

Integrirana skrb za osebe s težavami v duševnem zdravju

Znanstveni članek

UDK 618.89+364-783.4

KLJUČNE BESEDE: integrirana skrb, duševno zdravje, mreženje, sodelovanje, skupnostna skrb

POVZETEK - Skrb za duševno zdravje ima poseben javni pomen. Zagotavlja se s sodelovanjem med izvajalci zdravstvenih in socialnih storitev ter med javnimi, nevladnimi ali drugimi zasebnimi organizacijami v okviru formalne mreže izvajalcev na področju duševnega zdravja. Namen raziskave je bil pridobiti mnenje strokovnjakov in uporabnikov storitev glede sodelovanja med organizacijami v podporni mreži za osebe s težavami v duševnem zdravju. Cilj raziskave je bil razkriti prednosti in ovire za sodelovanje izvajalcev ter razvoj podporne mreže. Uporabljen je bil kvalitativni raziskovalni pristop. Izvedeno je bilo polstrukturirano intervjuvanje dvanajstih strokovnjakov in štirih fokusnih skupin z uporabniki storitev na področju duševnega zdravja. Strokovnjaki in uporabniki storitev so pri oceni sodelovanja med organizacijami na področju duševnega zdravja kot pomembna izpostavili delno različna področja. Pomembna sprožilna dejavnika za sodelovanje med izvajalci različnih sektorjev sta predvsem dva: prepoznavanje in izpolnjevanje potreb oseb s težavami v duševnem zdravju ter formalne in osebnostne lastnosti udeležencev.

Scientific article

UDC 618.89+364-783.4

KEY WORDS: integrated care, mental health, networking, cooperation, community care

ABSTRACT - Mental health care is an area of special public interest. More and more activities are focused on the provision of integrated care through collaboration between providers of health and social services and the public, NGOs or other private organisations in the context of a formal network of mental health. The purpose of the research was to gain an insight into the opinion of experts and service users on cooperation between organisations in the support network for people with mental health problems. The aim of the research was to reveal the advantages and obstacles for the cooperation between the providers and development of support networks. The qualitative research approach was used. A survey consisted of semi-structured interviews with 12 experts and 4 focus groups with users from mental health services. Professionals and service users emphasised slightly different areas in the evaluation of cooperation between organisations in the field of mental health. It appears that the important trigger factors for collaboration between different sectors are mainly two: identifying and meeting the needs of people with mental health problems and formal and personality traits of the involved.

1 Uvod

Skrb za duševno zdravje je zaradi visoke pojavnosti težav v duševnem zdravju in sekundarnih posledic področje posebnega javnega pomena in eden izmed strateških ciljev politike Evropske unije (Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje, 2008). Mednarodna in nacionalna prizadevanja za mreženje na ravni politik, zakonodaje in služb za duševno zdravje se povečujejo (WHO, 2013). Odnos države do (duševnega) zdravja svojih prebivalcev (politika zdravja) in organiziranost sistema varovanja njihovega zdravja, je namreč najpomembnejša determinanta duševnega zdravja prebivalcev v posamezni državi. Hkrati pa se vse več aktivnosti usmerja v zagotavljanje t. i. integrirane skrbi (ang. integrated care). V okviru Evropske komisije iščejo načine, kako najbolj kakovostno in smotno ocenjevati uspešnost sistema

zdravstvenega varstva v kontekstu integrirane skrbi (Health System Performance Assessment - HSPA, 2016).

2 Integralni, integrativni, integrirani pristop: razmejitev konceptov

Izraz integralen izhaja iz latinske besede »integralis« in pomeni celosten, sestavljajoč celoto, nedeljiv. Wilber (2007) vidi v integralnem pristopu kulturni premik v prizadevanju strokovnjakov različnih strok za celovitost, uravnoveženost in vključenost pri delovanju na vseh področjih znanosti. Predstavlja vizijo vsesplošnega razumevanja in sodelovanja (Hampson, 2007). Esbjörn-Hargens (2009, str. 1) razloži, da je vizija integralnega pristopa znotraj posamezne stroke v nekem smislu »meta-paradigma« ali način za združevanje že obstoječih, več ločenih paradigem (npr. zdravstveno in socialno varstvo) v medsebojno mrežo povezanih pristopov. V kontekstu integralne teorije predstavlja teoretični temelj, ki omogoča večplastno obravnavo kompleksnih težav (AQAL model) in uokvirja pot za dosego integrirane oskrbe (Zupančič, 2013).

Izraz integrativen se uporablja kot pridevnik (integrativna zdravstvena nega, integrativna medicina) in se povezuje, združuje s prizadevanji za holizem (gr. »holos« - cel), ki je novodobna paradigma, ki ne razstavlja stvari in pojavov, temveč jih pojmuje v njihovi celosti. Uporablja se v kontekstu t. i. celostne obravnave osebe, ki vključuje več kot le zdravljenje bolezni. V ta namen npr. integrativna medicina in integrativna zdravstvena nega uporabljata tako tradicionalne kot netradicionalne zdravstvene storitve (t. i. alternativno in komplementarno zdravljenje), vse z namenom uspešnega zdravljenja in skrbi za »duh in telo« (Kreitzer in Koithan, 2014).

Integrirani ali t. i. povezovalni pristop (lat. »integrare«) temelji na procesih »integracije«. Pomen pojma v različnih disciplinah ni identičen. Kot takšen se največkrat uporablja v kontekstu socialne vključenosti in tako v svojem bistvu predstavlja povezovanje posameznika z njegovim okoljem. Čim bolj je ta z njim povezan in vanj integriran, tem bolje opravlja svoje funkcije in vsakodnevne vloge (Haralambos in Holborn, 2005). Integracija se po Parsons v sociološkem smislu nanaša predvsem na »urejanje« konflikta. Skrbi za koordinacijo in medsebojno prilagajanje delov družbenega sistema. Haralambos in Holborn (2005) opozarjata na vrednost pravnih norm, ki z definiranjem in s standardizacijo odnosa med posameznimi lokalnimi akterji zmanjšujejo možnosti za konflikt. Pomeni najprej vzajemnost praks (avtonomnosti in odvisnosti) med akterji in kolektivitetami. Družbena integracija predstavlja vzajemnost med akterji v kontekstu (so)navzočnosti, na ravni neposredne interakcije. Sistemska integracija pa pomeni vzajemnost med akterji in kolektivitetami v času in prostoru, torej med akterji, oddaljenimi v času in prostoru (Giddens, 2003; Flipovič, 2007).

Ekspertna skupina Evropske komisije (2016) poudarja, da integrirana skrb vključuje pobude za izboljšanje rezultatov oskrbe z odpravo vprašanja razdrobljenosti ter s povezovanjem in koordinacijo storitev vzdolž celotnega kontinuuma skrbi. Gre za organizirano obliko pomoči pacientom, ki obsega zdravstveno in socialno oskrbo ne glede na mesto bivanja (Zupančič, 2016). V Sloveniji je razvoj integrirane obravnave

zagotovo prisoten, primanjkuje pa empiričnih podatkov o stopnji razvoja integracije predvsem na mezo in mikro ravni. Pomembno je, da vodenje integrirane obravnave poteka na (1) ravni uporabnika, (2) organizacijski ravni in (3) na ravni postavljenega sistema integrirane obravnave. Z Resolucijo nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (2016) se je Slovenija zavezala k prizadevanjem za celovit/integriran pristop do pacienta v celotnem procesu obravnave. Osnova za izboljšanje povezovanja so določene klinične poti, vzpostavljeni protokoli komunikacije med izvajalci različnih ravni, specialnostmi in službami (vključno s socialnim varstvom) in zagotovljen ustrezen informacijski sistem. Integrirano in celovito obravnavo vidijo tudi kot ukrep v prizadevanjih za optimizacijo zdravstvene oskrbe. Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji (Slovenia HiT, 2016) je pokazala, da imamo dobro zasnovano primarno zdravstveno varstvo za reševanje spreminjajočih se zdravstvenih potreb in potreb prebivalcev po zdravstveni obravnavi, vendar pa se soočamo z izzivi razpršenosti organizacije in zagotavljanja storitev. Ostaja potreba po okrepitvi koordinacije, sodelovanja med različnimi izvajalci zdravstvene dejavnosti, znotraj zdravstvenih ustanov in institucij v procesu zdravstvene oskrbe od preventive in zgodnjega odkrivanja bolezni do obravnave tistih, ki imajo več zdravstvenih potreb hkrati in je zanje pogosto ključen prehod iz bolnišnične obravnave v dolgotrajno oskrbo. Nujno je prepoznavanje ključnih spodbud in ovir za optimizacijo sodelovanja med primarno in sekundarno ravno zdravstvenega varstva ter med bolnišnično obravnavo in dolgotrajno oskrbo, pa tudi boljša povezanost med ravnmi zdravstvene dejavnosti in socialnim varstvom. Dolgotrajna oskrba, ki je že v svojem teoretičnem bistvu integrirana oskrba, obsega zdravstvene storitve in storitve, namenjene ohranjanju preostalih psihofizičnih sposobnosti brez pomoči druge osebe ali zmanjšanju potrebe po pomoči na najmanjšo možno mero, v okviru možnosti pa tudi povrnitev sposobnosti osebe za življenje brez pomoči druge osebe. Storitve se izvajajo v institucijah (domovi za starejše, podaljšano bolnišnično zdravljenje), v dnevni in ambulantni obravnavi ali na domu (patronaža, svojci) (Terminološki slovar izrazov v sistemu zdravstvenega varstva, 2014).

V okviru projekta »Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih – Skupaj za zdravje« je bilo v ospredju prizadevanje za integrirano oskrbo; za t. i. skupnostni pristop. Po Javornik (2003, 45) je skupnostna skrb izraz, ki se nanaša na vse oblike pomoči, ki jih odrasla oseba potrebuje zato, da bi lahko varno in neodvisno živela v lastnem okolju, lastni lokalni skupnosti, svoji soseščini takrat, ko ima zaradi oviranosti, bolezni ali posebnih potreb (ranljivosti, prizadetosti, izrednih življenjskih okoliščin) določene težave pri neodvisnem funkcioniranju. Pri skupnostnem pristopu je v ospredju pacient kot uporabnik programa/storitev, zato je tovrsten pristop prilagojen njegovim potrebam. Poudarek je na spretnostih in kompetencah vseh sodelujočih struktur in deležnikov v lokalnem okolju in na spoštovanju avtonomnosti posameznika. Skupnostni pristop omogoča boljši dostop do storitev in programov, razvoj podpornih mrež in skupin za samopomoč ter upošteva formalne in neformalne oblike pomoči (Farkaš Lainščak idr., 2015).

Integracija, kot temeljni koncept prenovljenega in nadgrajenega preventivnega programa v zdravstvu, predstavlja koncept vključevanja, sodelovanja in povezovanja obstoječih in novih procesov, komunikacijskih poti, obravnav, ciljnih skupin, timov v preventivnih obravnava, spremljanja in evalvacije ter upravljanja na nacionalni, regionalni in lokalni ravni. Pričakovane koristi koncepta integracije za paciente - uporabnike preventivnega programa so v večji informiranosti, motiviranosti in posledično boljši vključenosti ter sprejemljivejši (geografsko, vsebinsko, časovno in metodološko) in ustreznejši (na osnovi potreb) obravnavi. Izvajalci pa od »integrirane preventive« pričakujejo boljše doseganje ciljev preventivnega programa, timsko (vzajemno) podporo pri vključevanju ranljivih skupin in neodzivnikov (med različnimi službami znotraj zdravstvenega doma in lokalnimi deležniki) ter izvajanju obravnav (nove obravnave za ranljive skupine, nove in prenovljene obravnave za ogrožene in kronične bolnike), večjo fleksibilnost in mobilnost pri vključevanju in obravnava, povratne informacije o vključenosti, kakovosti izvedbe in učinku (Farkaš Lainščak idr., 2015).

3 Sistem skrbi za osebe s težavami v duševnem zdravju v Sloveniji

V Sloveniji je bil na nacionalni ravni sprejet Zakon o duševnem zdravju (2008), ki ureja sistem zdravstvene in socialnovarstvene skrbi na področju duševnega zdravja, delovanje nosilcev dejavnosti in pravice oseb med zdravljenjem. Pripravljena je bila tudi Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014-2018 (predlog 2014), kjer je jasno poudarjeno, da skrb za duševno zdravje ni le odgovornost zdravstvenega sektorja, ampak vseh sektorjev in politik, ker na zdravje ljudi vplivajo dejavniki naravnega okolja, socio-ekonomski dejavniki in družbene vrednote ter prepričanja (Zaletel Kragelj idr., 2007), kar presega okvire odgovornosti zdravstvenega sektorja.

Sistem skrbi za duševno zdravje predstavlja strukturo institucij in vseh dejavnosti, katerih osnovni namen je spodbujati, ohranjati in obnavljati duševno zdravje. V javno podporno mrežo izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje v Sloveniji so po Zakonu o duševnem zdravju (2008) uvrščeni izvajalci psihiatričnega zdravljenja, socialnovarstvenih programov in storitev, nadzorovane obravnave ter obravnave v skupnosti. Delujejo v polju med zdravstvenim in socialnim ter omogočajo nepretrgano promocijo in krepitev duševnega zdravja, diagnostiko, zdravstveno obravnavo, zdravstveno nego, nastanitev, zaposlitev ter socialno podporo in vključitev (tabela 1).

Tabela 1: Formalna mreža izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje

Identificirani akterji (izvajalci)	Aktivnosti
psihiatrične bolnišnice ali psihiatrični oddelki splošnih bolnišnic	akutna bolnišnična obravnava v bolnišnici – hospitalizacija, izvajanje zdravljenja v bolnišnici – dnevni oddelek
akterji skupnostne obravnave za osebe s težavami v duševnem zdravju	obrnava v skupnosti (koordinator obravnave v skupnosti), nadzorovana obravnava v skupnosti (koordinator nadzorovane obravnave), intenzivna obravnava v skupnosti (multidisciplinarni skupnostni timi – SPO), zdravstvena obravnava na domu in skupina za krizne in nujne posege
psihiatrične ambulante in psihiatrične ambulante s koncesijo za opravljanje zdravstvene dejavnosti	ambulantno zdravljenje in spremljanje pacientov z motnjami v duševnem zdravju
kliničnopsihološke ambulante, ambulante za klinično psihologijo s koncesijo za opravljanje zdravstvene dejavnosti	diagnostika in zdravljenje duševnih motenj, psihološko svetovanje in psihoterapevtske obravnave, promocija in preventiva ter zgodnje odkrivanje bolezni in stisk
specializirane službe za motnje hranjenja, dvojne diagnoze, rezistentne čustvene motnje, specializirane službe za otroke in mladostnike, specializirane službe za starostnike in druge ranljive skupine ter specializirane službe za zgodnje posege	diagnostika in zdravljenje motenj, diagnostika in zdravljenje motenj, kjer je čas med začetkom bolezni in začetkom zdravljenja zelo pomemben
zdravstveni domovi (osnovno zdravstveno varstvo in specialistične ambulante), ambulante medicine dela, referenčne ambulante	prepoznavanje duševnih motenj in poslabšanja stanja ter triažiranje, medicinska pomoč in napotitve na specialistične preglede in preiskave, napotitve na prostovoljno in neprostovoljno zdravljenje, svetovanje, promocija zdravega življenjskega sloga in preventiva kroničnih nenalezljivih bolezni
službe zdravstvene nege in patronažne službe, službe za promocijo zdravja in zdravstvene vzgoje (preventivni kabinet)	prepoznavanje duševnih motenj in poslabšanja stanja ter triažiranje, zdravstveni preventivni in kurativni posegi (aplikacija terapije) in kontinuirano spremljanje pacientov, podpore intervencije za posameznike in njihove bližnje, zdravstvena vzgoja, promocija, preventiva
Nacionalni institut za javno zdravje z območnimi enotami	izvajanje programov promocije zdravja in varovanje duševnega zdravja aktivnega prebivalstva, zbiranje in analiza statističnih podatkov
organizacije za opravljanje socialnovarstvenih storitev, centri za socialno delo, pravne in fizične osebe s koncesijo ali z dovoljenjem za opravljanje socialnovarstvenih storitev	pomoč v skladu s Katalogom javnih pooblastil, pomoč na domu
javni socialnovarstveni zavodi z varovanimi oddelki, posebni socialnovarstveni zavodi	različne stopnje podpore v mreži nastanitvenih služb
NVO, ki delujejo na področju duševnega zdravja, dnevni centri in svetovalno-informativne pisarne	svetovanje, samopomoč in izobraževanje, vodenje dnevnih centrov, pisarn za svetovanje, stanovanjskih in bivalnih skupin, vodenje treningov socialnih in življenjskih spretnosti, delo z družinami, pomoč in podpora pri učenju in študiju ter organizacija prstočasnih dejavnosti, izvajanje programov zaposlitvene rehabilitacije, socialne vključenosti, usposabljanje za delo v centrih s podporno zaposlitvijo, informiranje (telefonsko, internetno informiranje, informativne zloženke), promocijska in preventivna dejavnost in izvajanje protistigmatizacijskih programov
rehabilitacijski in zaposlitveni centri, zavodi	zaposlovanje in izvajanje programov zaposlitvene rehabilitacije, skupine za samopomoč, nastanitvena podpora za osebe s težavami v duševnem zdravju

Vir: Zupančič, V. (2016). Nevladne organizacije v podporni mreži za osebe z depresijo (Doktorska disertacija). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

V raziskavah glede organiziranosti in delovanja javne zdravstvene službe na področju duševnega zdravja v Sloveniji 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 organizacijami (ter drugimi zasebnimi organizacijami) (Jeriček Klanšček idr., 2009; Zupančič, Kuhar in Pahor, 2014; Zupančič in Pahor, 2016). Že z Resolucijo nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (2016) je Slovenija začrtala, da mora biti posebna pozornost namenjena prehodu od različnih oblik institucionalne oskrbe do storitev v skupnosti in pacientom s težavami v duševnem zdravju iz ranljivih skupin prebivalstva, tudi v smislu boljše povezanosti med zdravstvenim in socialnim varstvom, izobraževalci in nevladnimi organizacijami (v nadaljevanju NVO). Zastavljen je bil cilj, da bomo z aktivnostmi na področju duševnega zdravja zagotavljali: celovito/integrirano obravnavo pacienta z duševnimi motnjami; enako dostopnost do kakovostne obravnave čim bližje prebivalcem; boljšo povezanost med ravnmi zdravstvene dejavnosti in socialnim varstvom ter usmerjenost v uporabnika in njegovo opolnomočenje. Vendar pa se je na tej poti pojavilo več ovir. Predvsem pa je prisoten primanjkljaj empiričnih podatkov, da bi se lahko začrtala na dokazih temelječa pot razvoja naprej - za kakovostno integrirano (kontinuirano, koordinirano) ter celostno, k pacientu (uporabniku storitev) usmerjeno zdravstveno in socialno oskrbo. Mreženje organizacij na področju zdravstvenega in socialnega varstva potrebuje podporo na različnih ravneh, tako na makro, mezo in mikro ravni. Govorimo o akterjih v podporni mreži za razvoj skupnostne skrbi na področju zdravstvenega in socialnega varstva. Za vrednotenje njihovih prizadevanj se razvijajo različni modeli merjenja, ki skušajo bolj ali manj uspešno zaobjeti kompleksnost situacije celostne, kontinuirane in integrirane obravnave pacienta ter skupnostne skrbi kot idealnega stanja za obravnavo in zagotavljanje dobrega počutja pacienta (HSPA, 2016).

3.1 Namen, cilj in raziskovalno vprašanje

V prizadevanjih za povezovanje in sodelovanje organizacij - mreženje na področju duševnega zdravja je bilo nujno preučiti, kako potekajo procesi vertikalne in horizontalne integracije (na ravni lokalne skupnosti). Predpostavljamo, da so procesi integracije izvajalcev in storitev za (duševno) zdravje in kakovost življenja v lokalni skupnosti tesno povezani s stopnjo razvoja skupnostne skrbi. Namen te raziskave je bil pridobiti vpogled v mnenje strokovnjakov in uporabnikov storitev o sodelovanju med organizacijami v podporni mreži za osebe s težavami v duševnem zdravju, cilj pa razkriti prednosti in ovire za razvoj podporne mreže za osebe s težavami v duševnem zdravju v Sloveniji. Temeljno raziskovalno vprašanje je bilo: »Kako strokovnjaki in pacienti kot uporabniki storitev ocenjujejo sodelovanje med organizacijami v podporni mreži na področju duševnega zdravja?«

4 Metode

Uporabljen je bil kvalitativni raziskovalni pristop. Izvedeno je bilo polstrukturirano intervjuvanje strokovnjakov in ključnih izvajalcev ter fokusne skupine z uporabniki storitev s področja duševnega zdravja. Predlogi za polstrukturirani intervju in fokusno skupno sta bili razviti namensko. Izvedene aktivnosti so bile del širše raziskave o delovanju nevladnih organizacij v podporni mreži za osebe z depresijo (Zupančič, 2016). Intervjuvanih je bilo 12 oseb; 7 priznanih strokovnjakov s področja duševnega zdravja in 5 ključnih izvajalcev, ki delujejo na ključnih delovnih mestih v ljubljanski in novomeški zdravstveni regiji. Izvedene so bile 4 fokusne skupine, v katerih pa je sodelovalo skupno več kot 70 oseb. Pri tem pa točnega števila ne moremo določiti, ker so na fokusne skupine uporabniki storitev prihajali in odhajali glede na svoje počutje. Dve fokusni skupini sta bili izvedeni v ljubljanski, dve pa v novomeški zdravstveni regiji. Posnetki intervjujev in fokusnih skupin so bili dobesečno prepisani. Zapisi so bili večkrat prebrani v celoti in odprto kodirani. Kode so bile združene v kategorije, te pa v področja, ki so glede na zastavljeno vprašanje predstavljena kot rezultati.

5 Rezultati

Strokovnjaki in uporabniki storitev so pri oceni sodelovanja med organizacijami v podporni mreži za osebe s težavami v duševnem zdravju izpostavili delno različna področja. V tabeli 2 so predstavljene prepoznane kategorije in področja pri analizi kvalitativno zbranih podatkov.

Strokovnjaki pri oceni sodelovanja med organizacijami v podporni mreži za osebe s težavami v duševnem zdravju kot pomembna področja izpostavljajo normativno ureditev, interdisciplinarno sodelovanje, kakovost obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju, sodelovanje s svojci in sodelovanje NVO v podporni mreži. Uporabniki storitev pa so pri ocenjevanju razglabljali predvsem o ovirah, priložnostih ter o potrebah po sodelovanju. Kot pomemben pokazatelj vidijo primere dobre prakse. Sodelovanje pa povezujejo tudi z izobraženostjo, ne samo izvajalcev, tudi njih samih. Niso pa se osredotočali na normativno podlago, temveč so pri oceni bolj izhajali iz neposrednih življenjskih situacij.

Glede prisotnosti protokolov sodelovanja med nevladnimi in vladnimi ter drugimi zasebnimi organizacijami v okviru podporne mreže za osebe s težavami v duševnem zdravju v lokalni skupnosti so si strokovnjaki dokaj enotni, da na tem področju še ni dovolj narejenega. Menijo, da je razvoj protokolov odvisen predvsem od stroke, čeprav se zavedajo pomena nacionalne usklajenosti. Predpostavljajo, da je delovanje NVO za osebe s težavami v duševnem zdravju odvisno tudi od pripravljenosti na sodelovanje drugih organizacij in njihovih izvajalcev, kar vidijo kot enega izmed pogojev za zajem teh oseb v obravnavo.

Tabela 2: Mnenja strokovnjakov in uporabnikov o sodelovanju med organizacijami v podporni mreži za osebe s težavami v DZ

<i>Ocena strokovnjakov</i>		<i>Ocena uporabnikov storitev</i>	
<i>Področja</i>	<i>Kategorije</i>	<i>Področja</i>	<i>Kategorije</i>
Normativna ureditev	<i>kulturna raznolikost</i>	Ovire za sodelovanje	<i>premajhna povezanost</i>
	tekmovanje, konkurenčnost		vkopanost
	javni interes		vpliv antipsihiatrije
	prevladujoča paradigma		predhodne slabe izkušnje
	skupnostna skrb		kritični pogled na stanje
	sprememba zakona		sodelovanje z osebjem
	različna razlaga zakona		geografska oddaljenost
Interdisciplinarno sodelovanje	zakonska podlaga		nevajenost vožnje v mesto
	osnovni pogoji za sodelovanje		slaba socialna podpora
	motivacija, volja		ocena stanja
	sodelovanje na podlagi potreb	Priložnosti, potrebe po sodelovanju	interdisciplinarnost
	pomanjkanje informacij		iskanje nasvetov pri uporabnikih
	strategija za povezovanje		pomen osebne zavzetosti
	kompetence za timsko delo		diagnostika telesnih bolezni
	kompatibilnost programov		medgeneracijske vezi
	integrativno sodelovanje	Izobraženost za sodelovanje	vprašljiva kakovost izobraževanja
	povečana pozornost		premajhna vključenost vseh deležnikov
nejasna razmejitve vlog		socialno mreženje	
partnersko sodelovanje		izobraževanje uporabnikov storitev	
	poklicna identiteta	Primeri dobrega sodelovanja	medsektorski primeri dobrega sodelovanja
Kakovost obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju	vpliv na osebne okoliščine		medgeneracijsko sodelovanje
	primeri dobre prakse		medsebojna uporabniška samopodpora
	vplivanje na samostojnost	Kakovost podpore	vključitev v več različnih dejavnosti
	motivator v skupnosti		formiranje prijateljskih skupin na izobraževanjih v prizadevanjih za boljšo kakovost izvedbe
	pomen pravega trenutka		
	pritisk okolja		

	terensko delo		vloga zastopnikov pri ščitenju interesov zastopanca
	prisotnost manipulacije		
	intelektualna oviranost		sodelovanje pri zagotavljanju materialnih pogojev za delo
	metode posredovanja informacij		
	individualni načrt		upoštevanje želje glede vloge svojcev
	vrednotenje uspeha		različni načini spodbujanja k aktivnosti
	pomanjkanje zaupanja		reševanje kompleksnih problemov
Sodelovanje s svojci	pričakovanja svojcev		problem potnih stroškov
	odnos svojcev		potreba po stalnosti kadrov
	potreba po uravnovešeni podpori	Sodelovanje NVO v podporni mreži	sodelovanje NVO z CSD zaradi urejanja dokumentov
	podpora svojcem		
	zabrisanost vlog		možnost izbire
Sodelovanje NVO v podporni mreži	področje socialnega varstva		sodelovanje v okviru koordinacije
	neusklajenost med zakoni		nelojalna tekmovalnost med NVO
	določitev financerja NVO		sodelovanje za potrebe uporabnikov
	koncesija in NVO		odvisno od mentorjev v programu
	vstop v javno mrežo		boljša vpetost - boljše za uporabnike
	pogoji za obravnavo		prekrivanje dobrih aktivnosti

Ovire za sodelovanje vidijo v značilnostih izvajalcev, ki temeljijo na razviti poklicni identiteti, osebnostnih lastnostih deležnikov, v medsebojnem nezaupanju in nepoznavanju načina delovanja. Pogoji za sodelovanje so bili normativna podpora, terminološko poenotenje ključnih pojmov, razvoj kompetenc za sodelovanje itd. Pri razvoju sodelovanja v obravnavi oseb s težavami v duševnem zdravju prepoznajo vpliv lastne volje osebe, da pomoč zahteva, in izvajalca, ki ji pomoč uredi preko povezovanja z različnimi izvajalci. Pomemben se jim zdi tetralog med politiko, uporabniki, svojci in strokovni delavci, ugotavljajo pa, da v realizaciji prihaja do odstopanj.

Uporabniki storitev ne razmišljajo o protokolih sodelovanja, sodelovanje organizacij povezujejo z izpolnjevanjem njihovih potreb, s priložnostmi in z ovirami za sodelovanje, znanjem izvajalcev in primeri dobre prakse. Kot primer dobrega sodelovanja vidijo medsebojno uporabniško podporo, delavnice medgeneracijskega sodelovanja, sodelovanje NVO z javnimi organizacijami zaradi urejanja različnih uradnih stvari. Ovire za sodelovanje vidijo predvsem v vkapanosti javnega in nevladnega sek-

torja, ter razlikah v njihovih stališčih zaradi vpliva antipsihiatrije in izobraževalcev - zato se pojavlja kritična distanca do drugega sektorja in izobraževalcev. Predlagajo, da bi predstavniki NVO delovali kot prostovoljci tudi v bolnišnicah. Priložnosti za sodelovanje različnih sektorjev pa vidijo tudi v preventivnih programih.

6 Razprava

Pokaže se razlika med področji, po katerih so strokovnjaki in uporabniki storitev ocenjevali sodelovanje med organizacijami v podporni mreži na področju duševnega zdravja. Strokovnjaki so bolj pozorni na normativno ureditev, saj praviloma intenzivno sodelujejo pri pripravi normativnih dokumentov. Uporabniki storitev pa oceno sodelovanja pogosto enačijo z zadovoljevanjem njihovih potreb in reševanjem kompleksnih problemov. Razlike v prepoznavanju potreb oseb s težavami v duševnem zdravju med strokovnjaki in izvajalci na eni strani in dejanskimi potrebami uporabnikov storitev na drugi strani, npr. pri terenskem motiviranju, ali pri odločanju med hospitalizacijo oz. obravnavo v skupnosti, kažejo na to, da poznavanje potreb oseb s težavami v duševnem zdravju med izvajalci še ni dovolj dobro. Pomembna sprožilna dejavnika za sodelovanje med javnim in nevladnim sektorjem sta predvsem dva: (1) prepoznavanje in izpolnjevanje potreb oseb s težavami v duševnem zdravju ter (2) formalne in osebnostne lastnosti udeleženi. Tudi drugje prihajajo do ugotovitev, da je prisotna potreba po sistematičnem ugotavljanju potreb uporabnikov storitev s področja duševnega zdravja (Barker idr., 2014). Jasno je, da je ob vstopu v sistem obravnava osebe omejena tako z viri strokovnih delavcev kot z viri sistema skrbi, ne glede na raven obravnave. Ti na eni strani stalno skrbijo za promocijo zdravja, na drugi pa s sodelovanjem zagotavljajo kontinuiteto obravnave ob prehajanju osebe s težavami v duševnem zdravju med bolnišnično obravnavo in obravnavo v skupnosti. Z boljšim sodelovanjem je možno izboljšati prepoznavanje in odzivnost na potrebe oseb s težavami v duševnem zdravju v smislu prepoznavanja pravega trenutka, ko so osebe pripravljene sprejeti pomoč, in v ustvarjanju palete priložnosti za njihovo identifikacijo, samodokazovanje in za dvig samozavesti ter percepcije tveganja, kot ga vidijo osebe same. Treba je izboljšati povezovanje vseh ustanov z lokalno skupnostjo v kontekstu spodbujanja oseb s težavami v duševnem zdravju, da prevzamejo aktivno vlogo pri lastnem zdravljenju, ker kot take predstavljajo ključni vir socialne podpore v sprožanju in vzdrževanju zdravljenja oseb s težavami v duševnem zdravju.

Uporabniki opozarjajo, kako zelo je pomembno, da je na posameznem delovnem mestu usposobljen izvajalec z delovnimi izkušnjami, ki pozna in razume njihovo nemoč zaradi težav v duševnem zdravju ter je motiviran za delo. Menijo, da morajo biti delodajalci pozorni na dejavnike motivacije izvajalcev, kot so oblika zaposlitve, pogoji za delo, naloge vodenja in organizacije ter nadzor nad delom. Nasploh je med udeleženci prisotno zavedanje o pomenu ustrezne izobraženosti kadrov. Zdi se, da oviro za sodelovanje vidijo v znanju in značilnostih izvajalca, ki temeljijo na razviti poklicni identiteti. Taz Joynes (2014) v svoji raziskavi o poklicni identiteti izvajalcev s

področja zdravstvenega in socialnega varstva potrjuje, da je razvita poklicna identiteta lahko ovira za sodelovanje. Pri tem navaja priporočila za preseganje ovir, izhajajoč iz poklicne identitete, ki so primerna tudi za našo situacijo: da se morajo izvajalci ne glede na poklicno pripadnost zavedati svoje odgovornosti za razvoj sodelovanja kot dela svoje poklicne identitete, da so pozorni, kakšna mnenja izražajo o drugih poklicih, zlasti pred študenti, da je medpoklicno izobraževanje najpomembnejše za pridobivanje izkušenj sodelovanja ter da morajo učitelji z razvito akademsko identiteto pripraviti študente na sodelovalno delo, ki pa se tako kot poklicna identiteta razvija z izkušnjami (Zupančič, 2016).

6.1 Priložnosti in omejitve študije

Tako zastavljen zajem podatkov je omogočil inkluziven pogled na problematiko, kar izhaja iz predpostavke, da le povezana, usklajena skrb za duševno zdravje pripelje do zelenih izidov. Omejitve študije izhajajo iz raziskovalnega načrta, kljub temu pa je na podlagi njenih rezultatov študije možno sklepanje o dejanskem stanju. Študija predstavlja dober temelj za nadaljnje znanstvenoraziskovalno delo na tem področju.

7 Zaključek

Vpogled v mnenje strokovnjakov in uporabnikov storitev glede sodelovanja med organizacijami v podporni mreži za osebe s težavami v duševnem zdravju je pokazal, da sodelovanje še ni dovolj dobro, je pa pomembno in nujno predvsem za reševanje kompleksnih problemov uporabnikov storitev. Integrirana obravnava je sicer prisotna, vendar pa gre tu za dolgotrajen proces, ki je odvisen od potreb uporabnikov, danih virov, prizadevanj za optimizacijo sistema zdravstvenega in socialnega varstva ter od dejanske pripravljenosti deležnikov na nov način dela.

Vesna Zupančič, PhD

Integrated Care for People with Mental Health Problems

Mental health care is an area of special public interest. More and more activities are focused on the provision of integrated care through collaboration between providers of health and social services and the public, NGOs or other private organisations in the context of a formal network of mental health. The development of integrated care is certainly present in Slovenia, although there is a similar lack of empirical data on the level of development of integration, primarily on the meso and micro level. It was necessary to frame the concept of integrated care and delimit it with integrative/integral approach.

The term integral comes from the Latin word "integralis" and means comprehensive, constituting a whole, indivisible. Wilber (2007) sees the accession of the integral cultural shift in the effort of experts in various disciplines for the integrity, balan-

ce and involvement in the operation in all fields of science. It is a vision of universal understanding and cooperation (Hampson, 2007). Esbjörn-Hargens (2009) explains that the vision of an integral approach within each discipline in a sense "meta-paradigm", or a way to combine existing, separate paradigms (e.g. health and social care), in a networked of connected approaches. In the context of the integral theory it presents a theoretical foundation that allows multifaceted treatment of complex problems (AQAL model) and frames the way to achieving integrated care (Zupancic, 2013).

The term *integrative* is used as an adjective (*integrative health care, integrative medicine*) and it connects, unites with the efforts for holism (gr. "Holos" - whole), which is the new age paradigm that does not show things and phenomena, but perceives them as a whole. It is used in the context of the so-called comprehensive treatment of the person, which includes more than just treating the disease. For this purpose, for example, *integrative medicine and integrative health care* use both traditional and non-traditional medical services (i.e. alternative and complementary therapies), all with a purpose of effective treatment and care for "spirit and body", in accordance with Kreitzer's model of welfare (Kreitzer and Koithan, 2014).

The so-called *integrated or inclusive approach* (lat. "Integrare") is based on a process of "integration". The importance of the concept in different disciplines is not identical. As such, it is most often used in the context of social inclusion and so in essence represents the integration of the individual with his environment. The more it is linked with and integrated into it, the better it performs its functions and daily deposits (Haralambos and Holborn, 2005). According to Parsons, integration in the sociological sense primarily relates to "editing" of the conflict. It is responsible for the coordination and mutual adaptation of parts of the social system. Haralambos and Holborn (2005) highlight the value of legal norms which, with the definition and standardisation of the relationship between local actors, reduce the potential for a conflict. Firstly, by the reciprocity practices (autonomy and dependence) between the actors and collectivisations. Social integration is a reciprocity between the actors in the context of (the) presence, on the level of direct interaction. System integration means interaction between actors and collectivisations in time and space, that is, between the actors, distant in time and space (Giddens, 2003; Flipovič, 2007).

Management of integrated care is carried out on (1) the user level, (2) organisational, and (3) system-level integrated care. By the Resolution National Health Care Plan 2016-2025 "Together for Health Society" (2016), Slovenia has undertaken to work towards an integrative/integrated approach towards the patient throughout the process of health care. The basis for enhancing cooperation are the identified clinical pathways; protocols are an established communication between providers of different levels, specialties and services (including the social protection), and provided with the appropriate information system. Integrated and comprehensive care is also seen as a measure in an effort to optimise health care. In Slovenia, the Mental Health Act (2008) was confirmed at the national level. It regulates the system of health and social care in the field of mental health operators, and the rights of persons during the treatment. In the network of public support operators, who implement programmes and services

for mental health in Slovenia, the contractors of psychiatric treatment, social welfare programs and services administered treatment and care in the community are classified under the Mental Health Act.

The Resolution on the National Programme for Mental Health 2014-2018 (proposal 2014) was also prepared. It clearly states that mental health care is not only the responsibility of the health sector, but of all sectors and policies. The networking organisations in the field of health and social care need the support on various levels, on macro, meso and micro levels. We talk about the actors in the support network for the development of community care in the field of health and social care. Various models of measurement are being developed for evaluating their efforts. More or less successfully, they are trying to encapsulate the complexity of the situation, comprehensive, continuous and integrated care for the patient and community care as an ideal situation to deal with and ensure the welfare of patients.

The purpose of the research was to gain an insight into the opinion of experts and service users on cooperation between organisations in the support network for people with mental health problems. The aim of the research was to reveal the advantages and obstacles for the cooperation between the providers and development of support networks. The qualitative research approach was used. A survey consisted of semi-structured interviews with 12 experts and 4 focus groups with users from mental health services. Focus groups involved over 80 people with mental health problems. Although the exact number cannot be determined, since the service users joined and left the focus groups depending on their mood. Two focus groups were conducted in Ljubljana and two in Novo mesto health region. Recordings of interviews and focus groups were transcribed verbatim. The texts were repeatedly read through and coded openly. The codes were grouped into categories, and categories into areas.

The experts in the assessment of cooperation between organisations in the support network for people with mental health problems highlight the areas of normative regulation, interdisciplinary collaboration, the quality of the treatment of persons with mental health problems, cooperation with families and the participation of NGOs in the support network as important. The service users discussed mainly obstacles, opportunities and the needs for cooperation in the evaluation. They see examples of good practice as an important indicator. Cooperation is also linked with the level of education of not only performers, but also of themselves. They did not focus on the normative basis, but when assessing, they arose from direct life situations. There is a difference between the areas where experts and users of the services assessed the cooperation between organisations in the support network in the field of mental health. Experts pay more attention to the normative regulation, which is, as a rule, closely involved in the preparation of normative documents. The service users often equate the evaluation of involvement to meeting their needs and solving complex problems.

It is evident that when entering the care system, the health care of the person is limited with the resources of professionals, as well as with the resources of care system, irrespective of the level of treatment. On one hand, they constantly care about health promotion, and on the other hand, they ensure the participation of continuity of care

at the crossing of persons with mental health problems during hospitalisation and treatment in the community. Better cooperation may improve recognition and response to the needs of people with mental health problems in terms of identifying the right moment, when people are willing to accept help. In creating a range of opportunities for their identification, self-confirmation, and raising their self-esteem and perception of risk, they see themselves. It is necessary to improve the integration of all institutions with the local community in the context of the task of persons with mental health problems to take an active role in their own care, because as such they also represent a key source of social support in the initiation and maintenance treatment of people because of mental health problems.

The pursued data collection enabled us an inclusive view of the problem, which stems from the assumption that only connected, coordinated mental health care leads to the desired outcomes. Limitations of the study originate from the research plan, despite the fact that the conclusion is possible according to the results. It represents a good basis for further research work in this field.

Insight into the opinion of experts and service users on cooperation between organisations in the support network for people with mental health problems showed that cooperation is not good enough, but it is important and necessary, especially to solve complex problems of service users. Even though processes of forming integrated care are present, it is a lengthy process based on users' needs, given resources, optimisation of the system of health and social care, and the actual willingness of stakeholders to use the new way of working.

LITERATURA

1. Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G. idr. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO world mental health surveys. *Psychological Medicine*, 44, št. 6, str. 1303–1317. Pridobljeno dne 23. 1. 2017 s svetovnega spleta: <http://search.proquest.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/docview/1514800088?accountid=16468>.
2. Esbjörn-Hargens, S. (2009). An overview of integral theory: an all-inclusive framework for the 21st Century. Pridobljeno dne 15. 1. 2017 s svetovnega spleta: http://www.integralresearchcenter.org/sites/default/files/integraltheory_3-2-2009.pdf.
3. Evropska komisija. (2016). Integrated care. EU Expert Group on HSPA. Pridobljeno dne 23. 1. 2017 s svetovnega spleta: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/ev_20160407_mi_en.pdf.
4. Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje. (2008). Pridobljeno dne 13. 1. 2017 s svetovnega spleta: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_sl.pdf.
5. Farkaš Lainščak, J., Huber, I., Maučec Zakotnik, J., Sedlar, N. in Vrbovšek, S. (ur.). (2015). Program integrirane preventivne KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih. Pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje. Pridobljeno dne 20. 1. 2017 s svetovnega spleta: http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventivne.knb_2015.pdf.
6. Filipovič, M. (2007). Družbena kohezija in soheska v pozni moderni. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
7. Giddens, A. (2003). *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age*. Stanford: Stanford University Press.

8. Hampson, G. P. (2007). Integral re-views postmodernism: the way out is through. *Integral review*, 4, str. 110–172. Pridobljeno dne 23. 1. 2017 s svetovnega spleta: <http://www.integral-review.org/documents/Hampson,%20Integral%20Re-views%20Postmodernism%204,%202007.pdf?q=the-mean-green-hypothesis-fact-or-fiction>.
9. Haralambos, M. in Holborn, M. (2005). *Sociologija. Teme in pogledi*. Ljubljana: DZS.
10. Health System Performance Assessment - HSPA. (2016). So what? Strategies across Europe to assess quality of care. Pridobljeno dne 1. 1. 2017 s svetovnega spleta: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/sowhat_en.pdf.
11. Javornik, S. (2003). Duševno zdravje in delo v skupnosti. V: Zbornik predavanj projekta Skupnostna skrb za uporabnike psihiatričnih služb na Krasu. Ljubljana: Slovensko združenje za duševno zdravje Šent, str. 44–47.
12. Jeriček Klanšček, H., Gabrijelčič Blenkuš, M. in Zorko, M. (2009). Sklepne ugotovitve. V: Jeriček Klanšček, H., idr. (ur.). *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, str. 100–105.
13. Kreitzer, M. J. in Koithan, M. (eds.) (2014). *Integrative nursing*. New York: Oxford University Press.
14. Resolucija nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravjak«. (2016). Pridobljeno 1. 2. 2017 s svetovnega spleta: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/resolucija_o_nacionalnem_planu_zdravstvenega_varstva_2016_2025_skupaj_za_druzbo_zdravja/.
15. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014–2018 (predlog 2014). Pridobljeno dne 2. 1. 2017 s svetovnega spleta: http://www.sent.si/fck_files/file/NOVICE/NPDZ_3_J.pdf.
16. Slovenia HiT. (2016). Pridobljeno dne 23. 1. 2017 s svetovnega spleta: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/slovenia-hit-2016>.
17. Valentijn, P., Boesveld, I., Van der Klauw, D., Ruwaard, D., Struijs, J., Molema, J., Bruijnzeels, M. and Vrijhoef, H. (2015). Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods study. *International Journal of Integrated Care*, Jan- March. Pridobljeno dne 23. 1. 2017 s svetovnega spleta: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4353214/>.
18. WHO (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Pridobljeno dne 1. 12. 2016 s svetovnega spleta: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/.
19. Wilber, K. (2007). *Integral spirituality: a startling new role for religion in the modern and postmodern world*. Boston, London: Integral Books. Pridobljeno dne 3. 1. 2012 s svetovnega spleta: <https://books.google.si/books?id=n-92sivPE2sC&printsec=frontcover&hl=sl>.
20. Zakon o duševnem zdravju. (2008). Uradni list RS, št. 77. Pridobljeno 21. 1. 2017 s svetovnega spleta <http://www.uradni-list.si/1/content?id=88016>.
21. Zaletel Kragelj, L., Eržen, I. in Premik, M. (2007). *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.
22. Zupančič, V. (2013). *Integralni pristop v zdravstveni negi (Magistrsko delo)*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.
23. Zupančič, V. (2016). *Nevladne organizacije v podporni mreži za osebe z depresijo (Doktorska disertacija)*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
24. Zupančič, V. in Pahor, M. (2014). Skrb za osebe z depresijo v Sloveniji: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 48, št. 2, str. 136–146.
25. Zupančič, V. in Pahor, M. (2016). The role of non-governmental organizations in the mental health area: differences in understanding. *Zdravstveno Varstvo*, 55, št. 4, str. 231–238.
26. Zupančič, V., Kuhar, D. in Pahor, M. (2014). Lokalne skupnosti in skupnostna skrb na področju duševnega zdravja: perspektiva upravnih subjektov, izvajalcev in uporabnikov. *Družboslovne razprave*, 30, št. 77, str. 27–48.