

Borut Grabrijan

RAZVOJ PROGRAMOV NEVLADNEGA SEKTORJA NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

UVOD

Za uvodni del tega teksta se bom navezal na popularno terminologijo, ki jo proizvaja vsaka stroka. V primeru ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju je to izraz »skupnostna skrb« na področju duševnega zdravja, ki se je začel uporabljati približno od leta 1990 naprej. Pred kakšnim letom se je pojavil precej podoben termin, lokalno načrtovanje služb za duševno zdravje (Javornik 2004: 37–40). Tudi Zaviršek in sod. trdijo, da je lokalno načrtovanje eden pomembnih procesov nastajanja skupnostnih služb (Zaviršek, Zorn, Videmšek 2002: 138).

To besedilo si ob analizi razvoja nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja zastavlja tudi vprašanje, ali lahko v Sloveniji govorimo o skupnostni skrbi za ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Izraz skupnostna skrb v našem prostoru zagovarjajo zlasti nevladne in uporabniške organizacije na tem področju. Ali lahko govorimo o skupnostni skrbi drugje po svetu? Ali pa je ta izraz privlečen v naše besedišče le zato, da z njim operira stroka, ki pokriva to področje? Najpogostejši uporabniki teh besed (skupnostna skrb) so po stroki seveda socialni delavci, potem pa ostali strokovnjaki s tega področja, psihologi, delovni terapevti, pa tudi kakšna medicinska sestra ali psihiater in še kakšen uradnik se najde za povrhu. Slovar slovenskega knjižnega jezika ima za skupnost več razlag. Naj bodo te razlage (tu so navedene tri od štirih) tudi rdeča nit tega teksta:

1. kar je sestavljeno iz več ljudi, ki jih družijo, povezujejo skupne lastnosti, potrebe, cilji, in tvori celoto;
2. skupina ljudi, organizirana za zadovoljevanje določenih splošnih družbenih potreb: ustanoviti skupnost;

3. organizirana skupina med seboj sodelujočih ustanov, delovnih organizacij, ki opravljajo podobne, sorodne dejavnost.

Te definicije skupnosti so bistvene za opredelitev skupnostne skrbi za ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Dajo nam misliti, kakšno skupnostno skrb imamo na tem področju. Gre za dejansko povezanost vseh institucionalnih akterjev in ljudi v skupnosti? Ali pa imamo samo skupnostno skrb različnih institucij, delovnih organizacij, ki pač delajo na tem področju? Koristno bo najprej razčleniti stanje na področju duševnega zdravja. Zato pa moramo poseči v zgodovino. Če povzamem Foucaulta, je bilo v časovnem obdobju od srednjega veka do konca 18. stoletja v obravnavi norosti le malo sprememb. Od začetnega izganjanja norosti iz mest do zapiranja »norcev« v različne institucije, kot so špitali, zapori, azili, je »norost« moteč faktor v družbi, ki se meša z revščino, beračenjem in brezposelnostjo (Foucault 1998). Stanje se v 20. stoletju kaj dosti ne spremeni. Tako imenovane špitale zamenjajo bolnišnice in že smo pri koncu 20. stoletja, ko se v tujini po letu 1960 začne antipsihiatrično gibanje. Razpustitev psihiatričnih bolnišnic v Italiji rabi kot model tudi drugim antipsihiatričnim gibanjem v zahodnih evropskih državah. Val antipsihiatričnega gibanja okoli leta 1990 doseže tudi Slovenijo. Glavna kritika antipsihiatričnega gibanja je, da ima tisti, ki ga prizadene »norost«, le malo možnosti za izbiro zdravljenja ali za reintegracijo v družbo. Pacient ima tudi pri nas le dve možnosti: psihiatrična bolnišnica in po odpustu medicinska patronaža ali pa skrb svojcev. Druga pot se navadno konča v posebnih zavodih ali tudi v psihiatrični bolnišnici. Vendar moramo biti do razpustitve psihiatričnih bolnišnic in skupnostne skrbi malce previdni. Antipsihiatrično gibanje ni ne edini ne glavni dejavnik, ki privede

do odpiranja vrat psihiatričnih bolnišnic. Claus Solbach opiše reformo psihiatrije v sedemdesetih letih v Nemčiji takole.

Že ob samem začetku reforme so se velike psihiatrične bolnice potrudile in se s pravimi premiki otresle zlasti kroničnih psihičnih bolnikov (to so v jeziku bolniških blagajn tako imenovani »negovalni primeri«); tako so se želele spremeniti v moderne klinike za akutno psihiatrično zdravljenje. Pomankanje koncepta in naglica sta pokazala, da je bila ta velikopotezna praksa mišljena bolj kot »proces odstranjevanja« kot pa ciljno naravnano terapevtsko-rehabilitacijski ukrep za določen krog prizadetih ljudi. (Solbach 1988: 21.)

Tak proces najdemo tudi na ameriški tleh. Po Gellerju (v Cizelj *et al.* 2004: 64):

Posledice premeščanja psihiatričnih bolnikov v skupnostne službe (dehospitalizacija) še niso povsem jasne. V zadnjih letih ameriški strokovnjaki pogosto govorijo o katastrofi; iz neustreznih, zanemarjenih državnih ustanov so bolnike premeščali v še bolj neustrezne in zanemarjene prostore v skupnosti.

Mar opisano stanje ne prikazuje znanega pregovora o dežju in kapi? Ali še slabše. Po opisanih primerih iz Nemčije in ZDA se zdi, da je bilo zapiranje psihiatričnih bolnišnic ali odpiranje psihiatrije v družbo posledica vsaj dveh dejavnikov, varčevalnih ukrepov uradnih, državnih institucij pri plačevanju bolnišničnih storitev in zahtev uporabnikov in senzibilizirane civilne družbe glede zdravstvene obravnave pacientov v bolnišnični psihiatriji. Izkazalo se je, da so bile te zahteve sprva bolj v korist zdravstvenih blagajn kakor uporabnikov psihiatričnih uslug in kvalitetnejših storitev. K tema dejavnikoma Švab doda še tretji vzrok za zmanjševanje bolnišničnih postelj, uvedbo novih antipsihotičnih zdravil v petdesetih letih (Švab 2001: 3). Kaj lahko rečemo danes, se konča ta pot tudi kje drugje?

ZAČETEK

V Sloveniji je nastala specifična naključna situacija. Psihiatrične bolnišnice se niso zaprle, a so se v tem času vsekakor poskušale modernizirati (npr. nova psihiatrična klinika v Ljubljani).

Posebni zavodi na področju socialnega varstva so se tudi začeli odpirati v družbo in so v obdobju prestrukturiranja. Svoj prostor med že navedenimi institucijami so pridobile tudi nevladne organizacije. To je posledica načrtovane razvojne usmeritve po letu 1990, pa tudi kakšnega srečnega naključja. Leta 1992 je bil sprejet nov zakon o socialnem varstvu, ki okvirno ureja sofinanciranje nevladnih organizacij. Zakonodaja opredeljuje tudi dejavnost eksperimentalnih in razvojnih programov na področju socialnega varstva. Socialno varstvo, ki je bilo pred 1992 v sestavi ministrstva za zdravje, po spremembi zakonodaje preide v sestavo ministrstva za delo, družino in socialne zadeve. S tem se nekako izoblikuje samostojna socialna politika na področju duševnega zdravja, kjer dobita prioriteto prav socialno delo in psihosocialna rehabilitacija. V letu 1993 MDDSZ prvič izvede javni razpis za eksperimentalne programe in razvojne programe socialnega varstva. Med izbranimi sofinanciranimi programi je le en program s področja duševnega zdravja, program zagovorništva. Izvaja ga društvo, ki pozneje preneha obstajati. V letu 1992 je ustanovljena prva stanovanjska skupina v okviru društva Altra. Če povzamem V. Flakerja, so bili to prvi koraki na področju duševnega zdravja. »Da smo lahko konkretnije razmišljali o ustanovitvi prve stanovanjske skupine, smo na Visoki šoli za socialno delo pod okriljem Evropske skupnosti in sklada TEMPUS organizirali »Študij duševnega zdravja v skupnosti« (Flaker 1998: 12).

Država je v tem začetnem času pustila nevladnim organizacijam strokovno avtonomijo in programi socialnega varstva so se razvijali v skladu s svojimi razvojnimi potenciali. Določen premik se je zgodil v letu 1996. Na podlagi prijavljenih, izbranih in izvajanih programov nevladnih organizacij ocenjujem, da je bilo v letu 1996 vključenih v programe stanovanjskih skupin in samopomočnih skupin okoli 150 do 200 uporabnikov (glej Priloga 1: Sofinancirani programi duševnega zdravja v letu 1996). Večino programov so izvajali v največjih dveh slovenskih mestih (Ljubljana, Maribor). V šestih stanovanjskih skupinah, ki jih izvajajo tri nevladne organizacije, je bilo konec leta 1996 vključenih nekaj več kakor 20 uporabnikov. Stanovanjske skupine so bile tudi najvišje ovrednoteni programi na področju duševnega zdravja. Na podlagi financiranih programov lahko sklenem, da so bile stanovanjske skupine (s pomočjo znanja iz tujine in vključenosti v mednarodni projekt)

osrednja točka programov duševnega zdravja, iz katerega se je razvijalo strokovno delo in so se porajali drugi programi duševnega zdravja.

Leto 1998 je bilo za nekatere izvajalce programov socialnega varstva prelomno, saj je bilo tisto leto na javnem razpisu za sofinanciranje v daljšem časovnem obdobju (1998–2003) izbranih 13 programov, od tega devet programov nevladnih organizacij in štirje programi javnih zavodov (trije centri za socialno delo in en zdravstveni zavod). Trije programi so bili s področja duševnega zdravja. Izbrani so bili vsi trije programi stanovanjskih skupin. Za izbrane izvajalce je bilo to na določen način priznanje za dobro delo v preteklosti. Zdaj se izvajalcem ni bilo treba več vsako leto prijaviti na razpis in živeti v negotovosti, ali bodo prejeli sredstva in koliko. Sredstva za izvajanje programa so prejeli že v začetku leta in ne v sredini tekočega leta. Tako so se lahko še bolj posvetili strokovnemu delu.

Kronologija:

- a) V letu 1996 je MDDSZ finančno podprlo 12 programov s področja duševnega zdravja v skupni višini 14,725.620 tolarjev. Trije izbrani programi stanovanjskih skupin so bili sofinancirani v skupni višini 8,496.020 tolarjev.
- b) V letu 1997 je ministrstvo finančno podprlo 19 programov s področja duševnega zdravja v skupni višini 20,084.000 tolarjev.
- c) Leta 1998 je ministrstvo sofinanciralo 26 programov na področju duševnega zdravja v skupni višini 45,405.464 tolarjev. Od 26 programov so bili v tem letu prvič izbrani za večletno sofinanciranje trije programi stanovanjskih skupin in sofinancirani v višini 24,5 milijona tolarjev. Višina sredstev za stanovanjske skupine ponazarja, da so bila sredstva usmerjena prav v razvoj stanovanjskih skupin na področju duševnega zdravja.
- č) Leta 1999 je ministrstvo sofinanciralo 32 programov na področju duševnega zdravja v skupni višini 66,836.932 tolarjev. Od navedenih sredstev je skoraj polovica sredstev namenjenih za tri večletne programe stanovanjskih skupin (32,8 milijona tolarjev).

NADALJNI RAZVOJ

Naslednji prelom na področju razvoja in financiranja nevladnih organizacij je prinesel sprejeti nacionalni program socialnega varstva do leta

2005. Nacionalni program je v letu 2000 sprejel parlament. V njem država opredeli interes, da nevladne organizacije izvajajo storitve in dopolnilne programe socialnega varstva. V izhodiščih za oblikovanje mrež socialnovarstvenih dejavnosti je področje duševnega zdravja opredeljeno kot eno izmed desetih mrež dopolnilnih programov socialnega varstva. Konkretno: »Mreža stanovanjskih skupin s skupno okvirno kapaciteto 100 mest, mreža dnevni centrov za redne ali občasne uporabnike ter mreža centrov za svetovanje in zagovorništvo za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju« (Nacionalni program socialnega varstva do leta 2005 2000: 3784).

Tabela 1: Pregled stanovanjskih skupin in dnevni centrov nevladnih organizacijah v obdobju 1992–2005

Leto:	Štev. stanov. skupin	Štev. uporabnikov	Dnevni centri
1992	1	4	0
1996 (konec l.)	6	22	2
1998	10	45	7
2000	16	70	20

Vir: Javni razpisi, MDDSZ.

Pod dnevnimi centri so v Tabeli 1 mišljene vse oblike večurne dnevne strukturirane skrbi za uporabnike, kot so dnevni centri, svetovalnice, pisarne za informiranje.

KRONOLOGIJA

- a) Sredstva za programe duševnega zdravja se v letu 2000 zvečajo za dobrih 80 odstotkov in znašajo 109,076.146 tolarjev. V tem letu je bilo sofinanciranih 29 programov. Od teh je med večletne programe socialnega varstva dodatno izbranih 8 programov s področja duševnega zdravja. V letu 2000 je bilo sofinanciranih 11 večletnih programov s področja duševnega zdravja, zlasti dnevni centrov; v vse programe (dnevni centri, svetovalnice, pisarne za informiranje) je bilo vključenih najmanj 700 oseb z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. V 16 stanovanjskih skupinah prebiva okoli 70 ljudi. Poleg treh programov zagovorništva, dveh programov telefonskega svetovanja za pomoč v stiski in

drugih samopomočnih skupin deluje dvajset dnevnih centrov, svetovalnic in pisarn za informiranje v krajih Ljubljani (5), Mariboru (2), Celju (2), Kranju (2), Kopru, Novi Gorici, Novem mestu, Murski Soboti, Slovenj Gradcu, Izoli, Radovljici, Ravnah in Sežani.

- b) Tudi v letu 2001 se trend rasti financiranja programov na področju duševnega zdravja nadaljuje. Financiranih je 21 programov v višini 178,801.878 tolarjev. V tem letu sta na javnem razpisu dodatno izbrana še dva programa duševnega zdravja v daljšem časovnem obdobju za večletno sofinanciranje, tako da je financiranih 13 programov v daljšem časovnem obdobju.
- c) Enak trend se nadaljuje tudi v letu 2002. Financiranih je 31 programov v višini 243,671.381 tolarjev. Število večletnih financiranih programov v letu 2002 ostane enako kot prejšnje leto (13 programov).
- č) V letu 2003 je sofinanciranih 29 programov duševnega zdravja. Izvajalci programov prejmejo sredstva v višini 261,850.372 tolarjev. Med večletne programe je v tem letu sprejet samo en program. Število sofinanciranih večletnih programov je štirinajst.
- d) V letu 2004 se obseg financiranja še poveča, saj vsi programi duševnega zdravja prejmejo sredstva v višini 336,975.553 tolarjev. Sofinanciranih je 35 programov s področja duševnega zdravja, število večletnih programov v tem letu ostane enako kakor v predhodnem letu.

PRED KONCEM

V letu 2005 je sofinanciranih 30 programov na področju duševnega zdravja v višini 334,882.031 tolarjev. Od 30 programov je 19 enoletnih in 11 večletnih. V letu 2005 se višina sredstev za programe duševnega zdravja prvič zmanjša glede na prejšnja leta. Iz tabele 3 je razvidno, da večji del sredstev prejmejo nevladne organizacije, zlasti društva. Nevladne organizacije od leta 1998 prejmejo dejansko okoli 95 odstotkov vseh sredstev na javnem razpisu. Iz ostalih 5 odstotkov sredstev se sofinancirata dva večja programa na Obali in nekaj samopomočnih skupin, ki jih izvajajo centri za socialno delo. V letu 2005 se tudi število sofinanciranih programov na področju duševnega zdravja zmanjša. Vendar število

programov kot merilo za ugotavljanje trenda rasti glede na pretekla leta ni primerno. Določeni izvajalci programov so v preteklih letih razvili mrežo posameznih vrst programov, npr. mrežo dnevnihi centrov, v kateri je zajeto več dnevnihi centrov na različnih lokacijah.

Tabela 3: Prikaz sofinanciranja programov po letih in po številu med nevladnimi organizacijami in javnimi zavodi na področju duševnega zdravja in po višini sredstev

Leto	Skupaj programi (v SIT)	NVO (v SIT)	Št. programov NVO	Št. programov zavodi
1996	14,725.620	11,975.620	8	4
1997	20,084.000	16,584.000	12	7
1998	45,405.464	42,410.464	19	7
1999	66,836.932	64,186.932	26	5
2000	109,076.146	100,547.106	23	6
2001	178,801.878	168,457.909	18	3
2002	243,671.381	232,945.519	28	3
2003	261,850.372	250,461.076	25	4
2004	336,975.553	321,420.101	31	4
2005	334,882.031	320,108.519	25	5

Vir: Javni razpisi, MDDSZ.

V letu 2005 je bilo v vse programe duševnega zdravja vključenih okoli 2400 oseb z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. V 35 stanovanjskih skupinah prebiva okoli 180 ljudi. Stanovanjske skupine delujejo v Ljubljani, Senožetih, Kopru, Petrovčah, Šmarju pri Jelšah, Kamniku, Slovenskih Konjicah, na Prevaljah, v Brestovici, Mariboru, na Jesenicah, v Novi Gorici, Novem mestu, na Ptuj, v Celju, Murski Soboti. Skoraj polovico stanovanjskih skupin je skoncentrirano na območjih treh največjih mest, v Ljubljani (12), Mariboru (4) in Kopru (4).

Enaintrideset dnevnihi centrov, svetovalnic in pisarn za informiranje deluje v Ljubljani (5), Mariboru (2), Kopru (2), Celju (2), Kranju (2), Novi Gorici (2), Novem mestu (2), Murski Soboti, na Ptuj, v Slovenj Gradcu, Trbovljah, Ajdovščini, na Prevaljah, v Brežicah, Ilirski Bistrici, Izoli, na Jesenicah, v Radovljici, na Ravnah, v Sežani, Žalcu; poleg tega deluje en program zagovornišva in telefona za pomoč v stiski in nekaj samopomočnih skupin. S programi je pokritih vseh 12 regij.

Tabela 4: Primerjava dodeljenih sredstev glede na druge valute

Leto	Tolar	Ameriški dolar	Švicarski frank	Britanski funt	Euro
1996	14,725.620	116.417	134.825	75.315	
1997	20,084.000	141.956	191.915	84.022	
1998	45,405.464	268.385	390.248	161.292	
1999	66,836.932	414.930	571.207	249.717	354.666
2000	109,076.146	570.094	886.653	347.442	552.480
2001	178,801.878	805.784	1,128.139	534.344	754.380
2002	243,671.381	994.292	1,635.268	688.123	1,100.146
2003	261,850.372	1,193.157	1,654.244	740.066	1,136.996
2004	336,975.553	1,794.332	2,219.134	1,004.937	1,423.639
2005	334,882.031	1,887.297	2,157.050	989.808	1,396.855

Razdeljena sredstva na razpisih so predstavljena v različnih valutah zaradi boljšega spremljanja (menjava valutnih razmerij med različnimi valutami v tem obdobju) in zaradi boljše primerjave dodeljenih sredstev po vstopu v EU.

SKLEP

V letu 2004 je država sofinancirala stanovanjske skupine v deležu od 42,49 do 65,35 odstotkov vrednosti programa. Preostala sredstva prispevajo bodisi uporabniki ali lokalne skupnosti, le manjši delež prispevajo FIHO ali donacije. Dnevni centri so bili sofinancirani v razponu od 24,70 odstotkov do 72,98 odstotka vrednosti programa. Manjši delež sredstev države pomeni, da ima lokalna skupnost večji interes za sofinanciranje programa. Ministrstvo s temi sredstvi (335,042.031 SIT) v letu 2005 financira okoli 60 zaposlenih v teh programih. Večina zaposlenih oseb v teh programih je z visoko ali višjo fakultetno izobrazbo. Ocenjujem, da se iz preostalih virov sredstev (lokalne skupnosti, FIHO, donacije itn.), ki jih prejmejo izvajalci za te programe oziroma podobne programe na področju duševnega zdravja, zaposluje še vsaj 40 oseb. To pomeni vsaj 100 zaposlenih v NVO na področju duševnega zdravja.

Iz analize do sedaj financiranih programov ugotavljam, da se je na področju duševnega zdravja od leta 1992 razvilo 8 različnih vrst programov, ki so vezani na strukturo programa in na različne metode dela z uporabniki v programih:

- stanovanjske skupine (nastanitev + svetovanje + spremljanje uporabnika),

- dnevni centri (delovna terapija + svetovanje + strukturiranje in zapolnitev časa uporabnika),
- svetovalnice, pisarne za informiranje (svetovanje + spremljanje uporabnika),
- klubi, dnevni centri (strukturiranje in zapolnitev časa uporabnika + svetovanje),
- samopomočne skupine (identifikacija),
- zagovorništvo (specializirano svetovanje),
- delo s svojci, klub svojcev, center za svojce (pomoč svojcem),
- telefonsko svetovanje (razgovor, svetovanje).

Razvoj programov na področju duševnega zdravja je prinesel pozitivne rezultate za uporabnika glede na predhodne ugotovitve, da so imeli uporabniki možnost namestitve v posebnem zavodu oziroma psihiatrični bolnišnici ali preživeti ves čas v družini doma:

- možnost nastanitve ali pomoči zunaj posebnega zavoda ali bolnišnice,
- večja kvaliteta osebnega življenja,
- obogatitev in strukturiranje vsakdanjega življenja uporabnika,
- razbremenitev svojcev.

Vendar se vrnimo nazaj k osnovni niti prispevka, ali imamo trenutno celostno skupnostno skrb v duševnem zdravju. Psihiatrične bolnišnice se pogosto obrnejo na NVO za sprejem v stanovanjskih skupinah iz enega samega razloga – ker morajo zaradi zmanjševanja bolnišničnih dni odpustiti pacienta iz bolnišnice. Naprej, če povzamem določene ugotovitve in kritike NVO iz zbornika *Vizije posebnih socialnih zavodov*, se lahko z nekaterimi ugotovitvami strinjam, z nekaterimi ne. Denimo,

da NVO ne zagotavljajo skrbi za najtežje prizadete uporabnike, ki jih še vedno premeščajo v socialne zavode, kar je posledica omejitev njihovega dela (premajhno število osebja, odsotnost zdravstvenega osebja in drugih sredstev za zagotavljanje intenzivne celodnevne pomoči) in nesodelovanje zdravstvenih sodelavcev v njihovih službah. Poleg tega so standardi in normativi za njihovo delo nejasni ali pomanjkljivi, skrb in podporo za uporabnike prevzema evidentno pomanjkanje usposobljenega osebja. Potrebno je tudi, da se NVO povežejo vsaj na način izmenjave informacij o svojih službah in metodah dela, korektno informacije o njihovem delu bi morale biti dostopne vsem uporabnikom služb za duševno zdravje. (Cizelj *et al.* 2004: 53.)

Programi NVO na področju duševnega zdravlja po svojem konceptu za začetek tudi niso bili zastavljeni tako, da bi pokrivali najtežje prizadete uporabnike. Strinjati se je, da imajo NVO včasih premalo kadra, zlasti zdravstvenega osebja. Pri oskrbi najtežje prizadetih uporabnikov bi lahko to nalogo sprejele NVO le na podlagi razpisanih koncesij. To pa pomeni po normativih in merilih, ki veljajo za posebne javne socialne zavode in v katere je vključena tudi zdravstvena oskrba. Nikakor se ne morem strinjati, da je kakovost celostne oskrbe ali skrbi za uporabnike na precej nižjem nivoju kakor v javnih zavodih.

»V petih posebnih javnih zavodih (Hrastovec, Lukavci, Grmovje, Dutovlje) je trenutna kapaciteta za nekaj čez 1300 oseb, z ostalimi 8 kombiniranimi zavodi pa imajo skupno kapaciteto okoli 2270 mest« (Skupnost socialnih zavodov Slovenije). Namestitev v stanovanjski skupini, kjer so navadno na voljo dvoposteljne sobe, je vsekakor kvalitetnejša od zavodske namestitve. Namestitve v posebnih zavodih so tudi v več kot triposteljnih sobah; take je v skoraj dveh tretjinah njihovih namestitvenih kapacitet. Po podatkih posebnih zavodov (Hrastovec brez enote Trate, Lukavci, Grmovje, Dutovlje) je njihova namestitvena kapaciteta 831 oseb v 4-, 5-, 6- ali večposteljnih sobah. Do sedaj še nimamo sprejetega zakona o zagovorništvu na področju duševnega zdravlja. Kje je krivda za to, lahko le ugibamo. V okviru programov duševnega zdravlja je letno obravnavanih okoli 2.400 oseb, kar je toliko, kolikor jih je lahko nameščenih v posebnih in kombiniranih zavodih. Problem, s katerim se vsakodnevno srečujejo NVO, je ta, da ima uporabnik služb na področju duševnega zdravlja navadno nizek ekonomski status. Uporabniki večinoma niso redno zaposleni, primanjkuje pa programov na področju zaposlovanja za to populacijo. To se nekako ujema s Foucaultovo tezo, da gre »norost« z roko v roki z revščino in brezposelnostjo. Obstoječe stanje se bo morda popravilo z uvedbo kvotnega zaposlovanja invalidov. Omeniti je treba še lokalne skupnosti. Lokalne skupnosti na različne načine sofinancirajo programe duševnega zdravlja. Ostaja pa določena pomanjkljivost – zagotavljanje cenejših socialnih stanovanj. Dejansko so minimalne možnosti, da

se na razpis za socialna stanovanja za uporabnike prijavi društvo in pridobi tako stanovanje.

Menim, da lahko trenutno govorimo v Sloveniji le o različnih organiziranih skupinah, ustanovah in institucijah, ki med seboj le malo sodelujejo, vendar vsaka poskrbi za uporabnike, kolikor je mogoče in najboljše v okviru svojih meril. Zaradi tega lahko govorimo le o oskrbi oseb z dolgotrajnimi težavami na področju duševnega zdravlja v zdravstvenem in socialnem sektorju, na področju posebnih socialnih zavodov in v nevladnem sektorju. Kvalitetno medsebojno izmenjavo informacij med institucijami in povezano celostno skupnostno skrb za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravlju bi lahko prinesel in uredil le kakšen nacionalni program na področju duševnega zdravlja v Sloveniji.

VIRI

- CIZELJ, M., FERLEŽ, Z., FLAKER, V., LUKAČ, J., POGAČAR, M., ŠVAB, V. (2004), *Vizija posebnih socialnih zavodov*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Skupnost socialnih zavodov Slovenije.
- FLAKER, V. (1998), *Odpiranje norosti: Vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Založba /*cf.
- FOUCAULT, M. (1998), *Zgodovina norosti v času klasicizma*. Ljubljana: Založba /*cf.
- JAVORNIK, S. (2004), Lokalno načrtovanje služb za duševno zdravlje. V: AVBERŠEK, S., ŠVAB, V. (ur.), *Psihosocialna rehabilitacija*. Ljubljana: Šent – Slovensko združenje za duševno zdravlje (37–41).
- Nacionalni program socialnega varstva (2000). *Ur. l. RS*, 31-2000.
- Skupnost Socialnih zavodov Slovenije, www.ssz-slo.si/default.asp?menu_id=2&sub_id=0&glava_id=1 (14. 10. 2005).
- SOLBACH, C. (1998), *Poboljšaniška psihosocialna skrb za ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravlju: Predstavitev rešitev po posameznih državah (Mednarodna strokovna konferenca)*, Ljubljana, 7. in 8. oktober 1998. *Zbornik predavanj*. Maribor: Ozara – Nacionalno združenje za kakovost življenja (21–33).
- ŠVAB, V. (2001), *Priročnik o shizofreniji*. Ljubljana: Didakta.
- ZAVIRŠEK, D., ZORN, J., VIDEMŠEK, P. (2002), *Inovativne metode v socialnem delu: Opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje*. Ljubljana: Študentska založba, Scripta.

PRILOGA 1: SOFINANCIRANI PROGRAMI
DUŠEVNEGA ZDRAVJA V LETU 1996

1. Projekt stanovanjska skupnost, Šent
2. Projekt zagovorništvo, Šent
3. Stanovanjska skupina, Ozara
4. Zagovorništvo, Ozara
5. Klub ALTRA, Altra
6. Stanovanjske skupine, Altra
7. Načrtovanje in vodenje skrbi za ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi težavami, Altra
8. Mavrica – Skupina za samopomoč uporabnikov služb duševnega zdravja, Združenje Lučka
9. Skupina za samopomoč duševnim bolnikom, CSD Nova Gorica
10. Skupina za samopomoč uporabnikov psihiatrije, CSD Celje
11. Skupina odraslih oseb s težavami socializacije, CSD Koper
12. Pomoč duševno bolnim in njihovim družinam na domu, CSD Sežana

PRILOGA 2: SOFINANCIRANI PROGRAMI
DUŠEVNEGA ZDRAVJA V LETU 2000

1. Dnevni center Ljubljana, Šent
2. Dnevni center Šent'K, Šent
3. Dnevni center Šentgor, Šent
4. Dnevni center Šentmar, Šent
5. Dnevni center Celje, Šent
6. Dnevni center Šentlent, Šent
7. Stanovanjske skupine, Šent
8. Zagovorništvo PIC-a za uporabnike psihiatrije, PIC
9. Zagovorništvo, Šent
10. Skupine za samopomoč za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju Nova Gorica, Šent
11. Zaupni telefon za klic v duševni stiski, Samarijan
12. Svetovalnica Altra, Altra
13. Drop in center – Altrina dnevna soba, Altra
14. Program mreže stanovanjskih skupin za osebe, ki imajo dolgotrajne psihosocialne težave in potrebujejo rezidencialno oskrbo, Altra
15. Zagovorništvo, Vezi
16. Dnevni center Vezi, Vezi
17. Odprta hiša, Paradoks
18. Mreža pisarn za informiranje in svetovanje, Ozara

19. Mreža klubov svojcev, Ozara
20. Mreža dnevni centrov, Ozara
21. Mreža stanovanjskih skupin za duševno bolne v Sloveniji, Ozara
22. Psihoterapevtsko svetovanje in psihosocialna pomoč študentom in drugim mladim z resnejšimi težavami v odraščanju, Mladinsko informacijski center
23. Program svetovanja preko telefona, Zaupni telefon ZA-TE
24. Barčica, CSD Koper
25. Pomoč ljudem z dolgotrajno življenjsko stisko, CSD Krško
26. Skupina za samopomoč za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, CSD Kamnika, 27. Skupina za samopomoč in zagovorništvo za osebe z dolgotrajnimi duševnimi težavami, CSD Škofja Loka
28. Skupina za pomoč in samopomoč osebam in svojem ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju, CSD Sežana
29. Skupina duševnih bolnikov za samopomoč, CSD Nova Gorica

PRILOGA 3: IZBRANI PROGRAMI
DUŠEVNEGA ZDRAVJA V LETU 2005

1. Dnevni center za ljudi s težavami v duševnem zdravju Eureka, Društvo za pomoč in samopomoč, Želva – Eureka Žalec
2. Center za svetovanje, združevanje in pomoč svojem oseb s psihozo, Humana – Združenje svojcev pri skrbi za mentalno zdravje
3. Samointegracija oseb s težavami v duševnem zdravju z višjo izobrazbeno strukturo, Humana – Združenje svojcev pri skrbi za mentalno zdravje
4. Mreža dnevni centrov, Vezi Sežana, Društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa
5. Mreža stanovanjskih skupin, Vezi Sežana, Društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa
6. Dnevni center Vezi, Društvo Vezi, Sežana
7. Pravno zagovorništvo za ljudi s težavami v duševnem zdravju, PIC, Pravno informacijski center nevladnih organizacij
8. Psihoterapevtsko svetovanje in psihosocialna pomoč študentom in drugim mladim z resnejšimi težavami v odraščanju, MIC – Mladinsko informacijski center

9. Odrpta hiša, Društvo Novi Paradoks
10. Stanovanjske skupine Novi Paradoks, Društvo Novi Paradoks
11. Program svetovalnic in samopomočnih skupin, Društvo Obzorje
12. Zaupni telefon za klic v duševni stiski, SAMARIJAN- Društvo svetovalcev zaupni telefon
13. Samopomočne skupine uporabnikov psihatrije, Maja, društvo alternativnih možnosti
14. Klub uporabnikov psihatrije, Paradoks, slovensko društvo za vzajemno pomoč v duševni stiski
15. Center za razvoj programov s področja duševnega zdravja v skupnosti Prevalje: Svetovalnica Prevalje, Društvo Altra
16. Svetovalnica Altra, Društvo Altra
17. Dnevni center Ljubljana, Društvo Altra
18. Program mreže stanovanjskih skupin za osebe, ki imajo dolgotrajne psihosocialne težave in potrebujejo rezidencialno oskrbo, Društvo Altra
19. Mreža stanovanjskih skupin za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, Ozara Slovenija – Nacionalno združenje za kakovost življenja
20. Mreža dnevnihi centrov, Ozara Slovenije – Nacionalno združenje za kakovost življenja
21. Mreža pisarn za informiranje in svetovanje Ozara Slovenija – Nacionalno združenje za kakovost življenja
22. Mreža dnevnihi centrov za osebe s težavami v duševnem zdravju, Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje
23. Delovni center Šentlent, Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje
24. Dnevni center Novo mesto, Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje
25. Program stanovanjskih skupin, Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje
26. Pomoč ljudem z dolgotrajno duševno stisko, CSD Krško
27. Skupina za samopomoč duševnih bolnikov »Sokoli«, CSD Nova Gorica
28. Skupina za samopomoč in zagovorništvo za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, CSD Škofja Loka
29. Dnevni delovno terapevtski center Barčica, Center za socialno delo Koper
30. Stanovanjska skupina Truške, CSD Koper