

Vesna Zupančič, Doroteja Kuhar, Majda Pahor

LOKALNE SKUPNOSTI IN SKUPNOSTNA SKRB NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA: PERSPEKTIVA UPRAVNIH SUBJEKTOV, IZVAJALCEV IN UPORABNIKOV

IZVLEČEK: Članek osvetljuje vlogo lokalne skupnosti pri razvoju skupnostne skrbi na področju duševnega zdravja, kot jo vidijo tri skupine deležnikov: občinski uslužbenci (uslužbenci lokalnih skupnosti/upravnih subjektov), izvajalci v mreži programov in storitev za duševno zdravje ter uporabniki teh storitev. Gre za presečno študijo primera zdravstvene regije Novo mesto s kombinacijo kvantitativnih in kvalitativnih metod, s cilji oceniti sedanje stanje skrbi in ugotoviti, ali obstajajo razlike v razumevanju vloge lokalnih skupnosti pri razvoju skupnostne skrbi za duševno zdravje. Ugotovitve raziskave nakazujejo nekatere priložnosti za izboljšanje procesov skupnostne skrbi.

KLJUČNE BESEDE: duševno zdravje, skupnostna skrb, lokalna skupnost/upravni subjekt, izvajalci skupnostne skrbi, uporabniki skupnostne skrbi.

Local communities and community care in the area of mental health: The perspectives of administrative entities, providers and users

ABSTRACT: The contribution highlights the local community's role in community care development in the area of mental health as seen by three participating groups: municipal officials (local community/administrative entity officials), providers within the network of mental health programmes and services, and users of these services. A cross-sectional case study was carried out in the Novo mesto health region using a combination of quantitative and qualitative methods aimed at evaluating the current state of care and establishing whether differences are present in the understanding of local communities' role in community mental health care development. The findings of the study indicate opportunities for improving community care processes.

KEY WORDS: mental health, community care, local community/administrative entity, community care providers, community care users

1. Uvod

Prizadevanja za razvoj skupnostne skrbi na področju duševnega zdravja (v nadaljevanju DZ) se povečujejo. Procesi dehospitalizacije, deinstitucionalizacije in demedikalizacije¹ (Flaker 1998; Videmšek 2013) so uporabnikom storitev omogočili pravico do izbire lokacije obravnave, ki se je udejanjila šele ob prestrukturiranju obstoječih zmogljivosti, povečanju vpliva uporabnikov storitev in zagotavljanju večje kakovosti življenja za ljudi s težavami v DZ v njihovem domačem okolju (Urek 2005; Škerjanec 2010). Skupnostna skrb pomeni povezovanje interdisciplinarnih služb, ki osebam s težavami v DZ zagotavljajo zdravstveno in socialno varstvo, delovno usposabljanje, zaposlovanje, izobraževanje, nastanitev s podporo in druge rehabilitacijske storitve (Švab 2011: 4; Thornicroft in Tansella 2004).

Tematika skupnostne skrbi za DZ je znanstveno relevantna in v tujini pogosto predmet raziskav, v slovenskem prostoru pa je na tem področju malo empiričnega znanja (Zupančič in Pahor 2014), še posebej na ravni lokalnih skupnosti (v nadaljevanju LS), kjer je v zadnjih letih prišlo do največjih sprememb. V prostoru kompleksnega sistema storitev LS namreč poteka integracija različnih izvajalcev skupnostne skrbi (Zakon o duševnem zdravju 2008). V nadaljevanju zato predstavljamo, kdo so izvajalci te pomoči v Sloveniji, idejo povezave različnih deležnikov s ciljem deinstitucionalizirati obravnavo, potrebo po omogočanju nemedikamentoznih oblik obravnave in nekatere možnosti krepitve moči uporabnikov storitev. Opis stanja in problemov je izhodišče za raziskavo, ki ugotavlja, kako sistem dejansko deluje na ravni LS.

V LS se uvajajo novi poklicni profili strokovnjakov skrbi za DZ. To so koordinatorji obravnave v skupnosti, ki so zaposleni na centrih za socialno delo, koordinatorji nadzorovane obravnave, zaposleni v psihiatričnih bolnišnicah, v okviru katerih delujejo tudi timi ACT (Assertive Community Treatment), in timi skupnostne psihiatrične oskrbe (SPO) v okviru zdravstvenih domov. Ti se umeščajo v že obstoječe mreže izvajalcev obravnave v skupnosti² kot del javne mreže za DZ. Prihaja do nove delitve dela, pojavljajo pa se tudi različni pogledi na to, kdo so člani podporne mreže za DZ prebivalcev LS in kakšna je njihova vloga v razvoju skupnostne skrbi. Pri tem pa se, kot ocenjuje poročilo posveta »Duševno zdravje – zagotavljanje stabilnosti sistema kot podlage za

-
1. Pomen dezinstitutucionalizacije 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.
 2. Izvajalci obravnave v skupnosti so javni socialnovarstveni zavodi, druge pravne in fizične osebe s koncesijo ali dovoljenjem za opravljanje socialnovarstvenih storitev, izvajalci socialnovarstvenih programov in storitev, ki te izvajajo na področju DZ, izvajalci psihiatričnega zdravljenja, NVO s področja DZ, ki izpolnjujejo pogoje za izvajanje javne službe po zakonu, ki ureja socialno varstvo (Zakon o duševnem zdravju 2008: 4. čl.).

razvoj podporne mreže za duševno zdravje« (Državni svet 2013),³ pojavljajo ovire v dostopnosti, dosegljivosti in sodelovanju.

Raziskave povezovanja različnih deležnikov s ciljem deinstitucionalizirati obravnavo, omogočati oblike obravnave⁴ in doseči boljšo odzivnost na stisko se posvečajo problematiki zagotavljanja kontinuirane zdravstvene obravnave z obravnavo v skupnosti ob pomoči multidisciplinarnih timov (Agius in dr. 2009). Druge presegajo zdravstvene okvire z usmerjanjem na raziskovanje pogojev za zagotavljanje kakovosti življenja oseb s težavami v DZ v skupnosti (Janardhana in Naidu 2012) ali npr. vrednotenja obstoječih programov promocije DZ (Greacen in dr. 2012). Pogoje in ovire za multidisciplinarni pristop ter integrirano obravnavo vidijo v zagotavljanju celovitosti storitev, upoštevanju uporabnika storitev, geografski pokritosti s programi pomoči, standardiziranju izvajanja skrbi prek multidisciplinarnih timov, informacijskem sistemu, strukturi upravljanja, organizacijski kulturi, vodenju in uspešnosti menedžmenta ter finančnem upravljanju (Suter in Armitage 2011).

V raziskavi organiziranosti in delovanja javne zdravstvene službe in nevladnih organizacij (NVO) na področju DZ v Sloveniji (Jeriček Klanšček in dr. 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 (ter drugimi zasebnimi) ustanovami. Šprah, Novak in Dernovšek (2011) dokazujejo, da je za Slovenijo značilna precejšna socioekonomska in demografska heterogenost znotraj posameznih geografskih območij. Pri tem izpostavljajo problem regijske neenakosti v razpoložljivosti, dostopnosti in uporabi služb s področja DZ ter potrjujejo, da je v Sloveniji število oseb s težavami v DZ, ki vstopijo v obravnavo, veliko manjše od pričakovanega, kar je kot problem izpostavljeno tudi v drugih raziskavah (Wittchen in Jacobi 2005: 357; Kamin in dr. 2009: 44). V raziskavi je preverjanje dostopnosti (štetje služb) na področju DZ potekalo po evropskem obrazcu za mapiranje služb (ESMS), ki upošteva, da je v Sloveniji zaradi »majhnosti« pri ugotavljanju opremljenosti s storitvami na področju DZ treba upoštevati, da lahko osebe s težavami v DZ pomoč poiščejo tudi izven LS in da je primerjava smiselna šele na ravni regij. Zaradi močne stigmatiziranosti področja (Brown in dr. 2010; Švab 2009) je taka primerjava res smiselna, vendar pa se ob tem ne sme prezreti opozorila, da ljudje, ki doživljajo hude in dolgotrajne duševne stiske, sodijo tudi med najrevnejše in najbolj socialno izključene (Urek in Ramon 2008). Filipović (2007: 163) ocenjuje, »da so to skupine, ki so manj vpete v nove globalne procese in imajo omejene možnosti izbire, zaradi česar je njihova osredotočenost na lokalne vezi stvar potrebe in nuje«.

3. Posvet je z namenom preverjanja obstoječega stanja na terenu ob svetovnem dnevu DZ 2013 organiziral Državni svet Republike Slovenije. Udeležili so se ga strokovni delavci vladnih in nevladnih organizacij ter uporabniki storitev na področju DZ v Sloveniji, ter člani nacionalne platforme, ki je bila ustanovljena 10. 2. 2012 (Šent 2013).
4. Med nemedikamentozne oblike zdravljenja sodijo vse druge oblike zdravljenja, ki ne vključujejo zdravljenja z aplikacijo različnih zdravil (kemičnih proizvodov farmacevtske industrije).

Pri preučevanju te ranljive skupine tako prihaja tudi do potrebe po razmisleku o konceptih, kot so npr. *skupnostna skrb*, *(lokalna) skupnost*, *družbena kohezija*, *krepitev moči in DZ*, ki so bili v Sloveniji že znanstveno obravnavani v drugih kontekstih, in po zbiranju informacij s strani udeleženih subjektov, predvsem uporabnikov storitev, da »iz pasivnih prejemnikov storitev prevzamejo vlogo aktivnih iskalcev rešitev« (Videmšek 2011: 7).

Koncept skupnosti za prebivalce 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). Hunter (1979: 269) navaja, da je LS unikatno povezana enota družbenoprostorske 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). Dobro vodenje LS pa ne pomeni samo izpolnjevanja potrebnih nalog in zagotavljanja vrste lokalnih služb, pač pa tudi varovanje življenja in svobode prebivalcev ter pospeševanje rezultatov, ki bogatijo kakovost življenja v LS (Haček 2012: 13).

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 dr. 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«. 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 dr. 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 duševne bolezni (socialna izolacija, izguba službe). V tem pomenu se navezuje na širše razumevanje pojma »skrbeti« – biti v skrbeh za dobrobit drugih oseb z namenom pomoči, če je ta potrebna. Porta (2003) omenja relacijsko moč v odnosu do nekoga, ki je ravno dovolj velika za želeni odziv in temelji na empatiji. Tancig (2008) meni, da je empatija sposobnost razumevanja čustev in misli drugih ljudi ter odzivanje nanje z ustreznimi čustvi. Gre za delovanje po telesnem in kognitivnem kanalu, zaradi katerega smo zmožni prevzeti perspektivo nekoga drugega. Zagotovo pa je na potrebe oseb kot uporabnikov storitev treba gledati tudi v kontekstu osebnosti kot celote, znotraj družbeno-kulturnega okolja LS ter virov za zdravje in kakovost življenja (Zupančič in Pahor 2014), kar lahko povežemo s potrebo po krepitvi moči. Ta se nanaša na participacijo oseb pri storitvah in na gibanja samopomoči na splošno, v okviru katerih osebe ali skupine izvajajo različne aktivnosti za izboljšanje svoje situacije, in sicer v sodelovanju z obstoječimi zakonskimi uredbami ali neodvisno od njih (Boškić 2005: 181). Krepitev moči (*empowerment*) kot sredstvo za njeno dosego omogoča, da razmeroma nemočni

ljudje delajo skupaj za povečanje nadzora nad dogodki, ki določajo njihovo življenje in zdravje. Krepitev moči v skupnosti označujejo nenehne spremembe v razmerjih moči med različnimi posamezniki in družbenimi skupinami. Pri tem se osebi s težavami v DZ povečata individualna pristojnost in dojemanje osebnega nadzora, s čimer ima neposreden vpliv na svoje zdravje (Laverack 2006: 113).

Svojo vlogo pri interdisciplinarnem zagotavljanju skrbi na področju DZ imajo vsi akterji v LS. Osnovni oris razsežnosti skupnostne skrbi pa lahko predstavlja 16 ciljev psihosocialnega prijema in načinov njihovega uresničevanja⁵ po T. Lamovec (1998: 22–23). Ponekod se sicer skupnostna skrb še pojmuje kot nasprotje institucionalne oskrbe (Loughran 2003: 15; Hlebec in dr. 2012: 105), kot označba za razvoj različnih storitev, ki osebam s težavami v DZ omogočajo kakovostno bivanje in obravnavo v domačem okolju. 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 (Zupančič in Filej 2013). Flaker (1998: 227) sicer 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.

Za vzpostavljane skupnostne skrbi na področju DZ v LS pa je treba vedeti, kako jih razumejo in vrednotijo različni deležniki, ki v proces vstopajo vsak s svojimi pravicami in dolžnostmi, željami in pričakovanji.

2. Namen in cilj raziskave ter raziskovalno vprašanje

Namen raziskave je bil preučiti vlogo LS pri razvoju skupnostne skrbi na področju DZ z zornih kotov treh skupin udeležencev: uslužbencev občine ter izvajalcev in uporabnikov storitev. Cilja raziskave sta bila: (1) oceniti sedanje stanje skrbi za DZ prebivalcev LS in (2) ugotoviti razlike v razumevanju vloge LS pri razvoju skupnostne skrbi za DZ z vidika treh skupin udeležencev. Izhodišče raziskave je raziskovalno vprašanje: »Kakšne razlike se pojavljajo pri razumevanju vloge LS v razvoju skupnostne skrbi za DZ z vidika treh skupin udeležencev?«

Pri tem smo se v okviru študije primera osredotočili na zdravstveno regijo Novo mesto. Informacije o DZ na tem območju imamo v glavnem prek zdravstvene službe, kažejo pa na podpovprečno dostopnost in njeno uporabo. Po številu obiskov v psihiatrični specialistični dejavnosti na tisoč prebivalcev je regija na zadnjem mestu v Sloveniji z od dva- do trikrat manjšim obiskom kot ljubljanska, ki je med zdravstvenimi regijami v ospredju (Zdravstveno statistični letopis 2013). Zdravstvenovzgojna dejavnost s področja DZ je na tem območju pod slovenskim povprečjem, novomeška regija pa je tudi v deprivilegiranim položaju glede razpoložljivosti služb v primerjavi s stopnjo tveganja za razvoj težav v DZ (Šprah in dr. 2011).

5. Lamovec je v delu Psihosocialna pomoč v duševni stiski že leta 1998 opredelil cilje v smislu celostnega pristopa, neozirajoč se na medsektorske meje ali ravni.

3. Metode

Da bi odgovorili na raziskovalno vprašanje, smo uporabili podatke, zbrane na podlagi metodološkega okvira študije primera novomeške zdravstvene regije s 17 LS (občinami). Gre za presečno študijo, ki je potekala fazno, s kombinacijo kvantitativnih in kvalitativnih metod ter z namensko razvitimi instrumenti za zajemanje podatkov s perspektive treh skupin udeležencev: (1) uslužbenci občine, (2) izvajalci v podporni mreži za DZ, (3) osebe s težavami v DZ in njihovi svojci kot uporabniki storitev. Podatke smo zbirali s spletnim anketiranjem, intervjuji in fokusnimi skupinami (Preglednica

Preglednica 1: Predstavitev raziskovalne metodologije

Vzorec (v okviru študije primera novomeške zdravstvene regije)	Uporabljena metoda	Čas zajemanja podatkov
Uslužbenci občine N = 17 (eden iz vsake lokalne skupnosti oziroma glede na dodeljene naloge s področja duševnega zdravja)	kvantitativna metoda spletno anketiranje s pomočjo orodja 1KA	oktober 2013
Izvajalci N = 41 (1–3 izvajalci iz vsake organizacije s področja zdravstvenega in socialnega varstva, ki delujejo v mreži programov in storitev za duševno zdravje v novomeški zdravstveni regiji)	kvantitativna metoda spletno anketiranje s pomočjo orodja 1KA	februar, marec 2014
N = 7 (izvajalci, ki delujejo na ključnih delovnih mestih kot kontaktne osebe za vstop v obravnavo oseb s težavami v duševnem zdravju)	kvalitativna metoda intervjuvanje	oktober 2013 - marec 2014
Uporabniki storitev (tudi svojci) N = 44 (do uporabnikov in njihovih svojcev smo dostopali priložnostno, predvsem prek nevladnih organizacij)	kvalitativna metoda intervjuvanje individualno in v štirih fokusnih skupinah	

Za preverjanje ustreznosti instrumentov je bila uporabljena metoda spletnega kognitivnega intervjuja (Mohorko in Hlebec 2013). Vsi sodelujoči so se v raziskavo vključili prostovoljno, na podlagi osebne privolitve. Za intervjuvanje izvajalcev v organizacijah javne mreže programov in storitev na področju DZ je dalo soglasje tudi njihovo vodstvo, za intervjuvanje uporabnikov pa so dali soglasje strokovni direktorji, vodje centrov za DZ v skupnosti, predsedniki sveta uporabnikov ali skrbniki, zastopniki posamezne osebe.

Za analizo kvantitativnih podatkov je bil uporabljen računalniški program SPSS.20, za analizo kvalitativnih pa NVIVO 10. Zvočni posnetki intervjujev in fokusnih skupin so bili dobesedno prepisani. Besedila so bila večkrat prebrana v celoti in odprtokodirana, da so bile prepoznane glavne teme. Izjave so bile razvrščene na podlagi lastnosti teh kategorij in anonimizirane. Imena uporabnikov storitev so izmišljena, izvajalci so poimenovani glede na sektor, iz katerega prihajajo, ali poklic. Kot vir analize so bile uporabljene predvsem izjave, ki osvetljujejo razumevanje vloge LS pri razvoju skupnostne skrbi za DZ z vidika različnih deležnikov. Končna analiza zbranih podatkov je temeljila na osnovi triangulacije podatkov (Creswell in Clark 2007: 63–64).

4. Rezultati

Rezultati so predstavljeni v petih vsebinsko povezanih sklopih: (1) ocena značilnosti lokalnih skupnosti, (2) ocena skrbi za DZ v LS, (3) predstavitev vloge LS na primerih dobre prakse s področja skupnostne skrbi, (4) vizija razvoja skupnostne skrbi za DZ v regiji na ravni LS in (5) vidik deležnikov, ki združujejo vsaj dve vlogi.

4.1 Ocena značilnosti lokalnih skupnosti (občin)

To oceno so dali uslužbenci občin, ki so zadolženi za področje DZ, in izvajalci skupnostne skrbi. V treh občinah so ti uslužbenci zadolženi samo za področje DZ, v petih še za druge sorodne lokalne zadeve javnega pomena, v devetih pa pokrivajo zelo različne zadeve javnega pomena.

Ocena značilnosti LS na podlagi petstopenjske ordinalne lestvice je po opredeljenih kazalnikih v obliki povprečne vrednosti ($\bar{x}$) in standardnega odklona (σ) predstavljena v Preglednici 2.

Preglednica 2: Ocena značilnosti lokalne skupnosti

	Uslužbenci občine		Izvajalci		stat. znač.	
	$\bar{x}$	σ	$\bar{x}$	σ	Sig.	t-test
Trditve ¹						
dobro življenjsko okolje	3,91	2,22	3,27	2,19	0,32	-0,99
dobra prometna infrastruktura	3,89	2,22	2,46	2,24	0,03	-2,26
dobre stanovanjske razmere	2,89	2,56	3,0	2,18	0,87	0,17
veliko turističnih znamenitosti	3,17	2,62	3,0	2,23	0,80	-0,25
visoka stopnja urbanizacije	1,67	2,00	2,05	2,01	0,08	-1,79
visoka povprečna starost prebivalcev	2,44	2,81	3,46	2,44	0,01	2,96
visoka povprečna izobrazba	2,56	2,64	2,44	2,36	0,99	-0,01
brezposelnost pod slovenskim povprečjem	2,33	2,59	2,42	2,39	0,84	-0,2
BDP nad slovenskim povprečjem	2,00	2,74	2,39	2,50	0,94	0,80
redka pojavnost nasilja in prestopništva	2,56	2,45	1,37	1,84	0,30	-1,04
visoka stopnja solidarnosti med prebivalci	2,67	2,47	1,71	2,17	0,19	-1,32
nizka potreba po socialni pomoči	1,61	2,00	2,34	2,38	0,64	0,48
veliko kulturnih dogajanj	2,89	2,54	1,29	2,02	0,58	-0,56
športne NVO so aktivne	3,22	2,62	2,49	2,48	0,57	0,57
kulturne NVO so aktivne	2,94	2,55	2,49	2,54	0,32	-1,01
dobra mreža zdravstvenih storitev	2,66	2,47	2,66	2,57	0,70	0,39
dobra mreža socialnih storitev	2,28	2,52	2,26	2,43	0,57	-0,58
delovanje NVO v splošnem dobro	2,44	2,36	2,05	2,46	0,74	-0,33
zdravstveno stanje prebivalcev dobro	3,06	2,84	2,37	2,46	0,91	-0,11
duševno zdravje prebivalcev dobro	3,39	2,99	1,56	2,03	0,03	-2,30

¹ Trditve iz anketnega vprašalnika so v tabeli smiselno skrajšane. Uporabljena je lestvica 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – povsem se strinjam.

Vrednosti standardnega odklona nakazujejo na razlike v oceni upravnih subjektov in izvajalcev, vendar pa nismo mogli dokazati korelacije glede na različne okoliščine (oddaljenost od mestnih središč, velikost, število prebivalcev, gostota naseljenosti, imenovana kontaktna oseba za področje duševnega zdravja itd.). Statistično pomembne razlike (pri $p < 0,05$) se med obema skupinama pojavijo pri oceni prometne infrastrukture, povprečne starosti in DZ prebivalcev.

Pri svojem delu se tako uslužbenci občine kot izvajalci večinoma ne opirajo na statistične podatke. O socialnem in zdravstvenem stanju ter številu samomorov imajo samo delne podatke. Nimajo podatkov o stopnji socialne integracije prebivalcev, o nasilju in prestopništvu ter podatkov s področja DZ.

Rezultati kvalitativne raziskave med uporabniki in izvajalci so osvetlili še druge razsežnosti ocenjevanja značilnosti LS. Uporabniki storitev značilnosti LS ocenjujejo predvsem z naslednjih vidikov: (1) finančnega: *od potrebnih potnih stroškov do možnosti pomoči* (Miha); (2) možnosti za zaposlitev: *vse je propadlo, kje naj sedaj dobim zaposlitev, še zdravi je ne dobijo* (Jure); (3) dogajanja v okolju: *če se veliko dogaja, potem dan hitro mine; najhujše je ob praznikih, ko dnevni center ne dela, ko se nimaš kam dati* (Ružica), *ker je tukaj malo prebivalcev, se vsi med sabo poznamo; pa takoj potem s prstom nate kažejo, ko zvedo, da si bil na psihiatriji* (Jože), čeprav je dnevni center blizu, je problem, ker te potem vsi vidijo, ko zaviješ notri, rajši se zapeljem drugam (Simenon). Podobno zadevo opisujejo tudi koordinatorji obravnave v skupnosti: *da so ljudje tukaj absolutno slabo povezani, da se bojijo pristopati, ker se tako zelo bojijo stigmatizacije*. Po njihovem mnenju *povezanost ljudi narašča v smeri od urbanega proti ruralnemu. V ruralnih predelih bolj pomagajo drug drugemu*.

4.2 Ocena skrbi za duševno zdravje v lokalnih skupnostih

Rezultati analize podatkov spletne ankete med upravnimi subjekti kažejo, da se med prioritetskimi vprašanji LS področje DZ uvršča na zadnja mesta. V Preglednici 3 je predstavljeno, kako so upravni subjekti razvrstili deset navedenih področij od najpomembnejšega (1) do najmanj pomembnega (10), vsota (sum) doseženih točk, povprečne vrednosti ($\bar{x}$) in standardni odklon (σ).

Ocena skrbi za DZ v LS na podlagi petstopenjske ordinalne lestvice je po opredeljenih kazalnikih v obliki povprečne vrednosti ($\bar{x}$) in standardnega odklona (σ) predstavljena v Preglednici 4. Predstavljene so tudi ocene izvajalcev in rezultati t-testa.

**Preglednica 3: Prioritetna področja delovanja
v lokalnih skupnostih zdravstvene regije Novo mesto**

Prioritetna področja delovanja občine	Rang	Sum	$\bar{x}$	σ
sanacija infrastrukture (električne, cestne ipd.)	1	24	1,41	3,26
spodbujanje gospodarstva	2-3	36	2,12	2,76
ohranjanje zdravega življenjskega okolja	2-3	36	2,12	3,39
reševanje socialne problematike	4	50	2,94	3,4
pospeševanje razvoja NVO	5	66	3,88	4,06
zmanjševanje neenakosti v zdravju s podporo ranljivim družbenim skupinam	6	67	3,94	3,89
spodbujanje solidarnosti	7	76	4,47	4,22
delo z mediji	8	80	4,71	4,88
razvoj organizacij na področju duševnega zdravja	9	89	5,24	4,78
spodbujanje aktivnosti za zgodnje prepoznavanje depresije in preprečevanje njenih posledic	10	100	5,88	5,44

**Preglednica 4: Ocena sedanjega stanja skrbi za duševno zdravje
v lokalnih skupnostih zdravstvene regije Novo mesto**

	Uslužbenci občine		Izvajalci		Stat. znač.	
	$\bar{x}$	σ	$\bar{x}$	σ	Sig.	t-test
Trditve¹						
številni programi promocije duševnega zdravja	1,67	1,24	2,17	1,26	0,16	1,42
ustanovljene lokalne akcijske skupine za področje duševnega zdravja	1,67	1,61	2,68	1,71	0,04	2,14
številni strokovnjaki s področja duševnega zdravja	1,78	1,40	2,12	1,25	0,03	0,94
število strokovnjakov s področja duševnega zdravja je pričakovano glede na oddaljenost od mestnega središča	2,50	1,95	2,54	1,6	0,85	0,07
programi organizacij s področja duševnega zdravja so pričakovani glede na oddaljenost od mestnega središča	2,5	1,86	2,34	1,59	0,95	-0,34
številne storitve za osebe z depresijo	1,56	1,15	2,10	1,34	0,14	0,10
prizadevanja za sistematično prepoznavanje oseb z depresijo	1,44	1,25	2,31	1,66	0,75	0,32
finančna podpora preprečevanju depresije	2,28	1,80	2,17	2,10	0,56	-0,59
finančna podpora preprečevanju samomora	2,11	1,78	2,15	2,15	0,42	0,82
protokoli sodelovanja med vladnimi in nevladnimi organizacijami na področju duševnega zdravja so jasno definirani	2,06	2,15	2,24	2,07	0,66	0,45
povečanje števila izvajalcev v podporni mreži je vplivalo na povečano sodelovanje med njimi	2,67	2,3	2,29	2,19	0,56	-0,59
sodelovanje med izvajalci javnih in nevladnih ter drugih zasebnih organizacij je dobro	2,11	1,74	2,56	2,03	0,42	0,82
sodelovanje med organizacijami socialnega in zdravstvenega varstva je dobro	2,17	1,86	2,39	1,74	0,66	0,45

¹ Trditve iz anketnega vprašalnika so v tabeli smiselno skrajšane.

Predstavniki upravnih subjektov in izvajalcev so izrazili nizko stopnjo strinjanja z vsemi navedenimi trditvami. V obeh skupinah je bila izražena najmanjša stopnja strinjanja s trditvijo, da so na voljo številne storitve za osebe z depresijo. Statistično značilna razlika (pri $p \leq 0,05$) se je pokazala pri kazalnikih *ustanovljene lokalne akcijske skupine za področje DZ in prisotnost številnih strokovnjakov s področja DZ*, kjer so izvajalci dali statistično značilne višje ocene.

Izvajalci so skrb za DZ v LS ocenjevali predvsem z naslednjih vidikov:

- (1) dostopnosti: *pri nas v lokalnem območju še vedno ni dovolj NVO. Koordinatorji obravnave v skupnosti kot izvajalci ocenjujejo, da nudi/j/o tudi dosti osebne pomoči, ko ne najde/j/o izvajalcev v skupnosti;*
- (2) dosegljivosti: *v nekaterih LS so slabe socioekonomske razmere, nizka stopnja izobrazbe, veliko brezposelnih ljudi z duševnimi težavami. Pri tem pa strokovna delavka NVO navaja, da so imeli za odprtje enote soglasje LS, ne pa tudi ministrstva;*
- (3) sodelovanja med izvajalci: *zakon je popolnoma jasen, ne bi smelo prihajati do težav, pa vendar prihaja, znotraj LS je treba marsikaj razčistiti. Koordinatorji obravnave v skupnosti vzpostavljajo sodelovanje na podlagi ciljev in potreb uporabnika, samo od sebe ne bi bilo nič, da bi tako teklo kot sistem. Ravno tako je kritičen strokovnjak za javno zdravje: prav področje promocije DZ postaja še posebej aktualno, saj je bilo do sedaj zanemarjeno;*
- (4) potrebe uporabnikov storitev: *po eni strani imamo tako težke uporabnike, da niti ne izrazijo ničesar, po drugi strani imajo pa včasih zelo nerealna pričakovanja, Jaz mislim, da niso ravno čisto zadovoljni z obravnavo, ker so pri nas bistvena stvar tablete. Da ponujaš rešitve, to ni dovolj, treba je spremeniti okoliščine. Koordinatorja obravnave v skupnosti poudarjata: tisti moment moraš zagrabit, ko je človek pripravljen sprejeti pomoč, če nekdo že pride in išče pomoč, je takrat odprt. Čez en dan ne bo več. To je prva kritična točka, tudi zaradi števila samomorov, oni ne marajo preveč tolažnikov, ampak rajši, da jih dvigneš, to jim bolj paše.*

Uporabniki storitev ob tem izpostavljajo potrebe po:

- (1) motiviranju: *ko si v depresiji, potrebuješ nekoga, da te prisili, da vstaneš, potem pa že nekako gre (Ljubica);*
- (2) uporabniški samopodpori: *sicer pa se v okviru skupin za samopomoč medsebojno opozarjamo, da si z domišljanjem, da vsi vedo, kaj je narobe z nami, z zapiranjem med štiri stene pa zmanjšujemo kakovost življenja, in kar je še huje, da sami sebe oropamo za življenjske priložnosti (Jani);*
- (3) empatiji: *tudi če kot uporabniki pravimo, da nikogar ne potrebujemo, ga v resnici potrebujemo in želimo, čeprav tega ne zmoremo izreči ali celo zanikamo (Marija), včasih imam občutek, da sploh ne razumejo, kaj pomeni duševna bolezen (Kristina);*
- (4) informiranju: *malo smo zmedeni zaradi teh novih strokovnjakov, imen, ker ne vemo, kaj kdo dela (Danilo).*

4.3 Predstavitev vloge lokalne skupnosti na primerih dobre prakse

Na podlagi opisa različnih aktivnosti s področja DZ občinski uslužbenci kot primer dobre prakse vrednotijo projekte *Zdrava občina*, *Živimo zdravo*, *Ozarin veliki pok*, *Občine po meri invalidov*. Omenjajo tudi *preventivne delavnice za šolarje in vsakoletni medsektorski posvet z vsemi vključenimi organizacijami, ki delajo s temi ljudmi*. Vlogo LS vidijo:

- (1) v materialni podpori: *pri zagotavljanju prostorov v svojem okolju*;
- (2) pri odločanju v politiki: *nujno bi morala imeti vpliv pri oblikovanju politik, programov in mreže izvajalcev pomoči, treba je izkoristiti njeno poznavanje terena*.

Izvajalci pa so izpostavili pomembnost LS (kot upravnega subjekta) pri konkretnih vsakodnevnih potrebah/situacijah predvsem v smislu preventivnega delovanja v vlogah:

- (1) informatorja: *informiranje o predavanjih in preventivnih programih na področju DZ*;
- (2) motivatorja za spremembe: *motiviranje in spodbujanje k skrbi za svoje zdravje (hrana, gibanje, samozavest ...)* (specialist javnega zdravja);
- (3) izvajalca: *pomoč pri vključevanju oseb v obravnavo, da ne pride do hospitalizacije (psihiater), obiski patronažnih medicinskih sester na terenu (patronažna medicinska sestra), pomoč pri iskanju izvajalcev načrta obravnave v skupnosti, vodenje skupine za samopomoč za uporabnike*;
- (4) koordinatorja *skupne delovne akcije za razrešitev kompleksne situacije, ko je vključena vsa LS, celo vojska* (koordinatorica obravnave v skupnosti). Specialist javnega zdravja pa dodaja, da *pri nas recimo ni take prakse, da bi bila občina kaj dosti vpeta, ko govorimo o DZ, našli so se deležniki, zdravstveni dom in nevladne strukture in so se dobivali predvsem, da skupaj delajo na tem, da bi izboljševali DZ na tem območju*.

Uporabniki storitev pa izpostavljajo vidika:

- (1) odgovornosti: *skrb družbe, vsakdo ima pravico do človeka dostojnega življenja. Družba mora ustvariti možnost, da si ga potem lahko vsakdo doseže sam* (Mija) in
- (2) zadovoljevanja potreb: *pozorni so tudi na to, kako poteka sodelovanje z drugimi ob izraženih potrebah z njihove strani. Izpostavljajo pomen telefonskega svetovanja, ki omogoča pomoč ob času, ko jo potrebujemo, doživljamo krizo ipd.* (Simon), *Največkrat potrebujemo pozornost, sprejemanje, poslušaj za težave, pomoč pri svojcih* (Barbara).

4.4 Vizija razvoja skupnostne skrbi za duševno zdravje v regiji na ravni lokalnih skupnosti

Uslužbenci občine vizijo razvoja skupnostne skrbi za DZ prebivalcev kot lokalno zadevo javnega pomena vidijo predvsem 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*;

- (1) preventivi: *v skrbi za stalne preventivne programe, naša vizija je zagotavljati zdrave pogoje za življenje in omogočati prebivalcem pogoje za zdrav življenjski slog na vseh področjih življenja;*
- (2) 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.*

Izvajalci vizijo razvoja vidijo še bolj aplikativno, in sicer v:

- (1) kadrovskih ukrepih: *več zaposlenih na področju DZ, povečanju strokovne mreže, tako da je možno pokrivati teren, kajti mnogi ne zmorejo priti do pomoči zaradi finančne stiske;*
- (2) izboljševanju kakovosti dela: *v boljšem povezovanju različnih institucij, (socialna delavka), večjem sodelovanju med strokovnimi delavci (socialni delavci, psihiatri, psihologi, šole, vrtci ...), v manj rivalstva med podobnimi organizacijami (strokovna delavka NVO). Strokovnjak javnega zdravja vidi skupnostno skrb kot celostno obravnavo, kjer morajo biti vključene različne institucije, ker tukaj ne gre samo za področje zdravstva, ne gre samo za področje sociale, ne gre samo za ekonomski vidik, ne gre samo za zaposlitveni vidik, vidim to kot eno celostno obravnavo. Vizijo razvoja skupnostne skrbi vidijo tudi v:*
- (3) boljši odzivnosti in odnosu izvajalcev: *v večji angažiranosti posameznika in omenjenih LS (strokovnjak s področja zdravstvenega varstva), vedno je in bo pomemben osebni odnos (strokovnjak s področja socialnega varstva);*
- (4) izobraževanju: *organizaciji brezplačnih delavnic socialnih veščin, veščin reševanja konfliktnih situacij za uporabnike storitev (patronažna medicinska sestra);*
- (5) večji finančni podpori uporabnikov: *nujno urediti povračilo stroškov prevoza osebam iz oddaljenih krajev v posamezne programe z namenom enakih možnosti oz. dostopnosti programov (strokovna delavka NVO);*
- (6) boljši organizaciji: *vstopna točka v sistem ne bo enotna, različne službe se bodo dopolnjevale in imele različne vstopne prage v sistem obravnave;*
- (7) razvoju prostovoljskega dela: *Mogoče nam je to izziv, kako sedaj privabiti ljudi, da bi imel eno skupinico ljudi v vsaki občini, ki bi bila pripravljena delat na tem, bi bila na razpolago v nujnih primerih, da bi bilo manj prisilnih hospitalizacij, mogoče ena delovna akcija, kakršne so bile pred dvajsetimi, tridesetimi leti (koordinatorica obravnave v skupnosti).*

Uporabniki storitev si v prihodnosti želijo:

- (1) boljšo dostopnost: *možnost humane obravnave tudi popoldne, ob nedeljah in praznikih (Zdenka);*
- (2) boljšo obravnavo: *da bi zdravstveni delavci namenili obolelim več časa (Zoran), več možnosti za zaposlitev in samostojno življenje (Katarina), da bi imeli v vsaki LS terenskega motivatorja in dežurnega poslušalca (Emil), izboljšanje/ dela z njihovimi svojci (Janez);*

- (3) brezplačno obravnavo: *da bi imeli v NVO in drugje še več brezplačne ponudbe prostočasnih dejavnosti (Zvonko), brezplačne psihoterapije, saj je cena za eno srečanje tudi 50 EUR in več (Elvis), brezplačn/a/ predavanj/a/ na temo depresije in skrbi za svoje zdravje – kaj lahko naredimo sami?*(Sara);
- (4) destigmatizacijo in ozaveščanje: *potrebna je aktivna destigmatizacija zdravstvene službe in prepoznavna, osveščanje javnosti o duševnih težavah, destigmatizaciji* (Mojca).

4.5 Vidik deležnikov, ki združujejo vsaj dve vlogi

Kot potrebne ukrepe v prihodnosti, ki so jih izpostavili udeleženci, katerih vloge se prekrivajo,⁶ povzemamo še prizadevanja po:

- (1) povečanju političnih dejavnosti: *z vidika ozaveščanja o pomenu skrbi za DZ, vključevanju medijev v njihovo zgodbo, nadzoru in inšpekcijskih služb, povečanje informiranja v LS, dolgoročnost programov ne glede na to katera politična stranka je na položaju in na vseh izpostavljenih področjih;*
- (2) preventivnih dejavnostih: *organizacija nizkocenovnih posvetov, kjer bojo imeli uporabniki storitev pomembno vlogo. Nadalje kot pomembne izpostavljajo tudi*
- (3) vzgojo in izobraževanje: *vzgoja in znanje za zdravo samozavest in neobremenjeno delovanje v odnosu z uporabnikom;*
- (4) kakovost obravnave: *da je poslovni interes ekvivalenten s kakovostjo obravnave, razvoj novih metod dela v okviru promocije DZ, diagnostike, zdravljenja, rehabilitacije in socialne reintegracije, preprečevanje samomorilnega vedenja, boj proti stigmati in socialni izključenosti;*
- (5) raziskovanje: *usmerjanje v izvajanje aplikativnih raziskav na nivoju LS v okviru magistrskih in doktorskih del v sodelovanju med študentom, uporabnikom, strokovnjakom iz kliničnega okolja in učiteljem iz fakultete, razvijanje različnih orodij za preverjanje, motiviranje ter vrednotenje vertikalnega in horizontalnega sodelovanja;*
- (6) ukrepe za izboljšanje kakovosti življenja: *spodbujanje družbene odgovornosti, prostovoljskega dela in prispevek le tega h kakovosti življenja posameznika in družbe;*
- (7) osebnostne lastnosti vseh izvajalcev v sistemu: *pripravljenost delati dobro, biti fleksibilen, vedeti kdaj postaviti ostro mejo, da boš strokovno ravnal in bo učinek največji, spoštovanje drug drugega in empatija, da se poskušamo vživeti v to, kaj se dogaja v človeku, ko je kriza, človek z izkušnjo mora občutiti spoštovanje drugih, da bo zopet spoštoval sam sebe.*

6. S tem mislimo na osebe, ki npr. poklicno delujejo kot izvajalci v mreži programov in storitev na področju DZ in so se s težavami v DZ že soočili sami ali pa spremljajo svojca s kroničnimi težavami v DZ, oziroma so bili nekoč izvajalci, zdaj pa so uporabniki storitev ali pa morda uslužbenci občine. Gre za različne kombinacije vlog.

5. Razprava

V raziskavi smo ocenili sedanje stanje skrbi za DZ prebivalcev LS z vidika treh skupin deležnikov. Ob preučevanju, kako obstoječe stanje skupnostne skrbi na področju DZ ocenjujejo uslužbenci občine, izvajalci in uporabniki storitev ter na kakšen način bi lahko še bolje delovali, je bilo smiselno poiskati skupni imenovalec v odnosih med njimi v kontekstu »odzivnosti na stisko s skupnostnim odgovorom«. Ugotavljamo, da »skupnostni odgovor na stisko« zagotovo še ni zagotovljen v celoti, ker so deležniki večinoma mnenja, da sedanje aktivnosti v skrbi za DZ prebivalcev niso zadostne, ne glede na to, ali gre za število aktivnosti, *delovanje izvajalcev*, *finančno podporo* ali *sodelovanje med organizacijami*. V kontekstu razumevanja vloge LS z vidika »odzivnosti na stisko s skupnostnim odgovorom nanjo« lahko izpostavimo problem informiranosti. Pojavlja se vprašanje, koliko uslužbenci občine ali izvajalci v LS sploh vedo o prebivalstvu na svojem ozemlju, o vseh skupnostnih službah na področju DZ in o težavah, ki jih imajo osebe s težavami v DZ. Podatki namreč kažejo, da uslužbenci občine in izvajalci nimajo ali ne uporabljajo statističnih podatkov, čeprav so njihove subjektivne ocene primerljive z objavljenimi statističnimi podatki. Zlasti v manjših LS, kjer na občini npr. ni določene osebe za to področje, so pogosteje navedli, da ne vedo, kakšno je DZ prebivalcev. Pod vprašajem pa je tudi pravica prebivalcev do enakih možnosti v zdravju. Ugotavljamo, da je medikalizacija pojmovanja zdravja močno prisotna in da je zdravje še vedno najpogostejše razumljeno kot medicinski, in ne družbeni problem. Vendar pa glede na vizijo deležnikov o skupnostni skrbi kljub temu lahko ocenimo, da razvoj obravnave v skupnosti 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, WHO Mental Health Gap Action Programme, 2014). Kot problem v razvoju skupnostne skrbi lahko izpostavimo tudi povezanost med odnosom prebivalcev v skupnosti in procesom stigmatizacije. Deležniki sicer ocenjujejo, da bolj ko gre za ruralno LS, bolj si ljudje med sabo pomagajo. 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. Bon (2007) ocenjuje, da je stigmatizacija drugačnih v sodobni družbi vse bolj nesprejemljiva v vsakdanjem pogovoru, vendar se seli na bolj prikrite ravni in celo narašča, kar je značilno za ruralna okolja. Oreški (2008: 150) predstavlja krožni model diskriminatornih praks, s katerim opozarja na neugodno družbeno stanje in elemente/akterje, ki dodatno prispevajo k diskriminaciji. Pri tem pa je treba seveda ločiti, kot ugotavljata Link in Phelan (2001), da stigma v zvezi s težavami v DZ delimo glede na zaznavo javnega ponižanja – stereotip zavesti (prepričanje udeležencev, da so ljudje na splošno stigmatizirani v družbi), osebno stigma – stereotip odgovora (udeleženceva osebna prepričanja o težavah v DZ) in samostigma (pogled udeležencev na lastno težavo DZ).

Tudi oceno sodelovanja deležnikov v mreži programov in storitev lahko ovrednotimo kot oviro v razvoju skupnostne skrbi. Pri tem moramo izpostaviti dilemo disciplinske

omejenosti. Ta se pojavlja kot ovira v preučevanju in procesu skupnostne skrbi, ki je po definiciji povezovalna, meddisciplinska in medsektorska. Ugotovitve naše raziskave sicer kažejo na težave v sodelovanju med javnimi in nevladnimi organizacijami, vendar pa so npr. NVO že aktivno udeležene pri izobraževanju novih skupnostnih delavcev (Šentprima 2014). Hkrati pa ugotavljamo, da je sodelovanje bolj odvisno od samoiniciativnosti posameznih izvajalcev, kako dobro mrežo si vzpostavijo v svojem okolju in širše. Kakovost vidijo skozi sodelovanje *vsi skupaj in /v/ razširjanju kroga sodelujočih organizacij. Cilj je zagotoviti pluralizem in nizati službe okoli uporabnika storitev.*

Pomembna točka v razvoju skupnostne skrbi je tudi promocija zdravja in preventiva. Deležniki izpostavljajo te dejavnosti, zato bi se morale v lokalnih skupnostih še okrepiti, tako njihovo število kot kakovost. Smiselno bi bilo oceniti že potekajoče programe, in sicer z oceno kakovosti njihove vsebine na podlagi smernic, ki so bile pripravljene v okviru projekta PROMISE (Gracen in dr. 2012). Za razvoj na tem področju je kot primer dobre prakse treba omeniti Pismo o nameri za ustanovitev partnerstva za pripravo in implementacijo Regijske strategije za zmanjševanje neenakosti v zdravju s pomočjo krepitve zdravja (Harlander 2011), ki so ga podpisali župani 13 občin v zdravstveni regiji Novo mesto, česar pa nihče od deležnikov (razen strokovnjaka za javno zdravje) ni omenil. Korak v razvoju je tudi želja po oblikovanju *skupinice prostovoljcev za pomoč v času krize*, da se prepreči hospitalizacija in omogoči zdravljenje v domačem okolju. Upoštevati pa je treba, *da uporabniki ne potrebujejo tolažnikov*; treba jih je predvsem spodbujati k aktivnosti. Namen aktivnosti izvajalcev je povečevati stopnjo samooskrbe obravnavane osebe in krepiti kakovost njenega življenja, da bo razvila samospoštovanje, da bo sposobna samoodločanja (Laverack 2006: 114) in da bo, kot je navedeno v ottawski listini (World Health Organization 1986), povečala nadzor nad dejavniki, ki vplivajo na determinante zdravja, in na tej osnovi izboljševala svoje zdravje. Krepiti moč ne pomeni podeliti moč drugi osebi, temveč jo oseba sama okrepi znotraj sebe prek vzpostavljenega odnosa, sodelovanja s tistim, ki ima moč (Laverack 2006: 114). Pravila med izvajalci in uporabniki so jasno določena tudi v individualnem načrtu obravnave (Zgonc in Smerdu 2005). Izvajalci opažajo, da so uporabniki storitev nezadovoljni zaradi prevelike medikalizacije in plačljive psihoterapije, kar še vedno nakazuje na neizenačenost v obravnavi težav v fizičnem in psihičnem zdravju. Neenakost v možnostih za zdravje se zagotovo odraža v procesih rehabilitacije.

Na raziskovalno vprašanje, kakšne razlike se pojavljajo pri razumevanju vloge LS v razvoju skupnostne skrbi za DZ z vidika treh skupin udeležencev, je možno odgovoriti, da je med deležniki več razlik kot podobnosti. Pri razumevanju vloge LS so deležniki izhajali iz svoje vloge, ki jo imajo v sistemu, in pri tem izpostavili zanje aktualna področja. Ugotavljamo, da uslužbenci občine svojo vlogo v LS vidijo predvsem v materialni podpori deležnikov in sodelovanju pri političnih odločitvah. Izvajalci vlogo LS povezujejo s procesi informiranja in motiviranja k spremembam ter jo vidijo kot koordiniranje dejavnosti, uporabniki storitev pa v kontekstu odgovornosti in zadovoljevanja njihovih potreb. Deležniki, katerih vloge se prepletajo, pa vlogo LS vidijo tako v vzgoji in izobraževanju deležnikov kot pri zagotavljanju kakovosti obravnave. Zagotovo ima izobrazba močan vpliv ne samo na opravljanje poklicne

dejavnosti, ampak oblikuje tudi način mišljenja, vrednostni sistem in stališča (Pahor 2007: 44). O odnosu in empatiji imajo največ pripomb uporabniki storitev in njihovi svojci. Goleman (2011) ugotavlja, da imajo posamezniki z večjo stopnjo empatije večji posluš za pritajene, subtilne znake drugih. Osebe s težavami v DZ pa npr. lahko s tovrstnimi znaki napovedujejo bližajočo se duševno stisko.

Uslužbenci občine vidijo razvoj v izboljšanju povezovanja in sodelovanja, dostopnosti storitev in preventivnih dejavnostih. Izvajalci ga vidijo v kadrovskih ukrepih, izboljšanju kakovosti dela, boljši odzivnosti in medsebojnem odnosu med deležniki, v izobraževanju, večji finančni podpori uporabnikom storitev in boljši organizaciji dela ter razvoju prostovoljskega dela v skupnostni skrbi na področju DZ. Uporabniki storitev si želijo boljše dostopnosti do obravnave, ki bo ne glede na njeno vrsto brezplačna. Izpostavili so potrebo po programih destigmatizacije tako za zdravstvene delavce kot v lokalni skupnosti ter za ozaveščanje o pomenu DZ in težavah v DZ. Tudi deležniki, ki so hkrati v vsaj dveh vlogah, vidijo rešitev v povečanju političnih in preventivnih dejavnosti, v raziskovanju, ukrepih za izboljševanje kakovosti življenja ter v izboljšanju delovanja izvajalcev z vidika odnosa, empatije in spoštovanja.

Na podlagi rezultatov lahko povzamemo naslednje vsebinske sklepe:

- (1) Vloga LS je pri razvoju skupnostne skrbi na področju DZ izjemno pomembna. Razvoj skupnostne skrbi je uspešen samo, če so priznane in upoštevane kvalitativne razlike med različnimi deležniki v skupnostni skrbi.
- (2) Priložnosti za izboljšanje procesov skupnostne skrbi na področju DZ temeljijo na odnosu in delovanju deležnikov v skupnostni skrbi. 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.
- (3) Razvoju skupnostne skrbi in vlogi LS mora slediti tudi izobraževanje izvajalcev skrbi in raziskovanje z aktivnim vključevanjem uporabnikov storitev. Gre za formalne oblike izobraževanja v okviru priprave na poklic in vseživljenjskega učenja ter neformalne oblike med različnimi deležniki.
- (4) Skupnostna skrb na področju DZ je interdisciplinarni problem, ki vključuje (združuje) tako aktivnosti skrbi za zdravje in kakovost življenja kot aktivnosti za celostno, integrirano, koordinirano in kontinuirano obravnavo oseb s težavami v DZ.

6. Zaključek

Sistem razvoja skupnostne skrbi na ravni LS še ne deluje dovolj dobro, da bi lahko v celoti podpiral procese deinstitucionalizacije, dehospitalizacije in demedikalizacije ter zgodnji vstop v obravnavo in kontinuiranost obravnave oseb ob pojavu težav. V kontekstu »odzivnosti na stisko s skupnostnim odgovorom« so se skozi raziskavo pokazale pomanjkljivosti obstoječega stanja skupnostne skrbi na področju DZ, izoblikovalo pa se je tudi nekaj predlogov za njihovo premostitev. Predstavljena analiza ima sicer glede svojih ugotovitev vse tiste omejitve, ki so značilne za študijo primera s kombinacijo kvantitativne in kvalitativne raziskovalne metodologije. Gradiva, ki ga je zajela, še ni

dokončno izčrpala. Ocenjujemo pa, da je raziskava lahko korak na poti k sestavljanju podobe prizadevanj za celovito in kontinuirano integrirano obravnavo ter k razvoju skupnostne skrbi za DZ. Nekatere od njih so deležniki že zajeli v svojem videnju vizije razvoja skupnostne skrbi na področju DZ. Pomembno pa je tudi 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 skrbi«) (Sevenhuijsen 2003: 20). Gre za dejavnosti vseh treh skupin deležnikov v sodelovanju z drugimi akterji, ki so soodgovorni za aktivno sodelovanje (ne z vidika poslovnih, temveč normativnih in moralnih interesov), ter tudi izobraževalcev za načrtno vzgajanje in izobraževanje izvajalcev v poklicih za skupnostno skrb. Najpomembnejši generator usklajenega delovanja vseh vrst akterjev so namreč sinergično delujoči povezani posamezniki s strokovnim znanjem, komunikacijskimi veščinami in osebno motiviranostjo.

Literatura

- Adam, Frane, Rončević, Borut, in Tomšič, Matevž (2004): Družbena kohezivnost. Dostopno prek: <http://www.slovenijajutri.gov.si/fileadmin/urednik/dokumenti/dkoh.pdf> (4. 7. 2014).
- Agius, Mark, Bulič Vidnjevič, Ivna, Jerič, Andreja, Furlan, Mirjana, Žajdela, Brigita, in Švab, Vesna (2009): The Development of Community Treatment in Slovenia. Slovenia – First Outcomes. *Psychiatria Danubina*, 21 (1): 78–80. Dostopno prek: <http://hrcak.srce.hr/49512> (13. 6. 2014).
- Bahovec, Igor (2005): Skupnosti: teorije, oblike, pomeni. Ljubljana: Sophia.
- Bon, Jurij (2007): Nevroznanost religioznega doživljanja. V Psihoterapija v luči nevroznanosti: telo, čustva in zavest – revolucionarne povezave: 2–3. Prvi mednarodni znanstveni psihoterapevtski kongres Slovenske krovne zveze za psihoterapijo. Rogla: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
- Boškić, Ružica (2005): Krepitev moči – kritična presoja koncepta. *Družboslovne razprave*, XXI (48): 177–194. Dostopno prek: <http://druzboslovnerazprave.org/clanek/2005/48/10/> (1. 6. 2014).
- Brown, Charlotte, Conner, O Kyaien, Copeland, Valire, Carr, Grote, Nancy, Beach, Scott, Battista, Deena, in Reynolds III, F. Charles (2010): Depression Stigma, Race and Treatment Seeking Behavior and Attitudes. *Journal of Community Psychology*, 38 (3): 350–368. Dostopno prek: lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=104&sid=f829bc0f-4530-9ddb-e44560a9ae63%40sessionmgr112 (15. 6. 2014).
- Creswell, W. John, in Clark, Plano (2007): Designing and conducting mixed methods research. Thousand Oaks, Calif.: SAGE Publications.
- Državni svet (2013): Skrb za duševno zdravje – zagotavljanje stabilnosti sistema kot podlaga za razvoj: Zapisnik posveta [Internet]. Državni svet Republike Slovenije. Dostopno prek: <http://www.ds-rs.si/node/229> (13. 6. 2014).
- Filipović, Maša (2007): Družbena kohezija in soseska v pozni moderni. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Flaker, Vito (1998): Odpiranje norosti. Vzpon in padec totalitarnih ustanov. Ljubljana: Založba/*cf.

- Goleman, Daniel (2011): Čustvena inteligenca: zakaj je lahko pomembnejša od IQ. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Greacen, Tim, Jouet, Emmanuelle, Ryan, Peter, Cserhati, Zoltan, Grbenec, Vera, Griffiths, Chris, Hansen, Bettina, Leahy, Eithne, Maravic da Silva, Ksenija, Šabič, Amra, De Marco, Angela, in Florez, Paz (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. 6. 2014).
- Haček, Miro (2012): Upravljalna sposobnost slovenskih občin: primeri dobrih praks. Ljubljana, Zagreb: Fakulteta za družbene vede, Friedrich Ebert Stiftung.
- Harlander, Dušan (2011): Regijska strategija za zmanjševanje neenakosti v zdravju s pomočjo krepitve zdravja na Dolenjskem, v Beli krajini in Posavju za obdobje 2010–2015. Novo mesto: Zavod za zdravstveno varstvo.
- Henning, Cecilija, in Lieberg, Mats (1996): Strong or weak ties? Neighborhood 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> (23. 6. 2014).
- Hlebec, Valentina, Filipovič Hrast, Maša, Kump, Sonja, Jelenc-Krašovec, Sabina, Pahor, Majda, in Domanjko, Barbara (2012): Medgeneracijska solidarnost v Sloveniji. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- 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. 6. 2014).
- Janardhana, Navaneethamin, in Naidu, D. M. (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. 6. 2014).
- Jeriček Klanšček, Helena, Gabrijelčič Blenkuš, Mojca, in Zorko, Maja (2009): Sklepne ugotovitve. V H. Jeriček Klanšček in dr. (ur.): Duševno zdravje v Sloveniji: 100–105. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Jeriček Klanšček, Helena (2004): Skupnost, izziv osamljenosti; (ne)trivialni socialni sistemi: raziskovanje in delovanje v skupnosti. Ljubljana: Jutro.
- Kamin, Tanja, Jeriček Klanšček, Helena, Zorko, Maja, Bajt, Maja, Roškar, Saška, in Derno-všek, Zvezdana Mojca (2009): Duševno zdravje prebivalcev Slovenije. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Lamovec, Tanja (1998): Psihosocialna pomoč v duševni stiski. Visoka šola za socialno delo.
- Laverack, Glenn (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. 7. 2014).
- Loughran, Kevin (2003): The idea of community, social policy and self. Belfast: AJP Publications.
- Link, Bruce G., in Phelan, Jo. C. (2001): Conceptualizing stigma. Annual Reviews of Sociology, 27: 363–385. Dostopno prek: <http://www.jstor.org.nukweb.nuk.uni-lj.si/stable/2678626> (23. 4. 2014).
- Mohorko, Anja, in Hlebec, Valentina (2013): Razvoj kognitivnih intervjujev kot metode predtestiranja anketnih vprašalnikov. Teorija in praksa, 50 (1): 62–95.
- Oreški, Suzana (2008): Družbeno pojmovanje duševnega zdravja: primer dveh slovenskih medijev (doktorska disertacija). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

- Pahor, Majda (2007): Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki kot družbeni pojav. *Zdravstveni vestnik*, 76: 43–47.
- Porta, Donatella (2003): Temelji politične znanosti. Ljubljana: Sophia. 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) (3.7. 2014).
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014–2018 (Predlog): Javna obravnava, 30. 1. 2014. Dostopno prek: [file:///C:/Users/Vesna%20Zupan%C4%8Di%C4%8D/Downloads/NPDZ.3.J%20\(21\).pdf](file:///C:/Users/Vesna%20Zupan%C4%8Di%C4%8D/Downloads/NPDZ.3.J%20(21).pdf) (3. 8. 2014).
- Suter, Esther, in Armitage, D. Gail (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. 1. 2014).
- Sevenhujisen, Selma (2003): Prostor za skrb. Pomen etike skrbi za socialno politiko. V S. Sevenhujisen in A. Švab (ur.): *Labirinti skrbi: pomen perspektivne etike skrbi za socialno politik*: 13–39. Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne in politične študije.
- ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje (2013). Dostopno prek: http://www.sent.si/index.php?m_id=novice&n_id=109 (10. 6. 2014).
- Škerjenc, Jelka (2010): Prispevek uporabnikov socialno varstvenih storitev k oblikovanju konceptov za praktični študij socialnega dela. Ljubljana: FSD.
- Šprah, Lilijana, Novak, Tatjana, in Dernovšek, Mojca Zvezdana (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. 2. 2014).
- Šentprima (2013): Duševno zdravje v skupnosti. Dostopno prek: http://www.cnvos.info/User-Files/File/Informiranje/cNVOs_INFO/zdravje%20in%20sport/DUSEVNO%20ZDRAVJE%20V%20SKUPNOSTI_program_JUNI2013.pdf (3. 7. 2014).
- Švab, Vesna (2011): Z dokazi podprto načrtovanje na področju duševnega zdravja. V J. Farkaš Lainščak in L. Zaletel Kragelj (ur.): *Z dokazi podprto javno zdravje: zbornik prispevkov Cvahtetovi dnevi javnega zdravja: 73–77*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.
- Švab, Vesna (2009): Duševna bolezen in stigma. Ljubljana: Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje.
- Tancig, Simona (2008): Razvoj empatije, teorije uma in metarepresentacije: interdisciplinarni pogledi. Mednarodna multi-konferenca Informacijska družba: 353–357. Ljubljana: Institut Jožef Stefan.
- 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. 7. 2014).
- Urek, Mojca (2005): Zgodbe na delu. Ljubljana: *Cf.
- Urek, Mojca, in Ramon, Shula (2008): Uveljavljanje načela enakopravnosti glede etničnosti in spola v duševnem zdravju. *Socialno delo*, 47 (3–6): 177–186.

- Videmšek, Petra (2011): Vpliv ljudi s težavami v duševnem zdravju na delovanje skupnostnih služb za duševno zdravje v Sloveniji. Doktorska disertacija. Ljubljana: FSD.
- Videmšek, Petra (2013): Iz institucij v skupnost: stanovanjske skupine nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Wittchen, Hans-Ulrich, in Jacobi, Frank (2005): Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15: 357–376. Dostopno prek: http://www.europeanbraincouncil.org/pdfs/Publications/_Size_Burden%20of%20Mental%20Disorders%20-%20ecnp.pdf (29. 6. 2014).
- WHO Mental Health Gap Action Programme (2014): World Health organization. Dostopno prek: http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/ (23. 6. 2014).
- World Health Organization (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Dostopno prek: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html> (24. 6. 2014).
- Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr). Uradni list št. 77/2008. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=88016> (2. 7. 2014).
- Zdravstveni statistični letopis (2013). Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno prek: http://www.stat.si/publikacije/pub_letopis_prva.asp (12. 2. 2014).
- Zgonc, Špela, in Smerdu, Maja (2005): Individualno načrtovanje za samostojno življenje. Ljubljana: Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje.
- Zupančič, Vesna, in Filej, Bojana (2013). Koncept skupnostne skrbi iz perspektive znanja študentov. V D. Železnik, B. M. Kaučič, in U. Železnik (ur.): Sedanjost in prihodnost zdravstvenih ved v času globalnih sprememb: 66–75. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.
- Zupančič, Vesna, in Pahor, Majda (2014): Skrb za osebe z depresijo v Sloveniji: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 48 (2): 136–146.

Summary

Mental health care is one of the strategic objectives of the European Union's policy, as the emergence of mental health disorders is not just a personal but a social problem. Increasing international and national efforts for the design of so-called community care can be observed in policies, legislations and mental health services. In 2008, Slovenia saw the adoption of the Mental Health Act regulating the system of health care and social assistance in the field of mental health, defining activity holders and the rights of people during treatment. Also in place is the 2014-2018 Resolution on the National Mental Health Plan. These documents shape the public health measures to maintain, foster and promote mental health, and the design of community treatments for people with mental health disorders. The public support network of providers who carry out programs and services for mental health includes providers of psychiatric treatment, social assistance programs and services, controlled treatments and community treatments. Thus, local communities are gaining significance within the network of program and service providers who promote community mental health care.

The system of services provided by local communities involves the integration of various treatment providers in the community e.g. coordinators for community treatment, controlled treatment, and teams for community psychiatric treatment. Before,

assertive community treatment teams and NGOs were operating in local communities through housing groups, day centers, counseling offices and counseling phones. However, there are still problems in the field of mental health in Slovenia, mainly in terms of inequality in accessing services, inclusion of people with mental health disorders into treatment and the recognition of the role of distinct providers. The design of community mental health care is discussed in terms of integration, rights and solutions for comprehensive treatment of people with mental health disorders. The research focuses on administrative bodies in the local community in light of their statutory competences to promote designing mental health care for residents.

The research question was whether local communities and administrative bodies support the network of mental health service providers and programs. We tried to establish if local communities, according to select criteria, and the association of statistical indicators of local community specifics (via the Statistical Office of RS) and the evaluation of administrative bodies, can be classified into groups to determine necessary adjustments in the design and realization of programs to maintain, foster and promote residents' mental health, and to encourage them to enter into treatment upon the onset of mental health disorders.

To answer the research question, we developed a methodology framework for the case study in the Novo mesto Health Region. The sample included all 17 municipalities/local communities. Data was gathered quantitatively by an online survey sent out to administrative bodies for mental health in respective local communities, and by statistical databases where statistical data is available by local communities. The analysis involved a basic descriptive method, hierarchical method of grouping and discriminant analysis.

The results show that local communities in a region may differ and that administrative bodies are mostly unaware of the local community specifics. Their evaluations of single criteria differ from existing statistical data for local communities. Unfortunately, data in the field of health care is not available by local communities. Administrative bodies reported that most local communities have no designated contact person for mental health, and residents' mental health care is not among their priorities. They are neither satisfied nor dissatisfied with the present mental health network of health and social services and the work of NGOs. They rate the cooperation between mental health network organizations as inadequate. Based on the association of answers by administrative bodies in the survey and statistical indicators of the specifics of local communities it is possible to logically divide local communities into three groups: self-sufficient local communities, developing local communities and local communities with urban traits, in order to facilitate the adjustments in the design and realization of programs to maintain, foster and promote residents' mental health, and to encourage their entering into treatment upon onset of mental health disorder symptoms.

Administrative bodies in local communities need extra support to gain better insight into the residents' mental health care. It is crucial for administrative bodies to review statistical data on the specifics of local communities and their residents in light of their statutory competences and to define priority actions in local communities.

Administrative bodies in local communities should also be informed of the significance of residents' mental health and ongoing promotion of active partnership in the mental health support network. Based on the specifics of the identified local community groups, mental health experts in local communities could design more efficient programs to maintain, foster and promote residents' mental health, and encourage them to enter into treatment upon onset of mental health disorder symptoms.

Podatki o avtoricah:

Vesna Zupančič, mag. vzg. in men. v zdr., univ. dipl. soc. ped, dipl. med. s.

Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto

e-mail: *vesna.zupancic@guest.arnes.si*

Doroteja Kuhar, dr. med., spec. jav. zdr.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Območna enota Novo mesto

e-mail: *doroteja.kuhar@niz.si*

red.prof. dr. Majda Pahor, univ. dipl. soc.

Zdravstvena fakulteta Univerze v Ljubljani

e-mail: *majda.pahor@zf.uni-lj.si*