenih več perečih problemskih področij: neosveščenost o pomenu DZ in prisotnost stigme v družbi, neinformiranost in slabo varovanje pravic ter socialnega položaja oseb uporabnikov storitev, težave pri zaposlovanju (podporna zaposlitev, razvoj socialnega podjetništva) in razreševanju stanovanjske problematike. Prepoznano je slabo multidisciplinarno, sodelovanje na več ravneh, okrnjen sistemski pristop pri skrbi za DZ in obravnavi oseb s kompleksnimi problemi ter z več diagnozami, počasna deinstitucionalizacija in omejene možnosti pri vzdrževanju življenja oseb s težavo v DZ v skupnosti. Za delovanje nekaterih programov, predvsem nevladnih, pa ni zagotovljenega trajnega financiranja.

- *Povzetek ugotovitev ocene stanja na podlagi pregleda znanstvene in strokovne literature ter formalnih in pravnih dokumentov*

V pisnih virih ni veliko znanstvenih informacij o **delovanju NVO s področja DZ** v Sloveniji, zato je smiselno usmeriti na to področje nadaljnje raziskave. NVO so označene kot izvajalke obravnave v skupnosti z zakonsko neurejenim financiranjem. Očitno je pomanjkanje empiričnih podatkov o **protokolih sodelovanja** med nevladnimi in vladnimi organizacijami v okviru podporne mreže za osebe s težavami v DZ, čeprav je bila že ustanovljena nacionalna platforma s področja DZ. V Sloveniji so sicer prisotni pravni akti, ki spodbujajo razvoj usklajenega sistema koordiniranih in integriranih storitev. Ob soočenju s sedanjim stanjem na področju skrbi za DZ v Sloveniji je med drugim prisotna potreba po dodatni osvetlitvi obstoječih prizadevanj za razvoj usklajenega sistema koordiniranih in integriranih storitev. **Doseganje pričakovanih učinkov NVO** v okviru podporne mreže skupnostne skrbi za DZ še ni bilo ugotovljano. V znanstvenih in strokovnih virih v Sloveniji je proučevanje skrbi za osebe s težavami v DZ na primeru oseb z depresijo največkrat izvedeno v kontekstu skrbi za DZ. Uokvirjeno je v dveh temeljnih elementih: kakovost življenja in kakovost obravnave. Pogled z vidika povezave različnih disciplin se pojavlja samo v posameznih pisnih virih, zagotovo pa se intenzivirajo prizadevanja za celovitost obravnave. Za namene **vrednotenja javne politike in delovanja sistema skrbi** za DZ v smislu doseganja pričakovanih učinkov celotne podpore (ne le NVO) so bile v Sloveniji že izvedene študije. Skupnostna skrb je za osebe s težavami v DZ v Sloveniji sicer predstavljena kot idealni koncept skrbi z normativno podporo, celostno in interdisciplinarno obravnavo, ter naj bi bila dosegljiva z uvedbo interdisciplinarnih timov v skupnosti. Kot problem so izpostavljeni: slabo multidisciplinarno in sodelovanje na več ravneh, okrnjen sistemski pristop pri skrbi za DZ in obravnavi oseb s kompleksnimi problemi ter z več diagnozami, počasna deinstitucionalizacija in omejene možnosti pri vzdrževanju življenja oseb s težavo v DZ v skupnosti. Se pa zvedamo, da vsi strokovnjaki ne objavljajo svojih izsledkov, zato smo z intervjuvanjem preverili, kako ocenjujejo obstoječi sistem na področju DZ v Sloveniji.

3.2.2 Ocena stanja s perspektive strokovnjakov v novomeški in ljubljanski zdravstveni regiji

Za pridobitev podatkov o delovanju NVO s področja DZ smo v raziskavo namensko v pripravljalni fazi najprej vključili strokovnjake s področja DZ.

- *Metodološka pojasnila o zbiranju podatkov o oceni stanja skrbi za osebe s težavami v DZ s perspektive strokovnjakov s področja DZ*

V pripravljalni fazi smo za zbiranje informacij s strani izbranih strokovnjakov s področja DZ uporabili kvalitativno tehniko. Izvedli smo polstrukturirani intervju z dvanajstimi strokovnjaki s področja DZ. Namen intervjuvanja je bil zbrati čim več relevantnih informacij o obstoječem sistemu skrbi za DZ prebivalcev v Sloveniji ter o NVO v tem sistemu (induktivni pristop). Pri tem smo se že usmerili regijsko, na zdravstveni regiji Ljubljana in Novo mesto. Zbrane informacije smo nato uporabili pri razvoju instrumentov v nadaljnjih fazah raziskave in osvetljevanju delovanja NVO v podporni mreži za DZ, da bi tako pridobili bolj celostni vpogled v procese skrbi za osebe s težavami v DZ (na primeru oseb z depresijo).

Intervjuvanje je potekalo poleti 2013. Pri tem je bil uporabljen namensko razviti instrument: *Predloga vprašanj za polstrukturirani intervju* (Priloga A.1), ki je vsebovala 12 vprašanj. V vzorec smo vključili: 2 strokovnjaka z nacionalne ravni s področja zdravstvenega (NZ) in socialnega varstva (NS), 2 strokovnjaka za področje javnega zdravstva iz nacionalne (NJZ) in regionalne ravni (RJZ), strokovnjaka za področje zdravljenja oseb s težavami v DZ iz sistema zdravstvenega varstva (ZDZ), strokovnjaka za področje delovanja NVO na področju DZ iz sistema socialnega varstva (SND), strokovnjaka s področja družboslovja za delovanje NVO v Sloveniji (DN) in pet koordinatorjev obravnave v skupnosti, ki delujejo na področju DZ v zdravstveni regiji Ljubljana (3 osebe) in Novo mesto (2 osebe) (K1–K5).

Intervjuvanje pri posameznem strokovnjaku trajalo od 45 do 90 minut. Izvedeno je bilo osebno na lokaciji po njihovi želji, praviloma na njihovem delovišču. Vsi sodelujoči so se v raziskavo vključili prostovoljno, na podlagi osebne privolitve. Za intervjuvanje strokovnjakov iz organizacij javne mreže programov in storitev na področju DZ je dalo soglasje tudi njihovo vodstvo. Kvalitativna analiza zbranih podatkov je potekala v programu Microsoft Word 2010 ter ob podpori računalniškega programa NVIVO 10. Zbrano zvočno gradivo je obsegalo 15 ur in 12 minut. Posnetki intervjujev so bili dobesedno prepisani. Teksti so bili večkrat prebrani v celoti in odprto kodirani glede na posamezno zastavljeno vprašanje. Kode so bile združene v kategorije, te pa v področja (Priloga A2–A12). Sledila je sinteza področij in kategorij v skupne teme, da je bil pridobljen profil delovanja NVO v podporni mreži za DZ – za osebe s težavami v DZ na primeru oseb z depresijo. Izbrane so bile tudi nekatere ključne izjave respondentov, ki so glede na posamezno zastavljeno vprašanje predstavljene kot rezultati.

- *Rezultati ocene stanja skrbi za osebe s težavami v DZ s perspektive strokovnjakov*

Rezultati kvalitativne analize in kodiranja prepisov zvočnih posnetkov intervjuvanja so predstavljeni glede na posamezno zastavljeno vprašanje v vsebinsko medsebojno povezanih sklopih (Priloga A.1).

Ocena stanja skrbi za osebe s težavami v DZ na splošno

Strokovnjaki so se na splošno dotaknili šestih področij: (1) splošna ocena skrbi na področju DZ, (2) javna politika, (3) obravnava oseb s težavami v DZ, (4) depresija, (5) naloge izvajalcev skrbi in (6) delovanje NVO (glej Priloga A.2). Splošna ocena skrbi na področju DZ s strani strokovnjakov izhaja iz ocene: dostopnosti do služb, obstoja procesa (de)institucionalizacije, kakovosti skrbi ob pojavu komorbidnosti in prepoznavanja dejavnikov tveganja ter vzrokov težav v DZ. Opaziti je, da poudarjajo pomen zadostnosti virov lokalnih skupnosti in povečane senzibilnosti glede pojava odvisnosti, pojavnosti težav v DZ in vstopa oseb s simptomi težav v DZ v zdravljenje. Opažajo, *da je skrb v Sloveniji izrazito neenakomerno razdeljena med regijami, ter da niso razlike samo med regijami, temveč tudi znotraj posamezne regije (RJZ)*. V državi je po njihovem mnenju prisotna *močna institucionalna kultura, zato še vedno ni vzporedne široke mreže storitev v skupnosti, skupnostne službe pa nimajo enakih pogojev za delo (SND)*. Področja DZ se drži tudi *negativni predznak zaradi prisotne stigme, kar še dodatno ovira procese deinstitucionalizacije (ZDZ)*. Ocenjujejo, da zaradi *sedanjih zunanjih okoliščin (gospodarska kriza), narašča število oseb s težavami v DZ, posebno mladih, pri katerih je razvita že katera izmed oblik odvisnosti (alkohol, droge)*. Aktualen problem pa je tudi njihovo *(ne)zaposlovanje (K1–3)*. Opozarjajo na:

raziskave, ki kažejo, da je obravnava oseb s težavami v DZ pomanjkljiva v vseh okoljih, tako v razvitih kot manj razvitih državah. Pomoč zaradi težav v DZ dobi manj kot polovica ljudi, ki trpi zaradi njih. Med te sodi tudi depresija. Ljudje, ki imajo samo depresijo, dosežejo pomoč nekoliko hitreje kot tisti, ki imajo poleg tega tudi druge, pridružene duševne motnje. To je eno izmed pglavlitnih področij, na katerem morata delati stroka in politika skupaj v prihodnosti (ZDZ).

Opažajo, da so v nekaterih evropskih državah naredili zelo velik napredek, pri nas pa smo se prepočasi odzivali na spremembe kakovosti življenja. Za nekatere ciljne skupine je bil že narejen nek razvoj (NS), se pa v zadnjem času obračajo stvari tudi za osebe z depresijo na

bolje (K1), tako da nas umeščajo nekje v sredino med evropskimi državami. Potrebno bi bilo doseči večjo osveščenost in prepoznavnost simptomov težav v DZ med ljudmi (NJZ, RJZ), hitrejšo in zanesljivejšo diagnostiko, bolj premišljeno predpisovanje zdravil; antidepresivov (ZDZ) in razmisliti o načinu vključevanja oseb z depresijo, saj nimajo energije za prihajanje v NVO (K2). Ocenjujejo, da je to dosegljivo s sodelovanjem stroke in politike ter vključevanjem vseh deležnikov v te procese, tudi uporabnikov storitev. Omenjajo razkorak med zakonom in dejanskim izvajanjem skrbi na področju DZ v praksi. Opozarjajo, da primanjkuje raziskav s področja DZ, da bi lahko z gotovostjo rekli, kaj se dogaja, ter da je potrebno spreminjanje načina zbiranja podatkov (NJZ).

Strokovnjaki kot ključne iztočnice za ukrepanje v obravnavi oseb s težavami v DZ vidijo: spodbujanje vstopa v obravnavo s 24-urno dostopnostjo do psihiatra vse dni v tednu, individualni pristop v obravnavi, prepoznavanje pravega trenutka ter potreb uporabnikov, kar definira celovitost in kompleksnost obravnave. Opažajo težave pri zagotavljanju kontinuiranosti obravnave in interdisciplinarnem pristopu, da je v procesu obravnave nujna podpora svojcev in ostale socialne mreže, še posebej, ker je prisotno nihanje same bolezni. Pri sami obravnavi oseb s težavami v DZ predstavlja poseben izziv vzpostavljanje medsebojnega odnosa in zaupanja med izvajalci in uporabnikom storitev v vseh fazah bolezni, pojavljajo pa se tudi različne etične dileme, ki so povezane z obravnavo proti volji osebe s težavami v DZ, in zamik v učinkovanju 'medikamentozne terapije' tudi do tri tedne. Kot ključno rešitev vidijo v programih psihosocialne rehabilitacije, ki predstavlja odmik od fokusiranja na lastne težave v DZ (NS). Menijo, da je nujno, da :

imamo vzporedno zagotovljeno eno dobro široko kvalitetno mrežo storitev, ki človeka spremljajo tudi v skupnosti, z ustrezno podporo v tistem neformalnem delu v družini. Predvsem zaradi tega, ker ima Slovenija za enkrat zelo močno razvito samo institucionalno mrežo (SND).

Kot naloge izvajalcev skrbi omenjajo poznavanje življenjske zgodbe osebe, kar je temeljni del celovitega pristopa k pripravi in realizaciji individualnega načrta obravnave, da bi se s povezovanjem in sodelovanjem ter ustreznim odnosom doseglo okrepljenost osebe s težavami v DZ. Za realizacijo le-teh v delovanju je potrebno specifično znanje. Opozarjajo, da je obravnavo oseb s težavami v DZ še vedno zelo vezana na zdravnika ter da je področje stigmatizirano zaradi nerazumevanja specifik težav v DZ. Ni enakega razumevanja, če si nekdo zlomi nogo, pa ne zmore več opravljati vsakdanjih opravil, ali če nekdo nekaj ne zmore zaradi težav v DZ (RJZ).

Depresijo vidijo kot *pogosto duševno motnjo, ki lahko poteka v različno izraženih oblikah*. Menijo, da *mora zdravljenje oseb z depresijo potekati tako z antidepresivi kot s psihoterapijo v smislu medsebojne komplementarnosti*. Opažajo pa, da v Sloveniji žal ni prisotnih segregiranih oblik skrbi za osebe glede na izraženo stopnjo depresije (NS). Menijo, da je:

v Sloveniji veliko število ljudi z lažjo obliko depresije, ko še lahko funkcionirajo. Ta številka je sicer večja, kot je objavljena. Verjetno se tudi povečuje, in se še bo zaradi določenih okoliščin, v katerih živimo in katerih smo deležni vsi. Revščina je namreč dokazano povezana z duševnimi motnjami, predvsem z depresijo (K5).

V posplošenem pogledu NVO povezujejo s pojmi, kot so: uporabniška iniciativa, profesionalizacija, prostovoljstvo, brezplačnost, lažja dostopnost, drugačne metode dela, psihosocialna rehabilitacija, nadomeščanje družine. Poudarjajo, da se ljudje *sami obračajo na NVO*, ker *blažijo stisko posameznika, zaradi hitrejšega in lažjega dostopa, se ne vpleta v zdravljenje in zdravljenje ter obisk NVO ni tako kot stigmatizirajoč kot obisk zdravstvenega doma zaradi težav v DZ (K4–K5)*. Opozarjajo, da je:

situacija glede NVO taka, da država s tem, ko jih financira, sili v profesionalizacijo. Imamo vsaj del tako imenovanih NVO ali pa neprofitnih zasebnih organizacij, ki delujejo v javnem interesu in so šli v smeri profesionalizacije. To pa je tako vedno med nakovalom in kladivom, manj bo nujno potrebnega neposrednega stika z ljudmi (SND).

Ocena stanja skrbi za osebe z težavami v DZ v lokalni skupnosti

Strokovnjaki so se pri oceni stanja skrbi za na področju DZ lokalno dotaknili podobnih področij: (1) viri lokalne skupnosti, (2) viri uporabnikov, (3) obravnava oseb s težavami v DZ, (4) problemskost depresije, (5) preventivno delovanje, (6) sodelovanje organizacij in (7) NVO (glej Priloga A.3). Z viri lokalnih skupnosti povezujejo lokacijo bivališča, kadrovske strukture v organizacijah lokalne skupnosti, dostopnost do storitev in čakalne dobe, osveščenost prebivalstva, prisotnost ranljivih skupin in skupin za samopomoč. Ocenjujejo, da je Ljubljana privilegirana glede vrste programov in števila psihiatrov za razliko od oddaljenih krajev, kjer je lokacijska oddaljenost lahko dejavnik neenakosti v možnosti do zdravljenja. Kaže se potreba po novih programih, npr. za osebe z osebnostno motnjo, po različnih namestitvah in zaposlitvenih programih. Prevladuje mnenje, da:

v velikih centrih ni možno doseči vseh problemov, ki se pojavljajo v lokalnih skupnostih (ZDZ). Lokalno pa ni ljudi, ki bi se ukvarjali s takimi osebami. Ljudje, ki imajo neko

težavo v DZ, bi kot prvo morali biti obravnavani strokovno (NJZ). Imamo kar nekaj regij, ker je teh strokovnih programov res malo (SND). Društev je v Ljubljani več, niso pa prilagojena samo za depresivne osebe, ampak so za vse naenkrat (K1).

Strokovnjaki vire uporabnikov enačijo z njihovo informiranostjo, znanjem, nadzorom nad življenjem, finančnimi sredstvi, podporo svojcev in ostale socialne mreže, pa tudi z njihovimi pravicami. Potrebe po pomoči se lahko pojavijo na vseh navedenih področjih (finančna stiska, nesamostojnost zaradi pomanjkanja veščin za samostojno življenje, neinformiranost, odvisnost od staršev, itd.). Opažajo, da imajo:

osebe s težavami v DZ nizke finančne prihodke. Zelo težko se udeležujejo različnih organiziranih stvari, če so od daleč. Vse je povezano s prevozom in je takoj tukaj dostopnost za te ljudi manjša kot pa mogoče v Ljubljani, ker neprekinjeno vozijo avtobusi in je osebi lažje priti (K5).

Strokovnjaki tako značilnosti obravnave oseb s težavami v DZ na ravni lokalne skupnosti označujejo z vidika dosegljivosti pomoči in odlašanja zdravljenja, individualnega načrtovanja in potreb uporabnikov, znanja izvajalcev in aktivnosti, ki jih izvajajo (ocena potreb uporabnikov, zdravljenje, usmerjenost na kurativo, prisilna hospitalizacija, koordinacija, interdisciplinarno sodelovanje). Strokovnjaki so tudi pod tem vprašanjem izpostavili težave pri vstopanju oseb s težavami v DZ v obravnavo zaradi dolgih čakalnih dob in ker najprej poiščejo pomoč drugje, šele potem pri splošnem zdravniku. Menijo, da primanjkuje ponudbe za obravnavo oseb z dvojnimi diagnozami, kaže pa se tudi *nesodelovanje s policisti, sodniki in sodišči – kdo dela na predlogu za prisilno hospitalizacijo, saj je problem čas, kot tudi izdani sklepi (NS)*. Koordinatorji obravnave v skupnosti nastopajo v več vlogah, nimajo dovolj izvajalcev, hkrati pa je potrebno vsem psihiatrom omogočiti tudi terensko delo. Menijo, *da je čas, da presežemo govorjenje in da nastopi čas akcije za spletnje mreže na lokalni ravni (K1, 2)*. Problemskost težav v DZ vidijo tudi v paleti možnih občutij – od depresivnega razpoloženja do depresije kot kronične bolezni, pa tudi z vidika zlorabe za namene opravičila za neopravljeno delo, slabše razpoloženje, itd. Zavedajo se nujnosti preventivnih programov in krepitev preventivnega delovanja tudi na način razvijanja kakovostnih delovnih mest, povezanosti ljudi, preprečevanja stresa, destigmatizacije in solidarnosti:

gre za neka prizadevanja v smer antistigmatizacije in anti diskriminacije, v smer krepitev povezanosti med ljudmi, strpnosti in podobno, s programi, s katerimi se ob podpori lokalnih skupnosti doseže tudi boljši dostop do služb (ZDZ).

Sodelovanje organizacij je aktualno z vidika regijskega sodelovanja za skupno dobro, medsebojnega poznanstva, partnerstva, ne v smislu konkurentov, temveč sodelavcev, protokolov sodelovanja, ki jih večinoma še ni, ter optimizacije dela. Nujni so:

programi za spodbujanje povezovanja med ljudmi, promocijski programi, prilagojeni posameznim starostnim, poklicnim in drugim ranljivim skupinam, antistigmatizacijski in antidiskriminacijski programi, izobraževanje po celi regiji (RJZ).

Za ta namen so bili že izvedeni prvi posveti z aktivno udeležbo strokovnjakov, ki pričakujejo:

da bomo potem skupaj z lokalnimi skupnostmi napisali tudi te izvedbene načrte, kje bodo posamezne prioritete za področje DZ (NS).

NVO na lokalni ravni strokovnjaki vidijo različno, z vidika njenih nalog, statističnih podatkov, registra NVO, programov NVO in odprtosti za vse. Nekaterim se vloga NVO ne zdi pomembna:

ko preučiš vse te cilje in potrebe uporabnikov, ugotoviš, da NVO pomagajo pri tistih ciljih, ki niso življenjsko pomembni. Pomembne so pri prostočasnih aktivnostih, pa kot izvajalke delavnic, izobraževanj. Aktivnosti niso čisto prilagojene potrebam. Saj neka depresivna oseba ne bo prišla v NVO, ker ji primanjkuje samozavesti. Po navadi sploh ne gre ven iz stanovanja. Pri NVO je problem predvsem v vrsti programov, ki jih le te ponujajo. Enim je vseč dnevni center in delavnice, drugim pa ne (K5).

Drugi pa jim pripisujejo pomembno vlogo:

lokalno, predvsem na področju vplivanja na ljudi, so NVO najmočnejše. So nosilci predvsem terciarnih oblik preventive, ki so na tem področju naredile ogromno dela in omogočile marsikateremu posamezniku, pa tudi skupinam ljudi višjo kakovost življenja ali pa postopno okrevanje po prebolelih hudih duševnih motnjah (ZDZ).

Podporna mreža organizacij za osebe s težavami v DZ v posameznih lokalnih skupnostih

Ocena strokovnjakov o podporni mreži za osebe s težavami v DZ lokalno temelji na šestih področjih: (1) prepoznavanje oseb s težavami v DZ, (2) podporna mreža, (3) obravnava oseb s težavami v DZ, (4) zdravljenje težav v DZ, (5) povezovanje in sodelovanje ter (6) združevanje v NVO (glej Priloga A.4). Za prepoznavanje oseb s težavami v DZ se strokovnjakom zdijo ključni tako delo s posameznikom kot populacijski pristop, kompetence in izkušnje izvajalcev, uporaba presejalnih testov in vpliv socialne mreže. Pojavljajo se pomisleki, kdo je dovolj usposobljen za izvajanje presejalnih testov, za prepoznavanje

samomorilno ogroženih pacientov ter kako iz 'čakanja na ljudi' preiti v proaktivno delovanje in doseči podporo svojcev ob pojavu težav v DZ pri njihovem družinskemu članu.

Ocenjujejo, da je značilnost obstoječe podporne mreže neenakomerna obremenjenost, uravnavanje ravnovesja med bolnišničnimi in skupnostnimi službami ter različna stopnja razvitosti glede na velikost kraja, v razvoju podporne mreže pa je pomemben prispevek uporabnika storitev. Pojavlja se tudi stališče, da psihiatrični dispanzer kot tak ne obstaja. Menijo, da je nujno:

da se skuša razviti sistem promocije DZ (NZ), da se vzpostavi eno vzdržno mrežo skrbi za ljudi s težavami v DZ v lokalnih okoljih (RJZ), ker je še vedno izraženo vrtičkanje (K1). Koordinatorji obravnave v skupnosti vzpostavljajo sodelovanje na podlagi ciljev in potreb uporabnika. Samo od sebe ne bi bilo nič, nujno pa je, da bi sodelovanje teklo kot sistem (K3).

Pri oceni delovanja podporne mreže se opirajo na vire okolja, standarde in normative kakovostne, celovite obravnave, po drugi strani pa se zavedajo situacij, ko prihaja s strani subjekta obravnave do zanikanja težav. Omejitve v razvoju predstavljajo:

neprepoznavanje poimenovanja, pomena in vsebine novih oblik dela; prihaja do zamenjevanja izrazov obravnava v skupnosti, skupnostna psihiatrična oskrba in skupnostna psihiatrija, nekaj zmede je tudi zaradi več individualnih načrtov za posameznega uporabnika (NS).

Oseba mora imeti možnost izbire, po mnenju večine strokovnjakov tudi v izbiri načina zdravljenja. Menijo, da je na mestu kombinirano zdravljenje z različnimi metodami tako z zdravili kot s psihoterapijo in alternativnimi metodami, kar so pogosto izpostavljali. Procesi koordinacije in osnovnega zaupanja med izvajalci pri posamezni osebi niso vedno vzpostavljeni, poklicna podoba izvajalcev ni vedno realna. Kot razlog za nezagotavljanje celostne obravnave navajajo časovne omejitve. Povezovanje in sodelovanje potekata namensko, in še ni mogoče govoriti o vzdržnosti mreže in podpori posameznim ranljivim skupinam. Nujno je nadgrajevanje služb:

treba je že obstoječe službe lokalno povezati in jih nadgraditi z neko bolj dostopno psihiatrično oskrbo (ZDZ). Potrebujemo centre za DZ v regijah, neke povezane skupine strokovnih delavcev, uporabnikov in svojcev v neko mrežo. V to mrežo sodijo tako nevladne, zdravstvene in pa socialne službe, ki bi odgovorile na kompleksne probleme osebe s težavami v DZ regionalno (RJZ).

Združevanje v NVO vidijo z vidika udejanjanja ljudi, saj jih je več kot polovica članov neke NVO, in namenske ponudbe programov blizu doma, če že ne v obliki terenskega dela,

ter v pripravi baze NVO. Bistvo NVO vidijo v tem, da ob vstopu v prostor ponudi program, ki ga ljudje potrebujejo. Je pa velika težava to, da še nimamo nacionalnega programa za DZ.

Vpliv značilnosti okolja na pojavnost težav v DZ, na organizacije in vrsto njihovih aktivnosti v podporni mreži za osebe s težavami v DZ

Ocena strokovnjakov o vplivu okolja na pojavnost težav v DZ in delovanje organizacij v podporni mreži za osebe s težavami v DZ temelji na petih vidikih: (1) vplivi na DZ, (2) viri lokalne skupnosti, (3) mnenje javnosti, (4) potrebe lokalne skupnosti in (5) raziskovanje (glej Priloga A.5). Vplive značilnosti okolja na področje DZ: ekonomsko stanje, socialna izključenost, kraj bivanja, vzročna prepletenost dejavnikov, življenjski slog, razvojne priložnosti, neopaznost lahko razdelimo na pozitivne in negativne. Prevladuje mnenje, *da je ena najbolj konsistentnih raziskovalnih ugotovitev zadnjih desetletij, da je DZ tesno povezano s socialnim in ekonomskim položajem ljudi, v katerem živijo (ZDZ)*. Izpostavljajo tudi, da:

če imate neko deprivirano okolje, so tam težave v DZ bistveno pogostejše. To pomeni konkretno, da bi pri nas morali najprej več vlagati v DZ in v mrežo prav v regijah, kjer je indeks deprivacije/odklonskosti najvišji. To pri nas niso centri velikih mest, kot je to v veliko delih zahodnoevropskih državah, v Ameriki. To so predvsem ruralna, oddaljena področja od centrov, nižja izobrazbena struktura, nižje priložnosti. Bolj ogrožena so tudi področja, kjer je več starih ljudi, ker je tam seveda več telesnih bolezni. Ljudje, ki so telesno bolni, so bistveno bolj pogosto depresivni kot drugi ljudje. Čim nižji je bruto družbeni proizvod, tem več je možnosti, da bo več težav z DZ. Redkejša je naseljenost, slabši je dostop do služb. Čim bližje je nekdo bolnici, tem več možnosti ima, da pride do psihiatra. Čim dlje je od centrov, tem manj je tudi nekih NVO, pa socialnih služb, ki bi ljudem nudile pomoč (ZDZ).

Kot značilnost lokalne skupnosti opredeljujejo tudi:

da so uporabniki v Ljubljani večinoma sami, samski. Ti samski se morajo sami s sabo znajti, s svojimi financami. Medtem ko je na podeželju prisotna ta medsosedska pomoč, pa starši. Tukaj sigurno razlika obstaja. V večjem mestu, se pa tudi lažje 'notri skriješ'. Tudi, če boš npr. po Ljubljani hodil z irokezo, to ne bo tako očitno, kot če bi to počel v Novem mestu. Lažje se skriješ, imaš pa tudi drug problem, si sam. Težje je krog prijateljev ustvariti. V tem smislu je v mestih bolj težko glede osebnih stikov, socialne mreže (K1).

Pod značilnosti lokalne skupnosti opredeljujejo tudi mnenje javnosti o slabi dostopnosti do storitev za mladostnike s težavami v DZ, o interpretaciji težav v DZ (ki je največkrat

napačna), da je bolnišnica pomembnejša oblika zdravljenja, in kakšna je kakovost izobraževalcev ter samih izvajalcev skrbi na področju DZ. Menijo, da ni nepomembno, kdo kaj predava, da gre za različnost potrebnih znanj pri zagotavljanju institucionalne in skupnostne obravnave, širok razpon znanja o zakonodaji, vpliv osebnega poslanstva, potrebno strokovnost in zavzetost. Kot značilnost lokalne skupnosti opredeljujejo tudi njene potrebe npr. po povečanju informiranosti in finančnega vložka v mrežo, v *praksi si vsak po svoje zastavi in razmišlja, kaj je potrebno, vsak si ustvari svojo bazo podatkov* (NS). Zdi se, da se dostikrat ustavijo prizadevanja na papirju, *posameznik nima moči – izguba upanja, padec motivacije, občutek metanja energije skozi okno, da bi naredil korak naprej* (NZ). Dodajajo tudi področje raziskovanja v smislu posedovanja znanstvenih in statističnih podatkov, ter projektnega menedžmenta. Nekatere lokalne skupnosti so uspešnejše pri prijavljanju na razpise kot druge, zato potrebujejo statistične podatke, ki pa niso vedno dostopni na ravni lokalnih skupnosti ali medsebojno primerljivi zaradi specifične narave posamezne bolezni.

Podpora lokalnih oblasti pri razvoju podporne mreže za osebe s težavami v DZ

Ocena strokovnjakov o podpori lokalnih oblasti pri razvoju podporne mreže za osebe s težavami v DZ vključuje področja: (1) vloga lokalnih skupnosti, (2) koordinacija in povezovanje, (3) podpora NVO, (4) skrb za osebe s težavami v DZ, (5) dejavnosti izvajalcev in (6) prostovoljsko delovanje (glej Priloga A.6). Ocenjujejo, da je lokalna oblast – občina praviloma sklicatelj sestankov, ima določena prioriteta področja za subvencioniranje storitev, zato se jim zdi pomembna senzibilnost ljudi v upravnih strukturah lokalne skupnosti, izkušnje odločevalcev in ozaveščenost prebivalcev o področju DZ. Prevladuje mnenje o pomembnosti županov. Menijo, da je njihova vloga ključna:

pri nas je vse odvisno od županov. Če imate vi v občinskih strukturah ljudi, ki so senzibilni, potem je možno, da se bodo službe razvijale in odgovarjale na potrebe ljudi bistveno bolj (ZDZ). Kar se tiče lokalnih oblasti, je to zelo odvisno od posameznikov, tudi od tega, kakšno izkušnjo ima ta človek, ki je na neki poziciji, ali pozna nekoga iz ožjega družinskega okolja, ki je že imel izkušnjo, ali pa, da je že sam šel čez krizno obdobje (SND).

Pomemben se jim zdi tetralog: politika, uporabniki, svojci in strokovni delavci. Koordinacija in sodelovanje (medsektorsko in interdisciplinarno) med njimi bi bila prisotna ob rednih delovnih sestankih, ob izdelanih protokolih sodelovanja. Oviro za sodelovanje

vidijo v prisotnih predsodkih, stereotipih o področju DZ in o drugih poklicnih skupinah ter v prelaganju odgovornosti drug na drugega. Navedeno je bilo:

Slovenija je sploh tako majhna, zato je pomembna povezanost, želja posameznih ljudi, da podprejo organizacije. Vendar je to sodelovanje obotavljivo in polno nekih predsodkov in idealiziranj, za kar ni mesta v profesionalnem delovanju različnih služb. Prav NVO so primer tega, kako vzpostavljati dobre načine sodelovanja z drugimi strokovnimi delavci, kar nihče ne vidi. Občine so pomembne, čeprav si ne morem predstavljati, kako bi lahko vplivale ali naredile protokol sodelovanja. Protokol sodelovanja je strokovna zadeva, ki jo morajo usklajeno narediti službe, ki tukaj delajo (ZDZ).

Strokovnjaki so večkrat poudarili, kako je pomembna podpora lokalnih oblasti pri razvoju NVO. Občinski uradniki morajo biti informirani o stališčih NVO. Le-te morajo delovati v družbeno dobro, promovirati svoje dejavnosti, so primer dobre prakse sodelovanja, obvladajo pa tudi prijavljanje na razpise. Izrečeno je bilo, da:

praksa kaže, da so programi NVO dobri, živi in uspešni samo takrat, kadar je prisotna tudi podpora lokalnih skupnosti, kadar se program lahko vključi v aktivno življenje v skupnosti in kjer seveda tudi predstavnik lokalne skupnosti, svetniki in pa ostali vodilni v lokalnih skupnostih te programe podpirajo in jim dajo tudi različne oblike pomoči, še posebej tudi finančno pomoč (DN).

Menijo, da so NVO del skupnostne skrbi za osebe s težavami v DZ, da je pri njihovem razvoju ključna podpora občine. Podpora občine je nujna tudi pri terenskem delu in drugih podpornih dejavnostih za razvoj skupnostne skrbi za osebe s težavami v DZ. Med drugim tudi sofinancirajo javne delavce, ki delujejo predvsem v NVO kot pomočniki, npr. za spremstvo po uradih. Strokovnjak je na podlagi lastnih izkušenj navedel:

občina je pripravljena marsikaj plačati, ampak samo, kar piše v zakonu. Ob vsakem najmanjšem odstopanju od črte zakona niso nič pripravljene, ker jih nič ne zavezuje, da bi se vključili v delo izvajalcev (K1).

Podpora občine se jim zdi pomembna tudi pri izvedbi sistematičnega izobraževanja za strokovne sodelavce na občinskih uradih in izvajalce pomoči, pri iskanju novih virov financiranja udeležbe na konferencah, ter pri spodbujanju prostovoljskega dela na tem področju:

Pomembno pa je tudi, da so strokovni delavci dovolj informirani o virih pomoči, ki se nahajajo v nekem lokalnem okolju. Problem pa je te informacije narediti dostopne javnosti, da ljudje vedo, kam naj se obrnejo po pomoč (ZDZ).

Menijo tudi, da je na tem področju veliko potreb po prostovoljskem delu, da mora biti med izvajalci prisoten nadpovprečni entuziazem, saj gre pogosto za delo izven delovnega časa in prilagajanje potreb uporabniku storitev, da bi bil dosežen napredek v njegovi kakovosti življenja. Svetovni dan DZ se jim zdi priložnost za medsebojno povezovanje in snovanje novih idej za razvoj.

Sodelovanje med organizacijami v podporni mreži za osebe s težavami v DZ

Sodelovanje med organizacijami v podporni mreži za osebe s težavami v DZ je bilo izpostavljeno kot pomemben element pri razvoju skupnostne skrbi. V oceno so vključili pet področij: (1) normativna ureditev, (2) interdisciplinarno sodelovanje, (3) obravnava oseb s težavami v DZ, (4) sodelovanje s svojci, (5) sodelovanje NVO v podporni mreži (glej Priloga A.7). Poudarjajo, da je Slovenija kulturno različna, da je bolj kot težnja za sodelovanje prisotna bitka za pridobivanje javnih sredstev, da procesi integracije še vedno niso prevladujoča paradigma. Pomembno je, da bi pri spodbujanju sodelovanja prevladal javni interes in ne različno razlaganje zakona v zvezi s pridobivanjem javnih sredstev, npr. pri podeljevanju koncesij v zdravstvu. Ocenjujejo, da je interdisciplinarno sodelovanje preveč odvisno od volje posameznika, da primanjkuje motivacije za sodelovanje, ker ni zagotovljenih osnovnih pogojev za sodelovanje na podlagi potreb uporabnika storitev. Stopnjo sodelovanja ocenjujejo od 3 do 4 na deset stopenjski lestvici (1 – slabo, 10 – odlično). Manjka predvsem podlaga za sodelovanje v obliki strategije, protokola in znanje deležnikov:

Ovira za sodelovanje je lahko že pomanjkanje informacij. Lahko rečemo tudi znanja v teh organizacijah in dojetanje storitev ali namestitev v bolnišnici kot edino in najpomembnejšo storitev, ki človeka pripelje iz duševne stiske. Skupnostna obravnava je v svetu uveljavljena in priznana, pri nas so pa težave. Ovira je tudi, da se timska srečanja velikokrat izpridijo, že malo da ne v tej smeri, da psihiater naroči socialnemu delavcu, kaj je potrebno narediti. Človek bi rekel skoraj odrejanje nečesa. To je seveda tudi pomanjkanje kompetenc, samozavesti, kar je značilno v teh skupnostnih službah. Če imaš jasno mrežo, ki je locirana v lokalnem okolju, potem vsi vemo, kaj delamo (SND).

Sodelovanje v obravnavi se vzpostavi z namenom vplivanja na okoliščine osebe s težavo v DZ. Pri dobro pripravljenem individualnem načrtu se lahko pri realizaciji na podlagi sodelovanja odvijajo modeli dobre prakse:

Bila je to gospa petdesetih let. Imela je dolgov par tisoč evrov, za stanovanje, za ogrevanje, za plačilo elektrike, za najemnino. Iskali smo možnosti centra za socialno delo

v obliki finančnih pomoči, ki so omejene. Na Rdečem križu, Karitasu, gre spet za plačilo položnice ene, dveh, ne pa par tisoč evrov. Delala je na Ministrstvu za obrambo, bila kuharica v eni od vojašnic. Obrnili smo se tudi na njih. Tam se je našel en zelo dober gospod, ki skrbi za sedanje in nekdanje pripadnike slovenske vojske in se je zelo odzval na njeno pismo. Prišel je obiskat gospo, skupaj še z eno socialno delavko in takrat se je razvilo eno tako lepo sodelovanje. Zbrali so toliko finančnih sredstev, da so ji dolgove odplačali. Stanovanje, ki je bilo službeno stanovanje od Ministrstva, so ji ga bili takoj pripravljene zamenjati, ker je bilo predhodno pokrito vse za nazaj. In potem je sledila ta preselitev, ta slavnostni dogodek. Akcija dva dni, vikend varianta nekdanjih pripadnikov vojske, veteranov, Ozara, matični center za socialno delo, prišle so prostovoljke iz vojske z Dolenjske, Črnomlja. Dva dni pa smo gospo preselili, počistili prejšnje stanovanje, uredili novo. To je mogoče en zelo lep primer, ki se je na začetku zdel nemogoč. Šlo je čisto za skupnostno akcijo, ko smo se 'luštno' imeli. Skuhali smo sami sebi kosilo. Je bila kot ena delovna akcija, kakršne so bile pred dvajsetimi, tridesetimi leti (K5).

Ob slabem sodelovanju izvajalcev prihaja lahko do različnih manipulacij: *včasih je pritisk okolja tako močan, da predčasno ukrepaš in prezreš pravilo, da se ne gre v postopke, predno se osebe ne vidi, manipulacijam je potrebno reči ne (K5).* Pride do pomanjkanja zaupanja in različnega vrednotenja uspeha. Praviloma se tudi zamudi trenutek, ko je motivacija pri osebi najvišja, ko bi sprejel terensko motiviranje in obiske na njegovem domu. Ugotavljajo, da izvedba multidisciplinarnega tima na centrih za socialno delo ni vedno smiselna, da so NVO le redko član teh timov. Pri sodelovanju s svojci je potrebno upoštevati njihova pričakovanja, odnos, potrebo po uravnoveženi podpori in, da so vloge uporabnik – svojec velikokrat zabrisane. Največja težava NVO je, da nimajo zagotovljenega trajnega financiranja, zato je njihova pripravljenost za sodelovanje nekoliko nižja, želijo si koncesije, vendar je sodelovanje NVO v podporni mreži v lokalni skupnosti pogojeno z njenim mestom v državi:

potencial NVO s področja DZ je prepoznalo eno ministrstvo, vendar bi nekatere bolj sodile pod zdravstveno ministrstvo. Potrebno je preseči dejstvo, da NVO v Sloveniji diktirajo tempo javnemu sektorju, njihovo delo preveč bazira na osebnem entuziazmu, da bi se lahko kot izvajalci enakovredno vključili v javno podporno mrežo (NZ).

NVO naj pa bi bila sicer 'valilnica' dobrih programov, ki pa niso direktno prenosljivi v javni sektor.

Potrebe oseb s težavami v DZ v 21. stoletju

Strokovnjaki so se v oceni zadovoljevanja potreb oseb s težavami v DZ skupaj z depresijo v 21. stoletju dotaknili petih področij: (1) mnenje javnosti, (2) obravnava oseb s težavami v DZ, (3) potrebe uporabnikov storitev, (4) uporabniška perspektiva in (5) depresija (glej Priloga A.8). V javnosti so prisotna mnenja o razdrobljenosti ponudbe storitev na področju DZ, da se psihiatrijo še vedno enači s prisilnim jopičem in prisilno odvedbo, da hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici pomeni 'konec življenja'. Opažajo, da vse več ljudi želi samo zdravila, saj si plačljive psihoterapije ne morejo privoščiti, in da je stigmatizacija področja DZ še vedno močna. Obravnava oseb s težavami v DZ je po mnenju strokovnjakov preveč medikalizirana, pri obravnavi naj bi primanjkovalo pogovora, preseganja biologističnega razmišljanja ter sistematičnega prepoznavanja potreb:

če smo za 20. stoletje govorili, da je stoletje možganov, potem moramo za 21. stoletje reči, da je to stoletje, v katerem bo potrebno ponovno preseči biologistično razmišljanje o težavah v DZ in jih umestiti v razmišljanje o prostoru, socialnem položaju ljudi, o integriteti, v katerem bo potrebno ponovno okrepiti humanistične, človeške, empatične pristope k obravnavi. Potrebno je zelo veliko moči usmeriti v to, da se okrepi njihovo zahtevanje. Okrepitev moči ne pomeni samo to, da ljudem damo priznanje, da so v tem, in da so duševno bolni, temveč tudi, da so čisto v redu, ter to pomeni, da je treba delegirati vzvode moči (ZDZ).

Potrebni so inovativni pristopi v obravnavi, predvsem aktivacija uporabnikov storitev: *treba jim je omogočiti, da zaslužijo, da se uveljavijo, da bodo lahko vključeni v procese, kjer bodo produktivni, ne pa da se jih pasivizira in poskuša z nekimi dodatnimi finančnimi sredstvi jemati njihovo moč (SND).*

Strokovnjaki ocenjujejo, da bi jim morala biti dodeljena odgovornost ter omogočena pravica do izbire in odločanja. Prevladuje stališče, da imamo:

po eni strani tako težke uporabnike, da niti ne izrazijo ničesar. Sploh mnenja nimajo, pa tudi niso ravno čisto zadovoljni (K1). Oseba ni samo oseba, ki ima duševne, psihične, zdravstvene težave, težave z denarjem. Je celovita oseba in ima težave po navadi na več spektrih (K5).

Menijo, da je osebam s težavami v DZ najhujše, če so številka, če so kot človek razvrednoteni. Potrebujejo razumevanje ob predčasni opustitvi zdravil, da jim je težko zaradi stranskih učinkov jemati terapijo, ter da funkcionirajo ob ustrezni podpori. Ker so razvili veliko strategij preživetja in jim vloga 'duševnega bolnika' celo ugaja, jih čaka v procesu psihosocialne rehabilitacije učenje soočanja s težavami. Pri tem potrebujejo v svoji bližini izkušenega strokovnega delavca, ki bo prepoznal tudi pojav duševne stiske, poslabšanja

bolezni. Načeloma večina oseb ve, kaj potrebujejo v času poslabšanja. Eni načeloma takrat potrebujejo hospitalizacijo, drugi želijo krizo prebroditi doma (ZDZ). Strokovnjaki so prepričani, da je potreba oseb s težavami v DZ po hospitalizaciji prisotna, zaradi potrebe po odklopu ali nadzoru ter občutenju varnosti in eksistencialne preskrbljenosti. Poudarjajo, da bi mora biti uporabniška perspektiva bolj izražena, da ne bi smeli pasivizirati oseb s socialno podporo, temveč jih spodbujati tudi za sodelovanje tudi v raziskovalnih procesih, za kar bi morali biti plačani. Ker je družba preveč storilnostno naravnana, se pogosto počutijo nekoristni. Osebam s težavami v DZ naj bi zagotovo primanjkovalo veščin ravnanja s samim sabo in z drugimi, ter zavedanje, da je ozdravitev možna. *Potrebujejo predvsem strokovnega delavca s človeškim odnosom, ki temelji na empatiji in iskrenosti (K4).*

Učinkovitost krepitve moči oseb s težavami v DZ

Ocena strokovnjakov o učinkovitosti krepitve moči oseb s težavami v DZ vključuje šest področij: (1) promocija zdravja in preventiva, (2) metode dela, (3) vrednotenje učinkovitosti, (4) potrebne spremembe, (5) težave v DZ/depresija, (6) učinkovitost NVO (glej Priloga A.9). Poudarjajo, da ima velik vpliv na učinkovitost krepitve moči prav promocija zdravja in preventiva, saj je meja med zdravjem in boleznijo 'tanka', z dobro preventivo pa je mogoče doseči tudi zgodnji vstop oseb s težavami v DZ v zdravljenje. Opozarjajo, da kljub konstantnim programom destigmatizacije ostaja v primarnem okolju stigma, prisotna je neodzivnost ljudi na povabilo na brezplačno 'skrining' preiskavo, nepripravljenost osebnega izpostavljanja ob izkušnji bolezni v skupini, ter da se oseba s težavami v DZ pogosto poistoveti z boleznijo in tako sama sebe označi.

Nadalje so bile v ospredju metode dela. Izvajalci delujejo na podlagi krepitve moči oseb s težavami v DZ, iskanju virov moči pri osebi. Pozornost je usmerjena na podrobnosti. Pomembno je izpostavljanje uspehov osebe ter 'lovljenje ravnotežja' med nudenjem pomoči – ustvarjanjem odvisnosti in spodbujanjem k samostojnosti. To opisujejo na sledeč način:

To učinkovitost krepitve moči uporabnikov razumem tako, če razdeliš besedo pomoč, prideš ti po moč. Jaz izhajam iz tega, zakaj imam jaz službo, v kateri vlogi sem jaz tukaj. Če ne bi bilo ljudi, ki bi imeli težav v DZ, jaz ne bi imela službe. Poskušam najti nekaj, kar njim ne uspeva več. Vedno se najde nekaj, kar ta človek še zmore. Rečem, če ste to takrat zmogli, pa dajte še to. Na ta način, da jih okrepiš in opolnomočiš. Izhajaš iz malenkosti. Ni pomembno tisto, česar ni, ampak tisto, kar je. Jaz ga jemljem kot popolnoma enakovrednega, ne glede na to, da ima težave v DZ. Menim, da je to čisto vse od vsakega

posameznika odvisno, kaj je za njega tisto glavno. Kazalnik bi tako lahko bil doseganje ciljev, držanje dogovorov, njegova lastna ocena (K3).

Glede vrednotenja učinkovitosti strokovnjaki opozarjajo, da se vsi ne zavedajo nujnosti preverjanja lastne učinkovitosti, in da ni ustrezno fokusiranje samo na finance. Menijo, da je uspeh preseči omejitve, ki izhajajo na eni strani iz financ, na drugi iz bolezni osebe. Če je motivacija osebe z težavami v DZ visoka, ta zagotovo tudi sama opazi napredek. Predlagajo preverjanje učinkovitosti prek sveta uporabnikov, svojcev in lokalne iniciative, prek neposrednega stika z ljudmi, z upoštevanjem kazalcev in rezultatov zunanje evalvacije. Opozarjajo tudi na pojav osebne krize izvajalcev zaradi previsokih pričakovanj do uporabnikov storitev, kar ovrednotijo kot osebni neuspeh. Problematika vrednotenja učinkovitosti je razvidna iz sledeče izjave:

Jaz menim, da smo dovolj učinkoviti, da se kolegice in kolegi 120 % zalagajo za to, da počnejo. Gre za učinkovitost, ki lahko hitro vodi v pregorelost. Če si dober, ljudje pričakujejo več od tebe. Treba je pridobiti informacije prek neposrednega stika z ljudmi, pridobiti neko informacijo o tem, ali so zadovoljni s programom ali niso. Potem pa so še tukaj zunanje evalvacije, socialno varstvo, ker tudi kaže, da so ti programi pomembni in potrebni v lokalni skupnosti. Tu smo kar 'prestreljeni' s temi vsemi ocenami (SND).

Opozoriti je potrebno, da osebe s hujšimi težavami v DZ ne vidijo svoje vrednosti, zato se lahko pojavi nekritičnost uporabnikov pri samem vrednotenju v njegovi okrepljenosti. Potrebne spremembe za boljšo učinkovitost vidijo na področjih: dopuščanje vpliva osebi s težavami v DZ nad lastnim življenjem in jo obvarovati pred tveganji, saniranje spremljajočih okoliščin, preusmerjanje finančnih sredstev iz institucij v skupnost, edukacija edukatorjev. Glede učinkovitosti NVO lahko izpostavimo sledečo izjavo:

Danes je treba nekaj priznati, da so zaposlitveni programi NVO, pravzaprav delovno usposabljanje eden izmed učinkovitejših načinov strategij za krepitev DZ. NVO so presegle ideologijo socialnega skrbstva v samem smislu, posegajo na polje pragmatičnega. Pragmatično dajejo možnosti osebam predvsem z zaposlitvijo in za dejavno življenje, za vključitev v družbo (ZDZ).

Vloga NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ

Strokovnjaki ocenjujejo vlogo NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ z naslednjimi področji: (1) sodelovanje pri obravnavi, (2) osebne značilnosti izvajalcev, (3) koordinacija in integracija, (4) pogled politike na NVO, (5) naloge NVO, (6) programi in

aktivnosti NVO, (7) vloga/priložnosti za vključene ter (8) prostovoljstvo (glej Priloga A.10). Menijo, da sodelovanje z NVO ni enostavno, še posebej, če nimajo stalno zaposlene osebe, vendar pa bi se zaradi večje profesionalizacije spremenil odnos s samim uporabnikom:

ko postanejo partnerji, je možno timsko delo, mogoče bi tak stik z ljudmi zaradi večje profesionalizacije postal bolj formalen. Verjetno bi se začeli ukvarjati z nekimi standardi, pozorni bi bili ne neke stopnje, začeli bi postavljati pravila, kdo lahko pride, kdo ne more priti. Verjetno se bi lahko tudi zmanjšala moč uporabnikov znotraj sistema (SND).

Pomembno jim je partnersko sodelovanje z vsemi ne glede na status. Strokovnjak za NVO meni:

javno podporno mrežo po mojem razumevanju tvorijo javne neprofitne organizacije, ki so del socialne države, oziroma države blaginje, kar je že malo bolj zakomplicirano. In tam, kjer ta javna mreža ne zagotavlja tistega, kar ljudje potrebujejo za svoje zdravje, za svoje kakovostno življenje, za zadovoljevanje različnih potreb, ki jih imajo, tam jaz vidim smisel vključevanja NVO v to javno mrežo (DN).

Kot ovire v sodelovanju z NVO omenjajo nepoznavanje njenega načina delovanja, medsebojno nezaupanje v strokovnost, srečevanje različnih osebnostnih lastnosti zaposlenih, uporabnika in drugih udeležencev. Menijo, da imajo izvajalci v NVO dobro samopodobo, so usposobljeni za delo in se dodatno izobražujejo. Imeti morajo visoko stopnjo osebne odgovornosti, biti odprti, zreli in zanesljivi. Opozarjajo, da v procesih koordinacije in integracije prihaja pogosto do izpada ljudi z dvojnimi diagnozami iz sistema, ker NVO še niso specializirane za tovrstne kombinacije potreb. Sicer so bile prvi izvajalec skupnostne skrbi in so tudi vzpostavile sodelovanje s patronažno službo. V odnosu do politike: *zastopajo različna stališča, ki kažejo na interese njihovih članov. Naloga politike pa je, da posluša glas NVO in poskrbi, da bodo slišani (DN).*

Strokovnjak, ki deluje v z zdravstvu, navaja podobno:

NVO so tiste edine, pri katerih imajo uporabniki, svojci direkten glas, kako se službe načrtujejo in krepijo. Pri tem NVO krepijo moč uporabnika in ga spodbujajo, da je enakopraven partner v procesu pogajanja, v procesih obravnave, da ima svoje zahteve. NVO bodo vedno zastopale različna stališča in bodo kazale na različne interese njihovih članov. Tisto, kar mora politika narediti, je, da mora pozorno poslušati vse te glasove in omogočiti, da se v prostoru slišijo. Predvsem pa mora omogočiti, da se najglasneje neposredno sliši glas uporabnikov in njihovih svojcev (ZDZ).

Kot dejstvo navajajo, da morajo imeti NVO razvite aktivnosti, kamor se uporabniki lahko vključujejo za aktivno preživljanje prostega časa. Imajo sistem spodbujanja k udeležbi in

postavljanja mej. V njih vidijo sodelavce za iskanje novih možnosti na terenu. Značilnost njihovih programov je nerutiniranost in razpršenost, določeni vstopni pogoji (visokopražni programi) in lokacija delovanja. Nekaterim se zdi problematičen izid, ki 'zagotavlja' *okrepljenega človeka, ki noče vstopati v rutinske postopke obravnave (DZ).*

Priložnosti za vključene v NVO vidijo v možnosti izbiranja programov, ki si jih osebe s težavami v DZ udeležujejo, da izboljšujejo svojo pripravljenost na skupinsko delo, za vsakdanje življenje. Pri usmerjanju oseb s težavami v DZ v programe NVO nimajo pomislekov, se je pa potrebno predhodno pozanimati, kakšna je usmeritev dela v NVO. Predvsem koordinatorji obravnave v skupnosti si želijo pri sodelovanju z NVO vzpostaviti mrežo prostovoljcev, poseben izziv pa jim je, kako privabiti ljudi v prostovoljsko delo, kar NVO že obvladajo. Skupni načrt bi bil formiranje skupinice ljudi, ki bi bila pripravljena za sodelovanje v nujnih primerih. Sicer pa NVO na splošno označujejo s (1) kakovostnim izvajalcem celostne obravnave osebe, (2) s partnerjem, ki ima specifični položaj v podporni mreži, katerega delovanje temelji na pravici do združevanja, izbire in odločanja, (3) s povezovalcem izvajalcev, pacientov in strokovnjakov ter (4) kot organizacijo s specifično kadrovsko strukturo strokovnih delavcev in sodelavcev.

Pričakovani učinki delovanja NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ

Mnenja strokovnjakov o ugotavljanju pričakovanih učinkov delovanja NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ se dotikajo sedmih področij: (1) kazalniki za merjenje učinkovitosti, (2) politika in lokalna skupnost, (3) aktivnosti NVO, (4) izvajalci, (5) celostna obravnava, (6) vidik uporabnika, (7) doživljanje osebe z težavami v DZ (glej Priloga A.11). Strokovnjaki navajajo paleto različnih možnih kazalnikov. Kazalnike za merjenje učinkovitosti vežejo pogosto na število pritožb, kako se odgovarja na pritožbe, kako se ocenjuje potrebe uporabnikov storitev, na številko vključenih, (realizacijo) zastavljenih ciljev in zadovoljstvo uporabnikov storitev ter na njihovo uspešnost v programih zaposlitvene rehabilitacije. Opozarjajo na možno izraženo subjektivnost pri vrednotenju, ki predvidoma poteka z uporabniki storitev na pol leta:

Najboljši pokazatelj učinkovitosti bi bili uporabniki, je pa vprašanje, na kakšen način, ker pa je to tako subjektivno. Če imajo en cilj, potem to dobijo in so zadovoljni, če ne, pa ne. Bi bilo treba izvesti anketo ali nekako meriti zadovoljstvo. Na začetku en tak vprašalnik o pričakovanju na začetku, pa po pol leta, pa na koncu. Se mi zdi, da bi bili oni najboljši pokazatelji, kaj je tisto, kar je učinkovito (K1).

Sklop kazalnikov za merjenje učinkovitosti usmerjajo tudi na področje politike in lokalne skupnosti. Gre za merjenje političnega udejstvovanja, ozaveščanja javnosti, prenosljivosti programov in sodelovanja s strokovnimi in nestrokovnimi službami v lokalni skupnosti. Nadalje menijo, da je pomembno merjenje aktivnosti NVO, kot so: ustvarjanje različnih medsebojno povezanih programov, delovanje v razvoju skupnostne skrbi, ustanavljanje regionalnih centrov, skupin za samopomoč, delovanje na področju antistigmatizacije. Odprto področje ostajajo inšpekcijski nadzori in podeljevanje koncesij NVO, npr. za koordiniranje podporne mreže. Kazalnike za merjenje učinkovitosti usmerjajo tudi na same izvajalce v NVO, na njihovo splošno razgledanost, delovanje v skladu z zakonom, vključevanje prostovoljcev, prepoznavanje potreb uporabnikov storitev in sodelovanje s svojci. Pri tem opozarjajo na sistem plačevanja izvajalcev, ki je neodvisen od kakovosti dela, na pomen izvajanja 'mehkih' dejavnosti, katerih učinkovitost je mogoče meriti samo posredno. Menijo, da je potrebno povečati pozornost tudi na kazalnike pogojev za doseganje celostne obravnave: medsektorsko sodelovanje, individualni pristop, pozitivna orientiranost, spodbujanje k izbiri in odločanju. Ob tem so izraženi kazalniki z vidika uporabnikov v smislu: zastavljanje nedosegljivih ciljev, spremljanje zavzetosti (motiviranosti) uporabnikov storitev, koliko je posameznik pripravljen sodelovati, in preseganje pozicije žrtve, kar je izraženo skozi vrednostno trditev o sebi, npr. na začetku individualnega načrtovanja:

pri individualnem načrtovanju tukaj potrebujemo eno resno preverjanje obstoječih praks. Tukaj, kar pišejo, vsak uporabnik ima že enih pet načrtov. Treba je delati na kakovosti, na načrtovanju in na izvajanju načrtov. Drugo področje, kjer je potrebno razumeti, da je njihov vpliv zelo močan, je področje zaposlovanja, usposabljanja. Nujna so prilagojena delovna mesta, mreža služb, v okviru katerih bodo ljudje zaslužili zase in za svoje družine. Tretje področje pa je celotno področje destigmatizacije, ozaveščanje javnosti in širše strokovne skupine o tem, kako je s položajem ljudi s težavami v DZ. Relevantni kazalniki za merjenje učinkovitosti bi tako lahko bili število zaposlenih, pojav pritožb zaradi diskriminacije, število pritožb, ustanavljanje manjših regionalnih centrov, ki bi bila vezana na primarno zdravstveno varstvo itd. (ZDZ).

Doživljanje oseb s težavami v DZ ne sme biti olajševalna okoliščina pri merjenju doseganja pričakovanih učinkov:

iz depresije namreč ne prideš ven brez lastnega vložka. Edini recept, da prideš ven, je več dela na sebi (K4). Jaz mislim, da je kazalnik lahko to, kaj ven iz tega pride. Ne koliko prostovoljcev vključiš in koliko terapevtov itd. Če iz tega ven ne pride človek, ki ima manj težav, kot jih je imel prej, potem ni učinkovitosti (K3).

Vizija razvoja skupnostne skrbi za osebe s težavami v DZ

Strokovnjaki vizijo razvoja skupnostne skrbi za osebe s težavami v DZ vidijo na petih področjih: (1) nacionalna politika DZ, (2) sistem skrbi za DZ, (3) postopek obravnave, (4) medsebojni odnosi, (5) koordinacija (glej Priloga A.12). Na ravni nacionalne politike so potrebna intenzivna prizadevanja za pripravo ustreznih dokumentov, predvsem strategije na področju DZ, ki je lahko podlaga za vmesno in končno vrednotenje. Potrebna je preusmeritev iz centralističnega pristopa na ustanavljanje manjših regionalnih centrov, ki so vezani na primarno zdravstveno varstvo, na zagotavljanje brezplačnih storitev psihoterapije, ne želijo pa si krepitve institucionalne mreže:

V Sloveniji vztrajamo pri tem centralističnem pristopu, kjer se kadri kopičijo okoli bolnic, kar ni dobro. Mi moramo dejansko razrahljati to mrežo in postaviti manjše regionalne centre, v katerih pa je treba doseči to visoko stopnjo kakovostnega sodelovanja med vsemi akterji, to doseči na pragmatičen način, najprej preko enega uvodnega izobraževanja kadrov. Prek takih centrov se lahko potem oblikujejo tudi ustrezni preventivni programi, ki lahko vplivajo na nekatere javnozdravstvene kazalce (ZDZ).

Nujna bi bila razširitev programov na okolja, kjer jih še ni, priprava izvedbenih regijskih načrtov, izboljšanje obstoječe kadrovske politike (kratkoročno varčevanje v kadrih je po njihovem mnenju dolgoročno vprašljivo) in politike izobraževanja o področju DZ, prilagoditve izobraževalnih programov ter usmerjanja potrebnega znanja tudi skozi lokalne skupnosti in medije. Želijo si povezovanja, ne združevanja organizacij, ter da bi bili vsi programi, ki jih sofinancira ministrstvo, kontinuirano evalvirani.

To pomeni dinamično sodelovanje NVO, centrov za socialno delo, rehabilitacijskih centrov, lokalnih društev, psihiatričnih ambulant in osnovnega zdravstvenega varstva, se pravi družinski zdravnik, njihovih patronažnih medicinskih sester na omejenih regionalnih območjih. Izzivi – povezovanje, izobraževanje, koordinacija, destigmatizacija v širšem okolju, da se dobro formirajo v prihodnjih treh letih. To je v lokalnih okoljih ključnega pomena, da bomo zmožni prestopiti okvire institucionalnega in parcialnega v obravnavi. Se bomo znali usesti in, kot je bilo rečeno, pogovarjati z ljudmi skupaj, ki imajo težave, kako narediti korake naprej, in da jih bomo sposobni postaviti v akademsko sfero in v sfero načrtovalcev (ZDZ).

Pri tem opozarjajo, da neodzivnost države zaradi tempa življenja, ekonomske situacije in porasta težav v DZ kar predstavlja nevarnost v prizadevanjih za kakovost življenja. Logičen odziv bi bil po mnenju strokovnjakov okrepitev sistema skrbi za DZ s paletto različnih služb,

promocijo DZ, definiranjem vloge referenčnih ambulant pri prepoznavanju oseb s težavami v DZ, omogočanje izvajanja komplementarnih metod za dopolnitev obstoječih načinov obravnave. Problematičen je tudi način zbiranja statističnih podatkov, saj se vodi ločeno statistika za področje zdravstvenega in socialnega varstva, na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje in v Zavodu za zdravstveno zavarovanje. Škoda nastaja tudi na področju NVO, saj sistem ni zadostno voden in temelji predvsem na osebnem entuziazmu.

V samem postopku obravnave oseb s težavami v DZ je potrebno zmanjšati prehitro etiketiranje z napotnico za psihiatra ali postavitve medicinske diagnoze z upoštevanjem osebnega vidika in individualnih posebnosti osebe. Več mora biti ukvarjanja z okoliščinami osebe, ki privedejo do težav v DZ, spodbujanja vključevanja v skupine za samopomoč in uporabe neformalne podpore, pri tem pa se zavedati delikatnosti vstopa v osebno stanovanje uporabnika storitev:

najprej je treba službe vzpostaviti, najbolj psihoterapijo, ki mora biti zastoj. Največja potreba je sicer po osnovni oskrbi, po zagotovitvi osnovne oskrbe, da človek lahko sploh živi. Potreba po prihodkih, za plačilo računov, potem pa šele druge stvari ... če je država v krizi, so oni še bolj. Najprej je prioriteta samo osnovno preživetje v skupnosti (K1).

Razvoj se mora po mnenju strokovnjakov zgoditi tudi na področju medsebojnih odnosov. Zaradi dolgega izobraževanja v zdravstvenem sistemu, se NVO 'niso zdele enakopravni partnerji'. Vendar pa morajo vsi v sistemu imeti en cilj,

tako, da bo za uporabnika storitev postalo nepomembno, kdo v ozadju storitev vodi. Potrebno je okrepiti znanje ne samo s strokovnega vidika, temveč tudi z vidika sodelovanja, da se vedno preveri situacija z različnih vidikov, da se bo pojavila zdrava tekmovalnost med organizacijami in njenimi izvajalci (NZ).

Kot del vizije razvoja pa umeščajo tudi delo na koordinaciji in vzpostavitvi kontinuuma skrbi na podlagi sodelovanja organizacij, da bo jasna vstopna točka v sistem in da osebe tega sistema obravnave ne bodo prehitro zapustile. Menijo, da bo brez prepletenega sodelovanja prenova zgrešila svoj cilj:

da ni tukaj vse po kalupu narejeno, ampak je potrebno primer od primera ločiti, preučiti. Za vsakega posameznika je potrebno poiskati njemu primerne možnosti in rešitve, ker ni vse za vse dobro (K5).

- ***Povzetek ugotovitev intervjuvanja strokovnjakov***

Zbrani podatki in izhajajoč zemljevid kategorij pojmovanja NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ razširjajo predhodno zastavljeni okvir kriterijev s predloge vprašanj za polstrukturirani intervju in jih hkrati natančneje definirajo (glej Prilogi A.1 in A.13).

O tem, **kako delujejo NVO s težavami v DZ** na primeru oseb z depresijo v lokalni skupnosti si strokovnjaki niso enotni. Nekateri pripisujejo NVO bolj (valilnica dobrih programov), drugi pa manj pomembno vlogo (pomoč uporabniku pri ciljih, ki niso življenjsko pomembni). Menijo, da so omogočile udejanjanje oseb s težavami v DZ na podlagi programov in cele palete različnih aktivnosti ter da za delovanje potrebujejo finančno in moralno podporo lokalnih skupnosti, za kar obstaja zakonska podlaga (za delovanje in pri zaposlovanju – program javna dela). Navajajo, da morajo imeti NVO razvite aktivnosti za aktivno preživljanje prostega časa tudi v terminih, ko javne službe ne delujejo. Menijo, da obisk NVO zaradi težav v DZ ni tako stigmatizirajoč za osebe s težavami v DZ kot obisk psihiatra v zdravstvenem domu. Po njihovem mnenju bi dvig stopnje profesionalizacije NVO sicer lahko olajšal sodelovanje z ostalimi izvajalci v podporni mreži, vendar bi se potem tudi NVO birokratizirale in postale zelo podobne javnim organizacijam.

Glede **prisotnosti protokolov sodelovanja** med nevladnimi in vladnimi, drugimi zasebnimi organizacijami v okviru podporne mreže za osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti so si strokovnjaki dokaj enotni, da na tem področju še ni dovolj narejenega. Menijo, da je razvoj protokolov odvisen predvsem od stroke, čeprav se zavedajo pomena nacionalne usklajenosti. Predpostavljajo, da je delovanje NVO za osebe s težavami v DZ odvisno tudi od pripravljenosti na sodelovanje drugih organizacij in njihovih izvajalcev, kar vidijo kot enega izmed pogojev za zajem oseb s težavami v DZ v obravnavo. Ovire za sodelovanje vidijo v značilnostih izvajalcev, ki temeljijo na razviti poklicni identiteti, osebnostnih lastnostih deležnikov, v medsebojnem nezaupanju in nepoznavanju načina delovanja. Kot pogoje za sodelovanje so opredelili mormativno podporo, terminološko poenotenje ključnih pojmov, razvoj kompetenc za sodelovanje, itd. Pri razvoju sodelovanja v obravnavi oseb s težavami v DZ prepoznavajo vpliv lastne volje tako osebe, da pomoč zahteva, kot izvajalca, ki mu pomoč uredi s povezovanjem z različnimi izvajalci. Pomemben se jim zdi tetralog med politiko, uporabniki, svojci in strokovni delavci, ugotavljajo pa, da v realizaciji prihaja do odstopanj.

Pričakovane učinke delovanja NVO v okviru podporne mreže skupnostne skrbi na področju DZ strokovnjaki povezujejo predvsem s psihosocialno rehabilitacijo in krepitvijo moči oseb s težavami v DZ. Prednosti delovanja NVO s področja DZ vidijo v preventivnem

delovanju, posebnih metodah dela in programih zaposlitvene rehabilitacije. Ocenjujejo, da je prav delovno usposabljanje eden izmed učinkovitejših načinov, strategij za krepitev DZ. Prisotno je vedenje, da se vloge uporabnik, izvajalec, prostovoljec prekrivajo, kar se pogosteje dogaja prav v NVO. Pri usmerjanju oseb s težavami v DZ v programe NVO nimajo pomislekov, priporočajo pa predhodno informiranje o trenutni usmeritvi dela v NVO. Ugotavljajo, da prihaja do izpada ljudi z dvojnimi diagnozami iz sistema, ker NVO še niso specializirane za tovrstne kombinacije potreb. Priložnosti za izboljšanje vidijo v reviziji obstoječega načina merjenja doseganja pričakovanih učinkov delovanja NVO. Opozarjajo na možno nekritičnost uporabnikov pri vrednotenju. Omenjajo pa tudi nevarnost, da se uporabniki storitev pogosto preveč poistovetijo s svojo težavo v DZ ali vlogo uporabnika storitev. Menijo, da potrebujejo za preseganje pozicije žrtve konstanten človeški odnos, zavzetost, možnost izbire izvajalca, itd. Potrebo po izboljšanju vidijo tudi v procesih koordinacije in integracije na ravni lokalnih skupnosti, v delovnem času delovanja NVO na vse dni v tednu in v preseganju omejitev, ki izhajajo na eni strani iz financ in virov NVO, na drugi strani pa iz težav v DZ in virov osebe.

Pričakovani učinki celotne podpore (ne le NVO) osebam z težavami v DZ v lokalni skupnosti v očeh strokovnjakov še niso doseženi. Kaže se potreba po sistematičnem ugotavljanju njihovih potreb, po učenju soočanja s težavami in pomoči pri preseganju pozicije žrtve. Ocenjujejo, da je značilnost obstoječe podporne mreže neenakomerna obremenjenost, uravnavanje ravnovesja med bolnišničnimi in skupnostnimi službami ter različna stopnja razvitosti sistema in mreže glede na velikost kraja. Priložnosti za izboljšanje vidijo v izobraževanju v poklicih skrbi, raziskovanju, odzivnosti države in lokalnih skupnosti, namenskem zbiranju statističnih podatkov, v razširitvi programov s področja DZ v okolja, kjer jih še ni, v zaposlovanju strokovnih delavcev z delovnimi izkušnjami na področju DZ na ključnih delovnih mestih, formiranju skupine prostovoljcev, itd. Pričakujejo proaktivno delovanje vseh za večjo ozaveščenost ljudi o težavah v DZ, spremembe v samem postopku obravnave oseb s težavami v DZ, v načinu socialne podpore za boljšo aktivacijo oseb, jasen dogovor o izboru za financiranje dobro delujočih organizacij in kakovostnih programov za zagotavljanje trajnosti že preverjenih programov in vzpostavitev delovanja inovativnih programov.

3.2.3 Pregled informacij o značilnostih lokalnih skupnosti in delovanju organizacij v podporni mreži za DZ

Na podlagi pregleda pisnih virov in ugotovitev intervjuvanja strokovnjakov se je pokazala potreba, da se vzame pod drobnogled tudi značilnosti lokalne skupnosti v proučevanih regijah.

- *Metodološka pojasnila o zbiranju podatkov s pregledom informacij o značilnostih lokalnih skupnosti in delovanju organizacij v podporni mreži za DZ*

Najprej smo preverili, ali lahko uporabimo kakšnega od obstoječih kazalnikov značilnosti lokalnih skupnosti. Na Ministrstvu za finance (2015), na direktoratu za proračun, so v okviru sektorja za sistem financiranja lokalnih skupnosti v skladu z Zakonom o financiranju občin (2006) in Uredbo o metodologiji za določitev razvitosti občin (2014) določili koeficiente razvitosti občin. Za izračun so uporabili standardizirane vrednosti kazalnikov: osnova za dohodnino na prebivalca občine, število delovnih mest na število delovno aktivnega prebivalstva, bruto dodana vrednost gospodarskih družb na zaposlenega, indeks staranja prebivalstva občine, stopnja registrirane brezposelnosti na območju občine, stopnja delovne aktivnosti na območju občine, delež območij Natura 2000 v občini, delež prebivalcev, ki imajo priključek na javno kanalizacijo, poseljenost občine, kulturni spomeniki in enote javne kulturne infrastrukture na prebivalca in na km² – povprečje. Na podlagi tega koeficienta so se lokalne skupnosti proučevanih zdravstvenih regij razvrstile na lestvici od 0,52 do 1,52. Na spletni strani Javnega sklada Republike Slovenije za razvoj kadrov in štipendije (2015) v okviru javnega razpisa za sofinanciranje projektov *Po kreativni poti do praktičnega znanja* pa določajo mejnike za razvrstitev v manj (0,89), srednje (od 0,90–1,19) ali dobro razvite občine (od 1,2) glede na omenjene koeficiente razvitosti. Vseh 17 občin novomeške zdravstvene regije se je uvrstilo med srednje razvite občine, v ljubljanski zdravstveni regiji pa je od 39 lokalnih skupnosti 11 zelo dobro razvitih, 23 srednje razvitih in 5 (Kočevje, Kostel, Loški potok, Osilnica in Sodražica) manj razvitih. Na podlagi teh ugotovitev smo se odločili, da razvijemo lasten koeficient značilnosti lokalnih skupnosti, ki bo bolj prilagojen potrebam naše raziskave, kljub temu pa bomo bolj pozorni na značilnosti lokalnih skupnosti, ki sodijo med manj razvite.

Kazalnik značilnosti lokalnih skupnosti smo sestavili iz različnih kazalnikov glede na obravnavano tematiko in zastavljene hipoteze. Izbor statističnih kazalnikov značilnosti

lokalnih skupnosti je temeljil na kriteriju dostopnosti podatkov širši javnosti in relevantnosti na podlagi ugotovitev raziskav o pojavnosti in prepoznani vzročni povezanosti nekaterih izpostavljenih dejavnikov tveganja s pojavom težav v DZ. V raziskavi smo uporabili dostopne statistične podatke večinoma s spletne strani Statističnega urada Slovenije na nivoju posamezne občine (Statistični letopis 2013, podatkovni portal SI-STAT):

- (1) podatki, povezani s prostorskimi značilnostmi lokalne skupnosti (regija lokalne skupnosti, lega sedeža lokalne skupnosti, površina, število prebivalcev in gostota poseljenosti, število naselij, gostota javnega cestnega omrežja),
- (2) podatki, povezani z demografskimi značilnostmi prebivalstva (naravni prirast, povprečna starost prebivalstva, indeks staranja, selitveni prirast, prezgodnja umrljivost),
- (3) podatki, povezani z družino in izobraževanjem (sklenitve zakonskih zvez, razveze, delež enočlanskih gospodinjstev, delež družin brez otrok, povprečno število otrok, vključenost otrok v vrtce, število študentov, število diplomantov),
- (4) podatki, povezani s socioekonomskimi dejavniki tveganja s strani prebivalcev (povprečna mesečna bruto plača, število prejemnikov socialne pomoči, stopnja registrirane brezposelnosti, obsojene fizične osebe (mladoletne in odrasle) na 1000 prebivalcev, stopnja delovne aktivnosti, število in površina stanovanj v stanovanjskem skladu, opremljenost stanovanj z napeljavo, število in starost osebnih avtomobilov),
- (5) prisotnost izvajalcev pomoči (primarno zdravstveno varstvo, specialistična psihiatrična dejavnost, domsko varstvo za starejše, delovanje NVO v lokalni skupnosti).

Pri opredelitvi značilnosti lokalnih skupnosti smo želeli upoštevati tudi statistične podatke s področja zdravja prebivalstva lokalnih skupnosti (razumljeno v najširšem kontekstu), vendar jih žal v tem delu ne moremo vključevati, saj so podatki na voljo za posamezne statistične regije in ne na ravni lokalnih skupnosti. Podatki o obstoju organizacij/programov, ki delujejo v podporni mreži za DZ, temeljijo na ugotavljanju ozemeljske prisotnosti – lociranosti zdravstvenega doma/postaje (primarno zdravstveno varstvo), specialistične psihiatrične ambulante (javna, s koncesijo, zasebna), institucionalne namestitve za starejše in programov NVO za področje DZ v posamezni zdravstveni regiji. Pridobili smo jih prek informacij, objavljenih na spletnih straneh posameznih organizacij, obstoječih baz podatkov (Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, lokalnih skupnosti, itd.). Pri tem nismo preverjali

razpoložljivosti⁶⁰ vseh tipov služb, temveč zgolj prisotnost nekaterih organizacij. Nadalje predstavljamo rezultate pregleda informacij o značilnostih lokalnih skupnosti in delovanju organizacij v podporni mreži za DZ. Testi značilnosti so bolj informativne narave, saj ne gre za verjetnostno vzorčenje.

- *Rezultati pregleda informacij o značilnostih lokalnih skupnosti in delovanju organizacij v podporni mreži za DZ*

V Tabelah 3.6, 3.7 in 3.8 predstavljamo statistične podatke glede na izbrane kazalnike značilnosti lokalnih skupnosti ločeno glede na zdravstveno regijo Ljubljana (LJ) in Novo mesto (NM). Velikost vzorca je 56 lokalnih skupnosti, od tega jih je 39 iz ljubljanske in 17 iz novomeške zdravstvene regije. V Tabeli 3.6 navajamo število (n) in odstotni delež (%) lokalnih skupnosti glede na njihovo oddaljenost od mestnega središča. Ostali podatki, povezani z značilnostmi lokalne skupnosti, so predstavljeni v Tabeli 3.7 z minimalno (od), maksimalno (do) in povprečno vrednostjo (\bar{X}) ter standardnim odklonom (s) posameznega kazalnika, izmerjenega v lokalnih skupnostih posamezne zdravstvene regije (Tabela 3.7). V Tabeli 3.8 pa predstavljamo prisotnost izvajalcev pomoči (1) v lokalnih skupnostih posameznih zdravstvenih regij po skupinah glede na oddaljenost od mestne občine.

Tabela 3.6: Oddaljenost lokalnih skupnosti od mestnega središča

Kazalnik		Oddaljenost od mestnega središča	LJ		NM	
			n	%	n	%
1.	lega sedeža lokalne skupnosti ⁶¹	mestna občina ⁶²	1	2,6	1	5,9
		oddaljenost od mestne občine do 10 km	2	5,1	2	11,8
		od 11–20 km	14	35,9	4	29,4
		od 21–30 km	8	20,5	8	35,3
		nad 30 km	14	35,9	3	17,6

⁶⁰ Število razpoložljivosti različnih tipov služb, ki opravljajo svoje dejavnosti, so v posameznih statističnih regijah preverjale Šprah, Novak in Drnovšek (2011). Uporabile so metodologijo ESMS – European Service Mapping Schedule; Evropski obrazec za mapiranje služb. Tukaj je govora o razpoložljivosti (*availability*) – to pomeni dostopnost, ki jo imajo prebivalci/uporabniki do določenega tipa storitev iz nekega geografskega ali administrativnega okolja (stat. regije v tem primeru). To ne pomeni zgolj št. služb, ki so locirane v dotični regiji, temveč tudi službe s sedežem izven posamezne regije, ki pa sprejemajo uporabnike tudi iz drugih regij (največkrat sosednjih). Sami smo se osredotočili zgolj na ugotavljanje prisotnosti nekaterih služb in na izvajanje aktivnosti, ki temeljijo na terenskem delu. Pri tem smo identificirane organizacije vključili v pridobivanju ocene stanja s perspektive izvajalcev.

⁶¹ Pri določanju razdalje smo uporabili spletno stran google zemljevidi/pot.

⁶² V Sloveniji sicer obstaja poseben status mestnih občin, ki ga ima 11 od 211 slovenskih lokanih skupnosti (Rožen in Haček 2014, 87).

Tabela 3.7: Podatki povezani z značilnostmi lokalne skupnosti

	Kazalnik	Pojasnilo	LJ			NM		
			od-do	\bar{x}	s	od-do	\bar{x}	s
1.	površina lokalne skupnosti	km ²	8,60–555,40	122	107	28,50–339,70	119	92
	število prebivalcev	v lokalni skupnosti v letu 2013	396–282994	16163	44444	2500–36395	8249	9491
	gostota naseljenosti	število prebivalcev na km ² v letu 2013	8,30–1018	144,42	185,29	26–154	68,27	35,99
	število naselij	v lokalni skupnosti	1–137	39,15	31,23	11–158	57,24	43,3
	gostota cestnega javnega omrežja	povprečno število km cest na km ² v lokalni skupnosti	0,60–4,2	2,04	0,88	1–3,50	1,97	0,74
2.	naravni prirast	razlika med številom živorojenih in številom umrlih na 1000 prebivalcev v letu 2012	-7,80–11	2,83	4,58	-4,30–7,70	2,25	3,0
	starost prebivalstva	v letih, povprečna starost prebivalstva v letu 2012	37,2–49	40,03	5,25	38,1–42,1	40,53	1,08
	indeks staranja	v letih, razmerje med številom najmlajših prebivalcev (0–14 let) in prebivalcev, starih 65 let in več, v letu 2012	62–272	110	44,68	69–114	98,93	12,66
	selitveni prirast	skupni selitveni prirast na 1000 prebivalcev v letu 2012	-18,50–36,20	6,3	10,84	-11,70–9,70	1,04	6,46
	prezgodnja umrljivost	% umrlih v letih pred 65 letom življenja glede na vse umrle v letu 2013	7,7–42,90	21,54	8,26	15,80–30,4	21,57	4,49
3.	sklenitve zakonskih zvez	število sklenjenih zakonskih zvez v lokalni skupnosti na 1000 prebivalcev v letu 2013	1,8–10,40	3,87	1,47	2,1–19,70	4,47	3,9
	razveze	število razvez v lokalni skupnosti na 1000 prebivalcev v letu 2013	0,3–2,6	1,17	0,51	0,3–3,7	1,42	0,95
	enočlanska gospodinjstva	število enočlanskih gospodinjstev na 1000 prebivalcev v letu 2011	20,27–51,97	28,85	5,82	22,84–33,41	27,3	7,93
	delež družin brez otrok	% družin brez otrok med vsemi družinami v letu 2011	17,8–34,30	23,04	3,74	18,36–26,40	20,91	6,11
	povprečno število otrok	povprečno število otrok v družinah v lokalni skupnosti v letu 2011	0,94–1,85	1,31	1,18	1,23–1,81	1,5	0,66
	vklučenost otrok v vrtece	% otrok, vključenih v vrtece, v letu 2012	61–88	74,69	12,66	60–86	74,19	7,44
	število študentov	število študentov na 1000 prebivalcev lokalne skupnosti v letu 2012	25–63	50,33	7,69	48–64	55,63	5,07
	število diplomantov	število diplomantov na 1000 prebivalcev lokalne skupnosti v letu 2012	2–54	10,59	7,4	6–15	9,4	5,07
4.	povprečna mesečna bruto plača	povprečna mesečna plača zaposlenih prebivalcev (pri pravnih osebah) lokalne skupnosti v letu 2012	917–1779,22	1359,5	162,17	1030,4	1337,6	154,99
	stopnja delovne aktivnosti	% zaposlenih ali samozaposlenih oseb v letu 2012	48,70–67,20	61,27	4,3	49,30–66,40	60,67	4,01
	stopnja registrirane brezposelnosti	% registriranih brezposelnih oseb med delovno aktivnim prebivalstvom v letu 2012	0,30–19,20	8,92	3,2	6,60–15,30	10,92	2,6
	prejemniki socialne pomoči	število prejemnikov vsaj ene socialne pomoči na 1000 prebivalcev v letu 2013	7–88	26	16,89	18–55	31,5	10,15
	število obsojenih oseb	število obsojenih mladoletnih in polnoletnih na 1000 prebivalcev v letu 2013	0,70–12	3,75	2,3	1,30–19,90	7,03	5,04
	stanovanja v stanovanjskem skladu	število stanovanj v stanovanjskem skladu na 1000 prebivalcev v letu 2012	323–968	404,03	109,02	361–494	421,63	19,12
	površina stanovanj	površina stanovanj v m ² v stanovanjskem skladu v letu 2012	64–106	87,18	16,39	76–89	77,35	20,48
	opremljenost stanovanj z napeljavo	% opremljenih stanovanj s centralnim ogrevanjem v stanovanjskem skladu v letu 2012	31,06–94,54	76,5	13,86	56,6–82	67,3	6,72
	število osebnih avtomobilov	število osebnih avtomobilov na 100 prebivalcev v letu 2012	43–70	52,49	4,48	43–55	51,56	3,29
	starost osebnih avtomobilov	povprečna starost avtomobilov prebivalcev v letu 2012	6,10–10	8,37	0,63	7,50–9,70	8,78	0,75

Tabela 3.8: Prisotnost izvajalcev pomoči v lokalnih skupnostih

Regija	Lokacija	Lokalna skupnost	Primarno zdrav. v.			Psihiatrična ambulanta			DSO			NVO s področja DZ	SS	
			ZD	ZP	K	J	K	Z	J	K	Z			
Zdravstvena regija Ljubljana	Mestna občina	Ljubljana	1		1	1	1	1	1	1		1	128	
	Oddaljena od mestne občine do 10 km	Skofljica		1									3	
		Trzin		1									1	
	Oddaljena od mestne občine od 11 do 20 km	Brezovica		1		1				1			3	
		Polhov Gradec											/	
		Dol pri Ljubljani			1							1	2	
		Domžale	1						1				19	
		Horjul			1				1				2	
		Ig			1								5	
		Log Dragomer											/	
		Logatec	1			1			1				4	
		Loška dolina		1									1	
		Loški potok		1					1				2	
		Medvode	1						1			1	4	
		Mengeš		1					1				5	
		Vrhnika	1				1		1				8	
		Vodice			1								3	
		Oddaljena od mestne občine od 21 do 30 km	Borovnica			1		1						2
	Grosuplje		1						1				4	
	Ivančna Gorica								1				3	
	Kamnik		1			1			1				11	
	Komenda			1							1		2	
	Lukovica			1									1	
	Moravče			1						1	1		3	
	Velike Lašče			1					1				2	
	Oddaljena od mestne občine nad 30 km	Cerkno		1					1				2	
		Cerknica	1						1				4	
		Kostel		1									1	
		Bloke		1									1	
		Doberpolje											/	
		Hrastnik	1						1				4	
		Idrija	1			1			1				15	
		Litija	1										7	
		Ribnica	1						1	1			3	
		Kočevje	1						1			1	4	
		Sodražica		1									1	
		Smartno pri Litiji		1					1				2	
		Trbovlje	1			1			1			1	4	
	Osilnica		1									2		
	Zdravstvena regija Novo mesto	Mestna občina	Novo mesto	1			1	1		1			1	33
		Oddaljena od mestne občine do 10 km	Straža			1								2
Mirna Peč					1								2	
Oddaljena od mestne občine od 11 do 20 km		Škocjan			1								2	
		Dolenjske Toplice			1								3	
		Šmarješke Toplice		1					1	1			3	
		Šentjernej		1									1	
Oddaljena od mestne občine od 21 do 30 km		Kostanjevica na Krki		1									1	
		Trebnje	1			1			1			1	10	
		Metlika	1						1			1	5	
		Zužemberk		1	1								2	
		Semič		1									1	
		Mokronog		1									4	
		Trebelno												
		Mirna		1									2	
Oddaljena od mestne občine nad 30 km		Črnomelj	1						1			1	9	
		Krško	1			1			1			1	5	
	Šentrupert											/		

Podatki kažejo na to, da je 17 lokalnih skupnosti oddaljenih od mestne občine v regiji tudi več kot 30 km. Nakazujejo na velike razlike v značilnostih proučevanih lokalnih skupnosti znotraj posameznih regij, pa tudi med regijami. Statistično značilne razlike v povprečnih vrednostih med skupinama lokalnih skupnosti glede na regijo so prisotne pri treh kazalnikih. V ljubljanski zdravstveni regiji je statistično značilna višja povprečna gostota naseljenosti ($t = 2,46$, $p = 0,08$) in pogostejša opremljenost stanovanj v stanovanjskem skladu s centralnim ogrevanjem ($t = 3,34$, $p < 0,01$) kot v novomeški zdravstveni regiji, kjer imajo tudi statistično značilno višjo starost avtomobilov ($t = 2,27$, $p = 0,046$).

V Tabeli 3.7 smo preverjali prisotnost zdravstvenega doma (ZD), zdravstvene postaje (ZP) ali zasebne splošne ambulante s koncesijo (AK), specialistične psihiatrične ambulante (J – javna, K – zasebna s koncesijo, Z – zasebna), socialnovarstvenega zavoda za starejše (DSO, J – javni, K – zasebni s koncesijo, Z – zasebni), NVO s področja DZ, ter predstavili skupno število identificiranih organizacij, ki predvidoma delujejo v podporni mreži za osebe s težavami v DZ na primeru depresije (SŠ). Pregled je obsegal 2 mestni občini, 4 občine oddaljene od središča do 10 km, 17 jih je oddaljenih od 11 do 20 km, 13 od 21 do 30 km in 14 jih je oddaljenih od mestne občine več kot 30 km. Podatki o prisotnosti izvajalcev pomoči v posamezni lokalni skupnosti kažejo na razlike med njimi, ki pa niso statistično značilne. Zagotovo je največ izvajalcev v mestnih občinah Ljubljana in Novo mesto. Potem sledijo večje občine, v najslabšem položaju pa so, kot kažejo podatki, manjše občine. V štirih (3 iz ljubljanske in 1 iz novomeške zdravstvene regije) nismo zajeli organizacij, ki bi delovale v podporni mreži za osebe s težavami v DZ.

Nadalje v Tabeli 3.9 podrobneje predstavljamo delovanje NVO s področja DZ v proučevanih lokalnih skupnostih. Podatki nakazujejo, da na območju obravnavanih regij delujejo NVO s področja DZ. Za osebe s težavami v DZ na primeru depresije pa je specializirana samo ena NVO, ki deluje predvsem v ljubljanski zdravstveni regiji. Sicer je v ljubljanski zdravstveni regiji teh pričakovano več, kar pomeni večjo možnost izbire za osebe s težavami v DZ. Preverili smo še poslanstvo in cilje delovanja identificiranih NVO s področja DZ ter pokritost posameznih starostnih skupin prebivalstva (glej Priloga B). NVO s področja DZ v obravnavanih regijah imajo svoje poslanstvo in vizijo delovanja javno objavljeno. V večini so namenjene odrasli populaciji ter, kar potrjuje predhodne ugotovitve, niso specializirane samo za osebe z depresijo, temveč za vse osebe s težavami v DZ.

Tabela 3.9: Delovanje NVO s področja DZ v posameznih lokalnih skupnostih

Zdravstvena regija	NVO	Lokacija		Terensko delo
Ljubljanska zdravstvena regija	NVO, ki izvajajo dopolnilne programe DZ v skupnosti			
	ALTRA – Odbor za novice v duševnem zdravju	Ljubljana	Svetovalnica Stanovanjska skupina Dnevni center	Ne
	NOVI PARADOKS – Slovensko društvo za kakovost življenja	Ljubljana	Stanovanjska skupina Dnevni center	Ne
		Dol pri Ljubljani	Stanovanjska skupina	Ne
		Medvode	Stanovanjska skupina	Ne
	DRUŠTVO OZARA SLOVENIJA – Nacionalno združenje za kakovost življenja	Ljubljana	Pisarna za informiranje in svetovanje	Da
	ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje	Ljubljana	Dnevni center	Ne
		Trbovlje	Dnevni center Socialna vključenost	Ne
		Kočevje	Dnevni center	Ne
	Ostale NVO, ki izvajajo programe pomoči in samopomoči za osebe s težavami v DZ			
	DAM – Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami	Ljubljana	Skupine za samopomoč za svoje Izobraževalna dejavnost	Ne
	Društvo Mostovi – za zdravje v duševnem zdravju	Ljubljana	Izobraževalna dejavnost	Ne
	Slovensko društvo za duševno zdravje otrok in mladostnikov	Ljubljana	Izobraževalne delavnice	Ne
	Društvo svetovalcev zaupni telefon Samarijan	Splošno	Zaupni telefon	
	Društvo za preventivno delo	Ljubljana	Izobraževalni programi za različne starostne in ranljive skupine	Da
	MUZA – Društvo za ustvarjanje in kvaliteto življenja	Ljubljana	Svetovalnica	
	Društvo za psihološko svetovanje Kameleon	Ljubljana	e-Svetovalnica	Ne
	Društvo ženska svetovalnica	Ljubljana	Krizni center	Ne
	SPOMINČICA – Slovensko združenje za pomoč pri demenci	Ljubljana	Svetovalni telefon	Ne
	Zdravstvena regija	NVO	Lokacija	
Novomeška zdravstvena regija	NVO, ki izvajajo dopolnilne programe DZ v skupnosti			
	DRUŠTVO OZARA SLOVENIJA – Nacionalno združenje za kakovost življenja	Novo mesto	Stanovanjska skupina Pisarna za informiranje in svetovanje	Da
		Črnomelj (gostovanje)	Pisarna za informiranje in svetovanje	Da
		Trebnje (gostovanje)	Pisarna za informiranje in svetovanje	Da
		Krško	Pisarna za informiranje in svetovanje	Da
	ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje	Novo mesto	Dnevni center Socialna vključenost	Ne
		Metlika	Dnevni center	Ne
	Ostale NVO, ki izvajajo programe pomoči in samopomoči za osebe s težavami v DZ			
Društvo svetovalcev zaupni telefon Samarijan	Splošno			
SPOMINČICA – Slovensko združenje za pomoč pri demenci	Metlika	Skupina za samopomoč	Ne	

- ***Povzetek ugotovitev o značilnostih lokalnih skupnosti in delovanju organizacij v podporni mreži za DZ***

Na podlagi zbranih podatkov ugotavljamo, da se lokalne skupnosti obeh zdravstvenih regij med sabo razlikujejo. Njihovo empirično združevanje ne prinese jasne razporeditve v skupine, ki bi jih na podlagi razlik med skupinami lahko v nadaljevanju uporabili pri

pojasnjevanju ocene udeleženih subjektov. Pri izboru statističnih kazalnikov smo skušali zajeti različna področja, žal pa ne moremo ugotavljati korelacije s podatki o zdravstvenem stanju, ker ti niso javno dostopni na ravni posamezne lokalne skupnosti. Predstavljeni statistični podatki nakazujejo na neenakosti v vseh značilnostih lokalnih skupnosti, ki pa jih ne moremo statistično značilno pojasniti glede na lokacijo/oddaljenost od mestne občine. Pri preverjanju **delovanja NVO s področja DZ** ugotavljamo, da imajo prebivalci zdravstvene regije Novo mesto manj možnosti za vključevanje v različne programe NVO. Kljub lokalni umeščenosti pa NVO s področja DZ delujejo tudi nacionalno; v spletnem okolju ali telefonsko. Eksplicitno za osebe s težavami v DZ za primer depresije pa deluje samo ena NVO v zdravstveni regiji Ljubljana, ki tako kot nekatere druge izvaja izobraževanja, srečanja, skupine za samopomoč tudi v drugih regijah. Ali obstajajo **protokoli sodelovanja** s preštevanjem izvajalcev ni mogoče ugotoviti, zaradi koncentracije NVO na mestna središča pa posredno sklepamo, da posledično, če vzamemo kot osnovo kazalnik dostopnost do storitev NVO, **pričakovani učinki delovanja NVO** niso doseženi. Enako velja tudi za **doseženost pričakovanih učinkov celotne podpore (ne le NVO)** osebam s težavami v DZ. Dopuščamo možnost, da pri ugotavljanju prisotnosti in štetju nismo zajeli vseh potrebnih izvajalcev, oziroma smo v podporno mrežo za osebe s težavami v DZ na primeru depresije uvrstili kakšno preveč. Kljub temu, da je zelo težko ali praktično nemogoče razmejiti podporno mrežo za osebe s težavami v DZ od ostalih omrežij, smo pripravili številčni prikaz možnosti do nekaterih pomoči pri prebivalcih posameznih lokalnih skupnosti. Je pa ta izrazito centrirana na mestne občine. Pa tudi dopolnjevanje delovanja javnih organizacij z zasebniki, kot kažejo zbrani podatki, še ni povsod v celoti realizirano. Pri preverjanju možnosti terenskega dela na domu oseb s težavami v DZ ugotavljamo, da se v vseh lokalnih skupnostih izvajajo aktivnosti terenskega dela tako pri izvajalcih zdravstvenega kot socialnega varstva. V nadaljevanju pa ugotavljamo, koliko na obstoječe stanje vplivajo in kako ga ocenjujejo uslužbenci občin kot upravni subjekti lokalnih skupnosti.

3.2.4 Ocena stanja s perspektive uslužbencev občin

Uslužbenci občin, ki delujejo na oddelkih za družbene dejavnosti za področje (duševnega) zdravja, uvrščamo med akterje lokalne podporne mreže skrbi za DZ prebivalcev in za osebe s težavami v DZ. Med drugim nas je zanimalo, kako ti vidijo delovanje NVO s področja DZ v lokalnih skupnostih.

- *Metodološka pojasnila o oceni stanja s perspektive uslužbencev občin*

V prvi izvedbeni fazi smo podatke zbrali kvantitativno. Izvedli smo anketiranje uslužbencev občin zdravstvenih regij Ljubljana in Novo mesto. V vzorec smo vključili uslužbenca iz vsake občine, ki je zadolžen za področje DZ. Instrument za zbiranje kvantitativnih podatkov je bil pripravljen v obliki spletne ankete s pomočjo spletnega orodja 1KA (Priloga C). Za preverjanje njegove ustreznosti smo uporabili metodo kognitivnega intervjuja (Mohorko in Hlebec 2013).

Vključeval je 3 temeljne sklope:

- (1) sklop o osnovnih demografskih podatkih, opredelitvi kontaktne osebe v občinski upravi za področje DZ prebivalcev, oceni trenutnega stanja v lokalni skupnosti glede na izbrane dejavnike po ordinalni lestvici stopnje strinjanja (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – povsem se strinjam) in posedovanju različnih statističnih podatkov ter opredelitvi prioritarnih področij v lokalni skupnosti,
- (2) sklop ocene trenutnega stanja na področju skrbi za DZ in potrebi po delovanju NVO ter
- (3) sklop odprtih vprašanj o aktivnostih na področju DZ kot primerih dobre prakse in viziji razvoja skupnostne skrbi za DZ prebivalcev kot lokalne zadeve javnega pomena.

Podatke smo analizirali s programom SPSS 20.0. Pri analizi smo uporabili osnovno opisno statistiko (aritmetična sredina, standardni odklon). Rezultati so predstavljeni opisno in v tabelah. Testi značilnosti so bolj informativne narave, saj ne gre za verjetnostno vzorčenje.

V vzorec so bili namensko vključeni uslužbenci občine, ki imajo praviloma v okviru svojih delovnih nalog tudi skrb za področje (duševnega) zdravja oziroma po ključu eden iz vsake lokalne skupnosti iz novomeške ($n = 17$) in ljubljanske zdravstvene regije ($n = 39$), skupno ($n = 56$). Stopnja odzivnosti je bila 94,6 %.

- *Rezultati o oceni stanja s perspektive uslužbencev občin*

Značilnosti lokalne skupnosti s perspektive uslužbencev občin

V zdravstveni regiji Novo mesto so v treh lokalnih skupnostih anketirani uslužbenci občine zadolženi samo za področje DZ, v petih še za druge sorodne lokalne zadeve javnega pomena, v devetih pa pokrivajo zelo različne zadeve javnega pomena. V zdravstveni regiji

Ljubljana 5 predstavnikov upravnih subjektov deluje v okviru oddelka za zdravje in socialno varstvo, v 4 imajo določeno osebo, vendar ta pokriva več različnih področij javnega pomena, v 27 pa nimajo določene osebe za področje DZ. Od ostalih podatka nismo pridobili.

Ocena značilnosti lokalne skupnosti na podlagi petstopenjske ordinalne lestvice (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – povsem se strinjam) je z vidika uslužbencev občine (NM: n = 17, LJ: n = 39, skupaj: n = 53) po opredeljenih kazalnikih podana v obliki povprečne vrednosti (\bar{x}) in standardnega odklona (s) v Tabeli 3.10. Podatki so predstavljeni ločeno glede na regijo lokalne skupnosti. Zanesljivost instrumenta je visoka (Cronbachov koeficient $\alpha = 0,978$).

Tabela 3.10: Ocena značilnosti lokalnih skupnosti zdravstvenih regij Novo mesto (NM) in Ljubljana (LJ)

Trditve ⁶³	NM		LJ	
	\bar{x}	s	\bar{x}	s
dobro življenjsko okolje	4,18	1,91	3,94	2,03
dobra prometna infrastruktura	3,47	1,88	3,36	1,97
dobre stanovanjske razmere	3,82	1,85	3,5	1,87
veliko turističnih znamenitosti	3,82	1,85	3,17	1,93
visoka stopnja urbanizacije	2,18	1,56	1,92	1,57
visoka povprečna starost	3,12	2,06	2,89	2,17
visoka povprečna stopnja izobrazbe	3,12	2,09	2,75	2,13
brezposelnost pod slovenskim povprečjem	2,88	2,09	2,83	2,13
bruto družbeni produkt nad slovenskim povprečjem	2,47	2,38	2,78	2,33
redka pojavnost nasilja in prestopništva	3,12	1,83	2,58	2,01
visoka stopnja solidarnosti med prebivalci	3,29	1,83	3,03	2,3
nizka potreba po socialni pomoči.	2,12	1,54	2,08	1,87
veliko kulturnih dogajanj.	3,53	1,84	3,47	2,24
športne NVO so aktivne	3,88	1,83	3,64	2,29
kulturne NVO so aktivne	3,59	1,84	3,39	2,22
dobra mreža zdravstvenih storitev	3,24	1,82	2,78	2,09
dobra mreža socialnih storitev	3,24	1,82	2,78	2,06
delovanje NVO v splošno dobro	3,06	1,75	2,75	2,14
zdravstveno stanje prebivalcev dobro	3,65	2,21	3,22	2,58
duševno zdravje prebivalcev dobro	4,00	2,32	3,44	2,6
nizka pojavnost depresije med prebivalci	3,88	2,37	3,64	2,7

V obeh zdravstvenih regijah ocenjujejo življenjsko okolje kot dobro (NM: $\bar{x} = 4,18$ in LJ: $\bar{x} = 3,94$). V povprečju menijo, da je DZ prebivalcev v lokalnih skupnostih novomeške zdravstvene regije dobro ($\bar{x} = 4,00$), da je nizka pojavnost težav v DZ na primeru depresije med prebivalci ($\bar{x} = 3,88$) in da je delovanje NVO na področju športa dobro ($\bar{x} = 3,88$). V obeh regijah v povprečju ocenjujejo, da je med prebivalci prisotna nizka potreba po socialni

⁶³ Opis posameznih področij je podan v anketnem vprašalniku (glej Priloga C).

pomoči (NM: $\bar{x} = 2,12$ in LJ: $\bar{x} = 2,08$) in da so lokalne skupnosti urbanizirane (NM: $\bar{x} = 2,18$ in LJ: $\bar{x} = 1,92$). Sicer so v novomeški zdravstveni regiji nekoliko višje povprečne vrednosti pri večini postavljenih kriterijev.

Nadalje je v Tabeli 3.11 predstavljeno, ali imajo uslužbenci občine statistične podatke o značilnostih prebivalstva na ravni lokalne skupnosti. Rezultati so podani v odstotnem deležu (%) respondentov, ki so izbrali posamezno možnost, ločeno po regiji, iz katere izhajajo.

Tabela 3.11: Posedovanje statističnih podatkov o prebivalcih občine

Področje ⁶⁴	NM				LJ			
	da	ne	delno	ne vem	da	ne	delno	ne vem
o socialnem stanju prebivalcev	13,3	20	60	6,7	12,5	37,5	46,9	3,1
o nasilju in prestopništvu v lokalni skupnosti	13,3	66,7	20	0	9,4	56,3	28,1	6,3
o socialnih razlikah med prebivalci	13,3	73,3	13,3	0	3,1	62,5	28,1	6,3
o medsebojni solidarnosti prebivalcev	20	46,7	33,3	0	15,6	40,6	40,6	6,3
o stopnji socialne integracije preb.	26,6	33,3	40	0	18,8	31,3	43,8	6,3
o zdravstvenem stanju prebivalcev	0	60	40	0	6,3	56,2	28,1	9,4
o duševnem zdravju prebivalcev	0	86,7	13,3	0	3,1	71,9	15,6	9,4
o potrebah prebivalcev za vzdrževanje in izboljševanje duševnega zdravja	0	71,4	28,6	0	3,1	75	12,5	9,4
o pojavnosti depresije med ljudmi	0	92,9	7,1	0	6,3	78,1	3,1	15,6
o potrebah oseb z depresijo	0	85,7	14,3	0	3,1	68,8	12,5	12,5
o številu samomorov v lokalni skup.	13,3	54,3	25,7	6,7	6,3	65,6	18,7	9,4

Uslužbenci občin iz lokalnih skupnosti obeh regij navajajo, da imajo delno na voljo podatke o socialnem stanju prebivalcev (stopnja registrirane brezposelnosti, število prejemnikov socialne pomoči, prisotnost podstandardnih stanovanjskih razmer itd.), o zdravstvenem stanju prebivalcev, številu samomorov v občini ter o medsebojni solidarnosti prebivalcev (prostovoljska aktivnost prebivalcev, udeležba prebivalcev v solidarnostnih akcijah). Nimajo podatkov o stopnji socialne integracije prebivalcev (vključevanje v dejavnosti, povezanost v društva), o socialnih razlikah med prebivalci (ranljive skupine), o nasilju in prestopništvu ter s področja DZ in pojavnosti depresije med prebivalci (prevalenca bolezni, število obravnav na ravni primarnega zdravstvenega varstva itd.).

V Tabeli 3.12 so predstavljena prioriteta področja delovanja v lokalnih skupnostih, kot so jih v povprečju od najpomembnejšega (1) do najmanj pomembnega (10) razvrstili upravni subjekti posameznih lokalnih skupnosti obravnavanih zdravstvenih regij. V lokalnih skupnostih je najpomembnejše področje sanacija različne infrastrukture, sledijo spodbujanje gospodarstva, ohranjanje zdravega življenjskega okolja in reševanje socialne problematike. Najnižje izmed desetih navedenih področij sta se uvrstila spodbujanje sodelovanja in razvoj

⁶⁴ Opis posameznih področij je podan v anketnem vprašalniku (glej Priloga C).

podporne mreže organizacij na področju DZ ter spodbujanje aktivnosti za zgodnje prepoznavanje težav v DZ na primeru depresije in preprečevanje njenih posledic pri prebivalcih.

Tabela 3.12: Prioritetna področja delovanja v lokalnih skupnostih zdravstvenih regij Novo mesto in Ljubljana

Področja delovanja	NM			LJ		
	Rang	\bar{x}	s	Rang	\bar{x}	s
Sanacija različne infrastrukture (električne, vodovodne, cestne).	1	1,41	3,26	1	1,22	3,22
Spodbujanje gospodarstva.	2-3	2,12	2,76	2	2,17	3,02
Ohranjanje zdravega življenjskega okolja.	2-3	2,12	3,39	4	2,56	3,57
Reševanje socialne problematike v lokalni skupnosti.	4	2,94	3,4	3	2,39	3,17
Pospeševanje razvoja NVO.	5	3,88	4,06	6	3,61	4,29
Aktivnosti v smeri zmanjševanja neenakosti v zdravju s posebno skrbjo za ranljive družbene skupine.	6	3,94	3,89	5	3,53	3,89
Spodbujanje medsebojne solidarnosti.	7	4,47	4,22	7	3,69	3,99
Delo z mediji.	8	4,71	4,88	8	4,44	4,61
Spodbujanje sodelovanja in razvoja podporne mreže organizacij na področju DZ.	9	5,24	4,78	9	4,67	4,81
Spodbujanje aktivnosti za zgodnje prepoznavanje simptomov depresije in preprečevanje njenih posledic pri prebivalcih.	10	5,88	5,44	10	4,94	5,33

Legenda: sum – seštevek doseženih točk, \bar{x} – povprečna dosežena vrednost, s – standardni odklon.

Med regijama pri razvrstitvi področij ni bilo bistvenih razlik, ta se je pokazala le pri razvrstitvi področij od 2.– 6. mesta. Praviloma so bile povprečne vrednosti pri oceni rangov v ljubljanski zdravstveni regiji nekoliko nižje. Dodatnih prioriternih področij uslužbenci občine niso navedli.

Oceni trenutnega stanja na področju skrbi za DZ in potrebi po delovanju NVO v lokalnih skupnostih z vidika uslužbencev občin

Najprej predstavljamo rezultate o oceni sedanjega stanja skrbi za področje DZ v lokalnih skupnostih. V Tabeli 3.13 so predstavljene povprečne vrednosti (\bar{x}) in standardni odklon (s) izražene stopnje strinjanja z navedenimi trditvami (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – povsem se strinjam) glede na regijo lokalne skupnosti. Zanesljivost sklopa instrumenta je visoka ($\alpha = 0,91$). Uslužbenci občine niso zadovoljni s stanjem skrbi za DZ v lokalnih skupnostih. Stopnjo sodelovanja med organizacijami socialnega in zdravstvenega varstva so višje ocenili v zdravstveni regiji Ljubljana kot Novo mesto, enako velja tudi za sodelovanje med izvajalci javnih in nevladnih ter drugih zasebnih organizacij. V ljubljanski zdravstveni regiji so tudi bolj kritični glede

števila izvajalcev, ki nudijo pomoč osebam s težavami v DZ v lokalni skupnosti kot v novomeški zdravstveni regiji. Statistično značilnih razlik (uporaba T-Testa) med regijama nismo dokazali.

Tabela 3.13: Ocena sedanjega stanja skrbi za DZ v lokalnih skupnostih zdravstvenih regij Novo mesto in Ljubljana

Trditve ⁶⁵	NM		LJ	
	\bar{x}	s	\bar{x}	s
številni programi promocije DZ	2,33	1,06	2,24	1,08
številni strokovnjaki s področja DZ	2,5	1,18	2,0	1,10
delovanje lokalne akcijske skupine za področje DZ	2,0	1,66	2,17	1,78
število izvajalcev na področju DZ je pričakovano glede na oddaljenost lokalne skupnosti od mestnega središča	3,42	1,94	3,41	1,86
programi organizacij s področja DZ so pričakovani glede na oddaljenost od mestnega središča	3,08	1,94	3,41	1,45
številne storitve za osebe z depresijo	2,6	0,94	2,24	1,94
prizadevanja za sistematično prepoznavanje potreb oseb z depresijo	2,09	1,18	2,41	1,48
finančna podpora preprečevanju depresije	3	1,71	2,39	1,83
finančna podpora preprečevanju samomora	2,00	1,53	2,35	1,69
protokoli sodelovanja med vladnimi in nevladnimi organizacijami na področju DZ so jasno definirani	3,25	1,82	2,47	1,58
povečanje števila izvajalcev v podporni mreži je vplivalo na povečano sodelovanje med njimi	2,5	2,12	2,6	2,08
sodelovanje med izvajalci javnih in nevladnih zasebnih organizacij je dobro	2,67	1,53	3,05	1,43
sodelovanje med organizacijami socialnega in zdravstvenega varstva je dobro	3,09	1,94	3,77	1,68

Nadalje v Tabeli 3.14 predstavljamo, kolikšen je odstotni delež respondentov (%) pri opredelitvi obstoja storitev terenskega dela organizacij in izvajalcev ter delovanja NVO v podporni mreži za DZ.

Tabela 3.14: Ocena prisotnosti terenskega dela in NVO z vidika uslužbencev občin (%)

Trditve	NM			LJ		
	da	ne	ne vem	da	ne	ne vem
izvajanje terenskega dela in nudenje pomoči na domu	38,5	15,4	46,1	10,7	35,7	53,6
delovanje NVO v lokalni skupnosti	53,3	33,3	0	32,1	46,4	21,4

Na vprašanje, ali organizacije in izvajalci v podporni mreži na področju DZ izvajajo terensko delo in nudijo pomoč prebivalcem na njihovem domu, je pritrdilo 10,7 % iz ljubljanske in 38,5 % iz novomeške zdravstvene regije. Kar 53,6 % iz ljubljanske in 46,1 % iz novomeške zdravstvene regije pa tega ne ve oziroma nima podatka o tem.⁶⁶ Da v njihovi

⁶⁵ Trditve iz anketnega vprašalnika so v tabeli smiselno skrajšane (glej Priloga C).

⁶⁶ Na vprašanje, katere organizacije so to, so navedli samo: center za socialno delo, prostovoljce Rdečega križa, Ozaro Slovenije, društvo Sožitje, projekt starejši za starejše, kar potrjuje, da ne poznajo dobro tega področja.

lokalni skupnosti delujejo NVO s področja DZ, je pritrdilno odgovorilo 32,1 % uslužbencev občin iz ljubljanske zdravstvene regije in 53,3 % iz novomeške zdravstvene regije. 16,7 % jih tega ne ve oziroma nima podatka. Pri preverjanju ujemanja z dejanskimi podatki nismo mogli uporabiti statističnega testa, temveč se pri pregledu kaže, da so bile navedbe v večini pravilne, nekateri pa so upoštevali pri opredelitvi prisotnosti tudi delovanje NVO v sosednji lokalni skupnosti.

V Tabeli 3.15 so predstavljene ocene delovanja NVO v lokalni skupnosti. Odgovori predstavnikov upravnih subjektov so predstavljeni v obliki glede na stopnjo strinjanja 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – povsem se strinjam) v povprečnih vrednostih (\bar{x}) in standardnem odklonu (s) ločeno glede na to, ali v lokalni skupnosti imajo ali nimajo NVO s področja DZ, in glede na regijo lokalne skupnosti.

Tabela 3.15: Delovanje NVO s področja DZ v lokalni skupnosti

Trditve ⁶⁷	NM				LJ			
	imajo NVO		nimajo NVO		nimajo NVO		imajo NVO	
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s
finančna podpora delovanju NVO s področja DZ	4,00	0,61	3,2	1,2	3,75	0,73	3,17	1,24
nudnje brezplačnega prostora za delovanje	3,43	1,14	2,6	1,11	3,14	1,24	3,17	1,18
potreba po NVO, ki bi bile specializirane za osebe z depresijo	3,83	0,84	3,6	1,06	3,5	0,94	2,53	1,11
pričakovana slabša dostopnost do NVO s področja DZ glede na oddaljenost lokalne skupnosti od mestnega središča	3,71	1,14	3,8	1,05	3,0	1,04	3,62	1,16
soočanje z zakonodajnimi omejitvami pri sodelovanju z NVO	2,71	1,11	2,8	1,1	2,86	1,17	2,83	1,15
soočanje s finančnimi omejitvami pri sodelovanju z NVO	3,14	1,05	4,0	0,74	3,38	1,25	3,83	1,01
prizadevanje za vzpostavljanje in vzdrževanje podporne mreže za DZ	3,71	1,3	2,6	1,73	3,86	1,6	3,89	0,84
sodelovanje pri razvijanju protokolov sodelovanja med sedanjimi izvajalci v podporni mreži za DZ	3,29	1,58	2,4	1,7	4,4	0,68	2,73	0,73
prizadevanje za podpis soglasja o medsebojnem sodelovanju z NVO s področja DZ	2,0	1,86	2,4	1,1	2,63	1,86	2,21	0,87
vodenje evidence NVO v lokalni skupnosti	4,0	0,67	3,6	0,74	3,5	1,0	3,66	1,1
kontinuirano medsebojno informiranje	3,14	0,88	3,75	0,73	2,86	0,88	3,00	0,78
odziv izvajalcev iz NVO na naše povabilo k sodelovanju	3,86	0,95	4,0	0,7	2,25	0,95	4,00	0,83
naš odziv na povabilo NVO s področja DZ k sodelovanju	3,86	1	4,0	0,7	2,75	1	3,73	0,78

⁶⁷ Trditve iz anketnega vprašalnika so v tabeli smiselno skrajšane (glej Priloga C).

V občinah novomeške zdravstvene regije, kjer imajo NVO, jih tudi finančno podpirajo, tiste, ki jih nimajo, finančno podpirajo delovanje NVO v sosednjih občinah v nekoliko manjšem obsegu, podobno je z nudenjem brezplačnega prostora za njihovo delovanje. Tiste, ki nimajo NVO, se srečujejo s finančnimi ovirami pri sodelovanju z njimi ($\bar{x} = 4,0$). Pretežno se strinjajo, da je dostopnost do NVO pričakovana glede na oddaljenost od mestnega središča. Ne čutijo potrebe po delovanju NVO, ki bi bile specializirane za osebe z depresijo. Tam, kjer imajo NVO, si bolj prizadevajo za vzpostavitev sodelovanja z njimi, kot v lokalnih skupnostih, kjer jih ni, vendar pa je stopnja prizadevanja za podpis soglasja o sodelovanju z NVO nizka (NM: $\bar{x} = 2,0$, LJ: $\bar{x} = 2,4$), vodijo pa praviloma evidenco o NVO v lokalnih skupnostih. Stopnja medsebojnega informiranja ni zadovoljiva (NM: $\bar{x} = 3,29$, LJ: $\bar{x} = 2,4$), ob proaktivnem delovanju s povabilom k sodelovanju pa je odziv tako NVO kot uslužbencev občine prisoten (NM: $\bar{x} = 3,68$, LJ: $\bar{x} = 4$).

Med regijama so očitne razlike pri nudenju podpore NVO s področja DZ, ki je v ljubljanski regiji po oceni uslužbencev občine nižja. V lokalnih skupnostih ljubljanske zdravstvene regije si tam, kjer imajo NVO s področja DZ, nekoliko bolj prizadevajo za vzpostavljanje podporne mreže ($\bar{x} = 4,4$), pripravo protokolov na področju DZ ($\bar{x} = 4,4$), kot v novomeški zdravstveni regiji, vendar pri prizadevanjih za podpis soglasja o sodelovanju ni razlik. Nadalje smo ugotavljali, kateri programi NVO s področja DZ v lokalni skupnosti že delujejo in ali bi jih morda potrebovali. V Tabeli 3.16 je predstavljena ocena stanja in potreb po programih NVO v lokalnih skupnostih z vidika predstavnikov upravnih subjektov v odstotnem deležu po posameznem odgovoru glede na zdravstveno regijo (%).

Tabela 3.16: Ocena stanja in potreb po programih NVO v lokalnih skupnostih z vidika uslužbencev občine (%)

Program	NM (%)				LJ (%)			
	A	B	C	D	A	B	C	D
dnevni center	5,9	23,5	47,6	/	7,7	15,4	25,6	5,4
informacijska pisarna	17,6	36,8	17,6	/	5,1	20,5	25,6	12,8
svetovalnica	23,5	35,3	17,6	/	5,1	23,1	25,6	7,7
stanovanjska skupina	11,8	17,6	35,3	11,8	7,7	7,7	35,9	15,4
skupina za samopomoč za osebe s težavo v DZ	11,8	36,8	5,9	17,6	7,7	25,6	17,9	15,4
skupina za samopomoč za svojece	11,8	35,3	23,5	5,9	/	25,6	20,5	17,9
programi destigmatizacije	5,9	23,5	35,3	11,8	2,6	15,4	25,6	20,5
programi pomoči na domu	76,5	/	/	/	51,3	2,6	/	10,3
programi promocije duševnega zdravja	17,6	35,3	17,6	5,9	12,8	25,6	10,3	15,4
programi zaposlitvene rehabilitacije in socialne vključenosti	5,9	36,8	11,8	17,6	2,6	28,2	10,3	25,6

Legenda: **A** – imamo, **B** – nimamo, vendar bi bil potreben, **C** – nimamo in ni potreben, **D** – ne vem

Ugotovitve kažejo, da se je veliko uslužbencev odločilo za odgovora B, da nimajo navedenih programov, in C, da aktivnosti nimajo in jih ne potrebujejo. Iz novomeške zdravstvene regije skoraj polovica predstavnikov upravnih subjektov meni, da v njihovi lokalni skupnosti program dnevni center ni nujen, tretjina jih enako meni glede potrebe po stanovanjski skupini ali programih destigmatizacije. Več jih je mnenja, da v lokalni skupnosti potrebujejo informacijsko pisarno, svetovalnico, skupini za samopomoč za osebe s težavo v DZ in svojce ter programe promocije DZ. Dve tretjini sta navedli, da imajo programe pomoči na domu, vendar gre pri tem verjetno za programe pomoči na domu za starejše, ki jih praviloma ne izvajajo NVO za DZ. Iz ljubljanske zdravstvene regije so ugotovitve podobne.

Aktivnosti, primeri dobre prakse in vizija razvoja skupnostne skrbi na področju DZ z vidika uslužbencev občin

Pri opisu lastnih aktivnosti – primerov dobre prakse so navedli projekt *Zdrave občine*, projekt *Živimo zdravo*, programe Ozare – Nacionalnega združenja za kakovost življenja, društva Sožitje, Društev invalidov in Društva izgnancev. Omenjajo tudi *preventivne delavnice za šolarje in vsakoletni medsektorski posvet z vsemi vključenimi organizacijami, ki delajo z ljudmi*. Izvajajo *pomoč družini na domu, vključujejo uporabnike storitev NVO v dejavnosti lokalne skupnosti, usmerjajo v trg dela in stanovanjske skupine*. V okviru aktivnosti za starejše pa omenjajo aktivnosti v okviru medgeneracijskih centrov in različne kulturne prireditve.

Na vprašanje, kateri bi lahko bili kazalniki učinkovitosti delovanja NVO s področja DZ, so bili s strani predstavnikov upravnih subjektov zdravstvene regije Novo mesto podani predlogi na področjih: (1) informiranost: *poznavanje organizacije s strani občanov*, (2) dostopnost: *dostopnost organizacij občanom, stopnja aktivnosti delovanja v lokalni skupnosti*, (3) kakovost življenja: *upad števila oseb s težavami v DZ, večja vključenost marginalnega prebivalstva v različne programe, večja samostojnost teh prebivalcev v vsakdanjem življenju, manj samomorov, manj socialnih stisk*. Upravni subjekti iz ljubljanske zdravstvene regije pa so kazalnike učinkovitosti delovanja videli nominalno: (1) *število vključenih v programe, zmanjšanje števila pacientov s težavami v DZ, manj samomorov in depresij, število zaposlitev, število stanovanjskih skupin, zmanjšanje števila izdanih receptov za bolezni, ki so prizadele DZ in z vidika (2) obstoja možnosti: obstoj skupin za samopomoč*.

Vizijo razvoja skupnostne skrbi za DZ prebivalcev kot lokalne zadeve javnega pomena vidijo v:

- (1) mreženju: za dobro sodelovanje med vladnim in nevladnim sektorjem, v kombiniranju programov vladnih in nevladnih organizacij, v povezovanju sistemov med državno in lokalno ravni, v povezovanju med zdravstvenim in socialnim varstvom, v vzpostavitvi sistema koordinacije med izvajalci;
- (2) preventivi in promociji zdravja: v skrbi za stalne preventivne programe, vizija je zagotavljati zdrave pogoje za življenje in omogočati prebivalcem pogoje za zdrav življenjski slog na vseh področjih življenja;
- (3) dostopnosti: za ustrezno mrežo programov pomoči osebam s težavami v DZ, ki mora biti čim bližje uporabnikom. Želijo si ustanovitve medgeneracijskega centra, veselijo se pričetka delovanja svetovalne pisarne, kar povezujejo z večjo dostopnostjo za ljudi s težavami v DZ, z več predavanj in delavnic na temo DZ.

- ***Povzetek ugotovitev anketiranja s strani upravnih subjektov***

Da bi osvetlili vlogo upravnih subjektov lokalnih skupnosti v podporni mreži za DZ, smo preverili njihovo poznavanje značilnosti skupnosti, prioritete usmeritve delovanja, oceno stanja s področja DZ in delovanja podporne mreže. Kaže se, da upravni subjekti lokalnih skupnosti, ne poznajo dobro **delovanja NVO**, čeprav so podporniki njihovega delovanja. Med regijama so očitne razlike pri nudenju podpore NVO s področja DZ, ki je v ljubljanski regiji po oceni uslužbencev občine nižja. O programih NVO niso najbolje informirani oziroma nekateri celo menijo, da jih ne potrebujejo. Sicer življenjsko okolje lokalnih skupnosti v obeh regijah ocenjujejo kot dobro. Glede **protokolov sodelovanja** so bolj strinjajo, da jih imajo v novomeški kot v ljubljanski zdravstveni regiji, čeprav so bili pri odgovarjanju oboji neodločni (izbirali so odgovor se niti strinjamo – niti ne strinjamo). V lokalnih skupnostih, kjer imajo NVO, si bolj prizadevajo za vzpostavitev sodelovanja z njimi, kot v lokalnih skupnostih, kjer jih ni, vendar pa je stopnja prizadevanja za podpis soglasja o sodelovanju z NVO nizka. Primeri dobre prakse, ki so jih navedli, nakazujejo na zavedanje o nujnosti povezovanja med izvajalci različnih vrst in sektorjev, ki delujejo na področju zdravja in zdravega življenjskega sloga. Stopnjo sodelovanja med organizacijami socialnega in zdravstvenega varstva so sicer višje ocenili v zdravstveni regiji Ljubljana kot Novo mesto, enako velja tudi za sodelovanje med izvajalci javnih in nevladnih ter drugih zasebnih organizacij. V lokalnih skupnostih ljubljanske zdravstvene regije si tam, kjer imajo NVO s področja DZ, nekoliko bolj prizadevajo za vzpostavljanje podporne mreže, pripravo protokolov na področju DZ, kot v

novomeški zdravstveni regiji. Sicer pa uslužbenci občin praviloma pokrivajo več področij javnega pomena.

Pri oceni **pričakovanih učinkov delovanja NVO** so opisali kot kazalnike preverjanja učinkovitosti delovanja NVO: poznavanje NVO s strani občanov, dostopnost organizacij občanom, stopnja aktivnosti delovanja NVO v lokalni skupnosti, število oseb s težavami v DZ v lokalni skupnosti, vključenost marginalnega prebivalstva v različne programe NVO, samostojnost v NVO vključenih prebivalcev v vsakdanjem življenju, število samomorov, število ljudi v socialni stiski, število vseh vključenih v programe NVO, število zaposlitev po rehabilitaciji v NVO, število stanovanjskih skupin, zmanjšanje števila izdanih receptov za težave v DZ in obstoj skupin za samopomoč v NVO. Več uslužbencev občine meni, da programi NVO niso potrebni oziroma da z njimi niso seznanjeni, kar še posebej velja npr. za programe zaposlitvene rehabilitacije, ki tečejo v NVO že leta. V lokalnih skupnostih novomeške zdravstvene regije, kjer imajo NVO, jih tudi finančno podpirajo, tiste, ki jih nimajo, finančno podpirajo delovanje NVO v sosednjih lokalnih skupnostih v nekoliko manjšem obsegu, podobno je z nudenjem brezplačnega prostora za njihovo delovanje. Tiste, ki nimajo NVO, se srečujejo s finančnimi ovirami pri sodelovanju z njimi. Dostopnost do NVO pričakovana glede na oddaljenost od mestnega središča. Ne čutijo potrebe po delovanju NVO, ki bi bile specializirane za osebe za primer depresije, vodijo pa praviloma evidenco o vseh NVO v lokalnih skupnostih. Stopnja medsebojnega informiranja med njimi in izvajalci ni zadovoljiva. Ob proaktivnem delovanju s povabilom k sodelovanju med uslužbenci občine in NVO pa je odziv tako iz NVO kot z občine prisoten.

Upravni subjekti težko objektivno ocenjujejo **pričakovane učinke celotne podpore** (ne le NVO) povezane s področjem DZ. Kaže se, da upravni subjekti lokalnih skupnosti, nimajo dobrega uvida v dogajanje na področju DZ v lokalni skupnosti, saj se ukvarjajo z za njih pomembnejšimi zadevami javnega pomena. Vizijo razvoja skupnostne skrbi za DZ prebivalcev vidijo v izboljšanju dostopnosti do služb, mreženju med organizacijami in izvajalci na vseh ravneh, vzpostavitvi sistema koordinacije med izvajalci, v boljši preventivi in promociji zdravja ter omogočanju pogojev za zdrav življenjski slog na vseh področjih življenja, ter v njihovem večjem sodelovanju v politiki. Upravni subjekti lokalnih skupnosti še ne delujejo v celoti kot partnerji podporne mreže za DZ. Njihovo poznavanje značilnosti lokalne skupnosti je sicer relativno dobro, vendar pri večini ne temelji na statističnih podatkih, saj teh nimajo, ali ti niso dostopni na ravni lokalnih skupnosti. Pri oceni stanja skrbi na področju DZ so se največkrat odločili za odgovor 'niti se ne strinjam niti se strinjam', oziroma so ocenili, da bi bilo potrebno izboljšanje tako pri številu kot vrsti programov ter

sodelovanju med izvajalci na področju DZ. Posebne programe za preprečevanje težav v DZ na primeru depresije in preprečevanja samomora financirajo samo v nekaterih lokalnih skupnostih. Nujno pa je proučiti, kaj o teh navedbah menijo izvajalci storitev v podporni mreži za DZ.

3.2.5 Ocena stanja in potreb oseb s težavami v DZ s perspektive izvajalcev

Za pridobitev celostnega pogleda na delovanje NVO v podporni mreži s področja DZ na ravni lokalne skupnosti smo v drugi izvedbeni fazi v raziskavo vključili izvajalce, ki delujejo v podporni mreži za osebe s težavami v DZ v ljubljanski in novomeški zdravstveni regiji.

- *Metodološka pojasnila k izvedbi anketiranja izvajalcev*

Ocena stanja in potreb s perspektive izvajalcev je potekala kvantitativno, z anketiranjem. Anketni vprašalnik je bil v primerjavi z anketnim vprašalnikom za uslužbence občine nekoliko nadgrajen tako, da je vključeval štiri sklope (Priloga Č):

- (1) sklop o osnovnih demografskih podatkih, oceni značilnosti v lokalni skupnosti glede na izbrane dejavnike in o posedovanju različnih statističnih podatkov,
- (2) sklop ocene trenutnega stanja na področju skrbi za DZ in potrebi po delovanju NVO,
- (3) sklop o vključevanju oseb s težavami v DZ v obravnavo,
- (4) sklop odprtih vprašanj o aktivnostih na področju DZ kot primerih dobre prakse in viziji razvoja skupnostne skrbi za DZ prebivalcev kot lokalne zadeve javnega pomena.

Osnova za vzorčni okvir je bil pripravljen seznam organizacij, ki delujejo v podporni mreži za DZ v ljubljanski in novomeški zdravstveni regiji (zdravstveni domovi, zdravstvene postaje, zasebne splošne ambulante s koncesijo, specialistične psihiatrične ambulante, centri za socialno delo, zavodi za zaposlovanje, NVO s področja DZ), ki smo ga sestavili namensko s pregledom različnih baz podatkov, pisnih virov in spletnih strani posameznih lokalnih skupnosti. V vzorec smo skušali zajeti 1–3 izvajalca iz vseh 352 identificiranih organizacij ali drugih oblik pravnih subjektov, ki delujejo v podporni mreži za DZ v obeh regijah. Vzorčenje je potekalo s kombinacijo ekspertnega vzorca in vzorca po načelu snežne kepe. Do izvajalcev smo dostopali: (1) telefonsko (naprosilo in pojasnilo) ter prek elektronskega sporočila s povezavo do spletne ankete ali (2) posredno, prek njihovih delodajalcev, ki so posredovali povezavo zaposlenim po svoji presoji. Stopnje odzivnosti tako ne moremo izračunati. Ne glede na predhodno željo po vključitvi 1–3 ključnih oseb iz vsake organizacije pa smo v

primeru večje odzivnosti posamezne organizacije vključili odgovore vseh, ki so izpolnili večino vprašanj. Skupno se je v to fazo raziskave vključilo 121 izvajalcev, vendar smo upoštevali odgovore samo 94 anketirancev, saj so ostali zaključili z izpolnjevanjem že v prvem sklopu ali pa delujejo v drugih regijah. Sicer je bilo 35,8 % anketirancev iz novomeške, 64,2 % pa iz ljubljanske zdravstvene regije.

Značilnosti vzorca 121 izvajalcev lahko opišemo na več načinov:

- V vzorec so bili vključeni neposredni izvajalci iz organizacij, kjer je skrb za DZ eno izmed področij njihovega delovanja (58,7 %), 27,5 % iz organizacij, ki so ustanovljene z namenom delovanja na področju DZ, 4,6 % jih intenzivno deluje predvsem na področju dela oseb s težavami v DZ na primeru depresije. 9,2 % jih je odgovorilo, da ne delujejo na področju DZ, ki pa jih iz nadaljnje analize nismo izključili, saj so zaposleni v organizacijah, ki intenzivno sodelujejo s podporno mrežo na področju DZ (zaposlovanje, razvojno – izobraževalni center, ipd.).
- 68 % jih ima delovne izkušnje s področja DZ, 24,3 % ima s področjem DZ bolj priložnostne izkušnje, 7,7 % pa je navedlo, da s tem področjem nima izkušenj.
- 62 % izhaja s področja zdravstvenega, 34 % pa s področja socialnega varstva, 4 % anketirancev pa dela na drugih področjih.
- Glede na sektor delovanja jih je 57,9 % iz javnih organizacij, 14,2 % iz zasebnih s koncesijo, iz zasebne profitne organizacije se je odzval en anketiranec.
- 37 % jih je na anketni vprašalnik odgovarjalo kot zaposlenih v NVO, 63 % pa jih deluje v ostalih organizacijah podporne mreže za osebe s težavami v DZ.

Podatke smo analizirali s programom SPSS 20.0. Pri analizi smo uporabili osnovno opisno statistiko (aritmetično sredino, standardni odklon) in teste značilnosti. Testi značilnosti so bolj informativne narave, saj ne gre za verjetnostno vzorčenje. Sicer v nekaterih delih zaradi manjšega števila enot ($n < 5$) ni bilo mogoče preveriti, ali so posamezne povezanosti/razlike statistično značilne. Rezultati so predstavljeni opisno in v tabelah.

- *Ocena stanja in potreb oseb z težavami v DZ s perspektive izvajalcev*

Rezultate podajamo po posameznih sklopih anketnega vprašalnika (glej Priloga Č), praviloma ločeno glede na to, ali so anketiranci iz ljubljanske ali novomeške zdravstvene regije, ter ali so iz NVO ali s kake druge organizacije v podporni mreži za osebe s težavami v

DZ. Glede na tematiko proučevanja menimo, da je ugotavljanje prisotnosti razlik v odgovorih med temi skupinami potrebno.

Ocena značilnosti lokalnih skupnosti s perspektive izvajalcev

Izvajalci so najprej na podlagi navedenih dejavnikov (kriterijev) po ordinalni lestvici (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – povsem se strinjam), ocenili sedanje stanje skrbi na področju DZ. Vrednost Cronbachovega koeficienta α znaša 0,828. Ker je njegova vrednost večja kot od .8, lahko zaključimo, da je lestvica zanesljiva. Rezultati so predstavljeni Tabeli 3.27 v obliki povprečne vrednosti (\bar{x}), standardnega odklona (s) na dva načina, ločeno glede na to, ali so izvajalci v ljubljanski (LJ) (n = 55) ali novomeški (NM) zdravstveni regiji (n = 39) in ali so iz NVO (NVO) (n = 38) ali kake druge organizacije (DRUGI) (n = 56) v podporni mreži za osebe s težavami v DZ (Tabela 3.17).

Tabela 3.17: Ocena sedanjega stanja značilnosti lokalnih skupnosti z vidika izvajalcev

Trditve ⁶⁸	NM		LJ		NVO		DRUGI	
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s
dobro življenjsko okolje	3,94	0,73	3,64	1,08	3,78	0,92	3,65	0,99
dobra prometna infrastruktura	3,23	1,24	3,9	1,14	3,59	1,14	3,49	1,33
dobre stanovanjske razmere	3,63	0,94	3,69	0,9	3,57	0,93	3,54	0,9
veliko turističnih znamenitosti	3,57	1,04	4,12	0,94	3,89	1,02	4,03	1,01
visoka stopnja urbanizacije	2,60	1,17	3,88	1,04	2,97	1,28	3,39	1,27
visoka povprečna starost	4,17	1,25	3,98	1,22	4,24	1,19	3,7	1,15
visoka povprečna stopnja izobrazbe	3,03	1,6	3,51	1,4	3,43	1,61	2,89	1,14
brezposelnost pod slovenskim povprečjem	3,06	1,68	3,67	1,51	2,92	1,48	3,22	1,6
bruto družbeni produkt nad slovenskim povprečjem	2,97	1,86	3,71	1,55	3,08	1,69	3,27	1,69
redka pojavnost nasilja in prestopništva	2,55	1,0	2,66	1,12	2,46	1,07	2,78	1,03
visoka stopnja solidarnosti med prebivalci	3,27	0,88	3,24	0,97	3,27	1,15	3,38	0,76
nizka potreba po socialni pomoči	1,97	0,95	2,58	1,2	1,76	0,55	2,46	1,1
veliko kulturnih dogajanj	3,36	1	4,00	0,93	3,57	1,12	3,78	0,92
športne NVO so aktivne	3,45	1,18	3,78	0,89	3,41	1,04	3,76	0,98
kulturne NVO so aktivne	3,64	1,11	3,62	0,96	3,65	1,11	3,68	0,94
dobra mreža zdravstvenih storitev	3,18	1,16	4,08	0,92	3,43	1,21	3,78	1,03
dobra mreža socialnih storitev	3	1,05	3,49	0,99	3,32	1,06	3,32	1,0
delovanje NVO v splošno dobro	3,27	1,1	3,5	1,03	3,22	0,9	3,59	1,11
zdravstveno stanje prebivalcev dobro	2,33	0,74	2,97	1	2,7	1,33	2,64	0,76
duševno zdravje prebivalcev dobro	2,18	0,73	2,68	0,63	2,33	0,79	2,46	0,61
nizka pojavnost depresije med prebivalci	1,94	0,7	2,41	0,64	2,22	1,0	2,24	0,64

⁶⁸ Opis posameznih področij je podan v anketnem vprašalniku (glej Priloga Č).

Anketiranci potrjujejo, da je v okolju, kjer delujejo, več starejšega prebivalstva ($\bar{x} \geq 3,7$), ne strinjajo pa se, da je na področju, kjer delujejo, nizka potreba po socialni pomoči ($\bar{x} \leq 2,58$) in nizka pojavnost težav v DZ na primeru depresije med prebivalci ($\bar{x} \leq 2,41$). Izvajalci ljubljanske zdravstvene regije pričakovano statistično značilno boljše ocenjujejo prometno infrastrukturo ($t = 2,49$, $p = 0,02$), prisotnost turističnih znamenitosti ($t = 2,43$, $p = 0,02$) in število kulturnih dogodkov ($t = 2,38$, $p = 0,02$) na področju, kjer delujejo, pa tudi stopnjo urbanizacije ($t = 4,99$, $p < 0,01$) kot izvajalci iz novomeške zdravstvene regije. So tudi statistično značilno bolj prepričani o zadostnosti mreže zdravstvenih storitev ($t = 3,65$, $p < 0,01$), da je zdravstveno stanje ($t = 3,0$, $p < 0,01$) in DZ ($t = 3,05$, $p < 0,01$) njihovih prebivalcev nekoliko boljše, vendar še vedno ne zadovoljivo. So nekoliko manj kritični glede potrebe po socialni pomoči ($t = 2,34$, $p = 0,02$) in pojavnosti težav v DZ na primeru depresije med prebivalci kot izvajalci iz novomeške zdravstvene regije ($t = 2,89$, $p < 0,01$), ki so prepričani, da ta zagotovo ni nizka. Statistično značilna razlika glede na to, ali so izvajalci iz NVO ali ne, se je pokazala samo pri oceni potrebe po socialni pomoči. Izvajalci v NVO, so bolj prepričani v to, da potreba v okolju, kjer delujejo, zagotovo ni nizka ($t = -3,49$, $p < 0,01$), kot izvajalci iz drugih organizacij.

Glede na nabor kriterijev za ocenjevanje so dodatno izpostavili nekatere značilnosti za okolja, ki jih pokrivajo: *brezposelnost mladih, borba za golo preživetje, nemoč, obup – tega je v mestu več kot na periferiji, slabo socialno stanje in osamljenost starostnikov, veliko alkoholizma, zaradi življenja na vinorodnem okolišu, družbena sprejemljivost nasilja.*

V Tabeli 3.18 je predstavljen odstotni delež anketirancev (%), glede na to, kaj menijo o prisotnosti razlik med prebivalci posameznih lokalnih skupnosti, ki koristijo njihove storitve, glede zgoraj navedenih kriterijev. Vzorec ostaja nespremenjen. Podatki so predstavljeni ločeno glede na to, ali so izvajalci v ljubljanski (LJ) ($n = 55$) ali novomeški (NM) zdravstveni regiji ($n = 39$) in ali so iz NVO (NVO) ($n = 38$) ali kake druge organizacije (DRUGI) ($n = 56$) v podporni mreži za osebe s težavami v DZ.

Tabela 3.18: Ocena enakosti položaja med prebivalci lokalnih skupnosti z vidika izvajalcev (%)

Vprašanje		NM	LJ	NVO	DRUGI
Ali so prebivalci posameznih lokalnih skupnosti, ki koristijo njihove storitve, med seboj v enakem položaju glede zgoraj navedenih kriterijev?	da	18,2	26,2	10,8	21,6
	ne	51,5	45,2	56,8	62,2
	ne vem	30,3	28,6	32,4	16,2

Približno polovica izvajalcev meni, da je neenakost v položaju med prebivalci posameznih lokalnih skupnosti glede navedenih kriterijev prisotna. Skoraj tretjina anketirancev pa je izbrala odgovor 'ne vem'. Pri odgovorih anketirancev ni prihajalo do razlik v prevladujočem mnenju med skupinami.⁶⁹ Ugotavljajo, da se bivanjske in socialne razmere med lokalnimi skupnostmi zelo razlikujejo, da so prisotne razlike med urbanih središči in podeželjem.

V tabelah 3.19 in 3.20 je predstavljeno, ali izvajalci skrbi posedujejo/ima različne statistične podatke. Anketiranci so izbirali med odgovori *da*, *ne*, *delno*, *ne vem*. Predstavljen je odstotni delež anketirancev (%) znotraj posamezne skupine anketirancev ljubljanske ali novomeške zdravstvene regije in delovanje v NVO glede na to, ali posedujejo statistične podatke po posameznih navedenih področjih. Vzorec ostaja nespremenjen.

Tabela 3.19: Podatki o posedovanju statističnih podatkov z vidika izvajalcev novomeške in ljubljanske zdravstvene regije (%)

Področje ⁷⁰	NM				LJ			
	da	ne	delno	ne vem	da	ne	delno	ne vem
o socialnem stanju prebivalcev	21,9	21,9	18,8	37,5	29,7	21,6	10,8	37,8
o nasilju in prestopništvu v lokalni skupnosti	9,4	25	15,6	50	13,5	21,6	18,9	45,9
o socialnih razlikah med prebivalci	9,7	22,6	12,9	54,8	16,7	22,2	11,1	50
o medsebojni solidarnosti prebivalcev	3,1	28,1	12,5	56,2	10,8	29,7	8,1	51,4
o stopnji socialne integracije prebivalcev	9,4	28,1	9,4	53,1	5,6	30,6	11,1	52,8
o zdravstvenem stanju prebivalcev	21,9	37,5	18,8	21,9	17,6	20,6	47,1	14,7
o duševnem zdravju prebivalcev	12,5	28,1	31,2	28,1	2,9	26,5	50	20,6
o potrebah prebivalcev za vzdrževanje in izboljševanje duševnega zdravja	3,1	31,2	21,9	43,8	3	39,4	30,3	27,3
o pojavnosti depresije med ljudmi	15,6	28,1	18,8	37,5	17,6	35,3	32,4	14,7
o potrebah oseb z depresijo	6,2	25	31,2	37,5	8,8	38,2	32,4	20,6
o številu samomorov v lokalni skupnosti	28,1	25	18,8	28,1	17,6	29,4	23,5	29,4

Statistične podatke poseduje približno od 2,9–29,7 % izvajalcev, delno poseduje od 8,1–47,1 %, ne poseduje pa jih od 21,6–39,4 % izvajalcev. Za odgovor *ne vem* se je odločilo približno 14,7–51,4 % anketirancev. Največ anketirancev, četrtnina, jih ima (odgovor *ne*) statistične podatke o socialnem stanju prebivalcev, o številu samomorov, delno pa o DZ in zdravstvenem stanju prebivalcev. Najmanj anketirancev pa ima statistične podatke (odgovor

⁶⁹ Tisti, ki so se opredelili za odgovor 'ne', navajajo kot razlog majhnost regije, materialno stanje, oddaljenost lokalne skupnosti, prisotnost stigme, različne fizične in psihične sposobnosti prebivalcev, stopnje brezposelnosti, dostopnost do storitev. Kot razlog so navedli tudi različne življenjske pogoje, slabe prometne povezave na vaseh, življenje brez svojcev, različne možnosti dostopa do informacij.

⁷⁰ Opis posameznih področij je podan v anketnem vprašalniku (glej Priloga Č).

da) o stopnji socialne integracije, o potrebah prebivalcev za vzdrževanje in izboljševanje DZ, o pojavnosti depresije in potrebah oseb z depresijo. Med odgovori izvajalcev posameznih regij so prisotne razlike. Nekoliko več naj bi jih imelo statistične podatke, povezane s področjem DZ v novomeški zdravstveni regiji, vendar pa je v tej regiji tudi večji delež anketirancev, ki ne ve, ali te podatke ima ali nima. V ljubljanski regiji naj bi jih imelo nekoliko več statistične podatke o socialnem stanju prebivalcev, ampak razlike niso velike. Presenetljivo, koliko jih ne ve, ali ima statistične podatke o številu samomorov, saj je to ena izmed aktualnih tem že nekaj časa.

V Tabeli 3.20 so predstavljeni podatki o posedovanju statističnih podatkov še po skupinah: izvajalci v NVO ali v drugih organizacijah v podporni mreži za osebe s težavami v DZ.

Tabela 3.20: Podatki o posedovanju statističnih podatkov z vidika izvajalcev NVO in v drugih organizacijah (%)

Področje ⁷¹	NVO				DRUGI			
	da	ne	delno	ne vem	da	ne	delno	ne vem
o socialnem stanju prebivalcev	35,1	13,5	18,9	32,4	24,3	29,7	16,2	29,7
o nasilju in prestopništvu v lokalni skupnosti	18,9	16,2	21,6	43,2	16,2	29,7	16,2	37,8
o socialnih razlikah med prebivalci	16,7	11,1	16,7	55,6	13,9	33,3	16,7	36,1
o medsebojni solidarnosti prebivalcev	0	21,6	16,2	62,2	16,2	32,4	13,5	37,8
o stopnji socialne integracije prebivalcev	5,4	18,9	13,5	62,2	5,6	41,7	13,9	38,9
o zdravstvenem stanju prebivalcev	16,2	32,4	24,3	27	25	33,3	33,3	8,3
o duševnem zdravju prebivalcev	8,1	24,3	40,5	27,0	13,9	36,1	36,1	13,9
o potrebah prebivalcev za vzdrževanje in izboljševanje DZ	2,8	33,3	25	38,9	2,8	44,4	25	27,8
o pojavnosti depresije med ljudmi	10,8	37,8	18,9	32,4	19,4	36,1	30,6	13,9
o potrebah oseb z depresijo	5,4	32,4	27	35,1	11,1	41,7	33,3	13,9
o številu samomorov v lokalni skupnosti	27	24,3	21,6	27	27,8	36,1	13,9	22,2

Rezultati so podobni. Kaže se, da so izvajalci iz drugih organizacij v nekoliko večjem deležu potrdili, da nimajo statističnih podatkov s področja DZ kot izvajalci iz NVO, ter da imajo tudi nekoliko manj podatkov o socialnem stanju prebivalcev na svojem območju, kar verjetno izhaja iz same narave dela posameznih skupin izvajalcev. Enako se kaže, da jih veliko ne ve, ali imajo statistične podatke o številu samomorov ali ne.

Ocena izvajalcev o sedanjem stanju na področju skrbi za DZ in potrebe po delovanju NVO

⁷¹ Opis posameznih področij je podan v anketnem vprašalniku (glej Priloga Č).

Nadalje so anketiranci ocenjevali sedanje stanje skrbi na področju DZ v lokalnih skupnostih, kjer delujejo oziroma je njihovo delovno mesto. Ocenjevanje je temeljilo na ordinalni lestvici stopnje strinjanja (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – povsem se strinjam). Vrednost Cronbachovega koeficienta α znaša 0,892. Rezultati so predstavljeni v obliki povprečne vrednosti (\bar{x}), standardnega odklona (s) na dva načina, ločeno glede na to, ali so izvajalci v ljubljanski (LJ) (n = 52) ali novomeški (NM) zdravstveni regiji (n = 34) in ali so iz NVO (NVO) (n = 37) ali kake druge organizacije (DRUGI) (n = 49) v podporni mreži za osebe s težavami v DZ (Tabela 3.21). Testi značilnosti so bolj informativne narave, saj ne gre za verjetnostno vzorčenje.

Tabela 3.21: Ocena sedanjega stanja skrbi na področju DZ z vidika izvajalcev

Trditve ⁷²	NM		LJ		NVO		DRUGI	
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s
številni programi promocije DZ	2,53	0,84	3,11	1,13	2,95	0,97	2,84	1,18
številni strokovnjaki s področja DZ	3,16	1,35	3,41	1,52	3,11	1,33	3,22	1,57
delovanje lokalne akcijske skupine za področje DZ	2,47	0,84	3,33	1,41	2,81	1,01	2,91	1,44
število izvajalcev na področju DZ je pričakovano glede na oddaljenost lokalne skupnosti od mestnega središča	3,09	1,23	3,79	1,51	3,49	1,43	3,28	1,54
programi organizacij s področja DZ so pričakovani glede na oddaljenost od mestnega središča	3,25	1,3	3,76	1,5	3,51	1,41	3,31	1,51
številne storitve za osebe z depresijo	2,45	0,85	3,37	1,33	2,76	0,98	3,08	1,36
prizadevanja za sistematično prepoznavanje potreb oseb z depresijo	3,03	1,4	3,91	1,25	3,35	1,38	3,46	1,35
finančna podpora preprečevanju depresije	3,60	1,91	3,63	1,88	3,42	1,8	3,46	1,87
finančna podpora preprečevanju samomora	3,77	2,03	3,49	1,81	3,46	1,87	3,65	1,93
protokoli sodelovanja med vladnimi in nevladnimi organizacijami na področju DZ so jasno definirani	3,45	1,9	3,41	1,85	3,27	1,69	3,41	1,91
povečanje števila izvajalcev v podporni mreži je vplivalo na povečano sodelovanje med njimi	3,90	1,89	3,81	1,83	3,89	1,71	3,58	1,86
sodelovanje med izvajalci javnih in nevladnih ter drugih zasebnih organizacij je dobro	3,45	1,67	3,75	1,84	3,57	1,62	3,54	1,76
sodelovanje med organizacijami socialnega in zdravstvenega varstva je dobro	3,48	1,36	3,34	1,21	3,38	1,38	3,49	1,17

Izvajalci se delno strinjajo, da *povečanje števila izvajalcev v podporni mreži vpliva na povečano sodelovanje med njimi* ($\bar{x} \geq 3,58$), da finančno podpirajo programe za preprečevanje depresije ($\bar{x} \geq 3,58$) in samomora ($\bar{x} \geq 3,42$), ter da je *sodelovanje med izvajalci javnih in nevladnih ter drugih zasebnih organizacij glede na potrebe oseb z težavo v DZ – depresijo dobro* ($\bar{x} \geq 3,45$). Najmanj se strinjajo o zadostnosti programov promocije DZ ($\bar{x} \leq 3,11$), ter da na njihovem območju delujejo lokalne akcijske skupine za področje DZ ($\bar{x} \leq 3,33$).

⁷² Trditve iz anketnega vprašalnika so v tabeli smiselno skrajšane (glej Priloga Č).

Izvajalci ljubljanske zdravstvene regije so statistično značilno bolj prepričani o zadostnem številu programov promocije DZ ($t = 2,37$, $p = 0,021$), o delovanju lokalnih akcijskih skupin za področje DZ ($t = 3,02$, $p < 0,01$), da je število izvajalcev na področju DZ pri njih pričakovano glede na oddaljenost lokalne skupnosti od mestnega središča ($t = 2,06$, $p < 0,01$), da imajo osebe z depresijo na voljo številne storitve ($t = 3,38$, $p < 0,01$), ter da se sistematično prepoznava njihove potrebe ($t = 2,69$, $p < 0,01$). Statistično značilnih razlik glede na to, ali so izvajalci iz NVO ali ne, nismo dokazali, prisotne razlike med skupinama so majhne.

V Tabeli 3.22 predstavljamo, kolikšen je odstotni delež anketirancev (%) pri opredelitvi obstoja storitev terenskega dela organizacij in izvajalcev na njihovem področju. Rezultati so navedeni ločeno glede na to, ali so izvajalci iz ljubljanske (LJ) ali novomeške (NM) zdravstvene regije, ali so iz NVO (NVO) ali kake druge organizacije (DRUGI) v podporni mreži za osebe s težavami v DZ. Vzorec sodelujočih ostaja nespremenjen.

Tabela 3.22: Ocena prisotnosti terenskega dela z vidika izvajalcev (%)

Vprašanje		NM	LJ	NVO	DRUGI
ali v njihovi organizaciji izvajalci v podporni mreži za DZ izvajajo terensko delo in nudijo osebno strokovno pomoč prebivalcev na njihovem domu	da	45,2	51,6	43,2	51,4
	ne	48,4	41,9	54,1	40,5
	ne vem	6,5	6,5	2,7	8,1

Približno polovica jih deluje v organizacijah, kjer izvajajo terensko delo. Nekoliko manjši delež je sicer izvajalcev iz NVO in novomeške zdravstvene regije, katerih organizacije ne izvajajo terenskega dela. V nadaljevanju so anketiranci ocenili stanje in potrebo po programih NVO na njihovem področju. V Tabeli 3.23 je predstavljen odstotni delež anketirancev (%) znotraj skupine anketirancev ljubljanske ($n = 52$) ali novomeške zdravstvene regije ($n = 34$).

Tabela 3.23: Ocena stanja in potreb po programih NVO v lokalnih skupnostih z vidika izvajalcev, ločenih po regiji

Program	NM (%)				LJ (%)			
	A	B	C	D	A	B	C	D
dnevni center	44	12	36	8	60	20	12	8
informacijska pisarna	56	12	16	16	40	24	16	20
svetovalnica	68	16	8	8	52	28	8	12
stanovanjska skupina	20	24	44	16	28	16	24	32
skupina za samopomoč za osebe z motnjo v DZ	52	20	16	12	48	12	12	28
skupina za samopomoč za svojce	24	36	16	24	28	28	4	40
programi destigmatizacije	32	28	12	28	16	32	12	44
programi pomoči na domu	52	24	16	8	52	8	12	28
programi promocije duševnega zdravja	44	24	19	13	32	20	12	36
programi zaposlitvene rehabilitacije in socialne vključenosti	36	28	16	20	28	28	4	40

Legenda: **A** – imamo, **B** – nimamo, vendar bi bil potreben, **C** – nimamo in ni potreben, **D** – ne vem

Največ, 68 % anketiranih izvajalcev v novomeški zdravstveni regiji, jih je odgovorilo, da imajo v okolju *svetovalnico*, sledi program *informacijska pisarna* (56 %), samo 20 % pa jih potrjuje prisotnost *stanovanjske skupine* in nekoliko več (24 %) prisotnost *skupine za samopomoč za svojce*. Presenetljivo je, da kar 36 % izvajalcev za *program dnevni center* in 44 % za program *stanovanjske skupine* meni, da programa, kljub temu da ju nimajo, ne potrebujejo. Tudi delež tistih, ki ne vedo, ali so posamezni programi NVO v okolju prisotni ali ne, je relativno visok, posebej za program *destigmatizacije* (28 %). Izvajalci iz ljubljanske zdravstvene regije v 60 % potrjujejo prisotnost *dnevnega centra*, *svetovalnice* pa v 52 %. Samo 16 % jih potrjuje prisotnost programov *destigmatizacije*, kar je podobno, kot pri izvajalcih iz novomeške ljubljanske zdravstvene regije. Izvajalci iz novomeške zdravstvene regije so pogosteje izbirali odgovor *nimamo in ni potreben* od izvajalcev ljubljanske zdravstvene regije, ki so se pogosteje odločali za odgovor *ne vem*.

V Tabeli 3.24 je na istih podatkih predstavljen odstotni delež anketirancev (%) znotraj posamezne skupine anketirancev izvajalcev glede na to, ali delujejo v NVO (n = 37) ali ne (n = 49) po posameznih navedenih področjih.

Tabela 3.24: Ocena stanja in potreb po programih NVO v lokalnih skupnostih z vidika izvajalcev, ločenih po organizaciji delovanja.

Program	NVO (%)				DRUGI (%)			
	A	B	C	D	A	B	C	D
dnevni center	51,5	7,4	33	7,4	61,8	26,5	2,9	8,8
informacijska pisarna	46,4	10,7	32,1	10,7	44,1	23,5	5,9	26,5
svetovalnica	65,5	13,8	17,2	3,4	45,5	27,3	3	24,2
stanovanjska skupina	13,8	20,7	48,3	17,2	35,3	17,6	17,6	29,4
skupina za samopomoč za osebe z motnjo v DZ	48,3	20,7	20,7	10,3	51,5	15,2	3	30,3
skupina za samopomoč za svojce	32,1	35,7	17,9	14,3	24,2	27,3	3	45,5
programi destigmatizacije	37,9	24,1	17,2	20,7	14,7	35,3	5,9	44,1
programi pomoči na domu	44,8	17,2	5,8	3,3	58,8	14,7	5,9	20,6
programi promocije duševnega zdravja	48,4	25,8	16,1	9,7	27,3	27,3	6,1	39,4
programi zaposlitvene rehabilitacije in socialne vključenosti	35,7	25	17,9	21,4	26,5	29,4	2,9	41,2

Legenda: A – imamo, B – nimamo, vendar bi bil potreben, C – nimamo in ni potreben, D – ne vem

Da imajo v okolju *svetovalnico*, je odgovorilo kar 65,5 % izvajalcev v NVO. Približno polovica jih je odgovorilo, da že imajo *program dnevni center* (51,5 %), *skupino za samopomoč za osebe s težavami v DZ* (48,3 %), programe *promocije DZ* (48,4 %) in *informacijsko pisarno* (46,4 %). Le 13,8 % jih poroča o delovanju *stanovanjske skupine* v njihovem okolju. Drugi izvajalci s podobnimi odstotnimi deleži potrjujejo, da so v lokalnih skupnostih prisotni predvsem *program dnevni center*, *svetovalnica* in *informacijska pisarna*

ter programi pomoči na domu. Najnižji odstotni delež pa je bil izražen glede programov destigmatizacije (14,7 %) in skupine za samopomoč za svojce (24,2 %). Samo četrtnina jih potrjuje prisotnost programov promocije DZ (27,3 %) in zaposlitvene rehabilitacije ter socialne vključenosti (26,5 %). Izvajalci v NVO so se bistveno pogosteje odločali, da programi NVO, ki jih še nimajo, niso nujni, kot drugi izvajalci. Za odgovor *ne vem* so se bistveno pogosteje odločali izvajalci drugih organizacij, kot izvajalci NVO.

Nadalje so respondenti ocenili delovanje NVO s področja DZ na področju, ki ga pokrivajo. Ocenjevanje je temeljilo na ordinalni lestvici stopnje strinjanja (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – povsem se strinjam). Rezultati so predstavljeni v obliki povprečne vrednosti (\bar{x}), standardnega odklona (s) na dva načina, ločeno glede na to, ali so izvajalci v ljubljanski (LJ) (n = 52) ali novomeški (NM) zdravstveni regiji (n = 34) in ali so iz NVO (NVO) (n = 37) ali kake druge organizacije (DRUGI) (n = 49) v podporni mreži za osebe z depresijo (Tabela 3.25). Vrednost Cronbachovega koeficienta α znaša 0,795.

Tabela 3.25: Ocena povprečnih vrednosti o delovanju NVO z vidika izvajalcev

Trditve ⁷³	NM		LJ		NVO		DRUGI	
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s
na našem področju dovolj NVO v podporni mreži za DZ	2,52	1,59	3,04	1,36	2,88	1,36	2,83	1,64
na našem področju NVO izvajajo vse potrebne storitve glede na sedanje potrebe prebivalcev	2,59	1,5	3,14	1,04	3,88	1,04	2,89	1,66
na našem področju potreba po NVO, specializiranih za osebe z depresijo	4,2	1,13	3,80	1,08	4,16	1,08	3,97	1,18
pričakovana slabša dostopnost do NVO s področja DZ glede na oddaljenost posamezne lokalne skupnosti od mestnega središča za osebe z depresijo	4,12	1,23	3,74	1,46	4,47	1,46	3,83	1,47
soočanje z zakonodajnimi omejitvami pri sodelovanju z (drugimi) NVO	4,35	2,09	4,63	1,02	4,28	1,02	4,40	1,70
soočanje s finančnimi omejitvami pri sodelovanju z (drugimi) NVO	4,16	1,83	4,43	1,32	4,41	1,32	4,6	1,42
informiranost izvajalcev o NVO v podporni mreži za DZ ni zadostna	3,67	1,41	3,26	1,2	4,27	1,28	4,09	1,76
izvajalci nimajo izkušenj o delovanju NVO	3,67	1,41	3,89	0,9	4,06	1,65	3,73	1,56
prisotnost stereotipiziranih stališč o delovanju NVO pri izvajalcih v podporni mreži za osebe z depresijo	3,33	0,87	3,37	1,3	3,93	1,03	4,18	1,6

Vsi izvajalci se soočajo pri sodelovanju z NVO z zakonodajnimi ($\bar{x} \geq 4,28$) in finančnimi omejitvami ($\bar{x} \geq 4,16$). Menijo, da NVO s področja DZ na njihovem področju še ni dovolj ($\bar{x} = 2,52-3,04$) in da te še ne izvajajo vseh potrebnih storitev ($\bar{x} = 2,59-3,88$), pa tudi, da so izvajalci lahko nosilci stereotipov o NVO ($\bar{x} = 3,33-4,18$), da niso dovolj informirani o delovanju NVO ($\bar{x} = 3,26-4,27$), ter da na tem področju nimajo izkušenj ($\bar{x} = 3,67-4,06$).

⁷³ Trditve iz anketnega vprašalnika so v tabeli smiselno skrajšane (glej Priloga Č).

Statistično značilnih razlik med skupinami nismo dokazali. Se pa kažejo manjše razlike med skupinami. Npr. izvajalci iz novomeške zdravstvene regije in iz NVO vidijo večjo potrebo *po specializiranih NVO za osebe z depresijo* na njihovem področju, ter da je *pričakovano slabša dostopnost do NVO s področja DZ glede na oddaljenost posamezne lokalne skupnosti od mestnega središča za osebe z depresijo, od izvajalcev ljubljanske regije in izvajalcev, ki ne delujejo v podporni mreži za DZ.*

V tabeli 3.26 predstavljamo, kolikšen je odstotni delež anketirancev (%) pri posameznem možnem odgovoru na vprašanje, ali so pri svojem delu pozorni, da delujejo preventivno v smislu promocije DZ. Rezultati so navedeni ločeno glede na to, ali so izvajalci iz ljubljanske (LJ) ali novomeške (NM) zdravstvene regije, ali so iz NVO (NVO) ali kake druge organizacije (DRUGI) v podporni mreži za osebe s težavami v DZ. Vzorec ostaja nespremenjen.

Tabela 3.26: Ocena pozornosti za preventivno delovanje z vidika izvajalcev

Vprašanje		NM	LJ	NVO	DRUGI
Ali ste pri svojem delu pozorni, da delujete preventivno v smislu promocije DZ?	da	69,4	50	80	50,7
	redko	22,2	27,1	13,3	29,6
	ne	8,3	22,9	6,7	19,7

Izvajalci iz novomeške zdravstvene regije in iz NVO so glede na rezultate ankete nekoliko bolj pozorni na preventivno delovanje kot izvajalci iz ljubljanske zdravstvene regije ali drugih organizacij, kjer jih petina sploh ne deluje preventivno, kar verjetno izhaja iz narave njihovega dela.⁷⁴ V celoti izpostavljam dve navedbi:

- *že s tem, ko delamo z otroki in preprečujemo kasnejšo eskalacijo težav. Skupno delo s šolami in izobraževanje pedagoških delavcev prispeva k njihovi kompetentnosti in odzivnosti na težave in motnje. 2500 obravnavanih otrok na letni ravni je precejšen in relativno zgođen poseg v populacijo (AI37).*
- *vloga bolnišnice se je z leti močno spremenila in razširila tudi na izvajanje aktivnosti, ki promovirajo pomen dobrega DZ za razvoj zdrave osebnosti posameznika in njegovo dobro počutje ter izvajanje ukrepov za preprečevanja stigme, socialne izključenosti in*

⁷⁴ Izvajalci, ki so odgovorili pritrdilno, so navedli, da: organizirajo dan odprtih vrat, tržnico prostovoljstva, izvajajo predavanja na osnovnih in srednjih šolah, pišejo članke, obeležujejo svetovni dan DZ z različnimi aktivnostmi, akcijami v skupnosti ob sodelovanju z mediji. Pomembno se jim zdi obveščanje javnosti o področju DZ, organizacija posvetov, e-časopis. Kot pomembne aktivnosti izpostavljajo tudi poslušanje, pogovor, svetovanje, odkrivanje težav v DZ na primeru depresije (pri mladih, v poporodnem obdobju, pri starejših), napotitev k strokovnjaku, okupacija, vlivanje upanja, podpora svojem, učenje sprostitvenih tehnik, objava predavanja na spletni strani, delo referenčnih ambulant, pravočasna prepoznavna znakov in predstavitve mreže pomoči v kraju bivanja, spodbujanje zdravega življenjskega sloga itd.

diskriminacije oseb s težavami v DZ. Prav zato ostaja naša bolnišnica odprta za vse, ki jih zanima delo z duševno bolnimi, saj menimo, da je to najboljši način za razbijanje mitov o psihiatričnih bolnišnicah, duševni bolezni in ljudeh, ki se v njih zdravijo (AI52).

Za konec tega sklopa nas je zanimalo še, kaj so osebe, ki delajo z osebami s težavami v DZ po poklicu. Na podlagi navedb anketirancev smo sestavili sledečo paletu poklicev: zdravniki (zdravniki družinske medicine, psihiatri, nevropsihiatri), izvajalci zdravstvene nege (bolničarji, zdravstveni tehniki/srednje medicinske sestre, višje/diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki, patronažne medicinske sestre), delovni terapevti, fizioterapevti, logoterapevti, psihologi (klinični psihologi), psihoterapevti, pedagogi (specialni, socialni pedagogi), socialni delavci, verski delavci (redovnice, duhovniki) ter organizatorji dela (univ. diplomirani organizator dela, diplomirani upravni organizator).

Ocena vključevanja oseb s težavami v DZ v obravnavo s strani izvajalcev

Nadalje so anketiranci razvrstili nabor aktivnosti, ki najbolj vplivajo na to, da se osebe ob pojavu težav v DZ vključijo v strokovno obravnavo v okviru javne podporne mreže, in sicer od najpomembnejšega (1) do najmanj pomembnega (11). Rezultati so predstavljeni v obliki povprečne vrednosti (\bar{x}), standardnega odklona (s) na dva načina, ločeno glede na to, ali so izvajalci v ljubljanski (LJ) ($n = 49$) ali novomeški (NM) zdravstveni regiji ($n = 34$) in ali so iz NVO (NVO) ($n = 37$) ali kake druge organizacije (DRUGI) ($n = 46$) v podporni mreži za osebe z depresijo (Tabela 3.27).

Po mnenju izvajalcev sta najpomembnejši aktivnosti, ki vplivajo, da se osebe ob pojavu težav v DZ vključijo v obravnavo, podpora in spodbuda svojcev ($\bar{x} \leq 2,86$) ter vzpostavitev zaupnega odnosa s strokovnim delavcem ($\bar{x} \leq 3,14$). Kot najmanj pomembni so izpostavili dostopnost do tiskanih informacijskih gradiv ($\bar{x} \geq 8,16$) in do plačljive pomoči 'brez oznake' v zdravstvenem kartonu ($\bar{x} > 8,61$). Razlike med posameznimi skupinami anketirancev so prisotne, izvajalcem iz novomeške zdravstvene regije se zdi predhodna informiranost o težavah v DZ in možnostih pomoči skupnostne obravnave in pomoči na domu nekoliko pomembnejša in podpora, spodbuda drugih strokovnih delavcev (učiteljev ...) nekoliko manj pomembna kot izvajalcem iz ljubljanske zdravstvene regije, kar je mogoče pripisati tudi že dokazanemu primanjkljaju na tem področju. Razlike glede na to, ali so izvajalci iz NVO ali ne, sta se pojavili pri oceni vpliva pojava sekundarnih posledic na vstop v obravnavo in pri dostopnosti do pomoči brez čakalne dobe, toda nista statistično značilni. Izvajalcem iz NVO se zdi pojav sekundarnih posledic težav v DZ pomembnejši dejavnik vstopa oseb s težavami v

DZ v obravnavo kot ostalim izvajalcem, kar je verjetno posledica njihovih delovnih izkušenj na področju psihosocialne rehabilitacije, dostopnost do storitev brez čakalne dobe pa se zdi pomembnejša ostalim izvajalcev, kar je pričakovano, glede na to, da se vsakodnevno soočajo s težavo predolghih čakalnih dob.

Tabela 3.27: Pomen aktivnosti, ki vplivajo, da se osebe ob pojavu težave v DZ vključijo v obravnavo z vidika izvajalcev

Aktivnost ⁷⁵	NM			LJ			NVO			DRUGI		
	R	\bar{x}	σ	R	\bar{x}	σ	R	\bar{x}	σ	R	\bar{x}	σ
podpora, spodbuda svojcev	1	2,83	2,2	1	2,86	2,37	1	2,31	1,44	1	2,31	2,82
vzpostavitev zaupnega odnosa s strokovnim delavcem	2	3,04	2,46	2	2,89	2,73	2	3,14	2,52	2	2,74	2,69
predhodna informiranost o bolezni in možnostih pomoči	3	4,88	2,79	6	5,41	2,29	6	5,17	2,75	5	5,22	2,34
dostopnost do pomoči brez čakalne dobe	4	5,0	2,57	5	5,12	1,9	5	4,9	1,93	3	4,77	2,26
pojav sekundarnih posledic	5	5,16	2,06	4	4,85	2,76	3	4,73	2,13	6	5,73	2,5
podpora, spodbuda drugih strokovnih delavcev (učiteljev)	6	5,24	2,31	3	4,52	2,01	4	4,77	2,13	4	4,85	2,32
dostopnost do brezplačne pomoči	7	5,63	2,45	7	5,85	2,29	7	5,45	2,56	7	6,13	1,68
možnost skupnostne obravnave/obrnave na domu	8	7,92	2,60	10	8,32	2,12	9	8,76	2,13	9	8,10	2,24
dostopnost informacij prek svetovnega spleta	9	8,38	2,67	8	8,15	2,69	8	8,72	2,3	8	8,09	2,9
dostopnost tiskanih informacijskih gradiv	10	8,42	2,32	9	8,22	2,38	10	8,86	1,99	10	8,16	2,86
dostopnost do plačljive pomoči brez oznake v zdravstvenem kartonu	11	9,21	2,45	11	9,30	2,4	11	8,97	2,13	11	8,61	3,02

Nadalje so anketiranci rangirali predhodno navedene potrebe oseb s težavami v DZ na poti okrevanja, in sicer od najpomembnejšega (1) do najmanj pomembnega (11). Rezultati so predstavljeni v obliki povprečne vrednosti (\bar{x}), standardnega odklona (s) na dva načina, ločeno glede na to, ali so izvajalci v ljubljanski (LJ) ($n = 49$) ali novomeški (NM) zdravstveni regiji ($n = 34$) in ali so iz NVO (NVO) ($n = 27$) ali kake druge organizacije (DRUGI) ($n = 36$) v podporni mreži za osebe z depresijo (Tabela 3.28).

Izvajalci ocenjujejo, da osebe s težavami v DZ potrebujejo na poti okrevanja predvsem profesionalnega strokovnega delavca ($\bar{x} \leq 2,47$), na drugo mesto pa so uvrstili psihoterapijo ($\bar{x} \leq 4,13$), poslušalca ($\bar{x} \leq 4,48$) in pa zdravila za zdravljenje težav v DZ ($\bar{x} \leq 5,58$). Najmanj pa se jim zdijo potrebni terensko motiviranje ($\bar{x} \geq 7,46$), zaposlitvena rehabilitacija ($\bar{x} \geq 6$), in obravnava v bolnišnici ($\bar{x} \geq 8,04$). Najbolj očitne razlike med skupinami so se pojavile pri razvrstitvi pomena zaposlitvene rehabilitacije in zdravljenja z zdravili.

⁷⁵Opis posameznih aktivnosti je podan v anketnem vprašalniku (glej Priloga Č1).

Tabela 3.28: Rangiranje potreb oseb z depresijo na poti okrevanja z vidika izvajalcev

Potreba	NM			LJ			NVO			DRUGI		
	R	\bar{x}	σ	R	\bar{x}	σ	R	\bar{x}	σ	R	\bar{x}	σ
profesionalni strokovni delavec	1	2,29	2,14	1	2,33	1,95	1	2,32	1,39	1	2,47	2,61
psihoterapija	2	3,38	1,93	2	3,64	2,58	2	3	1,39	2	4,13	2,66
poslušalec	4	4,58	3,51	3	4,12	3,44	3	3,54	2,66	3	4,84	3,87
zdravila za zdravljenje depresije	3	4,58	3,02	4	5,21	3,34	4	4,32	3,12	5	5,58	3,02
psihosocialna rehabilitacija	5	6,46	1,98	5	6,13	1,29	5	6,36	2,06	4	5,58	2,06
vključitev v skupino za samopomoč	6	6,50	2,52	6	6,39	2,73	6	6,57	2,12	8	6,87	2,64
opolnomočenje njihovih svojcev	8	7,46	2,72	8	6,48	3,16	7	7,14	2,58	7	6,8	3,03
obravnava v skupnosti	7	6,58	2,72	9	7,17	2,21	8	7,54	2,1	9	7,07	2,59
zaposlitvena rehabilitacija	11	8,67	2,1	7	6,42	2,1	10	8,36	2,28	6	6	2,56
terensko motiviranje	9	7,46	2,75	10	8,48	2,39	9	8,11	2,99	10	7,7	2,94
obravnava v bolnišnici/zavodu	10	8,04	2,29	11	8,96	2,39	11	8,75	2,12	11	8,40	2,5

Izvajalci iz zdravstvene regije Novo mesto pripisujejo statistično značilno manjši pomen programu zaposlitvene rehabilitacije kot izvajalci ljubljanske zdravstvene regije ($t = -3,71$, $p < 0,01$), enako pripisujejo manjši pomen temu programu tudi izvajalci v NVO v primerjavi z ostalimi izvajalci ($t = 3,69$, $p < 0,01$), iz česar je mogoče sklepati, da imajo izvajalci v NVO, ki izvajajo program zaposlitvene rehabilitacije na tem področju slabe izkušnje. Statistično značilno se razlikuje tudi mnenje o pomenu zdravljenja z zdravili za osebe z depresijo ($t = -2,08$, $p = 0,04$), kar nakazuje, da drugi izvajalci pripisujejo zdravljenju z zdravili manjši pomen kot izvajalci NVO, kar je mogoče pripisati neposrednim izkušnjam pri delu z osebami z depresijo. Testi značilnosti so sicer samo informativne narave.

Na odprto vprašanje, kako vidijo vlogo NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ, so se pojavile manjše razlike glede na to, ali so izvajalci iz NVO ali iz kake druge organizacije v podporni mreži za osebe s težavami v DZ. Izvajalci iz NVO vidijo vlogo NVO v vlogi: (1) sodelavca, *ki nudi svoje storitve, ki jih podporna mreža ne more, in omogoča lažjo dostopnost do pomoči*, (2) ponudnika konkretne celostne pomoči in raznolikih strokovnih programov v vsakdanjem življenju (*spodbujanje samopomoči, vodenje skupin za samopomoč za osebe in za svojce, destigmatizacija, psihoterapija, opolnomočenje, individualno in telefonsko svetovanje*) na podlagi povezovanja in vključevanja prostovoljcev, z nadpovprečnim etičnim potencialom izvajalcev, in (3) izvajalca kakovostne obravnave, *ki na podlagi izdelanega individualnega načrta podpira osebe s težavo v DZ, spodbuja, da poiščejo pomoč, redno jemljejo zdravila, se pogovorijo s svojci o tem, kaj je značilno za to bolezen, so vmesni člen med zdravniki, zdravili in svojci*.

Ostali izvajalci opisujejo vlogo NVO v podporni mreži za DZ s poimenovanji, da je NVO (1) tvorec podporne mreže za osebe s težavami v DZ, (2) podpornik osebam s težavami v DZ in njihovim svojcem, (3) informator javnosti *z možnostmi in oblikami zdravljenja, ki zmanjšuje prisotnost stigme v družbi in predstavlja 'mašilo za vest družbe', ki s svojimi ukrepi stori premalo*, (4) izvajalec dokazano učinkovitih pristopov *pri izboljševanju DZ oseb s težavami v DZ, predvsem pri depresiji, ki omogoča dostopnost brez stigmatizacije, spodbuja prepletenost in soodvisnost zdravstvenih in socialnih služb pri odkrivanju, zdravljenju in psihosocialni rehabilitaciji oseb s težavami v DZ ter izvajalcev preventivnih programov v šolah ter v sklopu vseživljenjskega učenja, v izvajanju treningov telesne kondicije kot dolgoročno najkoristnejšega ukrepa za obvladovanje težav v DZ*. Opozarjajo, da je NVO tudi *akter, katerega kakovost delovanja je odvisna od zaposlenih, in da včasih deluje 'zgolj na papirju'*.

Na odprto vprašanje, kateri bi bili relevantni kazalniki za merjenje učinkovitosti delovanja NVO za osebe s težavami v DZ in njihovega sodelovanja v podporni mreži, so anketiranci opisali paleto različnih možnosti. Po mnenju izvajalcev v NVO so relevantni kazalniki: (1) številčni (*število uporabnikov, število stikov z osebami, ki si to želijo, število storitev, število izvedenih preventivnih programov, število ponovitev bolezni in trajanje poslabšanja, zmanjšanje števila samomorov*), (2) v zadovoljstvu uporabnikov storitev (*izboljšani rezultati vprašalnikov (merjenje ob vstopu v program in na koncu), spremljanje osebe s težavami v DZ skozi običajno življenje, zdravljene oseb z depresijo in preprečeno predčasno prekinitve zdravljenja ter v izboljšanje stanja posameznika (ponovna vrnitev na delovno mesto, število ponovitev bolezni in trajanje poslabšanja, bolniški stalež, število hospitalizacij, širjenje socialne mreže oseb s težavami v DZ, vključevanje v razne aktivnosti, zadovoljstvo svojcev in zadovoljstvo strokovnjakov*), (3) sodelovanju *z drugimi organizacijami in prepoznavnost v okolju*. Izvajalci iz NVO menijo, da je za merjenje *najboljša kombinacija objektivnih in subjektivnih kazalnikov*.

Ostali izvajalci pa menijo, da so relevantni kazalniki za merjenje učinkovitosti delovanja NVO za osebe s težavami v DZ in njihovega sodelovanja v podporni mreži (1) številčni, kot npr. *število vseh uporabnikov NVO, število novih uporabnikov NVO, zmanjšanje stopnje depresivnosti in števila samomorov*. Meriti bi morali: (2) *prepoznavnost programov, ki jih izvaja NVO v nekem okolju, izboljšanje socialnega zdravja prebivalcev, predvsem pravice do zadovoljitve osnovnih človekovih potreb (delo, izobrazba, stanovanje, čisto okolje)*, (3) *zadovoljstvo vključenih s programi in storitvami, ki jih NVO izvaja, počutje posameznika, prisotnost ponovnih hospitalizacij, delež ozdravljenih (koliko osebam uspe premagati znake*

depresiranja z resocializacijo brez potrebe po hospitalizaciji) in (4) sodelovanje organizacij z vidika medsebojne pomoči in podpore. So pa mnenja, da se relevantni kazalniki težko določijo.

Nadalje so respondenti ocenili stopnjo strinjanja po ordinalni lestvici (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam), glede na trditve, ki smiselno dopolnjujejo do sedaj zbrane podatke. Vrednost Cronbachovega koeficienta α znaša 0,76. Ker je njegova vrednost manjša kot od 0,8, moramo ob interpretaciji upoštevati, da je lestvica sicer nekoliko manj zanesljiva. Pa tudi odstotni delež anketirancev, ki so odgovorili na to vprašanje, je bil bistveno nižji (64 %, n = 68). Rezultati so predstavljeni v Tabeli 3.29 v obliki povprečne vrednosti (\bar{x}), standardnega odklona (σ) na dva načina, ločeno glede na to, ali so izvajalci v ljubljanski (LJ) (n = 40) ali novomeški (NM) zdravstveni regiji (n = 29) in ali so iz NVO (NVO) (n = 29) ali kake druge organizacije (DRUGI) (n = 37) v podporni mreži za osebe s težavami v DZ.

Tabela 3.29: Sistem skrbi za osebe s težavami v DZ na primeru depresije z vidika izvajalcev

Trditve ⁷⁶	NM		LJ		NVO		DRUGI	
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ
naraščanje števila oseb z depresijo, ki se vključujejo v obravnavo	4,12	0,83	4,43	0,74	4,4	0,66	4,29	0,84
nizka stopnja integracije v podporni mreži za osebe z depresijo	4,12	1,27	4,04	1	4,17	1,23	4,06	1,13
doseženost pričakovanih učinkov podpore osebam z depresijo v lokalni skupnosti	2,72	1,34	3,15	1,35	2,87	1,33	3,03	1,43
motiviranost strokovnih delavcev za odzivnost na potrebe oseb z depresijo	4,24	0,93	4,31	0,62	4,27	0,74	4,25	0,76
neraziskanost mehanizmov vplivanja strokovnih delavcev na zadovoljstvo oseb z depresijo	3,92	1,72	4,15	1,35	4,38	1,4	3,82	1,31
prepoznavanje potreb posamezne populacije ne poteka kontinuirano	4,04	1,04	4,30	1,24	4,03	1,02	4,12	1,14
premajhno število skupnih dogodkov izvajalcev v podporni mreži za osebe z depresijo	4,38	0,97	4,26	1,13	4,03	1,09	4,36	1,08
prisotna tekmovalnost med organizacijami v podporni mreži za osebe z depresijo	3,67	1,74	4,0	1,64	3,76	1,62	3,64	1,6
nezadostnost vključevanja NVO v podporno mrežo za osebe z depresijo	4,29	1,27	4,04	1,34	4,04	1,17	4,0	1,32
zagotavljanje kontinuirane skrbi z vključevanjem NVO lažje	4,39	0,89	4,15	0,86	4,21	0,92	4,21	0,93
naravnost sistema v Sloveniji k vzdrževanju in krepitevi javnega sektorja	4,25	1,51	3,04	1,02	3,72	1,28	3,36	1,34

⁷⁶ Trditve iz anketnega vprašalnika so v tabeli smiselno skrajšane (glej Priloga Č1).

Izvajalci ocenjujejo, da narašča število oseb s težavami v DZ na primeru depresije, ki se vključujejo v obravnavo ($\bar{x} > 4,4$), ocenjujejo, da so motivirani, da se odzovejo na potrebe oseb s težavami v DZ ($\bar{x} \geq 4,24$), ter potrjujejo, da je število skupnih dogodkov izvajalcev v podporni mreži za osebe s težavami v DZ premajhno ($\bar{x} \geq 4,03$), da je vključevanje NVO v podporno mrežo za osebe s težavami v DZ nezadostno ($\bar{x} \geq 4,00$), ter da je med izvajalci podporne mreže prisotna nizka stopnja integracije ($\bar{x} \geq 4,04$). Da so doseženi pričakovani učinki podpore osebam z depresijo v lokalni skupnosti se niti strinjajo niti ne strinjajo (NM: $\bar{x} = 2,72$; LJ: $\bar{x} = 3,15$).

Med izvajalci ljubljanske in novomeške zdravstvene regije se kažejo manjše razlike, razen pri oceni naravnosti sistema skrbi v Sloveniji. Izvajalci iz zdravstvene regije Novo mesto se statistično značilno bolj strinjajo, da je sistem v Sloveniji naravn k vzdrževanju in krepitvi javnega sektorja kot izvajalci iz ljubljanske zdravstvene regije ($t = -3,32$, $p = 0,02$). Med mnenjem izvajalcev iz NVO in drugih ni statistično značilnih razlik, se pa kažejo manjše razlike npr. pri oceni stopnje neraziskanosti mehanizmov vplivanja strokovnih delavcev na zadovoljstvo oseb s težavami v DZ (NVO: $\bar{x} = 4,38$, DRUGI: $\bar{x} = 3,82$), kjer se izvajalci iz NVO bolj kot drugi izvajalci strinjajo, da je to področje neraziskano.

Na desetstopenjski lestvici (1 – pričakovani učinki niso doseženi, 10 – pričakovani učinki so doseženi) so izvajalci v povprečju ocenili pričakovane učinke celotne podpore oseb z težavami v DZ v skupnosti s 4,09. Pri tem v oceni ni bilo statistično značilnih razlik, ali gre za izvajalce iz novomeške ($\bar{x} = 4,18$) ali ljubljanske zdravstvene regije ($\bar{x} = 3,57$), iz NVO ($\bar{x} = 4,39$) ali iz kake druge organizacije ($\bar{x} = 3,86$), kar dodatno potrjuje predhodne rezultate raziskave.

Primeri dobre prakse in vizija razvoja skupnostne skrbi za DZ prebivalcev iz vidika izvajalcev

Navedeni primeri dobre prakse se glede na to, iz katere regije je posamezni izvajalec, niso razlikovale, razlike pa so se pojavile, ali deluje v NVO ali v drugi organizaciji podporne mreže. Najprej predstavljamo primere dobre prakse, ki so jih izpostavili izvajalci iz NVO.

Glede na izpostavljene značilnosti, jih lahko razvrstimo v tri skupine: (1) metode dela z uporabnikom storitev, kamor uvrščajo *obstoječe delo v okviru terapevtske skupnosti, svetovalno delo, psihoterapevtsko delo, pomoč za samopomoč, skupine za samopomoč, psihoterapevtsko oporo posamezniku in družini z težavami v DZ* ter programe dnevni center,⁷⁷

⁷⁷ Metode dela v programu dnevni center, ki jih izvajalci ocenjujejo kot primere dobre prakse: individualnimi pogovori, izvajanje prostočasnih aktivnosti, motiviranje, delo s svojci, iskanje močnih področij in virov moči,

osebne asistencije, telefonskega svetovanja, ki omogoča pomoč ob času, ko jo osebe s težavami v DZ potrebujejo, doživljajo krizo, in elektronskega portala z informacijami o duševnih motnjah, spletna orodja za uporabnike, skupine za samopomoč, sezname in kontakti terapevtov. Nadalje kot primer dobre prakse omenjajo (2) sodelovanje z drugimi, predvsem z zdravniki in psihiatri in drugim medicinskim osebjem, in prizadevanje za (3) zagotavljanje kontinuitete s *kontinuirano individualno obravnavo, kontinuiranimi skupinskimi dejavnostmi, pripravo in izvedbo individualnega načrta ter* (4) ozaveščanje o nujnosti zdravljenja, o pomenu vključevanja v NVO in druge oblike pomoči.

Aktivnosti, ki jih izpostavljajo drugi izvajalci kot primer dobre prakse obravnave oseb s težavami v DZ so podobne: (1) metode dela z uporabnikom storitev, (2) kontinuiteta obravnave, (3) povezovanje in sodelovanje za razrešitev problemske situacije pacienta in (3) odzivnost na potrebe izvajalcev. Pogosto so navedli tudi, da primeri dobre prakse ne obstajajo, *ker ni podpore s strani družbe kot celote, čeprav ima vsakdo pravico do človeku dostojnega življenja*. Metode dela z uporabnikom storitev, ki jih označujejo za primere dobre prakse, izvajajo vsak dan: *motiviranje in spodbujanje o skrbi za svoje zdravje (hrana, gibanje, samozavest ...), za iskanje pomoči, zdravstvenovzgojne delavnice, skupine z vedenjsko kognitivno terapijo, poslušanje, napotitev, svetovanje, prepoznavanje, zdravljenje z zdravili in psihoterapijo, pomoč svojcem, skupno iskanje smisla življenja, dvigovanje pozitivne samopodobe*. Menijo, da so uspešne tudi: *storitve obravnave v skupnosti, obiski na domu osebe po predhodnem naročilu zdravnika ali kot preventivni obisk, seznanitev z možnostjo pomoči in vključevanje v različne oblike dejavnosti, ki deluje na omenjenem področju*. Izpostavljajo pa tudi delavnice o depresiji Nacionalnega instituta za javno zdravje in presejalne teste. Primere dobre prakse pri zagotavljanju kontinuitete obravnave vidijo v *preventivnih obiskih patronažne službe 2x letno, kurativnih obiskih po delovnem nalogu družinskega zdravnika, rednih patronažnih obiskih pri otročnicah, starostnikih in osebah s težavami v DZ, pri spremljanju osebe z s težavami v DZ že pred hospitalizacijo in v izvajanju individualnih načrtov obravnave oseb z težavami v DZ v skupnosti*. Pri povezovanju in sodelovanju pa primere dobre prakse vidijo v *povezovanju z drugimi strokovnimi službami, ki so vključene v obravnavo iste osebe (psihiater, Ozara, ipd.), dobri triaži oseb s težavami v DZ, pogovoru in napotitvi k ustreznemu specialistu, v timskem delu in holističnem pristopu*. Izvajalec s področja zdravstvenega varstva je primer dobre prakse sodelovanja opisal na sledeč način:

aktiviranje, vključevanje in delovanje v ožjem in širšem okolju, načrtovanje prostega časa in vključevanje v aktivnosti dnevnega centra, razvijanje socialne mreže, delom z družino, motiviranje za jemanje terapije, itd.

ključni element psihiatrične obravnave in zdravljenja v skupnosti, kot ga izvaja naš tim, je obisk in posvet strokovnjakov s pacientom in njegovimi bližnjimi na domu, redno spremljanje pacienta na domu z oceno sodelovanja pri zdravljenju, svetovanjem družini, učenje delovnih in socialnih veščin ipd. Obravnava v skupnosti je torej individualno prilagojena zdravstvenim potrebam pacienta in temelji na povezovanju z drugimi službami v skupnosti, ki v času obravnave vključujejo pacienta v svoje aktivnosti (npr. NVO, ipd.). V primeru poslabšanja zdravstvenega stanja tim omogoča tudi ustrezne intervencije z zdravljenjem na domu ali napotitvijo v bolnišnico (AI34).

Opozarjajo tudi na pomen odzivnosti delodajalcev na njihove potrebe po izobraževanju (*izobraževanje na lastno pobudo z lastnimi sredstvi*) in zagotavljanje časa za dobro opravljeno delo, za poslušanje na vseh nivojih obravnave osebe s težavami v DZ, pri aktivnem zdravljenju in podpori ter pri informiranju svojcev.

Vizijo razvoja skupnostne skrbi za DZ prebivalcev in za osebe s težavami v DZ izvajalci v NVO vidijo predvsem na dveh področjih (1) sodelovanje znotraj in med službami ter (2) v izboljšanju odgovora na potrebe oseb s težavami v DZ kot uporabnikov storitev. Želijo si napredka v *aktivnem povezovanju različnih institucij (vladnih z nevladnimi) za celostno obravnavo oseb s težavami v DZ brez čakalnih dob, v dobrem medsebojnem sodelovanju vseh služb in strokovnih delavcev v multidisciplinarnih timih brez rivalstva med njimi, razvijanje protokolov sodelovanja in skupnih programov preprečevanja težav v DZ, pa tudi večje podpore s strani najbližjih sodelavcev in nadrejenih v delovni organizaciji. Za izboljšanje odgovora na potrebe oseb s težavami v DZ vidijo možnosti v povečanju časa namenjenega njim, svetovalnici z različnimi programi: psihosocialne pomoči, preventive in skupnostne skrbi z destigmatizacijo, večji dostopnosti psihoterapij v okviru javnega zdravstva in z razvojem terenskega dela (obiski oseb s težavami v DZ na domu), s konkretno pomočjo v njihovem vsakdanjem življenju.*

Vizija razvoja skupnostne skrbi za osebe s težavami v DZ z vidika drugih izvajalcev vključuje: (1) boljše delo s kadri. Menijo, da bi bilo potrebno razviti sistem, da bodo sposobni bolj nagrajeni ter tako *bolj motivirani za delo z osebami s težavami v DZ, pa tudi za prostovoljno delo v društvih in skupinah za samopomoč*. Kot drugo predlagajo (2) izboljšanje odgovora na finančno stisko oseb s težavami v DZ, s ponudbo *brezplačnih delavnic na temo težav v DZ in skrbi za zdravje v smislu, kaj lahko naredimo sami, o socialnih veščinah in veščinah reševanja konfliktnih situacij s povračilom stroškov prevoza osebam iz oddaljenih krajev v posamezne programe, ter razširiti strokovno mrežo v te kraje*. Priložnosti za razvoj vidijo tudi v (3) spremembi sistema. Menijo, da *če uspemo izboljšati možnost dostopa do*

ustrezne psihosocialne pomoči osebam s težavami v DZ, ki sicer ne iščejo ali je ne morejo poiskati sami, je to že velik korak naprej. Da bi to dosegli, je potrebno (4) spremeniti metode dela: da delamo s celotno družino oz. celotno okolico posameznika in dosežemo usklajeno delovanje in sodelovanje strokovnjakov z različnih ravni zdravstvenega varstva v njegovi obravnavi, tako lahko pravočasno ukrepamo in preprečimo ponovna poslabšanja bolezni. Potrebna je večja angažiranost posameznika in omenjenih skupnosti, grajenje zaupnega odnosa, ki je v primeru poslabšanj ključnega pomena in pa nadaljevanje s programom 'obisk psihiatra na domu', za zagotavljanje varnosti v lokalnem okolju in krepitev DZ, integracije v skupnosti in zagotavljanje dostopnosti službe 24 ur na dan in vse dni v letu.

- ***Povzetek rezultatov anketiranja izvajalcev o podporni mreži za osebe s težavami v DZ***

Ugotavljamo, da stopnja odzivnosti izvajalcev za sodelovanje v raziskavi ni bila na visoki ravni. Kljub temu pa zbrani podatki omogočajo dober uvid v dogajanje na obravnavanem področju s perspektive izvajalcev v podporni mreži za DZ. **Delovanje NVO** vidijo izvajalci v NVO skozi oči neposrednega izvajalca konkretnih aktivnosti, ostali izvajalci pa celo nekoliko širše: kot koordinatorja, povezovalca in izvajalca. Izvajalci v NVO so se bistveno pogosteje kot drugi izvajalci odločali, da programi NVO, ki jih še nimajo, niso nujni. Drugi izvajalci pa so bili manj seznanjeni o tem, kateri programi sploh delujejo v njihovi lokalni skupnosti. Najmanj poznajo dejavnost skupin za samopomoč za svojce, programe destigmatizacije ter zaposlitvene rehabilitacije in socialne vključenosti.

Pri oceni sodelovanja med izvajalci niso podali visokih ocen. **Prisotnosti protokolov sodelovanja** ne potrdijo, pa tudi ne ovržejo. Pri tem so izvajalci iz ljubljanske zdravstvene regije nekoliko bolj zadovoljni z obstoječimi programi znotraj regije. 50 % jih je potrdilo prisotnost terenskega dela in nudenja osebne strokovne pomoči prebivalcev na njihovem domu v okviru njihovih organizacij. Pokazalo se je, da se izvajalci pri sodelovanju z NVO soočajo z zakonodajnimi in finančnimi omejitvami. Opozarjajo na medsebojno nezaupanje, pri tem so slabše ocene podali izvajalci iz NVO. Drugi izvajalci so bili bolj prepričljivi pri potrditvi prisotnosti stereotipov o NVO.

Pri oceni **pričakovanih učinkov delovanja NVO** se je gledano posplošeno pojavilo neskladje. Po eni strani izvajalci menijo, da na njihovem področju še ni dovolj NVO, po drugi strani priznavajo, da o njihovem delovanju niso dovolj informirani, kot tretje pa jih veliko tudi meni, da teh programov ne potrebuje. Izvajalcem, ki ne delajo v NVO, se zdi bolj relevantno preverjati učinkovitost z vsakoletno evalvacijo zadovoljstva uporabnikov in preverjanjem

števila obravnav kot samim izvajalcev v NVO. Ti se bolj strinjajo, da je učinkovitost odvisna od sodelovanja z ostalimi izvajalci v podporni mreži. So pa vsi, kot kažejo podatki, večinoma pozorni, da delujejo preventivno v smislu promocije DZ. Izvajalci iz novomeške zdravstvene regije in tisti, ki delujejo v NVO so nekoliko bolj pozorni na preventivno delovanje kot izvajalci iz ljubljanske zdravstvene regije ali drugih organizacij, kjer jih petina sploh ne deluje preventivno, kar verjetno izhaja iz narave njihovega dela. Pri navedbi relevantnih kazalnikov za merjenje učinkovitosti delovanja NVO se oboji strinjajo, da je relevantne kazalnike težko določiti in da je najboljša za preverjanje učinkovitosti kombinacija kazalnikov: številčnih, zadovoljstvo uporabnikov, sodelovanje NVO z drugimi organizacijami ter prepoznavnost NVO v okolju. Primere dobre prakse dela NVO, ki so jih navedli izvajalci v NVO, lahko razvrstimo v skupine: metode dela z uporabnikom storitev, sodelovanje z drugimi, zagotavljanje kontinuitete. Primere dobre prakse, ki so jih navedli ostali izvajalci, pa so metode dela z uporabnikom storitev, kontinuiteta obravnave, odsotnost primerov dobre prakse, povezovanje in sodelovanje za razrešitev problemske situacije ose terb s težavami v DZ ter odzivnost na potrebe izvajalcev.

Ocena doseganja **pričakovanih učinkov celotne podpore (ne samo NVO)** oseb s težavami v DZ v skupnosti z vidika izvajalcev je 4,09 na desetstopenjski lestvici. Ocenjujejo, da tam, kjer delujejo, mreža zdravstvenih in socialnih storitev v lokalnih skupnosti ni dovolj dobra, enako velja tudi za zdravje in DZ prebivalcev. Med regijama se v korist ljubljanske zdravstvene regije pojavlja nekoliko večja razlika glede ocene stopnje urbaniziranosti, povprečne ocene stopnje izobrazbe in ocene bruto družbenega proizvoda. Prevladuje mnenje, da so prebivalci lokalnih skupnosti v neenakem položaju glede koriščenja storitev podporne mreže za DZ. Nabor različnih poklicev, ki kot izvajalci delujejo v skrbi za osebe s težavami v DZ, presega okvire zdravstvenega in socialnega varstva. Ocenjujejo, da osebe s težavami v DZ potrebujejo na poti okrevanja profesionalnega strokovnega delavca in psihoterapijo, najmanj naj bi bil potreben terenski motivator in obravnava v bolnišnici. Priložnosti za razvoj skupnostne skrbi za DZ prebivalcev in za osebe s težavami v DZ izvajalci v NVO vidijo v dveh temeljnih področjih: (1) izboljšanje sodelovanja znotraj in med službam ter v (2) izboljšanju odgovora na potrebe oseb z težavami v DZ kot uporabnikov storitev. Ostali izvajalci pa vidijo priložnosti v: (3) boljšem delu s kadri, (4) izboljšanju odgovora na finančno stisko prebivalcev, (5) spremembi sistema in spremembi metod dela. Statistične podatke o značilnostih prebivalcev lokalne skupnosti poseduje premalo izvajalcev, skoraj neodvisno od tega, iz katere regije so, ali delajo v NVO ali ne.

3.2.5 Ocena stanja in potreb oseb s težavami v DZ s perspektive uporabnikov storitev

- *Metodološka pojasnila o zbiranju podatkov o oceni stanja in potreb s perspektive uporabnikov storitev in njihovih svojcev*

V tretji fazi smo uporabili kvalitativno metodo zbiranja podatkov. Prošnjo za soglasje za izvedbo raziskave smo posredovali vsem NVO, ki delujejo na področju DZ v obravnavanih regijah (glej Tabela 3.9). Odzvale so se štiri NVO, tako da smo izvedli štiri fokusne skupine, dve v novomeški in dve v ljubljanski zdravstveni regiji. Posamezna fokusna skupina je trajala 1–2 uri (Priloga D1). Zbrane podatke smo dopolnili še z individualnim intervjuvanjem oseb s težavami v DZ po priložnostnem vzorcu. Te praviloma niso bile vključene v NVO. Zbiranje podatkov je tako trajalo od januarja do junija 2014. Skupno se je vključilo približno 82 uporabnikov storitev in njihovih svojcev. Pri tem pa točnega števila ne moremo določiti, ker so na fokusne skupine uporabniki storitev prihajali in odhajali glede na svoje počutje.⁷⁸ Izvedene so bile praviloma v prostorih NVO, brez prisotnosti strokovnih delavcev NVO. Po vsaki fokusni skupini je sledila še manjša pogostitev za sodelujoče in neformalni pogovor. Individualni polstrukturirani intervjuji (glej Priloga D2) so bili izvedeni praviloma v prostorih drugih organizacij ali na javnih površinah. Po izvedbi je enako potekalo neformalno druženje in pogovor.

Kvalitativna analiza zbranih podatkov je potekala v programu Microsoft Word 2010 ter ob podpori računalniškega programa NVIVO 10. Zvočni posnetki intervjujev so bili dobesedno prepisani. Teksti so bili večkrat prebrani v celoti in odprto kodirani glede na posamezno zastavljeno vprašanje. Kode so bile združene v kategorije, te pa v področja. Sledila je sinteza področij in kategorij v skupne teme, da je bil pridobljen profil delovanja NVO v podporni mreži za DZ – za osebe s težavami v DZ na primeru depresije. Izbrane so bile tudi nekatere ključne izjave respondentov, ki so glede na posamezno zastavljeno vprašanje predstavljene kot rezultati.

- *Ocene stanja in potreb oseb s težavami v DZ s perspektive uporabnikov storitev*

⁷⁸ Po posvetu s strokovnimi delavci smo ob pridobitvi informiranega soglasja sprejeli postavljeni pogoj, da ne bomo zbirali podpisov sodelujočih, ker je to občutljivo področje, tako da so imeli uporabniki možnost prihajanja in odhajanja. Metodo fokusna skupina smo prilagodili v t. i. odprti tip, zaradi načina dela v NVO, specifičnih značilnosti ciljne populacije in prostorskih pogojev.

Rezultati kvalitativne analize in kodiranja prepisov zvočnih posnetkov fokusnih skupin in intervjuvanja so predstavljeni glede na posamezno zastavljeno vprašanje v vsebinsko medsebojno povezanih sklopih (Priloga D3–D11).

Skrb za DZ prebivalcev Slovenije in zadovoljevanje potreb oseb s težavami v DZ

Uporabniki storitev so ocenili skrb za DZ prebivalcev Slovenije in zadovoljevanje potreb oseb s težavami v DZ na primeru depresije v okviru petih področij: (1) kakovost obravnave, (2) kakovost življenja oseb z izkušnjo oseb s težavami v DZ, (3) politika zaposlovanja, (3) doživljanje oseb z izkušnjo težave v DZ, (4) izvajalci skrbi, (5) specifične značilnosti lokalnega okolja (glej Priloga D.3). Kakovost obravnave ocenjujejo od 3–4 na desetstopenjski lestvici (1 – slaba, 10 – odlična), prepoznajo neenakost v možnostih do obravnave, predvsem do dostopa do psihiatra. Pogovor z zdravnikom ocenjujejo kot prekretek. Težava je tudi obisk psihiatra v drugem kraju, zaradi pravil zavarovalnice o povračilu stroškov prevoza. Dostop do psihiatra bi potrebovali vsak dan, saj drugi zdravniki težko predpisujejo zdravila za njih ali prepoznajo poslabšanje, ker jih ne poznajo. Pojavi se lahko tudi neuskkljenost pri zdravljenju, eni so zagovorniki zdravljenja v bolnišnici, drugi na njihovem domu. Izpostavili so, da:

potrebuješ dolgo, da se osamosvojiš po bolnišničnem zdravljenju, ker si na visokih dozah zdravil. Utrujenost in zaspanost je prisotna, težko sam funkcioniraš, skrbiš za sebe. Drugače za bolnico ni problem, si na toplem, imaš za jesti, dogaja se, spati imaš kje. Te sprosti, ker nimaš nobenih obveznosti. Potem vidiš, da je dobro, da si nekaj časa v bolnici, da čisto odklopiš. Nimaš nobenega občutka, sedaj pa moraš to, pa ono (F3).

Kakovosti življenja osebe z izkušnjo težav v DZ ne ocenjujejo kot dobre, omenjajo, da je že potreba po socialni pomoči negativni faktor za kakovost življenja. Sicer je problem, če si lastnik avta, že ne moreš dobiti socialne podpore. Na kakovost njihovega življenja imajo vpliv tudi pričakovanja svojcev, ki so običajno nerealna, prevelika, predvsem glede izpolnjevanja njihovih življenjskih vlog, in predstavljajo velik psihološki pritisk. Nadalje imajo vpliv na kakovost njihovega življenja še sprijaznitev zaradi sprememb zunanjega izgleda, ki je posledica procesov staranja, in različni življenjski pripetljaji. Se pa strinjajo, da sta telesno in DZ zelo povezana.

Želijo si sprememb v politiki zaposlovanja, saj bi radi delali v stroki, v kateri so se izobraževali, se pa zavedajo svojih omejitev, da imajo kot osebe s težavami v DZ določene značilnosti. Večina jih je brezposelnih ali na polovičnem delovnem času, mnogi so upokojeni.

Pri iskanju zaposlitve imajo običajno težave že pri zaposlitvenem razgovoru, *saj se lahko težava opazi* (F2). Bolj jim ustreza polovični delovni čas, različne oblike socialnega dela. Opažajo pa, da se ob zaposlitvi, če ni posebnih psiholoških pritiskov, težava umiri. Navajajo, kako je, če nimaš zaposlitve:

ni za živeti ne za umreti. Razen če se ne greš sive ekonomije. Jaz pravim, da narobe razmišljajo od a do ž. Če bi ti lahko zaslužil še 300 eur zraven, bi bil rešen. Namesto da bi vzel socialno pomoč, bi od tega plačal davek, si aktiven državljan. Ne pa, da si upokojen in ničesar ne moreš (F2).

Doživljanje oseb z izkušnjo težav v DZ opisujejo večplastno. Izpostavljajo, da se morajo naučiti, da poiskati pomoč ni sramota, temveč vrednota, da si ne smejo več prizadevati za neopaznost, da jim je v odnosu z drugimi ljudmi mnogokrat neprijetno. Soočajo se s padcem volje in motivacije, še posebej, če nimajo strukturiranega dnevnega ritma. Negativne spomine imajo tudi na postopke hospitalizacije proti njihovi volji, ki so praviloma večmesečne. Pozdravljajo pa različne skupnostne akcije, npr. akcijo s tekom nad stigmo. Pogosto povedo primere, ko so ljudje uspeli 'premagati' težave v DZ:

za tem je veliko trdega dela. To je zelo težka pot. Če se ti nekaj takih stvari zgodi, potem je človek močnejši. Gre za težke boje. Greš od poncija do pilata. Potem moraš sam svoj korak narediti. Iščeš načine, kako bi bil ti močnejši. Nazadnje si ti tisti, ki moraš stvari popraviti. Te delavnice, ta izobraževanja ogromno pomenijo. Moraš veliko narediti sam na sebi, veliko vrat odpreti, da lahko stopiš naprej (F4).

Pri izvajalcih skrbi jim je pomembno, kakšen odnos imajo do njih kot uporabnikov storitev. Poudarjajo, da izvajalci ravno zaradi slabega odnosa izgubijo veliko uporabnikov storitev. Pogosteje bi se morali vprašati o ustreznosti izobrazbe posameznih izvajalcev in o vrednotenju njihovega dela, ker kako širijo informacije o svojem delovanju. Omenjajo:

več informacij o NVO mora biti med ljudmi, še prej, ko človek nima nobenih težav. Jaz sem to po naključju odkrila, ko sem bila res v težavah. Zloženke sem videla v zdravstvenem domu (F4).

Oceno skrbi povezujejo tudi s specifičnimi značilnostmi lokalnega okolja. Omenjajo npr. zgodovinske okoliščine za lokacijsko koncentracijo obolelih, npr. izolacijo 'belogardističnih gnezd', kot razlog za koncentracijo večjega števila oseb s težavami v DZ.

Podporna mreža organizacij za DZ prebivalcev in za osebe s težavami v DZ v lokalnih skupnostih

Uporabniki storitev ocenjujejo podporno mrežo organizacij za DZ prebivalcev in za osebe s težavami v DZ skupaj na primeru depresije v lokalnih skupnostih glede na pet področij: (1) organizacija pomoči, (2) obravnava oseb s težavami v DZ, (3) občutene potrebe uporabnikov storitev, (4) metodološki pristop k obravnavi, (5) vloge deležnikov v podporni mreži (glej Priloga D.4). Mnenja so, da je podpora mreža organizacij za DZ prebivalcev in za osebe s težavami v DZ slabše organizirana v bolj oddaljenih krajih in ob koncih tedna in med prazniki. Uporabnica je navedla:

zelo slabo je poskrbljeno čez vikend. Sploh za tiste, ki smo sami. Moral bi biti nek prostor, kjer bi se ljudje s podobnimi težavami dobivali, se družili, igrali kakšne igre (F4).

Nadalje nekateri jasno opredelijo razlike med ACT timom, nadzorovano obravnavo in skupnostno psihiatrijo. Pojasnjujejo, da izvajalci skupnostne psihiatrije ne morejo biti bolnišnice, skupnostna psihiatrija odkriva probleme na terenu in deluje preventivno, bolnišnični ACT timi pa obiskujejo osebe po dogovoru iz bolnišnice. *Oni pokrijejo 20 ljudi, in to samo tiste ljudi, ki so iz bolnice. Skupnostna psihiatrija je tista, ki odkriva probleme na terenu. Odkriva in deluje preventivno (F3).* Sicer menijo, da primanjkuje ljudi na terenu, da *obstaja problem podeljevanja koncesij in omejenih pooblastil policije (F1).* Uporabnica pojasni, da je k njej hodila dvakrat na teden patronažna služba: *me, ki smo v depresiji, se pogovorimo z njo dvakrat na teden (F4).*

Menijo, da je obravnava vseh oseb s težavami v DZ preveč medikalizirana, da so predvsem mladi preveč obremenjeni z zdravili in dvojnimi diagnozami zaradi pogoste odvisnosti. Priznavajo pa, da so ob pojavu krize moteči za okolico in da potrebujejo takrat zdravila, ležanje in mir. Z zdravljenjem pa je potrebno pričeti čimprej, saj je za zmanjšanje posledic bolezni pomembna vsaka sekunda. Opozarjajo, da se težave v DZ začnejo veliko pred postavitvijo diagnoze in da velikokrat krivijo za izbruh preobremenjenost. Omejena dostopnost do psihiatra za osebe s težavami v DZ predstavlja še dodatni dejavnik tveganja za odložitve ali slabo kakovost obravnave:

pride psihiatrinja na štirinajst dni. Ko pride iz Ljubljane, nas je včasih tudi po petnajst tam. Potem se ona ne more toliko posvetiti vsakemu. Ne moreš povedati vsega, kar veš, saj zadnjič je bilo to po radiu. Ona bi morala biti vsak dan tukaj, glede na to, koliko je tukaj teh problemov. Včasih je vse v redu, pa potrebuješ samo zdravila. Včasih ti je pa slabše, pa bi bolj potreboval pomoč. Zdravnika ni, moraš iti k osebnemu zdravniku, potem pa osebni zdravnik kliče v Ljubljano, v bolnico. Prek telefona se tudi zdravnik ne more pogovarjati. Problem je, ker pacienta ne pozna, kako poteka bolezen pri njem (F4).

Od podporne mreže pomoči velikokrat pričakujejo pomoč, čeprav so to zavrnili, zaradi notranje težnje po izogibanju direktnega soočanja z ljudmi: *tudi če ne prosiš, če zavračaš pomoč, jo potrebuješ, vrtanje ni vedno nadležno* (F2). Muči jih nesposobnost razmišljanja, občutek stiskanja, neuspeh pri študiju, stopnjevanje utrujenosti, lastno preobremenjevanje zaradi težnje, da vse opravijo sami, potreba postaviti se zase, psihična kriza zaradi finančne krize, premajhne zmožnosti za samostojno delovanje. Ocenjujejo, da so v javnosti še vedno prisotne negativne predstave o bolezni, ki se pa počasi spreminjajo, da imajo strokovni delavci velikokrat iluzorne predstave o njihovih zmožnostih, posledice njihovih strokovnih napak pa so lahko hude. Pri delu strokovnih delavcev obstaja problem neizpolnjenih obljub, razlog za to pa je velikokrat zakompliciran sistem pomoči. Ustrezni metodološki pristop k njihovi obravnavi je psihosocialna rehabilitacija v NVO, kjer vedno najdejo tudi poslušalca pa tudi strokovnega delavca. Moti jih ocena svojcev, da so težave v DZ na primeru depresije lenoba in ne bolezen, njihova pretirana skrb in stalno preverjanje, največkrat po telefonu.

Vstop oseb s težavami v DZ v obravnavo

Uporabniki vstop oseb s težavami v DZ ocenjujejo v okviru petih področij: (1) izvajanje življenjskih aktivnosti, (2) osebno doživljanje, (3) prepoznavanje potrebe po pomoči, (4) prvi stik s strokovnjaki, (5) hospitalizacija proti volji, (6) vstop v NVO, (6) zdravljenje v psihiatrični bolnišnici in (7) preventivni programi (glej Priloga D.5). Pri izvajanju življenjskih aktivnosti je prisotno nihanje njihove energije, nemoč zaradi bolezni, zgodi se jim celo izguba zanimanja za življenjske aktivnosti in druge pomembne stvari. Situacijo je uporabnica opisala na sledeč način:

najprej so bila neka nesoglasja in stiska na delovnem mestu, ki je začela pogojevati nespečnost, raznorazne težave, predvsem otožnost, nejevoljnost, nesposobnost koncentracije, nesposobnost sledenju dnevnih aktivnosti. Pozabljivost, skratka veliko in veliko težav, ki sem jih imela, in nisem našla izhoda. Tudi nihče v okolici ni prepoznaval teh težav, mojih signalov. Morala sem se sama prisiliti, da sem poiskala pomoč (I2).

Pojav bolezni opisujejo kot dolgotrajni proces, ki ga pomembno označujejo nepoznavanje težave ter potrebe po zdravljenju, včasih pa se težava v DZ res izraža zelo netipično. Menijo, da pri osebah prihaja do skrivanja simptomov, pregovarjanja s samim seboj, tihih klicev na pomoč, izmikanju pogovoru. Udeleženec fokusne skupine je predstavil sledečo izkušnjo:

pred desetletji, ko sem se v tem procesu zdravljenja, takrat sem od depresije bruhal. Pa ne samo od depresije. Bil je en čas, ko je tako pritiskalo name, potem pa sem imel eno

slučajno srečo, ko sem naletel na kolega, ki ni imel predsodkov do psihiatričnih bolnikov in do psihiatrije. Potem mi je dal en recept in me spravil v sistem (F2).

Okolica pripisuje vedenje osebe s težavami v DZ najprej posebnemu značaju osebe, padcu samopodobe. Korak naprej je možen, ko si osebe same priznajo in dovolijo nepopolnost. Od pojava simptomov pa do postavitve diagnoze lahko traja tudi pet let in več. Sami praviloma ne najdejo izhoda iz krize, si ne priznajo, da potrebujejo pomoč, krivdo za težave pripisujejo drugim. S stopnjevanjem bolezni se večajo sekundarne posledice, *nujno je delanje korakov v smeri iskanja osebe za pomoč in pa pomoč nekoga, ki jih bo spodbudil k pogovoru, kljub temu da tega ne želijo (F4).* Uporabnica storitev navaja:

očitno se mi je depresija začela že dolgo pred tem, predno so mi postavili diagnozo. Bila sem pri psihiatru. To je šlo postopoma in sploh nisem ugotovila, da je kaj narobe. V bistvu so me pa potem starši pregovorili, da sem obiskala psihiatra. Ja, jaz mislim, da bi morali prej odreagirati, da bi me postavili pred dejstvo, da ne bi potem tako zavlekla študija. So bili preveč mehki. Se mi zdi, da so bili tudi starši v fazi zanikanja (I1).

Vstop v zdravljenje, kot navajajo uporabniki, nekoliko odmaknejo še strah pred pogovorom s psihiatrom, zbiranje poguma za klicanje. Pogosto je prvi pregled samoplačniški, da ni navedbe v zdravniškem kartonu. Problem pa je tudi, ker prve spremembe nastopijo šele od 3 do 4 tedne po začetku jemanja terapije. Menijo, da so različne pretveze, pod katerimi izpeljejo hospitalizacijo proti volji, mnogokrat nepotrebne, enako medikamentozno umirjanje z injekcijo, predvsem pa jim je neprijetno, ko pridejo na dom rešilec in policija, kot da so 'največji kriminalci'. Zdravljenje v psihiatrični bolnišnici poteka pod vodstvom visoko usposobljenih strokovnjakov, izvajajo se različni ukrepi za umirjanje pacienta, tako z zdravili kot s privezom. Pogosto se pošalijo, da *je meja za norost hospitalizacija na psihiatriji, da tako mislijo že otroci (F3).* Sprašujejo se o upravičenosti in koristnosti obstoječega načina zdravljenja, vplivu zdravljenja na možgane, vseh pa so jim prosti vikendi v času hospitalizacije, *čprav je po prostem vikendu težko priti nazaj v bolnišnico (I8).* Sicer so hvaležni zaposlenim, njihova prijaznost jim veliko pomeni, morajo pa razmisliti o uporabljenih metodah za umiritev osebe.

Tudi vstop v NVO jim ni bil lahek. Mnogi vstopijo na skrivaj, ker so žrtve žaljenja drugih, včasih jim vstop odsvetujejo tudi svojci. Ocenjujejo, da se zgodi vstop v NVO takrat, ko se stanje že izboljšuje:

da ti prideš na NVO, moraš biti že OK, precej moraš biti dober, da prideš do sem. On, ko pride ven, pa ne more še funkcionirati, da bi vstopil v NVO (F1). To je tako, kot če te zob boli, pa si pred zobarjem (F3).

NVO jim predstavlja vir informacij, možnost za pogovor. Je pa informiranost o programih NVO med ljudmi zelo nizka. Opozarjajo na primanjkljaj preventivnih programov za dijake in študente. Menijo, da bi predavanja o težavah v DZ morala biti že v srednji šoli in tudi v času študija, na vseh smereh. Moti jih tudi slabša povezanost služb.

Potrebe oseb s težavami v DZ

Uporabniki storitev s področja DZ potrebe oseb s težavami v DZ opišejo v okviru sedmih področij: (1) ukrepi za povečevanje aktivnosti, (2) delovanje uporabnikov storitev, (3) pravica do dela, (4) socialno vključevanje, (5) problematika delovanja strokovnih delavcev, (6) obravnava bolezni, (7) medikalizacija (glej Priloga D.6). V okviru občutenih potreb, povezanih z lastnim DZ, najpogosteje opozarjajo na prisotno medikalizacijo, na njihovo potrebo po delu in socialnem vključevanju. Pri tem se jim zdijo ključni odnos, znanje, izkušnje strokovnih delavcev in njihova predanost delu. Izpostavljajo tudi potrebne ukrepe ob prisotnem občutenju hude notranje bolečine, za povečevanje njihovih aktivnosti, predvsem zjutraj, in lastno odgovornost pri tem.

Kot ukrepe za povečevanje njihove aktivnosti vidijo v informiranju, terenskem motiviranju in samomotiviranju, v skupnostni psihiatriji in psihosocialni rehabilitaciji v NVO. Pomaga tudi ponudba brezplačnih aktivnosti v lokalnih skupnostih, skrb za živali, itd. Redni uporabnik storitev dnevnega centra navaja:

- *k psihiatru grem na vsake tri mesece. Najtežje mi je zjutraj, zjutraj zelo težko vstanem. Mlahav sem zjutraj. Samo dvigniti se moraš iz postelje, to je podvig. Do 11. ure nisem mogel, res. Najboljše je takrat, ko moraš vstati zaradi službe, ali če imaš kaj drugega. Pomaga radio, telefonski klic ... meni kavica ... mene pa muca dvigne, ker ji je treba dati jesti ... kuža tudi zahteva, da ga zjutraj ven pelješ. Tisti, ki ima psa, je to tudi neka podpora, da ga privabi iz postelje. To je tudi tisto, ki te pritegne k aktivnosti (F4).*
- *Jaz, ko imam krizo, vzamem kužka, pa grem na sprehod. Koristi njemu in meni. Po gozdu, ko slišiš ptičke, šelestenje. Misli imaš čisto nekje stran. Meni osebno pomaga ob teh notranjih bolečinah, ki so skozi moj spremljevalec. Slabše bi bilo, če bi kje doma poležaval (F3).*

Pomembna podpora je tudi socialna mreža same osebe s težavami v DZ, predvsem 'dobri prijatelji', ki nimajo predsodkov do oseb s težavami v DZ. Razvili so različne tehnike samomotiviranja: *zbistritev glave z mrzlo vodo, siljenje z enostavnimi gibi h gibanju,*

prigovarjanje, da ni smiljenja samemu sebi, vztrajanje k aktivnosti s pomočjo trme za preživetje (F4).

Delovanje uporabnikov storitev je usmerjeno tudi k doseganju sprememb v sistemu skrbi na različne načine, na 'uporabniški prispevek' državi. Izpostavljajo pomen gibanja in prehrane, realnost ob zdravljenju in navajenost na skromno življenje ter občasnega posluževanja pomoči Rdečega križa, Karitasa, itd. Veliko jim pomeni tudi dober poslušalec:

Klub temu da kažeš, da ne potrebuješ poslušalca, ga potrebuješ. Imaš občutek, da bi drugi moral izveliči to iz tebe. To je pomembno! Kot strokovnjak verjetno ne veš, koliko smeš vprašati, da koga ne boš še bolj prizadel. Kaj pa je to, kako pa to, me je skozi spraševala. Takrat mi je tisto veliko pomagalo. Poslušalec je zelo dragocen (F3).

Kot problem označujejo omejitve vožnje avtomobila zaradi psihiatričnih zdravil in nevarnost odvisnosti pri mladih shizofrenikih, kar opišejo s prisodobno *pošastnost shizofrenije ali božanskost droge (F2)*. Tretji problem pa je pomanjkljivo prepoznavanje in razvijanje njihovih sposobnosti, talentov, da bi prek zastavljenih ciljev videli, da imajo svojo prihodnost kljub težavi v DZ. Pripovedovanje lastne zgodbe jim prinese olajšanje, tudi pogovor prek mobitela. Skozi dolgoletno vsakominutno delo razvijajo podporne mehanizme za normalni izgled in delovanje:

Mislim, da pomaga, da si postaviš cilje, da te spodbujajo, da jih dosegaš. Ker s tem tudi vidiš, da imaš eno prihodnost. Da ugotoviš, da ni vse tako črno. Mislim, da je potreba ljudi, da imajo nekoga, da se lahko pogovorijo o tem (I1).

Naslednji problem je tudi, da je njihova pravica do dela velikokrat zanemarjena, čeprav je to za vse zelo pomembna življenjska aktivnost. Svoji delovni aktivnosti pripisujejo velik pomen, težko se sprejmejo kot brezposelne, upokojene, saj menijo, da delo krepí človeka in da morajo imeti zaslužek za normalno življenje:

Sistem socialne podpore je za njih nestimulativen, daje potuho, hkrati pa ne zadošča za življenje. Birokratski mejniki za posamezne pravice so večkrat neživljenjski (npr. za stanovanjsko subvencijo). Pogosto pa gre tudi za odklonitev dodatka za pomoč in postrežbo zaradi nevarnosti zahteve po kasnejšem vračilu (F4).

Po drugi strani pa menijo, da je javno zagovorništvo socialnih oblik dela pomanjkljivo, za njih bi morala veljati pozitivna diskriminacija pri vključevanju v sistem zaposlovanja. *Imamo togo zakonodajo in ni povezanosti med Centrom za socialno delo, Zavodom za zaposlovanje in psihiatrijo (F2)*. Opozarjajo tudi na svoje težave pri socialnem vključevanju. Socialno vključenost dojemajo kot preventivni ukrep proti težavam v DZ:

mravljinčenje glave, nesposobnost razmišljanja, ko da te nekaj stiska, ti ne da dihati, te duši. Na jok ti gre za vsako besedo. Jaz ene osebe nisem trpela zraven sebe. Praktično izolacijo sem hotela. Hkrati pa sem hotela tudi ven. Eno in drugo bi rada (F4).

Izpostavljajo, da niso imeli sreče v življenju, zato se jim je 'zgodila depresija', da pa je srečanje pravega človeka ob pravem trenutku prava sreča. Moč skupine, v katero so vključeni, jim velikokrat pomaga, da naredijo korak naprej. Ima pa po njihovem osamljenost več dimenzij, osamljen si lahko tudi v skupini, in prav nič osamljen sam doma.

Problematika delovanja strokovnih delavcev je po oceni uporabnikov premajhna podpora v njihovi borbi za pravice, ter da jim primanjkuje pravih orodij za delo z mladimi s težavami v DZ in odvisnostjo ter pri osebah, ki so samomorilno ogrožene. Sprašujejo se o smiselnosti zdravljenja in takšnih čakalnih dob pri specialistih. Poslabšanja težav v DZ se bojijo:

Ko sem jaz zapadel v hudo depresijo, so me morali nazaj v bolnico peljati. Da bi bil kompletno depresiven, se zelo bojim. To je čista grozljivka. To ni druge rešitve kot bolnica spet (F1).

Menijo, da morajo v bolnici delati ljudje s srcem in znanjem, da neprijaznost ni ustrezna za delo z ljudmi, je pa res, da vsak zavzame drugačen pogled na človeka in njegove težave.

Sodelovanje organizacij glede na potrebe uporabnikov storitev

Uporabniki storitev ocenjujejo sodelovanje organizacij glede na njihove potrebe v petih področjih: (1) ovire za sodelovanje, (2) priložnosti, (3) potrebe za sodelovanje, (4) izobraženost za sodelovanje in (5) primeri dobre prakse (glej Priloga D.7). Pri tem izražajo visoko stopnjo kritičnosti zaradi težav, ki so prisotne zaradi slabega sodelovanja organizacij, kar izražajo s frazo *'letanje od Poncija do Pilata' pri urejanju posameznih stvari (F4)*. Ovire za sodelovanje vidijo v vkopanosti obeh strani: javnega in nevladnega sektorja ter razlike v njihovih stališčih zaradi vpliva antipsihiatrije in izobraževalcev. Posledično se pojavlja kritična distanca do drugega sektorja in izobraževalcev:

Pri bodočem sodelovanju, v katerega jaz verjamem med medicino in socialnim delom, med psihiatrično medicino, da ne bomo sedaj vseh v isti koš metali, da ne bo pomote. Za interdisciplinarno sodelovanje bi morale obe strani malo iz svojih okopov. Da bi se to sodelovanje našlo pri tej skupnostni psihiatriji, da bi se ta pomemben korak naprej zgodil. Psihiatrična medicina je vkopana, dostikrat preveč ostro postavi meje, si ne pusti sodelovati. Socialno delo na področju DZ pa je na žalost še vedno preveč pod vplivom te desetletja stare antipsihiatrije (F4).

Nujno je, da tudi osebe s težavami v DZ sodelujejo z izvajalci in ne trmarijo, da iščejo nasvete, potrebna je osebna zavzetost na obeh straneh. Včasih je prisotno nerazumevanje omejitev s strani uporabnikov, kot npr. nenavajenost vožnje v Ljubljano zaradi geografske oddaljenosti. Izpostavili so:

ni dovolj, če si ti strokovnjak, pomemben je čut za sočloveka, ne da bodo prišli sem neki strokovnjaki, da bodo osebo čisto odrinili na stran in se pogovarjali ... ja, pa to bi bilo dobro, da naredi, pa to. Ta oseba, ki pa dejansko potrebuje pomoč, pa sploh ne pride do besede (F2).

Izobraženost izvajalcev za sodelovanje z uporabniki je vprašljiva, saj tega ni veliko v izobraževalnih programih. Vključevanje uporabnikov v izobraževanje pa ima pozitivne učinke zaradi sklepanja novih poznanstev. Za izboljšanje sodelovanja pa je pomembno tudi izobraževanje svojcev. Lažje je, če sodelujejo s svojci zaradi finančne podpore, težje pa je, če so tudi oni upokojeni ali osebe s težavami v DZ. Uporabniki navajajo, da sami obiskujejo aktivnosti različnih NVO, tudi za področje DZ, da pa bi si želeli, da bi usklajevali programe. Včasih se zanimive aktivnosti prekrivajo in se ne morejo udeležiti vsega, kar jih zanima. NVO jim nudi različne ugodnosti in pomagajo pri urejanju različnih stvari.

Na žalost je tudi tako, ker je res sredstev za NVO vsak dan manj in se moraš za njih boriti. Da bi bila tista zdrava konkurenca. Eni bi šli bolj v to, da bi razvijali bolj zaposlitveno rehabilitacijo. Ti bi pa lahko koristil te ali druge, lahko bi izbiral, lahko bi bil bolj spodbujen k širjenju socialne mreže (F4).

Primeri dobre prakse sodelovanja so medsebojna uporabniška podpora, delavnice medgeneracijskega sodelovanja, sodelovanje NVO z javnimi organizacijami zaradi urejanja različnih uradnih stvari. Več pa bi si morale NVO med sabo izmenjevati izkušnje in sodelovati pri pripravi skupnih aktivnosti.

Razlogi za in proti vključitvi v programe NVO

Uporabniki storitev so opisali razloge za ali proti vključitvi v NVO v okviru desetih področij: (1) struktura dneva, (2) spodbude za obiskovanje, (3) ovire za obiskovanje, (4) zdravstveno stanje, (5) kakovost življenja, (6) program NVO, (7) pogostost prihajanja, (8) deležniki v NVO, (9) podpora v življenjskih ciljih in (10) vloga svojcev (glej Priloga D.8).

Vključitev v NVO in redno obiskovanje programov jim pomaga pri vzdrževanju dnevnega ritma, saj menijo, da je pomemben red v življenju. NVO dojamejo kot vsakodnevno obveznost. Spodbude za obiskovanje dobijo pri prijateljih, starših, psihiatru, pa tudi v

izobraževalnem sistemu. Ugotovili so, da imajo manjše težave z zdravjem, če kombinirajo različne možnosti pomoči, kot če so samo doma. Vključitev v programe NVO vidijo kot možnost za korak naprej. Pri vključevanju v NVO pa jih ovirajo: predhodno nepoznavanje organizacije, da redko vidiš reklamo za brezplačne programe NVO, introvertiranost, sram pred drugimi, ostajanje doma zaradi lastnih strahov, nezaupanje okolici, lasten uvid v osebno dogajanje, neodobravanje pomembnih bližnjih zaradi udeležbe v NVO, preveč zaščitniški in pokroviteljski odnos staršev do otrok, obremenjenost z lastno družino, podcenjevanje resnosti situacije, preselitev v DSO, slabe izkušnje z zdravstvenimi delavci, nestrinjanje z delom strokovnih delavcev, poseganje v intimnost na razgovoru za zaposlitveno rehabilitacijo, neprimernost odnosov, vplivi ameriških filmov, odziv javnosti, občutek, da si javna tema:

mene je bilo strah, da bodo vsi vedeli za moje težave, pa niso. Zaradi teh strahov sem se preveč doma držal, več, kot mi je pasalo, pa več, kot je bilo potrebno. Jaz se strinjam, da morajo obstajati taka društva, ker veliko delajo na razbijanju te stigme, da psihična bolezen ni tak bavlav (F1).

Razlogi za (ne)vključitev so tudi v zdravstvenem stanju, vendar pogosto omenjajo, da čas prinese izboljšanje stanja, vendar ne na isto raven kot pred boleznijo. Stopnja samooskrbe se spremeni. Uporabnica na sledeči način opiše svoje zdravstveno stanje:

ob smrti Tita sem doživela živčni zlom, potem depresija, Moditen, Ladiomil, Efektin, trije poskusi samomora, invalidska upokojitev. Je pa nastopil napredek v zdravstvenem stanju zaradi udeležbe v programu NVO. Sedaj me je strah ponovnega izbruha bolezni, depresija strahotno boli (F2).

Menijo, da jim NVO bistveno pripomore h kakovosti življenja. Razlogi za to so druženje, medsebojno prijateljstvo, srečevanje z ljudmi, ki imajo podobno težavo, boljše počutje ob aktivnostih, prijetne izkušnje, prihajanje zaradi sprostitev, za zamenjavo okolja. Aktualno je medsebojno motiviranje za prihajanje – druženje. NVO opredelijo kot prostor, kjer se lahko odkrito pogovorijo o odnosih in težavah, o iskanju poti za spremembo. So brezplačne, kar je v njihovi situaciji zelo pomembno:

v NVO je vse zastonj, bolj varno in zdravo okolje je kot kje drugje, npr. v gostilni ali igralnici, vstopnina v NVO je učenje bridža. Tukaj se odvija normalizacija nenormalnega, ne prihaja do poseganja v intimnost, so v oporo tudi v času krize. Sicer pa je veliko odvisno od mentorja in strokovnih delavcev v programu (F1).

Program NVO ocenjujejo kot zelo bogat, prilagojen njihovim potrebam in zanimanjem. Na vseh fokusnih skupinah so izpostavili širok nabor aktivnosti: glasbene delavnice, športne aktivnosti, igranje družabnih iger, ustvarjalne delavnice, delavnice ročnih del, kulturno-

umetniške delavnice, potopisna predavanja, pogovorne in izobraževalne delavnice. Všeč so jim delavnice o zdravju, delavnice STIK (osnovne delavnice psihosocialne rehabilitacije). Ne gre samo za krepitev splošne razgledanosti, temveč za dejansko učenje novega načina življenja ob izkušnji težave v DZ.

V večjih centrih si bolj anonimni. Če pogledamo, kaj NVO nekje zunaj naredijo. V Ljubljani se jih nekaj pridruži, zunaj na podeželju pa cela skupnost. Bolj so povezani kot ena družina, vsi se med sabo poznajo. V Ljubljani si že v bloku težko zapomnimo ime soseda. V tem smislu dam pohvale NVO. Če je kdo od obiskovalcev v poslabšanju, bodo to tudi opazili. Glede na tempo, glede na vse te zadeve, pa je tu v Ljubljani lažji pristop (F4). Sicer so aktivnosti odvisne od vrste programov, ki jih izvajajo na posamezni lokaciji, ali gre za informacijsko pisarno ali dnevni center.

Kako pogosto prihajajo v NVO, je odvisno od tega, od kje so in ali imajo zagotovljen prevoz. Največkrat so omejeni zaradi potnih stroškov ali časa, če so zaposleni in imajo družino. Mnogi v program prihajajo že leta. V program socialna vključenost, npr. prihajajo vsak dan in so v programu po 6 ur. Nekaterim je NVO s področja DZ samo še 'vmesna postaja':

jaz hodim v obe NVO tukaj v mestu, pa tudi v društvo upokojencev v našem kraju. Sodelujem v projektu: 'Starejši za boljšo kakovost življenja'. Hodim na obiske starejšim v našem kraju, tako da mi to ogromno časa vzame. V društvu upokojencev sodelujem tudi pri pevskem zboru. Vključen sem v veliko dejavnosti. Z veseljem jih obiskujem (F3).

V NVO se srečujejo različni deležniki: mentorji, strokovni delavci NVO in ostali strokovni delavci, prostovoljci, uporabniki, svojci itd. Lahko so prisotni tudi študentje na usposabljanju. Za vse je pomembno, da imajo izkušnje pri delu z ljudmi, da so dobri pomočniki pri reševanju vsakdanjih težav. Uporabnike zelo moti sistem z javnimi delavci, predvsem to, da se menjajo na eno leto. Drugače poudarjajo, da imajo takojšen dostop do osebja, ki spoštuje njihovo dostojanstvo. Pomemben upravni organ NVO jim je svet uporabnikov, saj so tako lahko zelo aktivni. NVO tako sodelujejo na različnih javnih prireditvah, kjer imajo kot člani NVO pomembno vlogo. Nekateri se vidijo kot gonilna sila NVO, kar je pomemben uspeh krepitev njihove moči. NVO jim prek strokovnih delavcev nudi pomembno podporo v življenjskih ciljih:

če nimaš denarja, da bi kam šel, npr. v gostilno, si doma sam s sabo. To je v bistvu naša varna hiša. Tukaj se izmenja zelo veliko informacij, se medsebojno spoštujemo, opozarjamo (F1).

Podporo v življenjskih ciljih NVO nudijo z motiviranjem k stopnjevanju lastne aktivnosti, poudarjajo pomen lastne volje, z navajanjem na različnost ljudi, na realnost svojih pričakovanj. Predstavljajo primere dobre prakse, npr. pri vzgoji otrok, pri dokončanju študija, da se lahko učijo na pozitivnih izkušnjah drugih in spodbujajo medsebojno občudovanje ob uspehu. So pa člani različno aktivni in posledično tudi različno uspešni v doseganju ciljev. NVO deluje tudi v smeri vzpostavljanja in vzdrževanja odnosov s svojci, oziroma jih glede na željo uporabnikov ne vpleta. Nerazumevanje svojcev, kaj težave v DZ pomenijo, vodijo v slab odnos z njihovim obolelim članom. Na eni strani NVO delujejo v smeri zagotavljanja ustrezne podpore svojcem, da bi bila zagotovljena ustrezna podpora njihovim članom. Podporo nudijo tudi družinam z otroki (poletni tabori za otroke).

Značilnosti delovanja NVO s področja DZ

Uporabniki storitev so opredelili značilnosti delovanja NVO v okviru sedmih področij: (1) aktivnosti NVO, (2) delavnice, (3) strokovni delavci in mentorji, (4) uporabniški vpliv, (5) aktivnosti uporabnikov, (6) medsebojni odnosi, (7) obravnava oseb s težavami v DZ (glej Priloga D.9). Aktivnosti NVO so po njihovem mnenju umeščene v področja, ki jim nekaj časa niso posvečali pozornosti. Uporabnica to opisuje na sledeč način:

sedaj se mi je življenje zelo spremenilo na bolje. Družba, ta center te spravi v boljše življenje, v boljšo voljo, za boljši jutri. Najhujše je sobota, nedelja, nimaš se kam dati. Tukaj je internet, glasba, pa praznovanje rojstnih dni, delavnice, veliko se izve. Prihajajo tudi študenti. Veliko plakatov pripravijo, veliko o zdravju govorijo. Jeziki, računalništvo, vsak lahko za sebe nekaj najde, tudi kuhinjo imamo (F1).

NVO razvijajo bonton druženja in so njihov pomočnik pri urejanju statusa. *Imajo lastno prepleteno omrežje, npr. za pomoč pri upokojevanju, za koriščenje pomoči drugih NVO, organizirajo izlet z minimalnimi sredstvi, sicer pa so preveč odvisne od javne politike, ki drži NVO v nezavidljivem položaju ... (F3).* Aktivnosti v obliki delavnic izvajajo mentorji, prostovoljci, ali so izvedene v sodelovanju z drugimi organizacijami (delavnice fotografiranja, računalništva, pohodništva, kuharska delavnica, itd.). Strokovni delavci in mentorji v NVO so bili večinoma izbrani v posebnem postopku, v katerega so bili vključeni uporabniki: *Ob slabi mentorici v programu so namreč uporabniki zelo prikrajšani (F2, F3).* Mentor mora pomirjati konflikte, ne pa jih sprožati. Počutje v NVO je odvisno od trenutnega vodstva, ki mora dopuščati in spodbujati samostojnost uporabnikov storitev. Podoba idealnega mentorja je sicer različno opisna, skupno vsem opisom pa je, da pri zaposlenih v NVO pomemben čut za

sočloveka, ne samo strokovno znanje. Menijo, da je posebno delo mentorjev v programu težko, *da bi se težko postavili v njihovo kožo* (F4). Enako pa velja tudi za druge strokovne delavce tako v zdravstvu kot v socialnem varstvu: *pogosteje bi se moral glede ustreznosti delovanja vseh zaposlenih na tem področju vršiti nadzor, posredovanje pa bi moralo potekati na nevsiljiv način* (F1).

Vpliv na delovanje NVO imajo predvsem sami uporabniki prek predstavnikov sveta uporabnikov, ki jih izvolijo. Pomembna funkcija je tudi predsednik sveta uporabnikov, ki ureja sodelovanje uporabnikov na normativni ravni, na posvetih v Državnem zboru. Predstavniki NVO pa bi morali delovati tudi v psihiatričnih bolnišnicah. Opažajo, da se populacija uporabnikov v NVO spreminja, da narašča število mladih uporabnikov. Aktivnosti uporabnikov so glede na spreminjajoče se značilnosti vključenih različne. Sami jih opisujejo kot:

iznajdljivost za preživetje, ukrepi proti obupu, delanje dobrega zase in za drugega, različna pomagala za jutranje težave, razkritje lastnega doživljanja, iskanje najboljše poti, ustvarjanje videza močne osebe, izobraževanje, delo na sebi (F1–4).

Njihove aktivnosti so dostikrat odvisne od zavedanja lastne odgovornosti, vpliva krščanske vzgoje, osebnega razumevanja lastnih težav, realnosti pogleda na situacijo, občutenja ponosa nad lastnim uspehom, terenskega motiviranja in zaupanja vrednega strokovnega delavca. Zavedajo se svojega tveganja za samomorilno vedenje, nenehno imajo težave z zobmi in telesnimi boleznimi. Navajajo, *da ne zmorejo vedno odpuščati drugim, razlagati svoje težave vsem, sprejemati ljudi, ki so neiskreni, razumeti težave lastnih otrok, ki so jim hujše kot lastne težave* (F1,4). Medsebojni odnosi so jim pomembni v smislu medsebojnega potrjevanja osebne vrednosti, podpore v stiski (menijo, da delujejo procesi vzornišтва), hrepenenja po ponovnem srečanju z znanimi ljudmi. Pri stikih z ljudmi so zaradi prisotne nezaupljivosti pozorni tako na verbalno kot neverbalno komunikacijo, želijo si aktivnega sodelovanja v lokalni skupnosti, ter razkrivajo, da je med njimi pogosto pereča problematika partnerskih in družinskih odnosov. Na skupinah izpostavijo zelo različne probleme in si na različne načine lajšajo stiske: slabe in dobre strani zgodnje upokojitve, pomen rednega jemanja terapije, potrebe po inovativnosti pri reševanju njihovih problemov, nujnost vključevanja v družinske aktivnosti, zamenjevanje z osebami z motnjo v duševnem razvoju, pa to niso. Zelo jih motijo nejasna navodila zdravstvenih delavcev, omejitve vožnje z reševalnim vozilom, slaba povezanost storitev. Bolnišnica je razumljena kot:

varno zatočišče in kot možnost menjave okolja, kot možnost umika od obveznosti, odklopa, relaksacije, kot možnost umiritve občutkov, sprostitve tenzije, sam moraš začeti z vključevanjem v družinske aktivnosti (I3).

Nekateri uporabniki NVO označujejo za reformatorje na področju DZ, opozarjajo pa, da se pri timski obravnavi na terenu pojavljajo objektivne težave:

moj sin ima shizofrenijo in je trajalo štirinajst dni, da smo se uspeli organizirati, da smo ga uspeli spraviti na zdravljenje, enkrat psihiater ni mogel na teren, potem je sin izginil, pa tako naprej, potem pa je NVO pomagal (F3).

Učinkovitost delovanja NVO – doseganje zastavljenih ciljev

Učinkovitost delovanja NVO vidijo v (1) definiranju uspeha, (2) realizaciji individualnih ciljev, (3) osebnem občutenju uporabnikov storitev (glej Priloga D.10). Menijo, da so indikatorji učinkovitosti lahko subjektivni in objektivni. Sami vidijo učinkovitost v drobnih, vsakdanjih stvareh:

Pri meni doma je bilo tako, da se je moja mama dosti hitro sprijaznila s tem, da ni z mano čisto vse tako, kot mora biti. Oče pa je še kar nekaj časa trmaril, še zdaj on ne prizna, da imam jaz določene probleme (F1).

Učinkovitost merijo po konkretni pomoči:

Tukaj ti pomagajo. Prejšnji teden smo dobili obvestilo, da smo na seznamu za stanovanje. S tem, da imam hčerko nosečnico, ki sploh nima stanovanja. Pri meni pa ne more biti, ker imamo tako majhno. Danes sem morala ravno papirje notri vložiti, in je rekla, da smo ta prvi na vrsti (F3).

Povezujejo jo tudi z realizacijo individualnih ciljev: prepoznan talent, zaposlitev v različne oblike, zadovoljitev konkretnih potreb, dolgoletna remisija, vpetost v realnost, zadovoljstvo.

Najbolj pa si zapomnijo pomoč NVO v času, ko so v bolnišnici:

ko sem jaz zbolela, mi smo se s socialno službo povezali, da smo razdelili določene naloge. Kdo bo skrbel v času moje hospitalizacije za stvari, za otroke, učenje za šolo, itd. (F1).

Posebno merilo učinkovitosti se jim zdi tudi življenje v sedanosti.

Vizija razvoja skupnosti skrbi na področju DZ in za osebe s težavami v DZ

Uporabniki storitev vidijo vizijo razvoja skrbi na področju DZ in za osebe s težavami v DZ skozi šest področij: (1) javna politika, (2) dostopnost do pomoči, (3) preventivni ukrepi,

(4) sodelovanje, (5) osebna (ne)uspešnost, (6) lastnosti strokovnih delavcev (glej Priloga D.11). V okviru javne politike si želijo razvoja regionalnih centrov za DZ, vlaganje države v programe za krepitev DZ in razvijanje zaposlitvene rehabilitacije. Upajo, da bo dodeljena finančna pomoč podjetjem s strani države za zaposlovanje invalidov, da se bodo NVO še bolj specializirale za posamezno skupino oseb, ki ima podobne težave.

Razvoj področja vidijo tudi v smeri izboljšanja dostopnosti do psihiatra, 24-urne dostopnosti vse dni v tednu, več skupin za samopomoč in svetovalnic. Želijo si tudi boljših pogojev za delo v NVO. Vizijo razvoja vidijo tudi na področju preventivnih ukrepov: promocije DZ in ozaveščanja ljudi:

Jaz mislim, da je potrebno spremeniti miselnost ljudi in na tem delati že iz vrtca naprej, že od malega. Ljudem dati vedeti, da ni sramota in da je celo vrednota, da ti znaš ponujeno pomoč tudi izkoristiti. Znati moraš premostiti tisti strah in tisto zatego, da je to nekaj sramotnega, poniževalnega, nekaj nevrednega (I1).

Na področju sodelovanja želijo izboljšati podporo svojcem, povezovanje svojcev, sodelovanje vseh svetov uporabnikov ter povečati svoje sodelovanje v različnih projektih. Osebno uspešnost vidijo v boljšem zavedanju lastne odgovornosti, da so bolj pogumni, da prosijo za pomoč, da so bolj sposobni za delo.

Vizijo razvoja vidijo tudi v lastnostih strokovnih delavcev, v izboljšanju empatičnega odnosa, kakovosti dela, predvsem pa njihove odzivnosti, pripravljenosti na pomoč. Prevladuje mnenje, da je vizija razvoja skupnostne skrbi za DZ in za osebe s težavami v DZ odvisna od javne politike, predvsem od količine namenjenih oziroma pridobljenih finančnih sredstev, da se lahko zagotovi enakost v dostopnosti:

Na žalost je tudi tako, ker je res sredstev za NVO vsak dan manj in se moraš za njih boriti. Da bi bila tista zdrava konkurenca. Eni bi šli bolj v to, da bi razvijali bolj zaposlitveno rehabilitacijo. Ti bi pa lahko koristil te ali druge (F4).

Razvoj je potreben tudi na področju preventivnih ukrepov, izboljševanju sodelovanja, poklicni samopodobi in kompetencah izvajalcev skrbi ter v občutenju osebne uspešnosti:

Pomembna je promocija DZ – bolj so ljudje o tem obveščeni, bolj bi znali to situacijo prepoznati. Pa tudi tisti, ki imajo težave, da se opogumijo in povejo, kaj je tisto, kar jim pomaga (I2).

- *Povzetek rezultatov o oceni stanja in potreb s perspektive uporabnikov storitev*

Zbrani podatki in izhajajoč zemljevid kategorij pojmovanja NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ na primeru depresije razširjajo predhodno zastavljeni okvir kriterijev s predloge vprašanj za fokusno skupino/ polstrukturirani intervju (glej Priloga D.1, D.2) in jih hkrati natančneje definirajo (glej Priloga D.12). Uporabniki storitev so o **delovanju NVO** podali pozitivne opise, uporabniki drugih storitev s področja DZ pa delno pozitivne, delno negativne. Uporabniki kot kaže kombinirajo različne vire pomoči ali pa obratno – se jih ne poslužujejo. Večinoma NVO vidijo kot varno in zdravo okolje, kamor lahko prihajajo prostovoljno in brezplačno, po novo znanje in sodelujejo pri normalizaciji področja DZ. Menijo, da so NVO reformatorji na področju DZ ter v načinih zmanjševanja prisotnosti predsodkov in stereotipov o njih in NVO. Ustrezeni metodološki pristop k njihovi obravnavi je psihosocialna rehabilitacija v NVO, kjer vedno najdejo tudi poslušalca pa tudi strokovnega delavca, vendar pa tudi vstop v NVO ni lahek. Kaže se, da jih pri vključevanju v NVO ovirajo: pomanjkanje informacij o delovanju NVO, obstoječe negativne izkušnje (odnos zdravstvenih delavcev do njih, poseganje v intimnost), osebni občutki, stališča in prepričanja (sram pred drugimi, občutek, da so javna tema, podcenjevanje resnosti situacije) ter družinska situacija (preveč zaščitniški in pokroviteljski odnos staršev do otrok, neodobravanje pomembnih bližnjih zaradi udeležbe v NVO). Vključitev v NVO in redno obiskovanje programov jim pomaga pri vzdrževanju dnevnega ritma, saj menijo, da je pomemben red v življenju. NVO dojamejo kot vsakodnevno obveznost. Spodbude za obiskovanje dobijo pri prijateljih, starših, psihiatru, pa tudi v izobraževalnem sistemu. Uporabniki imajo prek predstavnikov sveta uporabnikov, ki jih izvolijo, vpliv na samo delovanje NVO.

Uporabniki storitev ne razmišljajo o **protokolih sodelovanja**, sodelovanje organizacij povezujejo z izpolnjevanjem njihovih potreb, priložnostmi in ovirami za sodelovanje, znanjem izvajalcev za sodelovanje in primeri dobre prakse. Kot primere dobre prakse sodelovanja vidijo medsebojno uporabniško podporo, delavnice medgeneracijskega sodelovanja, sodelovanje NVO z javnimi organizacijami zaradi urejanja različnih uradnih stvari. Ovire za sodelovanje vidijo predvsem v vkopanosti obeh strani: javnega in nevladnega sektorja, ter razlikah v njihovih stališčih zaradi vpliva antipsihiatrije in izobraževalcev – posledično se pojavlja kritična distanca do drugega sektorja in izobraževalcev. Uporabniki obiskujejo aktivnosti različnih NVO, opozarjajo pa, da se zanimive aktivnosti pogosto prekrivajo, saj NVO ne sodelujejo med sabo pri usklajevanju programov. Kot priložnosti za izboljšanje predlagajo, da bi morale NVO s področja DZ med sabo izmenjevati izkušnje in

sodelovati pri pripravi skupnih aktivnosti, še posebej, ker je vse več mlajših uporabnikov. Po njihovem, bi morali predstavniki NVO delovati tudi v bolnišnicah. Priložnosti in potrebo za sodelovanje vidijo tudi pri preventivnih programih, ki naj bi se izvajale ob sodelovanju NVO z drugimi organizacijami.

Uporabniki storitev **pričakovane učinke delovanja NVO** zaznavajo v realizaciji njihovih individualnih ciljev, v redefiniranju pogleda na uspeh, v izboljšanjem osebnem občutenju in v konkretni pomoči. NVO jim nudijo različne ugodnosti, vidijo jih kot pomočnike pri reševanju vsakdanjih težav, kot medij za prepoznavanje in razvijanje talentov, za podporo v življenjskih ciljih, pri socialnem vključevanju in psihosocialni rehabilitaciji. Priložnosti za rehabilitacijo oseb s težavami v DZ in za vzdrževanje že dosežene remisije vidijo v sistemu prostovoljskega dela NVO, pri vključevanju v humanitarne dejavnosti in v okviru meduporabniške samopomoči. V NVO se razvija t. i. uporabniški bonton, omenjajo pa tudi moč skupine, ki jo soustvarjajo za lažje doseganje sprememb. Pri tem pa se vloge deležnikov velikokrat prekrivajo/podvajajo (uporabnik – zaposleni prek javnih del, uporabnik – prostovoljec, zaposleni – uporabnik, svojec – uporabnik, itd.). Menijo, da izvajalci v NVO premalo naredijo za odstranitev ovir pri vstopanju in obiskovanju NVO: pri procesih (samo)stigmatizacije, časovnih in finančnih omejitvah. Pri ocenjevanju učinkovitosti storitev NVO ločujejo subjektivne (sprejemanje samega sebe, vpetost v realnost, zadovoljstvo uporabnikov, boljše zavedanje osebne odgovornosti, ocena svojcev) in objektivne (statistični podatki, dolgotrajna remisija, sposobnost za delo, prepoznan talent in vključitev v različne oblike zaposlitve) indikatorje učinkovitosti. Opozarjajo pa na (1) primanjkljaj povratne informacije o učinkovitosti NVO in na potrebo, (2) da se NVO še bolj specializirajo za posamezno skupino oseb, ki ima podobne težave.

Pričakovani učinki celotne podpore (ne le NVO) po mnenju uporabnikov storitev niso doseženi. Menijo, da je obravnava vseh oseb s težavami v DZ preveč medikalizirana, da so predvsem mladi preveč obremenjeni z zdravili in dvojnimi diagnozami zaradi pogoste odvisnosti. Problematiko težav v DZ vidijo v prikitem razvoju bolezni, nespremenjenosti zunanje videza, občutku nemoči ob lastnem zavračanju pomoči, čeprav po njej hrepenijo, ter v pričakovanjih svojcev, ki so v neskladju z njihovimi potrebami. Njihovo doživljanje je močno povezano z občutenjem stiske ob pojavu prvih simptomov, zamer zaradi neprepoznanega signaliziranja prošnje za pomoč in skrivanjem bolezni za značajskimi lastnostmi, s kakovostjo življenja ob izkušnji težave v DZ, procesi osamosvajanja in izpolnjevanja življenjskih vlog. Poročajo o paleti metodoloških pristopov, ki so odgovor na njihove potrebe (terensko motiviranje, spodbujanje vključevanja v družinske aktivnosti in

paleta različnih delavnic). Razmišljajo o hospitalizaciji kot ustreznemu metodološkemu pristopu v času krize ter o upoštevanju etičnih načel skrbi, saj so tukaj težave. Pojasnjujejo, da izvajalci skupnostne psihiatrije ne morejo biti bolnišnice, skupnostna psihiatrija odkriva probleme na terenu in deluje preventivno, bolnišnični ACT timi pa obiskujejo osebe po dogovoru iz bolnišnice. Za premostitev težav pri timski obravnavi na terenu, nejasnem podajanju navodil uporabnikom storitev, se nekateri sprašujejo o pomenu izobraževalnih institucij pri tem. Mnenja so, da je podporna mreža organizacij za DZ prebivalcev in za osebe s težavami v DZ preslabo organizirana v bolj odročnih krajih in ob koncih tedna in med prazniki. Vse bolj je izražena potreba po inovativnem pristopu reševanja problematike na področju DZ zaradi omejitev v financiranju. Organizacijo skrbi za DZ sicer umeščajo v okvir javne politike, saj le-ta na nacionalni in lokalni ravni normativno, z načinom (so)financiranja in s podeljevanjem koncesij vpliva na organizacijo pomoči v lokalnih skupnostih. Kot pomembne izpostavljajo značilnosti lokalnega okolja. Povezujejo jih s problematiko krajevne (centri za DZ v skupnosti) in časovne dostopnosti (pomoč konec tedna in ob praznikih) ter z lokacijsko koncentracijo obolelih kot posledico izolacije zaradi zgodovinskih okoliščin.

Priložnosti za izboljšanje vidijo v: (1) pogostejši javni predstavitvi oseb z izkušnjo težav v DZ v medijih, (2) razvoju promocije DZ in preventivnih ukrepov (tudi terenskega motiviranja), da bi dosegli normalizacijo področja DZ s spremembo miselnosti med ljudmi o DZ in izboljšali vstop oseb s težavami v DZ v obravnavo, (3) izboljšanju medsebojnih odnosov na vseh ravneh in definiranju pogojev osebne uspešnosti, (4) spremembi javne politike s povečanjem vlaganja države v razvoj regionalnih centrov za DZ, programe za krepitev DZ in razvijanje zaposlitvene rehabilitacije in zaposlovanje oseb s težavami v DZ, (5) spremembi obstoječega sistema socialne pomoči, da bo bolj stimulativen, da bo omogočal preživetje, saj je omejitve zaradi težav v DZ težko preseči, (6) povečanju palete institucionalnih programov (npr. razvoj zaposlitvene rehabilitacije, specializacije NVO) in razvoj terenskega dela, z vidika dostopnosti do storitev in njihove raznovrstnosti ne glede na lokacijo bivanja (dostop do psihiatra) in čas delovanja, (7) jasnosti vloge posameznega deležnika v podporni mreži in preseganju razvite identitete.

3.3 Primerjava rezultatov o delovanju NVO v podporni mreži za osebe s težavami v duševnem zdravju z začetnimi predpostavkami

- Metodološka pojasnila primerjave rezultatov (zbranih podatkov) o delovanju NVO za osebe s težavami v DZ

V nadaljevanju smo primerjali, ugotavljati medsebojno povezanost ali sintetizirati ocene različnih deležnikov o delovanju NVO za osebe s težavami v DZ v lokalnih skupnostih. Kot deležnike pojmujeemo vse v raziskavo udeležene subjekte: strokovnjake, uslužbence občin, izvajalce ter uporabnike storitev. Primerjali smo ocene deležnikov o delovanju NVO za osebe s težavami v DZ v lokalnih skupnostih, o protokolih sodelovanja med vladnimi in nevladnimi ter drugimi zasebnimi organizacijami v okviru podporne mreže na področju DZ v lokalni skupnosti ter pričakovane učinke delovanja NVO v podporni mreži za DZ ter sistema skrbi na splošno. Za preverjanje so bili uporabljeni testi značilnosti: Hi-kvadrat, analiza variance in Spearmanov korelacijski koeficient. H_i^2 je bil uporabljen z namenom ugotoviti, ali obstaja zveza med dvema atributivnima spremenljivkama (ob pogoju, da so bile pričakovane frekvence nad 5). Za preverjanje razlik v odgovorih med skupinami deležnikov glede na oddaljenost lokalne skupnosti smo uporabili test analiza variance, ker smo imeli več skupin in so bili izpolnjeni predpogoji za uporabo testa. Spearmanov koeficient korelacije pa je bil za nas uporaben, ker ne pogojuje predpostavke normalne porazdelitve podatkov za preverbo statistične pomembnosti. Cilj statistične analize je bil preveriti, ali sta dve ordinalni spremenljivki (rangi) medsebojno povezani in kakšna je smer te povezanosti. Če je ta statistično značilna, potem lahko trdimo (ob določenem tveganju), da tudi v taki populaciji obstaja taka povezava, kot smo jo ugotovili na vzorcu (Field 2012, 276). Sicer v nekaterih delih ni bilo mogoče zaradi manjšega števila enot ($n < 5$) preveriti, ali so posamezne povezanosti/razlike statistično značilne. Vrednost teh primerjav pa je zaradi nereprezentativnega vzorčenja omejena.

Kot vir analize so bile uporabljene tudi izjave deležnikov, ki so še bolj poglobljeno osvetlile vključevanje NVO v javno podporno mrežo na področju DZ in nudenje pomoči osebam s težavami v DZ. Izjave so bile razvrščene na podlagi lastnosti teh kategorij in anonimizirane (Mesec 1998; Knafl in Howard 1984, 17). Pripravljena je tudi sinteza vseh zbranih podatkov in predstavljena v tematskih področjih delovanja NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ, ki sooblikujejo odgovor o delovanju NVO s področja DZ in njihovem vključevanju v javno podporno mrežo za pomoč osebam s težavami v DZ.

3.3.1 Značilnosti delovanja NVO na področju duševnega zdravja v lokalnih skupnostih

Pri pregledu informacij o delovanju organizacij v podporni mreži za DZ nas je najprej zanimalo, ali se v povprečju skupine lokalnih skupnosti (občin) glede na oddaljenost od

mestne občine (oddaljenost od mestne občine do 10 km, od 11–20 km, 21–30 km, nad 30 km) statistično značilno razlikujejo med seboj po prisotnosti/številu NVO s področja DZ (H1a).

V Tabeli 3.30 po skupinah glede na oddaljenost od mestnega središča predstavljamo:

- število lokalnih skupnosti in odstotni delež od skupno 56 v obeh zdravstvenih regijah,
- število NVO v lokalnih skupnostih in odstotni delež glede na skupno število NVO s področja DZ v obravnavanih zdravstvenih regijah,
- prisotnost NVO v lokalni skupnosti (število lokalnih skupnosti, kjer so prisotne NVO) in odstotni delež lokalnih skupnosti, kjer delujejo NVO od skupno 56 v obeh obravnavanih zdravstvenih regijah,
- število vseh organizacij v lokalnih skupnostih (zdravstvenega doma, zdravstvene postaje ali zasebne splošne ambulante s koncesijo, specialistične psihiatrične ambulante, socialnovarstveni zavodi za starejše, NVO s področja DZ) ter odstotni delež glede na skupno število organizacij v obravnavanih zdravstvenih regijah,
- prisotnost organizacij (ORG) v lokalnih skupnostih (število lokalnih skupnosti, kjer so prisotne zgoraj navedene organizacije) in odstotni delež lokalnih skupnosti, kjer te delujejo od skupno 56.

Tabela 3.30: Prisotnost organizacij s področja DZ v lokalnih skupnostih glede na oddaljenost od mestnih središč

Legla lokalne skupnosti	mestna občina	oddaljenost od mestne občine do 10 km	oddaljenost od mestne občine 11 do 20 km	oddaljenost od mestne občine 21 do 30 km	oddaljenost od mestne občine nad 30 km
število lokalnih skupnosti	2 (3,6 %)	4 (7,1 %)	19 (33,9 %)	14 (25 %)	17 (68 %)
število NVO v lokalnih skupnostih	14 (60,9 %)	0 (0 %)	2 (8,7 %)	3 (13 %)	4 (17,4 %)
prisotnost NVO v lokalni skupnosti	2 (100 %)	0 (0 %)	2 (12 %)	3 (21 %)	4 (24 %)
število vseh ORG v lokalnih skupnostih	161 (48,2 %)	8 (2,4 %)	69 (20,7 %)	56 (16,8 %)	40 (11,9 %)
prisotnost organizacij v lokalnih skupnosti	2 (100 %)	4 (100 %)	17 (89 %)	14 (100 %)	15 (88 %)

Rezultati kažejo, da je prisotnost NVO in drugih organizacij najvišja v mestnih občinah, zelo nizka pa je v primestnih lokalnih skupnostih, ki so oddaljena od mestnih središč do 10 km. Število NVO je bistveno nižje v lokalnih skupnostih, ki nimajo statusa mestne občine, vendar pa se kaže naraščanje števila NVO (nelinearno) glede na oddaljenost od mestnega središča. Pri tem pa z oddaljenostjo od mestnega središča pada število vseh organizacij.

Nadalje smo preverili ocene uslužbencev občine (U) in izvajalcev (I) v podporni mreži za osebe s težavami v DZ, kako oni ocenjujejo prisotnost delovanja NVO s področja DZ v lokalni skupnosti glede na oddaljenost lokalne skupnosti od mestnih središč (H1a). V tabeli 3.31 so podatki predstavljeni v obliki povprečnih vrednosti (\bar{x}) in standardnim odklonom (s) znotraj posameznih skupin lokalnih skupnosti, glede na njihovo oddaljenost od mestnega središča. Ocenjevanje je temeljilo na ordinalni lestvici stopnje strinjanja (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – povsem se strinjam).

Tabela 3.31: Ocena uslužbencev občine in izvajalcev o delovanju NVO glede na oddaljenost lokalnih skupnosti

Legat lokalne skupnosti		mestna občina		oddaljenost od mestne občine do 10 km		oddaljenost od mestne občine 11 do 20 km		oddaljenost od mestne občine 21 do 30 km		oddaljenost od mestne občine nad 30 km	
		\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s
Trditev											
	U	3,38	1,44	4,67	1,52	2,75	1,54	3,45	1,21	4	0,89
številu izvajalcev je pričakovano glede oddaljenosti lokalne skupnosti od mestnega središča	I	3,42	1,47	4	1,41	3,5	1,3	3,2	1,3	2,2	0,47
	U	3,43	1,5	4,67	1,31	3,42	0,93	3,55	1,7	3,31	1,41
programi organizacij so pričakovani glede na oddaljenost občine od mestnega središča	I	3,52	1,45	4,5	1,73	2,75	0,96	3,40	1,14	2,21	0
	U	2,88	1,36	2,64	1,42	2,84	0,8	2,54	0,52	2,62	0,65
delovanje NVO s področja DZ v lokalni skupnosti	I	2,85	1,28	2,87	1,3	3	2,6	2,79	0,60	2,67	1,15
	U	4,16	0,9	3,04	1,5	3,6	0,98	2,9	1,5	3,3	1,34
zadostnost delovanja NVO glede na potrebe oseb z depresijo	I	2,92	1,29	3	1,6	3,4	0,83	2,33	0,58	2,33	0,58
	U	4,47	1,1	2,8	0,83	4,25	0,99	2,29	0,5	3,06	1,71
pričakovano slabša dostopnost do NVO s področja DZ glede na oddaljenost lokalne skupnosti	I	4,47	1,46	3,4	3,60	3,83	0,57	3,67	1,22	3,12	1,32
	U	4,16	1,08	4,75	0,97	4,6	0,54	3,97	0,54	3,43	0,5
potreba po NVO, ki so specializirane samo za osebe z depresijo	I	4	1,06	4,35	0,52	3,33	1,15	4,2	0,83	3,33	0,58

Za prepoznavanje statistično značilnih razlik med skupinami smo uporabili test analiza variance. Variance so enake. Rezultati kažejo, da ni statistično značilnih razlik med podanimi ocenami občinskih uslužbencev in izvajalcev o delovanju NVO s področja DZ v lokalni skupnosti, o potrebi po NVO, specializiranih za osebe z depresijo, in ali imajo osebe s težavami v DZ slabšo dostopnost do NVO s področja DZ glede na oddaljenost lokalne skupnosti od mestnega središča. Kaže pa se manjša razlika v oceni deležnikov in nižje ocene deležnikov, ki delujejo v lokalnih skupnostih, ki so najbolj oddaljene od mestnih središč. Če ugotovitve v tem delu dopolnimo še s kvalitativnimi podatki, zbranimi s strani strokovnjakov in uporabnikov storitev, dobimo podobno sliko. Oboji menijo, da prihaja do neenakih možnosti oseb glede na lokacijo bivanja – med mestnimi središči in ostalimi lokalnimi skupnostmi. Strokovnjaki poudarjajo, da iz velikih centrov ni možno doseči vseh problemov.

Lokalno pa ni ljudi, ki bi se ukvarjali s takimi osebami. V Ljubljani je več NVO, posameznik ima več možnosti izbire.

Prvi del hipoteze (H1a) tako lahko delno potrdimo. Povezanost ni linearna, vidi pa se, da je oddaljenost pomemben faktor, če je delitev bolj groba na mestne občine in ostale. V nadaljevanju pa smo preverili, ali se z oddaljenostjo lokalnih skupnosti od mestnih središč povečuje število aktivnosti NVO, ki temeljijo na terenskem delu (npr. strokovnih delavcev izven ustanove (H1b), kar je povezano npr. s površino ozemlja, ki ga pokriva, ali z dostopnostjo do javnega prevoza) in povezovanju z različnimi oblikami družbenega delovanja (H1c).

V Tabeli 3.32 predstavljamo oceno uslužbencev in izvajalcev o prisotnosti terenskega dela v frekvenci in odstotnem deležu znotraj posamezne skupine lokalnih skupnosti glede na oddaljenost od mestnih središč (100 % predstavlja število lokalnih skupnosti glede na oddaljenost od mestne občine v okviru katerih uslužbenci in izvajalci ocenjujejo, da se izvaja terensko delo).

Tabela 3.32: Ocena uslužbencev občine in izvajalcev o prisotnosti terenskega dela

Legla lokalne skupnosti	mestna občina	oddaljenost od mestne občine do 10 km	oddaljenost od mestne občine 11 do 20 km	oddaljenost od mestne občine 21 do 30 km	oddaljenost od mestne občine nad 30 km
Aktivnost					
število lokalnih skupnosti	2	4	19	14	17
izvajanje terenskega dela in nudenje pomoči na domu – ocena uslužbencev občin	2 (100%) NE VEM 0 (0 %)	2 (50 %) NE VEM 0 (0 %)	6 (31,6) NE VEM 5 (26 %)	4 (28,6 %) NE VEM 3 (21 %)	6 (35,2 %) NE VEM 8 (47%)
izvajanje terenskega dela in nudenje strokovne pomoči prebivalcem na njihovem domu – ocena izvajalcev	29 (34,5)	3 (37,5 %)	5 (83 %)	3 (60 %)	3 (60 %)

Ugotavljamo, da uslužbenci občine, posebno v lokalnih skupnostih, ki so bolj oddaljene, slabše poznajo storitev terenskega dela, zato ni mogoče z gotovostjo sklepati, kaj se dogaja s številom izvajalcev terenskega dela glede na oddaljenost od mestnih središč. Pri izvajalcih pa je v vzorec vključenih manj izvajalcev, ki delujejo izven mestnih središč. Statistično sicer razlike med skupinami niso potrjene. Na podlagi pregleda pisnih virov pa je jasno, da se v vseh lokalnih skupnostih izvajajo aktivnosti terenskega dela tako v zdravstvenem kot socialnem varstvu. V obeh regijah, v vseh lokalnih skupnostih, deluje patronažna služba v okviru primarnega zdravstvenega varstva (zdravstveni domovi ali zdravstvene postaje) ter tudi urgentna služba. Splošni zdravniki opravljajo hišne obiske, enako izvajata hišne obiske pri osebah s težavami v DZ tudi tim skupnostne psihiatrične obravnave in ACT tim na ravni

specialistične zdravstvene obravnave. Glede na to, da 48,4 % vseh v vzorec zajetih izvajalcev, ki delujejo v lokacijsko različno oddaljenih lokalnih skupnostih, potrjuje prisotnost terenskega dela v njihovi organizaciji, lahko posredno sklepamo, da izvajanje terenskega dela ni toliko vezano na oddaljenost kot na poslanstvo same organizacije (H1b).

V nadaljevanju pa smo preverili še, ali se z oddaljenostjo lokalnih skupnosti od mestnih središč povečuje število aktivnosti NVO, ki temeljijo na povezovanju z različnimi oblikami družbenega delovanja (H1c). Najprej smo primerjali ocene značilnosti lokalnih skupnosti glede na oddaljenost lokalne skupnosti od mestnih središč. V Tabeli 3.33 so prikazane povprečne vrednosti (\bar{x}) in standardni odklon (s) ocen uslužbencev občin (U) in izvajalcev (I). Ocenjevanje je temeljilo na ordinalni lestvici stopnje strinjanja (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – povsem se strinjam).

Tabela 3.33: Značilnosti lokalnih skupnosti – povprečna ocena uslužbencev občine in izvajalcev

Legla lokalne skupnosti		mestna občina		oddaljenost od mestne občine do 10 km		oddaljenost od mestne občine 11 do 20 km		oddaljenost od mestne občine 21 do 30 km		oddaljenost od mestne občine nad 30 km	
		\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s
Trditev	U										
	I										
urbaniziranost lokalne skupnosti	U	2,5	0,71	1,7	0,99	2,47	0,64	2,57	0,8	2,15	0,84
	I	3,36	1,2	3,71	1,25	2,00	0,82	2,2	0,84	2,8	1,3
visoka stopnja izobrazbe	U	4,5	2,12	3,25	0,96	3,53	1,25	3,3	1,6	3,23	1,3
	I	3,43	1,46	4,0	1,9	2,5	1,00	1,8	0,45	2,6	0,89
nasilje in prestopništvo	U	3	2,12	4	0,96	3,2	1,25	3,3	1,6	3,3	1,3
	I	2,69	1,15	2,4	0,89	2,75	0,5	2,4	1,14	2,4	0,55
medsebojna solidarnost	U	4	0,0	4,5	0,0	3,87	0,77	3,54	0,63	3,75	1,32
	I	3,26	0,93	2,8	1,1	4,25	0,5	3,6	0,55	3	0,71
nizka potreba po socialni pomoči	U	2,5	0,71	3	0,82	2,9	0,79	2,23	0,83	2,38	0,96
	I	2,34	1,12	2,4	1,34	1,75	0,5	2,2	0,84	2	0
veliko kulturnih dogajanj	U	4	1,41	4	0,82	4,1	0,52	4,08	0,86	4,23	0,6
	I	3,77	0,9	3,2	0,84	3,75	1,5	3,2	0,84	3,6	1,14
delovanje športnih NVO	U	4	0	4,5	0,58	4,33	0,62	4,54	0,52	4,3	0,63
	I	3,59	1,02	3,4	1,52	3,5	1,29	3,4	0,89	3,6	1,14
delovanje kulturnih NVO	U	4	0	4,25	0,5	4,13	0,64	4,08	0,86	4	0,7
	I	3,59	1,0	3,60	1,52	3,75	1,5	4	0,71	3,6	1,14
delovanje storitvenih NVO	U	3,5	0,71	2,5	0,58	3,47	1,06	3,62	0,77	3,39	1,12
	I	3,31	0,95	3,6	1,34	4	1,63	4	1,23	2,4	1,14
turistične znamenitosti	U	3		4		2,94		3,86		2,87	
	I	3,96	1,03	3,57	0,79	3,75	1,3	3,4	1,14	4,00	1,00
prometna infrastruktura	U	3,5	0,71	4,75	0,58	2,5	1,06	3,86	0,77	3,27	1,13
	I	3,68	1,1	4,29	0,49	2,5	0,58	2,8	2,05	3,4	0,89

Rezultati kažejo na razlike v odgovorih med deležniki. S testom analiza variance smo preverili, ali prihaja do statistično značilnih razlik v odgovorih med uslužbenci občin in izvajalci glede na oddaljenost od mestnih občin. Rezultati testa so pokazali, da do tega ne prihaja, razen pri oceni stopnje urbanizacije in stopnje izobrazbe pri obeh skupinah

deležnikov. Pri uslužbencih občine in izvajalcih se je tako pri oceni stopnje urbanizacije kot pri izobrazbi pokazala statistično značilna pozitivna povezanost. Ocena stopnje urbanizacije statistično značilno pada glede na oddaljenost področja od mestnega središča (Levene test 1,167, $p > 0,05$; $F = 2,720$ $p < 0,05$), enako tudi izobrazba prebivalcev (Levene test 1,899, $p > 0,05$; $F = 2,548$ $p < 0,05$).

Nadalje pa smo s Spearmanovim koeficientom korelacije preverili medsebojno povezanost ocene značilnosti lokalnih skupnosti z oceno delovanja NVO v lokalni skupnosti. Rezultate ugotavljanja povezanosti med ocenami uslužbencev občin smo predstavili v Prilogi E.1 ($n = 53$), izvajalcev pa v Prilogi E.2 ($n = 94$). Rezultati kažejo, da so tisti uslužbenci občin, ki so ocenili, da je v lokalni skupnosti veliko kulturnih dogajanj, ocenili kot dobro tudi delovanje NVO, tako kulturnih ($r = 0,40$, $p < 0,01$) kot športnih ($r = 0,53$, $p < 0,01$) ali storitvenih ($r = 0,36$, $p < 0,05$). V lokalnih skupnostih, kjer bolje ocenjujejo stopnjo solidarnosti med prebivalci, bolje ocenjujejo tudi DZ prebivalcev ($r = 0,56$, $p < 0,01$) ter menijo, da je med prebivalci nizka pojavnost depresije ($r = 0,54$, $p < 0,01$) in nizka potreba po socialni pomoči ($r = 0,36$, $p < 0,05$). Tisti izvajalci, ki ocenjujejo, da je na njihovem področju veliko kulturnih dogajanj, menijo tudi, da je delovanje športnih ($r = 0,54$, $p < 0,01$), kulturnih ($r = 0,48$, $p < 0,01$) in storitvenih NVO dobro ($r = 0,24$, $p < 0,05$), da je veliko turističnih znamenitosti ($r = 0,63$, $p < 0,01$), pa tudi da je področje bolj urbanizirano ($r = 0,44$, $p < 0,01$). Kaže se tudi, da tam, kjer se po njihovi oceni redko pojavljata nasilje in prestopništvo, bolje ocenjujejo tudi stopnjo medsebojne solidarnosti ($r = 0,27$, $p < 0,05$) in potrjujejo nizko potrebo po socialni pomoči ($r = 0,28$, $p < 0,01$) ter boljše DZ ($r = 0,35$, $p < 0,01$).

Da se z oddaljenostjo lokalnih skupnosti od mestnih središč povečuje število aktivnosti NVO za povezovanje z različnimi oblikami družbenega delovanja (H1c) sicer ne moremo direktno kvantitativno potrditi. Kaže pa se, da je ob boljšem delovanju NVO boljše tudi družbeno delovanje v lokalni skupnosti, kar pa je glede na podatke povezano tudi s stopnjo urbanizacije lokalne skupnosti, ki pa pada z oddaljenostjo lokalne skupnosti od mestnega središča. Kvalitativno zbrani podatki te ugotovitve ne potrdijo v celoti. Jasno se namreč kaže, da se z oddaljenostjo lokalnih skupnosti od mestnih središč povečuje število aktivnosti NVO za povezovanje z različnimi oblikami družbenega delovanja. Uporabimo lahko tudi izjavo strokovnjaka, ki navaja:

v večjih centrih si bolj anonimni. Če pogledamo, kaj NVO nekje zunaj naredijo. Bolj so povezani kot ena družina, vsi se med sabo poznajo (F4).

Deležniki sicer po eni strani ocenjujejo, da bolj ko gre za ruralno lokalno skupnost, bolj si ljudje med sabo pomagajo, kot dobro, po drugi strani pa povezanost ljudi ocenjujejo kot slabo

in opozarjajo na strah ljudi pred stigmatizacijo zaradi medsebojnega poznavanja. Kaže se, da lahko hipotezo (H1) delno potrdimo. Število izvajalcev in vrste aktivnosti NVO, ki nudijo pomoč osebam z težavami v DZ v lokalnih skupnostih, se razlikujejo glede na oddaljenost od mestnih središč. Število izvajalcev in aktivnosti NVO je bližje mestnim središčem večje, čeprav ta povezanost ni linearna in statistično značilna. Kažejo se predvsem razlike med mestno občino in ostalimi občinami. Pri pregledu informacij o delovanju organizacij v podporni mreži za DZ je mogoče ugotoviti, da je prisotnost izvajalcev pomoči v lokalnih skupnostih različna in da je ta izrazito centrirana na mestne občine. Obstajajo pa tudi lokalne skupnosti, kjer nismo identificirali iskanih izvajalcev in se morajo prebivalci po pomoč obračati na sosednje lokalne skupnosti. Gre praviloma za lokalne skupnosti z manj prebivalci. Z oddaljenostjo lokalnih skupnosti od mestnih središč se ne kaže, da bi se povečevalo število aktivnosti NVO, ki temeljijo na terenskem delu (npr. strokovnih delavcev izven ustanove, izvajanje terenskega dela ni toliko vezano na oddaljenost kot na poslanstvo same organizacije). Pri oceni, da je ob boljšem delovanju NVO boljše tudi družbeno delovanje v lokalni skupnosti in obratno, so deležniki enotni (H1c),⁷⁹ vendar pa uslužbenci občin in izvajalci menijo, da se to zgodi v bolj urbaniziranih občinah, ki so bližje mestnemu središču, strokovnjaki in uporabniki pa so mnenja, da se število aktivnosti NVO za povezovanje z različnimi oblikami družbenega delovanja povečuje, bolj ko je lokalna skupnost oddaljena od mestnega središča, čeprav so v tem okolju tudi procesi stigmatizacije najmočnejši.

3.3.2 Značilnosti sodelovanja med deležniki v podporni mreži na področju duševnega zdravja v lokalni skupnosti

Najprej nas je zanimalo, ali je stopnja sodelovanja med strokovnimi delavci v nevladnih in vladnih organizacijah v okviru podporne mreže za osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti večja, če je opredeljena v pisni obliki (program, projekt, pisni dogovor, protokol) (H2a) in če je podprta (finančno) od občinske uprave (H2b).

Da bi osvetlili značilnosti obstoječega sodelovanja med deležniki, smo naprej s Spearmanovim koeficientom korelacije ugotavljali povezanost med vrednostmi merjenih spremenljivk, ki na različne načine opredeljujejo področje sodelovanja med deležniki, in sicer ločeno glede na to, ali so anketiranci odgovorili, ali v njihovi lokalni skupnosti deluje NVO s

⁷⁹ Vsi indikatorji izražajo neko dobro in na drugem koncu slabšo razvitost, organiziranost, funkcioniranje lokalne skupnosti, kar se potem izrazi v pozitivni povezanosti med temi dejavniki oz. indikatorji.

področja DZ (Priloga E.3) ali ne (Priloga E.4). Pri tem ne moremo striktno preverjati posameznih vzročno posledičnih povezav.

Pri ocenah uslužbencev občin o sodelovanju med izvajalci v podporni mreži za osebe s težavami v DZ, ki so odgovorili, da v njihovi lokalni skupnosti delujejo NVO, smo dokazali pozitivne povezave (delujejo tudi v obratnem zaporedju), npr. da:

- v lokalnih skupnostih, kjer finančno podpirajo programe za preprečevanje depresije in samomora ter delovanje NVO, si tudi močnejše prizadevajo za vzpostavljanje in vzdrževanje podporne mreže za DZ ter se odzivajo na povabilo NVO k sodelovanju. Sodelovanje med organizacijami zdravstvenega in socialnega varstva je v teh lokalnih skupnostih praviloma dobro. Bolj si tudi prizadevajo za vzpostavljanje in vzdrževanje podporne mreže za DZ in sodelujejo pri razvijanju protokolov sodelovanja med izvajalci v podporni mreži,
- bolj kot se strinjajo, da so protokoli sodelovanja med javnimi in nevladnimi organizacijami na področju DZ v njihovi lokalni skupnosti jasno definirani, boljše ocenjujejo sodelovanje med javnimi, nevladnimi in drugimi zasebnimi organizacijami, ali med organizacijami s področja zdravstvenega ali socialnega varstva,
- v lokalnih skupnostih, kjer menijo, da je sodelovanje med organizacijami dobro, boljše ocenjujejo odziv na medsebojno povabilo k sodelovanju.

Pri ocenah uslužbencev občin o sodelovanju med izvajalci v podporni mreži za osebe s težavami v DZ, ki so odgovorili, da v njihovi lokalni skupnosti ne delujejo NVO s področja DZ, se je pokazala povezanost med ocenami (delujejo tudi v obratnem zaporedju), da:

- bolj kot menijo, da so protokoli sodelovanja med vladnimi in nevladnimi organizacijami na njihovem področju jasno definirani, boljše ocenjujejo sodelovanje med organizacijami ne glede na sektor. Bolj so tudi prepričani v to, da bi povečanje števila izvajalcev povečalo sodelovanje med njimi in si tudi bolj prizadevajo za vzpostavljanje in vzdrževanje podporne mreže za DZ in npr. financirajo programe za preprečevanje samomora,
- bolj kot se pri sodelovanju z NVO soočajo z zakonodajnimi omejitvami, manj se odzivajo na njihova povabila za sodelovanje in tudi manj sodelujejo pri razvijanju protokolov sodelovanja med izvajalci v podporni mreži,

- tisti, ki bolj finančno podpirajo programe za preprečevanje depresije in samomora, se bolj soočajo z zakonodajnimi omejitvami pri sodelovanju z NVO. Na povabilo NVO k sodelovanju se praviloma odzovejo.

Tudi pri izvajalcih so se z uporabo Spearmanovega koeficienta korelacije (Priloga F.5) pokazale posamezne pozitivne povezave (delujejo tudi v obratnem zaporedju) pri ocenjevanju:

- bolj kot menijo, da so protokoli sodelovanja med vladnimi in nevladnimi organizacijami na področju DZ jasno definirani, boljše ocenjujejo sodelovanje med organizacijami socialnega in zdravstvenega varstva in med izvajalci javnih in nevladnih ter drugih zasebnih organizacij glede na potrebe oseb z depresijo. Ob tem se tudi bolj strinjajo, da so na njihovem področju programi za preprečevanje depresije in samomora finančno podprti s strani lokalnih oblasti, ter da bi povečanje števila izvajalcev v podporni mreži vplivalo na povečano sodelovanje med njimi,
- tisti izvajalci, ki se bolj soočajo z zakonodajnimi in finančnimi omejitvami pri sodelovanju z NVO praviloma tudi niso dovolj informirani in nimajo izkušenj o delovanju NVO ter so tudi nosilci stereotipiziranih stališč o delovanju NVO,
- tisti izvajalci, ki se bolj soočajo s finančnimi omejitvami pri sodelovanju z NVO, so bolj prepričani v to, da je stopnja povezanosti med organizacijami in izvajalci v podporni mreži za osebe z depresijo nizka in da je število skupnih dogodkov izvajalcev v podporni mreži za osebe z depresijo premajhno,
- izvajalci, ki boljše ocenjujejo sodelovanje med organizacijami zdravstvenega in socialnega varstva, se tudi bolj prepričani v to, da bi bilo z vključevanjem NVO zagotavljanje kontinuirane skrbi lažje,
- izvajalci ob večjem strinjanju, da je število skupnih dogodkov premajhno, pogosteje ocenjujejo, da je med organizacijami v podporni mreži za osebe z depresijo prisotno tekmovanje, da izvajalci nimajo izkušenj o delovanju NVO, in je vključevanje NVO v podporno mrežo za osebe z depresijo nezadostno.

K tem rezultatom dodajamo še mnenje strokovnjakov o *pomembnosti županov ter ljudi v občinskih strukturah*. Menijo, da se vse aktivnosti v okviru podporne mreže za osebe z depresijo v lokalni skupnosti odvijajo bolje, če so v občinskih strukturah ljudje, *ki so senzibilni*, imajo *lastne izkušnje* z težavami v DZ ali jih ima nekdo izmed ožjega sorodstva. Enako naj bi veljalo tudi za ljudi na drugih pomembnih pozicijah na ravni lokalne skupnosti, regije ali nacionalno. Prepričljiva je naslednja navedba:

praksa kaže, da so programi dobri, živi in uspešni samo takrat, kadar je prisotna tudi podpora lokalnih skupnosti, kadar se program lahko vključi v aktivno življenje v skupnosti in kjer seveda tudi predstavnik lokalne skupnosti, svetniki in pa ostali vodilni v lokalnih skupnostih te programe podpirajo, jim dajo tudi različne oblike pomoči, še posebej tudi finančno pomoč,

ki jasno pokaže na to, da je stopnja sodelovanja v podporni mreži za osebe s težavami v DZ odvisna od podpore občinske uprave. Navajajo pa tudi, da si ne morejo predstavljati, *kako bi lahko vplivale ali naredile protokol sodelovanja. Protokol sodelovanja je strokovna zadeva, ki jo morajo usklajeno narediti službe, ki delajo na tem področju.* Kot pomembno organizacijo izpostavljajo tudi Nacionalni inštitut za javno zdravje, ki je v preteklosti že vplival na vzpostavitev sodelovanja, *tako da je povezal akterje na lokalnem območju v programu za preprečevanje samomora* (primer dobre prakse celjske zdravstvene regije). Izpostavljajo pa tudi, da:

je potrebno na koordinaciji in vzpostaviti regionalne centre za DZ. To pomeni dinamično sodelovanje NVO, centrov za socialno delo, rehabilitacijskih centrov, lokalnih društev, psihiatričnih ambulant in osnovnega zdravstvenega varstva, se pravi družinski zdravnik, njihovih patronažnih medicinskih sester na omejenih regionalnih območjih.

Mnenje deležnikov o stopnji in protokolih sodelovanja med deležniki v podporni mreži za osebe z depresijo ter finančni podpora občinske oblasti je razvidno tudi iz sledeče izjave, da je *vizija razvoja skupnostne skrbi za DZ in za osebe z depresijo odvisna od javne politike, predvsem od količine namenjenih oziroma pridobljenih finančnih sredstev, da se lahko zagotovi enakost v dostopnosti.* Sicer izpostavljajo pomen osebne angažiranosti deležnikov in posledično primere dobre prakse sodelovanja v prepoznavanju oseb s težavami v DZ. Na eni strani obstoj sodelovanja povezujejo z lastnostmi strokovnih delavcev, njihovo izobrazbo o sodelovanju ter procesi vzorništvu na drugi strani pa z odzivnostjo uporabnikov storitev, uporabniško vključenostjo in možnostjo izbire.

Glede na predstavljeno lahko sklenemo, da je mogoče hipotezo (H2) potrditi, kar pomeni, da lahko na podlagi rezultatov raziskave sklepamo, da je stopnja sodelovanja med strokovnimi delavci v nevladnih in vladnih organizacijah v okviru podporne mreže za osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti večja, če je opredeljena v pisni obliki (program, projekt, pisni dogovor) (H2a) in podprta (finančno) od občinske uprave (H2b).

Nadalje nas je zanimalo, ali drži, da z naraščanjem števila akterjev v podporni mreži za osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti narašča stopnja sodelovanja med strokovnimi delavci v vladnih in nevladnih organizacijah. Preverili smo povezanost ocen uslužbencev

občin in izvajalcev, podanih pri spremenljivkah o številu organizacij v podporni mreži na področju DZ za osebe s težavami v DZ in medsebojnem sodelovanju organizacij. Rezultati preverjanja povezanosti ocen med uslužbenci občin (glej Priloga E.6) kažejo, da:

- uslužbenci občin ob oceni, da je v lokalni skupnosti dovolj NVO, ki delujejo na področju DZ in te izvajajo vse potrebne storitve glede na sedanje potrebe prebivalcev, izkazujejo tudi potrebo po NVO, ki bi bile specializirane za osebe z depresijo. Bolj si tudi prizadevajo za vzpostavljanje in vzdrževanje podporne mreže za DZ ter za sodelovanje pri razvijanju protokolov sodelovanja med izvajalci v podporni mreži za DZ.
- če v občini sodelujemo pri razvijanju protokolov sodelovanja med izvajalci v podporni mreži za DZ, praviloma tudi priznavajo potrebo po NVO, ki bi bile specializirane za osebe z depresijo ter menijo, da imajo osebe z depresijo in njihovi svojci pričakovano slabšo dostopnost do NVO s področja DZ glede na oddaljenost občine od mestnega središča.

Preverili smo tudi, ali obstaja povezanost števila in prisotnosti posameznih organizacij (zdravstvenih domov, specialističnih psihiatričnih ambulant, službe pomoči na domu in socialnovarstvenih zavodov za starejše) v podporni mreži za DZ v lokalni skupnosti in subjektivnih ocen uslužbencev občin o medsebojnem sodelovanju organizacij (glej Priloga E.7). Rezultati Spearmanovega koeficienta korelacije kažejo povezanost med številom organizacij in prisotnostjo posameznih ustanov v lokalnih skupnostih na eni strani ter med subjektivnimi ocenam na drugi strani. Bolj kot si uslužbenci občine prizadevajo za vzpostavljanje in vzdrževanje podporne mreže za DZ, boljše ocenjujejo sodelovanje med izvajalci javnih in nevladnih organizacij ter med izvajalci zdravstvenega in socialnega varstva.

Nadalje smo preverili še, kako je s korelacijo med spremenljivkami o številu in prisotnosti posameznih organizacij ter med spremenljivkami, ki opredeljujejo sodelovanje pri izvajalcih v podporni mreži za DZ (Priloga E.8). Rezultati kažejo, da tisti izvajalci, ki ocenjujejo, da je stopnja integracije v podporni mreži za osebe s težavami v DZ majhna, izražajo višjo stopnjo strinjanja s tem, da je med organizacijami v podporni mreži za osebe z težavami v DZ prisotno tekmovanje ($r = 0.283$, $p = 0.019$), da je število skupnih dogodkov med izvajalci v podporni mreži za osebe s težavami v DZ premajhno ($r = 0,346$, $p = .004$) ter da gre za nezadostno vključevanje NVO v to mrežo ($r = 0,411$, $p = 0.01$).

Če sedaj pregledamo še kvalitativno zbrane podatke in izluščimo nekatere izjave, ki nakazujejo, da se s povečevanjem števila akterjev v podporni mreži za osebe s težavami v DZ

v lokalni skupnosti povečuje stopnja sodelovanja med strokovnimi delavci v nevladnih in vladnih organizacijah, lahko opazimo, da sodelovanje bolj povezujejo z izraženimi potrebami uporabnikov storitev kot s številom organizacij v podporni mreži za osebe s težavami v DZ. S strani strokovnjakov pa je bilo sicer izpostavljeno, *da je ključno, da se vzpostavi vzdržno mrežo skrbi za ljudi z težavami v DZ v lokalnih okoljih, da v lokalnih okoljih še vedno ni dovolj NVO, da je na področju DZ še vedno zelo izraženo vrtičkanje*, kar lahko posredno povežemo s potrditvijo hipoteze (H3). Vrtičkanje razumemo kot prisposodbo za nesodelovanje. Če dodamo še izjavo *koordinatori obravnave v skupnosti vzpostavljajo sodelovanje na podlagi ciljev in potreb uporabnika, samo od sebe ne bi bilo nič, da bi tako teklo kot sistem*, lahko posredno sklepamo, da bi se z zadostnostjo organizacij v podporni mreži povečalo sodelovanje med njimi.

Zanimiva je izjava:

Slovenija je sploh tako majhna, zato je pomembna povezanost, želja posameznih ljudi, da podprejo organizacije. Vendar je to sodelovanje obotavljivo in polno nekih predsodkov in idealiziranj, za kar ni mesta v profesionalnem delovanju različnih služb. Jaz mislim, da so prav NVO primer tega, kako vzpostavljati dobre načine sodelovanja z drugimi strokovnimi delavci, kar nihče ne vidi.

Tukaj se navežemo na dejstvo, da so bile v preteklosti NVO edine izvajalke mnogih programov v lokalnih skupnostih in so delovale praktično z vsemi, s katerimi so se glede na problematiko uporabnikov pojavile potrebe. Po sprejetju Zakona o duševnem zdravju (2008) pa se je število izvajalcev začelo povečevati, prišli so novi izvajalci, kar je povzročilo spremembe v delovanju predhodno obstoječe mreže.

S strani uporabnikov je bila v kontekstu korelacije števila organizacij in sodelovanja izvajalcev uporabna izjava:

hodim v obe NVO tukaj v mestu, pa tudi v društvo upokojencev v našem kraju. Sodelujem v projektu: Starejši za boljšo kakovost življenja. Hodim na obiske starejšim v našem kraju, tako da mi to ogromno časa vzame. V društvu upokojencev sodelujem tudi pri pevskem zboru. Vključen sem v veliko dejavnosti. Z veseljem jih obiskujem.

Kaže na to, da lahko sodelovanje razumemo tudi s tega vidika, da je uporabnikom dopuščeno, da izbirajo in se udeležujejo različnih aktivnosti.

Na podlagi predstavljenih ugotovitev lahko upravičeno razmišljamo o potrditvi hipoteze na podlagi kvantitativnih ugotovitev. Ampak, ker gre glede na predstavljeno v kvalitativnem delu za posredno sklepanje, lahko hipotezo (H3), da se s številom akterjev v podporni mreži za osebe s težavami v DZ povečuje stopnja sodelovanja med njimi, le delno potrdimo.

Zanimivo pa bi bilo določiti faktor oddaljenosti, ki bi bil upoštevan pri postavljanju normativov za delo izvajalcev obravnave v skupnosti.

3.3.3 Vrednotenje pričakovanih učinkov podpore osebam s težavami v DZ v lokalni skupnosti

Vrednotenje pričakovanih učinkov je zelo povezano tudi z razumevanjem vloge NVO s strani različnih deležnikov.⁸⁰ Mnenja vključenih deležnikov o vlogi NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ so shematično predstavljena v tabeli 3.34 (glej tudi Priloga E.9).

Tabela 3.34: Shematična predstavitev mnenj deležnikov o vlogi NVO na področju DZ

Deležnik	Sinteza mnenj o vlogi NVO (kategorije)
Strokovnjaki	kakovosten izvajalec celostne obravnave osebe s težavami v DZ, partner s specifičnim položajem v podporni mreži, katerih delovanje temelji na pravici do združevanja, izbire in odločanja, glas uporabnikov storitev in najmočnejši akter vplivanja na ljudi, povezovalac izvajalcev, pacientov in strokovnjakov, izvajalec s specifično kadrovske strukturo strokovnih delavcev in sodelavcev.
Uslužbenci občine	inovator in pobudnik za spremembo, izvajalec promocije zdravja in preventive, spodbujevalec in izvajalec ukrepov za kakovost življenja ter kakovost obravnave, za lokalno skupnost pomemben akter, porabnik finančnih in materialnih sredstev, pripravljalec samoevalvacijskega poročila, akter, do katerega imajo upravni subjekti normativno opredeljene dolžnosti, prijavitelj na razpise.
Izvajalci storitev v NVO	ponudnik dopolnilnih storitev v podporni mreži, ponudnik konkretne in celostne pomoči pacientom z depresijo, preventivnih in skupnostnih dejavnosti na podlagi povezovanja in vključevanja prostovoljcev, ponudnik pomoči brez čakalne dobe, izvajalec strokovne individualne obravnave, sodeluje v zagotavljanju kontinuitete obravnave, ponudnik z nadpovprečnim etičnim potencialom izvajalcev.
Drugi izvajalci	tvorec podporne mreže za osebe z depresijo, podpornik osebam s težavami v DZ in njihovim svojcem, mašilo za vest družbe, informator javnosti, izvajalec dokazano učinkovitih pristopov pri izboljševanju duševnega zdravja pacientov z depresijo, omogoča dostopnost brez stigmatizacije in zmanjšuje prisotnost stigme v družbi, akter, katerega kakovost delovanja je odvisna od zaposlenih, akter, ki včasih deluje 'zgolj na papirju', njihova kakovost niha.
Uporabniki storitev	deluje za izboljševanje kakovosti življenja, reševanje kompleksnih problemov, izvajalec psihosocialne in zaposlitvene rehabilitacije na človeku prijazen način, ponudnik možnosti za krepitev znanja, izmenjavo izkušenj, socialnega vključevanja in kakovostnega preživljanja prostega časa, motivator za zavedanje odgovornosti za lastno zdravje, terenski motivator, nosilec znanja in izkušenj o uspešnih metodah dela z osebami z depresijo, ponudnik pomoči z ustreznim odnosom in uspešnim strokovnim delovanjem, ponudnik s hitrim menjanjem zaposlenih, varna hiša, izvajalec pomoči na domu, ponudnik prostovoljne brezplačne pomoči, organizacija, potrebna boljšega promoviranja svojega obstoja, dela, uspehov, ponudnik pomoči, ki ustreza samo delu pacientov z depresijo, organizacije, o katerih se širijo različne informacije o 'zlorabah', organizacije, katerih delovanje je premalo nadzorovano.

Analiza odgovorov je pokazala razlike v opisu vloge med deležniki, ki so vezane na njihov položaj glede vpletenosti v delovanje NVO in se sistematično kažejo v večji (*akter, ki včasih deluje zgolj na papirju*) ali manjši kritičnosti do NVO (*ponudnik s hitrim menjanjem zaposlenih*). Pretežno pozitivne opise o vlogi NVO so tako podali strokovnjaki in izvajalci v NVO. Deloma pozitivne, deloma kritične opise pa so podali uslužbenci občin, drugi izvajalci in drugi pacienti. Pri opisu vloge in vrednotenju vloge se niso opirali na nacionalno določene kriterije za vrednotenje delovanja NVO s področja DZ. Na podlagi določanja skupnih tem (sinteze ugotovitev) so bile prepoznane sledeče vloge NVO:

⁸⁰ Nekateri deli besedila v tej točki so bili objavljeni v Zupančič in Pahor (2016).

- ponudnik: dopolnilnih, prostovoljnih, brezplačnih storitev v podporni mreži, namenjenih določeni skupini prebivalstva,
- podpornik: osebam s težavami v DZ in njihovim svojcem v smislu zagovorništva in vplivanja na ljudi,
- izvajalec: inovativnih pristopov obravnave v družbi, psihosocialne in zaposlitvene rehabilitacije, pomoči na domu, terenskega motiviranja, katerega delovanje je odvisno od odnosa in rezultatov dela izvajalcev, kar je potrebno preverjati zaradi fluktuacije kadra,
- nosilec: povezovanja izvajalcev, oseb s težavami v DZ in strokovnjakov za izboljševanje kakovosti življenja in kakovosti obravnave oseb s težvami v DZ, z uporabo znanj in izkušenj o uspešnih metodah dela, dostopnostjo brez stigmatizacije in informiranjem javnosti za zmanjševanje prisotnosti stigme,
- prejemnik: podpore upravnih subjektov države in lokalne skupnosti v skladu z normativno opredelitvijo, osebnim angažiranjem izvajalcev NVO s prijavi na razpise, glede na samoevalvacijsko poročilo, glede na ugled v javnosti.

Nadalje smo zbrali še podane predloge vključenih deležnikov o kazalnikih za merjenje doseganja pričakovanih učinkov delovanja NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ (Tabela 3.35).

Tabela 3.35: Predlogi kazalnikov za vrednotenje delovanja NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ z vidika različnih deležnikov

Deležnik	Predlagani kazalniki učinkovitosti	Področja
Strokovnjaki	fokusiranje na finance in na sistemske spremembe v organizaciji, merjenje političnega udejstvovanja, ozaveščanja javnosti, prenosljivosti programov in sodelovanja s strokovnimi in nestrokovnimi službami v lokalni skupnosti, ustvarjanje različnih medsebojno povezanih programov, delovanje v razvoju skupnostne skrbi, ustanavljanje regionalnih centrov, skupin za samopomoč, delovanje na področju antistigmatizacije, upoštevanje rezultatov zunanje evalvacije, povečevanje vključenosti v programe, usmerjanje pozornosti na pritožbe, nestrinjanja, mnenje sveta uporabnikov, svojcev, lokalne iniciative, doseganje individualnih ciljev uporabnikov in ciljev organizacije, dvig motivacije uporabnikov storitev, preseganje omejitev, ki izhajajo iz bolezni in zastavljanja nedosegljivih ciljev, doseganje celostne obravnave, medsektorsko sodelovanje, individualni pristop, pozitivna orientiranost, spodbujanje k izbiri in odločanju, spremljanje zavzetosti (motiviranosti) uporabnikov storitev, koliko je posameznik pripravljen sodelovati, in preseganje pozicije žrtve, kar je izraženo skozi vrednostno trditev o sebi. ----- pridobivanje informacij prek neposrednega stika z ljudmi, napredek v majhnih korakih, vrednotenje iz oči uporabnikov, uporabniki niso vedno vprašani, kaj menijo o kakovosti obravnave.	- politika in lokalna skupnost, - aktivnosti NVO, - finančno poslovanje, - sistem dela v organizaciji, - rezultati zunanje evalvacije, - izvajalci NVO, - mnenje uporabnikov storitev in njihovih svojcev, - celostna obravnava, - način in specifične značilnosti merjenja.
Uslužbenci občin	dostopnost organizacije občanom, poznavanje organizacije s strani občanov, stopnja aktivnosti delovanja v lokalni skupnosti, upad/naraščanje števila oseb s težavami v DZ, upad števila težav v DZ pri uporabniku, v lokalni skupnosti, v populaciji, večja vključenost marginalnega prebivalstva v različne programe, večja samostojnost teh prebivalcev v vsakdanjem življenju, višja kakovost življenja, manj samomorov, manj težav v DZ, manj socialnih stisk, zmanjšanje števila izdanih receptov zaradi težav v DZ, število stanovanjskih skupin, obstoj skupin za samopomoč, število vključenih v programe, število zaposlitev oseb s težavami v DZ.	- rezultati v odnosu do lokalne skupnosti in prebivalcev, - sprememba relevantnih statističnih kazalcev, - prisotnost programov v lokalni skupnosti in informiranost, - številčnost vključevanja v NVO in njene programe, - zaposlitev in - kakovost življenja.

Izvajalci v NVO	prepoznavnost v lokalnem okolju, zmanjšanje števila samomorov v lokalnem okolju, število izvedenih preventivnih programov, izboljšano sodelovanje z drugimi organizacijami, hitrost dostopa do storitev, število storitev, število uporabnikov, število uspešno rehabilitiranih oseb z depresijo, zmanjšanje števila oseb, ki predčasno prekinajo zdravljenje, izboljšanje stanja posameznika (ponovna vrnitev na delovno mesto, število ponovitev bolezni in trajanje poslabšanja, bolniški stalež, število hospitalizacij), razširitev socialne mreže oseb z depresijo, vključevanje v aktivnosti, ocena izboljšanja kakovosti življenja osebe s težavami v DZ na podlagi spremljanja v vsakdanjem življenju, zadovoljstvo uporabnikov, zadovoljstvo svojcev, zadovoljstvo strokovnjakov, izboljšani rezultati vprašalnikov, merjenje ob vstopu v program in na koncu, več kazalnikov skupaj (od števila obiskov uporabnikov do njihovih mnenj, kombinacija objektivnih in subjektivnih kazalnikov).	<ul style="list-style-type: none"> - dosežene spremembe v lokalnem okolju, - izvedba preventivnih akcij, - učinkovitost sistema dela, - dosežene spremembe pri uporabniku storitev na podlagi ocene uporabnika, svojca in strokovnjaka, - izboljšani rezultati samoevalvacije na podlagi anketnih vprašalnikov, - izdelan sistem evalvacije.
Ostali izvajalci	prepoznavnost programov, ki jih izvaja NVO v nekem okolju, izboljšanje socialnega zdravja, predvsem pravica do osnovnih življenjskih potreb, dela, izobrazbe, stanovanja, čistega okolja in ostalo, izboljšanje medsebojne pomoči in sodelovanja teh organizacij, zadovoljstvo ljudi vključenih v NVO s programi in storitvami, ki jih NVO izvaja, število oseb, ki jim uspe premagati znake depresiranja s resocializacijo brez potrebe po hospitalizaciji, zmanjšanje stopnje depresivnosti in števila samomorov, število vseh uporabnikov, število novih uporabnikov, njihova vključenost v okolje, število ponovnih hospitalizacij, počutje posameznika, kazalniki se težko določijo.	<ul style="list-style-type: none"> - prepoznavnost programov v javnosti, - dosežene spremembe v lokalnem okolju, - izboljšanje sodelovanja med organizacijami, - objektivni in subjektivni kazalniki pri uporabniku storitev in NVO.
Uporabniki	statistični podatki, izboljšanje samomorilne statistike, število obiskovalcev, program delavnic, število ur delavnic za uporabnike, zadovoljstvo ljudi, ocena svojcev, realizacija zastavljenih individualnih ciljev, dosežen uspeh – aktualizacija na področju zanimanja, prepoznan talent in vključitev v različne oblike zaposlitve, boljša sposobnost za delo, uporabnikova konstantna vpetost v realnost, zazdravitev, dolgotrajna remisija, zadovoljstvo uporabnikov, izraženo na obrazih, povečana sposobnost odpuščanja, boljše sprejemanje samega sebe, boljše zavedanje osebne odgovornosti, skrb za nepreskrbljene otroke, dosežena podpora svojcev, konkretna pomoč, drobne vsakdanje stvari, delovanje politike in upoštevanje njihovih nasvetov, prisoten primanjkljaj povratne informacije o učinkovitosti, kombiniranje subjektivnih in objektivnih kazalnikov.	<ul style="list-style-type: none"> - definiranje uspeha, - osebno občutenje, - izboljšanje relevantnih statističnih podatkov, - program NVO, - realizacija zastavljenih ciljev, - vključenost v vse aktivnosti in upoštevanost, - izboljšanje pri opravljanju življenjskih vlog, - remisija bolezni, - pomen povratne informacije, - prepletenost kazalnikov.

Prevladuje mnenje, da morajo biti pri vrednotenju delovanja NVO udeleženi vsi deležniki, da mora biti nabor kazalnikov sestavljen tako iz objektivnih kot subjektivnih kazalnikov ter da je potrebno primerjanje stanja uporabnika ob vstopu v program in po določenim časovnem obdobju ob zavedanju, ob tem pa je potrebno pravilno upoštevati, kaj predstavlja napredek, uspeh tako uporabnika in njegovih svojcev kot same NVO.

Na podlagi določanja skupnih tem (sinteze ugotovitev) je bil sestavljen nabor predlogov kazalnikov za vrednotenje doseganja pričakovanih učinkov delovanja NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti z vidika različnih deležnikov, ki so predstavljeni po področjih:

- politika in lokalna skupnost (politično udejstvovanje, prepoznavnost programov NVO v okolju, ozaveščenost javnosti, prenosljivost programov, sodelovanje s strokovnimi in nestrokovnimi službami v lokalni skupnosti, informiranost in poznavanje organizacije s strani občanov, dostopnost organizacije občanom, prisotnost preventivnega delovanja v lokalni skupnosti, vpliv na socialno vključenost ranljivih skupin, odraz delovanja v spremembi statističnih kazalcev in kakovosti vsakdanjega življenja prebivalcev),

- upravljanje in vodenje NVO (finančno poslovanje in sistem dela v organizaciji, medsebojno sodelovanje organizacij, obstoj regionalnih centrov za DZ, skupin za samopomoč, sistem evalvacije),
- aktivnosti NVO (program NVO, delovanje na področju antistigmatizacije, delovanje v razvoju skupnostne skrbi, ustvarjanje različnih medsebojno povezanih programov, delovanje na področju antistigmatizacije, število vključenih v program),
- izvajalci v NVO (splošno razgledanost, delovanje v skladu z zakonom in sodobnimi standardi obravnave, vključevanje prostovoljcev, prepoznavanje potreb uporabnikov storitev in sodelovanje s svojci, izvajanje celostne obravnave, individualni pristop, pozitivna orientiranost, spodbujanje k izbiri in odločanju),
- uporabniki storitev in njihovi svojci (osebno občutenje, mnenje uporabnikov storitev in njihovih svojcev, definiranje uspeha, realizacija zastavljenih ciljev, izboljšanje pri opravljanju življenjskih vlog, manjše število hospitalizacij, remisija bolezni, zaposlitvena rehabilitacija, aktualizacija na področju zanimanja, socialna vključenost, sprejemanje realnosti in odgovornosti, itd.).

Nekateri predlagani kazalniki se že uporabljajo v procesih merjenja, drugi so sicer smiselni, vendar pa je vprašanje, kako je z njihovo uporabnostjo v dejanskih procesih merjenja, nekaj pa je takih, ki bi z implementacijo obogatili obstoječi sistem vrednotenja.

Zanimalo nas je tudi, kako je z upoštevanjem specifičnih značilnosti lokalnih skupnosti in doseganjem pričakovanih učinkov izvedenih dejavnosti in storitev NVO v okviru podporne mreže skupnostne skrbi za DZ za osebe s težavami v DZ na primeru oseb z depresijo (H4). Ugotavljamo, da se je pri oceni uslužbencev občine pojavila statistično značilna pozitivna povezanost pri ocenah (glej Priloga E.10):

- bolj kot menijo, da storitvene NVO v lokalni skupnosti delujejo dobro, boljše ocenjujejo stopnjo medsebojne solidarnosti med prebivalci, prisotnost kulturnega dogajanja v lokalni skupnosti, delovanje športnih NVO, da je mreža zdravstvenih storitev dobra, ter da so doseženi pričakovani učinki podpore osebam s težavami v DZ, kar velja tudi obratno.

Pri izvajalcih pa se je pojavila statistično značilna pozitivna povezanost med ocenami (glej Priloga E 11):

- ob boljši oceni, da so doseženi pričakovani učinki podpore osebam s težavami v DZ v lokalni skupnosti, boljše ocenjujejo tudi prisotnost turističnih znamenitosti, povprečno starost in stopnjo izobrazbe prebivalcev, bruto družbeni proizvod, manjšo potrebo po socialni pomoči, delovanje NVO s področja športa in storitvenih NVO, ter zadostnost mreže socialnih storitev. Lahko bi rekli tudi obratno, da so ob zadostnosti mreže

zdravstvenih in socialnih storitev, itd. boljše doseženi pričakovani učinki podpore osebam z težavami v DZ v lokalni skupnosti.

Uporabniki so potrdili, da posebno spodbudo k udeležbi vidijo prav v prostovoljnosti in pa v zavedanju lastne odgovornosti ob dani možnosti izbire. Razlogi za obiskovanje izhajajo že iz navedenih vlog NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ. Izpostavljene prednosti in ovire za vključitev oseb s težavami v DZ v NVO predstavljamo z reprezentativnimi izjavami obravnavanih skupin deležnikov. Uslužbenci javne uprave navajajo kot prednosti, da so: *NVO edine, pri katerih imajo uporabniki, svojci direkten glas, kako se službe načrtujejo in krepijo. Krepijo moč uporabnika, da ima svoje zahteve, NVO vedno zastopajo različna stališča in interese njihovih članov (ZDZ).* Strokovnjaki izpostavljajo prednosti za uporabnike v *učenju življenja s težavami v DZ, pri učenju definiranja uspeha, pri realizaciji individualnih ciljev, zaradi vzpostavljanja kontaktov z drugimi službami, ki jih sami ne zmorejo, pri urejanju finančne pomoči (AI44).* Poudarjajo, da *tam, kjer javna mreža ne zagotavlja tistega, kar ljudje potrebujejo za svoje zdravje ali za kakovostno življenje, je smisel vključevanja NVO kot dodana vrednota (DN).* Izvajalci, zaposleni v NVO, poudarjajo, da na tem področju primanjkuje izpostavljanja primerov dobre prakse, *načinov vzpodbujanja oseb, da poiščejo pomoč, redno jemljejo zdravila, v izdelavi individualnega načrta, motiviranju, podpori, razumevanju, svetovanju, v lažji dostopnosti do pomoči, saj ni čakalne dobe (I3).*

Izvajalci v drugih organizacijah vidijo prednosti v: *zagotavljanju odzivnosti izvajalcev, povezovanju in sodelovanju za razrešitev situacije pacienta, v večji fleksibilnosti pri spodbujanju prepletenosti in soodvisnosti zdravstvenih in socialnih služb ter pri odkrivanju in povezovanju, zdravljenju in psihosocialni rehabilitaciji oseb s težavami v DZ (K3).* Uporabniki storitev posebno spodbudo k udeležbi vidijo v prostovoljnosti in pa v zavedanju lastne odgovornosti ob dani možnosti izbire. Kot prednosti so izpostavili: *vključenost, nova poznanstva, občutek, da si slišan ter preusmeritev pozornosti iz lastne bolečine v aktivnost za razvijanje talentov, podpora v življenjskih ciljih, zapolnitev strukture dneva, potreba po delu s svojci, poslušanje ter terensko motiviranje (F1–4)* Izpostavljajo: *to je v bistvu naša varna hiša, izmenja se veliko informacij, se medsebojno spoštujemo, opozarjamo (F1).*

Ostale osebe z težavami v DZ, ki ne koristijo storitev NVO, prepoznajo navedene prednosti, vendar pa še *niso uspeli priti (I1, I3), so jim to odsvetovali svojci (I2, I4), ali pa niso vedeli, da pomoč obstaja in je brezplačna (I6, I7).* Oviro za vključevanje sami vidijo v tem, *da niso pripravljeni na skupinsko delo, na izražanje svojih občutkov, v strahu, pomanjkanju energije, napačnih predstavah svojcev, oddaljenostjo NVO od kraja bivanja, strahu pred*

stigma in podobno. Menijo, da so NVO preveč splošno usmerjene, oni pa *potrebujejo specifično strokovno pomoč, drugačno kot ostali uporabniki storitev*. Izvajalci v NVO navajajo podobne ovire, predvsem pa pomanjkanje lastnega časa za *vlogi terenskega motivatorja* (AI28) in *dežurnega poslušalca* (I42), *hitre menjave sodelavcev, ki potrebujejo čas za uvajanje* (AI29). Izvajalci drugih organizacij prepoznavajo oviro za vključevanje NVO v samih programih NVO, da dejansko *delujejo samo pri ciljih osebe, ki niso življenjsko pomembni*, ter *v tem, da njihova ponudba ni dovolj specializirana za potrebe oseb z depresijo* (AI34). Praviloma nimajo pomislekov pri usmerjanju oseb s težavami v DZ v NVO, opozarjajo pa kljub temu, *da se je potrebno pozanimati, kaj NVO počne, kakšen status ima, ker obstaja nevarnost manipulacije uporabnikov storitev in neakovostnega dela* (AI67). Strokovnjaki oviro vidijo *v pripravljenosti na sodelovanje s strani samih organizacij in njihovih izvajalcev, poročanju medijev o tem področju in sektorju ter zaradi delovanja stigme. Sodelovanje ne poteka samo po sebi kot sistem, temveč je odvisno od samih zaposlenih, od njihove osebne mreže, motiviranosti* (K3). Uslužbenci javne uprave pa generalizirajo oviro za vključevanje pacientov z depresijo v načinu financiranja delovanja NVO, neenakomerni dostopnosti do storitev in različni podpori upravnih subjektov v lokalnih skupnostih.

Deležniki ocenjujejo, da definiranje pričakovanih učinkov delovanja podporne mreže za osebe s težavami v DZ ni enostavna naloga. Pri obravnavi oseb s težavami v DZ je izrazito izpostavljen vpliv lastne volje tako osebe, da pomoč zahteva, kot izvajalca, ki mu pomoč uredi s povezovanjem z različnimi izvajalci. Prevladuje stališče, da so pričakovani učinki delovanja vezani na uporabnika storitev. Strokovnjaki izpostavljajo, da so *NVO tiste edine, pri katerih imajo uporabniki, svojci direkten glas, kako se službe načrtujejo in krepijo. Pri tem krepijo moč uporabnika in ga spodbujajo, da je enakopraven partner v procesu pogajanja, v procesih obravnave, da ima svoje zahteve*. Zanimiva je ugotovitev, da pričakovani učinek krepitve moči uporabnikov temelji na njihovi aktivaciji v najširšem pomenu besede: v psihosocialni in zaposlitveni rehabilitaciji, v prostovoljskem delovanju in političnem udejstvovanju, v izobraževanju in sodelovanju pri raziskovanju, v preseganju omejitev, ki izhajajo iz 'težav v DZ.

Če sedaj pregledamo še rezultate kvalitativno zbranih podatkov pa lahko opazimo, da tako strokovnjaki kot izvajalci povezujejo pričakovano učinkovitost delovanja z NVO glede na izpolnjevanje potreb uporabnikov, ki so soodvisne od značilnosti okolja. Strokovnjaki tako izpostavljajo, da ima posameznik več možnosti v večjih centrih, da so NVO najmočnejše na področju vplivanja na ljudi lokalno, ki so na tem področju naredile ogromno dela in omogočile marsikateremu posamezniku, pa tudi skupinam ljudi višjo kakovost življenja ali pa

postopno okrevanje po prebolelih hudih težavah v DZ. Pri tem pa se že vršijo aktivnosti za povečevanje vključenosti upravnih subjektov pri pripravi regionalnih izvedbenih načrtov, kjer je kot prioriteta določeno področje DZ (NS). O povezavi značilnosti lokalnega okolja in učinkovitosti NVO lahko sklepamo tudi iz naslednjih navedb uporabnikov, da si v večjih centrih bolj anonimni in da so neke aktivnosti različno učinkovite glede na to, v kakšnem okolju se izvedejo. Kot pomembne značilnosti lokalnih skupnosti vidijo osveščenost prebivalstva, družbene norme, stopnjo medsebojne podpore, prometne povezave in obstoječo paleto ekspresivnih in storitvenih NVO. Priznavajo, da so zaposlitveni programi NVO eden izmed najučinkovitejših strategij za izboljševanje DZ, ker *dajejo možnosti ljudem s težavo v DZ, predvsem za zaposlitev, za dejavno življenje in za vključitev v družbo.*

Žal deležnikom nismo zastavili direktnega vprašanja, kaj menijo o pogoju upoštevanja značilnosti lokalne skupnosti za doseganje pričakovanih učinkov delovanja NVO. Na podlagi zbranih podatkov tako hipoteze (H4) ne moremo z gotovostjo ovreči ali potrditi. Tudi tvorjenje različnih faktorjev in njihovo medsebojno primerjanje ne bi prineslo drugačnih zaključkov. Predstavljeni indici pa kljub temu kažejo na to, da bi lahko rekli, da upoštevanje specifičnih okoliščin in značilnosti lokalne skupnosti pri načrtovanju aktivnosti NVO v okviru podporne mreže skupnostne skrbi za DZ za osebe s težavami v DZ vpliva na doseganje pričakovanih učinkov izvedenih dejavnosti in storitev NVO.

Zanimalo pa nas je tudi, ali prihaja do razlik v videnju vizije razvoja na področju DZ prebivalcev lokalne skupnosti z vidika različnih deležnikov (Tabela 3.36).

Pričakovani učinki celotne podpore osebam s težavami v DZ in obstoječi razkorak glede na trenutno stanje se odražajo tudi skozi podan opis vizije razvoja na področju skrbi za DZ prebivalcev lokalne skupnosti iz zornih kotov različnih deležnikov. Kaže se, da vidijo vizijo razvoja kompleksno: (1) v boljši javni politiki, ki bo okrepila obstoječi sistem skrbi, (2) v boljšem povezovanju in sodelovanju tako vertikalno in horizontalno, predvsem pa tudi medsektorsko za razvoj podporne mreže in skupnostne skrbi za osebe s težavami v DZ. Izboljšati pa bo potrebno tudi (3) dostopnost in dosegljivost, tudi za tiste, ki živijo dlje od mestnih središč in ki si ne morejo privoščiti plačljive psihoterapije. (4) Postopek obravnave vidijo bolj celostno, tudi z dopolnjevanjem medikamentozne terapije s komplementarno ter razvojem (5) promocije zdravja in preventive. Na tak način bi bila izboljšana osebna uspešnost uporabnikov, posebej, če bi bil odnos izvajalcev do njih bolj odkrit. Posebno pozornost je treba usmeriti na kadre in medsebojne odnose.

Tabela 3.36: Shematska predstavitev vizije razvoja skrbi na področju skrbi za DZ prebivalcev lokalne skupnosti z vidika različnih deležnikov

Deležniki	Področja vizije razvoja	Skupna vizija razvoja skrbi na področju DZ
Strokovnjaki	Nacionalna politika DZ Sistem skrbi za DZ Postopek obravnave Medsebojni odnosi Koordinacija Izobraževanje	<ul style="list-style-type: none"> - izboljšanje vertikalnega in horizontalnega povezovanja in sodelovanja, povezati organizacije v mrežo in pripraviti normativno podlago, - sprejem strategije za DZ, - dopolniti paleto programov in storitev za osebe s težavami v DZ, izboljšati dostopnost do storitev ter doseči enakost v dostopnosti ter pravico oseb s težavami v DZ do izbire in odločanja,
Uslužbenci občin	Povezovanje in sodelovanje Dostopnost do storitev Preventivne dejavnosti Kombiniranje programov vladnih in nevladnih organizacij Zdravi pogoji za življenje in za zdrav življenjski slog na vseh področjih življenja Vpliv pri oblikovanju politik Omogočanje in podpora delovanju NVO Zagotavljanje delovnih mest Namenjanje časa in pozornosti za osveščenost prebivalstva o DZ	<ul style="list-style-type: none"> - uravnovežanje bolnišničnih in skupnostnih oblik pomoči, - izboljšano kombiniranje programov vladnih in navadnih ter drugih zasebnih organizacij pri skrbi za DZ prebivalcev lokalnih skupnosti in obravnavi oseb z težavami v DZ, - natančno doreči vloge deležnikov, pravila, da se bo na ravni lokalnih skupnosti med organizacijami in izvajalci razvila zdrava tekmovalnost, medsebojno spoštovanje, - izboljšanje koordiniranja na področju DZ, - izboljšanje kadrovskega menedžmenta, - poenotenje med izvajalci v smislu kompatibilnosti storitev, - poenotiti terminologijo med izvajalci, - izboljšanje informiranosti, znanja, komunikacijskih veščin, odnosa, empatije, odzivnosti, motiviranosti in samoiniciativnosti izvajalcev, - izboljšati vzgojo in izobraževanje izvajalcev v poklicih skrbi, da bo njihovo znanje skladno s potrebami oseb s težavami v DZ, osebam z depresijo (dodiplomsko izobraževanje in vseživljenjsko učenje), - povečanje stopnje zdravstvene pismenosti ljudi za področje DZ, usmerjati znanje skozi lokalne skupnosti in medije, povečanje preventivnih dejavnosti in učenje načinov spoprijemanja s stresom, - izboljšanje pogojev za zdrav življenjski slog na vseh področjih življenja, - izboljšati procese destigmatizacije in ozaveščati o težavah v DZ, - povečati pripravljenost ljudi za nudenje in prejetje pomoči, - povečanje zavedanja lastne odgovornosti v procesu obravnave, - izboljšanje organizacije sistema skrbi za DZ/za osebe s težavami v DZ, izboljšati kakovost individualne in celovite obravnave, - povečati možnost do brezplačne psihoterapije in drugih oblik obravnave, večja finančna podpora osebam s težavami v DZ, - dopolnjevanje medikamentozne terapije s komplementarno, - izboljšani načini delovne aktivacije oseb s težavami v DZ, - razvoj prostovoljskega dela uporabnikov, - povečanje političnega udejstvovanja uporabnikov storitev, - ureditev področja zbiranja, predstavitve, dostopnosti in promocije do statističnih podatkov ter povečati njihovo uporabo, - izboljšanje, povečanje znanstvenega raziskovanja.
Izvajalci storitev v NVO	Sodelovanje znotraj in med službami Izboljšanje odgovora na potrebe oseb s težavami v DZ	<ul style="list-style-type: none"> - povečanje stopnje zdravstvene pismenosti ljudi za področje DZ, usmerjati znanje skozi lokalne skupnosti in medije, povečanje preventivnih dejavnosti in učenje načinov spoprijemanja s stresom,
Drugi izvajalci	Delo s kadri Odgovor na finančno stisko Sistem skrbi na področju DZ Metode dela	<ul style="list-style-type: none"> - izboljšanje pogojev za zdrav življenjski slog na vseh področjih življenja, - izboljšati procese destigmatizacije in ozaveščati o težavah v DZ, - povečati pripravljenost ljudi za nudenje in prejetje pomoči, - povečanje zavedanja lastne odgovornosti v procesu obravnave, - izboljšanje organizacije sistema skrbi za DZ/za osebe s težavami v DZ, izboljšati kakovost individualne in celovite obravnave, - povečati možnost do brezplačne psihoterapije in drugih oblik obravnave, večja finančna podpora osebam s težavami v DZ, - dopolnjevanje medikamentozne terapije s komplementarno, - izboljšani načini delovne aktivacije oseb s težavami v DZ, - razvoj prostovoljskega dela uporabnikov, - povečanje političnega udejstvovanja uporabnikov storitev, - ureditev področja zbiranja, predstavitve, dostopnosti in promocije do statističnih podatkov ter povečati njihovo uporabo, - izboljšanje, povečanje znanstvenega raziskovanja.
Uporabniki storitev	Javna politika Dostopnost do pomoči Preventivni ukrepi Sodelovanje Osebna (ne)uspešnost Lastnosti strokovnih delavcev	<ul style="list-style-type: none"> - izboljšanje pogojev za zdrav življenjski slog na vseh področjih življenja, - izboljšati procese destigmatizacije in ozaveščati o težavah v DZ, - povečati pripravljenost ljudi za nudenje in prejetje pomoči, - povečanje zavedanja lastne odgovornosti v procesu obravnave, - izboljšanje organizacije sistema skrbi za DZ/za osebe s težavami v DZ, izboljšati kakovost individualne in celovite obravnave, - povečati možnost do brezplačne psihoterapije in drugih oblik obravnave, večja finančna podpora osebam s težavami v DZ, - dopolnjevanje medikamentozne terapije s komplementarno, - izboljšani načini delovne aktivacije oseb s težavami v DZ, - razvoj prostovoljskega dela uporabnikov, - povečanje političnega udejstvovanja uporabnikov storitev, - ureditev področja zbiranja, predstavitve, dostopnosti in promocije do statističnih podatkov ter povečati njihovo uporabo, - izboljšanje, povečanje znanstvenega raziskovanja.

Za zaključek smo na podlagi kvalitativne analize pripravili sintezo vseh zbranih podatkov in jih predstavili kot prepoznana tematska področja o delovanju NVO v podporni mreži. Osnovno vodilo pri sintezi vseh zbranih podatkov je bilo identificiranje glavnih tematskih področij, ki sooblikujejo odgovor o delovanju NVO s področja DZ in njihovem vključevanju v javno podporno mrežo za pomoč osebam s težavami v DZ (Tabela 3.37).

Tabela 3.37: Prepoznana glavna tematska področja delovanja NVO v podporni mreži na področju DZ

Tema raziskave	Osnovna področja teme	Prepoznana tematska področja
<p>Vključevanje NVO v javno podporno mrežo na področju DZ za osebe s težavami v DZ in nudenje pomoči osebam s težavam v DZ (na primeru depresije)</p>	<p>Delovanje NVO za osebe z težavami v DZ v lokalnih skupnostih</p>	<ul style="list-style-type: none"> vpliv okolja skrb lokalno politika lokalnih skupnosti podporna mreža sodelovanje med organizacijami koordinacija, povezovanje vloga NVO razlogi za ali proti obiskovanju procesi stigmatizacije mnenje javnosti kazalniki kakovosti obravnave metode dela soudeležba uporabnikov, svojcev prostovoljstvo profesionalizacija financiranje
	<p>Protokoli sodelovanja med nevladnimi in vladnimi (in drugimi zasebnimi organizacijami) v okviru podporne mreže za osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti</p>	<ul style="list-style-type: none"> skrb lokalno, skrb na splošno podporna mreža, prisotnost izvajalcev sodelovanje znotraj in med organizacijami vpliv okolja podpora lokalnih oblasti normativna podpora, pravni akti delo s kadri medsebojni odnosi problemskost depresije vstop v obravnavo hospitalizacija proti volji kontinuiteta obravnave druge obiskovane organizacije regionalni centri za DZ
	<p>Pričakovani učinki izvedenih dejavnosti in storitev NVO v okviru podporne mreže na osebe s težavami v DZ</p>	<ul style="list-style-type: none"> skrb na splošno potrebe oseb s težavami v DZ, sistematično prepoznavanje kazalniki kakovosti učinkovitost storitev vpliv okolja terensko delo vrednotenje učinkovitosti skrbi primeri dobre prakse zadovoljstvo s storitvami doživljanje oseb s težavami v DZ in svojcev raziskovanje vloga NVO razlogi za in proti obiskovanju vizija razvoja
	<p>Doseganje pričakovanih učinkov celotne podpore (ne le NVO) osebam s težavami v DZ v lokalni skupnosti</p>	<ul style="list-style-type: none"> kakovost življenja vpliv okolja, omogočanje pogojev za zdrav življenjski slog kazalniki kakovosti, definiranje uspeha evalvacija javne politike izobraževalni sistem učinkovitost storitev prioritetna področja delovanja lokalnih skupnosti preventivno delovanje vstop v obravnavo vloga zdravnika uravnoteženje bolnišnične in skupnostne obravnave neenakost v obravnavi zdravljenje z zdravili in psihoterapijo pravica do dela in socialne varnosti socialno vključevanje vloga NVO primeri dobre prakse statistični podatki vizija razvoja

Iz tabele 3.37 je razvidno, da se prepoznana tematska področja medsebojno prepletajo in nakazujejo na pestrost dejavnikov, ki jih je bilo potrebno upoštevati, če smo želeli pojasniti in razumeti vključevanje NVO v javno podporno mrežo in nudenje pomoči osebam s težavami v DZ na primeru oseb z depresijo. Skupno jih je bilo identificiranih 63, kar je zahtevalo posebno skrbnost pri zagotavljanju celovitih, na dokazih temelječih odgovorov, ter pazljivost pri posploševanju. Razvidno pa je, da smo s primerjanjem mnenj prišli do celovitejše, širše slike vzročno – posledičnega prepletanja različnih dejavnikov vplivanja na vključevanje NVO v javno podporno mrežo na področju DZ in na nudenje pomoči osebam s težavami v DZ.

3.3.4 Povzetek ugotovitev primerjave ocen deležnikov o vključevanju NVO s področja DZ v javno podporno mrežo za pomoč osebam s težavami v DZ

Število izvajalcev in vrste aktivnosti NVO, ki nudijo pomoč osebam s težavami v DZ v lokalnih skupnostih, se razlikuje glede na oddaljenost od mestnih središč. Število izvajalcev in aktivnosti NVO je bližje mestnim središčem večje, čeprav ta povezanost ni linearna in statistično značilna (H1a). Kažejo se predvsem razlike med mestno občino in ostalimi občinami. Pri pregledu informacij o delovanju organizacij v podporni mreži za DZ je mogoče ugotoviti, da je prisotnost izvajalcev pomoči v lokalnih skupnostih različna in da je ta izrazito centrirana na mestne občine. Obstajajo pa tudi lokalne skupnosti, kjer nismo identificirali iskanih izvajalcev in se morajo prebivalci po pomoč obračati na sosednje lokalne skupnosti. Gre praviloma za lokalne skupnosti z manj prebivalci. Z oddaljenostjo lokalnih skupnosti od mestnih središč ne kaže, da bi se povečevalo število aktivnosti NVO, ki temeljijo na terenskem delu (npr. strokovnih delavcev izven ustanove, izvajanje terenskega dela ni toliko vezano na oddaljenost kot na poslanstvo same organizacije (H1b)). Pri oceni povezanosti, da je ob boljšem delovanju NVO boljše tudi družbeno delovanje v lokalni skupnosti, so deležniki enotni (H1c), vendar pa uslužbenci občin in izvajalci menijo, da se to zgodi v bolj urbaniziranih občinah, ki so bližje mestnemu središču, strokovnjaki in uporabniki pa so mnenja, da se število aktivnosti NVO za povezovanje z različnimi oblikami družbenega delovanja povečuje, bolj kot je lokalna skupnost oddaljena od mestnega središča, čeprav so v tem okolju tudi procesi stigmatizacije najmočnejši.

Pri proučevanju značilnosti sodelovanja ugotavljamo, da v lokalnih skupnostih, kjer finančno podpirajo programe za preprečevanje težav v DZ ter delovanje NVO, si tudi močnejše prizadevajo za vzpostavljanje in vzdrževanje podporne mreže za DZ ter se odzivajo na povabilo NVO k sodelovanju. Sodelovanje med organizacijami zdravstvenega in

socialnega varstva je v teh lokalnih skupnostih praviloma dobro. Bolj si tudi prizadevajo za vzpostavljanje in vzdrževanje podporne mreže za DZ in sodelujejo pri razvijanju protokolov sodelovanja med izvajalci v podporni mreži. Ob tem se praviloma tudi bolj strinjajo, da bi povečanje števila izvajalcev v podporni mreži vplivalo na povečano sodelovanje med njimi. Izvajalci ocenjujejo, da je tam, kjer je manj skupnih dogodkov, tudi v večji meri prisotno tekmovanje med organizacijami in nezadostno vključevanje NVO. Jasen je pomen odločevalcev v lokalni skupnosti, ki so senzibilni in imajo lastne izkušnje. Večjih razlik v mnenju deležnikov ni. Kaže se, da je stopnja sodelovanja med strokovnimi delavci v nevladnih in vladnih organizacijah v okviru podporne mreže za osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti večja, če je opredeljena v pisni obliki (program, projekt, pisni dogovor) (H2a) in podprta (finančno) od občinske uprave (H2b). Povečanje mreže na prvi pogled ni vplivalo na povečano sodelovanje, če pa bi merili število vzpostavljenih povezav, kar bi bilo smiselno v prihodnje, bi pa verjetno ugotovili, da je teh usmerjenih povezav več (H3).

Vrednotenje pričakovanih učinkov podpore osebam s težavami v DZ v lokalni skupnosti je zelo povezano tudi z različnim razumevanjem vloge NVO s strani različnih deležnikov. Vidijo jih tako v vlogi podpornika, ponudnika, izvajalca, nosilca in prejemnika podpore. Enako velja tudi za izpostavljene predloge kazalnikov za vrednotenje doseganja pričakovanih učinkov delovanja NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ z vidika različnih deležnikov. Dotikajo se vseh ravni sistema, upravljanja in vodenja NVO, aktivnosti NVO in njenih izvajalcev ter uporabnikov storitev in njihovih svojcev. Pri vrednotenju učinkovitosti delovanja morajo biti udeležene vse skupine deležnikov.

Pri vključevanju oseb s težavami v DZ v NVO vidijo tako prednosti kot ovire. Prednosti vidijo v njihovi boljši socialni vključenosti in okrepljenosti z uporabo drugačnih metod. Ovire pa vidijo v premajhni specializaciji storitev za osebe s specifično težavo v DZ, v nepripravljenosti oseb s težavami v DZ za skupinsko delo, izražanje občutkov, oddaljenost od kraja bivanja, strah pred stigmatizacijo, samostigmatizacija in podobno. Izvajalci vidijo oviro v samih programih, ki jih NVO ponujajo, ki *niso življenjsko pomembni*, kar kaže na njihov pokroviteljski odnos do NVO. Vendar pa praviloma nimajo pomislekov pri usmerjanju uporabnikov v NVO, kljub temu pa opozarjajo, da se je potrebno pozanimati, kaj NVO počne. Delovanje NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ je odvisno od pripravljenosti na sodelovanje s strani drugih organizacij in njihovih izvajalcev.

Tako strokovnjaki kot izvajalci povezujejo pričakovano učinkovitost delovanja z NVO glede na izpolnjevanje potreb uporabnikov, ki so soodvisne od značilnosti okolja. Lahko bi rekli, da obstajajo indici, da upoštevanje specifičnih okoliščin in značilnosti lokalne skupnosti

pri načrtovanju aktivnosti NVO v okviru podporne mreže skupnostne skrbi za DZ za osebe s težavami v DZ vpliva na doseganje pričakovanih učinkov izvedenih dejavnosti in storitev NVO (H4).

Shematska predstavitev vizije razvoja na področju skrbi za DZ prebivalcev lokalne skupnosti z vidika različnih deležnikov nakazuje na smer razvoja delovanja NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ v prihodnjih letih, pa tudi na razvoj sistema skrbi za DZ. Nujna je boljša javna politika, ki bo okrepila obstoječi sistem skrbi, boljše povezovanje in sodelovanje, izboljšanje dostopnosti in dosegljivosti, bolj celostno gledanje na proces obravnave ter razvoj promocije zdravja in preventive.

Prepoznana tematska področja o delovanju NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ na primeru depresije so bila združena tako, da so predstavljala ogrodje v razpravi za podajanje odgovorov na predhodno oblikovana raziskovalna (pod)vprašanja.

4 RAZPRAVA

Celostna analiza delovanja NVO v integriranem sistemu skrbi za osebe s težavami v DZ na primeru oseb z depresijo v lokalni skupnosti je pripeljala do izvirnih ugotovitev: (1) kje smo glede delovanja NVO s področja DZ in njihovega vključevanja v podporno mrežo za pomoč osebam s težavami v DZ, (2) kaj se dogaja na področju sodelovanja med deležniki in v procesu integracije storitev, (3) kaj se dogaja na področju izpolnjevanja potreb oseb s težavami v DZ ter (4) kje so priložnosti za razvoj skupnostne skrbi za osebe s težavami v DZ. Razumevanje kompleksnih odnosov med akterji v skupnostni skrbi se je povečalo predvsem v prepoznavanju potenciala NVO za krepitev moči oseb s težavami v DZ, v poznavanju spodbujevalnih in zaviralnih dejavnikov za sodelovanje med akterji ter o kazalnikih s pomočjo katerih je mogoče spremljati učinke delovanja NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ. Na raziskovalno vprašanje, kako NVO, ki delujejo na področju DZ, z vključitvijo v javno podporno mrežo nudijo pomoč osebam s težavami v DZ, smo razpravljali v kontekstu oblikovanih štirih podvprašanj.

4.1 Delovanje NVO za osebe s težavami v DZ v lokalnih skupnostih

Z analizo zbranih podatkov je bilo ugotovljeno, da v raziskavo vključeni deležniki ne prepoznavajo vseh razsežnosti vloge NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ ter, da se v opisu vloge NVO med posameznimi skupinami deležnikov pojavljajo razlike. Vlogo

NVO deležniki zagotovo vidijo manj generalizirano, kot to navajajo Salamon in drugi (2000) v okviru *The Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project*. Pri ugotavljanju, zakaj in za koga sploh delujejo NVO v 40 državah, so ti izpostavili pet skupin vlog: vloga storitev (visoka kakovost, večja pravičnost, nižji stroški/boljša učinkovitost, specializacija), vloga inovativnosti (večja fleksibilnost, prilagodljivost, dostopnost vsakemu, inkubator za nove ideje, vir inovacij v reševanju družbenih in individualnih problemov), zagovorniška vloga (spremembe v vladni politiki ali v družbenih razmerah, politika zagovorništva, uporabniško vključevanje), ekspresivna in razvojna vloga (spodbujanje sodelovanja, varuh prostovoljnega dela, ščitenje interesov posameznih skupin, omogočanje izražanja osebnih potencialov, vplivanje na trg z vidika zagotavljanja pluralnosti), vloga graditelja skupnosti in demokracije (raznolikost in pluralizem, spodbujanje medsebojnega zaupanja, pripadnosti in socialne obveznosti).

Sinteza opisov vloge NVO v naši raziskavi je sicer razkrila paleto opisov, ki tvorijo sliko o pomembni vlogi NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ. To je očitno predvsem, če pogledamo formalne opise vlog: izvajalec, pomemben akter, pobudnik, primer dobre prakse, odvisnik, krepilec moči, zastopnik, zagovornik, sodelavec, spodbujevalec, mašilo, omogočevalec, informator, podpornik, pomočnik, glas, medij, nadomestnik, nosilec. Pri posplošenem skupnem opisu vloge NVO se gledano primerjalno z ugotovitvami Salamona in drugih (2000), pojavljajo bolj terminološke kot vsebinske razlike, ki, kot kažejo podatki, izhajajo iz vlog, ki jih imajo deležniki v tem sistemu, od mnenj, izkušenj njih samih ali njihovih bližnjih ter tudi mnenja javnosti. Pretežno pozitivne opise o vlogi NVO so podali strokovnjaki, izvajalci in uporabniki storitev NVO. Deloma pozitivne, deloma kritične opise pa so podali uslužbenci občin, drugi izvajalci in uporabniki drugih storitev (brez storitev NVO). Pri opisu in vrednotenju vloge se niso opirali na nacionalno določene kriterije za vrednotenje delovanja NVO s področja DZ. Razpon od pretežno pozitivnih opisov vloge NVO preko nevtralnih do negativnih sicer pokaže na stične točke, veliko bolj pa so očitne na razlike v razumevanju vloge NVO med skupinami deležnikov, kar npr. sproža pomisleke o možni pristranskosti izvajalcev v NVO, in vprašanje o objektivnosti oseb s težavami v DZ – (ne)uporabnikov storitev NVO. Postavljata se vprašanji, ali opisi izhajajo iz nepoznavanja ali dejanskih izkušenj in ali je pri izvajalcih prisoten strah za 'lasten teritorij'. Primerjava opisov vloge deležnikov z elementi standarda kakovosti za NVO, poslanstvom in cilji delovanja ter kriterijev za spremljanje kakovosti delovanja NVO s področja DZ potrjuje, da so deležniki pri opisu izhajali iz svojih vlog, pa tudi iz nalog in odgovornosti, ki jih imajo v podporni mreži na področju DZ, ne pa iz pričakovane vloge NVO v državi. V drugih raziskavah je bilo že

ugotovljeno, kako je pomembno razumevanje vloge NVO v državi in v sistemu varstva na področju DZ (Karlsson in Markström 2011; Markström in Karlsson 2013). Glede na ugotovitve naše raziskave bo potrebno povečati informiranost deležnikov o vseh razsežnostih vloge NVO v mreži izvajalcev programov in storitev za DZ, ter ob tem izključiti prisotnost posameznih stereotipnih stališč (Zupančič in Pahor 2014). Kolarič in drugi (2002) navajajo, da so v javnosti o NVO najpogosteje prisotni stereotipi, da so NVO majhne, dinamične in nebirokratske, da v njih delujejo predvsem prostovoljci, ki požrtvovalno izvajajo dejavnosti organizacij, ter da sta med izvajalci dejavnosti NVO izpostavljeni predvsem vrednoti solidarnost in altruizem. V naši raziskavi se je sicer pokazalo, da pozitivni opisi vloge NVO deležnikov temeljijo tudi na pozitivnem ovrednotenju altruistične aktivnosti izvajalcev, solidarnosti med člani NVO in uporabi specifičnih metod dela.

Iz zbranih podatkov o opisu značilnosti metod dela v NVO z vidika deležnikov je možno sklepati, da integrirajo principe doživljajske pedagogike (Krajncan 1999), tradicionalne vzgojne metode vsakdanjega življenja (Novak 1995, 43) in vedenjskega prilagajanja zahtevam sodobne družbe (Rener 2000, 94). Zaradi specifične značilnosti kadrovske strukture zaposlenih⁸¹ in v programe vključenih prostovoljcev temeljijo na uporabi zelo različnih znanj, izkušenj, veščin in spretnosti. Pomemben del pri 'NVO metodah' je namreč medsebojni odnos izvajalca v NVO z uporabnikom storitev, ki temelji na spoštovanju, razumevanju, empatiji in podpori. Prav medsebojni odnosi na medosebni in medprofesionalni ravni spadajo po oceni Svetovne zdravstvene organizacije med 'trdna dejstva' dejavnikov zdravja (WHO 2003). O odnosu in empatiji zaposlenih imajo sicer pripombe predvsem uporabniki storitev, ki jasno izražajo, da je delovanje NVO odvisno od zaposlenih v NVO. To se sovpada z ugotovitvami Golemana (2011), ki navaja, da imajo posamezniki z večjo stopnjo empatije večji posluš za pritažene, subtilne znake drugih. Osebe s težavami v DZ pa npr. s tovrstnimi znaki lahko napovedujejo bližajočo se duševno stisko. Opisane sposobnosti izvajalcev so potreba in priložnost za uporabnike storitev tudi z vidika zgodnjega vključevanja v obravnavo in vztrajanja v njej. Sicer prevladuje stališče, da so metode dela v NVO odgovor na potrebe uporabnikov storitev in izhajajo iz danih možnosti delovnega okolja in pogojev v nevladnem sektorju.

Pri pregledu informacij o delovanju (nevladnih) organizacij v podporni mreži za DZ je mogoče ugotoviti, da je prisotnost izvajalcev pomoči v lokalnih skupnostih različna in da je ta

⁸¹ Mentorji v programih NVO imajo najrazličnejšo izobrazbo in so praviloma zaposleni preko 'javnih del'. Zaradi 'starostnega pogoja' so praviloma lahko v programu samo eno leto. Situacija z zaposlenimi strokovnimi delavci je nekoliko boljša, vendar pa le ti zaradi neurejenega rednega financiranja NVO pogosto iščejo zaposlitev v javnem sektorju (Švab 2013).

izrazito centrirana na mestne občine. Prisoten je bil problem razmejevanja podporne mreže za osebe s težavami v DZ od ostalih omrežij skrbi, ki delujejo na ravni lokalne skupnosti, regijsko ali širše. Število izvajalcev in vrste aktivnosti NVO, ki nudijo pomoč osebam z težavami v DZ v lokalnih skupnostih, se sicer ne razlikujejo linearno glede na oddaljenost od mestnih središč, vidi pa se, da je oddaljenost pomemben faktor, če je delitev bolj groba na mestne občine in ostale. Obstajajo pa tudi lokalne skupnosti, kjer nismo identificirali iskanih izvajalcev in se morajo prebivalci po pomoč obračati na izvajalce v sosednjih lokalnih skupnostih. Gre praviloma za lokalne skupnosti z manj prebivalci. Pri preverjanju prisotnosti in programov NVO s področja DZ ugotavljamo, da imajo prebivalci zdravstvene regije Novo mesto manj možnosti za vključevanje v različne programe NVO. Kljub lokalni umeščenosti pa NVO s področja DZ delujejo tudi nacionalno; v spletnem okolju ali telefonsko. Eksplicitno za osebe z depresijo deluje samo ena NVO v zdravstveni regiji Ljubljana, ki, tako kot nekatere druge, izvaja izobraževanja, srečanja, skupine za samopomoč tudi v drugih regijah. V skladu z obstoječim sistemom delovanja NVO delujejo tam, kjer se zaradi različnih okoliščin pokaže potreba, npr. slabe dostopnosti do storitev, predolgi čakalni dob itd. – kot substitut sistemu. Potrdimo lahko ugotovitve Šprah, Novak in Drnovšek (2011), ki so opozorile na neenakosti med regijami. Ugotavljanje razlik med proučevanima regijama sicer ni postavljeno v ospredje, kaže pa se deprivilegiranost novomeške zdravstvene regije glede prisotnosti organizacij in izvajalcev s področja DZ. K temu dodajamo, da se pojavlja neenakost tudi znotraj samih regij, med lokalnimi skupnostmi. Pri tem pa je potrebno opozoriti na že obstoječe ugotovitve, da strukturne (socialnodemografske) neenakosti posredno, prek socialnih omrežij vplivajo na samooceno počutja in zdravstvenega stanja prebivalcev (Kamin in Tivadar 2011).

Vpliv lokalne skupnosti na delovanje NVO s področja DZ je bil s strani udeležencev raziskave prepoznani. Kaže se, da je potrebno v lokalnih skupnosti (1) ozaveščati uslužbence občin in izvajalce o koristnosti uporabe statističnih podatkov o zdravstvenem in socialnem stanju prebivalcev pri načrtovanju aktivnosti posebnega javnega pomena ter (2) povečati vsesplošno informiranost različnih deležnikov o programih in storitvah podporne mreže za DZ v lokalni skupnosti. Med izvajalci prevladuje mnenje o pomembnosti županov in uslužbencev občin ter izkušenj, ki jih imajo ti z osebami s težavami v DZ in sekundarnimi posledicami, ki jih povzročijo težave v DZ. Glede na to, da je organiziranost lokalnih skupnosti določena z zakonom – prav tako njeni organi, njihove naloge, pristojnosti in odgovornosti, kot navajata Haček in Kukovič (2012, 50), ni veliko manevrskega prostora v spreminjanju organiziranosti in delovanju lokalne skupnosti brez zakonskih sprememb. Ker

pa je merilo uspešnosti lokalne skupnosti tudi omogočanje ustrezne kakovosti življenja posameznikov in socialnih skupin, povečevanje ekonomske in socialne kohezije ter zagotavljanje integracije občine v urbane in regionalne mreže (Katič 2012, 180), bi morali biti upravni subjekti motivirani za vstop ciljno usmerjenih akcijskih programov relevantnih izvajalcev za DZ oz. za osebe s težavami v DZ, delovanje NVO in razvoj skupnostne skrbi v lokalni skupnosti. Pri tem pa naše ugotovitve o ugodnosti dejanskega stanja niso prepričljive.

Deležniki sicer ocenjujejo, da bolj ko gre za ruralno lokalno skupnost, bolj si ljudje med sabo pomagajo. Da se z oddaljenostjo lokalnih skupnosti od mestnih središč povečuje število aktivnosti NVO za povezovanje z različnimi oblikami družbenega delovanja (H1c) sicer ne moremo direktno kvantitativno potrditi. Kaže pa se, da je ob boljšem delovanju NVO, boljše tudi družbeno delovanje v lokalni skupnosti, kar pa je, glede na podatke zbrane s strani izvajalcev in uslužbencev občin, povezano tudi s stopnjo urbanizacije lokalne skupnosti, ki pada z oddaljenostjo lokalne skupnosti od mestnega središča. Podatki, zbrani s strani strokovnjakov in uporabnikov storitev, te ugotovitve ne potrdijo v celoti. Menijo, da se z oddaljenostjo lokalnih skupnosti od mestnih središč povečuje število aktivnosti NVO za povezovanje z različnimi oblikami družbenega delovanja. Po drugi strani pa povezanost ljudi ocenjujejo kot slabo in opozarjajo na strah ljudi pred stigmatizacijo zaradi medsebojnega poznavanja. Pri tem se pojavi dilema, kaj je bolje za DZ – bivati v majhni, povezani, a nadzorovalski skupnosti, ali v večji, bolj anonimni, ki omogoča večjo individualizacijo. Stigma in izogibanje stigmatizaciji drugih je eden izmed razlogov, da skušajo osebe s težavami v DZ 'svoj' problem reševati same (Mehta in drugi 2011). Oreški (2008, 150) predstavlja krožni model diskriminatornih praks, s katerim opozarja na neugodno družbeno stanje in elemente/akterje, ki dodatno prispevajo k diskriminaciji. Potrjuje se, kar trdijo sociologi že od Durkheima dalje, da urbanizacija vpliva na povezanost med ljudmi, v mestih je namreč prisotna večja odtujenost med prebivalci. To potrjuje npr. Filipović (2007, 156), ki ugotavlja, da je na podeželju najti večji delež bolj vpetih v sosesko, kot pa to velja za mesto, na kar npr. vpliva velikost naselja in kakovost same soseske.⁸² Ugotavljamo, da se pri nas kaže neka specifika neosebnosti in manjše povezanosti mestnega življenja, kar je obrazloženo s tem, da prenasičenost z možnimi odnosi v mestu lahko vpliva na zmanjšanje intenzitete odnosov in da je v mestu več možnosti izbire, iz česar izhaja večja svoboda odločanja in izbire (Giddens 1991, Ule 2000). Vezi se običajno opazujejo tudi glede na njihovo naravnost, glede na to, kakšne oblike opore lahko posameznik pridobi na njihovi podlagi:

⁸² Sosesko v tem kontekstu sami 'enačimo' z lokalno skupnostjo.

emocionalno, instrumentalno, informacijsko in socialno oporo (Hlebec in Kogovšek 2003; Filipović 2007, 87). Raziskava o DZ prebivalcev Slovenije iz leta 2005 (Kamin in drugi 2009) je pokazala, da več kot polovica prebivalcev Slovenije zaznava svoje socialno omrežje kot oporno ali celo zelo oporno, 13,9 % pa kot manj oporno. Osebe z manj opornimi socialnimi omrežji pogosteje poročajo o občutkih žalosti, slabe volje in depresivnosti ter samomorilnih mislih. Durkheim (2000, 209) na primer povzame, da je *samomor obratno sorazmeren s stopnjo integracije družbenih skupin, katerih član je posameznik*. Giddens (2003, 310) pa v svoji teoriji strukturalizacije poudarja družbeno integracijo kot v osnovi vezano na akterje in na umeščenosti teh v rutinah vsakdanjega življenja in v prostoru.

Na vprašanje, kako delujejo NVO za osebe s težavami v DZ v lokalnih skupnostih, je možno odgovoriti, da proces komplementarnega vključevanja NVO v javno podporno mrežo še ni zadosten. Kaže se, da imajo razlike v razumevanju vloge NVO med deležniki zaviralen vpliv na procese integracije, pripravljenost izvajalcev in organizacij na sodelovanje z NVO pa pospeševalen. Pluralnost služb in realizacija pravice do izbire oseb s težavami v DZ še nista realizirana. Za delovanje NVO v podporni mreži na področju DZ v lokalni skupnosti so zagotovo še velike možnosti razvoja: (1) s povečevanjem informiranosti vseh deležnikov o vlogi NVO, (2) s stalnejšo kadrovsko strukturo kakovostnih zaposlenih in prostovoljcev v NVO, (3) z izboljšanjem dostopnosti do NVO v vseh lokalnih skupnosti in (4) s podporo upravnih subjektov lokalnih skupnosti v najširšem pomenu besede, tudi v kontekstu spodbujanja medsebojnega sodelovanja in povezanosti.

4.2 Protokoli sodelovanja med nevladnimi in vladnimi organizacijami v okviru podporne mreže za osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti

Sodelovanje med organizacijami v podporni mreži za osebe s težavami v DZ deležniki vidijo kot pomemben element pri razvoju skupnostne skrbi, vendar pa ocenjujejo, da sistem sodelovanja še ni dovolj razvit in ne deluje dovolj dobro. Poročajo o tem, da so prizadevanja za koordinacijo in povezovanje storitev prisotna, vendar predvsem na ravni posameznikov, sporadično pa se sicer že pojavljajo tudi primeri sodelovanja organizacij. Evidentno je, da je sodelovanje med javnimi in nevladnimi organizacijami bolj odvisno od samoiniciativnosti posameznih izvajalcev, kako dobro mrežo si vzpostavijo v svojem okolju kot od obstoječega sistema. Sprašujemo se o nujnosti dogovora o skupnem imenovalcu – integralni obravnavi, ki bi olajšala sodelovanje v transdisciplinarnih timih, kjer je oseba s težavami v DZ v središču, člani tima pa so stalni, oziroma se vključijo v obravnavo po potrebi. Smiselno bi bilo pri

proučevanju v prihodnje razmišljati o vrednotenju stopnje sodelovanja izvajalcev v podporni mreži na področju DZ z uporabo validiranega vprašalnika pripravljenega v okviru iniciative CIHSD (The CIHSD Team 2013). V okviru iniciative so dobro definirali, da podporno mrežo tvorijo sistemski akterji, akterji srednje in lokalne ravni. Pod sistemske (makro) akterje uvrščajo oblikovalce politik, državne uradnike in organizacije, ki vplivajo na strukturo in delovanje zdravstvenih sistemov. Kot akterje srednje (mezo) ravni uvrščajo npr. regionalne funkcionarje, višje državne uradnike iz upravnih institucij, ki so del sistema, in izvajalce v prizadevanjih za realizacijo vizije. Kot lokalne (mikro) akterje pa vključujejo vse neposredne izvajalce (The CIHSD Team 2013). Za razliko od njihove osredotočenosti bolj na zdravstveni sektor, smo sami skušali zaobjeti s proučevanjem sodelovanja 'stik' med civilno družbo, lokalno upravo ter sistemom socialnega in zdravstvenega varstva. Ne nazadnje tudi uporabniki storitev NVO izpostavljajo pomen vključevanja v različne organizacije, v različne oblike družbenega udejstvovanja v lokalni skupnosti in širše, pri čemer si nudijo medsebojno podporo.

Kaže se, da sta pomembna sprožilna dejavnika za sodelovanje med javnim in nevladnim sektorjem predvsem dva: (1) prepoznavanje in izpolnjevanje potreb oseb s težavami v DZ ter (2) formalne in osebne lastnosti udeleženi. Razlike v prepoznavanju potreb oseb s težavami v DZ med strokovnjaki in izvajalci na eni strani in dejanskimi potrebami uporabnikov storitev na drugi strani, npr. pri terenskem motiviranju, ali za odločanje med hospitalizacijo ali obravnavo v skupnosti, kažejo na to, da poznavanje potreb oseb s težavami v DZ med izvajalci še ni dovolj dobro. Tudi drugje prihajajo do ugotovitev, da je prisotna potreba po sistematičnem ugotavljanju potreb uporabnikov storitev s področja DZ (Barker in drugi 2014). Zagotovo je potrebno povečati in pospešiti vključevanje oseb s težavami v DZ v obravnavo (Andrade in drugi 2014). Po mnenju udeležencev naše raziskave so najpomembnejše aktivnosti, ki vplivajo, da se osebe ob pojavu težav v DZ vključijo v obravnavo, podpora in spodbuda svojcev ter vzpostavitev zaupnega odnosa s strokovnim delavcem. Možnost za hitrejši vstop v obravnavo deležniki vidijo v prepoznavanju ključne osebe, v proaktivnem delovanju skupnostnih delavcev, sodelavcev v delovnem okolju ter omogočanju različnih načinov zdravljenja. Tudi Andrade in drugi (2014) so prišli v pregledni raziskavi obstoječih znanstvenih objav, ki je potekala pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije na reprezentativnem vzorcu v 24 državah do podobnih, vendar še kompleksnejših ugotovitev. Pred tem so avtorji v raziskavah izpostavljali posamezne dejavnike ali skupine dejavnikov, ki predstavljajo ovire za vstop ali vztrajanje oseb s težavami v DZ v zdravljenju: pomanjkanje zaznane potrebe po zdravljenju, zadrega pri razkrivanju simptomov bolezni,

nezmožnost dogovora za pregled pri splošnem zdravniku ali psihiatru, dezinformacija o težavah v DZ, pesimizem glede učinkovitosti zdravljenja, pomanjkanje dostopa zaradi finančnih ovir, stigma in slaba usposobljenost strokovnih delavcev pri odkrivanju težav (Mojtabai in drugi 2002; Edlund in drugi 2006; Jacob in drugi 2007; Saxena in drugi 2007; Hernandez in drugi 2009; Jagdeo in drugi 2009; Mojtabi in drugi 2011). Evidentno je, da je ob vstopu v sistem obravnava osebe omejena tako z viri strokovnih delavcev kot viri sistema skrbi, ne glede na raven obravnave. Ti na eni strani konstantno skrbijo za promocijo zdravja, na drugi pa zagotavljajo s sodelovanjem kontinuiteto obravnave ob prehajanju osebe s težavami v DZ med bolnišnično obravnavo in obravnavo v skupnosti. Z boljším sodelovanjem je možno izboljšati prepoznavanje in odzivnost na potrebe oseb s težavami v DZ v smislu prepoznavanja pravega trenutka, ko so osebe pripravljene sprejeti pomoč, in v ustvarjanju palete priložnosti za njihovo identifikacijo, samodokazovanje in za dvig samozavesti ter percepcije tveganja, kot ga vidijo osebe same. Treba je izboljšati povezovanje vseh ustanov z lokalno skupnostjo v kontekstu naloge spodbujanja oseb s težavami v DZ, da prevzamejo aktivno vlogo pri lastnem zdravljenju, ker kot take tako predstavljajo ključni vir socialne podpore v sprožanju in vzdrževanju zdravljenja oseb zaradi težav v DZ.

Drugi sprožilni dejavnik sodelovanja so formalne in osebnostne lastnosti udeleženi. Uporabniki opozarjajo, kako zelo je pomembno, da je na posameznem delovnem mestu usposobljen izvajalec z delovnimi izkušnjami, ki pozna in razume njihovo nemoč zaradi težav v DZ, ter da je motiviran za delo. Menijo, da morajo biti delodajalci pozorni na dejavnike motivacije izvajalcev, kot so oblika zaposlitve, pogoji za delo, naloge vodenja in organizacije ter nadzor nad delom. Nasploh je med udeleženci prisotno zavedanje o pomenu ustrezne izobraženosti kadrov. Zdi se, da kot oviro za sodelovanje vidijo v znanju in značilnostih izvajalca, ki temeljijo na razviti poklicni identiteti. To potrjujejo tudi ugotovitve različnih avtorjev. Nastran Ule (2000, 192) opisuje, da je identiteta kompleksen proces razlikovanja bodisi posameznika ali kolektiva v primerjavi z drugimi posamezniki ali kolektivi. Meni, da identiteta ni le dosežek posameznika, temveč ta pomeni mesto osebe v *strukturi družbenih konstrukcij*. Tudi simbolni interakcionist Mead (1934, 135–140) je opisal, da je identiteto možno razumeti in ji dati pomen samo v odnosu do drugih ljudi in v interakciji med njimi. Castells (2010) utemeljuje nekoliko drugače, da so iz sociološkega vidika vse identitete skonstruirane iz številnih virov. Ugotavlja, da je družbena konstrukcija identitete vedno zasnovana z razmerjem moči, na podlagi katere loči med tremi oblikami in izvori konstrukcije identitet: legitimizirane, uporniške in projektne. Meni, da identitete, ki se začnejo kot uporniške, povzročajo učinek projektne identitete, ki skozi čas postanejo prevladujoče in s

tem legitimizirane. Zanimivo, bi bilo preveriti, kje znotraj teh procesov se konstituirajo ovire za sodelovanje v Sloveniji. Če se pri tem navežemo na Hugmana (1991, 222), ki poudarja, da gre pri izgradnji identitete za težnjo, da se ustvari nove strukture moči, ki bi izboljšale položaj posameznih strokovnjakov na račun drugih, lahko najdemo vzporednice z ugotovljeno situacijo v naši raziskavi. Je pa bilo glede na pojav težav v sodelovanju na ravni lokalnih skupnosti že ugotovljeno, da na nivoju lokalnih skupnosti ob novi dinamični delitvi dela v prostoru kompleksnega sistema prihaja v prehodni fazi do tekmovalnosti posameznih poklicnih skupin ter do poudarjanja poklicne vloge in identitete v javnosti (Hannigan in Allen 2006). Tudi Taz Joynes (2014) v svoji raziskavi o poklicni identiteti izvajalcev s področja zdravstvenega in socialnega varstva potrjuje, da je razvita poklicna identiteta lahko ovira za sodelovanje. Pri tem navaja priporočila za preseganje ovir izhajajoč iz poklicne identitete, ki so primerne tudi za našo situacijo: da se morajo izvajalci ne glede na poklicno pripadnost zavedati svoje odgovornosti za razvoj sodelovalne prakse kot dela svoje poklicne identitete, da so pozorni kakšna mnenja izražajo o drugih poklicih, zlasti pred študenti, da je medpoklicno izobraževanje najpomembnejša praksa za pridobivanje izkušenj sodelovanja ter, da morajo učitelji z razvito akademsko identiteto pripraviti študente na sodelovalno delo, ki pa se tako kot poklicna identiteta razvija z izkušnjami.

Deležniki v naši raziskavi vlogo izvajalcev poleg naloge prepoznavanja potrebe po sodelovanju in dejavnikov sodelovanja pojasnjujejo tudi z drugimi nalogami: nudenje pomoči, krepitev moči, spodbujanje samostojnosti, motiviranje za zdravljenje, celovit pristop, medsebojna podpora, sodelovanje s svojci, vključevanje prostovoljcev, delovanje po zakonu, sodelovanje v projektu, itd. Kot pogoje za sodelovanje so sicer opredelili terminološko poenotenje, kompetence za sodelovanje, medsebojno poznavanje, normativno podporo, sodelovanje med organizacijami in izvajalci ter medsebojne odnose. Njihove navedbe so v skladu z že objavljenimi izhodišči, ki sodelovanje izboljšujejo: pripravljenost deležnikov na sodelovanje, zaupanje in značilnosti komunikacije, prisotnost medsebojnega spoštovanja, poklicno in osebno samozaupanje (Pahor 2014, 22). Sodelovanje sicer udeleženci raziskave razumejo kot povezovanje, partnerstvo, soodvisnost, porazdelitev moči, proces, kar se sklada z opisom različnih avtorjev (D'Amour in Oandasan 2005; Pahor 2014). Če se tukaj navežemo na primer Nizozemske (Franx in drugi 2009) in njihovih ugotovitev pri preučevanju dela 13 multidisciplinarnih timov v primarnem zdravstvenem varstvu, da so se člani ekip povezovali samo med sabo, ne pa širše, da morajo nadgraditi svoje znanje o težavah v DZ, se naučiti novih, manj invazivnih oblik terapije predvsem za osebe z lažjo obliko težav v DZ ter izboljšati sodelovanje tudi izven multidisciplinarnih timov, lahko vidimo priložnosti za

napredek v Sloveniji. Ugotavljajo, da je bistveno, da protokoli sodelovanja opredeljujejo/definirajo sodelovanje med ravnmi: primarno – sekundarno – terciarno ter presežejo sektorsko omejenost tudi in predvsem na ravni lokalnih skupnosti. Primer dobre prakse sodelovanja med strokovnjaki javnega zdravja in upravnimi subjekti na lokalni ravni je bil npr. podpis Pisma o nameri za ustanovitev partnerstva za pripravo in implementacijo Regijske strategije za zmanjševanje neenakosti v zdravju s pomočjo krepitev zdravja (Harlander in drugi 2011), ki so ga podpisali župani 13 občin v Zdravstveni regiji Novo mesto, vendar to, kot kažejo izsledki raziskave, ne zagotavlja dejanskega ravnanja v smeri skupnostne skrbi za DZ prebivalcev. Podobno partnerstvo so sklenili sicer za namene informiranja o pomenu promocije zdravja v 23 občinah na Finskem (South Savo County) (Luukkainen 2006). Ugotovili so, da potrebujejo lokalni politiki in upravni subjekti, ki sprejemajo odločitve, več informacij o pomenu promocije zdravja. Za orientacijo so opredelili šest kazalnikov: informacijska infrastruktura, trajnostni programi, zavezanost k sodelovanju, prepoznavanje skupin z visokim tveganjem, nadzor nad DZ in vrednotenje delovanja. Mnenja so, da je za povečanje vpetosti upravnih subjektov v podporno mrežo za DZ potrebno definirati proces sodelovanja ter prenosa informacij, hitrost sprejemanja odločitev in doseči vključenost prebivalcev vsaj preko e – pošte. Za trajnost programov so pomembna zagotovljena finančna sredstva in spodbujanje k dolgoročnosti programov neodvisno od politične stranke na položaju. Zavezanost k sodelovanju med strokovnim osebjem in občinsko upravo mora temeljiti na odgovornosti za DZ, ki mora postati rutina prek zavzetih strokovnjakov, ki znajo motivirati. Tudi za naše razmere bi bilo smiselno upoštevati te ugotovitve. Deležniki v naši raziskavi namreč poudarjajo, da mora biti v ospredju zavedanje odgovornosti do sočloveka, ne samo izpolnjevanje zahtev zakona. Predstavniki upravnih subjektov si sicer želijo večjega sodelovanja v politiki, saj menijo, da lahko kot poznavalci lokalnega okolja pripomorejo k izgradnji učinkovitejšega sistema skrbi za DZ in omogočanja pogojev za zdrav življenjski slog na vseh področjih življenja.

V raziskavo vključeni strokovnjaki in posamezni izvajalci poročajo, da so protokoli interdisciplinarnega sodelovanja med različnimi deležniki že v fazi priprave. To je sicer spodbudno, vendar pa je pot od uvedbe do dejanske uporabe navadno dolga. Med izvajalci je pogosto stališče, da je protokol sodelovanja strokovna zadeva, ki jo morajo usklajeno pripraviti službe, ki delajo na tem področju. Zaznati je tudi medsebojno prelaganje odgovornosti. Kot člani tima so bili omenjeni sledeči profili: zdravniki (zdravniki družinske medicine, psihiatri, nevropsihiatri), izvajalci zdravstvene nege in oskrbe (bolničarji, zdravstveni tehniki/srednje medicinske sestre, višje/diplomirane medicinske

sestre/zdravstveniki, patronažne medicinske sestre), delovni terapevti, fizioterapevti, logoterapevti, psihologi (klinični psihologi), psihoterapevti, pedagogi (specialni, socialni pedagogi), socialni delavci, verski delavci (redovnice, duhovniki) ter organizatorji dela (univ. diplomirani organizator dela, diplomirani upravni organizator). Strinjamo se z opozorili Pahorjeve (2014, 15), da je potrebno pri vzpostavljanju sodelovanja (1) povezati uporabo znanstvenega pristopa, (2) holistični pogled na človeka, (3) orientacijo k zdravju in (4) pripravljenost na problemsko in vseživljenjsko učenje.

Pri nadaljnjem razvoju protokolov sodelovanja je pomembno upoštevati tudi ugotovitve Rickettsa in drugih (2003). Ugotavljajo, da ima za nekatere izraz protokol negativno konotacijo restriktivnosti, omejevanja, zato je morda za uporabo primernejši izraz smernice. Ocenjujejo, da so protokoli odraz izdelanosti sistema ter da je boljše, če so nacionalno poenoteni. Pri preverjanju dejanske uporabe protokolov za obravnavo oseb z različnimi težavami v DZ med 115 izvajalci na primarnem in sekundarni ravni obravnave so ugotovili, da jih sicer res samo 13 % ne pozna protokolov pri obravnavi oseb z depresijo, vendar pa jih kar 46 % potem, ko ga je prebralo, ne uporablja. Dejansko ga pri obravnavi oseb z depresijo uporablja samo 34 %. Odstotek uporabe pri obravnavi oseb z drugimi težavami v DZ pa je še nižji. Pri primerjanju uporabe protokolov glede na raven obravnave so ugotovili, da jih med izvajalci psihiatrične obravnave na sekundarni ravni uporablja samo četrtina, torej bistveno manj kot na primarni ravni, ko protokol uporablja polovica izvajalcev. Ricketts in drugi (2003) kot ovire za njihovo implementacijo označujejo predvsem pasivno uvajanje, pomanjkanje odgovornosti deležnikov za implementacijo, podcenjevanje sredstev, potrebnih za realizacijo projekta, ter da ga ni možno izpeljati v predvidenem času. Ugotavljajo tudi, da ni zaslediti vrednotenja uvedbe protokolov, npr. na področju odvisnosti od alkohola, obravnave oseb z shizofrenijo ali z depresijo v kakršni koli obliki. Opozarjajo, da so protokoli v veliki meri usmerjeni v spreminjanje, področje DZ pa je v sedanjem času preobremenjeno s spremembami, posebno na primarni ravni zdravstvenega varstva. Poročajo pa tudi o tem, da je spreminjanje strokovne prakse kompleksen proces, ki vpliva ne le na ravni posameznih prepričanj, odnos ali znanje, ampak tudi na organizacijski, ekonomski vidik ter okolje in skupnost, v kateri izvajalec deluje. Potrebno je tesno sodelovanje med neposrednimi izvajalci in strokovnjaki na področju DZ. Pri tem predlagajo razvoj protokola za pomoč medsebojnemu sodelovanju tudi pri vrednotenju ocene razvoja, izvajanja in vpliva protokolov v DZ v posamezni regiji. Na tem področju bo potrebno v Sloveniji še veliko narediti. Za doseganje napredka pri sodelovanju med deležniki sta bila med drugim podana tudi predloga za ustanovitev regionalnega centra za DZ ali instituta za spodbujanje integracije na vseh ravneh.

Poudariti je treba, da npr. NVO Šent svoje enote že poimenuje kot centre za DZ (Šent – Center za DZ v skupnosti dolenska regija), vzpostavitev instituta za spodbujanje integracije pa bi bila lahko ob dobri opredelitvi inovativna rešitev. Kljub vsemu pa so prisotni pomisleki, ali sploh lahko že govorimo o vzpostavljeni podporni mreži za DZ v lokalnih skupnostih.

Kaže se, da je stopnja sodelovanja med strokovnimi delavci v nevladnih in vladnih organizacijah v okviru podporne mreže za osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti večja, če je opredeljena v pisni obliki (program, projekt, pisni dogovor) in podprta (finančno) od občinske uprave (H2), kar je v skladu tudi z ugotovitvami Rickettsa in drugih (2003). Sklepamo lahko, da je smiselno oblikovanje delovnih skupin za pripravo protokolov, pri tem pa mora biti zagotovljena podpora upravnih subjektov. Predpostavka, da se s povečanjem števila akterjev v podporni mreži za osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti povečuje tudi stopnja sodelovanja med strokovnimi delavci v nevladnih in vladnih, drugih zasebnih organizacijah, ni dokazana. Povečanje mreže na prvi pogled ni vplivalo na povečano sodelovanje (H3). Če pa bi merili število vzpostavljenih povezav, kar bi bilo smiselno v prihodnje, bi verjetno ugotovili, da je teh usmerjenih povezav več.

Na vprašanje, ali so protokoli sodelovanja med nevladnimi in vladnimi organizacijami v okviru podporne mreže za osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti jasno definirani, ne moremo podati pritrdilnega odgovora, so pa indici za napredek za razvoj na tem področju v: (1) izboljšanju povezovanja organizacij pri sistematičnem spodbujanju oseb s težavami v DZ, da prevzamejo aktivno vlogo pri lastnem zdravljenju, pri vključevanju v različne oblike družbenega delovanja in razvoju njihove medsebojne podpore, ter pri prepoznavanju in izpolnjevanju njihovih potreb v smislu holizma tudi na znanstven način, (2) dogovoru izvajalcev o skupnem imenovalcu – integralni obravnavi, ki bi olajšala sodelovanje v transdisciplinarnih timih, kjer je oseba s težavami v DZ v središču, člani tima pa so stalni, oziroma se vključijo v obravnavo po potrebi, (3) izboljšanju kadrovanja, samoiniciativnosti in motiviranosti izvajalcev, da si vzpostavijo dobro mrežo v svojem okolju ter v njihovi podpori in nadzoru, (4) povečanju sodelovanja z upravnimi subjekti v smislu boljšega pretoka informacij, dosega vključenosti prebivalcev in hitrosti sprejemanja odločitev, (5) razvoju normativne in organizacijske podpore za sodelovanje, (6) ustanovitev delovnih skupin za pripravo protokolov sodelovanja, ki opredeljujejo/definirajo sodelovanje med ravnmi in finančno podporo za njihovo delovanje, (7) nadzorovanem razvoju poklicne identitete z intenzivnim medpoklicnim izobraževanjem in razvojem kompetenc za sodelovanje že v času osnovnega šolanja za poklic skrbi in vseživljenjskega učenja na vseh ravneh in smereh, (8) sistematičnem vrednotenju stopnje razvoja, uspešnosti in učinkovitosti sodelovanja med

nevladnimi in vladnimi organizacijami v okviru podporne mreže za osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti in razvoja podpornih mehanizmov (informacijska infrastruktura, trajnost programov, prepoznavanje skupin z visokim tveganjem, nadzor nad DZ, ustanovitev instituta za spodbujanje integracije, itd.). Vrednotenje doseganja pričakovanih učinkov sodelovanja mora postati ustaljen proces v prizadevanjih za razvoj skupnostne skrbi na področju DZ.

4.3 Pričakovani učinki izvedenih dejavnosti in storitev NVO v okviru podporne mreže skupnostne skrbi na osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti

Pričakovani učinki delovanja NVO so najprej razvidni iz opredeljenega poslanstva (Jelovac 2002, 11–14), vizije in ciljev (Tavčar 2005, 152–154) delovanja samih NVO na njihovih spletnih straneh. Ugotavljamo, da so pričakovani učinki njihovega delovanja na ravni družbe (nad)nacionalno, regionalno, lokalno ali glede na skupino, torej populacijski pristop, ter na ravni osebe z težavami v DZ in njegove družine – individualni pristop. K pričakovanim učinkom populacijskega pristopa je mogoče uvrstiti učinke, vezane na skupine uporabnikov storitev, in učinke, vezane na izvajalce v poklicih skrbi kot skupino. K pričakovanim učinkom individualnega pristopa v okviru NVO pa lahko uvrstimo učinke, vezane na uporabnike storitev in njihove svojce, ter učinke, vezane na posamezne izvajalce storitev. Sami, tako kot Monnier in Thiry (1997), razumemo pričakovane učinke delovanja NVO kot obljubo posameznim uporabnikom, skupini uporabnikov, njihovim svojcem in družbi ter državi. To naj bi bila tudi primarna vloga delovanja NVO (Kolarič in drugi 2002), ki pa ni neodvisna od delovanja sistema za zagotavljanje skupnostne skrbi na področju DZ (Marušič 2002, 45–50; Švab 2012, 4; Žmitek 2001, 575). Z raziskavo je bilo ugotovljeno, da deležniki tako kot vlogo tudi pričakovane učinke delovanja NVO v okviru podporne mreže za osebe s težavami v DZ vidijo različno. Pričakovani učinki delovanja NVO niso vedno videni zgolj v smislu krepitve moči osebe s težavami v DZ temveč tudi širše, kar je glede na navedbe iz literature pomembna značilnost koncepta krepitve moči (Small in drugi 2013). Uporablja se v različnih kontekstih in se na splošno označuje kot večravninski konstrukt z manifestacijami na skupnost, skupino ali osebo (Roberts 1999). Krepitev moči lahko namreč povzroči ponovno opredelitev vlog in razmerij med izvajalci NVO in uporabniki storitev v smislu zmanjševanja vloge izvajalca glede na raven vključenosti v NVO (CNVOS 2009a) in potreb oseb s težavami v DZ po prihajanju v NVO. To sicer po eni strani potrjuje, da je dilema pri izvajalcih: zakaj delati dobro – krepiti moč uporabnikov, saj ti potem ne bodo potrebovali storitev NVO zgolj navidezna, saj je po drugi strani stalna fluktuacija uporabnikov zaradi

dosežene potrebne stopnje avtonomije in okrepljenosti za ohranjanje konstantnega števila uporabnikov na meji zmogljivosti NVO nujna potrebna.

Pričakovanja deležnikov glede delovanja NVO smo izluščili tudi iz njihovih predlogov kazalnikov za merjenje doseganja pričakovanih učinkov delovanja NVO. Pri nekaterih navedenih kazalnikih se sicer pojavlja vprašanje dejanske možnosti merjenja, ali pa so ti 'pomensko prazni'. Pri navajanju se sicer niso sklicevali na že opredeljene kazalnike (Inštitut RS za socialno varstvo, 2015), temveč so oblikovali svoje. Strokovnjaki so se osredotočili na kazalnike za merjenje, povezane s 'pogledom od zgoraj', ter na tiste, ki so povezani s kakovostjo obravnave oseb s težavami v DZ. Uslužbenci občin so izpostavili kriterije za merjenje doseganja pričakovanih učinkov, ki so povezani z njihovimi normativno opredeljenimi nalogami, pa tudi s t. i. socialnimi kriteriji: vključenost marginalnih skupin, število skupin za samopomoč, ipd. Med predlaganimi kazalniki pri izvajalcih iz NVO in ostalih izvajalcih je opazna razlika v tem, da so izvajalci v NVO bolj poudarjali subjektivne kazalnike napredka uporabnika storitev kot ostali izvajalci, ki so se bolj osredotočali na objektivne kazalnike. Uporabniki storitev pa so kazalnike za merjenje doseganja pričakovanih učinkov delovanja NVO videli široko, izpostavljali so tako objektivne kot subjektivne kazalnike. Očitno je, da jih vidijo iz vidika zadovoljevanja svojih potreb, lastne okrepljenosti in upoštevanosti. Iz tega je možno sklepati o koristnosti in obveznosti uporabniške participacije v vseh segmentih delovanja NVO. Ostrow in Hayes (2015) poudarjata, da je vključenost uporabnikov storitev v delovanje NVO ključnega pomena za njihovo poslovanje. Že sama organizacijska struktura NVO namreč prispeva k razvoju skupnosti in zmanjšuje stigmo s spodbujanjem vključevanja uporabnikov namesto pasivnega sprejemanja storitev. Čeprav se pri težavah v DZ pojavlja specifična klinična slika socialne izolacije, samodestruktivnega vedenja v različnih oblikah ter potreba po intenzivnem motiviranju na domu osebe, kar zahteva specifičen pristop in takojšnje ukrepanje, to ni bilo postavljeno v ospredje. To je možno razumeti tudi kot potrditev potrebe po NVO specializiranih za osebe z depresijo. Pomembna ugotovitev pa je tudi, da se deležniki z opisom pričakovanih učinkov delovanja NVO in predlogov kriterijev za njihovo vrednotenje prevladujoče ne usmerjajo na pričakovane učinke na relaciji strošek– korist, strošek – uspeh (Kustec Lipicer 2009), temveč na aktivnost (znanje, spretnosti, odnos) – uspeh (doseženi pričakovani učinek). Iz tega sledi potreben ukrep: dopolnitve obstoječih kazalnikov za vrednotenje doseganja pričakovanih učinkov delovanja NVO za osebe s težavami v DZ, izdelava orodij za merjenje in definiranje načina vrednotenja celotne podpore osebam s težavami v DZ v Sloveniji, po zgledu WHO Regional Office for Europe (CHSD 2013).

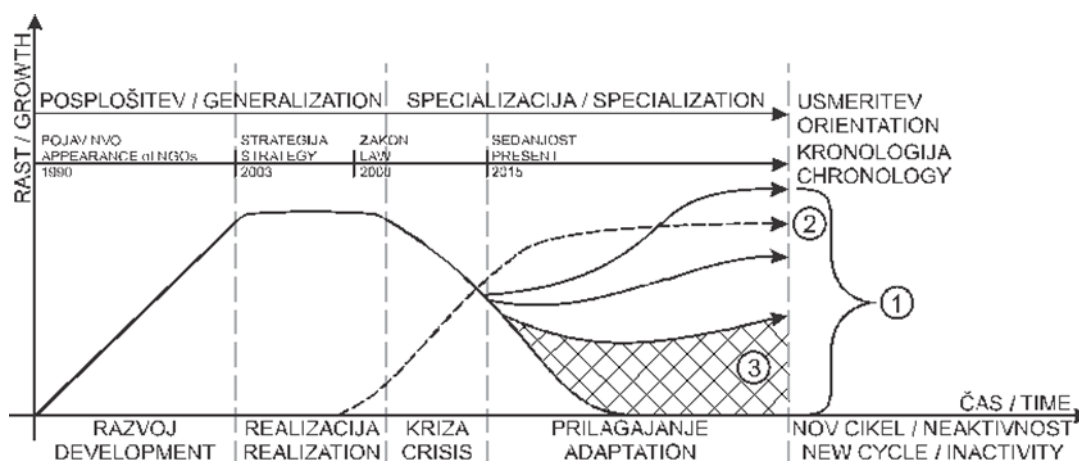
Zanimiva je ugotovitev, da predlagani kazalniki učinka krepitev moči uporabnikov temeljijo na aktivaciji uporabnikov v najširšem pomenu besede: v psihosocialni in zaposlitveni rehabilitaciji, v prostovoljskem delovanju in političnem udejstvovanju, v izobraževanju in sodelovanju pri raziskovanju, v preseganju omejitev, ki izhajajo iz depresije ali drugih težav v DZ. Na krepitev moči pa vpliva tudi to, da imajo v NVO uporabniki in svojci direkten glas, kako se službe načrtujejo in krepijo, so enakopraven partner v procesu pogajanja, v procesih obravnave, in se jih spodbuja, da imajo svoje zahteve. Če se dotaknemo še individualnega načrtovanja in opredeljenih ciljev uporabnikov storitev, je bil predstavljen problem, da ima uporabnik storitev lahko več individualnih načrtov, da si včasih zastavi cilje, ki so težko dosegljivi. Pri vrednotenju je potrebno upoštevati različne okoliščine. Nedoseganje individualnih ciljev uporabnika še ne pomeni, da storitev ni učinkovita. Videmšek (2013, 92–95) izpostavlja kolektivno in individualno raven koncepta krepitev moči. Skupina omogoča posamezniku skupno identiteto in več moči. Krepitev moči na kolektivni ravni se tako kaže kot zaščita ljudi in zagovarjanje njihovih pravic. Načela krepitev moči na individualni ravni obsegajo vzpostavitev delovnega odnosa s posameznikom, ki temelji na zaupanju, medsebojnem spoštovanju, odprti komunikaciji, zavezništvu, neformalnosti kot 'individualnem projektu pomoči'. Med uporabniki storitev prevladuje mnenje, da prihajajo v NVO zaradi potrebe po podpori v življenjskih ciljih in po formiranju ter zapolnitvi strukture dneva, kar po njihovem mnenju zelo veliko pomeni pri obvladovanju težav v DZ. Zaradi zdravstvenega stanja in stanja v družini k prihajanju pripomorejo tudi potreba po delu s svojci ter spodbude strokovnih delavcev, prijateljev.

Glede na ostale pobude deležnikov (delovanje NVO ob koncu tedna, delovanje v spletnem okolju) pa bi bilo možno pripravljen nabor kazalnikov še razširiti. Za vrednotenje delovanja NVO bi bila glede na vlogo tega sektorja v državi in dokazano neenakost v možnostih (Šprah, Novak in Dernovšek 2011) smiselna tudi uporaba kazalnika: uspešnost dopolnjevanja storitev javne podporne mreže glede na vse lokalne skupnosti v regijah. Predstavljeni indici kažejo na to, da bi lahko rekli, da upoštevanje specifičnih okoliščin in značilnosti lokalne skupnosti pri načrtovanju aktivnosti NVO v okviru podporne mreže skupnostne skrbi za DZ za osebe s težavami v DZ vpliva na doseganje pričakovanih učinkov izvedenih dejavnosti in storitev NVO (H4). Sicer v raziskavah dokazujejo povezanost različnih dejavnikov z vpetostjo oseb v dejavnosti skupnosti za zdravje (Ziersch in drugi 2011), vendar te ugotovitve ne omogočajo neposredne primerjave z našimi predpostavkami. Šprah in drugi (2011) presenetljivo ugotavljajo, da tam, kjer je ogroženost za razvoj težav v DZ velika, razpoložljivost služb slaba, prav tako promocijsko preventivne aktivnosti. Pri tem

pa se lahko navežemo na ugotovitve Kamin in Tividar (2011, 1020), da so neenakosti v zdravju močno ukoreninjene v sistemih družbene stratifikacije sodobnih družb in, da jih ni možno izkoreninili samo z boljšo zdravstveno politiko, ki se praviloma osredotoča na boljšo organizacijo in financiranje zdravstvenega sistema ob sočasni promociji individualizirane skrbi in odgovornosti za zdravje. Strinjamo se, da so za spremembe potrebni znanje, volja, možnosti, vednost, socialna opora ipd., pa tudi politični odločevalci, ki skrbijo za oblikovanje in delovanje družbenih struktur, ter da je pot spreminjanja stanja dolgotrajna. Na to pa opozarjajo tudi deleženiki v naši raziskavi. Predlagamo, da se za vrednotenje učinkovitosti skrbi upošteva ugotovitve Murraya (2004), ki poudarja, da mora biti razvoj kazalnikov za naslednjih 12 atributov učinkovitosti: upravljanje in poslovanje, doseganje načrtovanih rezultatov (obseg, v katerem so bili doseženi cilji), sprejemljivost (aktivnosti v skladu z zastavljenimi cilji), sekundarni vplivi (pojav pozitivnih in negativnih posledic), stroški in produktivnost (razmerje med stroški), odzivnost in finančni rezultati (obračunavanje prihodkov in odhodkov ter sredstev in obveznosti), delovno okolje (delovni pogoji, informacije, sposobnosti in pripravljenost za doseganje ciljev), zaščita sredstev (fizične, tehnološke, finančne in človeške), spremljanje in poročanje.

Analiza podatkov je pokazala, da so pričakovani učinki delovanja NVO v sistemu skrbi na področju DZ s perspektive različnih deležnikov predvsem pozitivni, možni pa so tudi negativni. Posebno se to kaže pri pomanjkljivem informiranju ali napotitvi oseb s težavami v DZ v NVO z vidika drugih izvajalcev v podporni mreži na področju DZ zaradi nekaterih pridobljenih negativnih izkušenj. Kaže se pomembno dejstvo, da so pričakovani učinki delovanja NVO povezani tudi s poznavanjem sedanjega položaja NVO v njenem življenjskem ciklusu in v družbeno – kronološkem kontekstu podporne mreže lokalne skupnosti, ter stopnje specializacije storitev v smislu aktivnost – uspeh. Kronologija razvoja NVO s področja DZ v Sloveniji kaže na veliko zamudo v razvoju tega sektorja glede na nekatere druge države (Markstrom in Karlsson 2013). Razvoj teh se je v Sloveniji začel šele v devetdesetih letih prejšnjega stoletja. Na sliki 4.1 je shematično prikazan cikel razvoja NVO s področja DZ v Sloveniji od leta 1990.

Slika 4.1: Življenjski cikel NVO s področja DZ v Sloveniji



Legenda:

- 1 – cikel razvoja NVO
- 2 – cikel prenosa programa NVO na javni sektor
- 3 – bazični program NVO, ki je neprenosljiv na javni sektor

Življenjski cikel NVO s področja DZ je predstavljen skozi obdobja: razvoj, realizacija, kriza in prilagajanje, čemur lahko sledi nov cikel. Van Tulder in Van der Zwart (2006) sicer opredeljujeta faze življenjskega ciklusa NVO nekoliko drugače (ideja, rojstvo, rast, razvoj in zrelost), kar pa glede na predstavljen problem ponazarja zgolj prvi del ciklusa. Proces rasti in razvoja organizacije potekata sočasno, realizacijo pa je mogoče enačiti z obdobjem zrelosti NVO. Vloga NVO je v Sloveniji naraščala predvsem od leta 2003, ko je bila sprejeta Strategija Vlade Republike Slovenije za sodelovanje z NVO, pa do leta 2008, ko je s sprejetjem Zakona o duševnem zdravju dosegla vrhunec. Formalno so NVO sicer postale del javne podporne mreže, vendar pa za njihovo delovanje ni bilo opredeljeno trajno financiranje. Hkrati pa je z zakonom prišlo do uvajanja novih profilov skupnostne skrbi za osebe s težavo v DZ v področje delovanja NVO, kar je po eni strani rezultat in uspeh delovanja NVO, po drugi strani pa je vloga NVO v podporni mreži s formiranjem in krepitvijo delovanja koordinatorjev obravnave v skupnosti in timov skupnostne psihiatrične obravnave začela upadati. Za NVO je to obdobje krize, ki lahko vodi v procese prilagajanja, ohranjanja bazičnega programa, realizacije novih idej, specializacije ali neaktivnosti, pa tudi slabšega sodelovanja. Gre za t. i. normalni življenjski cikel delovanja NVO, saj je ta glede na svoje mesto tretjega sektorja v družbi in komplementarne vloge (Kolarič in drugi 2002) opravila svojo funkcijo.

Doseganje pričakovanih učinkov NVO je razvidno skozi primere dobre prakse, njihovo nedoseganje pa skozi predlagano vizijo razvoja delovanja NVO. Opaziti je, da strokovnjaki in

uporabniki predlagajo izboljšanje odnosov med izvajalci in v odnosu izvajalec – uporabnik. Izvajalci tako iz NVO kot iz ostalih organizacij vidijo vizijo v izboljšanju sodelovanja in odgovora na potrebe uporabnikov ter v novih metodah dela. Pri tem je v prizadevanjih za realizacijo zastavljene vizije smiselno razumevanje in upoštevanje razlik med nevladnimi in javnimi organizacijami kot sta jih prepoznala De Vita in Fleming (2001). Ob tem npr. Ostrow in Hayes (2015) poudarjata, da je vključenost uporabnikov storitev v delovanje NVO ključnega pomena tudi za njihovo poslovanje, ne nazadnje so to uporabniške organizacije. Že sama organizacijska struktura NVO namreč prispeva k razvoju skupnosti in zmanjšuje stigmo s spodbujanjem vključevanja uporabnikov namesto pasivnega sprejemanja storitev.

NVO si pri doseganju pričakovanih učinkov pomagajo tudi s programi 'aktivne politike zaposlovanja'. V programe NVO se kot izvajalci vključujejo javni delavci, ki imajo zelo različno izobrazbo. Predstavljajo pomembno dopolnitev redno zaposlenim izvajalcem, veliko pomenijo tudi uporabnikom storitev. Ne glede na uspešnost pa so lahko v tem programu samo eno leto. Druga skupina pa so prostovoljci, ki se vključujejo pri izvajanju posameznih aktivnosti. Delo javnih delavcev in prostovoljcev je povezano z veliko fluktuacijo kadra, kar je po eni strani dobro (nove ideje, dinamika, spremembe za uporabnike), po drugi pa slabo (nepoznavanje načina dela, čas uvajanja, vzpostavljanje odnosa z uporabniki storitev). Poudariti pa je potrebno, da so vloge zaposlenega, prostovoljca, javnega delavca, uporabnika storitev lahko prekrivajo. Posebno v NVO bi moral to biti eden izmed pričakovanih učinkov. Idealni model psihosocialne in zaposlitvene rehabilitacije v NVO naj bi potekal za posamezno osebo v smeri prevzemanja vlog uporabnik – prostovoljec – javni delavec – zaposleni, če je to v interesu osebe in v skladu z možnostmi. Za osebe s težavami v DZ je, kot kažejo raziskave, prostovoljstvo smiseln način, ki jim omogoča, da sodelujejo v družbenem življenju njihovih skupnosti, pozitiven učinek pa ima tudi na njihovo DZ (Clark 2003). Sociološki argumenti namreč kažejo na to, da sta socialno vključevanje in subjektivna blaginja povezana (Fegan in Cook 2014). Oviro za to predstavlja stigmatizacija, včasih se zatakne v posameznih okoljih (Farrell in Bryant 2009). V kolikšni meri pa na tak način dejansko pride do zaposlitve pa je potrebno še raziskati.

Na vprašanje, ali so doseženi učinki izvedenih dejavnosti in storitev NVO v okviru podporne mreže skupnostne skrbi za DZ na osebe s težavami v DZ, ne moremo odgovoriti pritrnilno, je pa bil oblikovan indeks predlaganih kazalnikov za merjenje pričakovanih učinkov, ki nekoliko razširi pogled na sedaj merjene kazalnike (Glej Priloga E1). Za napredek na tem področju je pomembno: (1) da NVO natančno opredelijo poslanstvo, cilje in vizijo razvoja ter prizadevanja za njihovo realizacijo z dejanji in tako uokvirijo pričakovane učinke

svojega delovanja, (2) da se pospeši pot sprememb v lokalnih skupnostih v smislu zmanjševanja neenakosti med lokalnimi skupnostmi v dostopnosti do NVO, (3) da NVO redno preverjajo rezultate svojega delovanja na podlagi ciljno usmerjenih raziskav z uporabo kazalnikov za vrednotenje, ki preverjajo udeležanje NVO v vseh njenih vlogah, v odnosu do osebe z težavami v DZ, skupine in skupnosti ter sistema skrbi, (4), da se upošteva položaj NVO v njenem življenjskem ciklusu in v družbeno – kronološkem kontekstu podporne mreže lokalne skupnosti, ter stopnja razvoja specializacije storitev in (5) da so NVO eksplicitno usmerjenje v krepitev moči in aktivacijo oseb s težavami v DZ v smislu 'aktivnost – uspeh'.

4.4 Doseganje pričakovanih učinkov celotne podpore (ne le NVO) osebam s težavami v DZ v lokalni skupnosti

V raziskavi smo ugotovili, da se pričakovani učinki celotne podpore osebam s težavami v DZ in obstoječi razkorak glede na trenutno stanje kažejo skozi podan opis vizije razvoja na področju skrbi za DZ prebivalcev lokalne skupnosti z zornih kotov različnih deležnikov. Kaže se, da je za izboljšanje doseganja pričakovanih učinkov celotne podpore na področju DZ smiselno in nujno boljše preverjanje dejanske pojavnosti težav v DZ v populaciji in ciljano ukrepanje na vseh ravneh, boljše zagotavljanje vstopa in vztrajanje oseb s težavami v DZ ter preverjanje in upoštevanje dejanskih potreb oseb s težavami v DZ. Možnosti izboljšanja se kažejo tudi v proučevanju soodvisnosti udeleženih subjektov in virov lokalne skupnosti ter v izboljšanju izobraževanja izvajalcev skrbi. Proučevanje soodvisnosti udeleženih subjektov in virov lokalne skupnosti vključuje predvsem vpetost v družbena dogajanja lokalne skupnosti. Filipović (2007, 7, 164) ob preučevanju povezanosti, ki se nanaša na stike prebivalcev v vsakdanjem življenju na primarni ravni ugotavlja, da imata največji vpliv na stopnjo vpetosti v lokalno skupnost dva kontekstualna dejavnika: velikost lokalne skupnosti in kakovost okolja (onesnaženost, hrup, slabe prometne povezave in odsotnost rekreacijskih površin).

V prizadevanjih za odziv na potrebe oseb s težavami v DZ so sicer upoštevani fizični, psihični, duhovni, socialni in kulturni vidik v vseh ravneh obravnave. Je pa med deležniki očitna razlika pri oceni delovanja in pripisovanju pomena posameznim aktivnostim namenjenim uporabnikom storitev. Trenutno se zdi, da je v prizadevanjih za uravnoteženje storitev najpomembnejša promocija zdravja in preventiva. Strokovnjaki ocenjujejo, da sistem enakovredno vključuje promocijo DZ, ozaveščanje ciljnih skupin in upoštevanje dejavnikov tveganja, kjer postaja vse bolj izražena vloga referenčnih ambulant. Vstopna vrata v sistem sicer niso samo zdravniki na primarnem zdravstvenem varstvu, so pa ti najpomembnejši,

posebno tisti, ki imajo svoje referenčne ambulante. Poplas Sušič, Švab in Kersnik (2013, 635–639) ugotavljajo, da so referenčne ambulante v družinski medicini razširile področje preventivne dejavnosti še na odkrivanje dejavnikov tveganja, tudi depresije. Spremenila oziroma znižala se je starostna meja populacije, ki je vključena v preventivne programe, in sicer na 30 let.

Kljub priznavanju pomena tem aktivnostim, pa je v okviru uporabniške perspektive aktualnejši koncept okrevanja, ker pomeni ponovno pridobivanje moči v življenju posameznika, čeprav težave v DZ ostajajo (Repper in Parkins 2003, 127; Videmšek 2013, 100–102). Uporabnikom storitev se zdi pomembno, da pride do razvoja storitev tudi pri diagnostiki, zdravljenju, da jim je brezplačno omogočena psihoterapija, še posebej pa se jim zdi pomembna rehabilitacija. Največja razlika med deležniki se je pojavila prav pri pripisovanju pomena zaposlitveni rehabilitaciji. Strokovnjaki in osebe s težavami v DZ so poudarjali pomen zaposlitvene rehabilitacije, izvajalci storitev (predvsem iz NVO) pa ne. V rangiranju potreb oseb s težavami v DZ na poti okrevanja so v povprečju potrebo uporabnikov po zaposlitveni rehabilitaciji postavili šele na 9. mesto od 11. Predvidevamo, da je to zaradi dosedanjih izkušenj dela v teh programih. Med ostalimi izvajalci in uslužbenci občin pa programi zaposlitvene rehabilitacije sploh niso bili prepoznani – saj jih v velikem deležu ne poznajo. Pojavlja se vprašanje, zakaj je prišlo do takšnega rezultata. Vedeti je treba, da ti programi v Sloveniji ne tečejo dolgo, in da v Sloveniji primanjkuje znanja in izkušenj na tem področju. Strokovnjaki opozarjajo na potrebo po povečanju možnosti uporabnikom, da zaslužijo, da se uveljavijo, da jim je treba omogočiti, da bodo lahko vključeni v procese, kjer bodo produktivni. Udovič (2013) ugotavlja, da imajo osebe s težavami v DZ največkrat status aktivnega iskalca zaposlitve na trgu dela, kar povzroča nezadovoljstvo pri uporabnikih zaradi obstoječe politike zaposlovanja. Uporabniki so v raziskavi potrdili, da pojav težav v DZ vpliva na človekovo sposobnost dela. Nujna je prilagoditev dela ohranjenim sposobnostim in razumevanje deležnikov o vplivu bolezni na delovne sposobnosti. Menijo, da je potrebno okrepiti javno zagovorništvo in možnosti socialnih oblik dela. Zelo veliko jim pomeni delo v lastni stroki, pogrešajo pa navodila svojcem glede njihove stopnje zaposljivosti, saj so pričakovanja svojcev za njih velikokrat previsoka.

Pri ocenjevanju doseganja pričakovanih učinkov celotne podpore na področju DZ so se pojavila tudi opozorila o nepravilnem načinu 'dobrodelnosti' države, nestimulativnem sistemu socialne podpore, o krutosti birokratskih mejnikov za dodelitev socialne pomoči. Pojavlja pa se tudi zavračanje socialne pomoči zaradi strahu po terjanju povračila s strani njihovih bližnjih, kljub potrebi po njej. Pomisleki so bili prisotni pri vseh skupinah deležnikov.

Verjamemo, da je idealni sistem, da bi bili zadovoljni vsi težko vzpostaviti, vendar pa so tudi v Sloveniji že potekali projekti, ki so potrdili, da obstajajo tudi boljše možnosti na tem področju. Eden izmed takih projektov je *Individualizirano financiranje storitev socialnega varstva*, ki je podelil moč uporabnikom z dodelitvijo finančnih sredstev na podlagi dogovorjenega paketa storitev, s katerim so upravljali sami ob pomoči strokovnega delavca (Flaker in drugi 2007).⁸³ Rezultati projekta so bili spodbudni, vendar pa do prenosa na sistem socialnega varstva ni prišlo. Ob izboljšanju finančne situacije uporabniki priložnosti za rehabilitacijo in za vzdrževanje že dosežene remisije vidijo tudi v sistemu prostovoljskega dela, pri vključevanju v humanitarne dejavnosti in v okviru med uporabniške samopomoči.

Če primerjamo izpostavljeno skupno vizijo deležnikov s predlogom Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014–2018 (Predlog) (2014, 13) in na temeljna načela nadgradnje zdravstvenega sistema, opredeljena v okviru Ministrstva za zdravje (2011): (1) zagotavljanje geografske dostopnosti do zdravstvenih storitev prek decentralizacije in krepite regionalizacije ob istočasnem zagotavljanju razvoja strokovnosti ter prenašanju in povezovanju znanja med ravnmi, (2) zagotavljanje kakovostne dostopnosti prek zagotavljanja kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev ter zagotavljanje finančne dostopnosti s strateškim zagotavljanjem storitev posameznim kategorijam prebivalstva prek definiranja košarice zdravstvenih storitev v skladu z načeli klinične in stroškovne učinkovitosti ter sprememb sistema zdravstvenega zavarovanja, je zaznati usklajenost. Žal pa je prisotna manjša usklajenost z opredeljenimi načeli integracije (Kodner in Kay Kyriacou 2000, Suter 2009, CHISD 2013). Razsežnosti sistema skrbi je sicer mogoče pojasniti tudi s šestimi razsežnostmi integracije (Valentijn in drugi 2015) v kontekstu celostne skrbi za osebe s težavami v DZ: klinično, strokovno, organizacijsko, sistemsko, funkcionalno in normativno integracijo.

Deležniki si želijo razvoja integrirane, koordinirane interdisciplinarne skrbi na področju DZ, kjer ima vsak posameznik in skupnost najboljše pogoje za DZ, možnost izbire in odločanja, kjer je skrb za DZ podprta tako na ravni družbe kot v odgovornosti posameznika, vendar pa želja še zdaleč ni dovolj, sprememba je potrebna v delovanju in možnosti vplivanja – v perspektivi moči. Pričakovanja deležnikov so osredotočena na priložnosti osebe s težavami v DZ, na vprašanje vpliva, odločanja o načinu življenja, vrstah podpore ter iskanja virov moči osebe in odstranjevanje družbenih ovir, ki onemogočajo proces krepite moči

⁸³ Osebni paket storitev je nabor storitev, ki jih predvideva načrt in struktura njegovega uresničevanja. Zaradi prejetih finančnih sredstev za izvedbo načrta, načrt dobi večjo težo in smisel. Omogoča uresničljivost ciljev in zadovoljitev uporabnikovih potreb in hotenj. Izvajanje načrta ni osredotočeno le na nujne potrebe, omejene zgolj le na golo preživetje uporabnika, temveč uporabniku omogoča uresničiti tudi tiste cilje, brez katerih bi lahko preživel, vendar bi brez njihove realizacije bistveno težje funkcioniral v življenju in skupnosti (Flaker 2010, 89).

osebe, podobno kot to piše Videmšek (2013, 99). Kot osnovne pogoje razvoja deležniki razumejo informiranost, dosegljivost, odpiranje vrat, formalizacijo odnosov, skupnih ciljev in vizije. Med osrednje determinante uvrščajo odprtost in odgovornost, kontinuiteto odnosov in informacij, enakopravnost, pozornost, spoštovanje, poštenost, naravnost k skupnosti, kontinuiteto obravnave, trajnost, zaupanje, solidarnost, proces, omogočanje dela drugih, odzivnost, kompetentnost, sorazmernost, prepoznavanje ključne osebe – gre za osnovne etične principe in za načelo 'najboljšega dobrega' za osebo s težavami v DZ. Deležniki ugotavljajo, da bi bilo to dosegljivo z boljšim upravljanjem in vodenjem sistema skrbi za DZ, zmanjšanjem neenakosti na področju DZ, zmanjšanjem tveganja za DZ in kakovost življenja prebivalcev v vseh fazah življenja in vlogah, z ustvarjanjem okolja, da bi vsak posameznik in sektor izpolnil svojo vlogo, prisotno bi bilo zadovoljstvo v doseganju DZ prebivalcev in v obravnavi oseb s težavami v DZ. Smiselno bi bilo tudi nadgraditi dosedanje sodelovalne modele (Thota in drugi 2012) vsaj z modelom ključne osebe. To si lahko interpretiramo tudi na način, da je napredek v razvoju skupnostne skrbi za osebe s težavami v DZ v lokalnih skupnostih možen ob priznavanju in upoštevanju kvalitativnih razlik med različnimi deležniki in ob realizaciji lastne vloge deležnikov (znanje, spretnosti, odnos) v sistemu.

Doseganje pričakovanih učinkov celotne podpore osebam s težavami v DZ deležniki posredno povezujejo tudi s samim izobraževalnim sistemom izvajalcev v poklicih skrbi. Kakovost predhodnega izobraževanja se jim zdi pomembna tako za uspešnost sodelovanja med izvajalci kot za ustreznost odnosa z uporabniki storitev. Jasno se kaže, da mora razvoju skupnostne skrbi na področju DZ slediti tudi izobraževanje izvajalcev skrbi in raziskovanje z aktivnim vključevanjem uporabnikov storitev. Pokazalo se je namreč, da je vključenost oseb s težavami v DZ v raziskovanje lahko orodje za povečanje moči udeleženih, tako na kolektivni kot na individualni ravni (Videmšek 2011, 238). Poznavanje taksonomije učnih rezultatov študijskega procesa v podporo skupnostni skrbi bi omogočilo visokošolskim učiteljem in študentom boljše razumevanje procesa razvoja skupnostne skrbi, bolj kakovosten vzgojnoizobraževalni proces in doseganje potrebnih učnih rezultatov (Zupančič 2015). Poznane taksonomije vzgojnoizobraževalnih ciljev so npr. SOLO taksonomija, Gagnejeva, Bloomova, Marzanova itd. Najbolj razširjena je zagotovo uporaba Bloomove taksonomije. Bloom in sodelavci so oblikovali taksonomijo kognitivnih, konativnih in psihomotoričnih učnih ciljev. Izjemno aktualna je tudi Marzanova taksonomija. Z Marzanovo delitvijo znanj je mogoče, kot navaja Rutar Ilc (2003), še bolj poglobljeno kot z Bloomovo taksonomijo poseči na področje različnih miselnih procesov oziroma kompleksnega mišljenja in zagotavljanja aktivnosti učečih in vse aktualnejši procesni pristop. Pri preverjanju uporabnosti

predstavljenih taksonomij pri vrednotenju učnih rezultatov dodiplomskega in podiplomskega študija zdravstvene nege ter sorodnih poklicev skrbi v zdravstvu glede na koncept skupnostne skrbi se je pokazalo, da so opredeljene taksonomske stopnje Marzanove taksonomije bližje konceptu skupnostne skrbi, ker poleg vsebine vzgojnoizobraževalnih ciljev definirajo tudi proces (Zupančič 2015). Pahor (2007, 44) izpostavlja, da ima izobrazba zagotovo močan vpliv ne samo na opravljanje poklicne dejavnosti, ampak oblikuje tudi način mišljenja, vrednostni sistem in stališča, kar je, kot kaže, pogoj za doseganje pričakovanih učinkov podpore osebam s težavami v DZ. Jeriček Klanšček (2004, 235) navaja, da je sodobni način dela z osebami s težavami v DZ vse bolj skupinski. Zastavlja si vprašanje, ali je možno, da se strokovnjaki povežejo v skupnost. Odgovarja, da je to možno, čeprav je vse odvisno od samega tima, kaj si želi in kako si želi delovati. V primeru, da se s skupnostjo ukvarja skupina strokovnjakov, se grajenje skupnosti in kompleksnost še potencirata. Poznavanje taksonomije delovnih rezultatov izvajalcev skrbi bi s perspektive skupnostne skrbi omogočilo napredek predvsem menedžmentu v zdravstvu in socialnemu varstvu ter v javni upravi. Boljše razumevanje lastne vloge v procesu razvoja skupnostne skrbi za celovito obravnavo uporabnikov storitev. Uporabniki storitev pa pri tem z organizacijo skrbi povezujejo tudi pomen jasnosti vloge posameznega deležnika v podporni mreži in problematiko razvite identitete, kar tudi sami ocenjujemo kot pomembno.

Kljub temu lahko ocenimo, da razvoj integrirane in koordinirane obravnave že poteka v skladu z načrtanimi smernicami za področje DZ v Sloveniji in Evropi, ki izhajajo iz potreb uporabnikov (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014–2018 (predlog), WHO Mental Health Gap Action Programme, 2014). Pojavlja se vprašanje, ali je vloga tretjega sektorja tako edinstvena, ker njihovo delovanje temelji na edinstvenem pristopu, ali je vključevanje NVO v javno podporno mrežo res edinstvena priložnost za pot naprej. Robin (2013) ugotavlja, da nekateri vidijo v NVO trojanskega konja, saj menijo, da tako NVO na edinstven način izpodriva delovanje ostalih, da se z vključevanjem NVO v javno podporno mrežo izgublja javno lastništvo in kasnejši nadzor nad temi programi, kar zagotovo ne drži. Drugi zagovarjajo bolj individualiziran pristop v financiranju ne glede na vrsto organizacije, menijo, da je potreben večji poudarek na rezultatih in družbeni vrednosti in ne kdo je izvajalec. Zanimivo pa bi bilo določiti faktor oddaljenosti, ki bi bil upoštevan pri postavljanju normativov za delo in financiranje izvajalcev obravnave v skupnosti, tudi NVO. Vprašanje pa je, če bi ob takem načinu financiranja še obstajal razlikovalni učinek med NVO in ostalimi organizacijami v podporni mreži za osebe s težavami v DZ, ali bi bil to korak nazaj v

omogočanju pravice do izbire. Menimo, da s poznavanjem vloge NVO v podporni mreži in v državi do takih misli, teženj in dilem ne bi smelo prihajati.

Na vprašanje, ali so doseženi učinki celotne podpore (ne le NVO) osebam s težavami v DZ v lokalni skupnosti, ne moremo odgovoriti pritrdilno, je pa bil oblikovan nabor elementov vizije z vidika različnih deležnikov, ki nakazuje želeno idealno stanje z njihove perspektive, kar lahko služi kot usmeritev za nadaljnje prizadevanje za razvoj na tem področju:

(1) razvoj integrirane, koordinirane interdisciplinarne skrbi za osebe s težavami v DZ, ki vključuje dokazano kakovostne programe promocije DZ, informiranja o težavah v DZ, 'presejanja', diagnostike, zdravljenja, rehabilitacije, reintegracije,

(2) povečanje in pospeševanje vključevanja oseb s težavami v DZ v zdravljenje; najpomembnejše aktivnosti, ki vplivajo, da se osebe ob pojavu težav v DZ vključijo v obravnavo, so podpora in spodbuda svojcev, vzpostavitev zaupnega odnosa s strokovnim delavcem. Možnost za boljši vstop v obravnavo vidijo v prepoznavanju ključne osebe, v proaktivnem delovanju skupnostnih delavcev, sodelavcev v delovnem okolju ter omogočanju različnih načinov zdravljenja,

(3) povečanje pozornosti, da osebe s težavami v DZ prevzemajo aktivno vlogo pri lastnem zdravljenju; to je dosegljivo s predhodno informiranostjo, s prepoznano in določeno ključno osebo za prevzem naloge terenskega motiviranja osebe z težavami v DZ, in z izboljšanjem povezovanja vseh ustanov z lokalno skupnostjo, ker kot take tako predstavljajo ključni vir socialne podpore v sprožanju in vzdrževanju zdravljenja zaradi težav v DZ. Razmisliti bi bilo potrebno o formiranju skupine prostovoljcev, ki bi delovala z osebami s težavami v DZ, ko je to potrebno,

(4) izboljšati prepoznavanje in odzivnost na potrebe oseb s težavami v DZ v smislu prepoznavanja pravega trenutka, ko so pripravljene sprejeti pomoč, in ustvarjanje palete priložnosti za identifikacijo, samodokazovanje in za dvig samozavesti ter percepcije tveganja, kot ga vidijo osebe s težavami v DZ.

Na podlagi rezultatov raziskave lahko posplošimo:

- 1) Prepoznani pogoji za razvoj integracije med deležniki so: normativna podpora, razvoj kompetenc izvajalcev za sodelovanje skozi izobraževanje, doživljanje in korekcija vedenja izvajalcev skrbi glede na specifičnosti razvite poklicne identitete (potreba po prevladi, precenjevanje lastne vloge v obravnavi), terminološko poenotenje temeljnih strokovnih izrazov, medsebojno poznavanje in vzpostavljanje medsebojnih odnosov med izvajalci in organizacijami, premostitev nesoglasij zaradi pogostega vztrajanja javnih

organizacij pri tradicionalnih načinih obravnave (medicina) ali reformističnega pristopa (socialnega dela), ter determinante notranjega okolja deležnika – vrednote, stališča, motivi.

- 2) NVO v Sloveniji imajo določeno in prepoznano vlogo: so glas potreb uporabnikov storitev in izvajalci aktivnosti, ki v sistemu javne podporne mreže manjkajo. Potrebno bo povečati informiranost deležnikov o vseh razsežnostih vloge NVO v podporni mreži in ob tem izključiti delovanje posameznih stereotipnih stališč. Dvig stopnje profesionalizacije bi sicer lahko olajšal sodelovanje, vendar bi se potem NVO birokratizirale in postale zelo podobne javnim organizacijam. S tem bi izgubile svojo vlogo in pomen za uporabnike storitev ter celotno družbo.
- 3) Učinkovitost storitev NVO deležniki dojemajo skozi realizacijo zastavljenih individualnih ciljev. Pri tem ločujejo subjektivne (sprejemanje samega sebe, vpetost v realnost, zadovoljstvo uporabnikov, boljše zavedanje osebne odgovornosti, ocena svojcev) in objektivne (statistični podatki, dolgotrajna remisija, sposobnost za delo, prepoznan talent in vključitev v različne oblike zaposlitve) kazalnike učinkovitosti. Potrebujemo pa povratne informacije o učinkovitosti NVO.
- 4) Najpomembnejši generator usklajenega delovanja vseh vrst akterjev so sinergično delujoči povezani posamezniki s strokovnim znanjem, komunikacijskimi veščinami in osebno motiviranostjo. Ustrezen odnos določajo dobro medsebojno opazovanje, visoka stopnja empatičnosti in medsebojno spoštovanje. Ustrezno delovanje pa določajo informiranost in znanje, osebna motiviranost, odzivnost in samoiniciativnost ter usmeritev v (re)aktivacijo uporabnika storitev.
- 5) Priložnosti za napredek razvoja integrirane obravnave in skupnostne skrbi za osebe z težavami v DZ se kažejo v priznavanju in upoštevanju kvalitativnih razlik med različnimi deležniki (razumevanje vlog in utemeljevanje prispevka posameznika), v formiranju nacionalnega instituta za koordinacijo in integracijo z lokalnimi enotami (ustvarjanje sinergije in (političnih) pobud, evalvacija), s podporo v izobraževanju (z izborom ustrezne taksonomije učnih ciljev in razvojem taksonomije učnih rezultatov v podporo integrirani obravnavi) ter s ciljno usmerjenimi znanstvenimi raziskavami (participativni pristop uporabnikov storitev).

5 SINTEZA UGOTOVITEV ŠTUDIJE V TEORETIČNI MODEL PODPORNE MREŽE ZA OSEBE S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU V LOKALNI SKUPNOSTI

Eden izmed zastavljenih ciljev doktorske disertacije je bil iz ugotovitev raziskave izpeljati teoretični model podporne mreže za osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti, ki bi spodbujal sodelovanje med ključnimi akterji v mreži, nakazal področja za uvajanje novih oblik dela ter podpiral razvoj javne politike skupnostne skrbi za DZ. Za lažji razvoj modela smo se najprej ločeno osredotočili na področje izboljševanja sodelovanja in nato še na področje uvajanja novih oblik dela. Kaže se, da so že razviti 'sodelovalni modeli skrbi' osnovani na treh ključnih točkah: (1) izboljšanje rutine presejanja populacije in diagnosticiranja težav v DZ, (2) povečanje uporabe protokolov, ki temeljijo na dokazih za proaktivno vodenje oseb z diagnosticirano težavo v DZ, in (3) izboljšanje podpore uporabnikom storitev za sodelovanje pri zdravljenju, postavljanju ciljev in samoupravljanju, tako v kliničnem okolju kot v skupnosti (Thota in drugi 2012). Za razvoj sodelovanja so bile v okviru CHISD iniciative oblikovane tri pomembne pobude: (1) prepoznavanje sprožilnih dejavnikov za procese integracije na področju zdravstvenega varstva (gonila za spremembo), (2) načrtovanje sprememb in (3) vodenje sprememb (The CHISD Team 2013). Dragoceno orodje pri izgrajevanju sodelovanja vidimo tudi v različni razvrstitvi oziroma taksonomiji znanja v t.i. kliničnih taksonomijah. Njihovo moč vidimo predvsem v tem, da opozarjajo na raznovrstnost znanj in veščin, postopkov in procesov. Snovanje vprašanj, nalog in dejavnosti je ob njihovi pomoči lahko bolj sistematično in domišljeno (Rutar Ilc 2003, 86).

V Tabeli 5.1 je predstavljen poskus namensko sestavljene taksonomije pogojev integracije NVO v podporno mrežo za osebe s težavami v DZ.

Tabela 5.1: Taksonomija pogojev integracije NVO v podporno mrežo za osebe s težavami v DZ

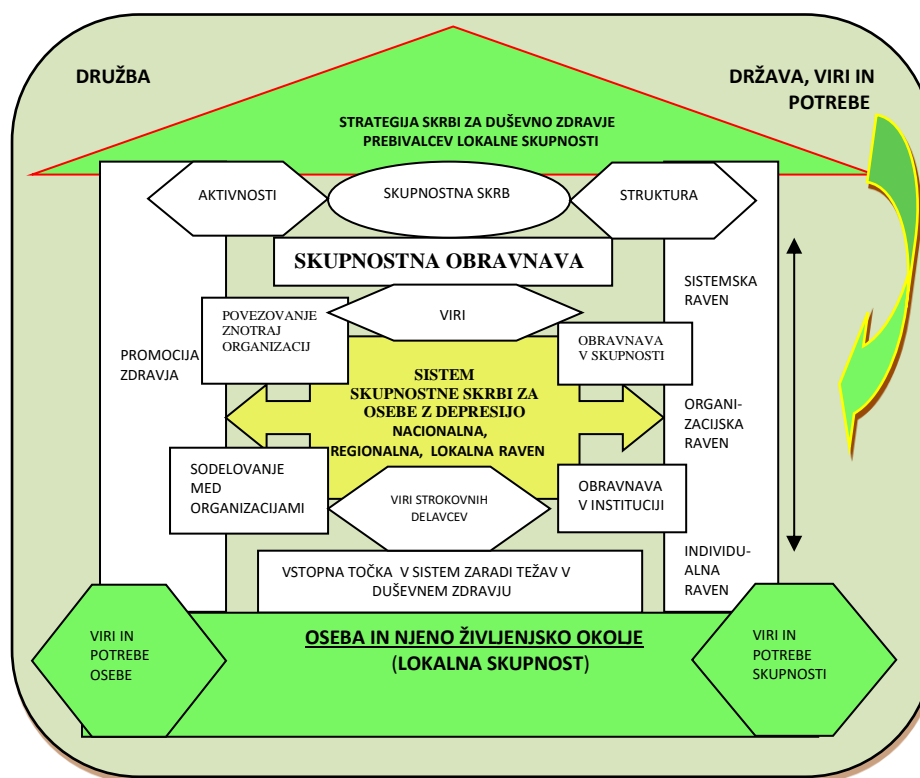
Pogoji	Vedeti, zakaj	Vedeti, kje	Vedeti, kako
informiranost	naravnost k skupnosti	omogočati delo drugih	odprtost
dosegljivost	kontinuiteta obravnave	kontinuiteta informacij	kontinuiteta odnosov
odpiranje vrat	odgovornost	odzivnost	pozornost
sodelovanje izvajalcev	kompetentnost	spoštovanje	zaupanje
sodelovanje organizacij	upravljanje/internalizacija	skupni cilji in vizija	formalizacija

Predstavljen poskus oblikovanja taksonomije pogojev integracije izhaja iz literature (Valentijn in drugi 2015) in ugotovitev raziskave. Če na procese integracije pogledamo s

sociološkega vidika in strukturacijske teorije, ki ne ločuje med agentom in strukturo (Flipović 2007, 17), temveč se odraža skozi delovanje, so osnovne aktivnosti (predstavljeno hierarhično) skrb za informiranost, sledi dosegljivost, nato 'odpiranje vrat', kar pomeni vzpostavljanje sodelovanja z drugimi izvajalci. Šele potem lahko govorimo o sodelovanju izvajalcev in organizacij v smeri procesa: (1) informiranje, (2) posvetovanje, (3) dialog, (4) partnerstvo. 'Odpiranje vrat' je kot pogoj dosežen ob zavedanju odgovornosti, odzivnosti, ki temelji na pozornosti in je usmerjena na kompleksne probleme oseb s težavami v DZ. Gre za elemente etike skrbi oziroma t.i etike dela. Sklepamo lahko, da uspešnost integracije NVO v podporno mrežo za osebe s težavami v DZ v sedanjem sistemu temelji na ustreznem odnosu in delovanju vseh vrst akterjev, ki vedo, zakaj, kje in kako bodo dosegli izboljšanje počutja oseb s težavami v DZ.

Na Sliki 5.1 smo skušali shematično zaobjeti kompleksnost sistema skupnostne skrbi v sedanjem času v Sloveniji.

Slika 5.1: Model skupnostne skrbi za osebe s težavami v DZ



Vir: Prilagojeno po Zupančič (2013).

V shemi izhajamo iz osebe s težavo v DZ in njenega življenjskega okolja znotraj lokalne skupnosti. Na njen vstop v obravnavo vplivajo na eni strani viri in potrebe same osebe, na

drugi strani pa viri in potrebe lokalne skupnosti. Podobno opredelitev so podali tudi v raziskavi, ki je potekala pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije (Andrade in drugi 2014) na reprezentativnem vzorcu v 24 državah. Pred tem so v raziskavah izpostavljali zgolj posamezne dejavnike ali skupine dejavnikov, ki predstavljajo ovire za vstop oseb s težavami v DZ v zdravljenje: pomanjkanje zaznane potrebe po zdravljenju, zadrega pri razkrivanju težav v DZ, nezmožnost dogovora za pregled pri splošnem zdravniku ali psihiatru, dezinformacija o težavah v DZ, pesimizem glede učinkovitosti zdravljenja, pomanjkanje dostopa zaradi finančnih ovir, stigma in slabo usposobljenost zdravstvenih delavcev pri odkrivanju težav (Mojtabai in drugi 2002; Edlund in drugi 2006; Jacob in drugi 2007; Saxena in drugi 2007; Hernandez in drugi 2009; Jagdeo in drugi 2009, Mojtabi in drugi 2011). Ob vstopu v sistem je obravnava osebe tako omejena tudi z viri strokovnih delavcev kot predstavnikov sistema skrbi, ne glede na raven obravnave. Ti na eni strani konstantno skrbijo za promocijo zdravja, na drugi pa zagotavljajo kontinuiteto obravnave ob prehajanju med bolnišnično obravnavo in obravnavo v skupnosti. Menimo, da bi bilo medsebojno povezovanje in sodelovanje izvajalcev znotraj in med organizacijami lažje izvedljivo pod okriljem pripravljene Strategije skrbi za DZ prebivalcev lokalne skupnosti. Gre za t.i lokalni izvedbeni načrt že (pre)dolgo nastajajoče Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja.

Pri razvoju končnega modela vidimo kot uporabne tudi postavke, ki jih omenja okvir za izboljšanje zdravja in dobrega počutja na Irskem (A Framework for Improved Health and Wellbeing 2013–2025 2013, 5). Vključuje opredelitev vizije, ciljev, temeljnega okvirja, etičnih principov delovanja, itd. Razmišljali smo tudi o nujni inovativnosti modela. Po opredelitvi OECD (2005, 46) je inovacija definirana kot uvedba novega izrazito izboljšanega proizvoda ali storitve, uvedba novega delovnega procesa ali nove metode trženja. Inovacije na področju zdravstva so opredeljene kot novosti na področju medicinske tehnologije, delovanja administrativnega sistema in zagotavljanja zdravstvenih storitev (Goes in Park 1997, 674). Pomenijo tudi novosti v načinu obnašanja izvajalcev in načinu njihovega dela, ki je usmerjeno v doseganje boljših učinkov zdravljenja, večje učinkovitosti pri opravljanju administrativnega dela, večje stroškovne učinkovitosti in večjega zadovoljstva uporabnikov (Greenhalgh in drugi 2005, 1). Tudi NVO so na področju DZ prepoznane kot inovatorke, vendar pa je pri prenosu njihovih metod dela na druga področja nemalo težav. Zdi se, da prihaja do delne izgube kakovosti metode zaradi različnih situacijskih okoliščin (organizacijskih, kadrovskih itd.). Vprašanje je, ali je stooosten prenos metode iz NVO v javne in druge zasebne organizacije dejansko možen.

5.1 Predstavitev predlaganega modela

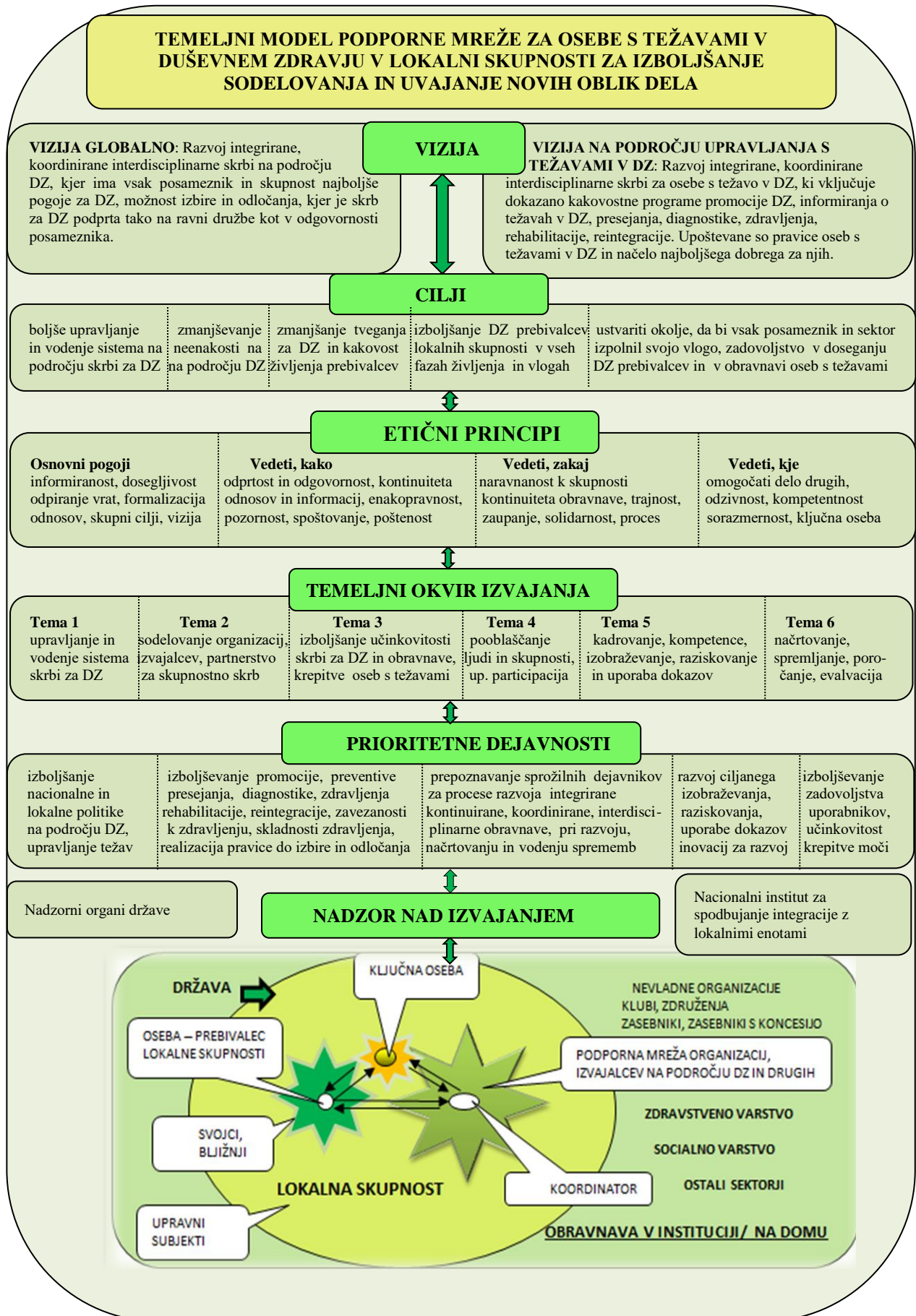
Razviti temeljni model podporne mreže za osebe z težavami v DZ v lokalni skupnosti za izboljšanje sodelovanja in uvajanje novih oblik dela (Slika 5.2) je definiran v viziji, željenih ciljih, potrebnih etičnih principih, temeljnem okvirju izvajanja, prioriternih dejavnostih in rednim nadzorom nad izvajanimi dejavnostmi, kar izhaja iz procesov vodenja sprememb. Gre za temeljno značilnost uvajanja protokolov sodelovanja.

V viziji razvoja integrirane, koordinirane, interdisciplinarne skrbi za osebe s težavami v DZ se uokvirjajo prizadevanja v treh elementih: proces, vsebina in odnos, in pri tem zaobjemajo vse faze procesa obravnave osebe s težavami v DZ. Opredeljeni cilj, 'da bi vsak posameznik in sektor izpolnil svojo vlogo', je sicer nekoliko kompleksnejši, vendar je njihova vrednost izrazito aplikativna, tako kot so jih videli v raziskavo vključeni deležniki. Navedeni cilji pa so tudi v skladu z mednarodnimi strategijami razvoja področja DZ in skrbi za osebe s težavami v DZ. Etični principi so bili oblikovani na podlagi mnenj, povezanih z odnosom med deležniki. S strani deležnikov izpostavljeni pogoji: informiranost, dosegljivost, odpiranje vrat, formalizacija odnosov, skupni cilji in vizija so dejansko osnova tvorjenja mreže, čeprav npr. ta mehki del pri drugih modelih ni dovolj močno poudarjen. Ravno v tem 'mehkem delu' je največja prednost razvitega modela in odgovor na to, kako napredovati na poti do željene skupnostne skrbi. Gre za ponotranjeni vrednostni sistem in del poklicne identitete, vodi k višjim ciljem kakovosti obravnave in prizadevanjem za kakovost življenja oseb s težavami v DZ. Vprašanje pa je, ali je že del profesionalne identitete, ali ga je treba še razviti skozi formalni izobraževalni sistem in modele vseživljenjskega učenja.

Določenih je šest globalnih tem, ki tvorijo temeljni okvir izvajanja, za operacionalizacijo so bile določene tudi prioritete dejavnosti. Vključeni so tudi nekateri elementi 'negativne demokracije'⁸⁴ nadzor nad izvajanjem s strani nadzornih organov države in nacionalnega inštituta za spodbujanje integracije z lokalnimi enotami (ki je lahko npr. del Nacionalnega inštituta za javno zdravje). Udeležba oseb s težavami v DZ je pomembna pri vseh fazah razvoja skrbi, tudi pri evalvaciji storitev. Sestavni del razvitega teoretičnega modela je shematsko predstavljeno dogajanje na ravni lokalne skupnosti. Pomembna vprašanja, ki jih odpira, so: kdo potrebuje skupnostno skrb, kateri so ključni dejavniki odločitve po vstopu v obravnavo, kakšne so različne možnosti pri izpeljavi ciklusa skrbi za osebe s težavami v DZ.

⁸⁴ Izraz je povzet po Rosanvallon (2008) iz Counter-democracy: politics in an age of distrust.

Slika 5.2: Razviti model kot rezultat/doprinos raziskave



Poudarjena je vloga ključne osebe, kajti bolezen v človekovem življenju ne sme biti razlog za vstop 'množice strokovnjakov v zasebno življenje posameznika' ali 'socialne izolacije in potiskanja na družbeni rob'. Uravnoveženje obeh možnosti prinaša skupnostna skrb, kot rezultat delovanja podpirne mreže. Ključna oseba je oseba, ki predstavlja vezni člen med osebo s simptomi težav v DZ in podporno mrežo, ko oseba ne zna, ne sme ali ne zmore vstopiti v obravnavo ali želi iz nje predčasno izstopiti. Vlogo ključne osebe je mogoče definirati v treh skupinah vlog, ki se seveda lahko navezujejo in združujejo z drugimi 'profesionalnimi' vlogami:

- 1) vloge zaveznika, spremljevalca, zaupnika, zastopnika in zagovornika,
- 2) vloge informatorja, motivatorja, povezovalca in evalvatorja,
- 3) vloge opazovalca, načrtovalca, koordinatorja in (posrednega) izvajalca.

Pri preverjanju ustreznosti modela (predstavljeno v nadaljevanju) so respondenti videli vlogo ključne osebe še širše, ne zgolj v neposrednem odnosu z osebo s težavami v DZ, kar je smiselno proučiti v nadaljnjih raziskavah.

5.2 Preliminarno preverjanje predlaganega modela

- Metodološka pojasnila preverjanja predlaganega modela

Za krajše preliminarno preverjanje predlaganega modela je bila uporabljena kvalitativna metoda. Cilj preverjanja je bil pridobiti osnovno potrditev z vidika različnih deležnikov, da je pripravljeni model vsebinsko in strukturno pripravljen razumljivo. Temeljitejša preverba za verifikacijo modela kot veljavnega pa je lahko predmet samostojne kasnejše raziskave. Izvedeni so bili 3 krajši polstrukturirani intervjuji: (1) s strokovnjakom za področje DZ, (2) neposrednim izvajalcem z dolgoletnimi izkušnjami in (3) dolgoletnim uporabnikom služb na področju DZ zaradi težav v DZ. Izvedba intervjujev je potekala v aprilu 2015. Vzorčenje je potekalo priložnostno. Intervjuvancem je bil model podrobno predstavljen, razprava o njem (vsebinini in strukturi) je potekala od pol do ene ure.

- Rezultati preverjanja ustreznosti predlaganega modela

Pogledi intervjuvancev na obravnavano problematiko se v podani oceni obstoječe skrbi na področju DZ/ za osebe s težavami v DZ in predstavitvi vizije razvoja skrbi ne razlikujejo od mnenja ostalih deležnikov, vključenih v raziskavo (glej Priloga F.2). Deležniki niso imeli

pomislov glede vsebine modela, sama struktura se jim je zdela smiselna. Zanimiv je pogled na vlogo ključnega delavca, ki ga vsak razume v svojem kontekstu. Strokovnjak je navedel:

Glede na ta model spodaj, vidim, je ta mreža dobro zasnovana, ker vključuje vse tiste deležnike, ki so vključeni v obravnavo pacienta. Visok nivo etike je pomemben pri tistih neposrednih izvajalcih, ki so del teh timov. Pri ostalih izvajalcih pa lahko rečem, da je to odvisno od posameznika. Ključna oseba je lahko kdor koli, pomembno pa je, da jim uporabnik zaupa.

Prav element zaupanja se je deležnikom zdel zelo pomemben. Ključna oseba, ki ji oseba s težavo v DZ zaupa, je tista, ki pripomore, da se oseba vključi v zdravljenje in vztraja v njem. Intervjuvani izvajalec pa ključne osebe ne povezuje samo z zaupanjem, temveč tudi s strokovnostjo. Model je preimenoval v:

model ključne osebe, ki bi lahko bila vezni člen pri zajemanju ljudi v obravnavo, posebno za ljudi s težavami v DZ, ko sami ne morejo stopiti ne do koordinatorja obravnave v skupnosti, ne kam drugam. Ta ključna oseba, mi je zelo všeč. Oseba, ki je dostopna prav vsakemu in bi stopila v kontakt z nami. Mogoče bi bilo dobro, da bi delovala na terenu, vaška skrbnica za vse, da bi delovala po teh vaseh. Mislim, da bi tukaj moral biti strokovnjak, vsaj diplomirana medicinska sestra. Obstoječa patronažna služba – za preventivo ima premalo časa.

Izvajalec vidi ključno osebo kot strokovnjaka, ki deluje na terenu in lahko prevzame tudi vlogo terenskega motiviranja. Pogled intervjuvanega uporabnika storitev pa razkriva uporabno vrednost te ključne osebe, kot jo je prepoznal iz dosedanjih izkušenj:

ta ključna oseba je bila moja mama, šele po nekaj mesecih je nisem več potreboval, potreboval sem jo spet v krizi ... pomembno je, da vem, da je tam. Lahko bi bil tudi kdo drug, pomembno je, da vsi vemo, kdo to je, pa da je zaupanja vreden človek.

Uporabna pa je tudi sledeča navedba intervjuvanega uporabnika storitev, ko poudarja pomembnost nadzora nad storitvami:

ta nadzor nad izvajanjem je pomemben, da se ne pozabi na odnos, pa na pravice in dolžnosti. Meni je pomembno, da jaz dobim pomoč, ko jo potrebujem in tako kot jo potrebujem, kako pa je to organizirano, mi je pa vseeno.

Če se navežemo na predhodne ugotovitve, je podobno izpostavil že strokovnjak z nacionalne ravni, da je vizija razvoja v smeri, da bi za uporabnika storitev postalo nepomembno, kdo storitev izvaja. Temeljni model podporne mreže za osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti za izboljšanje sodelovanja in uvajanje novih oblik dela tako podpira

sistem pravic in dolžnosti deležnikov, kakovost in pravočasnost pomoči in je v skladu s pričakovanjem deležnikov.

- *Priložnosti in omejitve predlaganega modela*

Pripravljen teoretični model, ki izhaja iz ugotovitev raziskave, s svojo osnovno strukturo usmerja v razmišljanje o kompleksnosti procesov razvoja skupnostne skrbi, preprostosti nekaterih rešitev ter vzročno – posledičnih zvezah, ki jih je potrebno še dodatno empirično potrditi. Od obstoječih se razlikuje predvsem v kompleksnosti in naslavlja nova vprašanja lokalne kordinacije in integracije. Obravnavano področje prikaže kot družbeni pojav in se dotakne 'mehkega dela delovanja', ki jih drugi modeli ne omenjajo, so pa po našem mnenju bistveni elementi pri razvoju skupnostne skrbi na področju DZ. To področje se zdi zapostavljeno tudi pri znanstvenih raziskavah.

Bistvena značilnost modela je, da na teoretični ravni pojasni odnos med dejavnostjo in strukturo ter nakazuje pot za spremembe v družbi. Ugotovitve dopolnjujejo dosedanja spoznanja v primerjavi s teorijo in drugimi raziskavami. V model je vpet koncept družbene vloge in se najbolj inovativno reprezentira v vlogi ključne osebe. Procesu krepitev moči so na teoretični ravni skozi hierarhično strukturo temeljnih področij v obliki piramide (vizija, cilji, etični principi, okvir izvajanja, prioritete dejavnosti in nadzor nad izvajanjem) izraženi globalno – posplošeno, tudi v smislu krepitev sistema. Če pogledamo na model skozi prizmo Gofmana (1961) lahko vidimo, kako se subjektivna izkušnja izoblikuje skozi interakcije v etičnih principih in tudi v konceptu ključne osebe, v kateri pa lahko prepoznamo tudi simbolni pomen.

Omejitve modela izhaja iz omejitev izvedene študije, ki je bila podlaga za razvoj modela. Na prvi pogled deluje idealistično, hkrati pa tudi opozarja na obstoječe pomanjkljivosti, etiko dela in kakovost izobraževanja. Vsak kritičen pogled na obstoječe stanje sistema, etike dela in kakovost izobraževanja terja kompleksnejše empirično potrjevanje, kot je bilo izvedeno v okviru te študije. Nujna je tudi temeljitejša preverba za verifikacijo modela kot veljavnega. Ugotovitve in razviti model imajo uporabno vrednost, tako aplikativno kot za načrtovanje nadaljnjega znanstvenoraziskovalnega dela. Osvetlujejo ovire in spodbude za udejanjanje javne politike DZ v skupnosti, predvsem pa nove možnosti za razvoj optimalne podpore v smeri krepitev moči oseb s težavami v DZ v Sloveniji ter za povečanje deleža oseb, ki ob težavah v DZ v obravnavo vstopijo zgodaj in vztrajajo v njej, dokler je to potrebno. Uporabno

vrednost imajo tudi za delo strokovnih delavcev na področju zdravstvenega in socialnega varstva ter v vzgoji in izobraževanju v poklicih skrbi.

5.3 Priložnosti in omejitve študije ter priporočila za nadaljnje znanstvenoraziskovalno delo

Priložnosti študije dokazujemo z ugotovitvami raziskave in prepoznanimi potrebnimi ukrepi za spremembo pri vstopanju oseb s težavami v DZ v obravnavo. Študija primera je razkrila vrzeli v razvoju podporne mreže za osebe s težavami v DZ na primeru depresije in vključevanju NVO v podporno mrežo za DZ, razlike v videnju posameznih deležnikov o vlogi NVO, kazalnikih doseganja pričakovanih učinkov v podporni mreži za osebe s težavami v DZ in sistema skrbi za DZ prebivalcev lokalne skupnosti. Na podlagi zbranih podatkov je bilo mogoče ugotoviti, da NVO, ki delujejo na področju DZ za osebe s težavami v DZ in z vključitvijo v javno podporno mrežo nudijo pomoč osebam s težavami v DZ, še ne dosegajo polnega izkoristka svojega potenciala. Sodelovanje organizacij v podporni mreži za osebe s težavami v DZ je preveč odvisno od odzivnosti posameznih izvajalcev. Proces integracije so na področju DZ še premalo raziskani.

Prepoznane priložnosti za razvoj skupnostne skrbi za osebe s težavami v DZ vidimo skozi prizadevanja, da bi bila dosežena boljša evalvacija obstoječega delovanja organizacij pri reševanju problemov z DZ prebivalcev Slovenije ter v razvoju dobrih standardov medresornega (so)delovanja organizacij pri naslavljanju DZ in reševanju težav v DZ v Sloveniji. Opredeljena je bila vloga NVO v širši mreži akterjev, identificirani spodbujevalni in zaviralni dejavniki za sodelovanje akterjev v lokalni podporni mreži in kazalniki s pomočjo katerih je mogoče spremljati učinke delovanja NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ v Sloveniji. Dosegli smo boljše razumevanje kompleksnih odnosov med akterji v skupnostni skrbi za DZ, pri čemer so osrednji proučevani akter NVO za krepitev moči oseb s težavami v DZ.

Predstavljen raziskava ima glede svojih ugotovitev vse tiste omejitve, ki so značilne za uporabo podatkov, zbranih na podlagi študije primera s kombinacijo kvantitativne in kvalitativne raziskovalne metodologije. Omejitve izhajajo iz (1) raziskovalnega načrta, (2) uporabljenih instrumentov ter (3) analize in interpretacije zbranih podatkov. Omejitev na dve zdravstveni regiji je sicer omogočila bolj poglobljeno študijo, vendar pa je tako zmanjšala število deležnikov znotraj posamezne vključene skupine. Smiselno bi bilo razmisliti o ponovitvi študije na primeru drugih zdravstvenih regij, kar bi povečalo verodostojnost

ugotovitev. Omejitve izhajajo tudi zaradi uporabljenih metod in njihovega kombiniranja. Pri načrtovanju so bile upoštevane specifične značilnosti posameznih skupin deležnikov (zadostna odzivnost deležnikov) in možnosti za realizacijo izvedbe raziskave (časovne in finančne omejitve). Metodološko bi bila zagotovo bolj smiselna uporaba enakih raziskovalnih metod oziroma kombinacije teh za vse skupine vključenih deležnikov in njihovo zaporedno kombiniranje, tako kot to opisujeta Hlebec in Mrzel (2012). Uporabljeni instrumenti so bili razviti namensko in so se dopolnjevali med samim procesom raziskave. Z njimi smo pridobili podatke, vendar so bila nekatera vprašanja premalo ciljana, da bi lahko bolj zanesljivo ovrgli ali potrdili posamezne hipoteze. V nadaljnjih raziskavah bi bilo smiselno upoštevati vprašalnik CHISD (The CIHSD Team 2013).

Pri sami analizi in interpretaciji podatkov pa še niso bile izčrpane vse možnosti, predvsem z vidika prepoznavanja razlik med regijama. Ugotovitve pa je mogoče nadgraditi z uporabo zahtevnejših statističnih testov. Razlago v razpravi je tako potrebno obravnavati kot eno izmed možnih razlag, kljub temu pa ustvarja zanesljivo podlago za nadaljnje raziskovanje procesov vključevanja NVO s področja DZ v javno podporno mrežo za osebe z težavami v DZ in razvoja skupnostne skrbi.

Priporočila za nadaljnje raziskovalno delo so usmerjena na več smeri: v delovanje NVO s področja DZ, na delovanje izvajalcev in njihovo izobraževanje, na reagiranje uporabnikov storitev in zagotavljanje njihovega dobrega počutja ter na delovanje samega sistema tako nacionalno kot na ravni lokalne skupnosti in njenih upravnih subjektov. Ugotovljeno je bilo, da oblike sodelovanja med posameznimi akterji (omejitve in spodbude za sodelovanje) in potencial takega sodelovanja celostno v Sloveniji še ni bil raziskan. Smiselno bi bilo usmeriti raziskovalno delo še na proučevanje drugih vplivov na procese povezovanja, sodelovanja in razvoja skupnostne skrbi na področju DZ. V prizadevanjih za zmanjševanje neenakosti bi veljalo temeljito znanstveno proučiti, kako je s kadrovskimi normativi v skupnostnih službah na področju DZ. Zanimivo pa bi bilo določiti faktor oddaljenosti, ki bi bil upoštevan pri postavljanju normativov za delo izvajalcev obravnave v skupnosti in vzeti pod drobnogled etiko dela ter bolj poglobljeno proučiti potrebe oseb s težavami v DZ.

Nadaljnje znanstveno raziskovalno delo pa je potrebno tudi za temeljitejšo preverbo razvitega modela podporne mreže za osebe s težavami v DZ v lokalni skupnosti za izboljšanje sodelovanja in uvajanje novih oblik dela.

6 SKLEP

Proučevanje delovanja NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ na primeru depresije je potekalo v širšem kontekstu DZ in obravnave oseb s težavami v DZ, ker zaradi družbeno – kronološkega konteksta podporne mreže lokalne skupnosti na področju DZ v Sloveniji in življenjskega ciklusa razvoja NVO drugačen pristop ne bi bil smiseln. Pri tem so bili po principu upoštevanja več možnih razlag kot resničnih (Haralambos in Holborn 1999), 'socialno konstruktivistično' uvedeni številni pojmi, ki pojasnjujejo kompleksnost situacije delovanja NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ znotraj širšega koncepta skrbi za DZ. Z oporo na Habermasa (1976) in Giddensa (1991) je šlo za prepoznavanje 'trendov mogočega v že obstoječem', saj smo predpostavljali, da je možna ovira za razvoj skrbi in potrebnega mreženja na ravni lokalnih skupnosti, glede na potrebe oseb s težavami v DZ, različno razumevanje vloge NVO v podporni mreži. Iz te predpostavke so bili oblikovani cilji doktorske disertacije: definiranje vloge in pričakovanih učinkov delovanja NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ, identificiranje značilnosti, dosežkov in ovir v sodelovanju udeleženih v podporni mreži ter osvetlitev novih možnosti za razvoj optimalne podpore v smeri krepitve moči oseb s težavami v DZ v Sloveniji, ki so bili prek realizacije kompleksnega raziskovalnega načrta in analize podatkov doseženi.

Ugotovitve raziskave so opozorilo, da se obstoječi pristop za razvoj integracije in skupnostne skrbi za osebe s težavami v DZ na ravni lokalnih skupnosti v Sloveniji lahko in se mora še izboljšati. NVO kot izvajalke obravnave v skupnosti bodo dejansko del javne podporne mreže na področju DZ, v skladu z zakonsko podlago, ob vzajemnem polnem razumevanju namena delovanja (vloge in pričakovanih učinkov delovanja) posameznih sodelujočih sektorjev, organizacij in izvajalcev skrbi v državi in na področju DZ. Torej ob informiranosti in obveznem izobraževanju za poznavanje koncepta celovite integrirane in kontinuirane obravnave (znanje), kompetenci sodelovanja (spretnosti), razumevanju ter udejanjanju načel etike skrbi in dela pri delovanju (odnos) za DZ in krepitev moči oseb s težavami v DZ ter ob nadgradnji obstoječega sistema zagotavljanja doseganja pričakovanih učinkov celotne podpore na področju DZ.

7 LITERATURA

Adam, Frane, Borut Rončević in Matevž Tomšič. 2004. *Družbena kohezivnost*. Dostopno prek: <http://www.slovenijajutri.gov.si/fileadmin/urednik/dokumenti/dkoh.pdf> (4. julij 2014).

Adam, Frane in Tomšič Matevž. 2004. *Kompandij socioloških teorij*. Ljubljana: Študentska založba.

Adams, Robert. 2003. *Social Work and Empowerment*. Houndmills; New York: Palgrave Macmillan.

A Framework for Improved health and wellbeing 2013–2025. 2013. Dostopno prek: <http://www.hse.ie/eng/services/publications/corporate/hieng.pdf> (2. april 2014).

Agencija Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve – AJPES. 2003–2013. *Informacije o poslovnem registru Slovenije*. Dostopno prek: http://www.ajpes.si/Registri/Poslovni_register/Porocila/Arhiv (2. januar 2014).

---. 2013. *Informacija o poslovanju društev v Republiki Sloveniji za leto 2012*. Dostopno prek: http://www.ajpes.si/doc/LP/Informacije/Informacija_LP_drustva_2012.pdf (3. julij 2014).

Ahgren, Bengt in Runo Axelsson. 2005. Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International Journal of Integrated care* 5: e01. Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1395513/> (1. december 2014).

Albers, Alison B. in Lois Biener. 2002. The role of smoking and rebelliousness in the development of depressive symptoms among a cohort of Massachusetts adolescents, *Preventive Medicine* 34 (6): 625–631. Dostopno prek: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743502910297> (25. december 2014).

Alcock, Pete, Angus Erskine in Margaret May. 2002. *Blackwell Dictionary of Social Policy*. Oxford: Blackwell.

Andlin Sobocki, Patrik, Bengt Jönsson, Hans-Ulrich Wittchen in Jes Olesen. 2005. Costs of Disorders of the Brain in Europe. *European Journal of Neurology* 12 (Suppl 1): 1–27. Dostopno prek: <http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/ejn-fullsupplement-he-2005.pdf> (1. december 2014).

Andrade, Laura Helena, Maria Carmen Viana, Luis Fernando Farah Tofoli in Yuan Pan Wang. 2008. Influence of psychiatric morbidity and sociodemographic determinants on use of service in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 43 (1): 45–53. Dostopno prek: <http://eds.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=e496ae76-bf43-4a0a-86bf-a0e88a12a5cb%40sessionmgr4002&hid=4113> (27. december 2014).

Andrade, Laura Helena, Jordo Alonso, Zeina Mneimneh in Elisabeth J. Wells, Ali Al-Hamzawi, Guilherme Borges, in drugi. 2014. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine* 44 (6): 1303–17. Dostopno prek: <http://search.proquest.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/docview/1514800088?accountid=16468> (28. december 2014).

Archer, Margaret S. 2004. Socialna in sistemska integracija: razvijanje razlikovanja. V *Kompandij socioloških teorij*, ur. Frane Adam in Matevž Tomšič, 405–421. Ljubljana: Študentska založba.

Aromaa, Esa, Asko Tolvanen, Jurki Tuulari in Kristian Wahlbeck. 2011. Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland. *BMC Psychiatry* 11(1): 52–57. Dostopno prek: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/52> (28. december 2014).

Atanasova, Sara in Gregor Petrič. 2014. Spletne skupnosti: tipologija in temeljne značilnosti. *Družboslovne razprave* 30 (75): 85–106. Dostopno prek: <http://druzboslovne-razprave.org/clanek/pdf/2014/75/5/> (15. junij 2015).

Ažman, Renata. 2007. *Depra*. Celje: Društvo Mohorjeva družba: Celjska Mohorjeva družba.

Bahovec, Igor. 2005. *Skupnosti: teorije, oblike, pomeni*. Ljubljana: Sophia.

Barker, Sue, Vanessa Heaslip, Sonya Chelvanayagam. 2014. Addressing older people's mental health needs in the community setting. *British Journal of Community Nursing* 19 (5): 234–8. Dostopno prek: <http://eds.b.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=603a9d85-e29c-4818-9cc0-b9aeb754c63f%40sessionmgr110&vid=61&hid=117> (2. marec 2015).

Barney, Lisa J., Kathleen M. Griffiths, Helen Christensen in Anthony F. Jorm. 2009. Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking: Implications for reducing stigma. *BMC Public Health* 9: 61. Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2654888/> (6. januar 2013).

Battams, Sam in Anne Johnson, A. 2009. The influence of service users and NGOs on housing for people with psychiatric disability. *Health Sociology Review* 18(3): 321–34. Dostopno prek: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.5172/hesr.2009.18.3.321> (12. januar 2014).

Beck, Ulrich. 1992. *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sage.

---. 1998. *Was ist Globalisierung?*. Frankfurt: Suhrkamp.

Berger, L Peter in Thomas Luckmann. 2004. *The Social Construction of Reality: A treatise in the sociology of knowledge*. United States: Anchor Books.

Berlogar, Janko. 1999. *Organizacijsko komuniciranje: od konfliktov do skupnega pomena*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.

Bezenšek, Jana in Andreja, Barle Lakota. 2007. Maribor: Medicinska fakulteta.

Bjerkan, Jorunn, Marie Richter, Anders Grimsmo, Ragnhild Helles in Jytte Brender. 2011. Integrated care in Norway: the state of affairs years after regulation by law. *International Journal of Integrated Care* 11 (Jan–Marc). Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3107091/> (1. januar 2013).

Boškić, Ružica. 2005. Krepitev moči - kritična presoja koncepta. *Družboslovne razprave XXI* (48): 177–194. Dostopno prek: <http://druzboslovnerazprave.org/clanek/2005/48/10/> (1. marec 2014).

Brečko, Daniela. 2010. Formalno in neformalno mreženje: Socialne mreže so vaša osebna in organizacijska konkurenčna prednost. V *Opolnomočenje managementa zdravstvene nege za uspešno sodelovanje pri upravljanju zdravstvenih zavodov*, ur. Boris Miha Kaučič, Saša Majcen in Nataša Vidnar, 38–40. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Dostopno prek: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/publication__attachments/zbornik_povzetkov_management.pdf (13. december 2014).

Brint, Steven. 2001. A Critique and Reconstruction of the Community Concept. *Sociological Theory* 19: 1. Dostopno prek: <http://www.asanet.org/images/members/docs/pdf/featured/soth125.pdf> (16. december 2015).

Brown, Phil. 1990. The name game: toward a sociology of diagnosis. *The Journal of Mind and Behavior* 11 (3, 4): 385–406. Dostopno prek: <http://www.brown.uk.com/brownlibrary/PB.htm> (23. marec 2016).

Brown, Charlotte, Kyaien O. Conner, Valire Carr Copeland, Nancy Grote, Scott Beach, Deena Battista in Charles F. Reynolds III. 2010. Depression Stigma, Race and Treatment Seeking Behavior and Attitudes. *Journal of Community Psychology* 38 (3): 350–368. Dostopno prek: <http://web.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=104&sid=f829bc0f-4530-4950-9dbb-e44560a9ae63%40sessionmgr112> (15. januar 2013).

Busfield, Joan. 1996. *Men, Women and Madnes. Understanding Gender and Mental Disorders*. Essex: Macmillan Press.

---. 2000. Introduction: Rethinking the sociology of mental health. *Sociology of Health & Illness* 22 (5): 543–558. Dostopno prek: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.00219/pdf> (23. marec 2016).

CAMBrella. 2012. The roadmap for European CAM research: CAMbrella European policy brief. Dostopno prek: <http://www.cambrella.eu> (3. december 2015).

Castel, Robert. 1991. From dangerousness to risk. V *The Foucault Effect*, ur. Graham Burchell, Collin Gordon in Peter Miller, 281–299. Chicago: The University of Chicago Press. Dostopno prek: <https://laelectrodomestica.files.wordpress.com/2014/07/the-foucault-effect-studies-in-governmentality.pdf> (3. 5.16).

Castells, Manuel. 2010. The power of identity: The information age: Economy, society, and culture. John Wiley & Sons.

Center za informiranje, sodelovanje in razvoj NVO – CNVOS. 2009a. *Priročnik za vzpostavitev sistema kakovosti*. Dostopno prek: http://www.cnvos.si/UserFiles/File/STANDARD_KAKOVOSTI/Prirocnik%20Standard%20kakovosti%20NVO.pdf (23. december 2014).

---. 9000b. *Kodeks dobrih praks participacije civilne družbe v procesih odločanja*. Dostopno prek: http://www.nevladnik.info/media/objave/dokumenti/2011/poblikacije_nvo/CNVOS_kodeks_dobrih_praks_2010.pdf (11. januar 2015).

---. 2014a. *Člani CNVOS*. Dostopno prek: http://www.cnvos.si/article?path=/o_nas/clanstvo/clani_cnvos (7. avgust 2014).

---. 2014b. Sistem kakovosti. Dostopno prek: http://www.cnvos.si/article?path=/arhiv_spletne_strani/podporne_storitve/izobrazevanje/sistem_kakovosti_nvo (13. april 2014).

Cepin, Matej in Tadej Pugelj. 2010. Model učeče se NVO. V: *Nevladne organizacije kot prostor učenja: zbornik izobraževalnih vsebin, programov in metod*, 89–111. Ljubljana: Zveza tabornikov Slovenije. Dostopno: <http://www.eduakcija.net/LinkClick.aspx?fileticket=y%2F97ryfZZJs%3D&tabid=98> (13. avgust 2014).

Chew–Graham, A. Carolyn, Karina Lovell, Chris Roberts, Robert Baldwin, Michael Morley, in drugi. 2007. A randomised controlled trial to test the feasibility of a collaborative care model for the management of depression in older people. *British Journal of General Practise*

57 (538). 364–370. Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2047010/> (1.januar 2015).

Clark, Sherry. 2003. Voluntary work benefits mental health. *A life Day* 7 (1): 10–14. Dostopno prek: <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/13666282200300005> (2. marec 2015).

Conell, Janice, John Brazier, Alicia O'Cathain, Myfanwy Lloyd Jones and Suzy Paisley. 2012. Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health Qual Life Outcomes* 10: 138. Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3563466/> (26. december 2014).

Coordinated/Integrated Health Services Delivery. 2013. World Health Organization. Regional office for Europe. Dostopno prek: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-service-delivery/news/news/2013/10/framework-for-action-towards-coordinatedintegrated-health-services-delivery-cihsd-launched> (24. november 2014).

Cornwell York, Erin in Linda J. Waite. 2009. Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior* 50 (1): 31–48. Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756979/> (3. december 2015).

Corrigan, Patrick W, David Rowan, Amy Green, Robert Lundin, Philip River, Kyle Uphoff Wazowski, in drugi. 2002. Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin* 28 (2): 293–309. Dostopno prek: <http://www.psycontent.com/content/n34168571jp20m34/> (23. december 2014).

Corrigan, Patrick. 2004. How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist* 59 (7): 614–625. Dostopno prek: <http://doyougetit.und.edu/health-wellness/healthy-und/how-stigma-interferes-with-mental-health-care-kay.pdf> (25. maj 2012).

Coughlan, Michael, Patricia Cronin in Frances Ryan. 2013. *Doing a Literature Review in Nursing, Health and Social Care*. London: Sage Publications.

Couture, Shannon M. in Penn, David L. 2003. Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health* 12 (3): 291–305. Dostopno prek: <http://www.brown.uk.com/stigma/couture.pdf> (17. september 2015).

Creswell, John in Plano Clark. 2007. *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, California: SAGE Publication.

Crisp, Arthur H., Michael Gelder, Susanah Rix, Howard I. Meltzer in Olwen Rowlands. 2000. Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry* 177: 4–7. Dostopno prek: <http://bjp.rcpsych.org/content/177/1/4.full> (21. december 2014).

Cullum, Sarah, Sue Tucker, Chris Todd and Carol Brayne. 2007. Effectiveness of liaison psychiatric nursing in older medical inpatients with depression: a randomised controlled trial. *Age Ageing* 36 (4): 436–442. Dostopno prek: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/36/4/436.long> (2. januar 2015).

Čačinovič Vogrinčič, Gabi. 2008. *Soustvarjanje v šoli: učenje kot pogovor*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

Črnak Meglič, Andreja. 2009. *Obseg in viri financiranja nevladnih organizacij (društev, ustanov in zasebnih zavodov) v letu 2008*. Poročilo za Ministrstvo za javno upravo. Ljubljana. Dostopno prek: www.cnvos.si/UserFiles/.../Crnak%20Meglic%20porocilo%202008.doc (12. december 2014).

D'Amour, Danielle in Ivy Oandasan. 2005. Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care* 19 (1): 8–20. Dostopno prek: <http://eds.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=29f15a7a-e6b5-4810-8e98-ecdd1898c909%40sessionmgr4005&vid=10&hid=4110> (3. januar 2015).

D'Amour Danielle, Lise Goulet, Jean Francois Labadie, Leticia San Martin Rodriguez in Raynald Pineault. 2008. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BioMed Central Health Services Research* 8, 188. Dostopno prek: <http://w25.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-188.pdf>. (23.11. 2014).

Dawson, Ann in Andre Tylee, ur. 2001. *Depression: social and economic timebomb: strategies for quality care*. London: BMJ Books.

Dein, Kalpana, Paul Simon Williams, Simon Dein. 2007. Ethnic bias in application of the Mental Health Act 1983. *Advances in Psychiatric Treatment* 13 (5): 350–357. Dostopno prek: <http://apt.rcpsych.org/content/13/5/350.full> (11. november 2014).

Dernovšek, Mojca Zvezdana, Mateja Gorenc, Helena Jeriček in Rok Tavčar. 2007. *Stres, tesnoba in depresija pri bolnikih z rakom*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.

Dernovšek, Mojca Zvezdana, Liljana Šprah. 2008. *Razvoj kakovosti in dostopnosti preventivne zdravstvene dejavnosti na področju duševnega zdravja na primarnem nivoju*. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni center Ozare: Družbenomedicinski inštitut ZRCSAZU.

Dernovšek, Mojca Zvezdana, Suzana Oreški, Igor Hrast. 2010. *Kam in kako po pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut.

Dernovšek, Mojca Zvezdana, Maja Valič in Nuša Konec Jurečič. 2011. *Obvladajmo anksioznost: priročnik z delovnimi listi za vodje delavnic in predavatelje*. Ljubljana: Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami.

De Vita, Carol J. in Fleming Cory. 2001. *Building Capacity in Nonprofit Organizations*. The Urban Institute. Dostopno prek: http://research.urban.org/UploadedPDF/building_capacity.PDF (3. marec 2015).

Divjak, Tina, Jože Gornik in Lidija Kramar. 2009. *Predstavitev sistema kakovosti za nevladne organizacije: s kakovostjo do skupnih ciljev*. Ljubljana: Zavod Center za informiranje, sodelovanje in razvoj nevladnih organizacij CNOVS.

Djernes, Jens Kronborg. 2006. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113 (5): 372–87. <http://eds.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.unilj.si/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=1c36ffc8-1eb2-4875-9f3f-4c17c06a481a%40sessionmgr4003&hid=4202> (26. december 2014).

Dragoš, Srečo, Vesna Leskošek, Polona Petrovič Erlah, Jelka Škerjanc, Špela Humljan Urh, Simona Žnidarec Demšar. 2008. *Krepitev moči*. Ljubljana: FSD.

Državni svet Republike Slovenije. 2013. *Skrb za duševno zdravje – zagotavljanje stabilnosti sistema kot podlaga za razvoj: Zapisnik posveta*. Dostopno prek: <http://www.ds-rs.si/node/229> (10. april 2015).

Duncan, Brian in Daniel, I. Rees. 2005. Effect of smoking on depressive symptomatology: A reexamination of data from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *American Journal of Epidemiology* 162 (5): 461–470. Dostopno prek: <http://aje.oxfordjournals.org.nukweb.nuk.uni-lj.si/content/162/5/461> (26. december 2014).

Dunn, Erin C., Monica Uddin, S.V. Subramanian, Jordan W. Smoller, Sandro Galea in Karestan C. Koenen. 2011. Research Review: Gene–environment interaction research in youth depression—a systematic review with recommendations for future research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52 (12): 1223–1238. Dostopno prek: <http://eds.b.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=7c28c303-fc2c-4121-bfbb-2a9dd61f2244%40sessionmgr110&vid=17&hid=104> (13. december 2014).

Durkheim, Emile. 1964. *Essays on sociology and philosophy*. New York; Evanston; London: Harper & Row.

---. 2000. *Suicide. A study in sociology*. London: Routledge.

---. 2002. *Samomor; Prepoved incesta in njeni izviri*. Ljubljana: ŠKUC, Filozofska fakulteta Ljubljana.

Dwight Jonson, Megan, Kathleen Ell, Pey Juan Lee. 2005. Can collaborative care address the needs of low-income Latinas with comorbid depression and cancer? Results from a randomized pilot study. *Psihosomatics* 46 (3): 224–32. Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15883143> (23. december 2014).

EDA—The European Depression Association. 2014. Dostopno prek: <http://www.europeandepressionday.com/> (23. november 2014).

Edlund, Mark J., Philips S. Wang, Patricia A. Berglund, Stephen J. Katz, Elizabeth Lin in Ronald C. Kessler. 2002. Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry* 159 (5): 845–851. Dostopno prek: <http://eds.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/eds/detail/detail?vid=58&sid=95a9765c-e8f4-439b-8b81-e78c943c81ca%40sessionmgr4004&hid=4113&bdata=Jmxhbmc9c2wmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#db=edsghw&AN=edsgcl.86742190> (10. november 2014).

Ell, Kathleen, Jürgen Unützer, Maria P. Aranda, Nancy E. Gibbs, Bin Xie. 2007. Managing Depression in Home Health Care: A Randomized Clinical Trial. *Home health care services Quarterly* 26 (3), 81–104. Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1986637/> (2. januar 2015).

e-priročnik za nevladne organizacije na področju zdravja. 2012. Dostopno prek: <http://www.scribd.com/doc/217625460/E-priro%C4%8Dnik-za-nevladne-organizacije-na-podro%C4%8Dju-zE-priro%C4%8Dnik-za-nevladne-organizacije-na-podro%C4%8Dju-zdravja#scribd> (7. oktober 2014).

Ernst, Edzard in White AR. 2000. The BBC survey of complementary medicine use in the UK. *Complement Therapies and Medicine* 8 (1): 32–36. Dostopno prek: <http://www.sciencedirect.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/science/article/pii/S0965229900908331> (7. oktober 2014).

European Civic Forum. 2014. *Towards a civic and popular ownership of Europe*. Dostopno prek: <http://www.civic-forum.eu/> (1. december 2014).

European Depression Association – EDA. 2014. Dostopno prek: <http://www.europeandepressionday.com/> (23. november 2014).

European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness – EUFAMI. 2014. Dostopno prek: <http://www.eufami.org/about> (23. november 2014).

European Forum for Primary Care. 2013. EFPC Conference Istanbul 9 – 10. 9. 2013. Dostopno prek: <http://www.euprimarycare.org/istanbul/efpc-conference-istanbul-9-10-september-2013-0> (12. december 2014).

European Network of Users and Survivors of Psychiatry – ENUSP. 2014. Dostopno prek: <http://www.enusp.org/index.php/about-us/who-we-are> (2. december 2014).

European Opinion Research Group. 2003. *The mental health status of the european poplation*. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental_eurobaro.pdf (12. december 2014).

Evidenca društev v javnem interesu na področju socialnega varstva. 2014. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Dostopno prek: http://www.mdds.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/drustva_v_javnem_interesu/ (1. december 2014).

Evropska komisija 2013. *Mental Health*. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/health/mental_health/policy/index_en.htm (8. marec 2015).

Evropski akcijski plan za duševno zdravje (The European Mental Health Action Plan 2013). Dostopno prek: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf (3. april 2015).

Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje. 2008. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_sl.pdf (13. januar 2014).

F1. 2014. Fokusna skupina. Zdravstvena regija Ljubjana, 28. januar.

F2. 2014. Fokusna skupina. Zdravstvena regija Ljubjana, 13. februar.

F3. 2014. Fokusna skupina. Zdravstvena regija Novo mesto, 6. februar.

F4. 2014. Fokusna skupina. Zdravstvena regija Novo mesto, 22. januar.

Farrell, Carol in Wendy Bryant. 2009. Voluntary work for adults with mental health problems: An exploration of the perspectives of recruiters. *British Journal of Occupational Therapy* 72 (5): 188–196. Dostopno prek: <http://www-scopus-com.nukweb.nuk.uni-lj.si/record/display.url?eid=2-s2.0-77149179387&origin=inward&txGid=E278504E15E0600125E814D98D9F6988.iqs8TDG0Wy6BURhzD3nFA%3a1> (3. maj 2015).

Fegan, Colette in Sarah Cook. 2014. The therapeutic power of volunteering. *Advances in Psychiatric treatment* 20 (3): 217–224. Dostopno prek: <http://apt.rcpsych.org/content/20/3/217> (2. April 2015).

Felce, David in Jonathan Perry. 1996. Assessment of Quality of Life. V *Quality of Life. Volumne 1: Conceptualisation and Measurment*, ur. Robert L. Schalck in Gary N. Siperstein, 63–72. Washington: American Association on Mental Retardation.

Fernback, Jan. 2007. Beyond the diluted community concept: a symbolic interactionist perspective on online social relations. *New Media & Society* 9 (1): 49–69. Dostopno prek: <http://nms.sagepub.com/content/9/1/49.full.pdf+html> (3. januar 2014).

Field, Andy. 2012. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. London: SAGE Publications Inc.

Filipović, Maša. 2007. *Družbena kohezija in soseska v pozni moderni*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Fink Hafner, Danica. 2002. Analiza politik – akterji, modeli in načrtovanje politike skupnosti. V *Jadranje po nemirnih vodah menedžmenta nevladnih organizacij*, ur. Dejan Jelovac, 105–124. Ljubljana: Radio Študent: Študentska organizacija Univerze; Koper: Visoka šola za management.

Flaker, Vito. 1998. *Odpiranje norosti. Vzpon in padec totalitarnih ustanov*. Ljubljana: Založba/*cf.

---. 2010. *Individualno načrtovanje in izvajanje storitev: Kako koordinirati obravnavo v skupnosti (interno gradivo)*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo. Dostopno prek: [file:///C:/Users/Vesna%20Zupan%C4%8Di%C4%8D/Downloads/7+Individualno+na%C4%8Drtovanje+in+izvajanje+storitev+213%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Vesna%20Zupan%C4%8Di%C4%8D/Downloads/7+Individualno+na%C4%8Drtovanje+in+izvajanje+storitev+213%20(1).pdf) (2. februar 2015).

Flere, Sergej. 2000. *Sociološka metodologija: temelji družboslovnega raziskovanja*. Maribor: Pedagoška fakulteta.

---. 2001. Human rights and the ideology of capitalist globalization: a view from Slovenia. *Monthly review* 52 (8), 52–59.

Foucault, Michel. 1977. *Discipline and punish: the birth of the prison*. New York: Pantheon Books.

---. 1980. *Power/ knowlwdge: selected interviews and other writings, 1972 –1977*. New York: panteon Books.

---. 1991. *Vrednost – Oblast – Subjekt*. Ljubljana: Krt.

---. 1998. *Zgodovina norosti v času klasicizma*. Ljubljana: Založba/*cf.

Foucault, M. .2007. *Madness and Civilisation*. London; New York : Routledge.

Frank, Arthur W. 1995. *The wounded storyteller: Body, illness and ethics*. Chicago:University of Chicago Press.

Franx, Gerdien, Jolanda A. Meeuwissen, Henny Sinnema, Jan Spijker, Jochanan Huyser, Michel Wensing in Jacomine de Lange. 2009. Quality improvement in depression care in the Netherlands: the Depression Breakthrough Collaborative. A quality improvement report. *International Journal of integrated care* 9 (April–June). Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707591/> (2. maj 2015).

Gabrijelčič Blenkuš, Majca, Helena Koprivnikar, Andreja Drev, Pia Vrečko, Nina Pirnat, Tadeja Hočevar, in drugi. 2012. Vsevladni pristop za zdravje in blaginjo prebivalcev in

zmanjšanje neenakosti v zdravju. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Gafoor, Rafael, Dorothea Nitsch, Paul McCrone, Tom KJ Craig, Philippa A Garety, Pady Power, Philip McGuire. 2010. Effect of early intervention on 5-year outcome in non-affective psychosis. *The British Journal of Psychiatry* 196 (5): 372–376. Dostopno prek: <http://bjp.rcpsych.org/content/196/5/372.long> (3. januar 2016).

Gale, Nicola. 2014. The Sociology of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. *Sociology Compass* 8 (6): 805–822. Dostopno prek: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/soc4.12182/full> (6. januar 2015).

Gamain Europe – Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks. 2014. Dostopno prek: <http://gamian.eu/> (28. december 2014).

Ganju, Vijay. 2011. *Investing in Mental Health: World Mental Health Day 2011*. Dostopno prek: <http://www.wfmh.com/00WorldMentalHealthDay.htm> (5. maj 2012).

Giddens, Anthony. 1979. *Central problems in social theory: action, structure and contradiction in social analysis*. Berkeley: University of California Press.

---. 1991. *Modernity and self identity: self and society in the late modern age*. Cambridge, U.K.: Polity press: Pasil Blackwell.

---. 2000. *Tretja pot*. Ljubljana: Orbis.

---. 2003. *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age*. Stanford: Stanford University Press.

Gillett, Richard. 1992. *Premagovanje depresije. Praktični vodnik za samopomoč pri preprečevanju in zdravljenju*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Goes James, B. in Seung Ho Park. 1997. Interorganizational links and inovation: the case of hospital services. *Academy of Management Journal* 40 (3): 673–696. Dostopno prek:

http://www.researchgate.net/publication/246512813_Interorganizational_links_and_innovation_The_case_of_hospital_services (3. maj 2014).

Goffman, Erving. 1961. *Asylums*. Harmondsworth: Penguin.

---. 1963. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs: Prentice-Ha.

Goldberg, Ivan. 2006. *Goldberg's depression Questionnaire*. Dostopno prek: http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type=doc&id=973 (23. december 2014).

Goleman, Daniel. 2011. *Čustvena inteligenca: zakaj je lahko pomembnejša od IQ*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Graaf, de Ron, Marlous Tuithof, Saskia van Dorsselalaer in Margareet ten Have. 2012. Comparing the effects on work performance of mental and physical disorders. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 47 (11): 1873–83. Dostopno prek: <http://eds.b.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=10ab760b-c07a-40cd-87e5-051d40c6ca8d%40sessionmgr114&hid=104> (23. december 2014).

Grafenauer, Božo, Tina Divjak, Primož Šporar, Tomaž Klenovšek, Tatjana Strojjan, Matej Verbajš, in drugi. 2005. *Celovita analiza pravnega okvira za delovanje nevladnih organizacij*. Maribor: Pravna fakulteta, PIC- Pravno informacijski center nevladnih organizacij. Dostop o prek: www.cnvos.si/.../ANALIZA_pravni%20okvir%20delovanja%20NVO (2. maj 2014).

Grayer, Justin, Jihn Cape, Lisa Orpwood, Judy Leibowitz, Marta Buszewicz. 2008. Facilitating access to voluntary and community services for patients with psychosocial problems: a before-after evaluation. *BMC Family Practise* 9: 27. Dostopno prek: <http://eds.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=e2e16f5d-ad48-4cdd-ae16-1724ada967e6%40sessionmgr4005&vid=10&hid=4110> (23. januar 2015).

Greacen, Tim, Emmanuelle Jouet, Peter Ryan, Zoltan Cserhati, Vera Grbenec, Chris Griffiths, in drugi. 2012. Developing European guidelines for training care professionals in mental

health promotion. *BMC Public Health* 12: 1114. Dostopno prek: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/1114> (13. junij 2014).

Greenhalgh, Trisha, Robert Glenn, Mafarlane Fraser, Paul Bate, Olympia Kyriakidou, Richard Peacock. 2005. Storylines of research in diffusion of innovation: a meta-narrative approach to systematic review. *Social Science & Medicine* 61(2): 417–430. Dostopno prek: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953604006471> (3. maj 2014).

Greiner, Corinne. 2011. Structuring an integrated care system: interpreted through the enacted diversity of the actors involved - the case of a French healthcare network. *International Journal of Integrated Care* 11 (Januar–March). Dostopno prek: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/526/1217> (12. december 2014).

Habermas, Jürgen. 1971. *Toward a rational society: students protest, science and politics*. London: Heinemann.

---. 1976. *Saznanje i društveni interes*. Beograd: Nolit.

---. 1984. *The theory of communicative action. 1, Reason and rationalization of society*. London: Heinemann.

---. 1997. *Contribution to a discourse theory of law and democracy*. Cambridge: Polity Press.

Haček, Miro, Marjan Brezovšek Irena Bačlija. 2008. *Upravljaljska sposobnost in koalicijsko povezovanje v slovenskih občinah*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Haček, Miro. 2012. *Upravljaljska sposobnost slovenskih občin: primeri dobrih praks*. Ljubljana, Zagreb: Fakulteta za družbene vede, Friedrich Ebert Stiftung.

Haček, Miro in Simona Kukovič. 2012. Analiza raziskav upravljaljske sposobnosti slovenskih občin. V *Upravljaljska sposobnost slovenskih občin: primeri dobrih praks*, ur. Miro Haček Miro, 89–111. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Hart, Chris. 2001. *Doing a literature review: releasing the social science research imagination*. London: Sage.

Haralambus, Michael in Martin, Holborn. 1999, 2005. *Sociologija. Teme in pogledi*. Ljubljana: DZS.

Harlander, Dušan, Brigita Zupančič Tisovec, Doroteja Kuhar, Damjana Vardič, Branislava Belovič, Tanja Krajnc Nikolić, in drugi. 2011. *Regijska strategija za zmanjševanje neenakosti v zdravju s pomočjo krepitev zdravja na Dolenjskem, v Beli Krajini in Posavju za obdobje 2010-2015*. Novo mesto: Zavod za zdravstveno varstvo.

Henning, Cecilia in Mats Lieberg. 1996. Strong ties or weak ties? Neighbourhood networks in a new perspective. *Scandinavian Housing and Planning research* 13(1), 3–26. Dostopno prek: http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/02815739608730394#.Vb-qy_ntmko (3. januar 2015).

Hernandez, Mario, Teresa Nesman, Debra Mowery, Ignacio D. Acevedo-Polakovich in Linda M Callejas. 2009. Cultural competence: a literature review and conceptual model for mental health services. *Psychiatric Services* 60 (8): 1046–1050. Dostopno prek: http://scholar.google.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/scholar_lookup?issn=1075-2730&issue=8&journal=PSYCHIATRIC%20SERVICES&hl=en&pages=1046-1050&pmid=19648191&title=Cultural%20Competence%3A%20A%20Literature%20Review%20and%20Conceptual%20Model%20for%20Mental%20Health%20Services&author=M%20Hernandez&publication_year=2009&volume=60 (2. november 2014).

Hird, Suzan. 2003. *What is Wellbeing? A brief review of current literature and concepts*. NHS Scotland. Dostopno prek: <http://www.phis.org.uk/doc.pl?file=pdf/What%20is%20wellbeing%202.doc> (23. maj 2014).

Hlebec, Valentina in Tina Kogovšek. 2003. Konceptualizacija socialne opore. Družboslovne razprave 19 (43): 103–125. Dostopno prek: <http://dk.fdv.uni-lj.si/dr/dr43HlebecKogovsek.PDF> (3. april 2015).

Hlebec, Valentina in Maja Mrzel. 2012. Metodološke dileme in njihove rešitve v raziskovalnem načrtu z zaporedno uporabo kvantitativnih in kvalitativnih metod; model izbire udeležencev. *Teorija in praksa* 49 (2): 245–263. Dostopno prek: [file:///C:/Users/Vesna%20Zupan%C4%8Di%C4%8D/Downloads/URN-NBN-SI-doc-PQXT773R%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Vesna%20Zupan%C4%8Di%C4%8D/Downloads/URN-NBN-SI-doc-PQXT773R%20(1).pdf) (18. december 2014).

Hlebec, Valentina, Maša Filipovič Hrast, Sonja Kump, Jelenc–Krašovec, Majda Pahor in Barbara Domanjko. 2012. *Medgeneracijska solidarnost v Sloveniji*. Ljubljana. Fakulteta za družbene vede.

Hlebec, Valentina in Maša Filipović Hrast. 2015. Ovrednotenje dostopa do socialne oskrbe na domu z vidika uporabnikov. *Teorija in praksa* 52 (1–2): 48–66.

Hrvatina, Nevenka. 2002. Ekonomski vidiki menedžmenta nevladnih organizacij. V *Jadranje po nemirnih vodah menedžmenta nevladnih organizacij*, ur. Dejan Jelovac, 71–92. Ljubljana: Radio Študent: Študentska organizacija Univerze; Koper: Visoka šola za management.

Hugman, R. 1991. *Power in caring professions*. Basingstoke: The Macmillan Press.

Hunter, Albert. 1979. The urban neighbourhood. Its analytical and social contexts. *Urban affairs quarterly* 14(3): 267–288. Dostopno prek: <http://uar.sagepub.com/content/14/3/267.full.pdf+html> (25. december 2014).

I1. 2014. Intervju z avtorjem. Zdravstvena regija Novo mesto, 25. februar.

I2. 2014. Intervju z avtorjem. Zdravstvena regija Novo mesto, 4. marec.

I8. 2014. Intervju z avtorjem. Zdravstvena regija Novo mesto, 17. marec.

ICIC: Improving Chronic Illness Care. 2006–2012. *The Chronic Care Model*. Dostopno prek: <http://www.improvingchroniccare.org/> (12. december 2015).

Inštitut RS za socialno varstvo. 2015. *Spremljanje programov socialnega varstva*. Dostopno prek: http://www.irssv.si/upload2/Analiza%20SVP%20za%20leto%202014_splet.pdf (3. April 2015).

International Foundation for Integrated Care. 2014. 14th International Conference on Integrated Care, Brussels. 2. 4. 2014. Dostopno prek: http://www.integratedcarefoundation.org/conference/14_annual (1. Januar 2015).

Jacob, KS, P Sharan, I Mirza, M Garrido–Cumbreira, S Seedat, JJ Mari, V Sreenivas in Shekhar Saxena. 2007. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet* 370: 1061–1077. Dostopno prek: https://www.researchgate.net/publication/6036518_Mental_health_systems_in_countries_where_are_we_now (29. december 2014).

Jagdeo Amit, Brian J Cox, Murray B Stein in Jitender Sareen. 2009. Negative attitudes toward help seeking for mental illness in 2 population based surveys from the United States and Canada. *Canadian Journal of Psychiatry* 54 (11): 757–66. Dostopno prek: <http://eds.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=8131a477-fd21-427d-b5ac-16abbb60ed2e%40sessionmgr4005&hid=4213> (3. April 2015).

Janardhana, Navaneethamin in D.M. Naidu. 2012. Inclusion of people with mental illness in Community Based Rehabilitation: need of the day. *The International Journal of Psychosocial Rehabilitation* 16 (1): 130–138. Dostopno prek: http://www.psychosocial.com/IJPR_16/Inclusion_of_People_Janardhana.html (13. maj 2013).

Jaspers, Karl. 1963. *General Psychopathology*. London: Manchester University Press.

Javornik, Srečko. 2003. Duševno zdravje in delo v skupnosti. V *Zbornik predavanj projekta Skupnostna skrb za uporabnike psihiatričnih služb na Krasu*, 44–47. Ljubljana: Slovensko združenje za duševno zdravje Šent.

Javna agencija za raziskovalno dejavnost. 2015. *Ciljni raziskovalni programi. Razpisi in pozivi*. Dostopno prek: <https://www.arrs.gov.si/sl/progproj/crp/razpisi/16/razp-crp-16.asp> (3. April 2016).

Jelovac, Dejan. 2002. Odisejada krmarjev neprofitnega sektorja. V *Jadranje po nemirnih vodah nevladnih organizacij*, ur. Dejan Jelovac, 11–14. Ljubljana: Radio Študent: Študentska organizacija Univerze; Koper: Visoka šola za management.

Jeriček Klanšček, Helena. 2004. *Skupnost, izziv osamljenosti; (ne)trivialni socialni sistemi: raziskovanje in delovanje v skupnosti*. Ljubljana: Jutro.

Jeriček Klanšček, Helena, Maja Zorko, Saška Roškar, Maja Bajt in Tanja Kamin. 2010. Nekateri značilnosti duševnega zdravja prebivalcev Slovenije. *Zdravniški vestnik* 79 (7–8): 523–530.

Jorm, Antony F. 2000. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry* 177: 396–401. Dostopno prek: http://bjp.rcpsych.org/content/177/5/396.abstract?ijkey=fa97ebc26521d35c7203b4c9c00727d872683e70&keytype2=tf_ipsecsha (23. december 2014).

Journal of integrated care. Dostopno prek: <https://www.ijic.org/index.php/ijic> (12. december 2014).

Južnič Sotlar, Maja. 2011. *Vsaka »depra« še ni depresija*. Viva – portal za zdravo življenje, 14. april. Dostopno prek: <http://www.viva.si/Psihijatrija/6518/Vsaka-depra-%C5%A1e-ni-depresija> (23. maj 2012).

K1. 2013. Intervju z avtorjem. Zdravstvena regija Ljubljana, 8. junij.

K2. 2013. Intervju z avtorjem. Zdravstvena regija Ljubljana, 8. julij.

K3. 2013. Intervju z avtorjem. Zdravstvena regija Ljubljana, 26. junij.

K4. 2013. Intervju z avtorjem. Zdravstvena regija Novo mesto, 16. julij.

K5. 2013. Intervju z avtorjem. Zdravstvena regija Novo mesto, 9. julij.

Kamin, Tanja. 2006. *Zdravje na barikadah. Dileme promocije zdravja*. Psihologija vsakdanjega življenja. Ljubljana: Fakultet za družbene vede.

Kamin, Tanja, Helena Jeriček Klanšček, Maja Zorko, Maja Bajt, Saška Roškar in Mojca Zvezdana Dernovšek. 2009. *Duševno zdravje prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.

Kamin Tanja in Blanka Tivadar. 2011. Kapital(i) in zdravje. *Teorija in praksa* 48(4): 1004–1023. Dostopno na: <file:///C:/Users/Vesna%20Zupan%C4%8Di%C4%8D/Downloads/URN-NBN-SI-doc-Q0LMSGQI.pdf> (3. januar 2014).

Kamin, Tanja, Jernej Berzelak in Mirjana Ule. 2012. Vpliv izobrazbe na razlike med spoloma v prisotnosti simptomov depresije v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo* 51 (1): 33–42.

Karlsson, Magnus in Urban Markström. 2011. Non-Profit Organizations in Mental Health: Their Roles as seen in Research. *International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations* 23 (2): 287–301. Dostopno prek: <http://link.springer.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/article/10.1007/s11266-011-9196-2/fulltext.html> (23. marec 2014).

Kass, Nancy E, Marvin R. Natowicz, Sara Chandros Hull, Ruth R. Faden; Laura Plantiga; Lawrence O Gostin; Julija Slutsman. 2003. The use of medical records in research: what do patients want?. *Journal of Law, Medicine & Ethics* 31(3): 429–433. Dostopno prek: <http://eds.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=8131a477-fd21-427d-b5ac-16abbb60ed2e%40sessionmgr4005&vid=32&hid=4213> (2. marec 2014).

Katič, Andreja. 2012. Podjetna občinska uprava: med inovativnostjo in birokracijo. V *Upravljaljska sposobnost slovenskih občin: primeri dobrih praks*, ur. Miro Haček, 171–190. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Kawachi, Ichiro in Lisa F Berkman. 2001. Social ties and mental health. *Journal of Urban Health* 78 (3): 458–467. Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3455910/#?> (2. marec 2014).

Kazenski zakonik Republike Slovenije (KZ–UPB1). Ur. L. RS 95/2004. Dostopno prek: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4149> (12. december 2014).

Keyes, Corey L. M. 2002. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior* 43 (Junij): 207–222. Dostopno prek: <http://www.midus.wisc.edu/findings/pdfs/56.pdf> (13. december 2014).

Knapp, Martin, David, McDaid, Helena, Medeiros, Thomas, Becke, Sonia, Johnson, Reinhold Kilian, in drugi. 2008. MHEEN II Policy Briefing. Economics, mental health and policy: An overview. Dostopno prek: http://www.lse.ac.uk/lsehealthandsocialcare/pdf/mheen%20policy%20briefs_1%20overview.pdf (13. julij 2014).

Kobolt, Alenka in Jana, Rapuš Pavel. 2004. Multiperspektivni in interdisciplinarni pristop v načrtovanju pomoči. V *Psihosocialna rehabilitacija*, ur. Vesna Švab, 50–53. Ljubljana: Šent-Slovensko združenje za duševno zdravje.

Kodner, Dennis L. in Corinne Kay Kyriacou. 2000. Fully integrated care for frail elderly: two American models. *Integrational Journal Integrated Care* 1 (oct–dec). Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1533997/> (26. december 2014).

Kolarič, Zinka, Andreja Črnak Meglič, Maja, Vojnovič. 2002. *Neprofitne-volonterske organizacije*. Založba FDV: Ljubljana.

Kolarič Zinka, Andreja Črnak Meglič, Ljiljana Rihter, Ružica Boškić, Tatjana Rakar. 2006. Velikost, obseg in vloga zasebnega neprofitnega sektorja v Sloveniji. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Center za proučevanje družbene blaginje.

Kolarič, Zinka. 2013. Intervju za avtorjem. Ljubljana, 10. maj.

Konec Jurečič, Nuša. 2014. Intervju z avtorjem. Celje, 17. maj.

Kordeš, Urban in Helena Jeriček. 2001. Komunikacija kot spiralno približevanje. *Socialno delo* 40 (5): 275–289.

Kores Plesničar, Blanka. 2011. Motnje razpoloženja (afektivne motnje). V *Duševno zdravje*, ur. Blanka Kores Plesničar, 54–59. Maribor, Slovenija: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Korkelia, Jyrki, Antti, Tuomi- Nilula, Miha, Gissler, Kristian, Wahlbeck, Ville, Lehtinen in Juha Lavikainen. 2006. Intrudocion: Why monitor mental health. V *Improving Mental Health Information in Europe, Proposal of the MINDFUL project*, ur. Juha Lavikainen, J, Tom Fryers in Ville Lehtinen, 11–20. Helsingi: Stakes and European Union. Dostopno prek: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77861/Mindful_verkkoversio.pdf?sequence=1 (15. februar 2013).

Krajncan, Mitja. 1999. Doživljajska pedagogika: metoda, moda ali kaj več. *Socialna pedagogika* 3 (2): 135–154. Dostopno prek: [file:///C:/Users/Vesna%20Zupan%C4%8Di%C4%8D/Downloads/URN-NBN-SI-doc-PQJD6PX5%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Vesna%20Zupan%C4%8Di%C4%8D/Downloads/URN-NBN-SI-doc-PQJD6PX5%20(2).pdf) (13. marec 2015).

Kronegger, Sašo in Damjan Habe. 2010. Model Tao: Program dolgoročne vsebinske izobraževalno- svetovalne dejavnosti. V *Nevladne organizacije kot prostor učenja*, ur. Tadej Pugelj, 121–134. Dostopno prek: <http://www.eduakcija.net/LinkClick.aspx?fileticket=y%2F97ryfZZJs%3D&tabid=98> (23. oktober 2014).

---. 2010. *Na križiščih diskriminacije: Večplastna in intersekcijska diskriminacija*. Ljubljana: Mirovni inštitut.

Kuran, Manuel. 2008. Status stvarnosti v sodobni sociologiji medicine. *Družboslovne razprave* 24 (59), 65–84.

Kustec Lipicer, Simona. 2009. *Vrednotenje javnih politik*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

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

Lancet Global Mental Health Group 2007. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet* 370 (9594): 1241–52. Dostopno prek: http://www.who.int/choice/publications/p_2007_Scaling-up_Mental%20health%20services.pdf (1. november 2014).

Lasalvia, Antonio, Silva Zoppei, Tine van Bartel, Chiara Bonetto, Doriana, Cristofalo, Kristian, Wahlbeck, in dr. 2013. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet* 381 (9860): 55–62. Dostopno prek: http://ac.els-cdn.com/S0140673612613798/1-s2.0-S0140673612613798-main.pdf?_tid=2740572a-8d03-11e4-9aff-00000aacb362&acdnat=1419600721_57b99478c42554c143a25404705c069b (23. november 2014).

Lau, DH. 2002. Patient empowerment– A patient-centred approach to improve care. *Hong Kong Medical Journal* 8 (5): 372–274. Dostopno prek: <http://www.hkmj.org/system/files/hkm0210p372.pdf> (1. december 2015).

Lauber, Christoph, Carlos Nordt, Carol Braunschweig in Wulf Rössler. 2006. Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113 (429): 51–59. Dostopno prek: <http://eds.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=40&sid=b898e8d4-0c1b-4f1f-8d6c-8fcf6d895b6a%40sessionmgr4003&hid=4113> (12. december 2014).

Laverack, Glean. 2004. *Health Promotion Practise: Power & Empowerment*. London: SAGE Publications.

---. 2006. Improving Health Outcomes through Community Empowerment: A review of the Literature. *Journal of Health Population Nutrition* 24(1): 113–120. Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16796158> (2. november 2014).

Lawson, Tony, Marsha Jones in Ruth Moores. 2004. *Sociologija: Shematski pregledi*. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije.

Leskošek, Vesna. 2011. Strukturne reforme na področju socialnega varstva. *Teorija in praksa* 48: 1264–1280. Dostopno prek: http://dk.fdv.uni-lj.si/db/pdfs/TiP2011_J_Leskosek.pdf (3. februar 2014).

Leskošek, Vesna in Majda Hrženjak. 2002. *Spremenjene vloge nevladnih organizacij*. Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne družbene in politične študije. Dostopno prek: http://www2.arnes.si/~ljmiri1s/slo_html/publikacije/pdf/MI_spremenjena_vloga_nevlad_org.pdf (11. januar 2015).

Lex Localis. 2014. *Katalog prisojnosti slovenskih občin*. Inštitut za lokalno samoupravo in javna naročila Maribor. Dostopno prek: <http://www.lex-localis.info/TabView/VsebinaTabs.aspx?SectionID=c6c26383-9df0-4f89-8f05-67d774f72bab> (7. november 2014).

Ličen, Nives, Boža Bolčina, Ivana Žolger, Jolana Gubalova. 2011. Učenje in skupnosti prakse. V *Udejanjanje načela individualizacije v vzgojno-izobraževalni praksi. Ali smo na pravi poti?*, ur. Klara Skubic Ermenc, Sabina Jelenc Kraševc in Petra Mrvar, 50–53. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani. Dostopno prek: <http://www.pedagogika-andragogika.com/files/zbornik-pad11.pdf> (12. december 2014).

Ličina, Milan. 2009. Depresija. V *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*, ur. Peter Pregelj in Radojka Kobentar, 197–202. Ljubljana: Rokus Klett.

Lindgren, Britt Marie, Johanna Sundbaum; Maria Eriksson; Ulla Graneheim Hällgren. 2014. Looking at the world through a frosted window: experiences of loneliness among people with mental ill-health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21: 114–120. Dostopno prek: <http://eds.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/eds/detail/detail?vid=47&sid=8131a477-fd21-427d-b5ac-16abbb60ed2e%40sessionmgr4005&hid=4213&bdata=Jmxhbm9c2wmc210ZT11ZHMtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#AN=edsswe.oai.DiVA.org.umu.86291&db=edsswe> (23. oktober 2014).

Link, Bruce G. in Jo C. Phelan, J. 2001. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 27: 363–385. Dostopno prek: https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/institution/academic/social_sciences/sociology/Reading%20Lists/Mental%20Health%20Readings/Link-AnnualReview-2001.pdf (23. oktober 2014).

Loughran, Kevin. 2003. *The idea of community, social policy and self*. Belfast: AJP Publications.

Lupton, SØholt, Vinjar FØnnebØ, Anne Johanne SØgaard, Knut Fylkesnes. 2005. The Finnmark Intervention Study: do community-based intervention programmes threaten self-rated health and well-being? Experiences from Båtsfjord, a fishing village in North Norway. *The European Journal of Public Health* 15 (1): 91–96. Dostopno prek: <http://eurpub.oxfordjournals.org.nukweb.nuk.uni-lj.si/content/15/1/91.full-text.pdf> (1. januar 2015).

Luukkainen, Sirpa. 2006. Developing the health protection knowledge of the municipalities in South-Savo County in Finland. *Journal of nursing management* 14 (6): 490–493. Dostopno prek: http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1365-2934.2006.00689.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER (11. oktober 2014).

Malnar, Brina. 2002. Sociološki vidiki zdravja. V Družbeni vidiki zdravja in zdravstva: sociološka raziskovanja odnos do zdravja in zdravstva, ur. Toš Niko in Brina Malnar, 3–32. Ljubljana: FDV, IDV, Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij.

---. 2011. Etika raziskovanja v družbeni areni. *Družboslovne razprave* XXVII (66):7–24. Dostopno prek: <http://dk.fdv.uni-lj.si/druzboslovnerazprave/pdfs/dr66Malnar.pdf> (23. november 2014).

Mandič, Srna. 2015. Opolnomočenje kot nova paradigma spreminjanja družbe in potencial v Sloveniji. *Teorija in praksa* 52 (5): 825–843.

Markstrom, Urban in Magnus Karlsson. 2013. Towards Hybridization: The Roles of Swedish Non-Profit organizations Within Mental Health. *Voluntas: International of Voluntary & Nonprofit Organizations* 24 (4): 917–934. Dostopno prek: <http://eds.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/eds/detail/detail?vid=5&sid=7aa64cef-5831-43b5-a427-228de1957e07%40sessionmgr4003&hid=4110&bdata=Jmxhbmc9c2wmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=90575109> (2. marec 2015).

Marmot G Mihael. 2004. Tackling health inequalities since the Acheson Inquiry. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58(4): 262–263.

Marušič, Andrej. 2002. Meje med institucionalno in skupnostno psihiatrijo. V *Meje psihiatrije*, ur. Janez Romih in Andrej Žmitek, 45–50. Begunje: Psihiatrična bolnišnica.

---. 2004. Med kulturno izobraževanje na področju duševnega zdravja. V *Izobraževanje za spremembo*, ur. Vesna Švab, 129–136. Ljubljana: Šent– Slovensko združenje za duševno zdravje.

Mathieson, Cynthia M. in Henderikus, J. Stam. 1995. Renegotiating identity: Cancer narratives. *Sociology of Health and Illness* 17 (3): 383–306. Dostopno prek: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.ep10933316/pdf> (23. december 2015).

McDaid, David, Martin Knapp, Helena Medeiros, the MHEEN Grup. 2008. *Employment and Mental Health: assessing the economic impact and the case for intervention*. London: personal Social Services Research Unit. Dostopno prek: http://eprints.lse.ac.uk/4236/1/MHEEN_policy_briefs_5_Employment%28LSERO%29.pdf (12. december 2014).

McCranie, Ann. 2010. Recovery in Mental Illness: The Roots, Meanings, and Implementations of a 'New' Services Movement. V *The SAGE Handbook of Mental Health and Illness*, ur. D. Pilgrim, B. Pescosolido and A. Rogers, 471–489. London: Sage.

McMahon, Lindsay, Karin M. Foran, Stephen D. Forrest, Michelle L. Taylor, Graham Ingram, Madhuri Rajwal, in drugi. 2007. Graduate mental health worker case management of depression in UK primary care: a pilot study. *British Journal of General Practice* 57 (544): 880–885. Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2169311/> (2. januar 2015).

Mead, G.H. 1934. *Mind, Self and Society*. Edited by Charles W. Morris. Chicago: University of Chicago Press.

Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Avstralska modifikacija (MKB-10-AM). 2005. Pregledni seznam bolezni (234 – 294). Dostopno prek: <http://img.ivz.si/janez/1774-6875.pdf> (17. julij 2014).

Mehta, Disha, Kristy Williams, Alex Butskiy, Taylor Swanson in Maryam Dosani. 2011. Reducing stigma and improving access to mental health care for youth. *British Columbia Medical Journal* 53(6): 264–265. Dostopno prek: <http://eds.b.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=18b335e8-4ee9-448c-bdec-a8e6252a9caa%40sessionmgr114&vid=14&hid=117> (23. november 2014).

Mental Health Europe. 2014. Dostopno prek: <http://www.mhe-sme.org/> (3. januar 2015).

M Healthy. 2009. *Five- Year Strategic Plan 2009–2013*. Dostopno prek: http://hr.umich.edu/mhealthy/about/exec_summary412.pdf (12. december 2014).

Merton, Robert K. 2004. Manifestne in latentne funkcije. V *Kompandij socioloških teorij*, ur. Frane Adam in Matevž Tomšič, 191–205. Ljubljana: Študentska založba.

Mesec, Blaž. 1998. *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Mesec, Bojana. 2008. *Družbeni okvir neprofitnih organizacij*. Ljubljana: Fakulteta za socialo delo.

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. 2014. http://www.mdds.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/dusevno_zdravje/ (1. december 2014).

Ministrstvo za javno upravo. 2014. *Nevladne organizacije*. Dostopno prek: http://www.mju.gov.si/si/delovna_podrocja/nevladne_organizacije/ (2. december 2014).

Ministrstvo za finance. 2015. *Navodila občinam*. Dostopno prek: http://www.mf.gov.si/si/delovna_podrocja/lokalne_skupnosti/navodila_obcinam/ (1. januar 2015).

Ministrstvo za zdravje. 2011. *Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/zakonodaja/Nadgradnja_zdr_sistema_do_2020/NADGRADNJA_ZDRAVSTVENEGA_SISTEMA_DO_LETA_2020.pdf (2. marec 2015).

Mohorko, Anja in Valentina Hlebec. 2013. Razvoj kognitivnih intervjujev kot metode pretestiranja anketnih vprašalnikov. *Teorija in praksa* 50 (1): 62–95.

Mojtabai, Ramin, Mark Olfson in David Mechanic. 2002. Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Archives of General Psychiatry* 59: 77–84. Dostopno prek: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=205921/> (23. januar 2014).

Mojtabi, Ramin, Mark Olfson, Nancy A Sampson, Robert Jin, Benjamin Druss, Philip S. Wang, in drugi. 2010. Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine* 41(8):1751–61.

Monnier, Lionnel in Bernard Thiry. 1997. *The General Interest: Its Architecture and Dynamics. Annals of Public and Cooperative Economics*. CIRIEC. UK, USA: Blackwell Publishers, Oxford.

Morris, Jenny. 1997. A response to Aldridge & Becker – disability rights and the denial of young carers: the dangers of zero-sum arguments. *Critical Social Policy* 17 (51): 133–135. Dostopno prek: https://www.researchgate.net/publication/249627968_A_response_to_Aldridge_and_Becker_-_Disability_rights_and_the_denial_of_young_carers_the_dangers_of_zero-sum_arguments' (3. oktober. 2014).

Moussavi, Saba, Somnath Chatterji, Emese Verdes, Ajay Tandon, Vikram Patel in Bedirhan, Üstün. 2007. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet* 370 (9590): 851–858. Dostopno prek: <http://www.sciencedirect.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/science/article/pii/S0140673607614159> (27. december 2012).

Murray, Christopher, Teo Vos, Rafael Lozano, Mohsen Naghavi, Abraham D Flaxman, Catherine Michaud, in drugi. 2012. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 380: 2197–2223. Dostopno prek: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(12\)61689-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)61689-4.pdf) (21. december 2014).

Musek, Janez. 2010. *Psihologija življenja*. Vnanje Gorice: Inštitut za psihologijo osebnosti.

Nagode, Mateja. 2014. *Vrednotenje kakovosti socialne oskrbe na domu: pristopi in instrumenti*. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Nastran, Ule Mirjana. 1999. Socialna psihologija predsodkov. V *Predsodki in diskriminacije: izbrane socialno-psihološke študije*, ur. Mirjana Nastran Ule, 299–342. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

---. 2000. *Temelji socialne psihologije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

National Callaborating centre for mental health. 2010. *Depression. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults*. Dostopno prek: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/cg90-depression-in-adults-full-guidance> (12. december 2014).

Navarro Mateu, Fernando, Teresa Esámez, Karestan Koenen, Jordi Alonso in Julio Sanchez–Meca. 2013. Meta–Analyses of the 5–HTTLPR Polymorphisms and Post–Traumatic Stress Disorder. *PLoS ONE* (6): 1–17. Dostopno prek: <http://eds.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=e866f6f3-3843-41a7-a305-d12d512003a6%40sessionmgr4004&vid=55&hid=4113>(12. maj 2014).

Ng, Tze–Pin, Jin Ai–Zhen, Roger Ho, Hong Chon Chua in Calvin S. L. Fones. 2008. Health Beliefs and Help Seeking for Depressive and Anxiety Disorders Among Urban Singaporean Adults. *Psychiatric Services* 1 (1): 105–108. Dostopno prek: <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=99026> (3. december 2014).

NJZ. 2013 Intervju z avtorjem. Ljubljana, 3. julij.

Novak, Bogomir. 1995. *Šola na razpotju*. Radovljica: Didakta.

NS. 2013. Intervju z avtorjem. Ljubljana, 19 februar.

OECD. 2005. *Promoting Innovation in Services, Working Party on Innovation in Services*. DSTI/STP/TIP(2004)4/Final. Pariz: OECD. Dostopno prek: [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DSTI/STP/TIP\(2004\)4/FINAL&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DSTI/STP/TIP(2004)4/FINAL&docLanguage=En) (2. junij 2014).

Olesen, Jes, Anders Gustavsson, Mikael Svensson, Hans Ulrich Wittchene in Bengt Jönsson. 2012. The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology* 19 (1): 155–162. Dostopno prek: <http://eds.b.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=23&sid=dc42abcd-19cf-4388-8057-cd8ed6a5a750%40sessionmgr112&hid=104> (14. december 2014).

Oreški, Suzana. 2008. *Družbeno pojmovanje duševnega zdravja: primer dveh slovenskih medijev*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, FDV.

Oreški, Suzana, Mojca Zvezdana Dernovšek in Igor Hrast. 2011. *Kam in kako po pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut.

Oreški, Suzana, Mojca Zvezdana Dernovšek, Igor Hrast, Maša Serec. 2013. *Kam in kako po pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut.

Ostrow, Laysha in Stephania L. Hayes. 2015. Leadership and characteristics of nonprofit mental health peer-run organizations nationwide. *Psychiatric Services* 66 (4): 421–425. Dostopno prek: <http://www-scopus-com.nukweb.nuk.uni-lj.si/record/display.url?eid=2-s2.0-84926622686&origin=inward&txGid=BF0177865FC13DB9152F9F22AB6753C4.iqs8TDG0Wy6BURhzD3nFA%3a2> (3. junij 2015).

Ovsenik, Marija in Milan Ambrož. 1999. *Teoretična izhodišča civilne družbe: Neprofitni avtopoietični sistemi*. Ljubljana: Institut za samorazvoj.

Pahor, Majda. 1999. Zdravstvena sociologija. *Teorija in praksa* 36 (6): 1014–1026.

---. 2003. Skrb v slovenski zdravstveni negi: nekatere ovire za kognitivno, reflektivno in moralno prakso. V *Labirint skrbi: pomen perspektivne etike skrbi za socialno politik*, ur. Selma Sevenhuijsen in Alenka Švab, 75–86. Ljubljana: Mirovni inštitut.

- . 2006. *Medicinske sestre in univerza*. Ljubljana: Izolit.
- . 2007. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki kot družbeni pojav. *Zdravniški vestnik* 76: 43–7.
- . 2014. Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih. V *Zavezniki za zdravje: medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih*, ur. Majda Pahor, 13–37. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
- Pahor, Majda in Barbara Domajnko. 2005. Celostna obravnava starejših ljudi: pregled literature v Sloveniji 1994–junij 2004. *Kakovostna starost* 8(1): 20–30.
- Parsons, Talcott. 1951. *The Social System*. New York: The Free Press.
- . 2004. Socialni sistemi in njegova okolja. *Kompentij socioloških teorij*, ur. Adam Frane in Matevž Tomšič, 157–167. Ljubljana: Študentska založba.
- Penchansky, Roy in J. W. Thomas. 1981. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Med Care* 19: 127–40. Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7206846> (1. december 2015).
- Pepper, Bert, Hilary Rylewicz in Michael C. Kirshner. 2001. The uninstitutionalized generation: a new breed to psychiatric patient. *New Directions for Youth Development* 91: 5–16. Dostopno prek: <http://web.ebscohost.com.nukweb.nuk.unilj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&hid=104&sid=9acdb64b-516d-4fa1-951d-0ecb47011152%40sessionmgr113> (29. december 2014).
- Peternej, Andreja, Jakob Ceglar, Davor Dominkuš, Martina Horvat, Marija Milavec Kapun, Aleksander Stepanovič, Simona Svetina in Danica Železnik. 2006. *Strokovne in organizacijske podlage za vpeljavo integrirane prehodne in dolgotrajne oskrbe v Republiki Sloveniji*. Dostopno prek: http://www.google.si/search?sourceid=navclient&hl=sl&ie=UTF-8&rlz=1T4FTSA_sl__SI384&q=Strokovne+in+organizacijske+podlage+za+vpeljavo+integrirane+prehodne+in+dolgotrajne+oskrbe+v+Republiki+Sloveniji%2c+2006 (23. december 2014).

Platform of European Social NGOs. 2012. Dostopno prek: <http://www.socialplatform.org/> (23. december 2013).

Ponikvar, Jana, Petra Popit Tkalec, Miroljub Ignjatović. 2008. *Vpliv zaposlitvene rehabilitacije na kakovost življenja oseb s težavami v duševnem zdravju*. Magistrska naloga. Ljubljana. FDV. Dostopno prek: http://dk.fdv.uni-lj.si/magistrska/pdfs/mag_ponikvar-popit-tkalec.pdf (13. december 2014).

Poplas Sušič, Tonka, Igor Švab in Janko Kersnik. 2013. Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v Sloveniji. *Zdravniški Vestnik* 82, 635–47. Dostopno prek: [file:///C:/Users/Vesna%20Zupan%C4%8Di%C4%8D/Downloads/URN-NBN-SI-doc-YG9Y84OR%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Vesna%20Zupan%C4%8Di%C4%8D/Downloads/URN-NBN-SI-doc-YG9Y84OR%20(2).pdf) (2. april 2015).

Porta, Donatella. 2003. *Temelji politične znanosti*. Ljubljana: Sophia.

Pravilnik o načinu sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo. Ur. L. RS 44/2009. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlurid=20092161> (24. december 2014).

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

Presejanje in sistematično odkrivanje in celostna obravnava oseb z depresijo: zaključno poročilo o rezultatih opravljenega raziskovalnega dela programa (CRP): Konkurenčnost Slovenije 2006–2012. Dostopno prek: <http://www.dlib.si/preview/URN:NBN:SI:DOC-RMX29UPP/804eb04e-37ac-4989-b995-40d68321e3a5> (25. december 2014).

Priebe, Stefan, Jay Watts, Mike Chase, Aleksandra Matanov. 2005. Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients: qualitative study. *British Journal of Psychiatry* 187 (5): 438–443. Dostopno prek: <http://eds.b.ebscohost.com/nukweb.nuk.uni-lj.si/eds/detail/detail?vid=21&sid=992a71aa-6e64-433b-ae47-ad86c0088f58%40sessionmgr104&hid=103&bdata=Jmxhbmc9c2wmc210ZT11ZHMTbG12ZSZzY29wZT1zaXRl#AN=2005-14360-009&db=psych> (2. maj 2014).

Pugelj, Tadej. 2010. Znanje ustvarjamo, povezujemo in delimo. Uvodnik. V *Nevladne organizacije kot prostor učenja*, ur. Tadej Pugelj, 5–6. Dostopno prek: <http://www.eduakcija.net/LinkClick.aspx?fileticket=y%2F97ryfZZJs%3D&tabid=98> (23. november 2014).

Quinn, Neil, Lee Kniffon, Issabella Goldie, Tine Van Bortel, Julie Dowds, Antonio Lasalvia, Gertscheerd Scheerder, in drugi. 2014. Nature and impact of European anti-stigma depression programmes. *Health Promotion International* 29 (3): 403–413. Dostopno prek: http://www.academia.edu/4160761/Nature_and_impact_of_European_anti-stigma_depression_programmes (3. november 2014).

Rakar, Tatjana, Tomaž Deželan, Senka Vrbica, Zinka Kolarič, Andreja Črnak Meglič, Mateja Nagode. 2011. *Civilna družba v Sloveniji*. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije.

Ramšak, Mojca. 2009. Etika v evropskih raziskavah. *Traditiones* 38 (1): 211–226. Dostopno prek: http://isn.zrc-sazu.si/files/file/Traditiones/Traditiones_38_1_separati/211_pdfsam_Traditiones_38_1.pdf (23. oktober 2014).

Rakovec Felser, Zlatka. 2009. *Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja*. Maribor: Založba Pivec.

Ramon, Shula. 2000. Participative mental health research: users and professional researchers working together. *Mental Health & Learning Disabilities Care* 3 (7): 224–228. Dostopno prek: <http://www.scie-socialcareonline.org.uk/participative-mental-health-research-users-and-professional-researchers-working-together/r/a1CG000000GW81MAG> (3. maj 2014).

Razvid humanitarnih organizacij, splošnih dobrodelnih organizacij in organizacij za samompomoč. 2014. Dostopno prek: http://www.mdds.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/humanitarne_organizacije/ (15. januar 2015).

Renner, Tanja. 2000. Ranljivost, mladi in zasebno okolje. V *Socialna ranljivost mladih*, ur. Mirjana Ule, Tatjana Renner, Metka Čeplak Mencin, Blanka Tivadar, 91–118. Maribor: Ministrstvo za šolstvo in šport, Urad RS za mladino, Založba Aristej.

Repper, Julie in Racher Parkins. 2003. *Social inclusion and recovery: a model for mental health practise*. Edinburgh: Bailliere Tindall.

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014–2018. 2014. Dostopno prek: [file:///C:/Users/Vesna%20Zupan%C4%8Di%C4%8D/Downloads/NPDZ.3.J%20\(15\).pdf](file:///C:/Users/Vesna%20Zupan%C4%8Di%C4%8D/Downloads/NPDZ.3.J%20(15).pdf) (3. december 2014).

Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013-2020 (ReNPSV13–20. Ur. L. RS 39/2013. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=113130> (12. december 2014).

Resolucija za duševno zdravje. 2009. Dostopno prek: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P6-TA-2009-0063+0+DOC+PDF+V0//EN> (3. januar 2015).

Ricketts, Tom, Carol Saul, Peggy Newton in Charlie Brooker. 2003. Evaluating the development, implementation and impact of protocols between primary care and specialist mental health services. *Journal of Mental Health* 12 (4): 369–83. Dostopno prek: <http://eds.b.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=31015a32-c46e-4008-9f5a-016b3202043e%40sessionmgr110&vid=6&hid=117> (2. februar 2015).

Rifkin, Susan B. 2003. A framework linking community empowerment and health equity: it is a matter of CHOICE. *Journal of Health, Population Nutrition* 21(3): 168–80. Dostopno prek: <file:///C:/Users/Vesna%20Zupan%C4%8Di%C4%8D/Downloads/8e7768be6e5730c9c0996dd9a19e42ae.pdf> (14. december 2014).

RJZ. 2013. Intervju z avtorjem. Novo mesto, 28. junij.

Roberts Kathleen, Johnston. 1999. Patient empowerment in the United States: a critical commentary. *Health Expect* 2 (2): 82–92. Dostopno prek: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1369-6513.1999.00048.x/epdf> (5. januar 2015).

Rodriguez, Eunice, Edward A Frongillo in Pinky, Chandrac. 2001. Do social programmes contribute to mental well-being? The long-term impact of unemployment on depression in the

United States. *Epidemiology* 30 (1): 163–170. Dostopno prek: <http://ije.oxfordjournals.org/content/30/1/163.long> (25. december 2014).

Rosanvallon, Pierre. 2008. *Counter-democracy: politics in an age of distrust*. Cambridge: Cambridge University Press.

Rosenstein, Mihaela in Majda Pahor. 2000. Zdravje in zdravstvo v luči socioloških raziskav. *Obzornik zdravstvene nege* 34 (1/2): 5–9.

Rožen, Tomaž in Miro, Haček. 2014. *Merjenje upravljaljske sposobnosti lokalnih samoupravnih skupnosti: primer slovenskih občin*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Rutar Ilc, Zora. 2003. *Pristopi k poučevanju, preverjanju in ocenjevanju*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

Salamon, Lester M. in Helmut K. Anheier. 1996. *The International Classification of Nonprofit Organisations: ICNPO-REVISION 1. Working Paper of the John Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project*. The Johns Hopkins University Institute for Policy Studies. Dostopno prek: http://adm-cf.com/jhu/pdfs/CNP_Working_Papers/CNP_WP19.pdf (23. december 2014).

Salamon, Lester M, Sokolowski S Wojciech, Anheier K Helmut. 2000. *Social origins of civil society: An overview, Working Papers of the Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project*. Dostopno prek: http://ccss.jhu.edu/wp-content/uploads/downloads/2011/09/CNP_WP38_2000.pdf 23 (december 2014).

Sayce, Liz. 2000. *From Psychiatric Patient to Citizen, Overcoming Discrimination and Social Exclusion*. London: Macmillan Press, Ltd.

Saxena, Shekhar, Graham Thornicroft, Martin Knapp, Havey Whiteford. 2007. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 370 (9590): 878–889. Dostopno prek: <http://search.proquest.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/docview/199003751> (9. september 2014).

Scheff, Thomas J. 1999. *Being Mentally Ill: a Sociological Theory*. 3rd Edition. New York: de Gruyter.

Sevenhujisen, Selma. 2003. Prostor za skrb. Pomen etike skrbi za socialno politiko. V *Labirinti skrbi: pomen perspektivne etike skrbi za socialno politik*, ur. Selma Sevenhujisen in Alenka Švab, 13–39. Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne in politične študije.

Sevehuijsen, Selma in Alenka Švab. 2003. Uvodnik. V ur. Selma Sevenhujisen in Alenka Švab. *Labirinti skrbi: pomen perspektivne etike skrbi za socialno politik*, 7–12. Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne in politične študije.

Shen Gordon C in Lonnie R Snowdwn. 2014. Institutionalization of deinstitutionalization: a cross-national analysis of mental health system reform. *International Journal of Mental Health Systems* 8:47. Dostopno prek: <http://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-4458-8-47#?> (9. september 2014).

Sklep o ustanovitvi varuha bolnikovih pravic in njegovih pristojnosti. 2000. Dostopno prek: <http://www.maribor.si/dokument.aspx?id=6752> (2. april 2014).

Small, Nicola, Peter Bower, Carolyn A Chew Graham, Diane Whalley in Joanne Protheroe. 2013. Small atient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure. *BMC Health Services Research* 13: 263. Dostopno prek: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-263> (2. april 2014).

SND. 2013. Intervju z avtorjem. Ljubljana, 2. julij.

Sobocki, Patrik, Bengt Jönsson, Jules Angst in Clas Rehnberg. 2006. Cost of depression in Europe. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 9 (2): 87–98. Dostopno prek: <http://www.icmpe.org/test1/journal/issues/v9i2/v9i2abs04.html> (2. december 2014).

Somerville, Peter. 1998. Empowerment Through Residence. *Urban Studies* XII (2): 233–257. Dostopno prek: <http://www.tandfonline.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/doi/pdf/10.1080/02673039883425> (3. februar 2014).

Statistični letopis na podatkovnem portalu SI-STAT. Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno prek: <http://www.stat.si/StatWeb> (3. maj 2015).

Statistični urad Republike Slovenije. 2005. *Definicije in merila za razejevanje prostora na ruralna/urbana območja*. Dostopno prek: www.stat.si/doc/sosvet/sosvet_18/sos18_s452-2005.doc (3. maj 2015).

St–Pierre Louise. 2009. *Governance tools and framework for Health in All Policies*. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, International Union for Health Promotion and Education, European Observatory on Health Systems and Policies. Dostopno prek: <http://rvz.net/publicaties/bekijk/governance-tools-and-framework-for-health-in-all-policies> (23. avgust 2015).

Strategija vlade za sodelovanje z NVO. 2003. Dostopno prek: http://www.mop.gov.si/fileadmin/mop.gov.si/pageuploads/nevladne_organizacije/strategija_vlade.pdf (3. maj 2014).

Stuttaford, Maria, Sahar Al Makhamreh, Fons Coomans, John Harrington, Chuma Himonga in Gillian Lewando Hundt. 2014. The right to traditional, complementary and alternative health care. *Global Health Action* 7: 24121 Dostopno prek: <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/24121> (3. maj 2014).

Suhrcke, Marc, Lorenzo Rocco, Mckee Martin, Stefano Mazzucco, Dieter Urban, Alfred Steinherr. 2007. *Economic Consequences of Noncommunicable Diseases and Injuries in The Russian Federation*. European Observatory on Health System and Polices. Dostopno prek: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74741/E89992.pdf (2. oktober 2014).

Suter, Esther, Nelly D Oelke, Carol E Adair in Gail D Armitage. 2009. Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. *Healthcare Quarterly* 13 (Spec No): 16–23. Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004930/> (3. januar. 2014).

Suter, Esther in Gail D. Armitage. 2011. Use of a knowledge synthesis by decision makers and planners to facilitate system level integration in a large Canadian provincial health authority. *International Journal of Integrated Care* 11 (jan–mar). Dostopno prek: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/576/1236> (28. december 2014).

Szasz, Thomas S. 1980. *Ideologija i ludilo*. Zagreb: Naprijed.

ŠENT–Slovensko združenje za duševno zdravje. 2013. Dostopno prek: http://www.sent.si/index.php?m_id=novice&n_id=109 (10. marec 2014).

Šentprima. 2014. *Etični kodeks strokovnih delavcev na področju zaposlitvene rehabilitacije ter zaposlovanja in socialne vključenosti invalidov*. Dostopno prek: <http://www.sentprima.com/sites/default/files/ETI%C4%8CNI%20KODEKS%20strokovnih%20delavcev%20na%20podro%C4%8Dju%20zaposlitvene%20in%20poklicne%20rehabilitacije%20ter%20zaposlovanja%20in%20socialne%20vklju%C4%8Denosti%20invalidov.pdf> (23. november 2014).

Škerjenc, Jelka. 2010. *Prispevek uporabnikov socialno varstvenih storitev k oblikovanju konceptov za praktični študij socialnega dela*. Ljubljana: FSD.

Šprah, Lilijana, Tatjana Novak Tatjana, in Mojca Zvezdana Dernovšek. 2011. *Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije: analiza tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije v posameznih statističnih regijah s pomočjo prilagojene metodologije Indeksa boljšega življenja: elaborat*. Ljubljana: Družbenomedicinski inštitut Znanstvenoraziskovalnega centra Slovenske akademije znanosti in umetnosti. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_2013/Raziskava.Ocena_tveganj_za_razvoj_tezav_v_dusevnem_zdravju_prebivalcev_RS.2011.pdf (13. maj 2014).

Švab, Vesna. 2000. *Vpliv psihosocialne rehabilitacije na kakovost življenja duševno bolnih*. Ljubljana: Medicinska fakulteta.

---. 2004. *Psihosocialna rehabilitacija*. Ljubljana: Šent.

---. 2009. *Duševna bolezen in stigma*. Ljubljana: Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje.

---. 2011. Z dokazi podprto načrtovanje na področju duševnega zdravja. V *Z dokazi podprto javno zdravje*, ur. Jerneja Farkaš Lainščak in Lijana Zaletel Kragelj, 73–77. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

---. 2012. *Skupnostna psihiatrija*. Dostopno prek: http://www.varuh-rs.si/Fileadmin/user_upload/word/STROKOVNI_CLANKI_-_razni/Skupnostna_psihiatrija__Vesna_Svab.pdf (2. februar 2013).

---. 2013a. *Duševna bolezen in stigma*. Ljubljana: ŠENT - slovensko združenje za duševno zdravje.

---. 2013b. *Osebni razgovor*. Ljubljana.

Tavčar, Mitja. 2005. *Strateški management neprofitnih organizacij*. Koper: Fakulteta za management.

Taz Joynes V C. 2014. *Exploring the professional identity of health and social care staff via experiences of interprofessional education and collaborative practice*. University of Leeds. Dostopno prek: <http://etheses.whiterose.ac.uk/7848/1/JOYNES%20PHD%20final.pdf> (2. februar 2014).

Thara R in Vikram Patel. 2010. Role of non-governmental organizations in mental health in India. *Indian Journal of Psychiatry* 52: 389–395. Dostopno prek: <http://eds.b.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/eds/detail/detail?vid=33&sid=992a71aa-6e64-433b-ae47-ad86c0088f58%40sessionmgr104&hid=103&bdata=Jmxhbmc9c2wmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZS5zY29wZT1zaXRl#AN=54570508&db=a9h> (7. december 2015).

The CIHSD Team. 2013. *Follow-up questionnaire to coordinated/integrated health services delivery initiative submission*. World Health Organization. Regional office for Europe. Dostopno prek: <https://www.research.net/s/CIHSD2013> (23. december 2014).

Thornicroft, Graham in Tansella Michele. 2004. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *British journal of psychiatry* 185: 283–290. Dostopno prek: <http://bjp.rcpsych.org/content/185/4/283.long> (3. julij 2014).

Thornicroft, Graham, Diana Rose, Aliya Kassam in Norman Sartorius. 2007. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry* 190: 192–193. Dostopno prek: <http://bjp.rcpsych.org/content/190/3/192.full> (8. december 2014).

Thota, Anilkrishna, Theresa Ann Sipe, Guthrie J. Byard, Carlos S. Zometa, Robert A. Hahn, Lela R. McKnight–Eily, in drugi. 2012. Collaborative Care to Improve the Management of Depressive Disorders: A community Guide Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Preventive Medicine* 42 (5): 525–538. Dostopno prek: http://www.thecommunityguide.org/mentalhealth/CollabCare_EvidenceReview.pdf (2. november 2014).

Tönnies, Ferdinand. 1999. *Skupnost in družba: temelji pojmi čiste sociologije*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Toš, Niko in Brina Malnar. 2002. *Družbeni vidiki zdravja: sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva*. Ljubljana: FDV, IDV, Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij.

Turner Crowson, Judy in Jan Wallcraft. 2002. The recovery vision for mental health services and research: A British perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 25(3): 245-254. Dostopno prek: <http://eds.b.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=992a71aa-6e64-433b-ae47-ad86c0088f58%40sessionmgr104&vid=18&hid=103> (3. maj 2015).

Turk, Eva in Tit Albreht. 2010. Ekonomsko breme duševnih bolezni. *Zdravniški vestnik* 79 (7/8): 531–536.

Ücok, Alp, Elaine Brohan, Diana Rose, Norman Sartorius, Maggie Leese, CK Yoon, in dr. 2012. Anticipated discrimination among people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 125 (1): 77–83. Dostopno prek: <http://eds.b.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=d25f9595-5b74-4f18-ae4c-08e5ea303f38%40sessionmgr110&vid=27&hid=117> (3. april 2014).

Udovič, Nataša. 2011. Koordinacija obravnave v skupnosti oseb s težavami v duševnem zdravju. V *Skupnostna psihiatrična obravnava: zbornik z recenzijo*, ur. Branko Bregar in Jožica Peterka Novak, 11–16. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

---. 2013. *Skupnostna podpora za ljudi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami: primerjava modelov neposrednega financiranja in obravnave v skupnosti*. Ljubljana: Fakulteta za socialo delo.

Ule, Mirjana. 2000. *Sodobne identitete: v vrtincu diskurzov*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

---. 2003. *Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.

---. 2004. *Socialna psihologija*. Ljubljana: Založba FDV.

Uredba o metodologiji za določitev razvitosti občin. Ur.L. RS 3/2011. Dostopno prek: <https://www.uradni-list.si/1/content?id=101886> (3. december 2014).

Urek, Mojca. 2005. *Zgodbe na delu*. Ljubljana: *Cf.

Urek, Mojca in Shula Ramon. 2008. Uveljavljanje načela enakopravnosti glede etničnosti in spola v duševnem zdravju. *Socialo delo* 47 (3–6): 177–186.

USAid. 2011. *2010 NGO sustainability index for Central and Eastern Europe and Eurasia*. Dostopno prek: http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1863/2010complete_document.pdf (14. december 2014).

---. 2014. *2013 NGO sustainability index for Central and Eastern Europe and Eurasia*. Dostopno prek: <http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1863/E%26E%202013%20CSOSI%20Final%2010-29-14.pdf> (14. december 2014).

Ustava Republike Slovenije. 1991. Dostopno prek: http://www.uradni-list.si/_pdf/1991/Ur/u1991033.pdf (3. februar 2014).

Valentijn, Pim, P., Inge C. Boesveld, Denise M. van der Klauw, Dirk Ruwaard, Jerojen N. Struijjs, Johana W. Molema, in dr. 2015. Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods study. *International Journal of Integrated Care*, Jan- March. Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4353214/> (13. maj 2015).

Van Tulder, Ron in Alex Van der Zwart. 2006. *International business–society Management: Linking corporate responsibility and globalization*. London; New York: Routledge.

Vaupotič, Mirko. 2003. *Uvodnik. Za prihodnost nevladnih organizacij v Sloveniji*. Ljubljana: Pobuda za prihodnost nevladnih organizacij, Zavod center za informiranje, sodelovanje in razvoj nevladnih organizacij – CNVOS.

Videmšek, Petra. 2008. Krepitev moči kot temeljno orodje socialnega dela. *Socialno delo* 47, 3-6.

---. 2011. *Vpliv ljudi s težavami v duševnem zdravjem na delovanje skupnostnih služb za duševno zdravje v Sloveniji*. Doktorska disertacija. Ljubljana: FSD.

---. 2013. *Iz institucij v skupnost: stanovanjske skupine nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Vlada Republike Slovenije. 2005. *Strategija razvoja Slovenije*. Dostopno prek: http://www.mgrt.gov.si/fileadmin/mgrt.gov.si/pageuploads/DPK/StrategijarazvojaSlovenije_-_final.pdf (11. december 2014).

---. 2010. *Odgovor vlade na Memorandum nevladnih organizacij*, 10. 6. 2010. Dostopno prek: http://www.cnvos.si/UserFiles/File/Zagovornistvo/gradiva/VG_M_st_1_doc.pdf (12. maj 2012).

Vos, Theo, Abraham D. Flaxman, Mohsen Naghavi, Rafael Lozano, Chaterine Michaud, Majid Ezzati, in dr. 2012. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 380 (9859): 2163–2196 . Dostopno prek: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61729-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61729-2/fulltext) (3. november 2014).

Vrečko, Igor. 2003. Strategija systemskega razvoja nevladnih organizacij v Sloveniji za obdobje 2003 – 2008. Dostopno prek: <https://www.google.si/?ion=1&espv=2#q=Strategija+sistemskega+razvoja+nevladnih+organizacij+za+obdobje+2003%E2%80%932008> (3. april 2015).

Wagner, Edvard H., Brian T. Austin in Michael Von Korff. 1996. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly* 74 (4): 511–544. Dostopno prek: http://www.jstor.org.nukweb.nuk.uni-lj.si/stable/3350391?seq=1#page_scan_tab_contents (3. januar 2015).

Wagner, Edvard H. 1998. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice* 1 (1): 2–4. Dostopno prek: <http://ecp.acponline.org/augsep98/cdm.htm> (3. november 2014).

Wahlebeck, Kristian in Mia Mäkinen, ur. 2008. *Prevention of depression and suicide. Consensus paper*. Luxembourg: European Communities. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_depression_en.pdf (28. december 2012).

Wallerstein, Nina. 1992. Powerlessness, empowerment and health. Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion* 6 (3): 197–205. Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10146784> (1. december 2014).

Wang, Calvin, Walker Elizabeth in Jenice Redmond. 2007. Explaining the Lack of Strategic Planning SMEs. The importance of Owner Motivation. *International Journal of Organisational Behavior* 12 (1): 1–6. Dostopno prek: <http://ro.ecu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=2453&context=ecuworks> (1. december 2014).

Watt, Terling Toni, Gloria Martinez Ramos in Debarun Majumdar. 2012. Race/Ethnicity, Acculturation, and Sex Differences in the Relationship between Parental Social Support and Children's Overweight and Obesity. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 23 (4): 1793–1805. Dostopno prek: <http://search.proquest.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/docview/1281823630?accountid=16468> (12. november 2014).

Weissberg, Robert. 1999. »*The Politics of Empowerment*«. Westport: Praeger Publishers.

Wells, Kenneth B., Lingqi Tang, Jeanne Miranda, Berndette Benjamin, Naihua Duan in Caty D. Sherbourne. 2008. The effects of Quality improvement for depression in primary care at nine years: results from a randomized, controlled group-level trial. *Health Services Research* 43 (6): 1952–1974. Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2614007/> (2. januar 2014).

White, Kevin. 2002. *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. London: Sage.

Wissmann, Jeanne L. in Kim Tankel. 2001. Nursing students' use of a psychopharmacology game for client empowerment. *Journal of Professional Nursing* 17 (2): 101–6. Dostopno prek: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S8755722301902522> (2. januar 2015).

Wittchen, Hans-Ulrich in Frank Jacobi. 2005. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 15 (4): 357–76. Dostopno prek: http://www.europeanbraincouncil.org/pdfs/Publications_/Size_Burden%20of%20Mental%20Disorders%20-%20ecnp.pdf (29. december 2014).

World association for Psychosocial Rehabilitation– WAPR. Dostopno prek: <https://www.facebook.com/World-Association-for-Psychosocial-Rehabilitation-WAPR-176068359108158/> (3. maj 2015).

World Federation for Mental Health. 2014. Dostopno prek: <http://wfmh.com/> (3. junij 2016).

World Health organization. 2003. *Investing in mental health*. Dostopno prek: http://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf (13. december 2014).

---. 2004. *Promoting Mental Health. Concept, emerging evidence, practise*. Dostopno prek: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf (26. december 2014).

---. 2008a. *World Health Statistics*. Dostopno prek: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS08_Part1.pdf (3. September 2014).

---. 2008b. *Commission on Social Determinants of Health: Closing the gap in a generation. Health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization. Dostopno prek: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69832/9/WHO_IER_CSDH_08.1_slv.pdf (2. maj. 2015).

---. 2009. *Milestones in health promotion: Statements from global conferences*. Dostopno prek: http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf (16. julij 2015).

---. 2011. *Mental health Atlas*. Dostopno prek: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf?ua=1 (3. december. 2014).

---. 2012. *Mental health evidence in research*. Dostopno prek: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/ (12. september 2014).

---. 2013. *Mental Health Action Plan 2013–2020*. Dostopno prek: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/ (2. januar 2015).

WHO Mental Health Gap Action Programme. 2014. World Health organization. Dostopno prek: http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/ (23. junij 2014).

Wolfensberger, Wolf. 1972. *The principle of Normalization in human services*. Toronto: National Institute on Mental Retardation.

Yin Robert K. 2011. *Qualitative research from start to finish*. New York; London: Guilford Press.

Zakon o društvih (ZDru-1). Ur. L. RS 61/2006. Dostopno prek: <https://www.uradni-list.si/1/content?id=73792> (2. februar 2014).

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr). Ur. L. RS 77/2008. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=88016> (2. februar 2013).

Zakon o financiranju občin (ZFO). Ur. L. RS 32/2006. Dostopno prek: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO385> (3. april 2015).

Zakon o humanitarnih organizacijah (ZHO). Ur. L. RS 98/2003, 61/2006. Dostopno prek: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO3549> (2. april 2015).

Zakon o lokalni samoupravi (ZLS-UPB2). Ur. L. RS 94/2007. Dostopno prek: http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r07/predpis_ZAKO5247.html (2. februar 2014).

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Ur. L. RS 15/2008. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200815&stevilka=455> (2. februar 2014).

Zakon o socialnem varstvu (ZSV-UPB2). Ur. L. RS 3/2007. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=77822> (1. januar 2015).

Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (ZUPJS). Ur. L. RS 62/2010. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=201062&stevilka=3387> (1. januar 2015).

Zakon o varuhu človekovih pravic. Ur. L. RS 15/1994. Dostopno prek: <http://www.varuh-rs.si/pravni-okvir-in-pristojnosti/ustava-zakoni/zakon-o-varuhu-clovekovih-pravic/> (1. januar 2015).

Zakon o zaposlovanju in rehabilitaciji invalidov (ZZRZI-UPB2). Ur. L. RS 16/ 2007. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=78532> (2. januar 2015).

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB2). Ur. L. RS 23/2005. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=2005778> (2. december 2014).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zavarovanju (ZZVZZ). Ur. L. RS 23/2005. Dostopno prek: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?sop=1992-01-0459> (2. januar 2015).

Zaletel Kragelj, Liljana, Ivan Eržen in Marjan Premik. 2007. *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

Zanjani, Faika in Graham Rowles. 2012. "We don't want to talk about that": Overcoming Barriers and Conducting Rural aging research on sensitive topics. *Journal of Rural Studies* 28 (4): 398–405. Dostopno prek: https://www.researchgate.net/publication/257245993_We_don%27t_want_to_talk_about_that_Overcoming_barriers_to_rural_aging_research_and_interventions_on_sensitive_topics (23. december 2014).

Zaviršek, Darja. 2013. The ideology of work and the limits of its emancipatory potential in the lives of people with disabilities in Eastern Europe: a comparative perspective. *Socijalna politika: časopis za socijalno ekonomska pitanja* 48, 79–100.

Zdravstveni statistični letopis. 2004–2013. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje Republike Slovenije. Dostopno prek: <http://www.nijz.si/sl/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis> (13. februar 2015).

ZDZ. 2013. Intervju z avtorjem. Ljubljana, 9. julij.

Zelena knjiga: Izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva. Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za EU. 2005. Komisija Evropskih skupnosti. Bruselj: EC. Dostopno prek: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/sl/com/2005/com2005_0484sl01. (26. december 2014).

Zgonc, Špela in Maja Smrdu. 2005. *Individualno načrtovanje za samostojno življenje*. Ljubljana: Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje.

Ziersch, Anna, Katy Osborne in Fran Baum. 2011. Local community Group Participation: WHO Participates and What Aspects of Neighbourhood Matter?. *Urban Policy* 29 (4): 381–

399. Dostopno prek: <http://www-tandfonline-com.nukweb.nuk.uni-lj.si/doi/pdf/10.1080/08111146.2011.623295> (2. marec 2015).

Ziherl, Slavko in Peter Pregelj. 2010. Samomorilnost v Sloveniji. *Zdravstveni vestnik* 79 (7/8): 559–562. Dostopno prek: http://www.szd.si/user_files/vsebina/Zdravniski_Vestnik/2010/julij-avgust/559-62.pdf (3. januar 2015).

Zorko, Maja in Helena Jeriček Klanšček. 2009. Pregled nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja. V *Duševno zdravje v Sloveniji*, ur. Helena Jeriček Klanšček, Maja Zorko, Maja Bajt in Saša Roškar, 92–99. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Dostopno prek: http://www.ivz.si/?ni=0&pi=7&_7_Filename=1357.pdf&_7_MediaId=1357&_7_AutoResize=false&pl=0-7.3 (5. januar 2013).

Zupančič, Vesna. 2011. Etična odgovornost v skrbi za informirano delovanje kot skupni imenovalec v prizadevanjih za celostno obravnavo na področju zdravstvenega in socialnega varstva. V *Gradimo prihodnost: odprti za spremembe in nove izzive na področju raziskovanja zdravstvenih in socialnih ved: zbornik predavanj z recenzijo*, ur. Danica Železnik in Boris Miha Kaučič, 116–123. Maribor: Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec, Založba Pivec.

---. 2013. *Integralni pristop v zdravstveni negi* (magistrsko delo). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.

---. 2015. Taksonomija učnih rezultatov študija zdravstvene nege v podporo skupnostni skrbi. V *Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj z recenzijo*, ur. Suzana Majcen Dvoršak, Tamara Štemberger Kolnik, Darinka Klemenc, in dr, 189–197. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije–Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebostni razvoj medicinskih sester in babic.

Zupančič, Vesna in Bojana Filej. 2013. Koncept skupnostne skrbi iz perspektive znanja študentov. V ur. Danica Železnik, Boris Miha Kaučič in Uroš Železnik. *Sedanost in prihodnost zdravstvenih ved v času globalnih sprememb*, 66–75. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.

Zupančič, Vesna in Majda Pahor. 2014. Skrb za osebe z depresijo v Sloveniji: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege* 48 (2): 136–146.

Zupančič, Vesna, Doroteja Kuhar in Majda Pahor. 2014. Lokalne skupnosti in skupnostna skrb na področju duševnega zdravja: perspektiva upravnih subjektov, izvajalcev in uporabnikov. *Družboslovne razprave* 30 (77): 27–48.

Zupančič, Vesna in Majda Pahor. 2016. The role of non governmental organizations in the mental health area: differences in understanding. *Zdravstveno varstvo* 55(4): 1-8.

Žagar, Tatjana, Karmen Baillat, Sonja Čandek, Tina Divjak, Peter Fajfar, Jože Gornik, in dr. 2008. *NVO–Standard kakovosti*. Ljubljana: Slovenski institut za kakovost in meroslovje. Dostopno na: http://www.cnvos.si/UserFiles/File/STANDARD_KAKOVOSTI/NVO_Zahteve%201_0_2008.pdf (3. januar 2015).

8 STVARNO IN IMENSKO KAZALO

- ACT timi 41, 42
- aktivacija uporabnikov storitev 19, 112, 113, 211, 220, 223, 227
- CIHSD pobuda 76, 210, 230, 238
- DALY 29
- dehospitalizacija 18, 113
- deinstitucionalizacija 18, 100, 102
- depresija 16, 23, 31, 34, 43, 58, 85, 91, 95, 150, 187, 203, 207, 218, 222, 237, 238
- pojavnost depresije* 29, 31, 133
 - dejavniki tveganja* 29, 124
 - simptomi depresije* 23, 30, 31, 32
 - diagnosticiranje depresije* 23, 40, 230
 - zdravljenje depresije* 30, 214, 226
- determinante zdravja 37, 45, 55, 227
- diskriminacija 33, 34, 35, 207
- družbena/ osebna odgovornost 20, 25, 27, 36, 40, 44, 207, 228
- družbena vloga 17, 24
- družbena/ marginalna skupina 25, 216
- duševno zdravje 15, 18, 21, 28, 32, 35, 40, 58, 81, 85, 94, 100, 122, 130, 141, 161, 181, 187, 192, 202, 205, 209, 216, 223, 229, 230, 232, 233, 238, 239
- evalvacija 15, 20, 63, 91, 94, 238,
- etika skrbi/ dela 224, 232, 236, 239
- faktor oddaljenosti 226, 238.
- fokusna skupina 89, 99, 91, 92, 162
- identiteta 32, 37, 180, 211, 212, 216, 233
- individualna odgovornost 20, 44
- individualno načrtovanje 53, 111, 118, 217, 218
- informiran pristaneček 92, 83, 101, 162
- informiranost 19, 37, 44, 50, 96, 120, 228, 229
- inovacija 19, 48, 60, 63, 76, 142, 231, 232, 237, 265, 268
- integracija 15, 64, 65, 67, 69, 70, 71, 72, 74, 76, 82, 98, 204, 208, 215, 216, 224, 225, 227, 228 230, 237, 239
- družbena integracija* 70, 209
 - modeli integracije* 71, 72, 73, 234
 - orodje za merjenje integracije* 76
 - sistemska integracija* 70, 225
 - socialna integracija* 70, 133
- integrirana obravnava 18, 210, 237, 239
- interdisciplinarni pristop 40, 96, 111, 213, 227, 233
- izobraževanje 19, 30, 34, 36, 44, 74, 124, 223, 226, 233, 237, 238
- izvajalci obravnave v skupnosti 16, 40, 47, 57, 59, 219
- javna politika 15, 20, 28, 40, 45, 48, 53, 83, 100, 204, 224, 228
- javni pomen/interes 37, 49, 61, 80, 229
- kakovost obravnave 54, 55, 86, 226
- kakovost življenja ljudi 20, 22, 38, 45, 52, 58, 60, 67, 69, 96, 119, 208, 223
- kazalniki kakovosti 18, 53, 54, 55, 194, 206, 217, 218, 221, 222, 228, 235, 236
- komorbidnost 24, 102
- kontinuum duševnega zdravja 16, 22, 38
- kontinuum skrbi/obrnave 40, 72, 79, 103 232, 239

koordinacija 18, 65, 76, 118, 225, 227, 229, 237

koordinator nadzorovane obravnave 41, 42,

koordinator obravnave v skupnosti 41, 42, 44, 67, 80, 101, 105, 219

krepitev moči 15, 20, 33,36, 43, 44, 45, 62, 63, 69, 83, 87, 216, 218, 236, 237, 239

lokalna skupnost 15, 16, 18, 21, 63, 66, 67, 73,80, 82, 86, 87, 88, 97, 99, 123, 129, 134, 140, 180, 181, 201, 205, 207, 212, 215, 222, 232, 227, 239

značilnosti lokalnih skupnosti 122, 123 125, 131, 132, 185, 204, 219, 222

Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene 22, 23

medsebojni odnosi 26, 27, 34, 36, 74, 212, 229, 230, 238

metode dela z uporabnikom storitev 225, 232

modeli skrbi 39, 75, 76, 78, 80, 226, 228, 233, 234, 236

motiviranje 18, 37, 79, 86, 111,157, 215, 216, 228, 229, 235

multidisciplinarnost 56, 71, 212,

nacionalna platforma 58

neenakosti v zdravju 27, 38, 39, 56, 67, 73, 80, 86, 219, 226, 238

neenakost v dostopnosti 39, 42, 99, 218, 222

nevladna organizacija 15,19, 38, 43, 46, 51, 52, 57, 79, 181, 203, 215, 221, 222, 225, 231, 232, 239

ciklus razvoja NVO 19, 220, 221,222, 238

delovanje NVO 19, 83, 99, 120, 129,139, 174, 177, 201, 205, 239

kakovost delovanja NVO 55, 206

programi NVO 50, 58, 59, 61, 62, 149,

vloga NVO 16, 50, 52, 63, 192, 193, 205, 220, 228, 237

vstop v NVO 165, 166, 174, 179, 233

obrnava v skupnosti 16, 20, 59, 69, 209, 231, 238

opolnomočenje 44

participacija 67, 93, 216, 228

partnerstvo 19, 44, 56, 63, 74, 85, 211, 213, 229

podporna mreža 15, 16, 19, 21,37, 40, 42, 47, 64, 67, 71, 83, 122, 140, 160, 164, 201, 237, *model podporne mreže* 18, 39,43, 141, 209

vključevanje NVO v podporno mrežo 43, 201, 238, 239

politika duševnega zdravja 37, 38, 43, 63, 77, 81

poslanstvo 48, 50, 53,58, 86, 206, 215, 221

pravice 43, 46, 58, 60, 62, 72, 218, 221, 223

pravni akti 67, 219

prostovoljstvo 50, 59, 97, 110, 115, 179, 218, 220, 225, 227

potrebe ljudi 18, 36, 38, 45, 72, 81, 141, 154, 161, 168, 227, 238

pričakovani učinek 17, 21, 53, 54, 57, 63, 82, 86, 100, 121, 130, 139, 160, 161, 178, 179, 194, 201, 216, 221, 226, 239

promocija 38, 57, 66 ,69, 79, 80, 81, 138, , 149, 204, 227, 231

protokol 85, 99, 109, 121, 129, 160, 178,
 188, 189, 201, 212, 214, 215, 231, 232
 psihoterapija 120, 22, 223
 rehabilitacija 57, 63, 79, 81, 96, 139, 178, 224
psihosocialna rehabilitacija 60, 63, 80
 zaposlitvena rehabilitacija 59, 60, 80,
 149, 222
 regionalni centri za duševno zdravje 232
 referenčne ambulante 35, 41, 150, 222
 samooskrba 33
 samopomoč 44, 61, 120, 216, 225
 samomor 32, 63, 132, 187, 209
 sistem skrbi/blaginje 16, 22, 45, 50, 100, 156,
 180, 204, 211, 219, 224, 225, 237
 skrb 15, 17, 35, 40, 64, 69, 77, 81, 97, 145,
 163, 233, 236, 239
 skupnost 18, 35, 42, 43, 44, 63, 64, 67, 86,
 217, 227, 239
 skupnostna skrb 15, 18, 34, 40, 44, 60, 64,
 65, 69, 72, 73, 74, 80, 95, 157, 204, 216, 220,
 222, 226, 231, 234, 238, 239
 socialna vključenost/ izključenost 17, 44, 59,
 61, 66, 70, 99, 149, 217,
 socialna opora 30, 62, 209, 211, 227
 sodelovanje 15, 18, 20, 27, 43, 48, 51, 52, 56,
 63, 66, 70, 74, 78, 79, 81, 121, 170, 180, 187,
 204, 209, 210, 212, 213, 215, 220, 229, 236,
 237, 238
 sociološki vidik 16, 24, 27, 79, 86, 229
 solidarnost 25, 42, 64, 66, 104, 185, 205
 standardizirani vprašalniki za presejanje 22,
 23, 226, 228
 statistični podatki 108, 127, 129, 133, 144,
 146
 stigmatizacija/destigmatizacija 23, 57, 62,
 96, 118, 187, 208, 220
 predsodki in stereotipi 34, 189, 206,
 227
 stigma 32, 33, 35, 211, 217, 231
 svojci 57, 59, 64, 114, 153, 196, 217, 224,
 227, 228
 taksonomija 73, 74, 226, 228, 229, 230
 teorija enakih možnosti 17
 dostopnost 67, 81, 96, 138, 176, 230
 terensko delo 76, 148, 235
 težave v duševnem zdravju 15, 18, 20, 23,
 25, 28, 33, 45, 50, 52, 54, 60, 62, 69, 75, 81,
 89, 92, 111, 113, 122, 124, 126, 129, 139,
 157, 189, 194, 210, 211, 217, 236, 238
 timi skupnostne psihiatrične obravnave 42, 43
 80
 vizija 49, 53, 74, 138, 176, 200, 204, 221,
 223, 224, 232, 233, 234, 235
 vključenost uporabnikov 25, 48, 72, 223,
 224, 227, 234
 vloga 26, 27, 48, 50, 64, 67, 81, 85, 216, 226,
 233
 vpliv uporabnikov storitev 18, 162, 223,
 vrednotenje 53, 57, 63, 100, 192, 195, 205,
 215, 216, 217, 219
 vstop v obravnavo 26, 32, 34, 35, 64, 72,
 114, 166, 167, 171, 207, 211, 223, 228, 230,
 231, 233, 236
 vsakdanje življenje 55, 56, 58, 65, 139, 223

Priloga A: Proces kvalitativne analize podatkov s perspektive strokovnjakov

Priloga A.1: Predloga vprašanj za polstrukturirani intervju strokovnjakov

- 1. Na kratko predstavite vaše področje dela in delovne izkušnje.**
(delovanje na področju skrbi za duševno zdravje, delovanje ali sodelovanje z NVO, delo z osebami z depresijo ali za osebe z depresijo)
- 2. Kako bi ocenili stanje skrbi za osebe z depresijo na splošno?**
(pojavnost depresije, identifikacija oseb z depresijo, vzrok za obstoječe stanje, razlike med zahtevami in omejitvami na normativni in operativni ravni na področju skrbi za osebe z depresijo, nosilci pomoči za osebe z depresijo)
- 3. Kako bi ocenili skrb za osebe z depresijo lokalno (v lokalnih skupnostih)?**
(promocija in krepitev duševnega zdravja, diagnostika, zdravljenje, zdravstvena nega in oskrba, bivalni pogoji, zaposlitveni pogoji, socialno vključevanje, dostopnost obravnave, odzivnost izvajalcev skrbi, enake možnosti v obravnavi, družbena kohezivnost, integracija strategij skrbi)
- 4. Kaj menite o podporni mreži organizacij za osebe z depresijo v posameznih lokalnih skupnostih?**
(delovanje podporne mreže v občinah, podpora v razvoju podporne mreže, število, vrsta in aktivnosti organizacij, kadrovska struktura, integriranost delovanja, pokritost z nevladnimi organizacijami v regijah, paleta ponudbe nevladnih organizacij)
- 5. Obrazložite vaše videnje o vplivu značilnosti okolja na pojavnost depresije, na organizacije in vrsto njihovih aktivnosti v podporni mreži za osebe z depresijo.**
(status občine, lega občine, oddaljenost od središča, prometne povezave, gostota naseljenosti, demografska statistika, starostna struktura, gospodarske in kulturne značilnosti, bruto družbeni produkt)
- 6. Kako pomembna je pri razvoju podporne mreže za osebe z depresijo podpora lokalnih oblasti?**
(finančna podpora, moralna podpora, organizacija in število skupnih dogodkov, programi spodbujanja duševnega zdravja (preprečevanje depresije), **protokoli sodelovanja**, delovne skupine, koordinacijski sestanki, vpliv občin na NVO)
- 7. Ali je med organizacijami v podporni mreži za osebe z depresijo prisotno sodelovanje?**
(protokoli sodelovanja, podporni mehanizmi za sodelovanje, **stopnja integracije in razvoja skupnostne skrbi**, število skupnih dogodkov, število multidisciplinarnih timov in timsko delo, vključevanje in izstop iz mreže, kontinuirana obravnava, standardi, kompetence, organizacijske in komunikacijske sposobnosti, prožnost, fleksibilnost, informiranost ljudi in strokovnih delavcev, motiviranost, odzivnost, organizacijska kultura, kultura skrbi, informacijski sistem, finančno upravljanje, **primeri dobre prakse**, vključevanje nevladnih organizacij v podporno mrežo oseb z depresijo, ovire v sodelovanju)
- 8. Kaj, menite, so potrebe oseb z depresijo v 21. stoletju? Kako osebe z depresijo ocenjujejo kakovost njihove obravnave v smeri krepitev njihove moči in za kakovost življenja?**
(celostna/celovita obravnava, medikamentozna/nemedikamentozna podpora, kakovost življenja, institucionalna/neinstitucionalna obravnava, podpora mreža izvajalcev pomoči, poznane ključne osebe, individualna odgovornost, standardiziranje izvajanja skrbi prek multidisciplinarnih timov, delovane skupine za **prepoznavanje potreb posamezne populacije**, koordinator pomoči)
- 9. Lahko govorimo o učinkovitosti krepitev moči oseb z depresijo?**
(spremembe pri pacientu, reakcije okolja (družine, delodajalca), statistični podatki, zmanjšanje sekundarnih posledic, depresija kot dejavnik tveganja, **načini, mehanizmi delovanja za krepitev moči**, učinkovitost do sedaj izvajanih aktivnosti, zagovorništvo, antistigmatizacijski programi, specifične lastnosti strokovnih delavcev za učinkovito vplivanje na osebe z depresijo)
- 10. Kako vi vidite vlogo NVO v podporni mreži za osebe z depresijo?**
(skrb za kakovost življenja, varstvo pravic oseb z depresijo, aktivnosti ozaveščanja, svetovanje odločevalcem, aktivno, strokovno ali podporno sodelovanje v obravnavi, primeri dobre prakse, **priložnosti, prednosti, nevarnosti, tveganja vključevanja NVO**, ovire in spodbude za vključevanje)
- 11. Na kakšen način bi lahko ugotavljali pričakovane učinke delovanja NVO v podporni mreži za osebe z depresijo?**
(vpliv na kakovost življenja, sodelovanje v podporni mreži, poslanstvo, cilji izvajanih aktivnosti NVO, cilji v okviru individualnega načrtovanja, vpliv na opravljanje življenjskih aktivnosti, kriteriji kakovosti, zadovoljstvo oseb z depresijo in njihovih svojcev, število udeležencev, število obravnav, število programov, število prostovoljcev, strošek–korist (uspeh), **relevantni kazalniki za merjenje učinkovitosti aktivnosti in sodelovanja**, podeljevanje koncesij NVO za izvajanje programov)
- 12. Kakšno je vaše osebno stališče in vizija razvoja skupnostne skrbi za osebe z depresijo?**
(osebno doživljanje depresije kot bolezni sedanjega časa, primanjkljaj znanja med ljudmi in med strokovnimi delavci, motiviranost družbe za razvoj, za delo na tem področju, idealni koncept dela, stanja na tem področju, **vaša vizija razvoja skupnostne skrbi za osebe z depresijo** (za osebe z motnjo v duševnem zdravju)

Priloga A.2: Ocena strokovnjakov o stanju skrbi za osebe s težavami v DZ na splošno

Področja	Kategorije	Kode
SPLOŠNA OCENA STANJA NA PODROČJU DZ	dostopnost služb	neenakomeren dostop do služb, država z močno institucionalno kulturo, ni vzporedno široke mreže storitev v skupnosti, skupnostne službe nimajo enakih pogojev za delo, duševne stiske postajajo vse kompleksnejše, trdovratnejše, pojav komorbidnosti, povečana senzibilnost glede problematike drog, alkohola, količnika samomorilnosti, stres vsakdanjega življenja se povečuje, porast bolezni zaradi zunanjih okoliščin, premajhno ukvarjanje z vzrokom bolezni, prisotnost stigme, negativni predznak področja duševnega zdravlja, pozna vključitev v obravnavo, število prvih obiskov ne pomeni prevalece duševne bolezni, pogoji odvisni od lokacije bivanja, nizke možnosti za zaposljivost, narašča število mlajših uporabnikov, ljudje dolgo potrebujejo, da gredo do zdravnika.
	institucionalizacija	
	komorbidnost	
	dejavniki tveganja	
	vzrok bolezni	
	povečana senzibilnost glede odvisnosti	
	vstop v zdravljenje	
vir lokalne skupnosti		
javnost bolezni		
JAVNA POLITIKA	sodelovanje politike in stroke	stroka in politika morata delati skupaj, problemi s povezanostjo služb, razkorak med normativno in operativno ravnanje – rak rana, striženje slepih peg v zakonodaji in kasneje v operacionalizaciji, zaradi razvoja področij razkorak med zakonom in dejanskim izvajanjem v praksi deklarativna raven – ne zapoveduje, kako in kaj, napisani zakoni brez uporabniškega sodelovanja, politikom se izvajanje raziskav ne zdi pomembno, primanjkuje raziskav s področja duševnega zdravlja, da bi lahko z gotovostjo rekli, kaj se dogaja, spreminjanje načina zbiranja podatkov, o organizaciji skrbi odloča država, financiranje osebnih paketov se je končalo s projektom, država je v recesiji, financiranje se krči, ozaveščanje javnosti o problemih duševne bolezni.
	razkorak med normativno in operativno ravnanje	
	organizacija skrbi	
	uporabniška participacija	
	raziskovanje in zbiranje statističnih podatkov	
	financiranje	
	trajnost programov	
ozaveščenost državljanov		
DEPRESIJA	pogostost	depresija pogosta duševna motnja, različne vrste depresije, število blažje depresivnih se povečuje, pojavnost depresije vzročno povezana z mnogimi dejavniki, dedna dispozicija za pojavnost depresije, bolj ogrožene osebe pri depresiji kot pridruženi motnji, oblike pomoči niso segmentirane glede na stopnjo depresije, obravnava depresije ob obravnavi številnih drugih težav, srednje dobra skrb za osebe z depresijo, tipično za osebe z depresijo je odklanjanje pomoči, osebe z lažjo obliko depresije – zmerno okrnjene v funkcioniranju, težja oblika – hospitalizacija, nosilci pomoči osebam z depresijo – psihoterapevti in svetovalci, z obravnavo v skupnosti so se povečale možnosti za osebe z depresijo, hitrejša diagnostika depresije, seznanjanje o stanju skrbi za osebe z depresijo na delovnem mestu, prehitel predpis antidepressivov, spremembe v možganskih celicah zaradi antidepressivov, kombinacija neke bolezni z depresijo, osebe z depresijo nimajo energije, da bi prišle večkrat, Društvo Dam, vse večja ozaveščenost in prepoznavnost simptomov depresije.
	različne vrste	
	dejavniki tveganja	
	pridružena motnja	
	diagnostika depresije	
	nesegregiranost pomoči	
	vstop v zdravljenje	
	zdravljenje depresije z antidepressivi	
	psihoterapija	
	specifične značilnosti oseb z depresijo	
NVO, ozaveščenost		
OBRAVNAVA OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU	vstop v obravnavo	pomen pravega trenutka za zajem človeka v obravnavo, premalo ljudi poišče pomoč, pomembna prva pomoč, pisarna, kamor lahko človek pride v vsakem trenutku, poudarjena vrednost zgodbe, pomemben individualni pristop, pomanjkljiva obravnava vseh oseb z duševnimi motnjami, problemi povezani zaradi kompleksnosti obravnave, problemi z zagotavljanjem kontinuirane obravnave, največ jih ima samo zdravnika, psihiatra, pa so urejeni, paleta različnih potreb uporabnikov, nosilci pomoči so tudi svojci – nudenje pomoči, želja po ekonomski varnosti, boljša prihodnost ob celoviti obravnavi, ob dobri osebni mreži ljudje ne iščejo pomoči drugje, zadovoljevanje potreb osebe poteka z več sektorjev, vprašanje je, ali slediti zakonu ali uporabniku, vzpostavijo zaupanje v podporno mrežo, domačinov je najmanj, ker se bojijo stigme, rešitev je, da gredo ven iz svoje vsakodnevnne rutine in brezdelja, psihosocialna rehabilitacija – odmik od fokusiranja na bolezen, psihoterapevtska obravnava, težja obravnava oseb s kombiniranimi motnjami, celostna obravnava, velik napredek po vključitvi v obravnavo, značilno nihanje v počutju, zamik učinkovanja tablet – 3 tedne, najboljši ocenjevalec stanja skrbi so osebe same.
	pomen pravega trenutka	
	individualni pristop	
	kompleksnost obravnave	
	kontinuiranost obravnave	
	potrebe uporabnikov	
	podpora svojcev	
	pomen socialne mreže	
	vrednotenje skrbi	
	interdisciplinarni pristop	
	zaupanje	
	stigma	
	celostna obravnava	
nihanje bolezni		
etične dileme		
NALOGE IZVAJALCEV	celovit pristop	iskanje različnih akterjev skupaj z uporabnikom, izdelava manjših operativnih načrtov, ukvarjanje z življenjsko zgodbo, sestava individualnega načrta v enem mesecu – odvisno od motiviranosti uporabnika, terensko delo ob obvestilu, vodenje, da se sestavi celotna zgodba, terapevtska pomoč in sprememba življenja, spodbujanje želje po pogovoru, pomembna varnost, spremstvo osebe pri urejanju na banki, sodelovanje s strokovnimi in nestrokovnimi službami, sodelovanje na timih v drugih centrih, v različnih situacijah se povezujem z zdravstvenim osebjem, nosilci pomoči sestavljajo celovito obravnavo, medsebojni odnosi, podpora za kolege, najprej intenzivno delo – potem pa vodenje, kdo bo kaj naredil, v službi sem zaradi uporabnika, če ga forsiram, ga izgubim, uporabnika, ki govori eno in isto zgodbo, je potrebno ustaviti, držanje v smiselnem življenju, funkcioniranju, kontinuirana podpora, opolnomočenje, znanje in delovanje samo na področju socialne problematike.
	življenjska zgodba	
	metode dela z uporabnikom	
	individualno načrtovanje	
	podporna opravila	
	povezovanje in sodelovanje	
	vodenje tima	
	medsebojni odnosi	
	medsebojna podpora	
	opolnomočenje	
znanje		
DELOVANJE NVO	profesionalizacija	potreba po profesionalizaciji NVO, profesionalizacija ali volonterstvo v NVO – med klavdom in nakovalom, s profesionalizacijo NVO izgubi pravi pomen, programi NVO – vedno bolj strokovni, NVO v Sloveniji opravljajo na področju DZ pomembno delo, financiranje NVO poteka z več sektorjev, NVO imajo ovire v rednem financiranju, v različnih okoljih aktivne druge NVO, NVO je zelo pomembna, ker ne deluje po sistemu 'ti dam, ti ne dam' kot socialno varstvo, brezplačnost programov je prednost NVO, NVO težko koordinirajo nekaj, kar ni urejeno s strani države, pomembno je vključevanje NVO v delovne sestanke, obisk NVO ni tako stigmatizirajoč kot obisk zdravstvenega doma, ljudje se sami obračajo na NVO, se ne vpleta v zdravila in zdravljenje, v NVO neposreden stik z uporabnikom, psihosocialna rehabilitacija – zagotoviti bivanje, prostočasne aktivnosti, delovno aktivnost, skupine za samopomoč, ki izhajajo iz uporabniških iniciativ, vodje – posamezniki, ki so prišli v sistem psihiatričnega zdravljenja kadar koli v svojem življenju, ponudba nadomestne mreže, če posameznik nima svojcev, NVO prevzamejo vlogo svojca, NVO blažijo stisko posameznika, zaradi hitrejšega in lažjega dostopa.
	prostovoljstvo	
	financiranje NVO	
	prostorska razporeditev	
	brezplačnost	
	lažja dostopnost	
	metode dela	
	personalizacija odnosa	
	nadomeščanje družine	
	uporabniška iniciativa	
psihosocialna rehabilitacija		

Priloga A.3: Ocena strokovnjakov o stanju skrbi za osebe s težavami v DZ lokalno

Področja	Kategorije	Kode
VIRI LOKALNE SKUPNOSTI	lokacija bivališča	koncentracija vsega v Ljubljani, v Ljubljani lažja izbira programov, slaba dostopnost v odročnih krajih, kadrovske podhranjeno področje s psihiatri, pomanjkanje psihiatrov, preobremenjenost psihiatrov in težja dostopnost, obstoječe storitve niso zadostne za kompleksno obravnavo, regijski zavodi niso enako opremljeni, nekateri uporabniki štopajo, da pridejo do obravnave, saj poleti ni šolskih avtobusov, na CSD teče skupina za samopomoč v duševni stiski – sofinanciranje občine, potreba po stanovanjski skupini, motnje v zaposlovanju, manjkajo storitve za paciente z osebnostnimi motnjami, nepoznavanje področja in posledično stigmatiziranje.
	kadrovska struktura	
	čakalne dobe	
	dostopnost storitev	
	skupina za samopomoč	
	ranljive skupine	
VIRI UPORABNIKOV	neosveženost	izbruh motnje na neki točki življenja, o pravici in nalogah so ljudje tukaj slabo informirani, jaz bi imela težave, h komu se obrniti – ocena, da nima nihče dovolj znanja, vsak si izbere tisto pomoč, ki njemu takrat najbolj ustreza, velik pomen podpore mreže posameznika – nadzor nad njegovim življenjem, v nekaterih krajih je javni prevoz enkrat do dvakrat na dan, socialna pomoč – edini socialni transfer, življenje pri svojih finančno olajša stisko, manjka veččin za samostojno življenje, odvisnost oseb od staršev – nesamostojnost, občutek, da niso sami v tem, uporabniki bolj informirani od strokovnega delavca, da gre človek v Ljubljano, potrebuje finance.
	informiranost	
	pravice	
	znanje	
	nadzor nad življenjem	
	finančna sredstva	
OBRAVNAVA OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU	socialna mreža	problem dolge čakalne dobe, ljudje ne poiščejo takoj pomoči v zdravstvu, ko pa se odločijo, je čakanje ovira, najpogostejša izbira – splošni zdravnik, težja dostopnost do psihoterapije, psihoterapija ni zakonsko regulirana, je plačljiva za večino, izpeljati individualno načrtovanje po predpisih je težko, malo multidisciplinarnih timov, koordinator v vlogi informatorja, vsi koordinatorji smo tudi izvajalci, ni pripravljenosti za izpostavljanje, ni dovolj znanja za prepoznavanje biokemijskih procesov, spremljanje razpisov, obravnava problemov regionalno, ocena delovanja ustvarjena na podlagi mnenja drugih, določene potrebe uporabnikov so skupne, določene posebne, omejeno udeleževanje aktivnosti zaradi omejenih finančnih sredstev tudi za prevoz, slabša obravnava v manj urbanih delih, slaba informiranost zdravnikov, slabo medsebojno poznavanje, velik pomen Zavoda za zaposlovanje, nesodelovanje s policisti, sodnik, sodišče – kdo dela na predlogu za prisilno hospitalizacijo, ukrepanje – ko gasimo ogenj in ne prej, manko za obravnavo oseb z dvojnimi diagnozami, pomanjkanje časa za vzpostavljanje kontakta, psihiatru omogočiti terensko delo, nabor kontaktnih oseb in njihovih telefonskih števil, več govorjenja kot akcije, psihiatrična bolnišnica kot drugi dom, evalvacija na vsake pol leta.
	doseljivost pomoči	
	odlašanje zdravljenja	
	metode zdravljenja	
	individualno načrtovanje	
	koordinacija	
	znanje izvajalcev	
	informiranost	
	potrebe uporabnikov	
	prisilna hospitalizacija	
	interdisciplinarno sodelovanje	
PROBLEM-SKOST DEPRESIJE	terensko delo	pojavnost depresije med ljudmi – zlorabljen beseda, visoka prevalenca depresije, društva niso prilagojena za osebe z depresijo, manjše možnosti za osebe z depresijo v naših krajih, osebe z depresijo živijo v skromnih življenjskih pogojih – najemna stanovanja, stare hiše, pri starših, socio-ekonomski dejavniki so povezani s pojavnostjo depresije.
	usmerjenost na kurativo	
	prevalenca depresije	
	možnosti za osebe z depresijo	
PREVENTIVNO DELOVANJE	slabi življenjski pogoji	preventivni in promocijski programi na ravni lokalnih skupnosti, programi za spodbujanje povezovanja med ljudmi, promocijski programi prilagojeni posameznim starostnim, poklicnim in drugim ranljivim skupinam, antistigmatizacijski in antidiskriminacijski programi, izobraževanje po celi regiji, zadovoljevanje potreb znotraj regije, če si zaposlen, še ne pomeni, da imaš denar, dolgoročno izpostavljenost stresu lahko vodi do duševne bolezni, zaposlitveni pogoji imajo vpliv na duševno bolezen, odvisno od tega, kaj vpliva na človeka, razlike med regijami po višini dohodka, na podeželju so ljudje bolj povezani, strah pred stigmatizacijo, strah pred novostmi, povezanost med ljudmi odvisna od vzroka obolenja, razlika med predelom na telesno in duševno bolezen, ocena delovanja ustvarjena na podlagi mnenja drugih, pri nas je prisotna solidarnost, pomoč drug drugemu, sosedsko prijateljstvo, pomoč, vsak je fokusiran na to, da bo preživel sebe in svojo družino, ljudje o posebnostih pri sosedih raje obvestijo CSD, kot bi sami ukrepali, ljudje so različno med sabo povezani, povezanost in medsebojna pomoč med člani družine.
	neprilagojenost storitev potrebam	
	preventivni programi	
	potreba po preventivnem delovanju	
	kakovostna delovna mesta	
	povezanost ljudi	
	preprečevanje stresa	
SODELOVANJE ORGANIZACIJ	destigmatizacija	regijsko sodelovanje je lažje zaradi medsebojnega poznavanja, spodbude za sodelovanje na področju alkoholizma, še veliko manevrskega prostora za povezovanje, sodelovanje izvajalcev iz različnih organizacij ne kot konkurenti temveč kot sodelavci, povezanost različnih akterjev – izziv, s povezovaljem lahko naredimo več dobrega, optimizacija dela s sodelovanjem, sodelovanje organizacij lokalno je dobro, ni protokolov sodelovanja med organizacijami.
	solidarnost	
	regijsko sodelovanje	
	medsebojno poznavanje	
	partnerstvo	
NVO	optimizacija dela	ni številčnih podatkov o NVO, podatki o NVO dostopni prek različnih spletnih strani, ni skupnega registra NVO, več NVO je za droge in alkohol, NVO mi pomagajo samo pri ciljih, ki niso življenjsko pomembni, NVO – izvajalke prostočasnih aktivnosti, delavnic in izobraževanj, pri NVO je problem v vrsti programov, ki jih ponujajo, svetovalni razgovor v NVO ali skupina za samopomoč pred obravnavo pri koordinatorju, dobra lastnost – odprtost do vseh ljudi.
	protokoli sodelovanja	
	naloge NVO	
	statistični podatki o NVO	
	register NVO	
	programi NVO	
odprtost za vse		

Priloga A.4: Ocena strokovnjakov o delovanju podporne mreže organizacij za osebe s težavami v DZ v posameznih lokalnih skupnostih

Področja	Kategorije	Kode
PREPOZNAVANJE OSEB S TEŽAVAMI V DZ	delo s posameznikom	delo s populacijo in delo s posameznikom, duševne motnje morajo biti prepoznane strokovno, želja po uvedbi screening testa, vprašanje je, ali lahko izvaja screening test medicinska sestra, za prepoznavanje samomorilno ogroženega pacienta so potrebne izkušnje, pomen socialne mreže, medsebojni vplivi med člani v družini, sistematski pregledi različnih skupin v okviru zdravstvenega varstva, čakanje ljudi ali proaktivno delovanje.
	populacijski pristop	
	kompetence	
	screening test	
	izkušnje	
	vpliv socialne mreže	
PODPORNA MREŽA	neenakomerna obremenjenost	centri za duševno zdravje za kompleksno odgovarjanje na probleme, preveč dela usmerjeno na družinskega zdravnika, pred odpustom iz bolnišnice okrepiti skupnostne službe, ambulanta, ki nudi brezplačne psihološke storitve, financira jo država in občina, prispevek uporabnika simboličen – 5 eur, če je vse zastoj – človek dvomi, da je obravnava realna, specialistov klinične psihologije je v Sloveniji zelo malo, NIJZ da pobudo za spremembo, pripraviti programe v danih okoliščinah, psihiatrični dispanzer ne obstaja – ohranja se samo ime, razlike med centralno in periferno ponudbo organizacij, Ljubljana kadrovske in finančno močnejša, v manjših krajih en človek opravlja več vlog, bogat nabor aktivnosti primerljiv z evropskimi državami, ni nacionalnega programa duševnega zdravlja.
	ravnovesje med bolnišničnimi in skupnostnimi službami	
	prispevek uporabnika	
	razlike glede na velikost kraja	
	razvoj podporne mreže	
	psihiatrični dispanzer	
OBRAVNAVA	procesi zaupanja	o osebnih stvareh je lažje govoriti z deležniki, ki niso v uniformi, k psihiatru lahko prideš, če imaš

OSEB Z TEŽAVAMI V DZ	podoba izvajalcev	napotnico, v manjšem okolju je hitrejši odziv, če ni ustreznega odziva izvajalcev, človek ne bo več prišel, v Ljubljani se razelektri zamera do izvajalca, fokusiranje na potrebo uporabnika, za DC Metlika ni bilo podpore ministrstva, terensko delo je zelo zahtevno, zahteva veliko senzibilnosti in izkušenj, pomanjkanje časa za kakovostno obravnavo, terensko delo zahteva več stroškov kot institucionalna namestitve, transparentna ureditev standardov in normativov za terensko delo, potrebe ljudi se glede na obliko obravnave razlikujejo, zanikanje težav je eden od problemov v DZ, ciljana oskrba, svetovanje, zdravljenje z zdravili – delno uspešno, kombinacija ukrepov je najbolj učinkovita, pogled na človeka v njegovi situaciji, če koordinator pokriva preveliko področje, je neučinkovit, koordinator – zahtevno delo, monitoring, spremljanje situacije, ob diktiranju težav – povečanje pozornosti.
	možnost izbire	
	terensko delo	
	časovne omejitve	
	zanikanje težav	
	kombiniranje metod zdravljenja	
	koordiniranje obravnave	
	standardi in normativi	
	celovita obravnava	
	povečanje pozornosti	
	virii okolja	
ZDRAVLJENJE DEPRESIJE	kombinacija zdravljenja	najboljša kombinacija majhna doza antidepressiva in psihoterapije, osebe z depresijo pogosto k bioenergetiku, odvisnost depresije od podnebnih pasov, slaba pokritost s programi za osebe z depresijo v nekaterih regijah.
	alternativno zdravljenje	
POVEZOVANJE, SODELOVANJE	namensko združevanje	povezovanje pereč problem, podporna mreža ljudi, ki se združujejo za pomoč posamezni ciljni skupini, med organizacijami prisotno vrčičkarstvo, vzdržna mreža skrbi na področju duševnega zdravlja, vzpostavitev skupnostnih psihiatričnih timov, povezati lokalne službe in jih nadgraditi z dostopnejšo psihiatrično oskrbo, območne enote imajo stik z izvajalsko ravni.
	vzdržnost mreže skrbi	
	podporna mreža ranljivi skupini	
	nadgrajevanje obstoječih služb	
ZDRUŽEVANJE V NVO	udejanjanje ljudi	NVO v Sloveniji je veliko, več kot polovica ljudi je član neke NVO, ljudje se udejanjamo, smo aktivni, ob vstopu v prostor NVO ponudi program, ki ga ljudje potrebujejo, Šent – ni terenskega dela, Ozara – osnovno izhodišče čim bližje domu, NVO – boljše delujejo, saj se ljudje lažje obračajo na strukture, ki niso zdravstvene, NIJZ spremljal bazo NVO.
	namenska ponudba	
	programov blizu doma	
	baza NVO	

Priloga A.5: Ocena strokovnjakov o vplivu značilnosti okolja na pojavnost težav v DZ, na organizacije in vrsto njihovih aktivnosti v podporni mreži za osebe s težavamai v DZ

Področja	Kategorije	Kode
VPLIVI NA DZ	ekonomsko stanje	korelacija DZ z ekonomskim stanjem, revščina in socialna izključenost, nižja stopnja izobrazbe, indeks deprivacije korelira s pojavnostjo duševnih obolenj v skupnosti, manj priložnosti v oddaljenih krajih, korelacija med oddaljenostjo od središča in dostopnostjo do obravnave, korelacija med številom telesnih in številom duševnih obolenj, vzročna prepletenost dejavnikov za pojav težav v DZ, vpliv tempa življenja in ekonomske situacija na lokacijo delovanja, v večjih mestih je veliko droge, za mlade ni perspektive, uporabniki v mestih so večinoma samski, neopaznost v večjih mestih.
	socialna izključenost	
	kraj bivanja	
	vzročna prepletenost dejavnikov	
	življenjski slog	
	razvojne priložnosti	
ZNAČILNOSTI LOKALNE SKUPNOSTI	neopaznost	redka poseljenost, razpotegnjenost področja, manj možnosti, nizka stopnja zaposlenosti, tukaj so zelo mladi in zelo stari, nov val preseljevanja v skupnost, društvo zdravljenih alkoholikov, skupine za samopomoč na CSD, turistična in druga društva, ki skrbijo za povezovanje, v mestih slabše možnosti glede osebnih stikov, razlike o delu koordinatorja glede na lokacijo delovanja, v večjih mestih je pot do osebe in koordinatorjev lažja, na vaseh pomanjkanje finančnih sredstev za prevoz, razlike v opravljanju izvajalskih del, pomoč javnih delavcev, značilnosti okolja vplivajo na delo.
	ozemeljske značilnosti	
	ekspresivne NVO	
	storitvene NVO	
	človeški kapital	
	delovanje koordinatorja	
	finančna sredstva	
javni promet		
MNENJE JAVNOSTI	javna dela	smo na 2–3 na desetstopenjski lestvici, za mladostniško psihiatrijo edina možnost Ljubljana, samoiniciativno iskanje možnosti za pomoč, ovira, da je bolnišnica najpomembnejša oblika zdravljenja, potreba po zelo raznovrstnih informacijah, pri duševnih boleznih gre za specifične simptome, ki jih ljudje napačno interpretirajo, kakovost izobraževalcev – kdo kaj predava, različnost znanj za institucionalno in skupnostno obravnavo, širok razpon znanja o zakonodaji, osebno poslanstvo, strokovnost, zavzetost ljudi v malem okolju, upati si ukvarjati se s področjem DZ, strokovni delavci niso stigmatizirani, manjka empatije, preveč ukvarjanja s papirji, delajo zgolj na podlagi kataloga pooblastil in nič drugega, preveč pisanja, zapisovanja, včasih je situacija za okolico res naporna, velikokrat pa ni tako, kot opisujejo.
	dostopnost storitev	
	samoiniciativa	
	pomen posameznih oblik zdravljenja	
	kakovost izobraževalcev	
	primanjkljaj empatije	
	birokratizacija	
omejen vpogled v dejansko situacijo		
POTREBE LOKALNE SKUPNOSTI	informiranost	premajhna informiranost o potrebah posamezne lokalne skupnosti, povečanje vložka v mrežo, uspešnost programov odvisna od podpore lokalnih skupnosti, nesorazmerje med km ² , številom prebivalstva in številom koordinatorjev, Bela krajina ima koordinatorja enkrat na teden, nimaš možnosti, da bi posamezniku kaj ponudil, sam pa nima financ, da bi si kaj plačal, tehten premislek o potrebi obiska na domu ali motiviranja za obravnavo v pisarni, racionalnost pri porabi sredstev, ni težav z delodajalcem, z dobrim programom je mogoče pridobiti sodelovanje županov, država deluje v okviru postavljenih normativov, preveč dokumentacije pri urejanju financiranja, v praksi si vsak po svoje zastavi in razmišlja, kaj je potrebno, vsak si ustvari svojo bazo podatkov, dostikrat se ustavijo prizadevanja na papirju, posameznik nima moči – izguba upanja, padec motivacije, občutek metanja energije skozi okno, okrnjena podporna mreža, pojavljajo se dezinformacije, nekateri ljudje ne živijo po pričakovanjih okolice, na CSD so informacije na dosegu rok, ustanovitev informacijske pisarne.
	podpora lokalnih oblasti	
	podpora delodajalcev	
	koordinator	
	motiviranje	
	obrnava na domu	
	baze podatkov	
	razkorak med besedami in dejanji	
	občutek nemoči	
	dopolnitev virov posameznika	
družbene norme		
RAZISKOVANJE	posredovanje znanstvenih podatkov	za znanstveno obrazložitev so potrebni znanstveni podatki, država financira plače, za raziskave je potrebno dobiti sredstva, prijava na razpise, problem, da imamo podatke na ravni zdravstvenih regij ali na ravni statističnih regij in le-ti niso medsebojno primerljivi, nezanimanje zaradi specifik narave bolezni.
	projektni menedžment	
	statistični podatki	
	statistični podatki	

Priloga A.6: Ocena strokovnjakov o podpori lokalnih oblasti pri razvoju podporne mreže za osebe s težavami v DZ

Področja	Kategorije	Kode
VLOGA LOKALNIH SKUPNOSTI	senzibilnost ljudi	ključna vloga občin, senzibilnost ljudi v občinskih strukturah, različno delovanje občin, v občinah prisoten tudi odklonilni odnos, pri odločitvah pomembna osebna izkušnja odločevalcev, širiti zavedanje v občini, da so ljudje z motnjo v DZ del skupnosti, pomembna vsaj posredna podpora lokalnih oblasti, gotovo za občine ni relevantno vse, kar NIZJ počne, v regijah so različni problemi, sodelovanje v vlogi deležnika, afiniteta župana do sociale, vpliv župana in politike na subvencioniranje namestitve v stanovanjsko skupino, denar se je zaradi izjemnih okoliščin v občini preusmeril, ni bilo koordinatorskega sestanka s strani občine, plačnik koordinatorja – državni proračun, sodelovanje z občino pri urejanju stanovanjske problematike, deluje samo tisto, za kar je zakonska podlaga, pri občinskih uradnikih ni privilegijev zaradi vloge koordinatorja, občina v širitev ne bo šla, vsaka aktivnost za zagon potrebuje nekaj sredstev, občina ni bila sklicatelj posvetov, temveč koordinatorji, občina se obrača občasno na njih glede na posamezen primer – sklicatelj timskega sestanka, potreba po stanovanjski skupini in dnevnem centru, podpora občin skozi projekte, v preteklosti več sredstev dodeljenih s strani župana, prijava na razpis za financiranje laičnega sodelavca za terensko delo, ne vem, če na občini vedo, da obstajam, sodelovanje z občino v primeru urejanja sofinanciranja, tam, kjer je občina videla problem zase, je postopek stekel nekoliko hitreje, nekatere občine nerade financirajo, tetralog: politika, uporabniki, svojci in strokovni sodelavci.
	izkušnja odločevalcev	
	ozaveščenost prebivalcev	
	subvencioniranje storitev	
	deležnik v podporni mreži	
	občina kot sklicatelj	
	prioritetna področja	
	zakonska podlaga za delovanje	
	projektno sodelovanje	
	javna dela	
informiranost občinskih uradnikov	ni koordinacijskih skupin in delovnih sestankov, koordinacijski sestanek za področje DZ, pri nas ni sodelovanja, protokol sodelovanja delajo izvajalci sami, protokolov sodelovanja ni, sodelovanje polno predsodkov, svetovni dan duševnega zdravja kot priložnost povezovanja, protokol sodelovanja koordinatorja s psihiatrijo je v pripravi, pravilnik o delu koordinatorja se spreminja, mesečni aktivni na AKOS (skupnost centrov za socialno delo), predstavitev koordinatorskega kongresa socialnega dela, individualno predstavljane koordinatorske delovne srečanja, timski sestanki za iskanje možnosti, kako naprej, vzpostavili smo sodelovanje med vladnimi organizacijami in NVO, potreben bo razširjen ponovitveni sestanek z vključitvijo sodišč, koordinatorji smo svoje prispevali, sedaj pa naj še sodišče, policija ... zdravstvo krivec za zastoj.	
sodelovanje deležnikov		
delovni sestanki		
protokoli sodelovanja		
predsodki kot ovira za sodelovanje		
interdisciplinarno sodelovanje		
medsektorsko sodelovanje		
prelaganje odgovornosti		
podpora občine		občina podpira delo NVO, NVO se morajo reklamirati, da ljudje potem vedo, kje iskati pomoč, nepoznavanje njihove strukture v občini, nepoznavanje mnenja NVO, NVO primer dobre prakse, kako vzpostavljati sodelovanje – priložnost za učenje, NVO v vlogi koordinatorja, NVO v vlogi organizatorja promocijske dejavnosti, premalo zaposlenih v NVO, NVO obvladajo prijavljanje na razpise.
promoviranje dejavnosti		
informiranje občinskih uradnikov s stališči NVO		
primeri dobre prakse		
priložnosti vključevanja NVO		
SKRBE ZA OSEBE Z DEPRESIJO	meja med zdravjem in boleznijo	prepoznavanje meje med depresijo in depresivnim razpoloženjem, skupnostna skrb je idealen koncept za osebe z depresijo.
skupnostna skrb		
DEJAVNOSTI IZVAJALCEV	oblika zaposlitve	javni delavci so laični sodelavci, opremljeni z znanjem, terensko delo vzame ogromno časa, da se pripelje z ene točke v drugo, potreba po lastnem službenem avtu, izguba časa zaradi dogovarjanja za avto, potreba po pomočniku, finančne težave zaradi prevoza razrešujemo individualno, več terenskega dela, želja po razširitvi programov prisotna, manj izvajalskih del, več časa za strokovno delo, spremstvo po različnih uradih, mu lažje pomagamo kaj urediti, možnost pomočnika, projekt v sodelovanju z Ministrstvom za obrambo, težave pri posredovanju informacij ni dovoljšna informiranost izvedba sistematičnega izobraževanja za strokovne sodelavce, iskanje novih virov financiranja udeležbe na konferencah, prostovoljsko delo na tem področju ni razvito.
	pogoji terenskega dela	
	izkoristek časa	
	podporne dejavnosti	
	celostna obravnava	
	sodelovanje v projektih	
	individualni pristop	
	izobraževanje strokovnih delavcev	
	vir financiranja za izobraževanje	
	prostovoljsko delo v okviru delovnega mesta	
entuziazem		
tvorjenje mrež		
naloge prostovoljcev		
podpora pri osamosvojitvi		

Priloga A.7: Ocena strokovnjakov o sodelovanju med organizacijami v podporni mreži za osebe s težavami v DZ

Področja	Kategorije	Kode
NORMATIVNA UREDITEV	kulturna raznolikost	Slovenija je kulturno zelo različna, prisotna bitka za primat in sofinanciranje, razbremenitev z zakonsko regulirano umestitvijo psihoterapije v sistem kot veznega člana med zdravstvom in socialno, potrebno je določiti, kaj je javni interes, kaj je osnovna košarica, premisliti o načinu financiranja koncesionarjev v razmerju do javnih ustanov, podpora občine, ni podpore ministrstva, izjasniti se o potrebah na podlagi normativov in možna konkurenčnost pri podeljevanju koncesij, prevladujoča paradigma še vedno v nasprotju z integrativno, informiranost o pravicah je tako slaba kot drugod, ljudje nimajo dovolj informacij, skupnostna skrb še ni razvita, posredno se vsi ukvarjajo z zdravjem – mislijo pa, da je to domena zdravstva, potreba po spremembi zakona o zdravstveni dejavnosti, različna razlaga zakona v zvezi s pridobivanjem javnih sredstev.
	tekmovalnost, konkurenčnost	
	javni interes	
	prevladujoča paradigma	
	skupnostna skrb	
	sprememba zakona	
INTERDISCIPLINARNO SODELOVANJE	različna razlaga zakona	interdisciplinarnost ni razvidna s papirja, ni protokola, kako se povezovati, povezovanje je odvisno od volje posameznika, ni motivacije za sodelovanje, ker ni zagotovljenih osnovnih pogojev, sodelovanje na podlagi potreb, podlaga je: redni koordinacijski sestanki dvakrat letno, ni sodelovanja s koordinatorjem obravnave v skupnosti, manjka koordinatorski za realizacijo multidisciplinarnega pristopa, manjka podlaga za sodelovanje v obliki strategije, koordinatorski bi lahko bila občina, ljudje se obračajo tudi na ZZV, mreža smo državne institucije z različnih resorjev, v sodelovanju med izvajalci so še rezerve, ne znamo sodelovati kot partnerji pri izvajanju, pomanjkanje informacij – ovira v sodelovanju, zaprtost strokovnjakov v program, spridenje timskih srečanj – ukazovanje, odrejanje, pomanjkanje kompetenc, samozavesti za timsko delo, sodelovanje ni zakonsko ovrednoteno, ni jasnega standarda – posledica nesigurnost izvajalcev, sodelovanje v odnosu s strukturo, ki ima vpliv v lokalni skupnosti, kompatibilnost programov med sabo, koordinativno sodelovanje, kolaborativno
	zakonska podlaga	
	osnovni pogoji za sodelovanje	
	motivacija, volja	
	sodelovanje na podlagi potreb	
	pomanjkanje informacij	
	strategija za povezovanje	
	kompetence za timsko delo	
	kompatibilnost programov	
integrativno sodelovanje		

	<p>povečana pozornost</p> <p>nejasna razmejitev vlog</p> <p>partnersko sodelovanje</p> <p>poklicna identiteta</p>	<p>in integrativno sodelovanje, enakovredno sodelovanje z znanjem vsak s svojega področja, ocena sodelovanja 3–4 na 10-stopenjski lestvici, vzpostavljeno sodelovanje na podlagi ciljev in potreb, multidisciplinarni tim ni za vsakega uporabnika, čeprav je predpisan, ovira v sodelovanju je usmerjanje pozornosti na dokumente in ustrezno vodenje, ne pa na delovanje, negativna izkušnja s sodelovanjem v dvojni vlogi, enakovredno sodelovanje z znanjem vsak s svojega področja, občutek patronažnih medicinskih sester, da bo vse na njih, premajhno zaupanje socialnemu delavcu.</p>
OBRAVNAVA OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU	<p>vpliv na osebne okoliščine</p> <p>primeri dobre prakse</p> <p>vplivanje na samostojnost</p> <p>motivator v skupnosti</p> <p>pomen pravega trenutka</p> <p>pritisek okolja</p> <p>terensko delo</p> <p>prisotnost manipulacije</p> <p>intelektualna oviranost</p> <p>metode podajanja informacij</p> <p>individualni načrt</p> <p>vreodenje uspeha</p> <p>pomanjkanje zaupanja</p>	<p>olajševanje duševne stiske z vplivanjem na okoliščine, neznanje ravnanja z denarjem, osebam je pomembna konstanta, ne morejo vzpostaviti očesnega stika, nepoznavanje pravic, držanje človeka v nenormalnih pogojih v skupnosti, koordinacija različnih služb za odplačilo dolgov, navidezna rešitev zavoda, deložacije ali klošarstva, vzdrževanje in spodbujanje samostojnosti, neoziranj na mnenje soseske, problem napotitve drugam na obravnavo, pri obravnavi zgrešimo ključne momente, manjka empatije, potreba po motivatorju, ki bi jih zgrabil v trenutku krize, strah pred nedoseganjem norme, prepoznavna trenutka, ko je motivacija najvišja, zamuditev ugodnega trenutka, poslabšanje odnosov, sekundarne posledice, včasih pritisk okolja tako močan, da predčasno ukrepaš, pravilo, da se ne gre v postopke, predno se osebe ne vidi, manipulacijam je potrebno reči ne, primeri dobre prakse učinkovitega ukrepanja, lastninska pravica do stanovanja na partnerju, finančne stiske itd., ne pacienti k nam – mi k njim, multidisciplinarni tim na CSD ni vedno smiselni, moral bi biti na terenu, povratna informacija je izjemno pomembna, intelektualna oviranost zaradi narave bolezni, preveč strokovno podajanje informacij, uporaba praktičnega, bolj strokovnega jezika je bolj uporabna, pri vsakem človeku je drugačna minimalna zmaga, uspeh se meri v majhnikih korakih, pozornost izvajalcev za zaznavanje pacienta, iskanje informacij glede na različne cilje, individualni načrt – ena izmed metod socialnega delavca, veliko časa se porabi za poročila in pripravo na projekte, pisna prošnja za vključitev posameznih služb.</p>
SODELOVANJE S SVOJCI	<p>pričakovanja svojcev</p> <p>odnos svojcev</p> <p>potreba po uravnoteženi podpori</p> <p>zabrisanost vlog</p>	<p>pri sodelovanju s svojci so težave, pojavljajo se pritiski, nerealna pričakovanja svojcev, pričakovanje pohval, nagrad, čudežev, destruktivni odnos svojcev do truda uporabnika, nekateri svojci nudijo dobro podporo svojim bližnjim: mladim mamicam, svojci govorijo namesto uporabnika, včasih ne veš, kdo je uporabnik storitev, svojci ali oseba, ki jo obravnavaš, namestitev v zavod ni možna na željo svojcev, večkrat so težave s svojci kot z uporabnikom, težave so v abnormnih pričakovanih svojcev.</p>
SODELOVANJE NVO V PODPORNIM MREŽI	<p>področje socialnega varstva</p> <p>neusklajenost med zakoni</p> <p>opredelitev financiranja NVO</p> <p>koncesija in NVO</p> <p>vstop v javno mrežo</p> <p>pogoji za obravnavo</p>	<p>NVO smo zakonsko pod področjem socialnega varstva, dvopartitni sistem: javna mreža in zasebniki, neusklajenost med zakoni, manjka opredelitev financiranja dejavnosti NVO, koncesija omogoča vstop v javno mrežo, dopolnitev javne mreže, dnevni centri bi se reorganizirali in zaprosili za koncesijo, NVO so valilnica dobrih programov, prenos programov iz NVO v javni sektor – ne uspe, nekatera društva so butična, za stanovanjsko skupino je uporabnik izbran, pogajanje in dogovarjanje pred sprejemom v stanovanjsko skupino, NVO redko član multidisciplinarnega tima, NVO se po dejavnostih malo razlikujejo, NVO sodelujejo s CSD – za prevzem obravnave, CSD na koncu dobi pacienta, če NVO kličejo ali pa ne.</p>

Priloga A.8: Ocena strokovnjakov o potrebah oseb s težavami v DZ v 21. stoletju

Področja	Kategorije	Kode
MNENJE JAVNOSTI	<p>dobrodelnost države</p> <p>potreba po pregledu stanja</p> <p>stigmatizacija področja</p> <p>nepovezanost strokovnjakov</p> <p>vpliv medijev</p> <p>pričakovanja ljudi</p>	<p>napačno razmišljanje o dobrodelnosti države, v Sloveniji pravega urbanega okolja ni, v regiji NM ni bolnišnične institucije, strokovnjaki so razpredalčkani, ali pa je koncesionar, zahteva po pregledu stanja, človek enači psihiatrično obravnavo s prisilnim jopičem, s prisilno odvedbo, predsodek: Polje – konec življenja, razumevanje družbe, svojcev, mediji tako napišejo, da je zadeva berljiva, čedalje več ljudi želi več kot samo zdravlila, plačljive programe si ne morejo privoščiti, potreba po brezplačni psihoterapiji, večja odgovornost prek medijev.</p>
OBRAVNAVA OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU	<p>medikamentozna terapija</p> <p>komponente obravnave</p> <p>preseganje biološkičnega razmišljanja</p> <p>humanistični in empatični odnos</p> <p>inovativni pristopi</p> <p>aktivacija</p> <p>strah pred izgubo uporabnika</p> <p>deljena odgovornost</p> <p>dolžnost ukrepanja</p> <p>pravica do izbire in odločanja</p> <p>upoštevanje spremljajočih okoliščin</p> <p>primeri dobre prakse</p>	<p>preveč medikamentozne terapije, manjka pogovora, pomembne komponente: prepoznavanje problema, zdravljenje, ustvarjanje podpornega okolja, potreba po presejanju biološkičnega razmišljanja, krepitev humanističnega in empatičnega pristopa k obravnavi, omogočanje in spodbujanje produktivnosti, prehitro pisanje receptov, prevelika razvajenost v smislu hitrega učinka tablete, aktivacija kot proces zdravljenja, ob dogovoru ni popuščanja, inovativni načini v prizadevanju za napredek uporabnika, alarmantni načini življenja, koordinator ne sme delati namesto njih, navezanost na uporabnike, prisoten strah pred izgubo pacienta, cilji: jemanje terapije, vključevanje v družbo, da ne gredo nazaj v Polje, prepletenost zdravstva in sociale, celovita obravnavo ni po muštru, temveč je individualni pristop, potrebno je prepoznati specifičnosti posameznikovega življenja, vsaka oseba je odgovorna za svoje življenje, strokovni delavec ima svojo poslovno odgovornost, razlaga o dolžnosti ukrepanja po uradni dolžnosti uporabniku, ljudem moramo dati možnost, da sami stvari peljejo, pomembno, da psihiater deluje na terenu, da lažje odloči, sočasno jemanje zdravil za zmanjševanje stranskih učinkov zdravil, katera oblika obravnave je najboljša za osebo, je odvisno od nje, narave bolezni in njenih spremljajočih okoliščin, iz psihiatrije pridejo otopeni, multidisciplinarni timi v skupnosti – primer dobre prakse, pogoj in možnost za vsakogar.</p>
POTREBE UPORABNIKOV STORITEV	<p>sistematičnost ugotavljanja potreb</p> <p>učenje soočanja s težavami</p> <p>kakovost življenja</p> <p>manipulacija z ljudmi</p> <p>strategije preživetja</p> <p>vloga duševnega bolnika</p> <p>spoštovanje dostojanstva</p> <p>opuščanje terapije zaradi stranskih učinkov zdravil</p> <p>celovita obravnavo</p> <p>funkcioniranje ob podpori</p> <p>potrebe v času poslabšanja</p> <p>eksistencialna preskrbljenost</p> <p>opolnomočenje</p> <p>potreba po odklopu, nadzoru</p>	<p>ni sistematičnega ugotavljanja, katere potrebe so na lokalnem nivoju, težave, s katerimi se ne znajo soočiti, učenje soočanja s težavami, samopriznavanje težav v DZ, odkritost, pomembno je poslušanje in slišanje, problem vzeti za izziv in jih reševati sproti, soočanje s problemi, pomembna je hitra pomoč, drastično poslabšanje kakovosti življenja, koriščenje pomoči različnih organizacij, rešitev – preselitev v institucijo, ljudje bolj potrebujejo skupnostno obravnavo, ker smo del skupnosti, postanejo zelo iznajdljivi in manipulirajo z ljudmi, vloga duševni bolnik, jim po eni strani odgovarja, uporabniki zahtevajo izkušenega strokovnega delavca, gre za razvoj različnih strategij preživetja, nekateri gredo na dopust v Polje, vseh jim je, če ne potrebujejo nič misliti in delati – nestrokovnost zdravstvenih in socialnih delavcev, potrebujejo pohvale in kritike in to vpliva na zadovoljstvo, najhujše jim je, če so številka, če so kot človek razvrednoteni, razumevanje, da jim je težko zaradi stranskih učinkov jemati terapijo, stranski učinki: ne morejo misliti, hoditi, so slinasti – zmanjšujejo dozo – slabše počutje, funkcioniranje na vodilnih mestih možno ob ustrezi podpori, motiviranje za vztrajanje pri jemanju terapije, samostojnega življenja niso zmožnosti zaradi finančnega vidika, mladi se usmerjajo v programe zaposlitvene rehabilitacije, slabše izražanje potreb, zadržki pred jemanjem tablet, potreba po celoviti obravnavi, za zaupanje potrebujejo več časa, načeloma večina oseb ve, kaj potrebujejo v času poslabšanja, eni načeloma takrat potrebujejo hospitalizacijo, drugi želijo krizo prebroditi doma, z osebo se poskusimo pogovoriti, da ne pride do prisilne hospitalizacije,</p>

	izogibanje bolniškemu staležu	potreba po pogovoru, da so slišani, potreba po hospitalizaciji je prisotna, zaradi potrebe po odklopu ali nadzoru, občutenje varnosti in eksistencialna preskrbljenost, strah pred izgubo službe/izogibanje bolniške, spolnomočenje, da samostojno vkoraka v življenje.
UPORABNIŠKA PERSPEKTIVA	zahteve uporabnikov	potrebno okrepiti zahtevanje s strani uporabnikov, vključevanje uporabnikov v procese načrtovanja in izvajanja, uporabniki bi morali biti za sodelovanje v raziskovalnem procesu plačani, pasiviziranje z dodatnimi sredstvi, gre za zelo srčne ljudi, zadovoljni so, ker radi prihajajo, zaradi številnih razočaranj težko zaupajo drugim ljudem, nekaterim uporabnikom se zdi, da so poskusni zajčki, prevelika storilnostna naravnost in občutek nekoristnosti, osebna odločitve in želja po spremembi, oseba sama ni kritična zaradi poslabšanja bolezni, vzgoja staršev za osamosvojitvev otrok, ni vse odvisno od strokovnega delavca, človeški odnos, ki temelji na iskrenosti, delo z ljudmi – posebna umetnost.
	vključevanje uporabnikov	
	sodelovanje v raziskovalnem procesu	
	pasivizacija uporabnikov	
	nekritičnost ob poslabšanju bolezni	
človeški odnos		
DEPRESIJA	večplastnost depresije	pojav depresije ni enoznačen problem, potrebe oseb z depresijo – delovna aktivnost, socialno vključevanje, depresija je ozdravljiva, potrebe ljudi, da do depresije ne pride, deprja je bolj izgovor, ljudje z depresijo so ljudje, ki so sebe postavili na drugo mesto in imajo slabo samopodobo, perfekcionisti, natančni, vestni, zahtevni do sebe, pomanjkanje večšin ravnanja s samim sabo in z drugimi, zavedanje oseb z depresijo, da je ozdravitev možna, nesrečne življenjske okoliščine botrovala k pojavu depresije, osebe z depresijo težko razkrijejo probleme.
	delovna aktivacija	
	socialno vključevanje	
	preprečevanje depresije	
	značilnosti oseb z depresijo	
prognoza depresije		

Priloga A.9: Ocena strokovnjakov o učinkovitosti krepitev moči oseb s težavami v DZ

Področja	Kategorije	Kode
PROMOCIJA ZDRAVJA IN PREVENTIVA	vstop v program	z dobro preventivo je možno povečanje vstopa oseb v obravnavo, mreža strokovnjakov znotraj regije, kritično pri samomirih, potrebno delo na preventivi, vpliv na sposobnost dijakovega razumevanja samopodobe, tanka meja med zdravjem in boleznijo za vsakogar, pomembne delavnice med osnovnošolci in srednješolci, pomoč v obliki predavanj v širši javnosti. ljudje se zamenjajo, tematika se obrne, stigma je prisotna, on, ki je bil v norišnici, umobolnici, pogosto, stigma ostaja v primarnem okolju, deležniki v okolju, ki izvajajo konstantno aktivnosti destigmatizacije, neodzivnost ljudi na povabilo na brezplačno skrining preiskavo, ni pripravljenosti izpostaviti se v skupini zaradi racionalnega razmišljanja, človek se poistoveti z boleznijo in označi sam sebe.
	mreženje strokovnjakov	
	razumevanje samopodobe	
	meja med zdravjem in boleznijo	
	ciljna populacija	
	destigmatizacija	
	screening testi	
	javno izpostavljanje	
	poistovetenje z boleznijo	
	METODE DELA	
usmerjenost na pozornosti		
izpostavljanje uspehov		
sprejemanje odločitev		
indikacije za hospitalizacijo		
nudenje pomoči		
ustvarjanje odvisnosti		
spodbujanje samostojnosti		
fleksibilnost		
sodelovanje		
ugled organizacije		
VREDNOTENJE UČINKOVITOSTI	preverjanje lastne učinkovitosti	nezavedanje vseh o nujnosti preverjanja lastne učinkovitosti, preveliko fokusiranje na boljše/slabše plače, potreba po sistemskih spremembah v organizaciji, preverjanje učinkovitosti prek sveta uporabnikov, svojecev in lokalne iniciative, pridobivanje informacij o učinkovitosti prek neposrednega stika z ljudmi, pozornost na odzive, pritožbe, nestrinjanja s programom, povečano vključevanje v programe dnevnega centra, upoštevanje kazalcev in rezultatov zunanje evalvacije, učinkovitost – doseganje ciljev, pokazatelj je napredek ljudi, iz naših oči miniaturne stvari, za njih velik dosežek, zмага je preseči omejitve, ki izhajajo iz bolezni, če je motivacija pacienta visoka, ta sam opazi napredek, učinkovitost vodi v pregorelost, uporabniki niso vprašani, kako ocenjujejo kakovost obravnave.
	fokusiranje na finance	
	sistemske spremembe v organizaciji	
	mnenje sveta uporabnikov	
	neposredni stik z ljudmi	
	mnenje uporabnikov	
	normativni kazalniki	
	nenormativni kazalniki	
	napredek v majhnih korakih	
	presejanje omejitev	
POTREBNE SPREMEMBE	zaposlovanje	zaposlitveni programi – učinkovita strategija preusmerjanja finančnih sredstev iz institucij v skupnost, potreba biti viden, slišan in da zmorejo najti nekaj, kar jih vodi naprej, sprememba ali saniranje okoliščin, v katerih živijo, težko spreminjanje okoliščin, saj ni moči, da bi kar koli spremenili, prek stanovanjske skupine osmislijo dan, dopuščanje vpliva nad lastnim življenjem in ga obvarovati pred tveganjem, nezaposlenost in nezaposljivost, nekateri delodajalci imajo posluh, nevarnost: stigma in institucionalizacija, mnogo ljudi na visokih položajih se ne zdravi, edukacija edukatorjev, učitelji željni informacij, dodatnih znanj – duševno zdravje mladostnikov, strah, nelagodje pred spremembami, moja služba obstaja zaradi uporabnikov, enakovrednost v odnosu, osebna kriza izvajalcev zaradi previsokih pričakovanj – ovrednotenje kot osebni neuspeh, nekateri ocenjujejo, da ne bi mogli delati s to populacijo, na CSD smo psihiči, ker delamo na področju DZ.
	preusmerjanje finančnih sredstev	
	iskanje možnosti razvoja	
	saniranje spremljajočih okoliščin	
	osmišljenje dneva	
	edukacija izobraževalcev	
	pot doseganja sprememb	
	pričakovanja izvajalcev	
	poklicna identiteta	
	stereotipi o ljudeh, ki delajo na področju DZ	
medsebojni odnos		
vrednotenje osebnega uspeha		
DEPRESIJA	ambasadorji depresije	ambasadorji depresije – ljudje, ki imajo izkušnjo depresije, v depresiji moč osebe izzveni, osebe v močni depresiji ne vidijo svoje vrednosti.
	izguba vrednosti, moči	
UČINKOVITOST NVO	uspešnost NVO	NVO so uspešne, NVO na področju DZ se trudijo, niso še izkoriščeni vsi potenciali NVO, prepuščeni smo sami sebi, lastni iznajdljivosti, strokovna služba je pomemben povezovalni akter, ne NVO, NVO ne zmorejo vsega same, vloga NVO je opozicijska, fluktuacija delavcev prek javnih del v NVO deluje neugodno, ni pa nujno, NVO in stanovanjske skupine nimajo tako usposobljenega kadra, nagnjenost uporabnikov k nekritičnosti, tekmovanje z NVO pri pripravi projektov, začutenje, lastne vrednosti deluje ugodno, presoja realnosti ciljev mora potekati, presoja varnosti napolitve mora potekati, kazalnik učinkovitosti: kolikim se bolezen povrne, kazalnik učinkovitosti – iz sistema pride človek, ki je imel manj težav kot prej, NVO so vodilne in učinkovite pri dajanju možnosti za dejavno
	potenciali NVO	
	povezovanje NVO	
	delitev nalog znotraj mreže	
	usposobljenost kadra	
	dejavno vključevanje v skupnost	
	nekritičnost uporabnikov	

	kazalniki učinkovitosti	vključitev v skupnost, NVO so dovolj učinkovite, pisarna za osebe z depresijo, klic NVO zaradi namestitve v stanovanjske skupine, vsak ima svoj elitni seznam NVO.
	učinkovitost NVO	
	seznam in programi NVO	
	načini sodelovanja z NVO	

Priloga A.10: Ocena strokovnjakov o vlogi NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ

Področja	Kategorije	Kode
SODELOVANJE PRI OBRAVNAVI	predsodki	nimamo predsodkov do NVO, zadržkov za sodelovanje nikoli ni bilo, mreženje z NVO ni enostavno, komunikacija, kjer imajo zaposlenega, je lažja, ni protokolov sodelovanja, ocena, da sodelovanje poteka, predajanje uporabnika samo v primeru zaupanja, partnersko delovanje z vsemi ne glede na status, razvoj mreže programov glede na potrebe uporabnika, ustvarjanje take mreže, kot jo pač potrebuješ, srečevanje osebnostnih lastnosti zaposlenih, uporabnika in drugih udeležencev, nepoznavanje koncepta dela NVO, njihovega delovanja, vprašljivo medsebojno zaupanje v strokovnost, stabilnost mreže – prednost za delovanje, povezovanje v mrežo in izboljšanje koordinacije, zaradi večje profesionalizacije postaja stik bolj formalen, s CNVOS pri organizaciji posveta niso sodelovali, nekoč priprava skupnega izobraževanja NVO in bolnišnice.
	temeljno zaupanje	
	razvoj mreže glede na potrebe	
	partnersko sodelovanje	
	organizacija dogodkov	
	formalizacija odnosa z uporabnikom	
	CNVOS	
OSEBNE ZNAČILNOSTI IZVAJALCEV	osebna samopodoba	previsoka samopodoba strokovnih delavcev, dodatna strokovna usposobljenost za delo z osebami z dvojno diagnozo, nezaupanje do nekaterih NVO na podlagi opazovanja njihovega dela, osebna odgovornost ob slabi kakovosti dela, delo z osebami z depresijo zahteva odprtost in zrelost ter zanesljivost.
	usposobljenost za delo	
	osebna odgovornost	
KOORDINACIJA IN INTEGRACIJA	odprtost, zrelost in zanesljivost	ljudje z dvojnimi diagnozami izpadejo iz sistema, NVO so peljale proces skupnostne obravnave pred koordinatorji, s patronažno službo sodelujemo prek pomoči na domu, pri razvoju skupnostne skrbi smo na oceni tri do štiri.
	izpad iz sistema	
	proces skupnostne obravnave	
POGLED POLITIKE NA NVO	pomoč na domu	organizacija posveta, do seznama organizacij prek Ministrstva za notranje zadeve, raziskava o pogledu politike na NVO, NVO so raznoliko telo različnih posameznikov, stališč, interesov in mnenj, NVO zastopajo različna stališča, ki kažejo na interese njihovih članov, politika mora poslušati glas NVO in poskrbeti, da bodo slišani, skrivanje za papirji, varovanje stolčkov, skrivanje za vloge, pri nas je za vse dela dovolj, trajnost programov vezana na politiko, v preteklosti so že bili psihiatrični timi, ki so z odhodom ministra zamrli.
	organizacije posveta	
	raziskave o NVO	
	različnost stališč NVO	
	slišanje glasu NVO	
	trajnost programov	
	varovanje položaja	
delitev del in nalog		
NALOGE NVO	terciarna preventiva	NVO so nosilci terciarnih oblik preventive, NVO so najmočnejše na področju vplivanja na ljudi, omogočanje kakovostnega življenja oseb z motnjo v DZ, v NVO imajo direkten glas uporabniki storitev, NVO širijo glas uporabnikov na področju varovanja človekovih pravic, promociji duševnega zdravja, krepitve moči in direktne participacije uporabnikov, napačna pričakovanja, da bodo NVO zagovarjale skupna stališča, NVO pripomore h kakovosti življenja, NVO so pomemben akter pri obravnavi oseb z depresijo, v NVO si uporabniki izmenjujejo mnenja, NVO morajo imeti razvite aktivnosti, kamor se uporabniki lahko vključujejo, priložnosti vključitve NVO so v aktivnem preživljanju prostega časa, v NVO vidim sodelavce za iskanje novih možnosti na terenu, v NVO bo vsak sprejet, slišan, v NVO bo obravnavan celostno, v NVO morajo osebami jasno postaviti meje, v NVO upoštevanje in aktivacija njihovih spretnosti, v NVO se mora formirati baza znanja, težko motiviram uporabnike za vključitev v NVO, promoviranje različnih meditativnih tehnik je vprašljivo, nekatere skupine so lahko za osebe neustrezne, saj so ti labilne.
	spособnost vplivanja	
	kakovost življenja	
	zastopanje uporabnikov	
	aktivno preživljanje prostega časa	
	postavljanje meja	
	iskanje novih možnosti	
	aktivacija spretnosti	
	baza znanja	
	motiviranje za vključevanje	
	promoviranje tehnik sproščanja	
	labilnost uporabnikov	
	PROGRAMI IN AKTIVNOSTI NVO	
razpršenost programov		
pogoji za sprejem		
lokacija delovanja		
VLOGA/ PRILOŽNOSTI ZA VKLJUČENE	možnost izbire	pomembno, da ima uporabnik možnost izbire, življenje ni konstanta, spremembe doletijo vsakega, nekateri še niso pripravljeni na skupinsko delo; strah, pomanjkanje energije, napačni pristop, priložnost za vključene v NVO je njihova socializacija, apatičnost, zaprtost vase, prednost vključitve v NVO: vključenost, nova poznanstva, občutek vrednosti, da si slišan, spoznanje, da si edinstven, individuum in kot del skupine, tvorec odnosov, nasilne osebe niso za NVO, za usmerjanje uporabnikov v NVO nimam nobenih pomislekov, NVO – potrebno se je pozanimati, kaj društvo počne, obstaja nevarnost manipulacije z ljudmi, izvajalci nimajo vpogleda, kam vse so uporabniki vključeni, postavljanje standardov v NVO lahko zmanjšuje moč uporabnikov, vsak se mora o učinkovitosti bioenergije prepričati sam, usmerjam v psihoterapijo.
	konstantnost sprememb	
	pripravljenost za skupinsko delo	
	usmerjanje uporabnikov v NVO, prostovoljnost	
	tvorec odnosov	
	postavljanje standardov	
	nemedikamentozne oblike zdravljenja	
	pomen pozitivnih izkušenj	
PROSTOVOLJ-STVO	mreža prostovoljcev	z NVO želimo vzpostaviti širšo mrežo prostovoljcev, izziv, kako privabiti ljudi v prostovoljno delo, formiranje skupinice ljudi, ki bi bila pripravljena za sodelovanje v nujnih primerih, nekateri bi lahko prišli kot uporabniki in ne kot prostovoljci, koordinatorji nimamo mreže prostovoljcev – pomanjkanje denarja.
	privabljanje prostovoljcev	
	prekrivanje vlog	

Priloga A.11: Mnenje strokovnjakov o ugotavljanju pričakovanih učinkov delovanja NVO v podporni mreži za osebe s težavami v DZ

Področja	Kategorije	Kode
KAZALNIKI ZA MERJENJE UČINKOVITOSTI	odziv na pritožbe	pomen vseh NVO, ne zgolj strokovnih, kazalniki za merjenje učinkovitosti NVO, število pritožb, kako se odgovarja na pritožbe, kako se ocenjuje potrebe, izvajanje družboslovnih raziskav je zahtevnejše, potreba po raziskavi o potrebah, pritožbe v skupini so dober znak, v NVO mora vladati dinamično neravnovesje, pokazatelj učinkovitosti – številka vključenosti, dokazovanje učinkovitost – najlažje prek zastavljenih ciljev, kakovost življenja se z realizacijo ciljev izboljša, evalvacija z uporabnikom na podlagi ciljev na pol leta, preverjanje, kako se je posamezni cilj uresničil z vidika uporabnika, včasih nismo pozorni ali nam je kaj samoumevno, relevantni kazalnik bi bil število doseženih ciljev, relevantni kazalnik je zadovoljstvo pacientov – potem poteka delovanje v pravi smeri, uspešnost v programih zaposlitvene rehabilitacije, gre za subjektivnost, vrednotenje poteka na pol leta, vprašanje je, kaj uporabniki ocenjujejo, ali sem jim všeč ali ne, in ne kakovost dela, razlika je, če gledamo število ali kakovost obravnav, kazalnik mora biti namenjen tudi svojem, ob nezadovoljstvu bi število udeležencev v programu padalo.
	pomen vseh NVO	
	način ocenjevanja potreb	
	družboslovne raziskave	
	dinamično neravnovesje	
	realizacija zastavljenih ciljev	
	zadovoljstvo pacientov	
	subjektivnost ocenjevanja	
	uspešnost zaposlitvene rehabilitacije	
ocena svojcev		
POLITIKA IN LOKALNA SKUPNOST	politično udejstvovanje	padeč motivacije za delovanje proti politiki, ozaveščanje javnosti o položaju starejših ljudi v družbi, NVO s koncesijo ni več NVO, prevelika negotovost v državi na tem področju, državni program ni direktno prenosljiv v lokalno skupnost, NVO dobro poznajo lokalno skupnost, občina je v pomoč, če ima posluh, občina ima nadzor nad NVO, NVO so finančno odvisne bolj od Ministrstva kot od občine, malo denarja, ni glavarine, v lokalni skupnosti so pomembne tako strokovne kot nestrokovne službe.
	ozaveščanje javnosti	
	prenosljivost programov	
	strokovne in nestrokovne službe lokalnih skupnosti	
AKTIVNOSTI NVO	različni medsebojno povezani programi	programi NVO so različni in se povezujejo, NVO so odlični povezovalci svojega okolja, svojih ljudi in njihovih potreb, NVO imajo pogled na situacijo na področju DZ od spodaj, motiviranje, da je vključevanje v NVO pomembno (RIZ), dolgoročni izziv je ustvariti skupnostno skrb za zdravje, učinkovitost – koliko je NVO pripravljena sodelovati v multidisciplinarnem timu, program NVO se mora spreminjati, dopolnjevati, NVO imajo tudi inšpekcijski nadzor, če bi koncesijo za koordinatorstvo dobile NVO, bi bile bližje uporabnikom, razvojne priložnosti za NVO, da bi ustanovljale regionalne centre, skupine za samopomoč v NVO, preprečevanje diskriminatornih odnosov.
	ustvarjanje skupnostne skrbi	
	ustanavljanje regionalnih centrov	
	podeljevanje koncesij	
	inšpekcijski nadzor	
	skupine za samopomoč	
	destigmatizacija	
IZVAJALCI	splošna razgledanost	širjenje lastnih obzorij prek mreže, vedenje zaposlenih, da bo plača v vsakem primeru, koordinator je bil na CSD nameščen – ker imajo nad javnimi službami kontrolo, na CSD niso problem prevozniki stroški, tiskanje, kot bi bili v NVO, zbiranje informacij o možnih rešitvah iz situacije, človeški pristop – ni skrivanja za uniformo, kmalu po šolanju začneš doživljati razkorak med teorijo in prakso, včasih edino pričakovanje do uporabnika – da naj neha igrati žrtev, motiviram, vendar ne kontroliramo jemanja zdravil, pacient podpiše soglasje za posredovanje podatkov, izgorelost strokovnih delavcev, izogibanje ljudem in njihovim potrebam, pozornost je potrebno usmeriti na pozitivno, tisto, kar je močno, varovanje človekovih pravic, ovira je slabo prepoznavanje potrebe po sodelovanju, nevarnost sodelovanja je v razpršitvi odgovornosti, zaradi sodelovanja je več dela, prioriteta po črki zakona, potem pa mreženje, dinamično sodelovanje vseh organizacij, podpora družinam, vključevanje prostovoljcev.
	plačilo neodvisno od kakovosti dela	
	nadzor nad javnimi službami	
	personaliziran pristop	
	motiviranje za zdravljenje	
	razkorak med teorijo in prakso	
	prepoznavanje potrebe po sodelovanju	
	razpršitev odgovornosti	
	sodelovanje s svojci	
	vključevanje prostovoljcev	
	delovanje po zakonu	
CELOSTNA OBRAVNAVA	medsektorsko sodelovanje	celostna obravnava, kjer morajo biti vključene vse institucije, celostna obravnava vključuje zdravstvo, socialo, zaposlovanje, ekonomski vidik, potrebna kakovost, ki jo lahko doprinesemo vsi skupaj, oseba je celovita, nima samo enega področja v svojem življenju, ni kalup, obravnava je različna v posameznem primeru, verjetnost odpovedi matične družine je velika, primanjkljaj pomoči zaradi narave bolezni, vpliv na prilagojena delavna mesta, diagnoza zgolj v vednost – pozitivna orientiranost, spodbujanje k izbiranju in potem odločanje.
	kakovost obravnave	
	individualni pristop	
	odpoved matične družine	
	pozitivna orientiranost	
	primanjkljaj pomoči zaradi narave bolezni	
	izbira in odločanje	
VIDIK UPORABNIKA	zavzetost	uporabniki si zastavljajo nedosegljive cilje, sodelovanje s svojci omejeno, zavzetost je pokazatelj, koliko je človek pripravljen sodelovati, vizija za vsakega je ozaveščanje in preseganje pozicije žrtve, vrednostna trditev o sebi začetek individualnega načrta, zase ne bi ravno odprla vrata do psihiatra, temveč rajši psihologa.
	zastavljanje nedosegljivih ciljev	
	preseganje pozicije žrtve	
	izbira izvajalca	
DOŽIVLJANJE OSEBE Z DEPRESIJO	depresija kot olajševalna okoliščina	depresija predstavlja opravičilo, zakaj nekaj ni narejeno – olajševalna okoliščina, iz depresije ne prideš ven brez lastnega vložka, edini recept, da prideš ven, je več dela na sebi.
	delo na sebi	

Priloga A.12: Vizija razvoja skupnostne skrbi za osebe s težavami v DZ z zornega kota strokovnjakov

Področja	Kategorije	Kode
NACIONALNA POLITIKA DZ	normativni dokumenti	intenzivna prizadevanja za pripravo ustreznih dokumentov, pomembna je strategija za DZ – kot vodilo do cilja, strategija je pomembna podlaga za vmesno in končno vrednotenje, strategija mora biti določeno napisana, ne ohlapno, pomemben postopek priprave dokumentov, strategij, preseganje centralističnega pristopa v Sloveniji, ustanavljanje manjših regionalnih centrov, ki bi bili vezani na primarno zdravstveno varstvo, nevarnost krepitev moči institucionalnih oblik pomoči, vzpostavljanje brezplačnih služb, psihoterapije, neodzivnost države predstavlja nevarnost, vpliv tempa življenja in ekonomske situacije na porast duševnih bolezni, pomembna kadrovska politika, financirani programi s strani ministrstva so kontinuirano evalvirani, želja ministrstva je povezovanje, ne združevanje organizacij, razen če same ugotovijo, da bi bilo to boljše, povezovanje z ministrstvom za zdravje in ministrstvom za šolstvo, razširitev programov na okolja, kjer jih še ni, priprava izvedbenih načrtov regijsko, politika izobraževanja, prilagoditev izobraževalnih programov, usmerjati znanje skozi lokalne skupnosti in skozi medije.
	strategija za DZ	
	vmesno in končno vrednotenje	
	postopek priprave dokumentov	
	preseganje centralističnega pristopa	
	odzivnost države	
	kadrovska politika	
	vplivanje na ekonomske dejavnike	
	vplivanje na tempo življenja	
	povezovanje organizacij	
	regijski izvedbeni načrti	
	politika izobraževanja	
	lokalne skupnosti	
SISTEM SKRBI ZA DZ	okrepitev palete služb	okrepitev služb s področja DZ, cela paleta storitev institucionalne in neinstitucionalne mreže, promoviranje dejavnosti, promocija DZ že v vrtcu, zagotavljanje osnovne oskrbe, vloga referenčne ambulante pri prepoznavanju oseb z depresijo, pogrešanje družinskih zdravnikov, predrage psihoterapije, komplementarne metode dopolnjujejo obravnavo, brez dobrih podatkov ni evalvacije, NIJZ ima svojo statistiko, zavarovalnica ima svojo statistiko, kratkoročno varčevanje v kadrih je dolgoročno vprašljivo, uvrstitev področja DZ med prioriteta področja, učinkovitost aktivacije posameznikov – vključitev na trg dela, aktivacija ciljnih skupin, pridobivanje informacij od neposrednih izvajalcev (prva socialna pomoč), ozaveščanje ciljnih skupin, kontinuirano obveščanje javnosti, nevladni sektor ni voden, bazira na osebnem entuziazmu, problem je plačljivost psihoterapij in ne storitev na napotnico.
	promocija DZ	
	promoviranje dejavnosti	
	brezplačni paket storitev	
	vloga referenčne ambulante	
	podporne oblike zdravljenja	
	dobri statistični podatki	
	prioritetno področje	
	zaposlitvena rehabilitacija	
	kadrovska politika	
	upoštevanje izkušenj	
	ozaveščanje ciljnih skupin	
	obveščanje javnosti	
entuziazem v NVO		
POSTOPEK OBRAVNAVE	etiketiranje uporabnikov	ne takoj označiti, ne takoj dati napotnice, upoštevanje osebnega vidika in individualnih posebnosti za uporabnika, potreba po ukvarjanju z okoliščinami, ki privedejo do depresije, vključitev v skupino za samopomoč in uporaba neformalne podpore, potreba po vključitvi strokovnjaka glede na področje problema, treba je ukrepati sproti, ne ob izbruhu, iskati vsakemu posamezniku primerne možnosti za rešitev, delikatnost vstopa v stanovanje.
	individualni pristop	
	spremljajoče okoliščine	
	skupine za samopomoč	
	neformalna podpora	
	pravočasno ukrepanje	
vstop v stanovanje		
MEDSEBOJNI ODNOSI	enakovredno partnerstvo	zaradi dolgega izobraževanja v zdravstvenem sistemu se NVO niso zdeli enakopravni partnerji, osebe s težavami v DZ so tretirane kot invalidi – vendar njihova težava ni vidna, vpliv lastne volje osebe in možnosti, ki izhajajo iz sistema, da bi se v prihodnosti odkrito pogovarjali o duševni bolezni, izbira za depresiranje, depresija ne sme biti izgovor, da bi informacija, kdo vodi zadevo postala nepomembna za uporabnika, potreba po protizgoritvenem dopustu, 100% bolniška v primeru poklicne izgorelosti – poškodba na delu, odgovornost do uporabnika, ukvarjanje s pojavom nemotiviranosti, okrepitev znanja tako strokovnega kot z vidika sodelovanja, ker je uspešnost odvisna od posameznih ljudi, za informacije mehkega dela se je potrebno potruditi, ob natančno dorečenih pravilih se bo pojavila zdrava tekmovalnost, vedno preveriti vidik z različnih strani, težko se medsebojno pogovarjamo na vseh ravneh.
	enačenje z drugimi invalidi	
	vpliv lastne volje	
	detabuizacija	
	pomembna storitev, ne izvajalec	
	bolezen kot izgovor	
	motivacija	
	znanje	
	zdrava tekmovalnost	
	pogled z več perspektiv	
	medsebojni pogovor	
KOORDINACIJA	intenzivno sodelovanje	razvoj intenzivnega pristnega sodelovanja, vizija je vzpostavitev kontinuuma, vzpostavitev sodelovanja organizacij, vpeljani program se mora ob koordinaciji nadaljevati, znanja je bilo, pripravljenost problem, jasna vstopna točka z visoko strokovnimi delavci, posveti z lokalnimi skupnostmi, vzpostavitev regionalnih centrov za DZ, močna tako skupnostna kot psihiatrična obravnava, zdravstveni domovi imajo dobro razvito mrežo – patronažno službo, izziv – formiranje dobre koordinacije, postavitev v akademsko sfero in sfero načrtovalcev, skupnostna skrb je specifična in vezana na uporabnika, višji – kdo je močnejši, ne kdo je boljši, na sistem vpliva demotivacijsko, občutek medsebojnega nadzora, brez prepletenega sodelovanja bo prenova zgrešila svoj cilj, dopolniti podporo koordinatorjem obravnave v skupnosti, uporaba istih izrazov, v mislih pa imamo različno vsebino, poenotenje v smislu kompatibilnosti storitev, potreben povezave med različnimi institucijami, sodelovanje različnih resorjev in lokalnih skupnosti, sodelovanje z Inštitutom za socialno varstvo.
	vzpostavitev kontinuuma	
	trajnost programov	
	jasna vstopna točka	
	načini tvorjenja mreže v lokalni skupnosti	
	akademska podpora	
	prepleteno sodelovanje	
	ravnovesje med bolnišnično in skupnostno obravnavo	
	terminološko poenotenje	
	vsebinsko povezovanje	
	podpora koordinatorjem	
	vertikalno sodelovanje	
	horizontalno sodelovanje	

Priloga A.13: Sinteza elementov in področij v skupne teme s perspektive strokovnjakov

Skupne teme	Področja	Kategorije
JAVNA POLITIKA IN NORMATIVNA UREDITEV NA PODROČJU DZ	javna politika normativna ureditev nacionalna politika DZ politika in lokalna skupnost uporabniška participacija uskklajenost na vseh ravneh vrednotenje aktivno državljanstvo sodelovanje odzivnost	sodelovanje politike in stroke, razkorak med normativno in operativno ravni, organizacija skrbi, uporabniška participacija, raziskovanje, zbiranje statističnih podatkov, financiranje, trajnost programov, ozaveščenost državljanov, kulturna raznolikost, tekmovanje, konkurenčnost, javni interes, prevladujoča paradigma, skupnostna skrb, sprememba zakona, različna razlaga zakona, normativni dokumenti, postopek priprave dokumentov, strategija za DZ, vmesno in končno vrednotenje, preseganje centralističnega pristopa, odzivnost države, kadrovska politika, vplivanje na ekonomske dejavnike, vplivanje na tempo življenja, povezovanje organizacij, regijski izvedbeni načrti, politika izobraževanja, lokalne skupnosti, politično udejstvovanje, ozaveščanje javnosti, prenosljivost programov, strokovne in nestrokovne službe lokalnih skupnosti.
SISTEM SKRBI ZA DZ	sistem skrbi za DZ splošna ocena stanja na področju DZ podporna mreža faze obravnave paketi storitev kompetence izvajalcev vsesplošna informiranost povečana senzibilnost vstop v obravnavo	okrepitev palete služb, promocija DZ, promoviranje dejavnosti, brezplačni paket storitev, vloga referenčne ambulante, podporne oblike zdravljenja, dobri statistični podatki, prioriteto področje, zaposlitvena rehabilitacija, kadrovska politika, upoštevanje izkušenj, ozaveščanje ciljnih skupin, obveščanje javnosti, dostopnost služb, institucionalizacija, komorbidnost, dejavniki tveganja, vzrok bolezni, povečana senzibilnost glede odvisnosti, vstop v zdravljenje, viri lokalne skupnosti, pojavnost bolezni, neenakomerna obremenjenost, ravnovesje med bolnišničnimi in skupnostnimi službami, prispevek uporabnika, razlike glede na velikost kraja, razvoj podporne mreže, psihiatrični dispanzer.
VPLIV LOKALNE SKUPNOSTI NA DZ	vloga lokalne skupnosti viri lokalne skupnosti potrebe lokalne skupnosti projektno sodelovanje prioritetna področja finančna, moralna podpora družbene norme značilnosti odločevalcev sodelovanje deležnikov ozaveščenost prebivalcev	lokacija bivališča, kadrovska struktura, čakalne dobe, dostopnost storitev, skupina za samopomoč, ranljive skupine, neosveščenost, informiranost, ozemeljske značilnosti, ekspresivne NVO, storitvene NVO, človeški kapital, delovanje koordinatorja, finančna sredstva, javni promet, javna dela, senzibilnost ljudi, izkušnja odločevalcev, ozaveščenost prebivalcev, subvencioniranje storitev, deležnik v podporni mreži, občina kot sklicatelj, prioriteta področja, zakonska podlaga za delovanje, projektno sodelovanje, javna dela, informiranost občinskih uradnikov, sodelovanje deležnikov, podpora lokalnih oblasti, podpora delodajalcev, koordinator, življenjski slog, razvojne osredotočene storitve, podpora podatkov, razkorak med besedami in dejanji, občutek nemoči, dopolnitev virov posameznika, družbene norme.
PREVENTIVNO DELOVANJE	promocija zdravia in preventiva vplivi na DZ prepoznavanje oseb s težavami v DZ vloge deležnikov metode dela destigmatizacija detabuizacija	preventivni programi, potreba po preventivnem delovanju, kakovostna delovna mesta, povezanost ljudi, preprečevanje stresa, destigmatizacija, solidarnost, vstop v program, mreženje strokovnjakov, razumevanje samopodobe, meja med zdravjem in boleznijo, ciljna populacija, destigmatizacija, screening testi, javno izpostavljanje, poistovetenje z boleznijo, ekonomsko stanje, socialna izključenost, kraj bivanja, vzročna prepletenost dejavnikov, življenjski slog, razvojne priložnosti, neopaznost, delo s posameznikom, populacijski pristop, kompetence, izkušnje, vpliv socialne mreže.
OBRAVNAVA OSEB S TEŽAVAMI V DZ	celostna obravnava postopek obravnave faze bolezni metode zdravljenja terensko delo etične dileme pravice in dolžnosti časovne omejitve didaktične metode inovacije postavljanje meja vrednotenje uspeha individualna tveganja spodbujanje samostojnosti empatičen odnos etika skrbi	vstop v obravnavo, pomen pravega trenutka, individualni pristop, kompleksnost obravnave, kontinuiranost obravnave, potrebe uporabnikov, podpora svojcev, pomen socialne mreže, vrednotenje skrbi, interdisciplinarni pristop, zaupanje, stigma, celostna obravnava, nihanje bolezni, etične dileme, dosegljivost pomoči, odlašanje zdravljenja, metode zdravljenja, individualno načrtovanje, koordinacija, znanje izvajalcev, informiranost, potrebe uporabnikov, prisilna hospitalizacija, interdisciplinarno sodelovanje, medsektorsko sodelovanje, terensko delo, usmerjenost na kurativo, procesi zaupanja, podoba izvajalcev, možnost izbire, časovne omejitve, zanikanje težav, kombiniranje metod zdravljenja, koordiniranje obravnave, standardi in normativi, celovita obravnava, povečanje pozornosti, viri okolja, vpliv na osebne okoliščine, primeri dobre prakse, vplivanje na samostojnost, motivator v skupnosti, pomen pravega trenutka, pritisk okolja, terensko delo, prisotnost manipulacije, intelektualna oviranost, metode podajanja informacij, individualni načrt, vrednotenje uspeha, pomanjkanje zaupanja, medikamentozna terapija, komponente obravnave, preseganje biološkičnega razmišljanja, humanistični in empatični odnos, inovativni pristopi, aktivacija, strah pred izgubo uporabnika, deljena odgovornost, dolžnost ukrepanja, pravica do izbire in odločanja, upoštevanje spremljajočih okoliščin, primeri dobre prakse, kakovost obravnave, individualni pristop, odpoved matične družine, pozitivna orientiranost, primanjkljaj pomoči zaradi narave bolezni, izbira in odločanje, etiketiranje uporabnikov, individualni pristop, spremljajoče okoliščine, skupine za samopomoč, neformalna podpora, pravočasno ukrepanje, vstop v stanovanje.
VIDIK IZVAJALCEV SKRBI ZA DZ	naloge izvajalcev dejavnosti izvajalcev metode dela z uporabnikom osebne značilnosti izvajalcev oblike zaposlitve pogoji za delo vodenje in organizacija poklicna identiteta nadzor nad delom sodelovanje s svojci vključevanje prostovoljcev odgovornosti izvajalcev	oblika zaposlitve, pogoji terenskega dela, izkoristek časa, podporne dejavnosti, celostna obravnava, sodelovanje v projektih, individualni pristop, izobraževanje strokovnih delavcev, viri financiranja za izobraževanje, celovit pristop, življenjska zgodba, metode dela z uporabnikom, individualno načrtovanje, podpora opravila, povezovanje in sodelovanje, vodenje tima, medsebojni odnosi, medsebojna podpora, opolnomočenje, znanje, krepitev moči, usmerjenost na pozornost, izpostavljanje uspehov, sprejemanje odločitev, indikacije za hospitalizacijo, nudenje pomoči, ustvarjanje odvisnosti, spodbujanje samostojnosti, fleksibilnost, sodelovanje, ugled organizacije, osebna samopodoba, usposobljenost za delo, osebna odgovornost, odprtost, zrelost in zanesljivost, splošna razgledanost, plačilo neodvisno od kakovosti dela, nadzor nad javnimi službami, personaliziran pristop, motiviranje za zdravljenje, razkorak med teorijo in prakso, prepoznavanje potrebe po sodelovanju, razpršitev odgovornosti, sodelovanje s svojci, vključevanje prostovoljcev, delovanje po zakonu.
VIDIK UPORABNIKOV STORITEV NA PODROČJU DZ	potrebe uporabnikov storitev uporabniška perspektiva strategije preživetja vstop v zdravljenje izstop iz zdravljenja sodelovanje v raziskavi nekritičnost ob poslabšanju zastavljanje ciljev	informiranost, pravice, znanje, nadzor nad življenjem, finančna sredstva, socialna mreža, svojci, sistematičnost ugotavljanja potreb, učenje soočanja s težavami, kakovost življenja, manipulacija z ljudmi, strategije preživetja, vloga duševnega bolnika, spoštovanje dostojanstva, opuščanje terapije zaradi stranskih učinkov zdravil, celovita obravnava, funkcioniranje ob ustreznih podpori, potrebe v času poslabšanja, eksistencialna preskrbljenost, opolnomočenje, potreba po odklopu ali nadzoru, izogibanje bolniškemu staležu, zahteve uporabnikov, vključevanje uporabnikov, sodelovanje v raziskovalnem procesu, pasivizacija uporabnikov, nekritičnost ob poslabšanju bolezni, človeški odnos, zavzetost, zastavljanje nedosegljivih ciljev, preseganje pozicije žrtve, izbira izvajalca.

	<p>potreba po človeškem odnosu</p> <p>eksistenčna preskrbljenost</p>	
MREŽENJE ORGANIZACIJ, KOORDINACIJA IN INTEGRACIJA STORITEV, SODELOVANJE IN MEDSEBOJNI ODNOSI	<p>sodelovanje organizacij</p> <p>povezovanje</p> <p>interdisciplinarno sodelovanje</p> <p>sodelovanje pri obravnavi</p> <p>koordinacija in integracija</p> <p>medsebojni odnosi</p> <p>sodelovanje s svojci</p> <p>prostovoljsko delovanje</p> <p>medsebojno poznavanje</p> <p>ovire, pogoji za sodelovanje</p> <p>kompetence za sodelovanje</p> <p>preprečevanje izpada iz sistema</p> <p>uravnotežena podpora</p> <p>izobraževanje</p> <p>proces skupnostne obravnave</p> <p>terminološko poenotenje</p> <p>pričakovanja</p> <p>motivacija</p> <p>entuziazem</p> <p>zabrisanost vlog</p>	<p>regijsko sodelovanje, medsebojno poznavanje, partnerstvo, optimizacija dela, protokoli sodelovanja, namensko združevanje, vzdržnost mreže skrbi, podpora mreža ranljivi skupini, nadgrajevanje obstoječih služb, delovni sestanki, protokoli sodelovanja, predsodki kot ovira za sodelovanje, interdisciplinarno sodelovanje, medsektorsko sodelovanje, prelaganje odgovornosti, zakonska podlaga, osnovni pogoji za sodelovanje, motivacija, volja sodelovanje na podlagi potreb, pomanjkanje informacij, strategija za povezovanje, kompetence za timsko delo, kompatibilnost programov, koordinativno sodelovanje, korporativno sodelovanje, integrativno sodelovanje, povečana pozornost, nejasna razmejitev vlog, partnersko sodelovanje, poklicna identiteta, predsodki, temeljno zaupanje, razvoj mreže glede na potrebe, partnersko sodelovanje, organizacija dogodkov, formalizacija odnosa z uporabnikov, CNVOS, stabilnost mreže, stabilnost izobraževanja, izpad iz sistema, proces skupnostne obravnave, pomoč na domu, intenzivno sodelovanje, vzpostavitev kontinuuma, trajnost programov, jasna vstopna točka, načini tvorjenja mreže v lokalni skupnosti, akademska podpora, prepleteno sodelovanje, ravnovesje med bolnišnično in skupnostno obravnavo, terminološko poenotenje, vsebinsko povezovanje, podpora koordinatorjem, vertikalno sodelovanje, horizontalno sodelovanje, enakovredno partnerstvo, enačenje z drugimi invalidi, vpliv lastne volje, detabuizacija, pomembna storitev, ne izvajalec, bolezen kot izgovor, motivacija, znanje, zdrava tekmovalnost, pogled z več perspektiv, medsebojni pogovor, pričakovanja svojcev, odnos svojcev, potreba po uravnoteženi podpori, zabrisanost vlog, mreža prostovoljcev, privabljanje prostovoljcev, prekrivanje vlog, prostovoljsko delo v okviru delovnega mesta, entuziazem, tvorjenje mrež, naloge prostovoljcev, podpora pri osamosvojitvi.</p>
NVO V MREŽI SKRBI ZA DZ	<p>pogled politike na NVO</p> <p>delovanje NVO</p> <p>združevanje v NVO</p> <p>podpora NVO</p> <p>sodelovanje NVO v podporni mreži</p> <p>naloge NVO</p> <p>programi in aktivnosti NVO</p> <p>vloga/priložnosti za vključene</p> <p>učinkovitost NVO</p> <p>prostovoljstvo</p> <p>brezplačnost vključitve</p> <p>profesionalizacija</p> <p>skupine za samopomoč</p> <p>zagovorništvost oseb s težavami v DZ</p> <p>terciarna preventiva</p> <p>udejanjanje ljudi</p>	<p>profesionalizacija, prostovoljstvo, financiranje NVO, prostorska razporeditev, brezplačnost, lažja dostopnost, metode dela, personalizacija odnosa, nadomeščanje družine, uporabniška iniciativa, psihosocialna rehabilitacija, entuziazem v NVO, naloge NVO, statistični podatki o NVO, register NVO, programi NVO, odprtost za vse, udejanjanje ljudi, namenska ponudba programov blizu doma, baza NVO, področje socialnega varstva, neuskladenost med zakoni, opredelitev financerja NVO, koncesija in NVO, vstop v javno mrežo, pogoji za obravnavo, uspešnost NVO, potenciali NVO, povezovanje NVO, delitev nalog znotraj mreže, usposobljenost kadra, dejavno vključevanje v skupnost, nekritičnost uporabnikov, kazalniki učinkovitosti, učinkovitost NVO, seznam in programi NVO, načini sodelovanja z NVO, organizacije posveta, raziskave o NVO, različnost stališč NVO, slišanje glasu NVO, trajnost programov, varovanje položaja, delitev del in nalog, terciarna preventiva, sposobnost vplivanja, kakovost življenja, zastopanje uporabnikov, aktivno preživljanje prostega časa, postavljanje meja, iskanje novih možnosti aktivacija spretnosti, baza znanja, motiviranje za vključevanje, promoviranje tehnik sproščanja, labilnost uporabnikov, nerutinirani postopki obravnave, razpršenost programov, pogoji za sprejem v stanovanjsko skupino, lokacija delovanja, možnost izbire, konstantnost sprememb, pripravljenost za skupinsko delo, usmerjanje uporabnikov v NVO, prostovoljnost, tvorec odnosov, postavljanje standardov, nemedikamentozne oblike zdravljenja, pomen pozitivnih izkušenj, različni medsebojno povezani programi, ustvarjanje skupnostne skrbi, ustanavljanje regionalnih centrov, podeljevanje koncesij, inšpekcijski nadzor, skupine za samopomoč, destigmatizacija.</p>
PROBLEMSKOST DEPRESIJE	<p>značilnosti depresije</p> <p>skrb za osebe z depresijo</p> <p>doživljanje osebe z depresijo</p> <p>ozaveščenost</p> <p>dejavniki tveganja</p> <p>socialno-ekonomski dejavniki</p> <p>delo na sebi</p> <p>pojavnost depresije</p> <p>zdravljenje depresije</p> <p>prognoza depresije</p> <p>depresija kot izgovor</p>	<p>pogostost, različne vrste, dejavniki tveganja, pridružena motnja, preprečevanje depresije, ambasadorki depresije, diagnostika depresije, nesegregiranost pomoči, vstop v zdravljenje, zdravljenje depresije z antidepresivi, psihoterapija, specifične značilnosti oseb z depresijo, NVO za osebe z depresijo, ozaveščenost, pojavnost depresije med ljudmi – zlorabljen beseda, visoka prevalenca depresije, društva niso prilagojena za osebe z depresijo, manjše možnosti za osebe z depresijo v manjših krajih, osebe z depresijo živijo v skromnih življenjskih pogojih – najemna stanovanja, stare hiše, pri starših, socio-ekonomski dejavniki so povezani s pojavnostjo depresije, kombinacija zdravljenja, alternativno zdravljenje, meja med zdravjem in boleznijo, skupnostna skrb, večplastnost depresije, delovna aktivacija, socialno vključevanje, značilnosti oseb z depresijo, prognoza depresije, izguba vrednosti, moči, depresija kot olajševalna okoliščina, delo na sebi.</p>
VREDNOTENJE UČINOVITOSTI SKRBI NA PODROČJU DZ	<p>kazalniki za merjenje učinkovitosti</p> <p>raziskovanje</p> <p>potrebne spremembe</p> <p>mnenje javnosti</p> <p>vpliv medijev</p> <p>kakovost izobraževalcev</p> <p>birokratizacija</p> <p>vrednotenje osebnega uspeha</p> <p>pričakovanja deležnikov</p> <p>projektni menedžment</p> <p>pot doseganja sprememb</p> <p>pogled z različnih zornih kotov</p>	<p>preverjanje lastne učinkovitosti, fokusiranje na finance, sistemske spremembe v organizaciji, mnenje sveta uporabnikov, neposredni stik z ljudmi, mnenje uporabnikov, normativni kazalniki, nenormativni kazalniki, napredek v majhnih korakih, preseganje omejitev, odziv na pritožbe, pomen vseh NVO, način ocenjevanja potreb, družboslovne raziskave, dinamično neravnovesje, realizacija zastavljenih ciljev, zadovoljstvo pacientov, subjektivnost ocenjevanja, uspešnost zaposlitvene rehabilitacije, ocena svojcev, mnenje javnosti, dostopnost storitev, samoiniciativa, pomen posameznih oblik zdravljenja, kakovost izobraževalcev, edukacija izobraževalcev, primanjkljaj empatije, birokratizacija, omejen vpogled v dejansko situacijo, dobrodelnost države, potreba po pregledu stanja, stigmatizacija področja, nepovezanost strokovnjakov, vpliv medijev, pričakovanja ljudi, posedovanje znanstvenih podatkov, projektni menedžment, statistični podatki, zaposlovanje, preusmerjanje finančnih sredstev, iskanje možnosti razvoja, saniranje spremljajočih okoliščin, osmišljenje dneva, pot doseganja sprememb, pričakovanja izvajalcev, poklicna identiteta, stereotipi o ljudeh, ki delajo na področju DZ, medsebojni odnos, vrednotenje osebnega uspeha.</p>

Priloga B: Poslanstvo in cilji delovanja NVO s področja DZ

NVO	Poslanstvo/cilji delovanja	Populacija
ALTRA – Odbor za novosti v duševnem zdravju	<i>Strokovni delavci društva Altra se zavzemamo za razvoj učinkovitih skupnostnih služb na področju DZ v Sloveniji. Izvajanje takšnih služb naj poteka v lokalni skupnosti ali domačem okolju. Naša vizija je razvoj palete strokovnih storitev, ki ljudem s težavami v DZ in njihovim svojcem nudijo večjo izbiro, soodločanje in soudeležbo pri skrbi za izboljšanje kakovosti življenja posameznika in njegovih pomembnih drugih. Zavzemamo se za individualen pristop, ki upošteva razlike v potrebah in željah posameznika. Skupaj z njim skušamo poiskati ustrezne rešitve akutnih ali dolgotrajnih stisk in težav. Pri iskanju ustreznih rešitev sodelujemo z različnimi obstoječimi ustanovami in službami, ki delujejo v korist uporabnika. Prizadevamo si za odpravljanje vseh vrst predsodkov do duševnih motenj ter za odpravo diskriminacije do ljudi s težavami v DZ in njihovih svojcev (Altra 2015).</i>	Odrasle osebe s težavami v DZ, svojci, strokovnjaki s področja DZ, vsi ki jih področje zanima
NOVI PARADOKS – Slovensko društvo za kakovost življenja	<i>Temeljna naloga društva, ki deluje v javnem interesu, je nudenje pomoči in organiziranja samopomoči osebam s težavami v DZ, ne glede na to, ali so člani društva ali ne. Svoje delo opravlja v obliki programov in storitev v neposredno korist posameznikov. Cilji delovanja so: organizacija primerne bivanja za ljudi z težavami v DZ, ki zaradi različnih razlogov ne zmorejo bivati v domačem okolju, ustreza strokovna podpora in druge metode dela, s katerimi omogočajo ljudem pridobivanje socialnih spretnosti, veččin, višanje nivoja socialne vključenosti in kvalitete življenja ter prevzemanje aktivne socialne vloge, soustvarjanje prostora za pogovor in sodelovanje ter iskanje novih možnosti, ki temeljijo na krepitvi posameznikove moči ter oblikovanju ciljev za prihodnost, odpravljanje stigmatizacije duševne bolezni in duševnih bolnikov, delovanje v smeri samosprejemanja in samozaupanja ter zmanjševanja razlogov za ponovno bolnišnično zdravljenje, delovanje na področju zaposlitvene rehabilitacije in pomoč pri iskanju javnosti in pri prehodu v samostojno življenje (Novi Paradoks 2015).</i>	Odrasle osebe s težavami v DZ, svojci, strokovnjaki s področja DZ, vsi ki jih področje zanima
DRUŠTVO OZARA SLOVENIJA – Nacionalno združenje za kakovost življenja	<i>Zavzemamo se za človeka, za njegove pravice in dostojanstvo. Prizadevamo si za priznavanje celovitosti človeka v razvoju njegove človeške zgodbe z upoštevanjem njegovih zmožnosti in priložnosti. Naše delo temelji na partnerskem odnosu med uporabniki, svojci in strokovnimi delavci. Temeljni princip dela je krepitev moči uporabnikov in spoštovanje njihovih pravic pri odločanju o njihovem življenju. Cilj našega dela pa ostaja enak – ljudem s težavami v DZ na poti v samostojno življenje omogočiti podporo v obliki in na način, kot jo potrebujejo. Vključenim uporabnikom lajšamo prehod iz institucij v domače okolje in prispevamo k njihovi večji samostojnosti ter h kakovostnejšemu življenju v skupnosti. Zagotavljamo poklicno in delovno rehabilitacijo, celostno pomoč in podporo pri zaposlovanju tako znotraj podjetja kot tudi drugod na trgu delovne sile. Poglobljeno in aktivno sodeluje pri oblikovanju ustreznih politik na področju DZ v Sloveniji (Ozara 2015).</i>	Odrasle osebe s težavami v DZ, svojci, strokovnjaki s področja DZ, vsi ki jih področje zanima
ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje	<i>Poslanstvo združenja je varovanje človekovih pravic in dostojanstva uporabnikov služb za DZ ter psihosocialna, zaposlitvena in psihiatrična rehabilitacija ter ustvarjanje novih delovnih mest za težje zaposeljive osebe. Cilj delovanja je: psihosocialna rehabilitacija oseb s težavami v DZ in težje zaposljivih oseb, izboljšanje socialnega položaja oseb s težavami v DZ, ustvarjanje možnosti za čim bolj kakovostno življenje oseb s težavami v DZ, krepitev njihove moči pri skrbi zase (Šent 2015).</i>	Odrasle osebe s težavami v DZ, svojci, strokovnjaki s področja DZ, vsi ki jih področje zanima
DAM – Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami	<i>Poslanstvo društva je, da združuje ljudi in jih spodbuja, da si medsebojno pomagajo in tako lažje nosijo breme anksioznih motenj. V ta namen se je društvo zavzelo za postavitev spletne strani, kjer bi bile na voljo informacije o depresiji in anksioznih motnjah v slovenskem jeziku; hkrati z informacijami bosta dostopna tudi forum in klepetalnica, kjer bodo posamezniki lahko interaktivno izmenjali izkušnje in mnenja. Zavzemamo se za širjenje znanja in informacij s področja anksioznih motenj ter za večjo ozaveščenost javnosti o resnosti in prisotnosti tega problema v družbi (DAM 2015).</i>	Odrasle osebe z depresijo in drugimi anksioznimi motnjami, svojci, strokovnjaki s področja DZ, vsi ki jih področje zanima
Društvo Mostovi – za zdravje v duševnem zdravju	<i>Društvo predaja znanje širši javnosti z informacijami o tem, da se sleherni posameznik družbe bojuje za DZ, brez izjeme. Naloga društva je zmanjšati presek nasprotujočih si mnenj o temi DZ v skupnosti, ter o neuporabnosti ljudi, ki so uporabniki služb DZ ali so kakor koli z njimi povezani z vidika uporabniške perspektive. Društvo se odloča zagotavljati podporo uporabnikom služb DZ, njihovim najbližjim in širši javnosti v skladu z možnostmi, predvsem pa skozi individualne razgovore, kulturne manifestacije in objavljanjem del svojih članov v sredstvih javnega obveščanja. Društvo se tesneje povezuje z javnim medijskim prostorom, predvsem pa si ustvarja svoj prostor v družbi s podpornim sodelovanjem in osveščanjem le-te. Društvo v okviru svojega delovanja spodbuja uporabo sodobnih oblik komunikacij, oblik skupnega sodelovanja in potencira ustvarjalno moč posameznika z namenom samorealizacije vsakega posameznika (Mostovi 2015).</i>	Vsi – širša javnost
Slovensko društvo za duševno zdravje otrok in mladostnikov	<i>Opredelitive poslanstva nismo zasledili, samo namen in vsebino seminarja, ki ga izvajajo. Prvi del seminarja je namenjen razumevanju težav, ki so posledica motečega vedenja otroka v šoli. Drugi del zajema učenje konkretnih in pri vsakodnevnem delu z učenci uporabnih napotkov ter strategij dela, usmerjenih k spodbujanju primerne vedenja in obvladovanju neustreznega vedenja. Predstavili bomo delo s starši vedenjsko težavnih otrok, nekaj časa pa bomo namenili tudi spektroatvistični motnji kot pridruženi motnji.</i>	otroci
Društvo svetovalcev zaupni telefon Samarijan	<i>Društvo zaupni telefon Samarijan je bilo ustanovljeno zato, da bi vzdrževalo telefon za klic v duševni stiski, ki bi, kot prvi v Sloveniji, delal 24 ur na dan. Stiska namreč ne čaka na "uradne ure". Začeli smo z enim, nadaljevali z dvema, sedaj imamo že tri telefone, ob katerih prostovoljci predvsem poslušamo in nič ne svetujemo. S pomočjo sprejemanja, empatije in pristnosti skušamo klicalcem prižgati luč, ki bi jim osvetlila možne izhode iz njihove stiske (Samarijan 2015).</i>	vsí
Društvo za preventivno delo	<i>Društvo za preventivno delo je prostovoljno, samostojno, nepridobitno združenje fizičnih oseb, ki so se združile z namenom medsebojnega informiranja, izmenjave izkušenj, izpopolnjevanja znanj ter delovanja na področju zaščite in krepitve DZ, oziroma prevencije v okviru socialnega varstva, zdravstvenega varstva ter vzgoje in izobraževanja. (1. člen statuta Društva). Cilj delovanja Društva je širjenje individualnih in socialnih možnosti za doseganje čim višjega nivoja kakovosti DZ in kakovosti življenja posameznika, skupin in socialne skupnosti v celoti, v Republiki Sloveniji (Društvo za preventivno delo 2015).</i>	vsí
MUZA – Društvo za ustvarjanje in kvaliteto življenja	<i>Opredelitive poslanstva nismo zasledili, samo namen: Namenjena je tebi, če: si se znašel(la) v "zračanem krogu motnje hranjenja" (anoreksija in bulimija nervoja, kompulzivno prenejanje ter druge/kombinirane oblike), če čutiš, da te način tvojega hranjenja in odnos do sebe moti, pa se kljub želji in nenehnemu trudu ne moreš nehati prenehati, bruhati, stradati, šteti kalorije, se obtoževati, sovražiti, toniti v depresijo itd.; če doživljaš, da zaradi motnje hranjenja življenje polzi mimo tebe, če nimaš rednih obrokov in ne prepoznavša občutka za fizično lakoto (jem, ko sem lačen/a in neham, ko sem sit/a); če si se z razvojem motnje hranjenja izoliral/a (fizično in čustveno) od odnosov z ljudmi (partner, prijatelji, družina, sodelavci itd.); če ti konkretne življenjske naloge in obveznosti (šola, služba, skrb za otroka in družino itd.) povzročajo prevelik stres ... potem te spodbujamo, da čim prej vzameš življenje v svoje roke in poskrbiš zase s prvim korakom, ki je: poiskati in sprejeti podporo. Namenjena je vam, ki ... ste bližnja oseba (starš, partner/ka, sestra, brat, prijatelj/ica, sorodnik, sostanovalec ...); če živite ali se družite z osebo,</i>	vse starostne skupine oseb z motnjami hranjenja in njihovim svojcem

	ki se je znašla v začaranem krogu motnje hranjenja, in ob tem sami doživljate stisko in nemoč. Ne veste, kako ji pomagati ...	
Društvo za psihološko svetovanje Kameleon	<i>Psihološko svetovanje prek interneta, organiziranje prireditev in srečanj, organiziranje humanitarne pomoči, razvijanje prostovoljnega in socialno preventivnega dela, zagotavljanje različnih oblik kakovostnega preživljanja prostega časa, zagotavljanje počitniških programov, organiziranje različnih oblik kakovostnega preživljanja prostega časa.</i>	vsi zainteresirani
Društvo ženska svetovalnica	<i>Ženska svetovalnica je prostovoljna ženska organizacija, ki deluje na področju psiho-socialne pomoči in samopomoči žensk, ki so žrtve nasilja ali imajo motnje hranjenja. Obstajamo od leta 1993 (od oktobra 1994 tudi formalno kot samostojno društvo). Ženskam v stiski nudimo brezplačno svetovanje, zagovorništvo, informacije o pristojnostih javnih služb in pomoč pri organizaciji skupin za samopomoč. Poleg tega delujemo tudi javno: opozarjamo na družbene okoliščine, ki pogosto pogojujejo stiske žensk, se borimo proti različnim oblikam diskriminacije žensk, se zavzemamo za pravice žensk. Nudimo prostor, kamor se ženske v stiski lahko obrnejo po pomoč oz. informacije; dajemo jim podporo pri njihovih lastnih odločitvah; skupaj s svetovalko oseba razišče možnosti za spreminjanje svoje življenjske situacije; naše svetovanje temelji na specifičnih ženskih izkušnjah; ženskam nudimo prostor, kjer se počutijo varno in lahko brez zadržkov govorijo o svojih težavah; spodbujamo, podpiramo in nudimo pomoč pri organizaciji različnih oblik pomoči in samopomoči; izdajamo letake, ki nudijo osnovne informacije o tem, kam se ženska lahko zateče in obrne po pomoč, ko se znajde v stiski; z različnimi oblikami skupnostnega dela skušamo premostiti prepad med institucijami in žensko; ženski omogočimo možnosti izbire; trudimo se rušiti stereotipe o ženskah tudi prek delovanja v medijih; povezujemo se z drugimi skupinami in ustanovami, ki se ukvarjajo s tovrstno problematiko pri nas in v tujini.</i>	ženske
SPOMINČICA – Slovensko združenje za pomoč pri demenci	<i>Pomoč svojcem in skrbnikom obolelih oseb za demenco ter skrb za splošno ozaveščenost o demenci in njeno destigmatizacijo v družbi, ki pogosto preprečuje prepoznavo simptomov in iskanje ustrezne pomoči.</i>	osebe z demenco in njihovi svojci starostniki

Priloga C: Anketni vprašalnik za anketiranje uslužbencev občin

Spoštovani!

Na vas se obračam s prošnjo za sodelovanje v raziskavi o vlogi lokalne skupnosti na področju duševnega zdravja. Vaša aktivna udeležba v raziskavi je zelo dragocena in nujno potrebna za doseg ciljev raziskave.

Sem študentka doktorskega študija Fakultete za družbene vede v Ljubljani. Raziskavo izvajam v okviru priprave doktorske disertacije pod mentorstvom red. prof. Majde Pahor (Zdravstvena fakulteta Ljubljana) in somentorstvom red. prof. Tine Kogovšek (Fakulteta za družbene vede). Regijsko pa sodelujem z Dorotejo Kuhar dr. med., spec. javnega zdravja, vodjo službe za promocijo zdravja na Zavodu za zdravstveno varstvo Novo mesto.

Razvili smo metodološki okvir študije primera v občinah ljubljanske in novomeške zdravstvene regije. V presečno študijo bomo vključili zbiranje podatkov z več perspektiv in pri tem uporabili različne raziskovalne metode in tehnike. Temeljna vprašanja vam bomo zastavili s pomočjo anketnega vprašalnika. Vprašanja se navezujejo na vašo vlogo upravnih subjektov v podporni mreži na področju skrbi za duševno zdravje prebivalcev vaše občine. V raziskovalnem procesu bomo upoštevali vsa etična načela za zaščito dobrobiti sodelujočih.

Vesna Zupančič

Q1 - Prosimo, da navedete osnovne demografske podatke o občini. Odgovore podate tako, da odključate enega od možnih odgovorov oziroma dopolnite manjkajoče podatke.

Q1g - Ime občine:

Q1a - Regija občine:

- ljubljanska zdravstvena regija
 novomeška zdravstvena regija

Q1b - Lega sedeža občine:

- mestna občina
 oddaljenost od mestne občine do 10 km
 oddaljenost od mestne občine 11–20 km
 oddaljenost od mestne občine 21–30 km
 oddaljenost od mestne občine nad 30 km

Q1f - Število prebivalcev:

Q1c - Velikost občine:

km²

Q1k - Kontaktna oseba v občinski upravi za področje duševnega zdravja prebivalcev:

- Deluje v okviru oddelka za zdravje in socialno varstvo.
 Imamo določeno osebo, vendar ta pokriva več različnih lokalnih zadev javnega pomena.
 Imamo sklenjen sporazum za sodelovanje med občinami na tem področju.
 Nimamo določene osebe za področje duševnega zdravja.
 Ne vem.

Q2a - Prosimo, da s svoje profesionalne vloge ocenite trenutno stanje v občini po posameznih izbranih dejavnikih.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Se strinjam	Povsem se strinjam	Ne vem
Življenjsko okolje v občini je za prebivalce dobro (čistoča, nizka jakost hrupa, zelene površine itd.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prometna infrastruktura v občini je dobra (cestne povezave itd.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V občini so stanovanjske razmere v povprečju dobre (površina, opremljenost stanovanj ipd.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V občini je veliko turističnih znamenitosti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Občina je urbanizirana (večina prebivalcev živi v mestu).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V občini je povprečna starost prebivalcev zelo visoka (nad slovenskim povprečjem 41 let, več starejšega prebivalstva).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stopnja izobrazbe prebivalcev v občini je visoka (delež prebivalcev v občini z vsaj višješolsko izobrazbo).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stopnja brezposelnosti je nižja, kot je slovensko povprečje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bruto družbeni produkt občine je nad slovenskim povprečjem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q2b - Prosimo, da s svoje profesionalne vloge ocenite trenutno stanje v občini po posameznih izbranih dejavnikih.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Se strinjam	Povsem se strinjam	Ne vem
V občini se redko pojavljata nasilje in prestopništvo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V občini je med prebivalstvom prisotna visoka stopnja medsebojne solidarnosti (pripravljenost na medsebojno pomoč, sodelovanje, udeležba v prostovoljskih akcijah).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V občini je med prebivalci prisotna nizka potreba po socialni pomoči.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V občini je veliko kulturnih dogajanj.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delovanje nevladnih organizacij na področju športa je dobro (npr. pestrost dejavnosti, število članov v športnih društvih, spodbujanje rekreacije).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delovanje nevladnih organizacij na področju kulture je dobro (npr. pestrost društev, število članov, spodbujanje h kulturnemu ustvarjanju).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mreža zdravstvenih storitev v občini je dobra (vrsta in število programov javne zdravstvene mreže).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mreža socialnih storitev v občini je dobra (vrsta in število programov s področja socialnega varstva).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delovanje storitvenih nevladnih organizacij je dobro (vrsta in število programov, promoviranje dejavnosti).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zdravstveno stanje prebivalcev v občini je dobro (odsotnost zdravstvenih težav).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duševno zdravje prebivalcev v občini je dobro (odsotnost težav v duševnem zdravju).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V občini je nizka pojavnost depresije med prebivalci.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q2c - Če je še kaj drugega značilno za vašo občino in prebivalce, pa ni bilo na seznamu, prosimo, da to dopišete:

Q3a - Ali imate na ravni občine statistične podatke:

(Odgovor podate tako, da obkrožite ustrezní odgovor)

	Da	Ne	Delno	Ne vem
o socialnem stanju prebivalcev? (stopnja registrirane brezposelnosti, št. prejemnikov socialne pomoči, prisotnost podstandardnih stanovanjskih razmer itd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o nasilju in prestopništvu v občini?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o socialnih razlikah med prebivalci? (ranljive družbene skupine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o medsebojni solidarnosti prebivalcev? (prostovoljska aktivnost prebivalcev, udeležba prebivalcev v solidarnostnih akcijah)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o stopnji socialne integracije prebivalcev? (vključevanje v dejavnosti, povezanost v društva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3b - Ali imate statistične podatke:

(Odgovor podate tako, da obkrožite ustrezní odgovor)

	Da	Ne	Delno	Ne vem
o zdravstvenem stanju prebivalcev?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o duševnem zdravju prebivalcev?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o potrebah prebivalcev za vzdrževanje in izboljševanje duševnega zdravja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o pojavnosti depresije med ljudmi (prevalenca bolezni, število obravnav na ravni primarnega zdravstvenega varstva itd.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o potrebah oseb z depresijo (kakšno pomoč potrebujejo na poti okrevanja)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o številu samomorov v občini?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2 - Prosimo, da rangirate, katera področja so sedaj prioriteta v vaši občini in jim posvečate največ časa. Odgovor podate tako, da področja oštevilčite po pomembnosti od 1 (najbolj prioriteta) do 10 (najmanj prioriteta).

Ohranjanje zdravega življenjskega okolja	
Sanacija različne infrastrukture (električne, vodovodne, cestne)	
Spodbujanje gospodarstva	
Reševanje socialne problematike v občini	
Delo z mediji	
Aktivnosti v smeri zmanjševanja neenakosti v zdravju s posebno skrbjo za ranljive družbene skupine	
Pospeševanje razvoja nevladnih organizacij	
Spodbujanje sodelovanja in razvoja podporne mreže organizacij na področju duševnega zdravja	
Spodbujanje medsebojne solidarnosti	
Spodbujanje aktivnosti za zgodnje prepoznavanje simptomov depresije in preprečevanje njenih posledic pri prebivalcih	

Q4.drugo - Če vaša sedanja prioriteta področja niso bila na seznamu, prosimo, da jih dopišete:

Q5 - Izpostavite in opišite morebitne posebne aktivnosti vaše občine pri zagotavljanju skrbi na področju duševnega zdravja (promocija, preventiva, diagnostika, zdravljenje, zdravstvena nega in oskrba ter rehabilitacija, skrb za zadovoljstvo prebivalcev in kakovost njihovega življenja):

Q7a - Prosimo, da ocenite sedanje stanje skrbi za osebe z motnjo v duševnem zdravju v vaši občini.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Se strinjam	Povsem se strinjam	Ne vem
V občini imamo veliko programov promocije duševnega zdravja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V občini so za področje duševnega zdravja ustanovljene lokalne akcijske skupine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V občini imamo veliko izvajalcev, ki nudijo pomoč osebam z motnjo v duševnem zdravju.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Se strinjam	Povsem se strinjam	Ne vem
Število izvajalcev v občini, ki delujejo v podporni mreži za duševno zdravje, je pričakovano glede na oddaljenost občine od mestnega središča.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programi organizacij, ki delujejo v podporni mreži za duševno zdravje v občini, so pričakovani glede na oddaljenost občine od mestnega središča.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q7b - Prosimo, da ocenite sedanje stanje skrbi za osebe z depresijo v vaši občini.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Se strinjam	Povsem se strinjam	Ne vem
V občini imamo veliko storitev za osebe z depresijo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prizadevamo si za sistematično prepoznavanje potrebnih oseb z depresijo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V občini finančno podpiramo programe za preprečevanje depresije.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V občini finančno podpiramo programe za preprečevanje samomora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q7c - Prosimo, da ocenite trenutno stanje skrbi za osebe z depresijo v vaši občini.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Se strinjam	Povsem se strinjam	Ne vem
Protokoli sodelovanja med vladnimi in nevladnimi organizacijami na področju duševnega zdravja so jasno definirani.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Povečanje števila izvajalcev v podporni mreži je vplivalo na povečano sodelovanje med njimi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sodelovanje med izvajalci javnih in nevladnih ter drugih zasebnih organizacij je glede na potrebe naših občanov dobro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sodelovanje med organizacijami socialnega in zdravstvenega varstva je dobro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q8 - Ali v vaši občini organizacije in izvajalci v podporni mreži na področju duševnega zdravja izvajajo terensko delo in nudijo pomoč prebivalcem na njihovem domu?

- Da
- Ne
- Ne vem

IF (1) Q8 = [1]

Q8a - Katere so to?

Q9 - Ali v vaši občini deluje kakšna nevladna organizacija s področja duševnega zdravja?

- Da
- Ne
- Ne vem

IF (2) Q9 = [1]

Q10 - Prosimo, da ocenite delovanje nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja v občini.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Se strinjam	Povsem se strinjam	Ne vem
V naši občini je dovolj nevladnih organizacij, ki delujejo na področju duševnega zdravja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V naši občini nevladne organizacije izvajajo vse potrebne storitve glede na sedanje potrebe prebivalcev.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V občini potrebujemo nevladne organizacije, ki bi bile specializirane za osebe z depresijo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osebe z depresijo in njihovi svojci imajo pričakovano slabšo dostopnost do nevladnih organizacij s področja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Se strinjam	Povsem se strinjam	Ne vem
duševnega zdravja glede na oddaljenost občine od mestnega središča.						
Pri sodelovanju z nevladnimi organizacijami se soočamo z zakonodajnimi omejitvami.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pri sodelovanju z nevladnimi organizacijami se soočamo s finančnimi omejitvami.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IF (2) Q9 = [1]

Q11 - Prosimo, da opredelite vaše sodelovanje z nevladnimi organizacijami na področju duševnega zdravja v občini.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Se strinjam	Povsem se strinjam	Ne vem
Delovanje nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja finančno podpiramo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nevladnim organizacijam nudimo brezplačni prostor za delovanje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prizadevamo si za vzpostavljanje in vzdrževanje podporne mreže za duševno zdravje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V občini sodelujemo pri razvijanju protokolov sodelovanja med izvajalci v podporni mreži za duševno zdravje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Z nevladnimi organizacijami s področja duševnega zdravja imamo podpisano soglasje o medsebojnem sodelovanju.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vodimo evidenco vseh nevladnih organizacij v občini.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontinuirano se medsebojno informiramo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Izvajalci v nevladnih organizacijah se večinoma odzovejo na naše povabilo k sodelovanju.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi se večinoma odzovemo na povabilo nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IF (3) Q9 = [2]

Q13 - Prosimo, da ocenite potrebo po delovanju nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja v občini.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Se strinjam	Povsem se strinjam	Ne vem
V naši občini ne potrebujemo nevladnih organizacij.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ker v občini ni nevladnih organizacij, podpiramo pa delovanje nevladnih organizacij v sosednjih občinah.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V občini potrebujemo nevladne organizacije, ki bi bile specializirane za osebe z depresijo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osebe z depresijo in njihovi svojci imajo pričakovano slabšo dostopnost do nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja glede na oddaljenost občine od mestnega središča.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pri sodelovanju z nevladnimi organizacijami se soočamo z zakonodajnimi omejitvami.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pri sodelovanju z nevladnimi organizacijami se soočamo s finančnimi omejitvami.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IF (3) Q9 = [2]

Q14 - Prosimo, da opredelite vaše sodelovanje z nevladnimi organizacijami na področju duševnega zdravja v občini.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Se strinjam	Povsem se strinjam	Ne vem
Delovanje nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja v sosednjih občinah finančno podpiramo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nevladnim organizacijam ne moremo ponuditi brezplačnega prostora za delovanje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prizadevamo si za vzpostavljanje in vzdrževanje podporne mreže za duševno zdravje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V občini sodelujemo pri razvijanju protokolov sodelovanja med sedanji izvajalci v podporni mreži za duševno zdravje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Se strinjam	Povsem se strinjam	Ne vem
Z nevladnimi organizacijami s področja duševnega zdravja si prizadevamo za podpis soglasja o medsebojnem sodelovanju.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vodimo evidenco vseh nevladnih organizacij v občini.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontinuirano se medsebojno informiramo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Izvajalci v nevladnih organizacijah se večinoma odzovejo na naše povabilo k sodelovanju.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi se večinoma odzovemo na povabilo nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IF (4) Q9 = [3]

Q16 - Prosim, da navedete, kaj menite, da bi lahko bil razlog, da ne poznate delovanja nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja v občini?

IF (4) Q9 = [3]

Q17 - Ali poznate delovanje nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja v drugih občinah?

Da

Ne

IF (5) Q17 = [1]

Q17a - Katere so to?

Q18 - Kateri programi, ki jih izvajajo nevladne organizacije s področja duševnega zdravja, so na voljo ali bi bili potrebni za vaše prebivalce?

(Na vprašanje odgovorite tako, da obkrožite odgovor, če poznate navedeni program.)

	Že imamo	Nimamo, a bi bilo nujno	Nimamo, a ni nujno	Ne vem
Program dnevni center	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informacijska pisarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svetovalnica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stanovanjska skupina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skupina za samopomoč za osebe z motnjo v duševnem zdravju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skupina za samopomoč za svoje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programi destigmatizacije	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programi pomoči na domu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programi promocije duševnega zdravja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programi zaposlitvene rehabilitacije in socialne vključenosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q19 - Prosim, opišite vaše aktivnosti s področja duševnega zdravja, ki jih ocenjujete kot primer dobre prakse.

Q20 - Kateri bi lahko bili kazalniki učinkovitosti delovanja nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja?

Q21 - Kakšna je vaša vizija razvoja skupnostne skrbi za duševno zdravje prebivalcev in za osebe z depresijo kot lokalne zadeve javnega pomena?

Priloga Č: Anketni vprašalnik za anketiranje izvajalcev v podporni mreži za duševno zdravje

Spoštovani!

Na vas se obračam s prošnjo za sodelovanje v raziskavi o vlogi izvajalcev v podporni mreži za duševno zdravje, še posebej za osebe z depresijo. Vaša aktivna udeležba v raziskavi je zelo dragocena in nujno potrebna za doseg ciljev raziskave.

Sem študentka doktorskega študija Fakultete za družbene vede v Ljubljani. Raziskavo izvajam v okviru priprave doktorske disertacije pod mentorstvom red. prof. Majde Pahor (Zdravstvena fakulteta Ljubljana) in somentorstvom red. prof. Tine Kogovšek (Fakulteta za družbene vede). Regijsko pa sodelujem z Dorotejo Kuhar, dr. med., spec. javnega zdravja, vodjo službe za promocijo zdravja na Zavodu za zdravstveno varstvo Novo mesto.

Razvili smo metodološki okvir študije primera v občinah ljubljanske in novomeške zdravstvene regije. V presečno študijo bomo vključili zbiranje podatkov z več perspektiv in pri tem uporabili različne raziskovalne metode in tehnike. **Temeljna vprašanja vam bomo zastavili s pomočjo anketnega vprašalnika. Vprašanja se navezujejo na vašo vlogo izvajalcev v podporni mreži na področju skrbi za duševno zdravje prebivalcev vaše občine, predvsem za osebe z depresijo. V raziskovalnem procesu bomo upoštevali vsa etična načela za zaščito dobrobiti sodelujočih.**

Vesna Zupancič

Q1 - Prosimo, da navedete osnovne demografske podatke o vaši organizaciji/enoti, vašem delovnem mestu in delovnih izkušnjah. Pod pojmom organizacija so mišljene vse oblike pravnih subjektov (zavod, s.p., d.o.o., NVO itd.). Na vprašanja odgovarjate z vidika svoje vloge na delovnem mestu v organizaciji in v okviru področja, kjer poklicno delujete.

Q1a - Ime organizacije/enote:

Q1b - Vrsta organizacije:

- javna organizacija
- zasebna organizacija s koncesijo
- zasebna profitna organizacija
- zasebna neprofitna organizacija (NVO)
- Drugo:

Q1c - Sektor delovanja

- zdravstveno varstvo
- socialno varstvo
- drugo

IF (1) Q1c = [1]

Q1c1 - Opis delovanja:

- Bolnišnična dejavnost
- Specialistična ambulantna dejavnost
- Primarno zdravstveno varstvo
- Primarno zdravstveno varstvo, patronažna dejavnost
- Skrb za javno zdravje na populacijski ravni
- Drugo

IF (2) Q1c = [2]

Q1c2 - Opis delovanja:

- Storitve centra za socialno delo (socialna pomoč)
- Storitve koordinatorja obravnave v skupnosti
- Storitve v zvezi z bivanjem (posebni socialnovarstveni zavod)
- Storitve v zvezi zaposlitvijo (zavod za zaposlovanje itd.)
- Storitve nevladne organizacije
- Drugo

IF (3) Q1c = [3]

Q1c3 - Opišite področje delovanja:

Q1d - Obravnavamo osebe s področja (navedite imena občin oz. definirajte del regije):

Q1e – Ime občine, kjer je vaše delovišče:

Q1f - Vaše delovišče je:

- v mestni občini
- oddaljeno od mestne občine do 10 km
- oddaljeno od mestne občine 11–20 km
- oddaljeno od mestne občine 21–30 km
- oddaljeno od mestne občine nad 30 km

Q1g - Regija vašega delovanja:

- ljubljanska zdravstvena regija
- novomeška zdravstvena regija
- drugo (dopišite):

Q1h - Ali imate z občinami sklenjen pisni sporazum o skrbi za njihove prebivalce?

- Da, z občinami na področju, ki ga pokrivamo
- Ne
- Ne vem

IF (4) Q1h = [1]

Q1h1 - S katerimi?

Q1i - Ali delujete na področju skrbi za duševno zdravje?

- Da, skrb za duševno zdravje je eno izmed področij, kjer aktivno delujemo v skladu s svojimi kompetencami.
- Da, ustanovljeni smo z namenom skrbi za duševno zdravje. To je naše primarno področje delovanja.
- Da, delujemo samo na področju duševnega zdravja, predvsem pa za osebe z depresijo.
- Ne, ne delujemo na področju duševnega zdravja.

IF (5) Q1i = [4]

Q1i1 - Naše področje delovanja je:

Q1j - Vaše delovno mesto:

Q1k - Izobrazba:

Q1l - Število let delovnih izkušenj:

Q1m - Ali imate vi sami delovne izkušnje s področja skrbi za duševno zdravje?

- Da, imam delovne izkušnje
- Imam izkušnje, pridobljene priložnostno

Ne

Q2a - Prosimo, da ocenite sedanje stanje na področju, ki ga pokrivata, po posameznih izbranih dejavnikih.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Se strinjam	Povsem se strinjam	Ne vem
Življenjsko okolje je za prebivalce dobro (čistoča, nizka jakost hrupa, zelene površine itd.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prometna infrastruktura je dobra (cestne povezave itd.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stanovanjske razmere so v povprečju dobre (površina, opremljenost stanovanj ipd.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tukaj je veliko turističnih znamenitosti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Področje je urbanizirano (večina prebivalcev živi v mestu).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Povprečna starost prebivalcev je visoka (nad slovenskim povprečjem 41 let, več starejšega prebivalstva).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stopnja izobrazbe prebivalcev je visoka (delež prebivalcev v občini z vsaj višješolsko izobrazbo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stopnja brezposelnosti je nižja, kot je slovensko povprečje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruto družbeni produkt je nad slovenskim povprečjem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2b - Ali so prebivalci posameznih občin, ki koristijo vaše storitve, med seboj v enakem položaju glede navedenih kriterijev?

Da

Ne

Ne vem

IF (6) Q2b = [1, 2]

Q2b1 - Zakaj?

Q2c - Prosimo, da tudi na podlagi spodaj navedenih dejavnikov ocenite sedanje stanje na področju, ki ga pokrivata.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Se strinjam	Povsem se strinjam	Ne vem
Na področju se redko pojavljata nasilje in prestopništvo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med prebivalstvom je prisotna visoka stopnja medsebojne solidarnosti (pripravljenost na medsebojno pomoč, sodelovanje, udeležba v prostovoljskih akcijah).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med prebivalci je prisotna nizka potreba po socialni pomoči.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na področju je veliko kulturnih dogajanj.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delovanje nevladnih organizacij na področju športa je dobro (npr. pestrost dejavnosti, število članov v športnih društvih, spodbujanje rekreacije).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delovanje nevladnih organizacij na področju kulture je dobro (npr. pestrost društev, število članov, spodbujanje h kulturnemu ustvarjanju).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mreža zdravstvenih storitev na našem področju je dobra (vrsta in število programov javne zdravstvene mreže).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mreža socialnih storitev na našem področju je dobra (vrsta in število programov s področja socialnega varstva).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delovanje storitvenih nevladnih organizacij na našem področju je dobro (vrsta in število programov, promoviranje dejavnosti).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zdravstveno stanje prebivalcev na našem področju je dobro (odsotnost zdravstvenih težav).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duševno zdravje prebivalcev na našem področju je dobro (odsotnost težav v duševnem zdravju).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na našem področju je nizka pojavnost depresije med prebivalci.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2d - Če je še kaj drugega značilno za okolje in prebivalce, kjer delujete, pa ni bilo na seznamu, prosimo, da to dopišete:

Q3a - Ali imate na ravni občine statistične podatke:

(Odgovor podate tako, da obkrožite ustrezní odgovor)

	Da	Ne	Delno	Ne vem
o socialnem stanju prebivalcev (stopnja registrirane brezposelnosti, št. prejemnikov socialne pomoči, prisotnost podstandardnih stanovanjskih razmer itd.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o nasilju in prestopništvu v občini?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o socialnih razlikah med prebivalci (ranljive družbene skupine)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o medsebojni solidarnosti prebivalcev (prostovoljska aktivnost prebivalcev, udeležba prebivalcev v solidarnostnih akcijah)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o stopnji socialne integracije prebivalcev (vključevanje v dejavnosti, povezanost v društva)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3b - Ali imate statistične podatke:

(Odgovor podate tako, da obkrožite ustrezní odgovor)

	Da	Ne	Delno	Ne vem
o zdravstvenem stanju prebivalcev?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o duševnem zdravju prebivalcev?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o potrebah prebivalcev za vzdrževanje in izboljševanje duševnega zdravja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o pojavnosti depresije med ljudmi (prevalenca bolezni, število obravnav na ravni primarnega zdravstvenega varstva itd.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o potrebah oseb z depresijo (kakšno pomoč potrebujejo na poti okrevanja)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o številu samomorov v občinah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4a - Prosim, da ocenite sedanje stanje skrbi na področju duševnega zdravja v lokalni skupnosti, kjer delujete/je vaše delovno mesto.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Se strinjam	Povsem se strinjam	Ne vem
Na našem področju imamo veliko programov promocije duševnega zdravja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na našem področju so za področje duševnega zdravja ustanovljene lokalne akcijske skupine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na našem področju imamo veliko izvajalcev, ki nudijo pomoč osebam z motnjo v duševnem zdravju.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Število izvajalcev v posamezni občini, ki delujejo v podporni mreži za duševno zdravje, je pričakovano glede na oddaljenost občine od mestnega središča.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programi organizacij, ki delujejo v podporni mreži za duševno zdravje posamezni v občini, so pričakovani glede na oddaljenost občine od mestnega središča.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4b - Prosim, da ocenite sedanje stanje skrbi na področju skrbi za osebe z depresijo v lokalni skupnosti, kjer delujete/je vaše delovno mesto.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Se strinjam	Povsem se strinjam	Ne vem
Na našem področju imamo veliko storitev za osebe z depresijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prizadevamo si za sistematično prepoznavanje potreb oseb z depresijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programi za preprečevanje depresije so finančno podprti s strani občinske oblasti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programi za preprečevanje samomora so finančno podprti s strani lokalnih oblasti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4c - Prosim, da ocenite sedanje stanje skrbi na področju skrbi za osebe z depresijo v lokalni skupnosti, kjer delujete/je vaše delovno mesto.

Sploh se ne strinjam Se ne strinjam Niti se ne strinjam niti se strinjam Se strinjam Povsem se strinjam Ne vem

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Se strinjam	Povsem se strinjam	Ne vem
Protokoli sodelovanja med vladnimi in nevladnimi organizacijami na področju duševnega zdravja so jasno definirani.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Povečanje števila izvajalcev v podporni mreži je vplivalo na povečano sodelovanje med njimi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sodelovanje med izvajalci javnih in nevladnih ter drugih zasebnih organizacij je glede na potrebe oseb z motnjo v duševnem zdravju depresijo dobro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sodelovanje med organizacijami socialnega in zdravstvenega varstva je dobro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q5 - Ali v vaši organizaciji izvajalci v podporni mreži na področju duševnega zdravja izvajate terensko delo in nudite potrebno strokovno pomoč prebivalcem na njihovem domu?

- Da
 Ne
 Ne vem

Q6 - Vlogo nevladnih organizacij v podporni mreži za osebe z depresijo in potrebe oseb z depresijo ocenjujem kot:

- Izvajalec v nevladni organizaciji
 Izvajalec v drugih organizacijah v podporni mreži

IF (7) Q6 = [1]

Q61a - Vaša najpomembnejša ciljna populacija:

IF (7) Q6 = [1]

Q61b - Se srečujete z osebami, ki kažejo znake depresije/imajo depresijo?

- Da
 Ne
 Ne vem

IF (7) Q6 = [1]

Q61c - Število enot vaše organizacije v posamezni zdravstveni regiji:

Vpišite število

Ljubljanska zdravstvena regija:

Novomeška zdravstvena regija:

Q61h - Katere programe že izvajate/si še želite izvajati?

(Na vprašanje odgovorite tako, da obkljukate ustrezni odgovor.)

	Že imamo	Nimamo, a bi bilo nujno	Nimamo, a ni nujno	Ne vem
Program dnevni center	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informacijska pisarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svetovalnica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stanovanjska skupina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skupina za samopomoč za osebe z motnjo v duševnem zdravju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skupina za samopomoč za svojece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programi destigmatizacije	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programi pomoči na domu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programi promocije duševnega zdravja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programi zaposlitvene rehabilitacije in socialne vključenosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IF (7) Q6 = [1]

Q61i - Prosimo, da ocenite potrebo po delovanju nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja na področju, ki ga pokrivate.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Se strinjam	Povsem se strinjam	Ne vem
Na našem področju je dovolj nevladnih organizacij, ki delujemo na področju duševnega zdravja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na našem področju nevladne organizacije izvajamo vse potrebne storitve glede na sedanje potrebe prebivalcev.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na našem področju potrebujemo nevladne organizacije, ki bi bile specializirane za osebe z depresijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osebe z depresijo in njihovi svojci imajo pričakovano slabšo dostopnost do nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja glede na oddaljenost občine od mestnega središča.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pri sodelovanju z nevladnimi organizacijami se soočamo z zakonodajnimi omejitvami.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pri sodelovanju z nevladnimi organizacijami se soočamo s finančnimi omejitvami.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IF (8) Q6 = [2]

Q62a - Koliko zaposlenih v vaši organizaciji neposredno dela z osebami s težavami v duševnem zdravju?

IF (8) Q6 = [2]

Q62b - Prosim, če lahko navedete, kaj so osebe, ki delajo z osebami s težavami v duševnem zdravju, po poklicu?

IF (8) Q6 = [2]

Q62c - Se srečujete z osebami, ki kažejo znake depresije/imajo depresijo?

- Da
 Ne
 Ne vem

IF (8) Q6 = [2]

Q62d - Ali pri svojem delu sodelujete z nevladnimi organizacijami s področja duševnega zdravja?

- Da
 Redko
 Ne

IF (9) Q62d = [1]

Q2 - Prosim, če opišete način vašega sodelovanja?

IF (10) Q62d = [2]

Q3 - Lahko opišete, kdaj?

IF (11) Q62d = [3]

Q4 - Zakaj ne?

Q62e - Kateri programi NVO so na področju, ki ga vi pokrivate, že na voljo osebam s težavami v duševnem zdravju, kateri pa bi bili še potrebni?

(Na vprašanje odgovorite tako, da obkljukate ustrezni odgovor.)

	Že imamo	Nimamo, a bi bilo nujno	Nimamo, a ni nujno	Ne vem
Program dnevni center	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informacijska pisarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svetovalnica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stanovanjska skupina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skupina za samopomoč za osebe z motnjo v duševnem zdravju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skupina za samopomoč za svojce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programi destigmatizacije	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programi pomoči na domu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programi promocije duševnega zdravja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programi zaposlitvene rehabilitacije in socialne vključenosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q62f - Prosimo, da ocenite potrebo po delovanju nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja na področju, ki ga pokrivate.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Se strinjam	Povsem se strinjam	Ne vem
Na našem področju je dovolj nevladnih organizacij, ki delujemo na področju duševnega zdravja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na našem področju nevladne organizacije izvajamo vse potrebne storitve glede na sedanje potrebe prebivalcev.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na našem področju potrebujemo nevladne organizacije, ki bi bile specializirane za osebe z depresijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osebe z depresijo in njihovi svojci imajo pričakovano slabšo dostopnost do nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja glede na oddaljenost občine od mestnega središča.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pri sodelovanju z nevladnimi organizacijami se soočamo z zakonodajnimi omejitvami.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pri sodelovanju z nevladnimi organizacijami se soočamo s finančnimi omejitvami.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q7 - Ali ste pri svojem delu pozorni, da delujete tudi preventivno v smislu promocije duševnega zdravja?

- Da, kolikor je le možno.
- Občasno, glede na izraženo potrebo s strani obravnavane osebe.
- Ne, to ni moje področje dela.

IF (12) Q7 = [1]

Q71 - Kako?

Q8 - Kaj ocenjujete, da najbolj vpliva na to, da se osebe ob pojavu simptomov depresije vključijo v strokovno obravnavo v okviru javne podporne mreže? Odgovor podate tako, da razvrstite posamezna opredeljena področja od 1–11, in sicer od najpomembnejšega (1) do najmanj pomembnega (11) glede na vašo oceno sedanjega stanja.

- Vzpostavitev zaupnega odnosa s strokovnim delavcem (zdravnikom, medicinsko sestro, svetovalcem itd.)
- Podpora, spodbuda svojcev
- Podpora, spodbuda drugih strokovnih delavcev (učiteljev, mentorjev ...)
- Pojav sekundarnih posledic (zanemarjanje otrok, ločitev, nevarnost izgube službe)
- Predhodna informiranost o simptomih bolezni in možnostih pomoči
- Dostopnost do pomoči brez čakalne dobe

Dostopnost do brezplačne pomoči
 Dostopnost do plačljive pomoči brez oznake v zdravstvenem kartonu
 Možnost skupnostne obravnave/obrnave na domu
 Dostopnost informacij prek svetovnega spleta
 Dostopnost tiskanih informacijskih gradiv

Q9 - Kaj ocenjujete, da potrebujejo osebe z depresijo na poti okrevanja? Odgovor podate tako, da razvrstite posamezna opredeljena področja od 1–11, in sicer od najpomembnejšega (1) do najmanj pomembnega (11) glede na vašo oceno sedanjega stanja.

poslušalca
 profesionalnega strokovnega delavca
 zdravila za zdravljenje depresije
 psihoterapijo
 obravnavo v skupnosti
 obravnavo v bolnišnici/zavodu
 psihosocialno rehabilitacijo
 zaposlitveno rehabilitacijo
 terenskega motivatorja (motiviranje na njihovem domu)
 vključitev v skupino za samopomoč
 opolnomočenje njihovih svojcev

Q10 - Kje vi vidite vlogo NVO v podporni mreži za osebe z depresijo?

--

Q11 - Kateri bi lahko bili relevantni kazalniki za merjenje učinkovitosti delovanja nevladnih organizacij za osebe z depresijo in njihovega sodelovanja v podporni mreži za osebe z depresijo?

--

Q12 - Ocenite stopnjo strinjanja z navedenimi trditvami.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Se strinjam	Povsem se strinjam	Ne vem
Število oseb, ki se vključujejo v obravnavo zaradi depresije, narašča.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stopnja integracije v podporni mreži za osebe z depresijo je majhna.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pričakovani učinki podpore osebam z depresijo v lokalni skupnosti so doseženi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kot strokovni delavec sem motiviran, da se odzovem na potrebe oseb z depresijo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mehanizmi vplivanja strokovnih delavcev na zadovoljstvo oseb z depresijo niso raziskani.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prepoznavanje potreb posamezne populacije ne poteka kontinuirano.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Število skupnih dogodkov izvajalcev v podporni mreži za osebe z depresijo je premajhno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Med organizacijami v podporni mreži za osebe z depresijo je prisotno tekmovanje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vključevanje nevladnih organizacij v podporno mrežo za osebe z depresijo je nezadostno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Z vključevanjem nevladnih organizacij bi bilo zagotavljanje kontinuirane skrbi lažje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sistem v Sloveniji je naravnan k vzdrževanju in h krejitvi javnega sektorja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q13 - Ali so doseženi pričakovani učinki celotne podpore oseb z depresijo v skupnosti? Opreделите na lestvici od 1–10. 1 pomeni, da pričakovani učinki niso doseženi, 10, da so doseženi.

--

Q14 - Prosim, opišite vaše aktivnosti s področja duševnega zdravja, predvsem skrbi za osebe z depresijo, ki jih ocenjujete kot primer dobre prakse.

--

Q15 - Kakšna je vaša vizija razvoja skupnostne skrbi za duševno zdravje prebivalcev in za osebe z depresijo kot lokalne zadeve javnega pomena?

--

Priloga D: Proces kvalitativne analize podatkov s perspektive uporabnikov storitev in njihovih svojcev

Priloga D.1: Predloga vprašanj za fokusno skupino z uporabniki storitev in njihovimi svojci, ki so uporabniki storitev NVO

- 1. Se lahko na kratko predstavite? Iz katere občine prihajate, ste redni ali občasni obiskovalec tukaj (v NVO)?**
- 2. Lahko predstavite, zakaj obiskujete to organizacijo (NVO), kakšno pomoč vam nudi?**

Kaj je najlepše, kar se vam tukaj dogaja? Vam kaj ni všeč, vas moti? Vas kaj ovira, da te organizacije ne obiskujete pogosteje?
- 3. Obiskujete še kakšno drugo nevladno organizacijo v tej občini ali drugje?**

Katero? S kakšnim namenom?
- 4. Na katere organizacije (zdravstvene in socialne) se vi najpogosteje obračate po pomoč in zakaj? Ste zadovoljni z njihovimi storitvami?**
- 5. Lahko navedete kakšen primer dobrega sodelovanja med organizacijami glede na vaše potrebe? Ali kdaj poskus vzpostavitve sodelovanja ni uspel?**

(npr. s psihiatrom, centrom za socialno delo, koordinatorjem obravnave v skupnosti, stanovanjskim skladom itd.)
- 6. Kako pa ocenjujete sodelovanje NVO z drugimi organizacijami? Na splošno? Glede na vaše potrebe? S katerimi organizacijami? Od česa je sodelovanje odvisno?**
- 7. Ali so vaša pričakovanja glede učinkovitosti delovanja NVO izpolnjena? Po čem to ocenjujete? Kaj ste osebno pridobili z obiskovanjem NVO, kaj vaši svojci in druge vam pomembne osebe? Ste dosegli zastavljene cilje, kakšna je bila vaša vloga/vloga svojcev pri tem? Kaj najbolj vpliva na vaše dobro počutje?**
- 8. Zakaj menite, da nekateri ne obiskujejo NVO, pa imajo npr. depresijo?**
- 9. Kaj menite o podporni mreži organizacij za duševno zdravje prebivalcev in za osebe z depresijo v lokalnih skupnostih? Bi bilo potrebno še kaj drugega, še kakšen drug program ali storitev? Kaj si želite, da bi vam bilo na voljo v domačem okolju, katere storitve? Kakšni morajo biti strokovni delavci, mentorji v NVO, da so vaša osebna pričakovanja/potrebe izpolnjene? Ali imajo ljudje pri pojavu depresije in na poti okrevanja povsod po Sloveniji enake možnosti za obravnavo?**
- 10. Kako bi ocenili obstoječo skrb za duševno zdravje prebivalcev v Sloveniji in kakovost pomoči osebam, ki se sedaj soočajo z depresijo? Ali se število oseb z depresijo povečuje? Le-te kmalu/pravočasno poiščejo pomoč? Pri kom jo največkrat poiščejo? Kakšne so še potrebe oseb z depresijo?**
- 11. Kakšna bi bila vaša vizija razvoja skupnosti skrbi za osebe z depresijo v lokalni skupnosti/v regiji/v Sloveniji/v Evropi/po svetu?**

12. Bi želeli še kar koli dodati, pa vas nisem vprašala?

Priloga D.2: Predloga vprašanj za polstrukturirani intervju z uporabniki storitev, ki niso člani NVO

1. Se lahko na kratko predstavite?

Lahko opišete vašo izkušnjo depresije?

2. Na katere organizacije (zdravstvene in socialne) se vi najpogosteje obračate po pomoč in zakaj? Ste zadovoljni z njihovimi storitvami?

3. Obiskujete kakšno NVO s področja duševnega zdravja?

Lahko predstavite, zakaj (ne) obiskujete te organizacije (NVO) s področja DZ?

4. Lahko predstavite, zakaj drugi obiskujejo NVO s področja DZ?

Obiskujete kakšno drugo nevladno organizacijo v tej občini ali drugje?

Katero? S kakšnim namenom?

5. Lahko navedete kakšen primer dobrega sodelovanja med organizacijami glede na vaše potrebe? Ali kdaj poskus vzpostavitve sodelovanja ni uspel?

(npr. s psihiatrom, centrom za socialno delo, koordinatorjem obravnave v skupnosti, stanovanjskim skladom itd.)

6. Kako pa ocenjujete sodelovanje med NVO in drugimi organizacijami? Na splošno?

Glede na vaše potrebe? S katerimi organizacijami? Od česa je sodelovanje odvisno?

7. Kakšno je vaše mnenje glede učinkovitosti delovanja NVO ?

Po čem to ocenjujete? Kakšna je bila vaša vloga/vloga svojcev pri tem? Kaj najbolj vpliva na vaše dobro počutje?

8. Zakaj ne obiskujete NVO s področja DZ?

9. Kaj menite o podporni mreži organizacij za duševno zdravje prebivalcev in za osebe z depresijo v lokalnih skupnostih? Bi bilo potrebno še kaj drugega, še kakšen drug program ali storitev? Kaj si želite, da bi vam bilo na voljo v domačem okolju, katere storitve? Kakšni morajo biti strokovni delavci, mentorji v NVO, da so vaša osebna pričakovanja/potrebe izpolnjene? Ali imajo ljudje pri pojavu depresije in na poti okrevanja povsod po Sloveniji enake možnosti za obravnavo?

10. Kako bi ocenili obstoječo skrb za duševno zdravje prebivalcev v Sloveniji in kakovost pomoči osebam, ki se sedaj soočajo z depresijo? Ali se število oseb z depresijo povečuje? Le-te kmalu/pravočasno poiščejo pomoč? Pri kom jo največkrat poiščejo? Kakšne so še potrebe oseb z depresijo?

11. Kakšna bi bila vaša vizija razvoja skupnosti skrbi za osebe z depresijo v lokalni skupnosti/v regiji/v Sloveniji/v Evropi/po svetu?

12. Bi želeli še kar koli dodati, pa vas nisem vprašala?

Priloga D.3: Ocena uporabnikov storitev o skrbi za DZ prebivalcev Slovenije in zadovoljevanju potreb oseb s težavami v DZ

Področja	Kategorije	Kode
KAKOVOST OBRAVNAVE	neenakost v možnosti do obravnave	kakovost med tri in pet na desetstopenjski lestvici, skrb za ljudi glede na lokacijo bivanja, skupno izpolnjevanje akcije, na podeželju poln DC, kvalitetno delo, veliko dela, ni enake možnosti do obravnave v Sloveniji, spodbujati podporo skupnostni skrbi, obisk patronažne službe na domu, slab dostop do psihiatra, prihod psihiatra iz Ljubljane dvakrat tedensko, potrebe po psihiatru vsak dan, prekratek čas pogovora s pacientom, drugi zdravniki težje predpišejo zdravila, ki jih potrebuješ, neuskladenost pri predpisovanju zdravil posamezni osebi, problem nepoznavanja pacienta pri predpisovanju zdravil, pravila povračila stroškov s strani zavarovalnice.
	podpora skupnostni skrbi	
	obravnava na domu	
	slab dostop do psihiatra	
	neuskladenost zdravljenja	
KAKOVOST ŽIVLJENJA OSEB Z IZKUŠNJO DEPRESIJE	stroga pravila povračila stroškov za prevoz iz zavarovalnice	ob bolezni življenjske vloge težko dosegljive, duševno zdravje je osnova fizičnega zdravja, postavljanje s prijetljaji v mladosti, različna prestopništva že v mladosti, sprememba zunanjega izgleda zaradi procesov staranja, človek potrebuje družbo, prevelika pričakovanja svojcev, pričakovana prevelik psihološki pritisk, ob lastništvu, avta in nepremičnine ne pripada nič socialne podpore, če si lastnik, nisi upravičen do pomoči, že potreba po socialni pomoči je negativni faktor za kakovost življenja.
	izpolnjevanje življenjskih vlog	
	povezanost telesnega in DZ	
	vpliv pričakovanih svojcev	
POLITIKA ZAPOSLOVANJA	omejitve pravice do socialne podpore	večina brezposelnih ali na polovičnem delovnem času, na zaposlitvenem razgovoru se lahko težava opazi, ob lastnih težavah si bolj pod napetostjo, depresija se odraža tudi na fizičnem zdravju, idealno delo – socialno delo s skrajšanim delovnim časom, velik psihološki pritisk na delovnem mestu – večkrat zavrnjena pomoč, problematična politika zaposlovanja, veliko pomeni delo v svoji stroki, ob zaposlitvi se bolezen umiri, potreba po razgibanem delu.
	negativni faktorji za kakovost življenja	
	polovični delavni čas	
	zaposlitveni razgovor	
DOŽIVLJANJE OSEB Z IZKUŠNJO DEPRESIJE	socialno delo	poiskati pomoč ni sramota, temveč vrednota, prisotno prizadevanje za neopaznost, izguba volje in motivacije, depresija, če ni obveznega ritma, posedovanje predsodkov, označevanje osebe z depresijo z duševno moteno, nenormalno, ljudem je nerodno vprašati, občutek, da si predmet pozornosti, akcija s tekom nad stigmo, izpostavitve javnih osebnosti z depresijo, nepriljubljenost na zdravljenje, preteza za izpeljavo hospitalizacije, dolga hospitalizacija, umiritev z injekcijo, prostovoljno uživanje tablet, policija in rešilec ob prisilni hospitalizaciji, prevoz skrb svojcev.
	pomen dela v lastni stroki	
	značilnosti dodeljenega dela	
	pozitivno vrednotenje prošnje za pomoč	
IZVAJALCI SKRBI	vplivanje na voljo in motivacijo	nujnost dela s srcem, v bolnici morajo delati ljudje s srcem, neprijaznost ni ustreza za delo z ljudmi, veliko izgub pacientov zaradi slabega odnosa, notranje plačilo prostovoljcev, mentorica z osnovno solo, načini vrednotenja lastnega prostovoljskega dela – odziv oskrbovancev ob srečanju.
	doživljanje javnosti	
	družbeno koristne akcije	
	odnos do uporabnikov storitev	
SPECIFIČNE ZNAČILNOSTI LOKALNEGA OKOLJA	ustreznost izobrazbe zaposlenih	žarišča depresije v Sloveniji, dve žarišči velikega števila bolnih, zgodovinski vpliv soja genov, izolacija 'belogardističnih gnezd', ne vem razloga za tako koncentracijo.
	načini vrednotenja lastnega dela	
	zgodovinske okoliščine za lokacijsko koncentracijo obolenih	
	nepoznavanje razlogov za koncentracijo obolenih	

Priloga D.4: Ocena uporabnikov storitev o podporni mreži organizacij za DZ prebivalcev in za osebe s težavami v DZ v lokalnih skupnostih

Področja	Kategorije	Kode
ORGANIZACIJA POMOČI	časovna pokritost s programom	ni dovolj, da je organizirana pomoč samo dopoldne, na Dolenjskem slaba pokritost skrbi za invalide, podpora skupnostni skrbi skozi zdravniško zbornico, zdravstveno terensko delo v skupnosti, pomanjkanje ljudi na terenu, mladi potrebujejo drugačen pristop, zdravnik nima časa za poslušanje, vloga FSD pri NVO, omejena pooblastila policije, dobra psihiatrična podpora v Sloveniji, počasen razvoj skrbi za osebe s težavami v DZ, problem podeljevanja koncesij, nujnost odvzema koncesij, izvajalci skupnostne psihiatrije ne morejo biti bolnišnice, skupnostna psihiatrija odkriva probleme na terenu, skupnostna psihiatrija deluje preventivno, ACT timi obiskujejo po dogovoru iz bolnišnice.
	geografska pokritost s programi	
	skupnostna skrb	
	terensko delo	
	pooblastila izvajalcev	
	preventivno delovanje	
OBRAVNAVA OSEB S TEŽAVAMI V DZ	podeljevanje koncesij	zdravstvena obremenjenost mladih z zdravili, zdravstvena obremenjenost mladih z dvojnimi diagnozami, pomemben čas za začetek zdravljenja, pomen vsake sekunde za zmanjšanje posledic, pomen preventivne medicine, prekinitvev psihotičnega procesa s psihofarmakom, stadij, ko postane človek moteč, mladi odvisniki so pogosti.
	medikalizacija	
	obremenjenost mladih z dvojnimi diagnozami	
	proces zdravljenja	
OBČUTENE POTREBE UPORABNIKOV STORITEV	pravočasna prekinitvev psihotičnega procesa	nesposobnost razmišljanja, občutek stiskanja, potreba po pogovoru, potreba dati ven iz sebe, tudi če ne prosiš, če zavračaš pomoč, jo potrebuješ, vrtnanje ni vedno nadležno, neuspeh pri študiju, utrujenost zaradi študija, stopnjevanje utrujenosti, sodelavci izogibali direktnemu soočenju, sama nisem imela želje po direktnem soočenju, potreba po prijazni vzpodbudi, problem pristopiti k človeku z težavo v DZ, depresija začela dolgo pred postavitvijo diagnoze, krivda preobremenjenosti za izbruh bolezni, prizadetost po kapi, dostop za druženje ima vsak, stigmatiziranje zaradi strahu, zaradi stigmatizacije ni vredno obsojati ljudi, skrivanje pred drugimi, da hodiš v NVO, negativne predstave o duševni bolezni, ležanje v času krize, potreba po miru ob krizi, ob izbruhu ni alternative, je samo kemija, hvaležnost splošni zdravnici, konec tedna je najtežje, obiskovanje prijateljev za konec tedna, uspavala za spanje, nujna potreba po osamosvojitvi, potreba po postavitvi se zase, lastno preobremenjevanje zaradi težnje, da vse opravi sam, posledice strokovnih napak izvajalcev so hude, iluzorne predstave strokovnih sodelavcev, premajhne zmoglosti za samostojno delovanje, psihična kriza zaradi finančne krize, zaupanje ob osebnem poznavanju, ob deljenju problemov s prijateljem je ta razpolovljen, počasno spreminjanje pogleda na osebe z depresijo.
	hrepenenje po pomoči kljub zavračanju pomoči	
	izogibanje direktnega soočanja z ljudmi	
	negativne predstave v javnosti	
	vedenje v času krize	
	potreba po samoosvojitvi	
	občutenja v času krize	
	nujnost medikamentoznega zdravljenja v času krize	
	težavnost vikendov	
	strokovne napake izvajalcev	
	hvaležnost izvajalcem	
	pomen prijateljev	
METODOLOŠKI PRISTOP K	osebna odgovornost za druženje	zakompliciran sistem pomoči, koncept psihosocialne rehabilitacije, pogovor z ustreznim strokovnjakom, menjavanje stanovalcev v stanovanjskih skupinah, v NVO vedno najdeš
	prikrit razvoj depresije	
	psihosocialna rehabilitacija	
	pogovor s strokovnjakom	

OBRAVNAVI	problem neizpoljenih obljub	poslušalca, zamenjava delovnega okolja, preveč neizpoljenih obljub.
	sprememba okolja	
OCENA SVOJCEV	depresija kot bolezen ali lenoba	starši ne označujejo depresije kot bolezni, temveč kot lenobo, hvaležnost za dodatna navodila za delo z obolelimi svojci, pretirana skrb svojcev, stalno preverjanje s strani svojcev po telefonu.
	potreba po dodatnih navodilih za svoje	
	nadzor s strani svojcev	
VLOGE DELEŽNIKOV V PODPORNIM MREŽI	lastnosti strokovnega delavca	idealne lastnosti strokovnega delavca, razvoj identitete uporabnika storitev, nerazumevanje, kaj pomeni duševna bolezen.
	identiteta uporabnika storitev	

Priloga D.5: Mnenja uporabnikov storitev o vstopu oseb s težavami v DZ v obravnavo

Področja	Kategorije	Kode
IZVAJANJE ŽIVLJENJSKIH AKTIVNOSTI	nihanje energije	nihanje energije za opravljanje vsakdanjih dejavnosti, nemoč za opravljanje dela zaradi depresije, opuščanje življenjskih aktivnosti, nesoglasja na delovnem mestu, nespečnost, nejevoljnost, nesposobnost koncentracije in sledenje dnevnim aktivnostim, opustitev zanimanja za nekatere pomembne stvari, sorodniki prej opazili posebnosti, kot sama.
	nemoč zaradi bolezni	
	opustitev zanimanja	
	presoja sorodnikov	
	težave na delovnem mestu	
OSEBNO DOŽIVLJANJE	pomanjkljivo osebno vedenje	pomanjkanje vedenja o bolezni v javnosti, osebno nepoznavanje znakov depresije, lastno nezaznavanje potrebe po zdravljenju, na zunaj delovala v redu, notri pa je vrelo, cincanje s samim sabo, občutek neodobravanja sodelavcev, s sodelavci ni bilo poglobljenega pogovora, zamera sodelavcem zaradi neodzivnosti, nisem izrazila želje po pogovoru, drobni klici za pomoč, neopaženi namigi za pogovor, trudila sem se ostati aktivna, zanikanje bolezni, sram ob priznavanju slabosti, vrtenje v krogu, strah pred korakom do pomoči, skrivanje simptomov, netipični simptomi depresije, pojav bolezni je bil dolgotrajni proces, moje vedenje je bilo pripisano mojemu značaju, najtežje si je priznati nesposobnost, lastno dovoljenje nepopolnosti, hujše je, če nenadno zbolijo, kot če si bolan od rojstva, problem občutek manjvrednosti, ko vstopi bolezen, je neprijetno.
	neznačilen izgled	
	slaba samopodoba	
	signaliziranje prošnje za pomoč	
	zanikanje težav	
	skrivanje za značajnimi lastnostmi	
	strah prositi za pomoč	
	življenjsko obdobje pojava bolezni	
PREPOZNAVANJE POTREBE PO POMOČI	nepozornost okolice	okolica ni prepoznala simptomov depresije, pet let od pojava prvih znakov do postavitve diagnoze, odločitev za obisk psihiatra, sreča pri izbiri zdravnice, ki je ustrezno reagirala, brez terapije ne bi šlo, sama nisem našla izhoda iz krize, nisem si priznala, da potrebujem pomoč, ni bilo primerne sogovornika, potreba po spodbudni h govorjenju, delanje korakov v smeri iskanja osebe za pomoč, obtoževanje zdravnika za pojav bolezni zaradi opustitve zdravljenja, dobro poznavanje sistema, psihiater hitro postavil diagnozo, stopnjevanje bolezenskih znakov, večanje sekundarnih posledic.
	čas od pojava prvih znakov do diagnoze	
	sreča pri izbiri strokovnjaka	
	pripisovanje krivde drugim	
	stopnjevanje sekundarnih posledic	
	potreba po komunikaciji	
	spodbujanje k izražanju občutij	
PRVI STIK S STROKOVNJA-KI	strah pred pogovorom s psihiatom	prvi obisk pri psihiatru – pogovor, nervoza pred prvim obiskom, zbiranje poguma za klicanje psihiatra, brez napotnice, ker nisem hotela drugim razlagati težave, prvič samoplačniški pregled pri psihiatru, pozno odreagirane svojcev zaradi predhodnega zanikanja težav, prve spremembe 3 do 4 tedne po začetku jemanja terapije, sodelovanje med psihiatom in patronažno službo, primanjkljaj ustreznih možnosti, občutek varnosti po obisku zdravnika, zaupanje splošni zdravnici, ni podpore za študente na fakulteti.
	pozno odreagirane svojcev	
	samoplačniški vstop	
HOSPITALIZACIJA PROTI VOLJI	razlogi za potrebo po prisilni hospitalizaciji	nepripravljenost na zdravljenje, pretveza za izpeljavo hospitalizacije, dolga hospitalizacija, umiritiv z injekcijo, prostovoljno uživanje tablet, policija in rešilec ob prisilni hospitalizaciji, osebna nemoč ob depresiji, premagovanje samega sebe, vstop ne more biti vsiljen, izguba bližnje osebe, zaposleni kot angelčki, zaposleni kot rešitelji, družjenje z zelo toplimi ljudmi, pogovor proti osamljenosti.
	metode umiritve osebe	
	hvaležnost izvajalcem	
	pomoč s pogovorom	
	osebna nemoč	
VSTOP V NVO	predsodki o NVO	na vratih napis zmešani, za vstop v NVO se mora stanje že izboljševati, nova merila politike vodijo do obupa, pojav novih NVO, novih občin, NVO vir informacij, v NVO prisotna izmenjava znanj, ni dovolj informiranosti o obstoju NVO, žaljenje – stereotipi, da so v Šentu idioti, močna prisotnost stigme, vstop naskrivaj.
	koristnost NVO	
	potreba po novih NVO	
	slaba informiranost o programu NVO	
ZDRAVLJENJE V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI	ukrepi za umirjanje pacienta	posebni ukrepi za umiritev pacienta, vpliv terapije na možgane, upravičenost uvedbe ukrepov, ustreznost terapije, prosjačenje za zamenjavo terapije, otroci mislijo, da je to norišnica, pacienti norci, prosti vikendi v času hospitalizacije, v bolnišnici ponujena potrebna pomoč, v bolnišnici visoka usposobljenost strokovnjakov, zaupanje psihiatru, meja za norost hospitalizacija na psihiatriji, PHP boljše kot Psihiatrična bolnišnica, PHP bivša vojaška bolnišnica, nasilje v bolnišnici.
	učinki zdravljenja z zdravili	
	koristnost zdravljenja	
	zaupanja vredna usposobljenost strokovnjakov	
PREVENTIVNI PROGRAMI	primanjkljaj preventivnih programov za dijake in študente	predavanja o depresiji že v srednji šoli, ni očitne podpore za informiranje o depresiji v času študija, potreba po boljši povezanosti vladnih in nevladnih služb, dejavniki vplivanja na depresijo.
	potreba po boljšem sodelovanju služb	
	dejavniki tveganja	

Priloga D.6: Ocena uporabnikov storitev o potrebah oseb s težavami v DZ

Področja	Kategorije	Kode
UKREPI ZA POVEČEVANJE AKTIVNOSTI	<p>terensko motiviranje</p> <p>tehnike samomotiviranja</p> <p>skupnostna psihiatrija</p> <p>ponudba brezplačnih aktivnosti v lokalni skupnosti</p> <p>informiranje</p> <p>psihosocialna rehabilitacija</p> <p>okolje brez predsodkov</p>	<p>potreba po motivatorju, zbistritev glave z mrzlo vodo, siljenje z enostavnimi gibi h gibanju, trma za preživetje, rinjenje z glavo skozi zid, ni prepuščanja usodi, ni smiljenja samemu sebi, nezadovoljstvo, dragocnost prijatelja brez predsodkov do uporabnikov psihiatrije, navijanje za skupnostno psihiatrijo, omejene možnosti psihosocialne rehabilitacije, lastna aktivnost premaguje depresivnost, različne brezplačne aktivnosti v lokalni skupnosti, dostopnost zložen, potreba po terenskem motivatorju.</p>
DELOVANJE UPORABNIKO V STORITEV	<p>aktivnosti za doseganje sprememb</p> <p>tehnike samomotiviranja</p> <p>skrb za zdrav življenjski slog</p> <p>upravljanje s pričakovanji</p> <p>uporabniški prispevek državi</p> <p>primeri dobre prakse</p> <p>problem odvisnosti</p> <p>samonorčevanje</p> <p>posluževanje telefonskega svetovanja</p> <p>potreba po poslušalcu življenjske zgodbe</p> <p>razvoj podpornih mehanizmov za življenje z boleznijo</p> <p>skromno življenje ob podpori Karitas, RK</p> <p>pomanjkljivo prepoznavanje talentov</p>	<p>pot informacij navzgor, pot spremembe prek sveta uporabnikov, hierarhična struktura, sodelovanje uporabnikov pri načrtovanju programa, smo zelo dobro povezani, samomotivacijske tehnike, ukrepanje ob bolečini, pričakovanja do samega sebe, različni načini življenja, pomen gibanja in prehrane, realnost ob zdravljenju, depresivni dan, začarani krog depresivnih, gibanje zdravi, uporabniški prispevek državi, možnost spremembe programov NVO, obrambni mehanizmi ob vsesplošni krizi, samoohranitveni nagon, provokativnost pri vprašanih, moja odločitev za poklicno pot primer dobre prakse, pri mnogih ni prepoznan talent, vožnja avtomobilov in psihiatrična zdravila, odvisnost problem mladih generacij, pošastnost shizofrenije, božanskost droge, izbira med božanskostjo in pošastnostjo, razmislek o tem, kaj študirati za dokončanje študija, biti ponosen na sebe, samoobčutenje, da si dobro, šaljenje na račun odvisnosti in psihofarmakov, zmešan do konca – blaznik, pogovor pomaga pri postavitvi ciljev, s cilji vidiš, da imaš svojo prihodnost, možen pogovor preko mobitela ob težavah, norčevanje iz lastne situacije, dolgoletno vsakominitno notranje delo, razvoj podpornih mehanizmov za normalni izged in delovanje, pripovedovanje zgodbe prinese olajšanje, predelati občutek zavoženega življenja, potreba po človeku, ki bi poslušal in razumel, občasno pomoč Karitas, RK, grozno težko življenje z negativnimi vplivi na zdravje, navajenost na skromno življenje.</p>
PRAVICA DO DELA	<p>osebni pomen delovne aktivnosti</p> <p>nujnost dodatnega zaslužka</p> <p>nestimulativen sistem socialne podpore</p> <p>pomanjkljivo javno zagovornišvo socialnih oblik dela</p> <p>odklonitev socialne pomoči</p> <p>sodelovanje z Zavodom za zaposlovanje</p> <p>krutost birokratskih mejnikov</p> <p>omejen pogled države na osebe s težavami v DZ</p> <p>sprejemanje samega sebe</p>	<p>pomembna nam je delovna aktivnost, sodelovanje z Zavodom za zaposlovanje, težko je sprejeti samega sebe, delo krepi človeka, nujnost dodatnega zaslužka za normalno življenje, nestimulativen sistem socialne podpore, možnost socialnega dela za mlade s težavami v DZ, nevarnost početja sive ekonomije, osebe s težavami v DZ bi morale imeti možnosti dela, ni javnih zagovornikov socialnih oblik dela, pozitivna diskriminacija za vključevanje v sistem zaposlovanja, delno in polnplačano delo, socialni transfer kot potrata, socialni sistem kot potuha, napačen sistem socialnih transferjev, nekateri ljudje ne morejo delati, država odpisala osebe s težavami v DZ, pogosto delo za polovični delovni čas, krčenje pravic zaradi pomanjkanja denarja, socialna podpora ne zadostuje za preživetje, odklonitev dodatka za pomoč in postrežbo zaradi nevarnosti kasnejšega vračila, osnova je plačilo položnic, ne želi obremenjevati otrok, občasno enkratna socialna pomoč, birokratske meje za določanje pravice do stanovanjske subvencije, skupen prihodek družine prenizek, država slabo poskrbi za ljudi, ki so bolni, kredit in hiša pod hipoteko.</p>
SOCIALNO VKLJUČEVANJE	<p>preventivni ukrep proti pojavnosti depresije</p> <p>moč skupine za doseg sprememb</p> <p>pomen pravega trenutka</p> <p>dimenzije osamljenosti</p> <p>življenjski status</p>	<p>preventivni ukrepi proti pojavnosti depresije, potreba po družbi, poudarjanje sreče, moč skupine za doseg spremembe, oponiranje zdravnikom, srečanje pravega človeka ob pravem trenutku, da ti pomaga – sreča, eden od desetih pripravljen pomagati, razvijanje življenjskega pogleda z leti, kot upokojenec ne moreš nič, možnost vključevanja, osamljenost, kljub temu da si med otroci, ljudmi, osamljenost zaradi težav v partnerstvu, sreča pri iskanju informacij.</p>
PROBLEMATIKA DELOVANJA STROKOVNIH DELAVCEV	<p>pomanjkanje orodij za delo</p> <p>problematika samomorilnosti</p> <p>problematika odvisnosti</p> <p>podpora uporabnikom v borbi za pravice</p> <p>podpora uporabnikom skozi sodelovanje</p> <p>delovanje s srcem in znanjem</p> <p>toga zakonodaja</p>	<p>strokovni delavci nimajo orodij za delo, napačen sistem obravnave, zbiranje podpisov za javnega delavca, pomoč NVO ob samopomoči, samomorilnost oseb z depresijo, šušljanje v strokovnih krogih, veliko mladih odvisnikov, potreba po novem pristopu obravnave odvisnikov, podpora uporabnikom v njihovi borbi za pravice, možnost podpore, ni mreže med CSD in psihiatrijo, destigmatizacija, opravljanje dela v skladu z usposobljenostjo, toga zakonodaja, neprijaznost ni ustrezna za delo z ljudmi, v bolnici morajo delati ljudje s srcem, mentorica z osnovno šolo, vsak zavzame drugačne pogled na človeka in njegove težave.</p>
OBRAVNAVA BOLEZNI	<p>počasno izzvenevanje boleznij</p> <p>različne metode zdravljenja</p> <p>smiselnost posameznih metod zdravljenja</p> <p>nerazumevanje zdravljenja s strani uporabnikov</p> <p>prepoznavanje znakov depresije</p> <p>čakalne dobe pri specialistih</p> <p>patronažna obravnava na domu</p> <p>pomen stalnosti zdravnika</p>	<p>bolezen izzveneva leta, nespečnost, povišana temperatura, znaki depresije, Glasserjeva metoda, individualni pristop pri vsaki bolezni, neprimerno zdravljenje, nevrološke poškodbe na korteksu zaradi odvisnosti, smisel zdravljenja odvisnosti z metadonom, ne gre vedno brez zdravil, brez terapije, zmanjšanje terapije, spremljajoče okoliščine ob depresiji, norost je neozdravljiva, zakaj bi jo zdravili, alternativni pristopi k zdravljenju, teorija izbire, nerazumevanje zdravljenja s strani uporabnikov, razvoj večšine prepuščanja posameznih večšin skozi, preliminarni pogovor pri Matildi, čakanje za pregled pri specialistu dve leti, zdravnica ni prepoznala depresije, obisk patronažne službe na domu, problem upokojitev osebnega zdravnika.</p>
MEDIKALIZACIJA	<p>indikacije za predpis psihofarmakov</p> <p>provokativni pristop do psihofarmakov</p> <p>sprememba terapije</p>	<p>iskanje sreče v kemiji, odvajanje navajenosti na psihiatrična zdravila, menjavanje depresivov, recept za premagovanje depresije, moč farmacevtske industrije, v preteklosti bruhanje zaradi depresije, kemija negativno vpliva na preživitveni nagon, provokativni pristop do psihofarmakov pomaga, nejevanje zdravil pri paranooidni psihiatriji, ni dovolj samo predpisati, potrebno je poznavanje učinkovin, zloraba psihofarmakov, indikacije za predpis antipsihotikov, poslabšanje vida zaradi psihiatričnih zdravil.</p>

Priloga D.7: Ocena uporabnikov storitev o sodelovanju organizacij

Področja	Kategorije	Kode
OVIRE ZA SODELOVANJE	premajhna povezanost problematika vkopanosti vpliv antipsihiatrije predhodne slabe izkušnje kritični pogled na stanje sodelovanje z osebjem geografska oddaljenost nevajenost vožnje v mesto slaba socialna podpora ocena stanja	premajhna povezanost med izvajalci NVO, problematika vkopanosti obeh strani, kritična distanca do izobraževalcev, socialno delo pod vplivom antipsihiatrije, slabe izkušnje s psihiatrično bolnišnico, razkorak med teorijo FSD in njihovo prakso, informiranost in kritičnost do problema obravnave oseb s težavami v DZ, pritožbe k varuhinji, nezadovoljstvo z zastopnikom na CSD, zastopnik bi moral ščititi interese zastopanca, na CSD bolj pogovor kot konkretne akcije, letanje od poncija do pilata, sodelovanje z osebjem, ne trmarjenje, nerazumevanje omejitev s strani pacientov, problematično – vožnja avta prepovedana zaradi zdravil, vsaj pet postankov do Ljubljane, težave pri zamujanju, slaba socialna podpora upokojencev, različno pogosto obiskujejo psihiatre, finančna pomoč staršev.
PRILOŽNOSTI, POTREBE ZA SODELOVANJE	interdisciplinarnost iskanje nasvetov pri uporabnikih pomen osebne zavzetosti diagnostika telesnih bolezni medgeneracijske vezi	interdisciplinarno sodelovanje, iskanje nasvetov s strani uporabnikov, za ureditev situacij potrebna osebna zavzetost, več znanja, več vidikov, pregledi tudi za telesne bolezni, medsebojna pomoč, medgeneracijske vezi, pomoč NVO pri pripravi vloge za pomoč in postrežbo.
IZOBRAŽENOST ZA SODELOVANJE	vprašljiva kakovost izobraževanja premajhna vključenost vseh deležnikov socialno mreženje	problem kakovosti izobraževanja, izobraževanje uporabnikov storitev, izključenje iz izobraževanja svojcev, formiranje prijateljskih skupin na izobraževanjih.
PRIMERI DOBRE PRAKSE SODELOVANJA	medsektorski primeri dobre prakse medgeneracijsko sodelovanje medsebojna uporabnika samopodpora	spremljanje na CSD – medsebojna uporabniška samopodpora, problematika stanovanjskih skladov, vključitev v več različnih dejavnosti, delavnice medgeneracijskega sodelovanja, predlog na invalidsko komisijo, plačevanje najemnine za stanovanje, vzdrževanje otrok.
SODELOVANJE NVO Z ORGANIZACIJAMI V PODPORNIM MREŽI	sodelovanje med NVO možnost izbire sodelovanje NVO z javnim zaradi urejanja dokumentov sodelovanje v okviru koordinacije	prehajanje med NVO, izmenjavanje izkušenj med NVO, možnost izbire, nudenje ugodnosti, kolegialnost pomembna, sočasno obiskovanje več NVO, tako s področja DZ kot ostalih, obiskovanje aktivnosti različnih NVO, vključevanje v koordinacijo NVO, udeležba na Šentu pomaga pri urejanju uradnih stvari, nelojalna tekmovalnost med NVO.

Priloga D.8: Mnenja uporabnikov storitev o njihovih razlogih za in proti vključitvi v programe NVO

Področja	Kategorije	Kode
STRUKTURA DNEVA	vzdrževanje dnevnega ritma obiskovanje NVO vsakodnevna obveznost	pomemben je red, hudo konec tedna, vikendi so ubijajoči, vzdrževanje ritma življenja, pridem v NVO namesto v gostilno, prihajanje v NVO kot vsakodnevna obveznost, osamljenost doma.
SPODBUDE ZA OBISKOVANJE	izobraževalne institucije prijatelji osebne okoliščine izboljševanje zdravstvenega stanja predhodni ogled starši psihiater kombiniranje možnosti pomoči ni poseganja v intimnost NVO rešitev tudi v krizi izobraževanje vzgoja	Fakulteta za socialno delo, vstop spontano prek prijateljice, oklevanje pri vključitvi, nerodno mi je bilo vstopiti, vstop v NVO, ko se je stanje že izboljševalo, predhodni ogled pred prihajanjem, ustrežanje storitve, tudi na Ozarino ni šla takoj – zbiranje poguma, starši pregovorili k obisku psihiatra, psihiater pa za obisk NVO, vsak naj se sam odloči, da bo njemu prav, popeljanje prijateljic na pot zdravljenja, osebna odgovornost, vstop naskrivaj, nagovarjanje prijateljev za vstop, normalnost težav v DZ, z ogledom se zmanjša stigmatizacija, kombiniranje možnosti pomoči NVO, sprehod s psom, poslušanje narave, pojačanje bolečin ob ležanju doma, lastnosti mentorja, prepoved zasliševanja, iskanje možnosti za korak naprej, ogromno dela na sebi, prihod v Šent polepša dan, bolj si v krizi, pogosteje moraš v NVO, izobraževanje, branje knjig za korak naprej, odpusčanje ne pomeni strinjanje, vpliv vzgoje v družini in okolja.
OVIRE ZA OBISKOVANJE	odziv javnosti obrekovanje skrivanje težav dojemanje otrok vpliv ameriških filmov pomankanje vedenja o bolezni sprememba odnosov nepoznavanje situacije podcenjevanje resnosti situacije neprijetnost odnosov preselitev v institucijo samomorilne misli nezaupanje, nerealen pogled na situacijo bojevanje s samim seboj pokroviteljski odnos staršev občutek sramu	izstopanje zaradi bolezni v javnosti, obrekovanje drugih ljudi, skrivanje težav v DZ, pogled okolice na družino, pogled otrok na bolezen mame, potrdilo, da si normalen – zahteve delodajalca, norčevanje sošolcev, otroci so se obremenjevali, sprejemanje bolezni mame, razkritje težav v DZ sošolcem, razlike v obnašanju, vpliv ameriških filmov, sprememba odnosov ob pojavu DB, ob lažji obliki depresije ni potrebno povedati delodajalcu, pomankanje vedenja o bolezni v javnosti, nestrinjanje z delom strokovnih delavcev, nestrinjanje s permissivnim pristopom, blaženje simptomov bolezni, predolgo vztrajanje pri svojem stališču, da ti nič ne manjka, stanje, ko si sam sebi odveč, delo z muko, težavo, skušnjave po neaktivnosti, redko vidiš reklamo za te brezplačne programe NVO, introvertiranost, ekstravertiranost, sram pred drugimi ob priznanju nesposobnosti, včasih je nerodno govoriti o tem, predhodno nepoznavanje organizacije, poseganje v intimnost na razgovoru za zaposlitveno rehabilitacijo, namesto mentoriranja občutenje nagajanja, nisem iskala pomoči NVO, neodobravanje nekaterih zaradi udeležbe v NVO, ostajanje doma zaradi lastnih strahov, podcenjevanje resnosti situacije, nezaupanje okolici, lasten uvid v osebno dogajanje, preselitev v DSO, težko se je nekam spraviti, prevečanje misli o samomoru, človek med štirimi stenami heroj, da premaga bolečine, težko najdeš zaupanja vrednega človeka, prisoten nerealen pogled na situacijo, bojevanje s samim seboj, ovire za prihajanje – fiksne ideje v glavi, ob depresiji želja biti sam, prisiljevanje samega sebe k prihajanju, neprihajanje, ker jim je nerodno, neprihajanje zaradi sramu, občutek, da si javna tema, preveč zaščitniški in pokroviteljski odnos staršev do otrok, ki zbolijo, prisotna posesivnost mam, težek odhod od doma, ko uspe, je lepo, težave v duševnem zdravju po prometni nesreči, slabe izkušnje z zdravstvenimi delavci, čakalne dobe problem zaradi bolečin, neobčutljivost zdravstvenih delavcev, neodobravanje nekaterih zaradi udeležbe v NVO.
ZDRAVSTVENO	stopnja samooskrbe glede na	slabovidnost, težave s spanjem, neodobravanje ob zdravljenju na psihiatriji, podedovanje DB,

STANJE	Življenske aktivnosti čas sprijaznjevanja z boleznijo želja po napredku v zdravstvenem stanju kombiniranje težav ponavljanje depresije priprava na zaposlitev bolečina depresije strah pred ponovitvijo depresije depresija kot čustvena nestabilnost invalidska upokožitev spremenjena samopodoba	čas sprijaznitve, padec sposobnosti razmišljanja ob zdravljenju, ob smrti Tita živčni zlom, potem depresija, Moditen, Ladiomil, Efektin, trije poskusi samomora, invalidska upokožitev, napredek v zdravstvenem stanju zaradi udeležb v programu, prihajanje prijateljev na zdravstveno stanje, na začetku potreba po večji pomoči zaradi depresije, depresija – čustvena nestabilnost, udeležba na delavnicah zaradi zdravstvenega stanja, depresija občasno ob shizofreniji, občutek ponavljanja depresije, ob delovanju zdravil sprememba samopodobe, čas prinese izboljšanje stanja, vendar ne na isto raven kot pred boleznijo, čas trajanja krize, pregled na medicini dela za službo, stresne okoliščine vplivajo na zdravje, strah pred povrnitvijo bolezni, depresija strahotno boli.
KAKOVOST ŽIVLJENJA	življenje v instituciji medsebojni odnosi prijateljevanje v NVO boljše počutje ob aktivnosti normalizacija nenormalnega odkriti pogovor o težavah motivacija za prihajanje medsebojno primerjanje iskanje poti za spremembo varno in zdravo okolje nova znanja nasveti za prebroditev krize prostovoljnost in brezplačnost dnevni center varna hiša povečevanje NVO	življenje v DSO, druženje, medsebojno prijateljstvo, veliko prijateljev v NVO, srečevanje z ljudmi, ki imajo podobno težavo, boljše počutje ob aktivnostih, tikanje, medsebojno opozarjanje, udeleževanje več aktivnosti, udeleževanje brezplačnih aktivnosti, korak v boljše življenje, dnevni center kot varna hiša, normalnost nenormalnega, odnosi v službi ob pojavu težav v DZ, potlačene občutkov ni dobro, socialna interakcija v skupinskih hobijih, osamljenost, nekakovost življenja, psihično se sedaj veliko boljše počutim, dobro počutje v NVO, prijetne izkušnje, prihajanje zaradi sprostitev, prihajanje, za zamenjavo okolja, motivacija za prihajanje – druženje, vse je sprejemljivo, NVO zahvala za življenje, ubpanje brez NVO, širjenje socialne mreže, občasne osebe stiske in podelitev težav v NVO, primerjanje osebnih težav, podelitev težav z ostalimi obiskovalci, bolezen ni izbira, ampak te doleti, nova znanja, druženje, nasveti za prebroditev krize, napake, če težave nosiš s seboj, tukaj se sprostiš, izpoved osebnih izkušnje, skrbi od osebe stran ob vstopu v NVO, tukaj dobim pomoč, dobro medsebojno razumevanje, pozitivna energija, tukaj lažje povem kot doma, tukaj lahko odkrito spregovorim o odnosih in težavah, iskanje poti za spremembo, potrebno je znati reči ne sebi in drugemu, po depresiji pogosteje izrazim svoje mnenje, po depresiji se malo bolj postavim zase, občutek manjvrednosti in stres na delovnem mestu, premik k izboljšanju v NVO ob pogovoru, drugi na skupini imeli hujše težave od mene, drugi so že izkusili Polje, občutek, da ne spadam čisto zraven, pomembnost odnosov v službi za motivacijo, za prihajanje, izogibam se depresivnih ljudi, ki se ne odločijo za pravi korak, družba v gostilni stane, v NVO zastoj, bolj varno in zdravo, vstopnina je učenje bridža, NVO je moje zdravje in moje življenje.
PROGRAM NVO	glasbene delavnice športne delavnice delavnice o zdravju izobraževalne delavnice igranje družabnih iger pogovorne delavnice ustvarjalne delavnice delavnice psihosocialne rehabilitacije delavnice ročnih del kulturnometniške delavnice krepitev splošne razgledanosti krepitev aktivnosti dnevno varstvo za osebe z demenco prebijanje stereotipa strahu skupine za samopomoč individualni pristop funkcionalnost prostorov slaba izkoriščenost prostorov	ukvarjanje z glasbo, glasbene delavnice, pomirjanje ob glasbi, ukvarjanje s športom, pogovorne skupine, delavnica STIK, udeležba na strokovnih predavanjih, praznovanje rojstnih dni, delavnice o zdravju, delavnice za krepitev znanja, družabne igre, igranje taroka, občasno igranje šaha, poceni zimski in poletni tabor, tabor za ženske, vloga živali v procesu zdravljenja, vključitev zaradi zanimivega predavanja, prijemi s šivanko, neprecenljivost skupnih izletov, daljši in krajši sprehodi, organizirani pohodi, izmenjavanje mnenj, različne teme pogovora, krepitev splošne razgledanosti, pogovor o strasti, učenje plavanja, novoletna zabava, hobi – pisanje pesmi v DC, štrikanje, šivanje, izdelovanje voščilnic, igrače za pse, skatlice in nakit, obiskovanje skupine za samopomoč, igranje v gledališki skupini, odhajanje na košarkarski turnir, navijanje na košarkarskih tekmah, druženje na športnem igrišču, rokodelska delavnica, sodelovanje s knjižnico, potpisna predavanja, skupna zabava ob gledanju filmov, ne gre za klasične sestanke v svetovalni pisarni, pogovori o vsem, veliko pogovorov, šola spomina, kidanje snega okrog NVO, v NVO predavanja o pojavu depresije, učenje življenja z malenkostmi, pitje kavice, ni dolgčasa, eni se rajši učijo, drugi delajo, prebijanje stereotipa strahu, igra človek, ne jezi se sprošča, poskrbljeno za prehrano, dnevno varstvo za osebe z demenco, funkcionalnost prostorov DC, slaba izkoriščenost prostorov, želja po razvoju NVO naprej.
POGOSTOST PRIHAJANJA	problem prevoza omejenost prihajanja zaradi potnih stroškov poraba časa za udeležbo na delavnici vsakodnevno prihajanje v program socialna vključenost	problem prevoza, število let vključenosti, obžalovanje, če ni možen prihod, vsakodnevno obiskovanje DC, ne gre brez obiska NVO, ŠENT drugi dom, redno prihajanje, občasno prihajanje, udeležba raznih delavnic, pogosteje začel prihajati po upokožitvi, težava v pogostosti prihajanja zaradi potnih stroškov, preveč porabljena časa za udeležbo na delavnici, prihajanje že leta, vsakodnevno v programu socialna vključenost.
DELEŽNIKI V NVO	zdravstveni delavci z izkušnjami prostovoljci kakovost mentorjev problematika javnih delavcev hiter dostop do osebja spoštovanje dostojanstva izkušnje pri delu z ljudmi pomočniki pri reševanju vsakdanjih težav vloga v NVO združevanje vlog predsednica sveta uporabnikov študent na usposabljanju skupina prijateljic prvi obiskovalec, maskota predstavnik NVO na javnih prireditvah	zdravstveni delavec z izkušnjami v izobraževanju, poslušanje, upoštevanje, željene besede iz ust strokovnih delavcev, prostovoljec za izvajanje delavnic, zadovoljstvo z mentorji, dobri mentorji, obžalovanje zaradi menjavanja mentorjev na eno leto, problematika javnih delavcev, strokovni delavci NVO kot pomočniki pri reševanju vsakodnevnih težav, izkušnje dela z ljudmi pomagajo pri delu z uporabniki, zaupaš drugemu, ki ne bo ravno povedal vsem osebam, ne poveš takoj nekomu, da imaš depresijo, preobremenjenost v sodelovanju z NVO, direkten dostop do mentorice višje zadovoljstvo, napornost oranja ledine, spoštovanje človekove osebnosti, vsi dajanje nasvetov, oseba dela sama korake, deluje tudi kot zaposlena v NVO, uporabnik stanovanjske skupine, predsednica sveta uporabnikov, udeležba prek programa javnih del, združevanje vlog, sem maskota tukaj, vključitev v zaposlitveno rehabilitacijo, sem gonilna sila našega DC, pomembnost aktivnosti sveta uporabnikov, vloga predstavnika NVO na javnih predstavitvah, v NVO prihajam kot uporabnik in zaposleni prek javnih del, prvi uporabnik v tej NVO, mentorica prek javnih del v stanovanjski skupini, aktivna v NVO s pripravo glasila, študent na usposabljanju, smo skupina prijateljic, prevladujejo ženske.
PODPORA V	motivacija za nadaljnje aktivnosti	motivacija za nadaljnji študij, pomembno spodbujanje oseb, navajanje na različnost, reševanje problemov, delanje na razbijanju stigme, težava biti odkrit, učenje na podlagi izkušenj drugih,

ŽIVLJENJSKIH CILJIH	navajanje na različnost	konstruktivno življenje z boleznijo, pomen lastne volje, vključevanje v aktivnosti za 'sam sebe dvigniti', Žeja po prehodu v socialno stanovanje, težave pri vzgoji najstnikov, v NVO postavljena na realna tla, težave z odnosi, komunikacijo, prisotni primeri dobre prakse, NVO mi pomaga pri življenju doma, previsoka pričakovanja do sebe, iskanje in realizacija najboljše opcije, če ne bi bilo NVO, bi bilo težje, pridobivanje samozavesti skozi aktivnost, zopet verjeti vase, spremembe vrednot, opazanje malih danosti, uspešnost meduporabniških individualnih pogovorov, prelaganje odgovornosti s strani drugih članov organizacijskega odbora, nikogar v nič ne siliš, ko ne moreš več, zapustiš delavnico, različna stopnja aktivnosti uporabnikov, ljudje z različnimi težavami v DZ, občudovanje prijateljev ob njihovi reakciji ob nesreči.
	pomen lastne volje	
	vzgoja otrok	
	pomoč pri realizaciji želja	
	primeri dobre prakse	
	realnost pričakovanj	
	pomoč pri reševanju problemov	
	prostovoljnost	
VLOGA SVOJCEV	občudovanje prijateljev	medsebojni odnosi v družini, nerazumevanje vodi v slab odnos, pomanjkanje poslušalcev za pogovor v domačem okolju, družinske razmere, deljenje družinskega računalnika, uvidevnost do drugih družinskih članov, podpora osebi s težavami v DZ in družini (otrokom) ob hospitalizaciji, podpora svojcev olajšuje situacijo, med družinskimi člani ni razumevanja, prevoz skrb svojcev.
	medsebojni odnosi	
	pomanjkanje poslušalcev	
	podpora družinskim članom	
	podpora družinskih članov prevoz	

Priloga D.9: Mnenja uporabnikov storitev o značilnostih delovanja NVO s področja DZ

Področja	Kategorije	Kode
AKTIVNOSTI NVO	NVO zglede drugim	aktivnosti v Šentu so lahko za zgled, spodbujanje, motiviranje, koristnost obiska delavnice zaradi primerjave lastnega stanja, različnost programov NVO, prehrabeni paketi NVO, pomoč strokovne delavke v NVO, slaba organizacija skrbi čez vikend, naraščanje števila ljudi s težavami v DZ, izbor NVO glede na razpoložanje, kuhanje turške kave v dnevnem centru, izlet za praktično minimalne stroške, mentorji pokličejo na dom, NVO pošiljajo pošto, nova merila politike vodijo do obupa, NVO vir informacij, NVO ima lastno prepletano omrežje, NVO kot pomočnik pri upokojevanju, konflikt zaradi nerazumevanja vloge deležnikov pri diagnostiki, neenake možnosti do obravnave, neenake možnosti do NVO, ljudje, ki živijo izven večjih centrov, nimajo enakih možnosti, v humanitarnih centrih po pomoč tujci, življenje pod robom preživetja, moralna obveza jim preprečuje prositi za pomoč.
	koristnost obiskovanja	
	humanitarne dejavnosti NVO	
	razvoj bontona druženja	
	aktivnosti za psihosocialno rehabilitacijo	
	aktivnosti motiviranja uporabnikov	
	odvisnost od nezadovoljive javne politike	
	opolnomočenje uporabnikov, da prosijo za pomoč	
	NVO pomočnik pri urejanju statusa uporabnikov	
	nerazumevanje vloge NVO v podporni mreži	
DELAVNICE	mentorji prostovoljci	delavnica fotografiranja, delavnica računalništva, program Moj korak na RIC, pohodništvo za uporabnike, primerno nenaporno gibanje v naravi, gostovanje psihologinje, piknik, novoletna zabava, obdaritev, kuharska delavnica, odvisno od prostovoljcev, kakšne delavnice so, dnevno varstvo za osebe z demenco, delavnica plesne vaje, pogovor o aktualnih problemih.
	izobraževalne delavnice	
	sprostitutne delavnice	
	pogovorne delavnice	
	sodelovanje z drugimi zavodi	
STROKOVNI DELAVCI, MENTORJI	pomembnost kakovosti mentorja	mentorji dobri motivatorji, ob slabi mentorici so uporabniki zelo prikrašani, sprejemni izpiti za mentorje, poskusna doba za mentorje, pomembna samoiniciativnost mentorjev, tehnike motiviranja, empatija je del človeka in se težko priučiš, pri mentorju pomembna odzivnost, mentor se zna postaviti za nas, prijazen mentor, razumevaajo do ljudi s težavami v DZ, težko se je postaviti v kožo mentorja, mentorica pomirja konflikte, ne pa jih sproža, napake strokovnih delavcev, kultura nadziranja pri delu, razumevaje mentorja, počutje je odvisno od trenutnega vodstva, podoba idealnega mentorja, dopuščanje in spodbujanje samostojnosti, pomemben čut za sočloveka, ne samo strokovno znanje, odgovornost osnovnošolskih učiteljev, očesni stik zdravnika ob podajanju informacij, sočutje do človeka, posredovanje na nevsiljiv način.
	potreba po izbirnem postopku za mentorje	
	tehnike motiviranja	
	podoba idealnega mentorja	
	kultura nadziranja pri delu	
	tehnike spodbujanja samostojnosti	
	pomembnost izbire pravega vodstva	
	odgovornost učiteljev	
UPORABNIŠKI VPLIV	poti pritožbe uporabnikov	poti pritožb uporabnikov, kvazi demokracije, če ni možnosti vplivanja, motiviranost članov sveta uporabnikov, uporabniki imamo podporo v Šentu, sodelovanje uporabnikov na normativni ravni, svet uporabnikov ima težo po zaslugi predsednice sveta, delitev nalog med člani sveta za pokritje vseh dogodkov, spreminjanje populacije v dnevnih centrih, naraščanje mladih uporabnikov, predstavnik NVO v psihiatrični bolnišnici, velika prisotnost stigme, sprožanje, utišanje govorice.
	predstavniki sveta uporabnikov	
	medsebojno sodelovanje uporabnikov glede na funkcije v NVO	
	spreminjanje populacije v dnevnih centrih	
	prisotnost stigme	
AKTIVNOSTI UPORABNIKOV	ukrepi proti obupu	udeleževanje brezplačnih dejavnosti, informiranost o obstoječih programih, potrebna iznajdljivost za preživetje, ukrepi, da človek ne obupa, pomoč terenskega motivatorja, da človek ne obupa, boljše počutje, če narediš nekaj dobrega zase in za druge, omejitve v prihajanju zaradi omejitev pri prevozu, stanje črnogledosti, pesimistično gledanje, želja po preprosti službi, finančna varnost zelo pomembna, problemi z zobmi, ni denarja za sanacijo zobovja, težave lastnih otrok so hujše kot lastne težave, najtežji čas za osebe z depresijo zjutraj, mlahavost osebe z depresijo zjutraj, pri jutranjem vstajanju v pomoč odgovornost za živali, različna pomagala pri vstajanju telefonski klic, radio, odkrivanje lastnih mehanizmov, ki pomagajo, pojav nesposobnosti za iskanje nasvetov, zavedanje, da si odvisen sam od sebe, ob fazi spoznanja nevarnost samomora, poznavanje težine občutkov v času spoznanja, zadrževanje solz ni dobro, razkritje lastnega doživljanja, občutenje posmehovanja, narejene prijaznosti in celo prilizovanja, vpliv ločitve na pojav depresije, ob pojavu boleznih občutek, da si edini, vpliv krščanske vzgoje na dojemanje ločitve, naključno srečanje z osebo s podobno izkušnjo, v NVO si lahko to, kar si, lasten uvid v osebno dogajanje, nihanje razpoloženja, vsak dan delanje dobrega za sebe, boljše počutje ob odhodu od doma, vključevanje samo v individualno obravnavo, težave pri opravljanju vsakdanjih aktivnosti, težko se je nekam spraviti, strah pred odzivom, v NVO se dvignem, debatiranje s prijatelji, terenski motivator, klic terenskega motivatorja pravi trenutek, prevevanje misli o samomoru, dedna obremenjenost za samomor, človek med štirimi stenami heroj, da premaga bolečine, sprehod s psom, poslušanje narave, pojačanje bolečin ob ležanju doma, lastnosti mentorja, prepoved zaslisevanja, težko najdeš zaupanje, problem doplačevanja zdravil, vzdrževanje nepreskrbljenih otrok, težko samomotiviranje pri depresiji, pomembno vztrajanje, osebno razumevanje lastnih težav, navzven ustvarjanje videza močne osebe,
	iznajdljivost za preživetje	
	delanje dobrega zase in za drugega	
	finančne omejitve v prevozu	
	problemi z zobmi	
	jutranje težave oseb z depresijo	
	različna pomagala za jutranje težave	
	zavedanje lastne odgovornosti	
	razkritje lastnega doživljanja	
	vpliv krščanske vzgoje	
	vključitev v posamezne izbrane storitve NVO	
	nihanje razpoloženja	
	terensko motiviranje	
	tveganje za samomorilno vedenje	
	problematika doplačevanja zdravil	
	osebno razumevanje lastnih težav	
	iskanje najboljše poti	

	ustvarjanje videza močne osebe značilnosti zaupanja vrednega strokovnega delavca prisotnost strahu pred okoljem hiperaktivnost pri iskanju pomoči izobraževanje občutenje ponosa nad lastnim uspehom delo na sebi odpuščanje nerealnost pogleda nad situacijo	mrzlično iskanje najboljših poti, ne razlagati drugim svoje težave vse vprek, enim ustreza samota, drugim narava, ob melanholiji grem ven in hodim, strah pred okoljem podoben strahu pred zobozdravnikom, spontan prihod v NVO, prijaznost, toplina, razumevanje, neobsojanje, prisoten nerealen pogled na situacijo, človek okrepljen na podlagi izkušenj, občutenje ponosa nad lastnim uspehom, letanje od poncija do pilata, bojevanje s samim seboj, iskanje možnosti za korak naprej, odpuščanje tistim, ki so te prizadeli, izobraževanje, branje knjig za korak naprej, odpuščanje ne pomeni strinjane, ogromno dela na sebi.
MEDSEBOJNI ODNOSI	medsebojno potrjevanje osebne vrednosti medsebojna podpora v stiski procesi vzorništa, pedagoški transfer vzgoja otrok s pomočjo medsebojnih odnosov problematika partnerskih in družinskih odnosov aktivno sodelovanje v lokalni skupnosti primernost izraza na obrazu stiska ob odsotnosti družinskih članov občutenje minevanja časa koristnost socialnih stikov z ljudmi s podobnimi težavami	občutenje osebne vrednosti, medsebojno deljenje pohval, medsebojno zaupanje med člani, obiskovanje prijatelja v drugem kraju ob povrnitvi potnih stroškov, hrepenenje po srečanju znanih ljudi, posnemanje drug drugega na delavnicah, medsebojno primerjanje na delavnicah, predavanja za svojece, deluješ na principu vzgleda, povabiš otroka s sabo, otrok posnema starša tudi v situaciji soočenja z boleznijo, uporabniška medsebojna podpora, prijateljica prepoznala potrebo po zdravljenju depresije – spodbudila pregled pri psihiatru, kalvarija ločevanja, odvzem otroka izjemna stiska, splet nesrečnih okoliščin za dodelitev skrbništva možu, občutek tesnobe ob jačanju težav – potreb po podpori pri vzgoji lastnih otrok, podpora prijateljev, znancev v krizni situaciji ločevanja, neizpolnjevanje določene obveznosti s strani partnerja, šaljenje na lasten račun, v mestih sodelovanje posameznikov, sodelovanje v lokalni skupnosti, razvijanje čuta do sočloveka, narisana rahel nasmeh ob srečanju z drugim človekom, dopoldne težje kot popoldne zaradi odsotnosti otrok, različno občutenje hitrosti minevanja časa, koristijo socialni stiki z ljudmi s podobnimi težavami.
OBRAVNAVA OSEB Z DEPRESIJO	potreba po psihoterapiji način življenja ob zdravljenju z zdravili prednost hospitalizacije koristnosti in slabosti zgodnje upokojitve nujnost vključevanja v družinske aktivnosti problematika prevoza z reševalnim vozilom slaba integracija storitev objektivne težave pri timski obravnavi na terenu potreba po inovativnosti pri reševanju problemov povezanost revščine z depresijo normalizacija področja DZ možnosti izobraževanja javna izpostavitve medijskih osebnosti reformatorji na področju DZ pomen jemanja terapije nejasnost navodil s strani zdravstvenih delavcev	potreba po brezplačni psihoterapiji, skupinska psihoterapija, nezdržljivost tablet in alkohola, bolnica razumljena kot varno zatočišče, kot možnost menjave okolja, kot možnost umika od obveznosti, kot možnost odklopa, relaksacije, kot možnost umiritve občutkov, kot možnost sprostitve tenzije, sam moraš začeti z vključevanjem v družinske aktivnosti, letna vloga za varstveni dodatek, upokojeni na zeleni veji, mladi nimajo ne invalidske in ne službe, starejši so problem, v krizi srednja generacija, ovira v konkuriranju na trgu dela, izbira kraja in metode zdravljenja, vzdrževalno zdravljenje v ambulanti, skušnjave prenehanja jemanja tablet, sprejemanje, kaj se ti dogaja, sprejemanje bolezni, odsotnost zdravnika na urgenci, brez participacije z udeležbo, nemoč zaradi depresije, problem so prevozi z reševalnim vozilom, pošiljanje od vrat do vrat, ob duševnih telesnih težavah, nevarnost, da oseba, ki potrebuje pomoč, ne pride do besede, gneča ob vstopu tima v hišo, nov način reševanja problemov, premalo govorjenja o področju DZ, pojav negativnih misli ob osamljenosti, težava pri preusmerjanju negativnih misli, lomljenje predsodkov, ne veš, koliko ne veš, revščina je z depresijo 100 % povezana, nekateri imajo depresivne za neumne, normalnost imeti psihiatra, zmešanost, avtostigma, potreba po informiranju javnosti, samo stigma, ovire na sistemu dela, zaposlovanja, učenja, pokojnine, dokazovanje uspehov NVO za povišanje stimulacije, normalnost enakih možnosti za izobraževanje, dela, zamenjevanje z osebami z motnjo v duševnem razvoju, na vratih napis zmešani, pomembnost izkušnje vplivnih ljudi s sistemom duševnega zdravlja, reformator Franko Bazali, napotitev s strani psihiatra, redno jemanje terapije, neuresničljive želje, na voljo je splošni, osebni zdravnik, vpis v društvo Sožitje, nejasna navodila zdravstvenih delavcev.

Priloga D.10: Mnenja uporabnikov storitev o doseganju pričakovanih učinkov delovanja NVO

Področja	Kategorije	Kode
DEFINIRANJE USPEHA	indikatorji učinkovitosti subjektivni indikatorji objektivni indikatorji objektivna ocena subjektivna ocena kazalniki učinkovitosti statistični podatki pomanjkanje povratne informacije o učinkovitosti	program delavnic, število obiskovalcev, zadovoljstvo ljudi, uspeh aktualizacija na področju zanimanja, razmislek o tem, kaj študirati za dokončanje študija, koristnost obiska delavnice zaradi primerjave lastnega stanja, norčevanje iz lastne situacije, človek okrepljen na podlagi izkušenj, občutenje ponosa nad lastnim uspehom, zazdravitev, pomoč NVO učinkovita, kazalniki učinkovitosti: število ur delavnic uporabnikov, število, samomorilna statistika, ni povratne informacije o učinkovitosti.
REALIZACIJA INDIVIDUALNIH CILJEV	prepoznan talent zaposlitev v različne oblike zadovoljitev konkretnih potreb dolgoletna remisija vpetost v realnost zadovoljstvo uporabnikov s	s cilji vidiš, da imaš svojo prihodnost, pogovor pomaga pri postavitvi ciljev, moja odločitev za poklicno pot primer dobre prakse, pri mnogih ni prepoznan talent, pogosto delo za polovični delovni čas, biti ponosen na sebe, vpetost v realnost, pomembna podpora svojcev, zazdravitev, izstop iz začaranega kroga, zadovoljstvo uporabnikov izraženo na obrazih, odpuščanje tistim, ki so te prizadeli, skrb za nepreskrbljene otroke, možnosti za dosego uspeha so večje, če je prisotna podpora, cilj dolgoletna remisija,
OSEBNO OBČUTENJE UPORABNIKOV STORITEV	socialna vključenost podpora svojcev raznovrstni programi in storitve storitve na daljavo – po telefonu	z vključitvijo v NVO se počutimo bolj vpeti v družbo, medsebojno spoštovanje nasvetov, življenje v sedanosti, samosprejemanje, pomembna podpora svojcev, različnost programov NVO, možen pogovor prek mobitela ob težavah.

Priloga D.11: Vizija razvoja skupnostne skrbi za osebe z depresijo z zornega kota uporabnikov storitev

Področja	Kategorije	Kode
JAVNA POLITIKA	centri za DZ regijsko financiranje programov DZ razvoj zaposlitvene rehabilitacije specializacija NVO izkoristiti vpliv medijev	večji centri DZ v večjih krajih, vlaganje države v programe za krepitev DZ, razvijanje zaposlitvene rehabilitacije, finančna pomoč podjetjem s strani države za zaposlovanje invalidov, specializacija NVO, vplivanje na pridobivanje sredstev, vabljenje novinarjev.
DOSTOPNOST DO POMOČI	izboljšanje dostopnosti do psihiatra več skupin za samopomoč in svetovalnic boljši pogoji dela v NVO razširjanje omrežja pomoč čez vikende	izboljšanje dostopa do psihiatra, 24-urna dostopnost po telefonu, želja, da obstajajo NVO še naprej, ob ukinitvi bi prišlo do velike stiske, skupni center za duševno zdravje, več ponudbe v Ljubljani, potrebe po skupini za samopomoč, svetovalni pisarni v vsaki občini, v NVO veliko zabave, dostop do interneta, potreba po razširjanju omrežja.
PREVENTIVNI UKREPI	razvoj promocije DZ povečevanje stopnje informiranosti med ljudmi iskati tistega, ki sam ne bi poiskal pomoči prostovoljska aktivnost potreba po spremembi miselnosti ljudi procesi motiviranja	pomen promocije DZ in osveščanja ljudi, idealna stopnja informiranih ljudi v družbi, kako poiskati tistega, ki sam ne bi poiskal pomoči, povečevanje aktivnosti, pošiljanje na zaposlitveno rehabilitacijo, povečevanje osveščenosti in prepoznavanje situacij, delovanje kot prostovoljec – izhod v sili, človek ne razmišlja o prihodnosti, se navadi živeti v sedanjosti, brošure za ravnanje ob krizi, nujnost povečevanja informiranosti, aplicirati znanje o depresiji v otroško obdobje, izobraževanje o depresiji, potreba po spremembi miselnosti ljudi, programi preprečujejo, da bi ljudje padli v depresijo, saj jih motivirajo za odhod v NVO.
SODELOVANJE	podpora domačih povezovanje svojcev sodelovanje svetov uporabnikov sodelovanje uporabnikov v projektih, raziskovanju	pomembna podpora – razumevanje domačih, povezovanje med sabo, projektno sodelovanje uporabnikov, motiviranje v fazi brezvoljnosti, motiviranje oseb z depresijo s strani NVO, medsebojno sodelovanje svetov uporabnikov.
OSEBNA (NE)USPEŠNOST	boljše zavedanje osebne odgovornosti pogum za prošnjo za pomoč spodobnost za delo	vpliv lastnega truda in karakterja na dosegljivost življenjskih vlog, vsak najde svoj hobi, razvijanje ročnih spretnosti, upati si prositi za pomoč, z razlaganjem rešitev problema, človeku veliko pomeni, da lahko pove, kar čuti, nesposobnost za delo.
LASTNOSTI STROKOVNIH DELAVCEV	odzivnost strokovnih delavcev empatični odnos kakovostno delo nujnost izobraževanja	priljubljenost strokovnega delavca na pomoč, odzivnost strokovnega delavca, ni želje po birokratskem odnosu z vživetjem v tvoje težave, pomembna sposobnost, kompetence, priljubljenost ljudi, začutenje človeka, ljudje s slabim odnosom ne smejo delati na teh mestih, nujnost izobraževanja, natančen pregled dokumentov s strani uradne osebe.

Priloga D.12: Sinteza elementov in področij v skupne teme z zornega kota uporabnikov storitev

Teme	Področja	Elementi
ORGANIZACIJA SKRBI ZA DZ	javna politika organizacija pomoči podeljevanje koncesij specifične značilnosti lokalnega okolja krajevna in časovna dostopnost do pomoči vloge, identiteta deležnikov v podporni mreži lokacijska koncentracija obolelih povečanje palete institucionalnih programov in terenskega dela skupine za samopomoč oblika financiranja dejavnosti	časovna pokritost s programom, geografska pokritost s programi, skupnostna skrb, terensko delo, pooblastila izvajalcev, preventivno delovanje, podeljevanje koncesij, zgodovinske okoliščine za lokacijsko koncentracijo obolelih, nepoznavanje razlogov za koncentracijo obolelih, lastnosti strokovnega delavca, identiteta uporabnika storitev, centri za DZ regijsko, financiranje programov DZ, razvoj zaposlitvene rehabilitacije, specializacija NVO, izkoristiti vpliv medijev, izboljšanje dostopnosti do psihiatra, več skupin za samopomoč in svetovalnic, boljši pogoji dela v NVO, razširjanje omrežja, pomoč čez vikende.
OBRAVNAVA OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU – OSEB Z DEPRESIJO	kakovost obravnave zdravstveno stanje ocena stanja prepoznavanje potrebe po pomoči neenakost v možnosti obravnave neskladnost v zdravljenju zdravljenje v psihiatrični bolnišnici medikalizacija problematika delovanja izvajalcev usposobljenost izvajalcev neprilagojenost zakonodaje nerazumevanje zdravljenja s strani uporabnikov upoštevanje stopnje samooskrbe problematika komorbidnosti, dvojnih diagnoz strah pred ponovitvijo bolezni, spodbujanje k izražanju občutij, potreb vplivanje na samopodobo pomanjkanje orodij za delo	neenakost v možnosti do obravnave, podpora skupnostni skrbi, obravnava na domu, slab dostop do psihiatra, neuskkljenost zdravljenja, stroga pravila povračila stroškov za prevoz iz zavarovalnice, medikalizacija, obremenjenost mladih z dvojnimi diagnozami, proces zdravljenja, pravočasna prekinitve psihotičnega procesa, nepozornost okolice, čas od pojava prvih znakov do diagnoze, sreča pri izbiri strokovnjaka, pripisovanje krivde drugim, stopnjevanje sekundarnih posledic, potreba po komunikaciji, spodbujanje k izražanju občutij, ukrepi za umirjanje pacienta, učinki zdravljenja z zdravili, koristnost zdravljenja, zaupanja vredna usposobljenost strokovnjakov, pomanjkanje orodij za delo, problematika samomorilnosti, problematika odvisnosti, podpora uporabnikom v borbi za pravice, podpora uporabnikom sodelovanje, delovanje s srcem in znanjem, toga zakonodaja, počasno izzvenevanje bolezni, različne metode zdravljenja, smiselnost posameznih metod zdravljenja, nerazumevanje zdravljenja s strani uporabnikov, prepoznavanje znakov depresije, čakalne dobe pri specialistih, patronažna obravnava na domu, pomen stalnosti zdravnika, indikacije za predpis psihofarmakov, provokativni pristop do psihofarmakov, stopnja samooskrbe glede na življenjske aktivnosti, čas sprjaznjevanja z boleznijo, želja po napredku v zdravstvenem stanju, kombiniranje težav, ponavljanje depresije, priprava na zaposlitev, bolečina depresije, strah pred ponovitvijo depresije, depresija kot čustvena nestabilnost, spremenjena samopodoba.
METODOLOŠKI PRISTOPI K OBRAVNAVI	izvajalci skrbi strokovni delavci, mentorji z izkušnjami vstop v NVO	odnos do uporabnikov storitev, sistem prostovoljskega dela, ustreznost izobrazbe zaposlenih, psihosocialna rehabilitacija, pogovor s strokovnjakom, problem neizpolnjenih obljub, sprememba okolja, terensko motiviranje, tehnike samomotiviranja, skupnostna psihiatrija, ponudba brezplačnih aktivnosti v lokalni skupnosti, informiranje, psihosocialna

OSEB Z DEPRESIJO	pogostost prihajanja	rehabilitacija, moč skupine za doseg sprememb, pomen pravega trenutka, vzdrževanje dnevnega ritma, obiskovanje NVO vsakodnevna obveznost, izboljševanje zdravstvenega stanja, predhodni ogled, starši, psihiater, kombiniranje možnosti pomoči, ni poseganja v intimnost, NVO rešitev tudi v krizi, izobraževanje, vzgoja, odziv javnosti, obrekanje, skrivanje težav, podcenjevanje resnosti situacije, neprimernost odnosov, preselitev v institucijo, samomorilne misli, nezaupanje, nerealen pogled na situacijo, bojevanje s samim seboj, občutek sramu, glasbene delavnice, športne delavnice, delavnice o zdravju, izobraževalne delavnice, igranje družabnih iger, pogovorne delavnice, ustvarjalne delavnice, delavnice psihosocialne rehabilitacije, delavnice ročnih del, kulturnometniške delavnice, krepitev splošne razgledanosti, krepitev aktivnosti, dnevno varstvo za osebe z demenco, opolnomočenje uporabnikov, da prosijo za pomoč, NVO pomočnik pri urejanju statusa uporabnikov, zdravstveni delavci z izkušnjami, prostovoljci, kakovost mentorjev, problematika javnih delavcev, hiter dostop do osebja, spoštovanje dostojanstva, izkušnje pri delu z ljudmi, pomočniki pri reševanju vsakdanjih težav, vloga v NVO, združevanje vlog, predsednica sveta uporabnikov, študent na usposabljanju, skupina prijateljev, prvi obiskovalec, maskota, predstavnik NVO na javnih prireditvah, NVO zgled drugim, koristnost obiskovanja, humanitarne dejavnosti NVO, razvoj bontona druženja, aktivnosti za psihosocialno rehabilitacijo, aktivnosti motiviranja uporabnikov, odvisnost od nezadovoljive javne politike, nerazumevanje vloge NVO v podporni mreži, mentorji prostovoljci, izobraževalne delavnice, sprostivne delavnice, pogovorne delavnice, sodelovanje z drugimi zavodi, potreba po psihoterapiji, način življenja ob zdravljenju z zdravili, prednost hospitalizacije, koristnosti in slabosti zgodnje upokojitve, nujnost vključevanja v družinske aktivnosti, prednost hospitalizacije.
	spodbude za obiskovanje	
	ukrepi za povečevanje aktivnosti	
	ovire za obiskovanje	
	deležniki v NVO	
	program, aktivnosti NVO	
	struktura dneva	
	podpora v življenjskih ciljih	
	socialno vključevanje	
	sistem prostovoljskega dela	
	psihosocialna rehabilitacija	
	problem neizpolnenih obljub	
	kombiniranje različnih virov pomoči	
	paleta različnih delavnic	
	medij za prepoznavanje in razvijanje talentov	
	potreba po brezplačni psihoterapiji	
	koristnost vključevanja v humanitarne dejavnosti	
	prednosti, slabosti hospitalizacije	
upoštevanje etike skrbi, etičnih načel		
aktivnosti terenskega motiviranja		
spodbujanje vključevanja v družinske aktivnosti		
spodbujanje meduporabniške samopomoči		
vloge v sistemu skrbi		
MNENJE JAVNOSTI IN POTREBA PO SPREMEMBI DELOVANJA	preventivni ukrepi	predsodki o NVO, koristnost NVO, potreba po novih NVO, slaba informiranost o programu NVO, primanjkljaj preventivnih programov za dijake in študente, potreba po boljšem sodelovanju služb, dejavniki tveganja, okolje brez predsodkov, preventivni ukrep proti pojavnosti depresije, dimenzije osamljenosti, življenjski status, izobraževalne institucije, prijatelji, osebne okoliščine, pomanjkljivo prepoznavanje talentov, dojevanje otrok, vpliv ameriških filmov, pomanjkanje vedenja o bolezni, sprememba odnosov, nepoznavanje situacije, pokroviteljski odnos staršev, prebijanje stereotipa strahu, skupine za samopomoč, individualni pristop, funkcionalnost prostorov, slaba izkoriščenost prostorov, problem prevoza, omejenost prihajanja zaradi potnih stroškov, poraba časa za udeležbo na delavnici, vsakodnevno prihajanje v program socialna vključenost, problematika prevoz z reševalnim vozilom, slaba integracija storitev, objektivne težave pri timski obravnavi na terenu, potreba po inovativnosti pri reševanju problemov, povezanost revščine z depresijo, normalizacija področja DZ, možnosti izobraževanja, javna izpostavitve medijskih osebnosti, reformatorji na področju DZ, pomen rednega jemanja terapije, nejasnost navodil s strani zdravstvenih delavcev, problematika prevoza z reševalnim vozilom, slaba integracija storitev, objektivne težave pri timski obravnavi na terenu, potreba po inovativnosti pri reševanju problemov, povezanost revščine z depresijo, normalizacija področja DZ, možnosti izobraževanja, javna izpostavitve medijskih osebnosti, reformatorji na področju DZ, pomen rednega jemanja terapije, nejasnost navodil s strani zdravstvenih delavcev, razvoj promocije DZ, povečevanje stopnje informiranosti med ljudmi, iskati tistega, ki sam ne bi poiskal pomoči, prostovoljska aktivnost, potreba po spremembi miselnosti ljudi, procesi motiviranja.
	prisotnost predsodkov in stereotipov o NVO	
	slaba informiranost o delovanju NVO	
	pomen izobraževalnih institucij	
	težave pri timski obravnavi na terenu	
	vpliv medijev in javna izpostavitve oseb z izkušnjo depresije	
	normalizacija področja DZ	
	jasnejša navodila uporabnikom s strani izvajalcev	
	razvoj promocije DZ	
	iskanje tistih, ki sami ne bi poiskali pomoči	
	povečanje stopnje informiranosti med ljudmi o pravicah in lastni odgovornosti	
	povečevanje integracije storitev	
	potreba po spremembi miselnosti med ljudmi o DZ	
	potreba po inovativnem pristopu reševanja problematike na področju DZ zaradi omejitev v financiranju	
NVO reformatorji na področju DZ		
SODELOVANJE MED DELEŽNIKI, MEDSEBOJNI ODNOSI	preventivni programi	premajhna povezanost, problematika vkapanosti, vpliv antipsihiatrije, predhodne slabe izkušnje, kritični pogled na stanje, sodelovanje z osebjem, geografska oddaljenost, nevarnost vožnje v mesto, slaba socialna podpora, interdisciplinarnost, iskanje nasvetov pri uporabnikih, pomen osebne zavzetosti, diagnostika telesnih bolezni, medgeneracijske vezi, vprašljiva kakovost izobraževanja, premajhna vključenost vseh deležnikov, socialno mreženje, medsektorski primeri dobre prakse, medgeneracijsko sodelovanje, medsebojna uporabniška samopodpora, sodelovanje med NVO, možnost izbire, sodelovanje NVO z javnimi zavodi zaradi urejanja dokumentov, sodelovanje v okviru koordinacije, medsebojno potrjevanje osebne vrednosti, medsebojna podpora v stiski, procesi vzorništa, pedagoški transfer, vzgoja otrok s pomočjo medsebojnih odnosov, problematika partnerskih in družinskih odnosov, aktivno sodelovanje v lokalni skupnosti, primernost izraza na obrazu, stiska ob odsotnosti družinskih članov, občutenje minevanja časa, koristnost socialnih stikov z ljudmi s podobnimi težavami, podpora domačih, povezovanje svojcev, sodelovanje članov svetov uporabnikov, sodelovanje uporabnikov v projektih, raziskovanju, odzivnost strokovnih delavcev, empatični odnos, kakovostno delo, nujnost izobraževanja.
	priložnosti, potrebe za sodelovanje	
	primeri dobre prakse sodelovanja	
	sodelovanje NVO z organizacijami v podporni mreži	
	izobraženost za sodelovanje	
	lastnosti strokovnih delavcev	
	medsebojni odnosi	
	pomen osebne zavzetosti	
	možnost izbire uporabnika	
	procesi vzorništa	
	vpliv partnerskih in družinskih odnosov	
	aktivno sodelovanje v lokalni skupnosti	
	odzivnost uporabnikov	
medsebojno potrjevanje osebne vrednosti		
uporabniška vključenost		
sodelovanje v prepoznavanju oseb s težavami v DZ		
DELOVANJE UPORABNIKOV STORITEV	aktivnosti uporabnikov	nihanje energije, nemoč zaradi bolezni, opustitev zanimanja, presoja sorodnikov, težave na delovnem mestu, strah pred pogovorom s psihiatrom, pozno odreagirane svojcev, samplačniški vstop, razlogi za potrebo po prisilni hospitalizaciji, metode umiritve osebe, hvaležnost izvajalcem, pomoč s pogovorom, osebna nemoč, aktivnosti za doseganje
	izvajanje življenjskih aktivnosti	
	prvi stik s strokovnjaki	
	hospitalizacija proti volji	

	<ul style="list-style-type: none"> vloga, podpora svojcev uporabniški vpliv razlogi za samoplačniški vstop razlogi za prisilno hospitalizacijo nihanje boleznin in aktivnosti pomagala za jutranje vstajanje nerealnost pogleda na situacijo soočanje s stigmo vpliv vzgoje na delovanje tveganje za samomorilno vedenje pomanjkanje poslušalcev, vrednih zaupanja delo na sebi problematika doplačevanja zdravljenja občutenje ponosa nad lastnim uspehom krepitev znanja težave na delovnem mestu taktike samomotiviranja razvoj podpornih mehanizmov za življenje z boleznijo 	<p>sprememb, tehnike samomotiviranja, skrb za zdrav življenjski slog, upravljanje s pričakovanji, uporabniški prispevek državi, primeri dobre prakse, problem odvisnosti, samonorečevanje, posluževanje telefonskega svetovanja, potreba po poslušalcu življenjske zgodbe, razvoj podpornih mehanizmov za življenje z boleznijo, skromno življenje ob podpori Karitas, RK, medsebojni odnosi, pomanjkanje poslušalcev, podpora družinskim članom, podpora družinskih članov, prevoz, poti pritožbe uporabnikov, predstavniki sveta uporabnikov, medsebojno sodelovanje uporabnikov glede na funkcije v NVO, spreminjanje populacije v dnevnih centrih, prisotnost stigme, ukrepi proti obupu, iznajdljivost za preživetje, delanje dobrega zase in za drugega, finančne omejitve v prevozu, problemi z zobmi, jutranje težave oseb z depresijo, različna pomagala za jutranje težave, zavedanje lastne odgovornosti, razkritje lastnega doživljanja, vpliv krščanske vzgoje, vključitev v posamezne izbrane storitve NVO, nihanje razpoloženja, terensko motiviranje, tveganje za samomorilno vedenje, problematika doplačevanja zdravil, osebno razumevanje lastnih težav, iskanje najboljših poti, ustvarjanje videza močne osebe, značilnosti zaupanja vrednega strokovnega delavca, prisotnost strahu pred okoljem, hiperaktivnost pri iskanju pomoči, izobraževanje, občutenje ponosa nad lastnim uspehom, delo na sebi, odpuščanje, nerealnost pogleda na situacijo.</p>
OBČUTENJE UPORABNIKOV STORITEV NVO	<ul style="list-style-type: none"> občutene potrebe uporabnikov storitev doživljanje oseb z izkušnjo depresije kakovost življenja oseb z izkušnjo depresije osebno doživljanje kakovost življenja, osamosvojitve izpolnjevanje življenjskih vlog signaliziranje prošnje za pomoč skrivanje boleznin za značajskimi lastnostmi potreba po normalizaciji potreba po novem znanju potreba po aktivnosti, gotovosti koristnost medsebojnega primerjanja povezanost telesnega in DZ osebna motiviranost za spremembo 	<p>izpolnjevanje življenjskih vlog, povezanost telesnega in DZ, vpliv pričakovanj svojcev, omejitve pravice do socialne podpore, negativni faktorji za kakovost življenja, pozitivno vrednotenje prošnje za pomoč, vplivanje na voljo in motivacijo, doživljanje javnosti, družbeno koristne akcije, hrepenenje po pomoči kljub zavračanju pomoči, izogibanje direktnega soočanja z ljudmi, negativne predstave v javnosti, vedenje v času krize, potreba po samoosvojitvi, občutenja v času krize, nujnost medikamentoznega zdravljenja v času krize, težavnost vikendov, strokovne napake izvajalcev, hvaležnost izvajalcem, pomen prijateljev, osebna odgovornost za druženje, prikrit razvoj depresije, pomanjkljivo osebno vedenje, neznačilen izgled, slaba samopodoba, signaliziranje prošnje za pomoč, zanikanje težav, skrivanje za značajskimi lastnostmi, strah prositi za pomoč, življenjsko obdobje pojava boleznin, življenje v instituciji, medsebojni odnosi, prijateljevanje v NVO, boljše počutje ob aktivnosti, normalizacija nenormalnega, odkriti pogovor o težavah, motivacija za prihajanje, medsebojno primerjanje, iskanje poti za spremembo, varno in zdravo okolje, nova znanja, nasveti za prebroditev krize, prostovoljnost in brezplačnost, dnevni center varna hiša, povečevanje NVO, socialna vključenost, podpora svojcev, raznovrstni programi in storitve, storitve na daljavo – po telefonu.</p>
PRAVICA DO DELA IN SOCIALNE VARNOSTI	<ul style="list-style-type: none"> politika zaposlovanja možnost socialnega dela priprava na zaposlitveni razgovor prilagoditev dela ohranjenim sposobnostim vpliv depresije na sposobnosti dela nestimulativen sistem socialne podpore razumevanje deležnikov o vplivu boleznin na delovne sposobnosti javno zagovorništvo socialnih oblik dela 	<p>polovični delovni čas, zaposlitveni razgovor, socialno delo, pomen dela v lastni stroki, značilnosti dodeljenega dela, depresija kot bolezen ali lenoba, invalidska upokojitve, potreba po dodatnih navodilih za svojce, nadzor s strani svojcev, osebni pomen delovne aktivnosti, nujnost dodatnega zaslužka, nestimulativen sistem socialne podpore, pomanjkljivo javno zagovorništvo socialnih oblik dela, odklonitev socialne pomoči, sodelovanje z Zavodom za zaposlovanje, krutost birokratskih mejnikov, omejen pogled države na osebe s težavami v DZ.</p>
DEFINIRANJE UČINKOVITOSTI AKTIVNOSTI DELEŽNIKOV	<ul style="list-style-type: none"> definiranje uspeha osebna (ne)uspešnost realizacija individualnih ciljev ocena svojcev subjektivni in objektivni indikatorji učinkovitosti statistični podatki primanjkljaj povratne informacije o učinkovitosti 	<p>indikatorji učinkovitosti, subjektivni indikatorji, objektivni indikatorji, objektivna ocena, subjektivna ocena, kazalniki učinkovitosti, statistični podatki, pomanjkanje povratne informacije o učinkovitosti, sprejemanje samega sebe, prepoznan talent, zaposlitev v različne oblike, zadovoljitev konkretnih potreb, dolgoletna remisija, vpetost v realnost, zadovoljstvo uporabnikov storitev, boljše zavedanje osebne odgovornosti, pogum za prošnjo za pomoč, sposobnosti za delo, načini vrednotenja lastnega dela.</p>

Priloga E: Primerjava ocen deležnikov z začetnimi predpostavkami

Priloga E.1: Spearmanov korelacijski koeficient med spremenljivkami o delovanju NVO in značilnostih lokalnih skupnosti – ocena uslužbencev občin

	TurZN	Urban	VNasPre	VSmSol	NPotSP	VKulD	NVOŠ	NVOK	NVOS	DZPD	NPD
TurZN	1,000	,140	-,066	-,151	-,042	-,057	,003	,054	-,014	-,147	-,172
Urban	,140	1,000	,040	-,418**	,002	-,082	,047	,122	,516**	-,168	-,133
VNasPre	-,066	,040	1,000	,093	,396**	-,109	-,011	,140	,015	,267	,081
VSmSol	-,151	-,418**	,093	1,000	,361*	,272	,217	,129	-,010	,560**	,539**
NPotSP	-,042	,002	,396**	,361*	1,000	,189	,194	,263	,263	,038	,028
VKulD	-,057	-,082	-,109	,272	,189	1,000	,527**	,404**	-,106	,300*	,122
NVOŠ	,003	,047	-,011	,217	,194	,527**	1,000	,593**	,188	,072	,132
NVOK	,054	,122	,140	,129	,263	,404**	,593**	1,000	,361*	,073	,004
NVOS	-,014	,516**	,015	-,010	,263	-,106	,188	,361*	1,000	-,046	-,041
DZPD	-,147	-,168	,267	,560**	,038	,300*	,072	,073	-,046	1,000	,802**
NPD	-,172	-,133	,081	,539**	,028	,122	,132	,004	-,041	,802**	1,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Legenda:

TurZN – V lokalni skupnosti je veliko turističnih znamenitosti.

Urban – Lokalna skupnost je urbanizirana (večina prebivalcev živi v mestu).

VNasPre – V lokalni skupnosti se redko pojavljata nasilje in prestopništvo.

VSmSol – V lokalni skupnosti je med prebivalstvom prisotna visoka stopnja medsebojne solidarnosti (pripravljenost na medsebojno pomoč, sodelovanje, udeležba v prostovoljskih akcijah).

NPotSP – V lokalni skupnosti je med prebivalci prisotna nizka potreba po socialni pomoči.

VKulD – V lokalni skupnosti je veliko kulturnih dogajanj.

NVOŠ – Delovanje NVO na področju športa je dobro (npr. pestrost dejavnosti, število članov v športnih društvih, spodbujanje rekreacije).

NVOK – Delovanje NVO na področju kulture je dobro (npr. pestrost društev, število članov, spodbujanje h kulturnemu ustvarjanju).

NVOS – Delovanje storitvenih NVO je dobro (vrsta in število programov, promoviranje dejavnosti).

DZPD – DZ prebivalcev v lokalni skupnosti je dobro (odsotnost težav v DZ).

NPD – V lokalni skupnosti je nizka pojavnost depresije med prebivalci.

Priloga E.2: Spearmanov korelacijski koeficient med spremenljivkami o delovanju NVO in značilnostih lokalnih skupnosti – ocena izvajalcev

	TurZN	Urban	VNasPre	VSmSol	NPotSP	VKulD	NVOŠ	NVOK	NVOS	DZPD	NPD
TurZN	1,000	,402**	,128	,111	,216*	,632**	,382**	,345**	,198	,081	-,024
Urban	,402**	1,000	,206	-,137	,269*	,441**	,320**	,195	,138	,304**	,123
VNasPre	,128	,206	1,000	,267*	,281**	,067	,046	-,007	,048	,354**	,157
VSmSol	,111	-,137	,267*	1,000	,185	,026	,183	,196	,267*	,142	,080
NPotSP	,216*	,269*	,281**	,185	1,000	,200	,247*	,171	,209	,392**	,263*
VKulD	,632**	,441**	,067	,026	,200	1,000	,537**	,475**	,238*	,049	-,070
NVOŠ	,382**	,320**	,046	,183	,247*	,537**	1,000	,743**	,375**	,100	-,004
NVOK	,345**	,195	-,007	,196	,171	,475**	,743**	1,000	,286**	,006	-,115
NVOS	,198	,138	,048	,267*	,209	,238*	,375**	,286**	1,000	,115	,124
DZPD	,081	,304**	,354**	,142	,392**	,049	,100	,006	,115	1,000	,621**
NPD	-,024	,123	,157	,080	,263*	-,070	-,004	-,115	,124	,621**	1,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Legenda:

TurZN –Tukaj je veliko turističnih znamenitosti.

Urban – Področje je urbanizirano (večina prebivalcev živi v mestu).

VNasPre – Na področju se redko pojavljata nasilje in prestopništvo.

VSmSol – Med prebivalstvom je prisotna visoka stopnja medsebojne solidarnosti (pripravljenost na medsebojno pomoč, sodelovanje, udeležba v prostovoljskih akcijah).

NPotSP – Med prebivalci je prisotna nizka potreba po socialni pomoči.

VKulD – Na področju je veliko kulturnih dogajanj.

NVOŠ – Delovanje NVO na področju športa je dobro (npr. pestrost dejavnosti, število članov v športnih društvih, spodbujanje rekreacije).

NVOK – Delovanje NVO na področju kulture je dobro (npr. pestrost društev, število članov, spodbujanje h kulturnemu ustvarjanju).

NVOS – Delovanje storitvenih NVO na našem področju je dobro (vrsta in število programov, promoviranje dejavnosti).

DZPD – DZ prebivalcev na našem področju je dobro (odsotnost težav v DZ).

NPD – Na našem področju je nizka pojavnost depresije med prebivalci.

Priloga E.3: Spearmanov korelacijski koeficient med spremenljivkami o sodelovanju – po oceni uslužbencev občin skupno in v lokalnih skupnostih, kjer delujejo NVO⁸⁵

	PodPPD	PodPPS	ProtSJD	PovŠPS	SodPPD	SodSZD	PSodZO	PSodFO	DNVOFP	PriVVPM	SodRPS	NPoSS	KonMI	INodZPS	OdzPNS
PodPPD	1,000	,871**	,303	,260	,252	,176	,038	,318	,344	,488*	,446	-,009	,330	,263	,502*
PodPPS	,871**	1,000	,362*	,314	,250	,294	-,027	,491*	,496*	,660**	,606**	,147	,202	,384	,506*
ProtSJD	,303	,362*	1,000	,697**	,543**	,485**	,058	,373	,235	-,039	,182	,322	,468	,191	,381
PovŠPS	,260	,314	,697**	1,000	,714**	,483**	-,412	,223	-,010	,253	-,123	-,072	,344	,417	,224
SodPPD	,252	,250	,543**	,714**	1,000	,750**	,080	,206	,337	,270	-,065	,046	-,047	,691**	,523*
SodSZD	,176	,294	,485**	,483**	,750**	1,000	,298	,527*	,582*	,234	,240	,246	,142	,552*	,630**
PSodZO	,038	-,027	,058	-,412	,080	,298	1,000	,459	,132	-,187	,237	,408	-,331	-,384	-,043
PSodFO	,318	,491*	,373	,223	,206	,527*	,459	1,000	,534*	,242	,429	,267	,018	,107	,372
DNVOFP	,344	,496*	,235	-,010	,337	,582*	,132	,534*	1,000	,774**	,734**	,522*	,307	,371	,479
PriVVPM	,488*	,660**	-,039	,253	,270	,234	-,187	,242	,774**	1,000	,713**	,268	,372	,410	,429
SodRPS	,446	,606**	,182	-,123	-,065	,240	,237	,429	,734**	,713**	1,000	,451	,506	-,083	,526*
NPoSS	-,009	,147	,322	-,072	,046	,246	,408	,267	,522*	,268	,451	1,000	,177	-,049	,042
KonMI	,330	,202	,468	,344	-,047	,142	-,331	,018	,307	,372	,506	,177	1,000	,139	,260
INodZPS	,263	,384	,191	,417	,691**	,552*	-,384	,107	,371	,410	-,083	-,049	,139	1,000	,516*
OdzPNS	,502*	,506*	,381	,224	,523*	,630**	-,043	,372	,479	,429	,526*	,042	,260	,516*	1,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Legenda:

PodPPD – V občini finančno podpiramo programe za preprečevanje depresije.

PodPPS – V občini finančno podpiramo programe za preprečevanje samomora.

ProtSJD – Protokoli sodelovanja med vladnimi in nevladnimi organizacijami na področju DZ so jasno definirani.

PovŠPS – Povečanje števila izvajalcev v podporni mreži je vplivalo na povečano sodelovanje med njimi.

SodPPD – Sodelovanje med izvajalci javnih in nevladnih ter drugih zasebnih organizacij je glede na potrebe naših občanov dobro.

SodSZD – Sodelovanje med organizacijami socialnega in zdravstvenega varstva je dobro.

PSodZO – Pri sodelovanju z NVO se soočamo z zakonodajnimi omejitvami.

PSodFO – Pri sodelovanju z NVO se soočamo s finančnimi omejitvami.

DNVOFP – Delovanje NVO s področja DZ finančno podpiramo.

PriVVPM – Prizadevamo si za vzpostavljanje in vzdrževanje podporne mreže za DZ.

SodRPS – V občini sodelujemo pri razvijanju protokolov sodelovanja med izvajalci v podporni mreži za DZ.

NPoSS – Z NVO s področja DZ imamo podpisano soglasje o medsebojnem sodelovanju.

KonMI – Kontinuirano se medsebojno informiramo.

INodZPS – Izvajalci v NVO se večinoma odzovejo na naše povabilo k sodelovanju.

OdzPNS – Mi se večinoma odzovemo na povabilo NVO s področja DZ.

⁸⁵ Statistično značilne povezanosti so natisnjene poudarjeno. Velikost vzorca je pri prvih petih spremenljivkah (PodPPD, PodPPS, ProtSJD, PovŠPS, SodPPD) 53 (od 56). Pri ostalih spremenljivkah pa je vzorec v povprečju v Tabeli X n = 25, v Tabeli X pa n = 21, kar predstavlja 83 % realizacijo predvidenega vzorca.

Priloga E.4: Spearmanov korelacijski koeficient med spremenljivkami o sodelovanju – po oceni uslužbencev občin skupno in v lokalnih skupnostih, kjer ne delujejo NVO

	PodPPD	PodPPS	ProtSJD	PovŠPS	SodPPD	SodSZD	PSodZO	PSodFO	PriVVPM	SodRPS	ZNpPSS	KonMI	INodZPS	OdzPNS
PodPPD	1,000	,871**	,303	,260	,252	,176	,525*	-,142	,000	-,149	,214	-,378	-,327	-,556*
PodPPS	,871**	1,000	,362*	,314	,250	,294	,703**	-,259	-,021	-,350	,007	-,384	-,325	-,609*
ProtSJD	,303	,362*	1,000	,697**	,543**	,485**	,478	-,138	,089	-,102	-,319	,216	-,200	,027
PovŠPS	,260	,314	,697**	1,000	,714**	,483**	,217	,094	,346	,109	-,180	,434	-,055	,364
SodPPD	,252	,250	,543**	,714**	1,000	,750**	-,044	,127	,520*	,321	,102	,348	-,092	,417
SodSZD	,176	,294	,485**	,483**	,750**	1,000	,213	,000	-,021	-,136	-,379	,278	-,006	,155
PSodZO	,525*	,703**	,478	,217	-,044	,213	1,000	,034	-,440	-,550*	-,269	,134	-,076	-,569*
PSodFO	-,142	-,259	-,138	,094	,127	,000	,034	1,000	,129	-,076	,197	-,138	-,348	,368
PriVVPM	,000	-,021	,089	,346	,520*	-,021	-,440	,129	1,000	,606**	,707**	,045	-,020	,658**
SodRPS	-,149	-,350	-,102	,109	,321	-,136	-,550*	-,076	,606**	1,000	,565*	,318	,448	,571*
ZNpPSS	,214	,007	-,319	-,180	,102	-,379	-,269	,197	,707**	,565*	1,000	-,153	,045	,431
KonMI	-,378	-,384	,216	,434	,348	,278	,134	-,138	,045	,318	-,153	1,000	,793**	,049
INodZPS	-,327	-,325	-,200	-,055	-,092	-,006	-,076	-,348	-,020	,448	,045	,793**	1,000	,133
OdzPNS	-,556*	-,609*	,027	,364	,417	,155	-,569*	,368	,658**	,571*	,431	,049	,133	1,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Legenda:

PodPPD – V občini finančno podpiramo programe za preprečevanje depresije.

PodPPS – V občini finančno podpiramo programe za preprečevanje samomora.

ProtSJD – Protokoli sodelovanja med vladnimi in nevladnimi organizacijami na področju DZ so jasno definirani.

PovŠPS – Povečanje števila izvajalcev v podporni mreži je vplivalo na povečano sodelovanje med njimi.

SodPPD – Sodelovanje med izvajalci javnih in nevladnih ter drugih zasebnih organizacij je glede na potrebe naših občanov dobro.

SodSZD – Sodelovanje med organizacijami socialnega in zdravstvenega varstva je dobro.

PSodZO – Pri sodelovanju z NVO se soočamo z zakonodajnimi omejitvami.

PSodFO – Pri sodelovanju z NVO se soočamo s finančnimi omejitvami.

PriVVPM – Prizadevamo si za vzpostavljanje in vzdrževanje podporne mreže za DZ.

SodRPS – V občini sodelujemo pri razvijanju protokolov sodelovanja med izvajalci v podporni mreži za DZ.

ZNpPSS – Z NVO s področja DZ si prizadevamo za podpis soglasja o medsebojnem sodelovanju.

KonMI – Kontinuirano se medsebojno informiramo.

INodZPS – Izvajalci v NVO se večinoma odzovejo na naše povabilo k sodelovanju.

OdzPNS – Mi se večinoma odzovemo na povabilo NVO s področja DZ.

Priloga E.5: Spearmanov korelacijski koeficient med spremenljivkami o sodelovanju med izvajalci – ocena izvajalcev

	PodPPD	PodPPS	ProtSJD	PovŠPS	SodPOD	SodSZD	PSodZO	PSodFO	NezIN	NezIIN	PriISS	StIPPM	PrPNK	ŠtSDP	MedOT	VklINN	VklNK
PodPPD	1,000	,882**	,567**	,538**	,481**	,169	,366*	,050	,044	-,014	-,031	-,046	-,051	-,059	,025	-,117	-,011
PodPPS	,882**	1,000	,635**	,558**	,429**	,098	,465**	,183	-,091	,086	,020	-,032	-,041	-,093	-,055	-,116	,013
ProtSJD	,567**	,635**	1,000	,800**	,700**	,362**	,226	,078	-,100	-,026	-,118	-,074	-,014	-,096	-,045	-,094	,024
PovŠPS	,538**	,558**	,800**	1,000	,775**	,444**	,268	,257	,001	,101	-,194	,087	-,025	-,018	,120	,012	,114
SodPOD	,481**	,429**	,700**	,775**	1,000	,642**	,076	,136	,111	-,058	-,204	-,030	,029	,036	-,028	-,068	,097
SodSZD	,169	,098	,362**	,444**	,642**	1,000	-,006	,130	,352	,062	-,238	,082	,036	,183	,067	,056	,338**
PSodZO	,366*	,465**	,226	,268	,076	-,006	1,000	,502**	,365*	,644**	,488**	,112	-,034	,036	,113	,077	,203
PSodFO	,050	,183	,078	,257	,136	,130	,502**	1,000	,178	,496**	,215	,445*	,106	,418*	,029	,194	,267
NezIN	,044	-,091	-,100	,001	,111	,352	,365*	,178	1,000	,379*	,233	,096	-,053	-,154	-,100	-,082	,139
NezIIN	-,014	,086	-,026	,101	-,058	,062	,644**	,496**	,379*	1,000	,628**	,257	,107	,175	-,005	,369	,232
PriISS	-,031	,020	-,118	-,194	-,204	-,238	,488**	,215	,233	,628**	1,000	-,012	,090	,189	,081	,586**	,204
StIPPM	-,046	-,032	-,074	,087	-,030	,082	,112	,445*	,096	,257	-,012	1,000	,233	,346**	,283*	,170	,201
PrPNK	-,051	-,041	-,014	-,025	,029	,036	-,034	,106	-,053	,107	,090	,233	1,000	,577**	,086	,104	,208
ŠtSDP	-,059	-,093	-,096	-,018	,036	,183	,036	,418*	-,154	,175	,189	,346**	,577**	1,000	,244*	,411**	,492**
MedOT	,025	-,055	-,045	,120	-,028	,067	,113	,029	-,100	-,005	,081	,283*	,086	,244*	1,000	,294*	,183
VklINN	-,117	-,116	-,094	,012	-,068	,056	,077	,194	-,082	,369	,586**	,170	,104	,411**	1,000	,575**	
VklNK	-,011	,013	,024	,114	,097	,338**	,203	,267	,139	,232	,204	,201	,208	,492**	,183	,575**	1,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Velikost vzorca je bila v povprečju n = 83, kar predstavlja 88,3 % začetnega vzorca (n = 94).

Statistično značilne povezanosti so natisnjene poudarjeno.

Legenda:

PodPPD – Programi za preprečevanje depresije so finančno podprti s strani lokalnih oblasti.

PodPPS – Programi za preprečevanje samomora so finančno podprti s strani lokalnih oblasti.

ProtSJD – Protokoli sodelovanja med vladnimi in nevladnimi organizacijami na področju DZ so jasno definirani.

PovŠPS – Povečanje števila izvajalcev v podporni mreži je vplivalo na povečano sodelovanje med njimi.

SodPOD – Sodelovanje med izvajalci javnih in nevladnih ter drugih zasebnih organizacij je glede na potrebe oseb z depresijo dobro.

SodSZD – Sodelovanje med organizacijami socialnega in zdravstvenega varstva je dobro.

PSodZO – Pri sodelovanju z NVO se soočamo z zakonodajnimi omejitvami.

PSodFO – Pri sodelovanju z NVO se soočamo s finančnimi omejitvami.

NezIN – Izvajalci v podporni mreži za DZ niso dovolj informirani o delovanju NVO.

NezIIN – Izvajalci v podporni mreži za osebe z depresijo nimajo izkušenj o delovanju NVO s področja DZ.

PriISS – Pri izvajalcih v podporni mreži za osebe z depresijo so prisotna stereotipizirana stališča o delovanju NVO.

StIPPM – Stopnja integracije v podporni mreži za osebe z depresijo je majhna.

PrPNK – Prepoznavanje potreb posamezne populacije ne poteka kontinuirano.

ŠtSDP – Število skupnih dogodkov izvajalcev v podporni mreži za osebe z depresijo je premajhno.

MedOT – Med organizacijami v podporni mreži za osebe z depresijo je prisotno tekmovanje.

VklINN – Vključevanje NVO v podporno mrežo za osebe z depresijo je nezadostno.

VklNK – Z vključevanjem NVO je zagotavljanje kontinuirane skrbi lažje.

Priloga E.6: Spearmanov korelacijski koeficient med spremenljivkami o zadostnosti mreže – uslužbenci občin

	MZOD	MSOD	DSOD	DovNO	PoSPP	PriVVPM	PNSOD	ODPSD	SodRPS	NPoSS
MZOD	1,000	,528**	,162	,403	,232	-,024	-,276	,246	-,166	-,146
MSOD	,528**	1,000	,592**	,480	,113	-,008	-,141	,156	,090	,084
DSOD	,162	,592**	1,000	,275	,074	,017	-,210	-,151	-,230	,029
DovNO	,403	,480	,275	1,000	,746**	-,476	-,784**	,211	-,073	-,172
PoSPP	,232	,113	,074	,746**	1,000	-,506*	-,724**	,014	-,382	-,348
PriVVPM	-,024	-,008	,017	-,476	-,506*	1,000	,559*	,069	,302	,443
PNSOD	-,276	-,141	-,210	-,784**	-,724**	,559*	1,000	,089	,514*	,277
ODPSD	,246	,156	-,151	,211	,014	,069	,089	1,000	,713**	,268
SodRPS	-,166	,090	-,230	-,073	-,382	,302	,514*	,713**	1,000	,451
NPoSS	-,146	,084	,029	-,172	-,348	,443	,277	,268	,451	1,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Legenda:

MZOD – Mreža zdravstvenih storitev v lokalni skupnosti je dobra (vrsta in število programov javne zdravstvene mreže).

MSOD – Mreža socialnih storitev v lokalni skupnosti je dobra (vrsta in število programov s področja socialnega varstva).

DSOD – Delovanje storitvenih NVO je dobro (vrsta in število programov, promoviranje dejavnosti).

DovNO – V naši občini je dovolj NVO, ki delujejo na področju DZ.

PoSPP – V naši lokalni skupnosti NVO izvajajo vse potrebne storitve glede na sedanje potrebe prebivalcev.

PriVVPM – Prizadevamo si za vzpostavljanje in vzdrževanje podporne mreže za DZ.

PNSOD – V lokalni skupnosti potrebujemo NVO, ki bi bile specializirane za osebe z depresijo.

ODPSD – Osebe z depresijo in njihovi svojci imajo pričakovano slabšo dostopnost do NVO s področja DZ glede na oddaljenost občine od mestnega središča.

SodRPS – V lokalni skupnosti sodelujemo pri razvijanju protokolov sodelovanja med izvajalci v podporni mreži za DZ.

NPoSS – Z NVO s področja DZ imamo podpisano soglasje o medsebojnem sodelovanju.

Priloga E.7: Spearmanov korelacijski koeficient med spremenljivkami o številu, prisotnosti ter sodelovanju posameznih organizacij – uslužbenci občin

	PrimZV	SpecPSIH	DSO	SIPD	ŠtORG	SodRPS	SodPPD	SodSZD
PrimZV	1,000	,545**	,698**	,004	,746**	-,201	-,190	-,202
SpecPSIH	,545**	1,000	,480**	-,089	-,557**	-,073	-,050	-,138
DSO	,698**	,480**	1,000	,078	-,569**	-,150	-,154	-,266
SIPD	,004	-,089	,078	1,000	,099	-,022	-,043	-,171
ŠtORG	-,746**	-,557**	-,569**	,099	1,000	,130	,104	,084
SodRPS	-,201	-,073	-,150	-,022	,130	1,000	,990**	,517**
SodPPD	-,190	-,050	-,154	-,043	,104	,990**	1,000	,540**
SodSZD	-,202	-,138	-,266	-,171	,084	,517**	,540**	1,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Legenda:

PrimZV – primarno zdravstveno varstvo

SpecPSIH – specialistična psihiatrična dejavnost

DSO – domsko varstvo za starejše

SIPD – služba pomoči na domu

ŠtORG – število organizacij v podporni mreži za DZ

SodRPS – V občini sodelujemo pri razvijanju protokolov sodelovanja med izvajalci v podporni mreži za DZ.

PriVVPM – Prizadevamo si za vzpostavljanje in vzdrževanje podporne mreže za DZ.

SodPPD – Sodelovanje med izvajalci javnih in nevladnih ter drugih zasebnih organizacij je glede na potrebe naših občanov dobro

SodSZD – Sodelovanje med organizacijami socialnega in zdravstvenega varstva je dobro.

Priloga E.8: Spearmanov korelacijski koeficient med spremenljivkami o številu, prisotnosti ter sodelovanju posameznih organizacij – izvajalci

	MZOD	MSOD	DSOD	DINP	ProtSJD	PovŠPS	PovŠPS	SodPOD	PSodZO	ŠtSDP	StIPPM	VklINN
MZOD	1,000	,537**	,502**	,219*	,111	,132	,212	,061	-,186	,068	,030	,076
MSOD	,537**	1,000	,524**	,158	,224*	,246*	,378**	,279*	-,147	,121	,085	,005
DSOD	,502**	,524**	1,000	,177	,100	,224*	,287**	,233*	-,041	,217	,151	,182
DINP	,219*	,158	,177	1,000	,258*	,315**	,356**	,074	-,100	-,038	-,136	,070
ProtSJD	,111	,224*	,100	,258*	1,000	,800**	,700**	,362**	-,142	-,096	-,074	-,094
PovŠPS	,132	,246*	,224*	,315**	,800**	1,000	,775**	,444**	-,146	-,018	,087	,012
SodPOD	,212	,378**	,287**	,356**	,700**	,775**	1,000	,642**	-,223	,036	-,030	-,068
SodSZD	,061	,279*	,233*	,074	,362**	,444**	,642**	1,000	-,302	,183	,082	,056
PSodZO	-,186	-,147	-,041	-,100	-,142	-,146	-,223	-,302	1,000	,350	,018	,469*
ŠtSDP	,068	,121	,217	-,038	-,096	-,018	,036	,183	,350	1,000	,346**	,411**
StIPPM	,030	,085	,151	-,136	-,074	,087	-,030	,082	,018	,346**	1,000	,170
VklINN	,076	,005	,182	,070	-,094	,012	-,068	,056	,469*	,411**	,170	1,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Legenda:

MZOD – Mreža zdravstvenih storitev na našem področju je dobra (vrsta in število programov javne zdravstvene mreže).

MSOD – Mreža socialnih storitev na našem področju je dobra (vrsta in število programov s področja socialnega varstva).

DSOD – Delovanje storitvenih nevladnih organizacij na našem področju je dobro (vrsta in število programov, promoviranje dejavnosti).

DINP – Na našem področju imamo veliko izvajalcev, ki nudijo pomoč osebam z motnjo v DZ.

ProtSJD – Protokoli sodelovanja med vladnimi in nevladnimi organizacijami na področju DZ so jasno definirani.

PovŠPS – Povečanje števila izvajalcev v podporni mreži je vplivalo na povečano sodelovanje med njimi.

SodPOD – Sodelovanje med izvajalci javnih in nevladnih ter drugih zasebnih organizacij je glede na potrebe oseb s težavami v DZ, depresijo dobro.

SodSZD – Sodelovanje med organizacijami socialnega in zdravstvenega varstva je dobro.

PSodZO – Pri sodelovanju z NVO se soočamo z zakonodajnimi omejitvami.

ŠtSDP – Število skupnih dogodkov izvajalcev v podporni mreži za osebe z depresijo je premajhno.

StIPPM – Stopnja integracije v podporni mreži za osebe z depresijo je majhna.

VklINN – Vključevanje NVO v podporno mrežo za osebe z depresijo je nezadostno.

Priloga E.9: Opredelitev vloge NVO z vidika različnih deležnikov

Deležnik	Vloga NVO	Kode
Strokovnjaki	<ul style="list-style-type: none"> - izvajalci promocije zdravja in nosilci terciarnih oblik preventive, - pomembni akterji pri omogočanju višje kakovosti življenja ali pa postopno okrevanje po prebolelih hudih težavam v DZ posameznikom ali skupinam, - prve pobudnice in gonilna sila za spremembo, - primer dobre prakse pri preseganju biologiističnega razmišljanja, - odvisnik od pripravljenosti na sodelovanje s strani drugih organizacij in njihovih izvajalcev, - zabrisovalec vloge uporabnika, izvajalca, strokovnjaka, prostovoljca, - spodbujevalec in koristnik direktnega glasu uporabnikov in svojcev pri načrtovanju in krepitevi služb, - krepilec moči uporabnika, da je enakopraven partner v procesih obravnave, pogajanj, da ima svoje zahteve, - zastopnik različnih stališč in interesov njenih članov, - najmočnejši lokalni akter na področju vplivanja na ljudi, - zagovorniki oseb s težavami v DZ. 	<ul style="list-style-type: none"> - kakovosten izvajalec celostne obravnave pacienta - partner s specifičnim položajem v podporni mreži - glas uporabnikov storitev in najmočnejši akter vplivanja na ljudi - povezovalac izvajalcev, pacientov in strokovnjakov
Uslužbenci občine	<ul style="list-style-type: none"> - akterji v lokalni skupnosti, ki potrebujejo finančno podporo, podporo v zagotavljanju brezplačnega prostora za delovanje, - akterji v lokalni skupnosti, za katere vodijo evidenco in jih vabijo na dogodke, ter se medsebojno informirajo, - si prizadevajo za podpis soglasja, - akterji, ki pri razvoju potrebujejo njihovo podporo, - akterji, katerih delovanje podpirajo v sosednjih občinah. 	<ul style="list-style-type: none"> - inovator in pobudnik za spremembo - izvajalec promocije zdravja in preventive - spodbujevalec in izvajalec ukrepov za kakovost življenja ter kakovost obravnave - za lokalno skupnost pomemben akter - porabnik finančnih in materialnih sredstev - akter, do katerega imajo upravni subjekti normativno opredeljene dolžnosti
Izvajalci storitev v NVO	<ul style="list-style-type: none"> - sodelavec v podporni mreži, ki nudi svoje storitve, ki jih podporna mreža ne more, - ponudnik konkretne pomoči in raznolikih strokovnih programov v vsakdanjem življenju (spodbujanje samopomoči, vodenje skupin za samopomoč za osebe in za svojece, informiranje svojcev, izobraževanje, destigmatizacija, psihoterapija, opolnomočenje, individualno in telefonsko svetovanje, širjenje socialne mreže posameznika), - pobudnik pri izvajanju preventivnih dejavnosti, skupnostni skrbi in timskem sodelovanju vseh pristojnih služb ter vključevanju prostovoljcev, - akter, ki omogoča lažjo dostopnost do pomoči, saj so v NVO zaposleni strokovni delavci z različnih področij, - spodbujevalec, da osebe poiščejo pomoč, redno jemljejo zdravila, v izdelavi individualnega načrta: kako iti dan po dan, kaj narediti, da jim bo bolje, v motiviranju, podpori, razumevanju, svetovanju, kaj lahko naredijo sami in kako, pogovor s svojci o tem, kaj je značilno za to bolezen, so vmesni člen med zdravniki, zdravniki in svojci, - glas uporabnikov storitev. 	<ul style="list-style-type: none"> - ponudnik dopolnilnih storitev v podporni mreži - ponudnik konkretne in celostne pomoči pacientom z depresijo - pobudnik preventivnih in skupnostnih dejavnosti na podlagi povezovanja in vključevanja prostovoljcev - ponudnik pomoči brez čakalne dobe - izvajalec strokovne individualne obravnave v zagotavljanju kontinuitete obravnave
Drugi izvajalci	<ul style="list-style-type: none"> - izvajalec treningov telesne kondicije kot dolgoročno najkoristnejšega ukrepa za obvladovanje depresije, - spodbujevalec vzpostavljanja prepletenosti in soodvisnosti zdravstvenih in socialnih služb ter pri odkrivanju in povezovanju, zdravljenju in psihosocialni rehabilitaciji oseb s težavami v DZ, - mašilo za vest družbe, ki s svojimi ukrepi stori premalo, imajo podporno vlogo, - omogočevalec boljše dostopnosti brez stigmatizacije, - informator širše populacije z možnostmi in oblikami zdravljenja, - organizator in izvajalec preventivnih programov (promocija DZ, informiranje o simptomih depresije in ukrepanju), rednih predavanj v sklopu vseživljenjskega učenja ipd., - podpornik svojcem, - podpornik pri spodbujanju delovanja skupin za samopomoč, - pomočnik osebam s težavami v DZ pri zaposlitveni rehabilitaciji, - podpornik v mreži skrbi za osebe z depresijo. 	<ul style="list-style-type: none"> - tvorec podporne mreže za osebe z depresijo - podpornik pacientov z depresijo in njihovih svojcev - informator v družbi - izvajalec dokazano učinkovitih pristopov pri izboljševanju duševnega zdravja pacientov z depresijo - omogoča dostopnost brez stigmatizacije in zmanjšuje prisotnost stigme v družbi
Uporabniki storitev	<ul style="list-style-type: none"> - pomočnik pri reševanju vsakdanjih težav, - medij za prepoznavanje in razvijanje talentov, - podpornik v življenjskih ciljih, pri socialnem vključevanju in psihosocialni rehabilitaciji, - izvajalec individualne pomoči, - nadomestnik družine, - ponudnik aktivnosti za boljše preživljanje prostega časa, - ponudnik kontinuiranega spremljanja znane osebe v smislu motiviranja, spodbujanja in možnosti takojšne uporabe znanja na produktiven način, - spodbujevalec k udeležbi zaradi prostovoljnosti vključitve, - spodbujevalec zavedanja lastne odgovornosti v možnosti izbire pri odločitvi (kar se ne zgodi takoj ob vstopu, temveč nekoliko kasneje), - podpornik pri delovanju skupin za samopomoč, - ponudnik znanja, - ponudnik varnega prostora za izmenjavanje znanj, izkušenj, medsebojne podpore, - nosilec dragocenih izkušenj o značilnostih, delovanju in odzivanju oseb z depresijo. 	<ul style="list-style-type: none"> - akter za izboljševanje kakovosti življenja - akter za reševanje kompleksnih problemov - akter psihosocialne in zaposlitvene rehabilitacije - ponudnik možnosti za krepitev znanja, izmenjavo izkušenj, socialnega vključevanja in kakovostnega preživljanja prostega časa - motivator za zavedanje odgovornosti za lastno zdravje - nosilec znanja in izkušenj o uspešnih metodah dela z osebami z depresijo

Priloga E.10: Spearmanov korelacijski koeficient med spremenljivkami o značilnostih lokalnih skupnosti in delovanju NVO – uslužbenci občin

	ŽOPD	PID	SRD	TurZN	Urban	PSPV	SIPV	SBNP	BDPV	VNasPre	VSmSol	NPotSP	VKulID	NVOŠ	NVOK	MZOD	MSOD	NVOS	ZPD	DZPD	NPD	NVOP	NPNV
ŽOPD	1,000	,403**	,147	-,033	,053	,100	,291*	,258	,120	,339*	,254	,130	,347*	,278	,145	,154	-,193	-,042	,443**	,339*	,205	-,158	,154
PID	,403**	1,000	,071	,018	-,077	-,157	,057	,253	,043	,096	,201	,148	,016	,192	,139	,346*	,002	-,142	,237	,157	,112	,181	,359
SRD	,147	,071	1,000	,063	,114	-,273	,062	,122	,051	,348*	-,057	,259	-,033	,147	,038	,116	,126	,233	,230	,062	-,004	-,162	,200
TurZN	-,033	,018	,063	1,000	,140	-,181	-,034	-,093	-,053	-,066	-,151	-,042	-,057	,003	,054	,069	,085	-,014	-,145	-,147	-,172	,258	,345
Urban	,053	-,077	,114	,140	1,000	,026	,202	,000	-,054	,040	-,418**	,002	-,082	,047	,122	-,123	,207	,516**	,052	-,168	-,133	,055	,383
PSPV	,100	-,157	-,273	-,181	,026	1,000	-,085	-,278	-,171	,123	-,251	-,244	,078	,045	,200	-,093	-,128	-,105	-,037	,064	,075	-,617**	,190
SIPV	,291*	,057	,062	-,034	,202	-,085	1,000	,380**	,597**	,001	,448**	,260	,250	,116	,054	,026	,088	,263	,322*	,350*	,385**	,126	-,445
SBNP	,258	,253	,122	-,093	,000	-,278	,380**	1,000	,506**	,073	,517**	,361*	,314*	,195	,058	,321*	,045	-,029	,270	,387**	,346*	,072	-,290
BDPV	,120	,043	,051	-,053	-,054	-,171	,597**	,506**	1,000	-,159	,443**	,211	,485**	,345*	,195	,166	,044	,161	,200	,449**	,385**	,089	-,356
VNasPre	,339*	,096	,348*	-,066	,040	,123	,001	,073	-,159	1,000	,093	,396**	-,109	-,011	,140	,031	,027	,015	,395**	,267	,081	-,064	,282
VSmSol	,254	,201	-,057	-,151	-,418**	-,251	,448**	,517**	,443**	,093	1,000	,361*	,272	,217	,129	,211	,104	-,010	,420**	,560**	,539**	,194	-,254
NPotSP	,130	,148	,259	-,042	,002	-,244	,260	,361*	,211	,396**	1,000	,189	,189	,194	,263	,160	,088	,263	,226	,038	,028	,447	-,002
VKulID	,347*	,016	-,033	-,057	-,082	,078	,250	,314*	,485**	-,109	,272	,189	1,000	,527**	,404**	,040	-,235	-,106	,240	,300*	,122	,304	-,320
NVOŠ	,278	,192	,147	,003	,047	,045	,116	,195	,345*	-,011	,217	,194	,527**	1,000	,593**	,509**	,258	,188	,158	,072	,132	,198	,862
NVOK	,145	,139	,038	,054	,122	,200	,054	,058	,195	,140	,129	,263	,404**	,593**	1,000	,299*	,357*	,361*	,224	,073	,004	,105	,165
MZOD	,154	,346*	,116	,069	-,123	-,093	,026	,321*	,166	,031	,211	,160	,040	,509**	,299*	1,000	,528**	,162	,171	,074	,098	,232	,154
MSOD	-,193	,002	,126	,085	,207	-,128	,088	,045	,044	,027	,104	,088	-,235	,258	,357*	,528**	1,000	,592**	,191	,101	,170	,113	,258
NVOS	-,042	-,142	,233	-,014	,516**	-,105	,263	-,029	,161	,015	-,010	,263	-,106	,188	,361*	,162	,592**	1,000	,150	-,046	-,041	,074	,354
ZPD	,443**	,237	,230	-,145	,052	-,037	,322*	,270	,200	,395**	,420**	,226	,240	,158	,224	,171	,191	,150	1,000	,702**	,649**	-,499*	,082
DZPD	,339*	,157	,062	-,147	-,168	,064	,350*	,387**	,449**	,267	,560**	,038	,300*	,072	,073	,074	,101	-,046	,702**	1,000	,802**	-,404	-,074
NPD	,205	,112	-,004	-,172	-,133	,075	,385**	,346*	,385**	,081	,539**	,028	,122	,132	,004	,098	,170	-,041	,649**	,802**	1,000	-,709**	-,111
NVOP	-,158	,181	-,162	,258	,055	-,617**	,126	,072	,089	-,064	,194	,447	,304	,328	,105	,232	,113	,074	-,499	-,404*	-,709**	1,000	
NPNV	,154	,359	,200	,345	,384	,190	-,445	-,356	,282	-,254	-,002	-,320	,046	,046	,165	,154	,258	,354	,082	-,074	-,111		1,000

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Legenda:

ŽOPD – Življenjsko okolje v lokalni skupnosti je za prebivalce dobro (čistoča, nizka jakost hrupa, zelene površine itd.).

PID – Prometna infrastruktura v lokalni skupnosti je dobra (cestne povezave itd.).

SRD – V lokalni skupnosti so stanovanjske razmere v povprečju dobre (površina, opremljenost stanovanj ipd.).

TurZN – V lokalni skupnosti je veliko turističnih znamenitosti.

Urban – Lokalna skupnost je urbanizirana (večina prebivalcev živi v mestu).

PSPV – V lokalni skupnosti je povprečna starost prebivalcev zelo visoka (nad slovenskim povprečjem 41 let, več starejšega prebivalstva).

SIPV – Stopnja izobrazbe prebivalcev v lokalni skupnosti je visoka (delež prebivalcev v občini z vsaj višješolsko izobrazbo).

SBNP – Stopnja brezposelnosti je nižja, kot je slovensko povprečje.

BDPV – Bruto družbeni produkt občine je nad slovenskim povprečjem.

VNasPre – V lokalni skupnosti se redko pojavljata nasilje in prestopništvo.

VSmSol – V lokalni skupnosti je med prebivalstvom prisotna visoka stopnja medsebojne solidarnosti (pripravljenost na medsebojno pomoč, sodelovanje, udeležba v prostovoljskih akcijah).

NPotSP – V lokalni skupnosti je med prebivalci prisotna nizka potreba po socialni pomoči.

VKulID – V lokalni skupnosti je veliko kulturnih dogajanj.

NVOŠ – Delovanje NVO na področju športa je dobro (npr. pestrost dejavnosti, število članov v športnih društvih, spodbujanje rekreacije).

NVOK – Delovanje NVO na področju kulture je dobro (npr. pestrost društev, število članov, spodbujanje h kulturnemu ustvarjanju).

MZOD – Mreža zdravstvenih storitev v občini je dobra (vrsta in število programov javne zdravstvene mreže).

MSOD – Mreža socialnih storitev v občini je dobra (vrsta in število programov v področja socialnega varstva).

NVOS – Delovanje storitvenih NVO je dobro (vrsta in število programov, promoviranje dejavnosti).

ZPD – Zdravstveno stanje prebivalcev v lokalni skupnosti je dobro (odsotnost zdravstvenih težav).

DZPD – DZ prebivalcev v lokalni skupnosti je dobro (odsotnost težav v duševnem zdravju).

NPD – V lokalni skupnosti je nizka pojavnost depresije med prebivalci.

NVOP – V naši občini nevladne organizacije izvajajo vse potrebne storitve glede na sedanje potrebe prebivalcev (tam, kjer delujejo NVO, n = XXX).

NPNV – V naši občini ne potrebujemo nevladnih organizacij

Priloga E.11: Spearmanov korelacijski koeficient med spremenljivkami – izvajalci

	ŽOPD	PID	SRD	TurZN	Urban	PSPV	SIPV	SBNP	BDPV	VNasPre	VSmSol	NPotSP	VKulD	NVOŠ	NVOK	MZOD	MSOD	NVOS	ZPD	NPD	NPUD	NPUD	PUPD
ŽOPD	1,000	,235*	,410**	,165	,005	,207*	,191	,179	,098	,028	-,109	,055	,117	,065	,135	-,028	-,006	,126	-,008	-,108	-,009	,103	,003
PID	,235*	1,000	,118	,233*	,535**	-,003	,222*	,289**	,221*	,044	-,241*	,150	,239*	,152	,156	,366**	,249*	,121	,272*	,038	,010	,292	,118
SRD	,410**	,118	1,000	,219*	,233*	,131	,195	,306**	,199	,128	,158	,124	,110	,210*	,147	,197	,126	,192	-,034	,121	,167	-,058	-,048
TurZN	,165	,233*	,219*	1,000	,402**	,110	,352**	,133	,231*	,128	,111	,216*	,632**	,382**	,345**	,085	,300**	,198	,184	,081	-,024	,115	,263*
Urban	,005	,535**	,233*	,402**	1,000	,105	,385**	,306**	,322**	,206	-,137	,269*	,441**	,320**	,195	,336**	,264*	,138	,361**	,304**	,123	,200	,215
PSPV	,207*	-,003	,131	,110	,105	1,000	,498**	,275**	,403**	,089	,053	,018	,095	,204	,134	,027	-,030	-,036	,141	0,025	-,010	-,163	,239*
SIPV	,191	,222*	,195	,352**	,385**	,498**	1,000	,414**	,591**	,164	,195	,201	,360**	,381**	,326**	,037	,344**	,167	,340**	0,107	-,015	,336	,282*
SBNP	,179	,289**	,306**	,133	,306**	,275**	,414**	1,000	,643**	,151	-,014	,219*	,194	,289**	,236*	,102	,169	,082	,412**	,375**	,289**	,301	,193
BDPV	,098	,221*	,199	,231*	,322**	,403**	,591**	,643**	1,000	,078	,054	,201	,282**	,383**	,198	,151	,248*	,177	,449**	,219*	,178	,207	,271*
VNasPre	,028	,044	,128	,128	,206	,089	,164	,151	,078	1,000	,267*	,281**	,067	,046	-,007	,032	,150	,048	,247*	,354**	,157	,567**	,220
VSmSol	-,109	-,241*	,158	,111	-,137	,053	,195	-,014	,054	,267*	1,000	,185	,026	,183	,196	-,002	,159	,267*	,090	,142	,080	-,072	,011
NPotSP	,055	,150	,124	,216*	,269*	,018	,201	,219*	,201	,281**	,185	1,000	,200	,247*	,171	,186	,342**	,209	,396**	,392**	,263*	,027	,284*
VKulD	,117	,239*	,110	,632**	,441**	,095	,360**	,194	,282**	,067	,026	,200	1,000	,537**	,475**	,182	,259**	,238**	,212*	,049	-,070	,060	,172
NVOŠ	,065	,152	,210*	,382**	,320**	,204	,381**	,289**	,383**	,046	,183	,247*	,537**	1,000	,743**	,272*	,342**	,375**	,194	,100	-,004	,041	,344**
NVOK	,135	,156	,147	,345**	,195	,134	,326**	,236*	,198	-,007	,196	,171	,475**	,743**	1,000	,149	,270*	,286**	,118	,006	-,115	,107	,200
MZOD	-,028	,366**	,197	,085	,336**	,027	,037	,102	,151	,032	-,002	,186	,182	,272*	,149	1,000	,537**	,502**	,163	,230*	,274**	-,109	,094
MSOD	-,006	,249*	,126	,300**	,264*	-,030	,344**	,169	,248*	,150	,159	,342**	,259*	,342**	,270*	,537**	1,000	,524**	,334**	,351**	,248*	,376*	,254*
NVOS	,126	,121	,192	,198	,138	-,036	,167	,082	,177	,048	,267*	,209	,238*	,375**	,286**	,502**	,524**	1,000	,188	,115	,124	,095	,283*
ZPD	-,008	,272*	-,034	,184	,361**	,141	,340**	,412**	,449**	,247*	,090	,396**	,212*	,194	,118	,163	,334**	,188	1,000	,629**	,398**	,397*	,279*
DZPD	-,108	,038	,121	,081	,30*	,304**	,025	,107	,375**	,219	,354**	,142	,392**	,049	,100	,006	,230*	,351**	,115	1,000	,621**	,313	,231
NPD	-,009	-,010	,167	-,022	-,024	,123	-,010	,289**	,178	,157	,080	,263*	-,070	-,004	-1,115	,274**	,248*	,124	,398**	,621**	1,000	-,056	,371**
NPUD	,103	,292	-,058	,115	,200	-,163	,336	,301	,207	,567**	-,072	,027	,060	,041	,107	-,109	,376*	,095	,397*	,313	-,056	1,000	,167
PUPD	,003	,118	-,048	,263*	,215	,239*	,282*	,193	,271*	,220	,011	,284*	,172	,344**	,200	,094	,254*	,283*	,279*	,231	,371**	,167	1,000

Legenda:

- ŽOPD – Živiljenjsko okolje je za prebivalce dobro (čistoča, nizka jakost hrupa, zelene površine itd.).
- PID – Prometna infrastruktura je dobra (cestne povezave itd.).
- SRD – Stanovanjske razmere so v povprečju dobre (površina, opremljenost stanovanj ipd.).
- TurZN – Tukaj je veliko turističnih znamenitosti.
- Urban – Področje je urbanizirano (večina prebivalcev živi v mestu).
- PSPV – Povprečna starost prebivalcev je visoka (nad slovenskim povprečjem 41 let, več starejšega prebivalstva).
- SIPV – Stopnja izobrazbe prebivalcev je visoka (delež prebivalcev v občini z vsaj višješolsko izobrazbo).
- SBNP – Stopnja brezposelnosti je nižja kot je slovensko povprečje.
- BDPV – Bruto družbeni produkt je nad slovenskim povprečjem.
- VNasPre – Na področju se redko pojavljata nasilje in prestopništvo.
- VSmSol – Med prebivalstvom je prisotna visoka stopnja medsebojne solidarnosti (pripravljenost na medsebojno pomoč, sodelovanje, udeležba v prostovoljskih akcijah).
- NPotSP – Med prebivalci je prisotna nizka potreba po socialni pomoči.
- VKulD – Na področju je veliko kulturnih dogajanj.
- NVOŠ – Delovanje nevladnih organizacij na področju športa je dobro (npr. pestrost dejavnosti, število članov v športnih društvih, spodbujanje rekreacije).
- NVOK – Delovanje nevladnih organizacij na področju kulture je dobro (npr. pestrost društev, število članov, spodbujanje h kulturnemu ustvarjanju).
- MZOD – Mreža zdravstvenih storitev na našem področju je dobra (vrsta in število programov javne zdravstvene mreže).
- MSOD – Mreža socialnih storitev na našem področju je dobra (vrsta in število programov s področja socialnega varstva).
- NVOS – Delovanje storitvenih nevladnih organizacij na našem področju je dobro (vrsta in število programov, promoviranje dejavnosti).
- ZPD – Zdravstveno stanje prebivalcev na našem področju je dobro (odstotnost zdravstvenih težav).
- DZPD – Duševno zdravje prebivalcev na našem področju je dobro (odstotnost težav v duševnem zdravju).
- NPD – Na našem področju je nizka pojavnost depresije med prebivalci.
- DZPD – DZ prebivalcev v lokalni skupnosti je dobro (odstotnost težav v duševnem zdravju).
- NPD – V lokalni skupnosti je nizka pojavnost depresije med prebivalci.
- NPUD – Na našem področju nevladne organizacije izvajajo vse potrebne storitve glede na sedanje potrebe prebivalcev.
- PUPD – Pričakovani učinki podpore osebam z depresijo v lokalni skupnosti so doseženi.

Priloga F: Primerjave podatkov za interpretacijo in preverjanje ustreznosti

Priloga F.1: Pregled ustreznosti nabora kazalnikov za doseganje pričakovanih učinkov delovanja NVO

Vloga NVO		Kazalniki doseganja pričakovanih učinkov delovanja NVO		
Vloga NVO	Vloga NVO s področja DZ	Standardi kakovosti NVO	Določeni kazalniki za NVO s področja DZ	Podani predlogi kazalnikov za doseganje pričakovanih učinkov delovanja NVO s področja DZ
vloga graditelja skupnosti in demokracije raznolikost in pluralizem, spodbujanje medsebojnega zaupanja, pripadnosti in socialne obveznosti	prejemnik podpore upravnim subjektom države in lokalne skupnosti v skladu z normativno opredelitvijo, osebnim angažiranjem izvajalcev NVO s prijavi na razpise, glede na samoevalvacijsko poročilo, ugledom v javnosti in na prisotnost stereotipov o NVO med deležniki	transparentnost	sprejetost programa v lokalno okolje	politika in lokalna skupnost politično udejstvovanje, prepoznavnost programov NVO v okolju, ozaveščanje javnosti, prenosljivost programov, sodelovanje s strokovnimi in nestrokovnimi službami v lokalni skupnosti, informiranost in poznavanje organizacije s strani občanov, dostopnost organizacije občanom, prisotnost preventivnega delovanja v lokalni skupnosti, vpliv na socialno vključenost ranljivih skupin, odraz delovanja v spremembi statističnih kazalcev in kakovosti vsakdanjega življenja prebivalcev
zagovorniška vloga spremembe v vladni politiki ali v družbenih razmerah, politika zagovorništva, uporabniško vključevanje	podpornik pacientom z depresijo in njihovim svojcem v smislu zagovorništva in vplivanja na ljudi	učinkovito notranje in zunanje komuniciranje	prispevek k sooblikovanju storitev	aktivnosti NVO program NVO, delovanje na področju antistigmatizacije, delovanje v razvoju skupnostne skrbi, ustvarjanje različnih medsebojno povezanih programov, delovanje na področju antistigmatizacije, število vključenih v program
vloga storitev visoka kakovost, večja pravičnost, nižji stroški/boljša učinkovitost, specializacija	ponudnik dopolnilnih, prostovoljnih, brezplačnih storitev v podporni mreži namenjenih določeni skupini prebivalstva	finančna preglednost in učinkovitost, enako obravnavanje prostovoljcev in zaposlenih	dostopnost do storitev	upravljanje in vodenje NVO finančno poslovanje in sistem dela v organizaciji, medsebojno sodelovanje organizacij, ustanavljanje regionalnih centrov, skupin za samopomoč, sistem evalvacije
vloga inovativnosti večja fleksibilnost, prilagodljivost, dostopnost vsakemu, inkubator za nove ideje, vir inovacij v reševanju družbenih in individualnih problemov	izvajalec inovativnih pristopov obravnave v družbi, psihosocialne in zaposlitvene rehabilitacije, pomoči na domu, terenskega motiviranja, katerega delovanje je odvisno od odnosa in rezultatov dela izvajalcev, kar je potrebno preverjati zaradi fluktuacije kadra	učinkovito vodenje in izvajanje projektov	ohranjanje in spodbujanje samostojnosti uporabnika. promocija, destigmatizacija	izvajalci v NVO splošno razgledanost, delovanje v skladu z zakonom in sodobnimi standardi obravnave, vključevanje prostovoljcev, prepoznavanje potreb uporabnikov storitev in sodelovanje s svojci, izvajanje celostne obravnave, individualni pristop, pozitivna orientiranost, spodbujanje k izbiri in odločanju
ekspresivna in razvojna vloga spodbujanje sodelovanja, varuh prostovoljnega dela, ščitenje interesov posameznih skupin, omogočanje izražanja osebnih potencialov, vplivanje na trg z vidika zagotavljanja pluralnosti	nosilec povezovanja izvajalcev, pacientov in strokovnjakov za izboljševanje kakovosti življenja in kakovosti obravnave pacientov z depresijo, z uporabo znanj in izkušenj o uspešnih metodah dela, dostopnostjo brez stigmatizacije in informiranjem javnosti za zmanjševanje prisotnosti stigme	premišljeno graditev partnerstev in mreže	rešitev stisk in težav poznavanje in uveljavljanje pravic krepitev moči uporabnika za skrb zase, soodločanje uporabnikov zadovoljstvo uporabnikov	uporabniki storitev in njihovi svojci osebno občutenje, mnenje uporabnikov storitev in njihovih svojcev, definiranje uspeha, realizacija zastavljenih ciljev, izboljšanje pri opravljanju življenjskih vlog, manjše število hospitalizacij, remisija bolezni, zaposlitvena rehabilitacija, aktualizacija na področju zanimanja, socialna vključenost, sprejemanje realnosti in odgovornosti,

Priloga F.2: Shematična predstavitev rezultatov intervjujev za preverjanje ustreznosti predstavljenega modela

	Področje	Strokovnjak	Izvajalec	Uporabnik storitev
1.	Predstavitev respondenta	različne vloge na normativni in operativni ravni, večplastne delovne izkušnje, tudi s področja DZ.	neposredne izkušnje pri delu z osebami z depresijo (neposredni izvajalec s kombinacijo znanj s področja zdravstvene nege in delovne terapije).	dolgoletni uporabnik 'psihatrije' zaradi depresije (univerzitetna izobrazba).
2.	Podana ocena obstoječe skrbi na področju DZ/za osebe z depresijo	<ul style="list-style-type: none"> - za osebe s težavami v DZ je vse bolj poskrbljeno, - vse manj je stigme, - pomanjkanje možnosti soočanja oseb s depresijo. 	<ul style="list-style-type: none"> - z uvedbo skupnostne psihiatrične oskrbe se je vse izboljšalo, - ljudje prepoznajo depresijo, vendar še vedno ne upajo stopiti po pomoč, - ogromno ljudi, ki potrebujejo pomoč, je še zunaj. 	<ul style="list-style-type: none"> - je boljše, malo bolj normalen postajam v očeh drugih, norost je postala bolj normalna, - je pa res, da je veliko odvisno od tebe, koliko prosiš, poiščeš pomoč, problem nastopi, če nimaš te moči.
3.	Predstavitev vizije razvoja skrbi	<ul style="list-style-type: none"> - razširjanje timov skupnostne psihiatrične obravnave, - pomembno je, da prepoznamo nekoga, ki je v stiski, opazimo spremembe na njegovem vedenju, če preprečimo kakšen samomor. 	<ul style="list-style-type: none"> - želim si, da bi se NVO bolj razvile, da bi imeli ljudje več možnosti vključevanja, več različnih programov, - upoštevanje časovne posebnosti pri pacientih (da bi bili bolj tolerantni do časa, ki ga potrebuje oseba z depresijo, da napreduje). 	<ul style="list-style-type: none"> - več možnosti glede zaposlitve, zaslužka denarja, - nekoga, da bi bil v bližini, da bi te spodbujal, pomagal v tvojem okolju, - da bi me drugi bolj razumeli, ne samo gledali z obžalovanjem za moje izgubljene priložnosti.
4.	Mnenje o razvitemu modelu	<ul style="list-style-type: none"> - kot ključna oseba so lahko različne osebe. Glede na ta model spodaj, vidim, je ta mreža dobro zasnovana, ker vključuje vse tiste deležnike, ki so vključeni v obravnavo pacienta, - visok nivo etike je pomemben pri tistih neposrednih izvajalcih, ki so del teh timov. Pri ostalih izvajalcih pa lahko rečem, da je to odvisno od posameznika. 	<ul style="list-style-type: none"> - model ključne osebe, ki bi lahko bila vezni člen pri zajemanju ljudi v obravnavo, posebno za ljudi z depresijo, ko sami ne morejo stopiti ne do koordinatorja obravnave v skupnosti ne kam drugam, - ta ključna oseba mi je zelo všeč. Oseba, ki je dostopna prav vsakemu in bi stopila v kontakt z nami. Mogoče bi bilo dobro, da bi delovala na terenu, vaška skrbnica za vse, da bi delovala po teh vaseh. Mislim, da bi tukaj moral biti strokovnjak, vsaj diplomirana medicinska sestra. Obstoječa patronažna služba – za preventivo ima premalo časa. 	<ul style="list-style-type: none"> - ta ključna oseba je bila moja mama, šele po nekaj mesecih je nisem več potreboval, potreboval sem jo spet v krizi ... pomembno je, da vem, da je tam. Lahko bi bil tudi kdo drug, pomembno je, da vsi vemo, kdo to je, pa da je zaupanja vreden človek, - je pa ta nadzor nad izvajanjem pomemben, da se ne pozabi na odnos, pa na pravice in dolžnosti, - meni je pomembno, da jaz dobim pomoč, ko jo potrebujem, in tako kot jo potrebujem, kako pa je to organizirano, mi je pa vseeno.