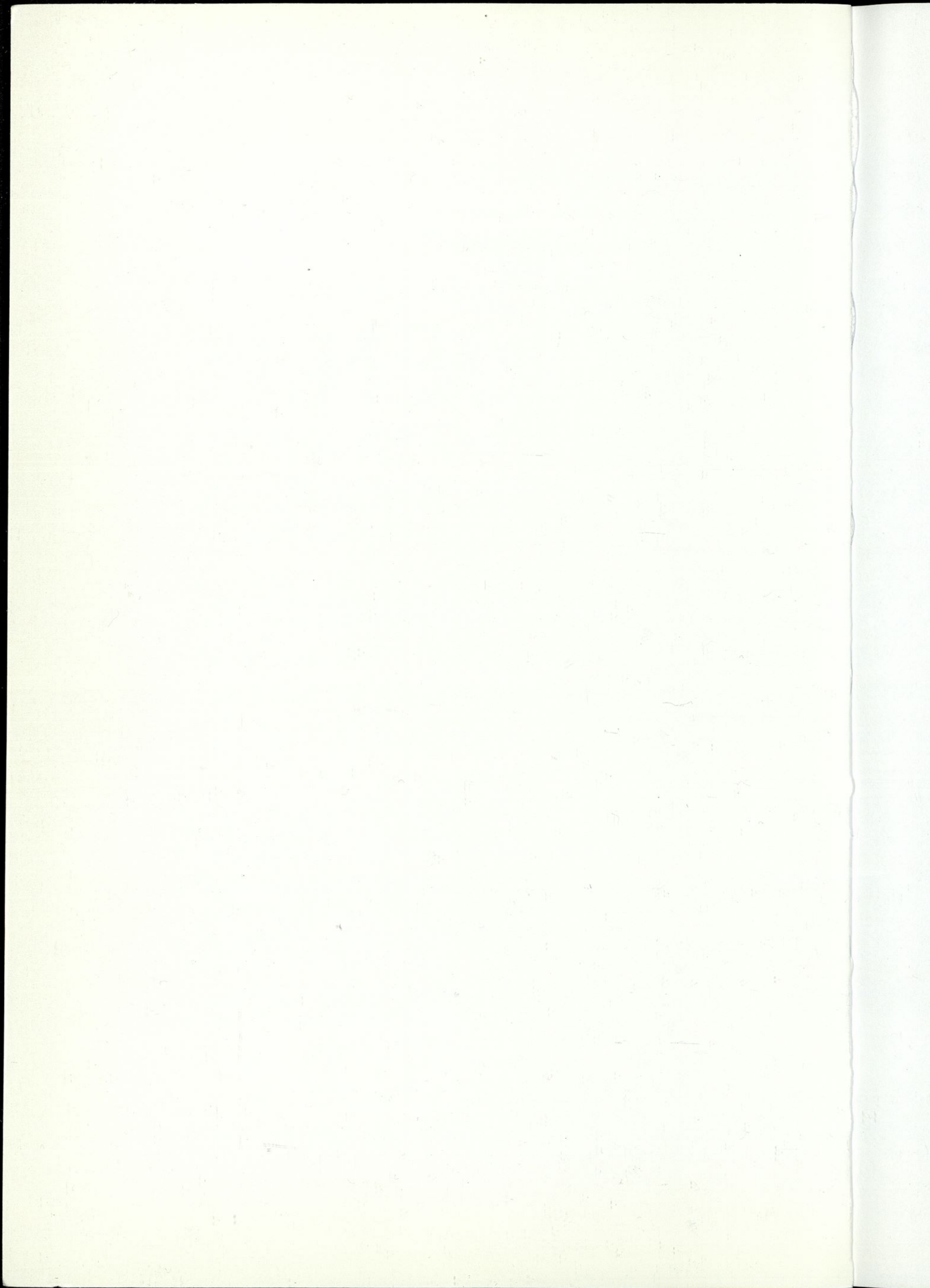


4 1200

št. 13

# KALJENJE

BILTEN SKUPNOSTI CSD SLOVENIJE





## **Bilten Skupnosti CSD Slovenije**

### **KALJENJE**

marec 2016

letnik VIII, št. 13

ISSN: 1580-027X

#### **Izdala:**

Skupnost CSD Slovenije

Slovenska cesta 55

1000 Ljubljana

Tel.: 08/20 22 400

Faks: 01/436 68 59

E-pošta: [scsd@siol.net](mailto:scsd@siol.net)

<http://www.scsd.si>

#### **Gradivo zbrala in uredila:**

Sendi Murgel

#### **Jezikovno pregledala:**

Nika Potisek

#### **Grafična priprava:**

Mateja Bajda

#### **Tisk:**

ABO grafika d.o.o.

Ob železnici 16

1000 Ljubljana

#### **Naklada:**

150 izvodov

Bilten KALJENJE izhaja občasno

Na podlagi mnenja Ministrstva za kulturo z dne 17.5.1999, št. 415-620/99 mb/so, šteje bilten KALJENJE med proizvode, za katere se plačuje davek na podlagi 13. točke tarifne št.3 Tarife davka od prometa proizvodov in storitev.

## KAZALO

<b>S SEKRETARKINE MIZE</b> .....	5
<b>TEŽAVE V DUŠEVNEM ZDRAVJU</b> .....	8
Duševne motnje .....	8
<b>VEDENJA, KI ZAHTEVAJO POSEBNO POZORNOST</b> .....	17
<b>UVOD</b> .....	22
<b>PRAVNA PODLAGA</b> .....	24
Akti EU na področju duševnega zdravja .....	24
Varstvo duševnega zdravja v Sloveniji .....	26
<b>OSEBE S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU</b> .....	27
Socialna varnost .....	28
Stanovanjske razmere .....	31
Delo in zaposlitev .....	33
Temeljna vsakdanja opravila .....	35
Socialna mreža .....	37
Druga pomembna življenjska področja za osebe s težavami v duševnem zdravju .....	38
<b>STROKOVNA IZHODIŠČA ZA DELO Z OSEBAMI S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU ZA KOORDINATORJE OBRAVNAVE V SKUPNOSTI</b> .....	42
Namen strokovnih izhodišč za delo z osebami s težavami v duševnem zdravju .....	42
Načela dela z osebami s težavami v duševnem zdravju .....	43
Načela dela s člani multidisciplinarnega tima in razpoložljivimi viri v domačem okolju .....	45
Metode dela .....	45
Individualni pristop in metoda individualnega načrtovanja .....	45
Izbira ukrepov in načinov ravnanja .....	47
Standardni postopki ravnanja .....	48
Okrepljeni postopki ravnanja .....	48
<b>OBLIKE POMOČI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA V SLOVENIJI</b> .....	49
Mreža zdravstvenih storitev .....	49
Mreža socialno varstvenih storitev .....	52
Mreža drugih služb .....	54
<b>OBRAVNAVA V SKUPNOSTI</b> .....	56
Krajevna pristojnost .....	56
Komu je namenjena obravnava v skupnosti .....	58
Koordinator obravnave v skupnosti .....	59
Izvajalci načrtov .....	62
Postopek obravnave v skupnosti .....	62

920163901



Identifikacija potreb oseb s težavami v duševnem zdravju .....	63
Vključitev oziroma privolitev .....	64
Zapisovanje načrta obravnave v skupnosti.....	65
Potrditev načrta obravnave v skupnosti .....	66
Koordiniranje in izvajanje načrta .....	67
Evalvacija .....	68
Prenehanje obravnave v skupnosti .....	69
Začasna prekinitve obravnave v skupnosti .....	69
Zavrnitev obravnave s strani koordinatorja obravnave v skupnosti oziroma centra za socialno delo .....	70
Kratek pregled postopkov obravnave v skupnosti in dokumentacija pri izvajanju nalog .....	71
<b>OPREDELITEV NALOG KOORDINATORJA OBRAVNAVE V SKUPNOSTI IN RAZMEJITEV MED NJEGOVIMI NALOGAMI TER NALOGAMI PO ZAKONU, JAVNIMI POOBLASTILI IN STORITVAMI CSD.....</b>	<b>74</b>
Definicije .....	74
Razmejitve koordinacije obravnave v skupnosti in storitev .....	75
<b>RAZMEJITEV NALOG IN OPRAVIL MED KRAJEVNO PRISTOJNIM CENTROM ZA SOCIALNO DELO TER KOORDINATORJEM OBRAVNAVE V SKUPNOSTI .....</b>	<b>78</b>
Uvod.....	78
Druge naloge krajevno pristojnega centra za socialno delo v zvezi z zakonom o duševnem zdravju.....	80
Druge neopredeljene naloge - krizne intervencije .....	83
<b>KATALOG JAVNIH POOBLASTIL, NALOG PO ZAKONU IN STORITEV, KI JIH IZVAJAJO CENTRI ZA SOCIALNO DELO .....</b>	<b>84</b>
1.2.5 Uporabniki s težavami v duševnem zdravju .....	85
1.2.5.1 Naloge koordinatorja obravnave v skupnosti .....	85
<b>VNOS PODATKOV V BAZO SOCIALNIH PODATKOV .....</b>	<b>93</b>
<b>DODATEK.....</b>	<b>104</b>
Vzorci obrazcev za pomoč pri delu.....	104
<b>SEZNAMI.....</b>	<b>129</b>

## S SEKRETARKINE MIZE

Raziskave potrjujejo, da je prevalenca duševnih težav in motenj v sodobni družbi velika in prerašča v epidemijo. Podatki o 50 milijonih državljanov EU, ki jim je postavljena diagnoza težav v duševnem zdravju, brez dodatnega upoštevanja tistih, ki se soočajo z različnimi vrstami odvisnosti, so zaskrbljujoči.

V letu 2010 je v okviru EU število uporabnikov s težavami v duševnem zdravju naraslo na 164 milijonov ljudi, revščina, socialna izključenost, finančne in psihične stiske, ki jih povzroča globalizacija, pa še povečujejo tveganje za razvoj novih težav na področju duševnega zdravja.

Pomen duševnega zdravja smo v slovenski družbi dolgo zanemarjali, nismo mu posvetili pozornosti, zlasti ne na področju socialnega varstva. Tako se je skrb za ljudi s težavami v duševnem zdravju obravnavala predvsem v sistemu zdravstvenega varstva, ki pa je pomen duševnega zdravja v družbi presojal skozi telesno zdravje. Duševno zdravje se tako pogosto še vedno jemlje kot samoumevno, ukrepa pa se šele, ko se pojavijo resne težave, kljub temu da je življenje oseb s težavami v duševnem zdravju močno zaznamovano in so bolj ranljive, kar vpliva na njihovo blagostanje, na kvaliteto njihovega življenja in na kvaliteto življenja njihovih svojcev.

Po skoraj dveh desetletjih razprav v Sloveniji se je področje duševnega zdravja uredilo komplementarno v sistemu zdravstvene in socialno varstvene skrbi. Velik vpliv na to, da smo sprejeli Zakon o duševnem zdravju, so imele nevladne organizacije, ki so s programi v skupnosti orale ledino in dokazale, da se s primerno mrežo pomoči v domačem okolju lahko učinkovito pomaga ljudem s težavami v duševnem zdravju. Zakon o duševnem zdravju je bil sprejet 15. julija 2008. Postavil je temelje sistema skrbi za duševno zdravje, pri tem pa v mrežo izvajalcev programov in storitev poleg izvajalcev psihiatričnega zdravljenja in nadzorovane obravnave vključil izvajalce socialno varstvenih programov in storitev ter izvajalce obravnave v skupnosti. Pomembna vloga v mreži je dodeljena nevladnim organizacijam, izvajalkam različnih programov. Prav tako je zakon zagotovil sodelovanje različnih služb z uvedbo treh novih poklicnih profilov: zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja, koordinatorja nadzorovane obravnave in koordinatorja obravnave v skupnosti.

Tako smo na centrih za socialno delo v Sloveniji zaposlili prve koordinatorje obravnave v skupnosti. Danes jih na terenu deluje petindvajset. Ti koordinatorji so in še danes vzpostavljajo mrežo ter razvijajo strokovno doktrino, pri čemer jim pomagata Fakulteta za socialno delo iz Ljubljane in Skupnost CSD Slovenije, ki jim že od začetka zagotavlja delovanje strokovnega aktiva in supervizijo, kjer rešujejo zapletene stiske in težave.

Skupnost CSD Slovenije skrbi tudi za promocijo dela koordinatorjev za obravnavo v skupnosti in za sprotno reševanje nakopičenih težav, zato smo, skupaj s koordinatorji, že večkrat pripravili posvete in seznanjali širšo javnost o prednostih in pomanjkljivostih sistema. Cilj vseh aktivnosti je opozoriti na prepreke in izzive, s katerimi se v vsakdanjem življenju sooča velika skupina oseb s težavami v duševnem zdravju, ko skušajo zagotoviti svoje pravice do socialne varnosti, do dela ter do samostojnega in dostojnega življenja, saj so ravno ljudje s težavami v duševnem zdravju velikokrat žrtve brezdomstva, revščine, izključenosti ... Zato je temu vidiku ranljivosti vedno večje skupine ljudi nujno posvetiti posebno pozornost. Iz tega razloga je poseben poudarek dan graditvi mostu čez vrzel, ki se pojavlja na prehodu med programi in storitvami, ter vključevanju oseb s težavami v duševnem zdravju v vsakdanje življenje, z namenom ugotavljanja, kakšne so možnosti razvoja sistema.

Pred vami je danes nov tematski bilten Kaljenja, ki so ga pripravile koordinatorke obravnave v skupnosti in prinaša celosten pogled na izvajanje storitve. S prikazom svojega dela so skušale definirati trenutno stanje sistema, pretehtale so ustreznost obstoječih načinov izvajanja obravnave v skupnosti ter predstavile uveljavljene metode dela in preučile uspešnost sodelovanja različnih profilov izvajalcev, saj je sodelovanje različnih služb, uporabnikov, svojcev in zastopnikov ključnega pomena, da bolnik čim prej postane uporabnik skupnostne skrbi.

Sama menim, da smo razvili temeljne vzvode, vendar nas na tem področju čaka še ogromno dela in izzivov. Med drugim prihaja do velikih sprememb sistema - čakamo vzpostavitev dolgotrajne oskrbe in začetek velikega procesa deinstitutionalizacije. Resursi so vedno bolj omejeni. Ali to pomeni, da se bomo ustavili že na začetku, in da uporabniki ne bodo imeli zagotovljenih temeljnih pravic - do stanovanja, dela, vključevanja, oskrbe? Ne vem, zagotovo pa vem, da bo morala država zagotoviti bistveno večjo mrežo pomoči in vložiti več sredstev.



Glede na to, da smo z razvojem koordinacije v skupnosti na centrih za socialno delo dokazali, da je skupna obravnava v domačem okolju dobra rešitev, tako za uporabnika kot tudi za izvajalce, upam, da bomo stopili naprej in sistem pomoči osebam s težavami v duševnem zdravju nadgradili.

mag. Darja Kuzmanič Korva

V Ljubljani, januar 2016

## TEŽAVE V DUŠEVNEM ZDRAVJU

*Marko Vrbnjak, Ajda Mavrič, Nataša Udovič in Mojca Zvezdana Dernovšek*

Prispevek v prvem delu obravnava tiste duševne težave, ki posameznike in njihove svojce najpogosteje pripeljejo do iskanja pomoči v zdravstvenih in socialnih službah. Poznavanje najosnovnejših značilnosti teh motenj je pomembno na vseh ravneh pomoči.

Drugi del prispevka govori o nekaterih oblikah vedenj, ki jih pogosto srečujemo v službah pomoči in zahtevajo jasno opredelitev glede nevarnosti zase in za okolico.

## DUŠEVNE MOTNJE

### Demenca

Za demenco je značilen progresiven postopen upad spominskih sposobnosti (pomnjenje in priklic novih informacij sta prizadeta najprej, nato z napredovanjem opeša spomin na nedavne dogodke, sledi pa izguba vseh spominov), osiromašeno mišljenje (zmanjšani so orientacija, razumevanje, učenje, govor) s posledično prizadeto sposobnostjo spopadanja z nalogami v vsakodnevnem življenju (B. J. Sadock, Kaplan in Sadock, 2007). Pomembno so zmanjšane tudi sposobnosti za obvladovanje čustev in socialnega vedenja ter motivacija. Zavest ni motena. Prevalenca demenc je 5 % v splošni populaciji, starejši od 65 let, in 60 % pri starejših od 90 let. Pri ženskah je pogostejša, saj je njihova povprečna življenjska doba daljša kot pri moških. Najpogostejša je demenca Alzheimerjevega tipa, ki je prisotna pri 80 % ljudi z demenco. Glede na njihov začetek demence delimo na presenilne (pred 65. letom) in senilne (po 65. letu). Glede na možganske strukture pa na kortikalne (izrazitejše spomske motnje, motnje govora, računanja in abstraktnega mišljenja) in subkortikalne (izrazitejša psihomotorna upočasnjenost, motnje gibanja, apatija, depresivnost).

Začetni znaki demence se pri osebi kažejo kot razdražljivost, depresivno razpoloženje in izguba interesov. Posamezniki lahko uspešno opišejo dogodke iz zgodnejših obdobj življenja, težave pa imajo s pomnjenjem ne-

davnih dogodkov. V tem obdobju so pogosto depresivni, izražajo lahko tudi samomorilno vedenje. Kasneje se težave s spominom stopnjujejo, besedni zaklad se zmanjša. Ne morejo več samostojno urejati financ ali samostojno potovati. Izbruhi jeze so lahko znak nanašalnih ali preganjalnih blodenj, vidnih in slušnih halucinacij - vse to štejemo med komplikacije demence (delirantno stanje, preganjavica). V končnem stadiju spominske sposobnosti povsem odpovedo, posamezniki ne uspejo priklicati niti informacij iz zgodnejših življenjskih obdobj. Zgodi se, da bolniki ne prepoznajo niti najbližjih sorodnikov. Izgubijo se v lastnem stanovanju, lahko se znajdejo tudi v nevarnosti, če odtavajo od doma. Brez tuje pomoči se nezadovoljivo hranijo (Gelder et al. 2012).

Zdravstvena obravnava oseb z demenco obsega diagnosticiranje, zdravljenje pridruženih zdravstvenih težav - tako telesnih kot tudi duševnih - in predpisovanje terapije. Zdravila (inhibitorji acetilholinesteraze, nikotinski in muskarinski agonisti) se predpišejo glede na vrsto bolezni in demence ne zdravijo, upočasnijo pa njeno napredovanje (Zohar, 2008) in začasno izboljšajo simptome. Zdravila omilijo tudi zaplete demence (kot je recimo delirij).

Zdravljenje v bolnišnici je nujno, če posameznik z demenco razvije delirij (izrazite motnje pozornosti, zmedenost, dezorientacija, halucinacije in blodnje), saj je lahko v takšnem stanju težje obvladljivo njegovo vedenje. Pomembno je predvsem ugotoviti vzrok, ki je pri deliriju pogosto telesna bolezen - na primer pljučnica ali vnetje urinarnega trakta.

Posamezniki z demenco potrebujejo pomoč svojcev, ki pa so v nevarnosti, da razvijejo sindrom izgorevanja. Ljudje z demenco pogosto potrebujejo različne oblike organiziranega bivanja - navadno v zadnjem stadiju demence na oddelkih domov za starejše, kjer je poskrbljeno za varnost. Pomembno je presoditi, kdaj je demenca tako napredovala, da je treba izvesti odvoz opravljalne sposobnosti.

Socialne službe se lahko s svetovanjem vključijo že zgodaj (če izvedo za osebo, ki potrebuje takšno svetovanje), vendar se najpogosteje vključijo šele takrat, ko demenca pri osebi že napreduje, saj se svojci te osebe po dodatno pomoč navadno obrnejo takrat, ko za osebo ne zmorejo več skrbeti v tolikšnem obsegu, kot ga ta potrebuje. V tem primeru center za socialno delo pomaga pri urejanju storitve pomoči na domu, v zadnjem stadiju demence pa po potrebi pri namestitvi v dom starejših občanov. V zgodnji in napredujoči fazi demence se lahko oseba vključi tudi v obravnavo v skupnosti.

## Ponavljajoča se depresivna motnja

Depresija se kaže kot znižano razpoloženje, zmanjšanje energije za dejavnosti, jokavost, misli na smrt, zmanjšanje sposobnosti za uživanje, upad interesov in koncentracije. Pojavijo se motnje spanja in teka (predvsem zmanjšanje teka in hujšanje) in občutek ničvrednosti. Pri moških se pogosto kaže s povečano razdražljivostjo, jezo in agresijo. Samomorilno so bolj ogroženi moški (Gelder et al. 2012). Čustvene simptome pogosto spremljajo tudi telesni znaki (bolečine) (McIntyre et al. 2014).

V primeru, da je oseba v preteklosti že imela vsaj eno depresivno epizodo, trenutno epizodo depresije uvrstimo v sklop ponavljajoče se depresivne motnje. Tveganje, da oseba v življenju zboli za depresijo, je za ženske 9-26 % in za moške 5-12 %. Najpogosteje se pojavlja v odraslem obdobju med 24. in 44. letom. Ženske zbolijo dvakrat pogosteje kot moški, velik dejavnik pri tem so hormonska nihanja. Ponovitev je pogosta v prvih 5-10 letih od prve epizode. Pri 15 % oseb z depresijo se pojavi kronična oblika depresije - distimija. Izid zdravljenja je navadno ugoden. V primeru, da so poleg pridružene prisotne druge telesne ali duševne težave, je prognoza manj ugodna. Najpogosteje botruje nastanku depresije kombinacija genetskih, psiholoških in okoljskih dejavnikov (Tavčar et al. 2013).

Zdravstvena obravnava oseb z depresijo obsega diagnosticiranje, zdravljenje z antidepresivi (priporoča se jemanje do dveh let po remisiji bolezni) in svetovanje glede drugih oblik pomoči. Antidepresivi so zelo varna zdravila, saj ne povzročajo odvisnosti, poleg tega pa jih ljudje dobro prenašajo (Stahl, 2013). Depresijo zdravimo ambulantno - večinoma jo obvladajo že splošni zdravniki, manjši delež ljudi potrebuje psihiatra. Bolnišnična obravnava je koristna pri tistih, ki doma nimajo prave podpore, in ki so ogroženi zaradi samomorilnih teženj.

Socialne službe se vključijo pri ljudeh z depresijo, kadar so ti zaradi pogostih epizod ali kroničnega poteka oziroma pridruženih težav v vsakodnevem življenju ovirani do te mere, da pride do drastičnega upada tudi na socialni ravni. Zaradi nezmožnosti socialnega funkcioniranja pogosto pride do opuščanja skrbi za otroke, skrbi za gospodinjstvo, skrbi za higieno in skrbi za druga vsakdanja opravila. Pogosto pride tudi do izgube zaposlitve in razpada družine. Center za socialno delo vključi osebo v obravnavo na področju družine v primeru pomanjkljive skrbi za otroka ali razveze zakonske zveze. Če oseba izgubi zaposlitev, lahko na centru uveljavlja pravice

iz javnih sredstev. Lahko pa se oseba na centru vključi tudi v obravnavo v skupnosti z namenom, da s koordinatorjem obravnave v skupnosti skupaj pogledata njeno celotno življenjsko situacijo in na podlagi potreb zapišeta cilje, ki jih je treba uresničiti, da bi prišlo do izboljšanja kvalitete življenja te osebe. V nadaljevanju skušata te cilje realizirati.

### **Bipolarna motnja razpoloženja**

Bipolarna motnja razpoloženja je pogosta motnja razpoloženja, za katero so značilna skrajna nihanja razpoloženja. Manična faza označuje razpoloženje, v katerem se človek odlično počuti, ne potrebuje spanja, je razdražljiv in poln energije. V maniji lahko posameznik izgubi stik z resničnostjo - rečemo, da je psihotičen. V depresivni fazi je žalosten, jokav, ne vidi smisla, upadejo mu interesi, pojavijo se misli na samomor. Tudi v depresivni fazi lahko posameznik izgubi stik z realnostjo. Prevalenca v populaciji je med 0,6 % in 1,1 %. Najpogosteje se pojavi med 15. in 44. letom, prva epizoda pa med navadno med 15. in 24. letom starosti (Tavčar et al. 2013). Motnja je enako pogosta med moškimi in ženskami. Bipolarno motnjo je moč diagnosticirati, ko je imela oseba najmanj dve epizodi motenj razpoloženja, od katerih je bila vsaj ena manična ali hipomanična. Diagnostično jo razdelimo na: bipolarno motnjo razpoloženja I (ponavljanje maničnih in depresivnih epizod), bipolarno motnjo razpoloženja II (ponavljanje depresivnih in hipomaničnih epizod), ciklotimijo ter tiste bipolarne motnje razpoloženja, ki jih ne moremo razvrstiti v nobeno izmed prej navedenih kategorij (Parker in Fletcher, 2014). Nastanek motnje je posledica genetskih, nevrobioloških in okoljskih dejavnikov.

Zdravstvena obravnava obsega diagnosticiranje, zdravljenje posameznih epizod ter preprečevanje ponovitev. Zdravimo jo z zdravili (stabilizatorji razpoloženja, antipsihotiki, antidepresivi, anksiolitiki), psihoterapijo, psychoedukacijo in socioterapijo. Zdravila se po navadi kombinirajo upoštevajoč pridruženo anksioznost ter samomorilnost in številne možne zaplete pri manični ali hipomanični fazi. Vsaj enkrat potrebujejo osebe z bipolarno motnjo razpoloženja bolnišnično obravnavo - navadno v fazi manije, ko ogrožajo svoje zdravje, življenje in/ali premoženje. Pogosto so takšne hospitalizacije proti njihovi volji (Tavčar, Dernovšek in Grubič, 2005).

Takšne osebe se skuša vključiti v obravnavo v skupnosti na centru za socialno delo, saj pogosto zabredejo v finančne zagate, predvsem v fazi manije,

ko nezadržno in nekontrolirano zapravljajo, se lotevajo različnih podvigov v svojem življenju in podobno. Če se oseba dovolj zgodaj vključi v obravnavo v skupnosti, jo ima koordinator možnost spremljati in lahko ob bližajoči se fazi manjše skuša preprečiti finančne in druge zaplete. Žal pa se te osebe najpogosteje v obravnavo vključijo šele, ko so že globoko zabredle v težave in dolgove. V tem primeru skupaj s koordinatorjem rešujeta že nastalo situacijo na tak način, da pregledata njeno trenutno življenjsko situacijo in se dogovorita o možnostih reševanja nastalih težav, kot so dolgovi in drugi zapleti, ter jih nato skušata tudi rešiti. Če je duševna motnja tako izrazita, da je oseba preveč ogrožujoča za svoje zdravje, življenje in/ali premoženje, lahko pride tudi do odvzema delne ali popolne poslovne sposobnosti.

### **Agorafobija**

Kot simptom je agorafobija lahko le del anksiozne simptomatike, lahko pa predstavlja njeno jedro, v tem primeru govorimo o agorafobiji kot diagnozi. (Association, 2013). Velikokrat je povezana s panično motnjo oziroma se pojavi kot posledica paničnih napadov - posameznik se izogiba situacijam, kjer bi lahko doživel ponoven paničen napad. Agorafobija je definirana kot strah pred zapuščanjem doma, vstopanjem v trgovine, potovanjem z različnimi prevoznimi sredstvi, množicami. Osebe z agorafobijo značilno čutijo tesnobo ob misli, da bi bile lahko izpostavljene situacijam ali krajem, od koder se ne bi mogle naglo umakniti (Cowen, Harrison in Burns, 2012: 190-192). Najpogostejša obramba, s katero zamejujejo tesnobo, je umik oziroma izogibajoče se vedenje, ki lahko v najhujših primerih vodi v resnejšo socialno izolacijo in odvisnost od bližnjih. Po nekaterih ocenah naj bi prevalenca te motnje v populaciji segala tudi do 6 % (B. J. Sadock, Kaplan in Sadock, 2007: 587-592), najpogosteje pa se pojavi med 20. in 40. letom in je dvakrat pogostejša pri ženskah.

Zdravstvena obravnava oseb z agorafobijo obsega diagnosticiranje, zdravljenje posamezno ali s kombinacijo kognitivno vedenjske terapije in zdravil (najpogosteje antidepresivi in benzodiazepinskimi anksiolitiki), nadvse koristno je svetovanje glede drugih oblik pomoči. Ker so antidepresivi zelo varna zdravila, v današnji praksi prevzemajo pomembno vlogo v zdravljenju, saj za razliko od benzodiazepinov ne povzročajo odvisnosti. Agorafobijo zdravimo ambulantno - večinoma jo obvladajo že psihološke in svetovalne službe, manjši delež ljudi pa potrebuje psihiatra. Bolnišnična obravnava je koristna pri tistih, ki se doma ob odsotnosti prave podpore svojcev zatekajo

v popolno osamo, in tistih, ki so ogroženi zaradi samomorilnih teženj, saj je v daljšem poteku agorafobije pogosta tudi depresija (Gelder et al. 2012: 750-762).

Socialne službe se vključijo pri ljudeh z agorafobijo, kadar so ti v vsakodnevnom življenju zaradi izogibajočega vedenja ali osamitve (na primer sploh ne zmorejo zapustiti svojega stanovanja) ovirani do te mere, da pride do drastičnega upada tudi na socialni ravni. Zaradi nezmožnosti socialnega funkcioniranja pogosto pride do posledic, tako na poklicni (predvsem v obliki izgube zaposlitve) kot na zasebni ravni (v obliki razpada družine). Če oseba izgubi zaposlitev, lahko na centru uveljavlja pravice iz javnih sredstev, vendar je samo dostop do centra lahko glavna ovira, ki je trpeči za agorafobijo ne zmore. Še posebej smiselna je zato obravnava v skupnosti z namenom, da s koordinatorjem obravnave v skupnosti pogledata njeno celotno življenjsko situacijo in na podlagi potreb zapišeta cilje, ki jih je treba uresničiti, da bi prišlo do izboljšanja kvalitete življenja te osebe. V nadaljevanju skušata te cilje stopenjsko realizirati.

### **Obsesivno-kompulzivna motnja**

Za obsesivno-kompulzivno motnjo (OKM) so značilne prisilne misli (obsesije) in prisilna dejanja (kompulzije). Obsesije so najpogosteje lastne ideje, zamisli, redkeje pa podobe, celo melodije, ki se nehote - v nasprotju z njegovo voljo - pojavljajo v človekovi zavesti (Dernovšek et al. 2013). Večina so po vsebini neprijetne. Osebe z OKM jih dojemajo kot lastne misli in se jim neuspešno upirajo, izrazito tesnobo pa doživljajo ob misli, da bi jih lahko nemara uresničile.

Kompulzije so stereotipni postopki ali rituali, s katerimi se poskušajo osebe z OKM ubraniti obsesij oziroma zmanjšati tesnobo ob le-teh. Izpolnjevanje kompulzij osebam z OKM ne prinese olajšanja oziroma je to le trenutno, v resnici pa se s tem tesnoba povečuje, saj se nesmiselnosti ritualov osebe zavedajo (Oyebode, 2008). Primeri ritualov so neprestano štetje, umivanje rok, skrb, preverjanje. Simptomi se pojavijo ali okrepijo ob stresnih življenjskih dogodkih (npr. smrt bližnjega). O OKM kot motnji govorimo takrat, kadar obsesije in kompulzije posameznika motijo, so zanj in za okolje nesprejemljive, predstavljajo breme in povzročajo nelagodje (Cowen, Harrison in Burns, 2012).

OKM je enako pogosta glede na spol, prevalenca v svetovni populaciji pa znaša 2-3 %. Začetek OKM pogosto sledimo v otroško dobo, kjer je v milejši obliki dokaj pogosta in se jo zato razume kot razvojno motnjo, ki pogosto izzveni brez posledic. OKM odraslih se pri moških najpogosteje prične med 16. in 25. letom, pri ženskah pa med 20. in 29. letom. Vzroki za nastanek OKM so številni in prepleteni; ob razvojnih/psiholoških je nujno treba omeiniti genetske, pomembno vlogo lahko igrajo spremembe v ravnovesju hormonov, lahko pa so vzroki celo infekcijski, kot kažejo nekatere raziskave v zadnjem desetletju (Singer in Loisele, 2003; Esposito et al. 2014).

Zdravstvena obravnava oseb z OKM obsega diagnosticiranje, zdravljenje z zdravili (antidepresivi, antipsihotiki, benzodiazepinskimi anksiolitiki) in kognitivno-vedenjsko terapijo (KVT) ter svetovanje s psihoedukacijo in socioterapijo. Ob KVT najpomembnejši steber zdravljenja OKM predstavljajo antidepresivi, vse redkeje pa se v zdravljenju te motnje uporabljajo benzodiazepinska pomirjevala, saj zaradi daljšega poteka motnje predstavljajo nevarnost za razvoj odvisnosti (B. J. Sadock, Kaplan in Sadock, 2007). Njihovo mesto v zdravljenju zato pogosto zamenjujejo nizki odmerki antipsihotikov, pri katerih (kot pri antidepresivih) ni tveganja za odvisnost. Osebe z OKM zdravimo ambulantno, večina pa jih potrebuje strokovno podporo. Bolnišnična obravnava je le redko potrebna, najpogosteje pa je potrebna pri tistih osebah, ki so samomorilno ogrožene ali pa tako močno zapredene v rituale, da je njihovo trpljenje nevzdržno.

Osebe z OKM se lahko socialno povsem osamijo in postanejo popolnoma odvisne od svojcev in drugih oblik pomoči. V takšnih primerih so lahko socialne službe neprecenljive, saj pri osebah z OKM pogosto pride do nezmožnosti skrbi za bližnje (otroke), gospodinjstvo, higieno in druga vsakdanja opravila. Nezmožnost zaposlitve ali izguba službe sta zato pogosti, prav tako pa tudi nezmožnost ustvarjanja ali ohranjanja družine. Center za socialno delo vključi osebo v obravnavo na področju družine v primeru pomanjkljive skrbi za otroka ali razveze zakonske zveze. Če oseba izgubi zaposlitev, lahko na centru uveljavlja pravice iz javnih sredstev, lahko pa se vključi v obravnavo v skupnosti z namenom, da s koordinatorjem obravnave skupaj pogledata njeno celostno življenjsko situacijo in na podlagi potreb zapišeta in izvajata cilje, ki jih je treba uresničiti, da bi pri osebi dosegli izboljšanje kvalitete življenja.



Posebej omenjamo kompulzivno kopičenje, ki ga nekateri prištevajo k OKM, drugi pa k OKM podobnim motnjam. Pri teh osebah gre za razmišljanje, da so nekateri predmeti ali pa tudi živali zanje izjemnega pomena in jih pričnejo zato brez pravega načrta kopičiti do te mere, da lahko v skrajnih oblikah motnje ogrožajo sebe in druge. Primer je stanovalec garsonjere v bloku, ki v stanovanju nakopiči toliko starega železa, da niti sam ne more več vstopiti vanj, hkrati pa ogroža varnost ostalih stanovalcev, saj bi se lahko zrušil strop. Posebej tragični primeri so kopičenja živali, za katere posameznik ne more poskrbeti in so zato zanemarjene. Pri motnji kompulzivnega kopičenja je treba pogosto posegati v posameznikove prostore in odločitve in mu na primer odvzeti nakopičene živali ali pa izprazniti stanovanje. Terapevtsko je kompulzivno kopičenje obvladljivo pri otrocih in mladostnikih, kasneje pa postane terapevtsko zdravljenje manj dostopno. Pogosto se zgodi, da te osebe nikoli ne poiščejo pomoči psihiatra, temveč se svojci, sosede, prijatelji obrnejo na socialne službe. Socialne službe lahko po svojih pristojnostih vsaj začasno pomagajo urediti varne pogoje bivanja. Ker se motnja težko zdravi, je treba računati, da bo na primer vsaj enkrat letno potrebno temeljito ukrepanje.

## Shizofrenija

Shizofrenija je sindrom (skupek bolezenskih lastnosti), ki spada v skupino duševnih motenj, katerih glavna značilnost je pojavljanje psihoze. Ta se kaže s simptomi oziroma znaki izkrivljenosti mišljenja in zaznavanja, motnjami volje, koncentracije ter čustvovanja. (Dernovšek et al. 2013)

Najpomembnejši znaki shizofrenske psihoze vključujejo halucinacije in blodnje. Oseba sliši glasne misli ali glasove (halucinacije), lahko je povsem prepričana, da je preganjana, zasledovana, ogrožena (blodnje). Pogosto je zato zaprta vase, se skriva, beži, pri tem lahko povsem zanemari lastni videz in higieno. Čustveno se neustrezno izraža, pogosto neprimerno glede na situacijo (Oyebode, 2008). Omenjeni simptomatiki so pri osebah s psihozo skoraj vedno pridružene motnje koncentracije in učenja, zaradi česar je opaziti upad njihovih zmogljivosti v delovnih in šolskih obveznostih.

Za shizofrenijo zbolijo približno 1 % vseh ljudi, pojavlja pa se pri obeh spolih enako pogosto. Navadno se začne že pri mladih v obdobju odraščanja. Pri moških je vrh zbolevanja med 15. in 25. letom, pri ženskah pa med 25. in 35. letom. Prvi pojav bolezni po 40. letu je redek (B. J. Sadock, Kaplan in Sadock, 2007). Tako kot pri drugih duševnih motnjah so vzroki za razvoj shi-

zofrenije številni, a 80 % delež dandanes pripisujemo genetskim in posledično nevrobiološkim spremembam (Gelder et al. 2012), simptome pa moderne funkcionalne slikovne tehnike vse močnejše povezujejo s porušenimi razmerji procesiranja posameznih nevronske mreže. Z naraščanjem količine zanesljivih dokazov o shizofreniji kot razvojno-nevrodegenerativni motnji starejše teorije o psiholoških vzrokih shizofrenije naglo postajajo snov zgodovinskih poglavij učbenikov (B. J. Sadock, Kaplan in Sadock, 2007; Cowen, Harrison in Burns, 2012). Kljub omenjenemu shizofrenije ne smemo obravnavati kot povsem biološko motnjo, saj njena simptomatika, potek in posledice posegajo v vsa področja psihološkega in socialnega delovanja posameznika.

Na začetku bolezni se začne oseba zapirati vase, lahko je anksiozna, pojavijo se motnje pozornosti in težave v učenju. V aktivni fazi se pojavijo značilne halucinacije in blodnje, dezorganizirano vedenje in govor. V tej fazi osebe s shizofrenijo po navadi z nenavadnim vedenjem nase opozorijo okolico, kar pomeni začetek diagnosticiranja in oblikovanja načrta zdravljenja (Cowen, Harrison in Burns, 2012). Najpogostejši potek bolezni vključuje več zagonov (epizod) z vmesnimi obdobji popolnega oziroma delnega izboljšanja. Rezidualna faza nastopi zadnja; psihotični izbruhi se pojavljajo občasno, ta faza ni tako intenzivna, stres ali opustitev terapije pa lahko izzoveta vnovični izbruh bolezni.

Zdravstvena obravnava oseb s shizofrenijo obsega diagnosticiranje, zdravljenje posameznih epizod ter preprečevanje ponovitev. V aktivnih fazah motnje (psihoza) zdravimo z zdravili (antipsihotiki, anksiolitiki, stabilizatorji razpoloženja, antidepresivi), v fazah izboljšanja pa zdravljenje z zdravili dopolnimo še s psihoterapijo, psihoedukacijo in socioterapijo. Zdravila se po navadi kombinira upoštevajoč pridruženo anksioznost ter samomorilnost in številne možne zaplete (B. J. Sadock, Kaplan in Sadock, 2007; Stahl, 2013). Moderni pristopi zgodnjega prepoznavanja psihoz omogočajo tudi povsem ambulantno obravnavo, vendar osebe s shizofrenijo vsaj ob prvi epizodi večinoma potrebujejo bolnišnično obravnavo - navadno v psihotičnem stanju, ko ogrožajo svoje ali tuje zdravje, življenje in/ali premoženje. V teh primerih so pogosto potrebne hospitalizacije proti njihovi volji.

Osebe s shizofrenijo se skuša vključiti v skupnostno obravnavo na centru za socialno delo. Predvsem v fazi psihoz si lahko pod vplivom psihopatoloških prepričanj z nenavadnim vedenjem nakopljejo številne težave zasebno ali na delovnem mestu, nekontrolirano lahko tudi trošijo denar. V kolikor se oseba dovolj zgodaj vključi v obravnavo v skupnosti in jo ima koordinator možnost spremljati, lahko ob nakazanem pojavu psihoze skuša preprečiti

zaplete v socialnem funkcioniranju. Osebe s shizofrenijo se, čeprav so že globoko zabredle v težave in dolgove, le redko same vključijo v obravnavo, zato je nadvse pomembno, da se jih v to vzpodbuja in usmeri. V tem primeru skupaj s koordinatorjem rešujeta že nastalo situacijo na tak način, da pregledata njeno trenutno življenjsko situacijo in se dogovorita o možnostih reševanja nastalih težav, kot so dolgovi in drugi zapleti, ter jih nato skušata tudi rešiti. Moderne oblike zdravljenja so veliko osebam s shizofrenijo omogočile normalno življenje, praktično brez hospitalizacij, vendar v večini primerov potek motnje privede do stalne bolezenske spremenjenosti v manjšem ali večjem obsegu. V kolikor je duševna motnja tako izrazita, da je oseba preveč ogrožujoča za svoje ali tuje zdravje, življenje in/ali premoženje, lahko pride tudi do odvzema delne ali popolne poslovne sposobnosti.

## VEDENJA, KI ZAHTEVAJO POSEBNO POZORNOST

### Agresivno vedenje

Agresivnost je lastnost, ki nima nujno negativne konotacije, saj lahko v naravi pomeni tudi sposobnost preživetja, vendar je človeku lastna oblika agresivnosti tista, ki se usmerja v uničevanje preko kakršnihkoli naravnih potreb. V tem primeru govorimo o nasilju oz. agresivnemu vedenju, ki ga opredelimo kot »vsako obnašanje, ki je naravnano tako, da povzroča drugemu fizično ali psihično škodo« (Berkowitz, 1993). Agresivno vedenje v splošni populaciji lahko pojmujeemo kot neprilagojeno vedenje, kadar so posameznikova dejanja nepremišljena, pretirana, neprimerna glede na situacijo (agresivnost v športnem okolju je v določeni meri na primer zaželeno) in je v tem oziru sorodno z impulzivnostjo. S tega vidika se ne zdi nenavadno, da mnogi klasifikacijski sistemi agresivno vedenje razumejo kot motnjo kontrole impulzov oziroma obliko impulzivnosti.

V družbi še vedno velja prepričanje, da so osebe z duševno motnjo same po sebi agresivne, pogosto smo lahko tudi priča »psihiatrizaciji« nasilnega vedenja, ko se poskuša vsako nasilno vedenje označiti za motnjo oz. bolezen. Številne študije so omenjeno prepričanje vsaj temeljito zamajale, če ne celo ovrgele, saj se je pokazalo, da so med storilci nasilnih dejanj tisti z duševno motnjo zastopani v približno enakem odstotku kot tisti v splošni populaciji (Modestin, 1998), kot pomemben dejavnik pa se je v obeh skupinah nasilnih oseb pokazala odvisnost od alkohola in psihoaktivnih snovi.

Kljub omenjenemu ne smemo pozabiti dejstva, da v akutnem poslabšanju duševne motnje pogosto pride do obdobja (po navadi v mesecih pred hospitalizacijo), ko so osebe z duševno motnjo agresivnejše od splošne populacije, zato imamo v Sloveniji izdelana tudi priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji (Dernovšek in Grubič, 2000; Tavčar, Dernovšek in Grubič, 2005). Omeniti je treba tudi, da osebe z duševno motnjo same postanejo žrtve nasilnih dejanj pogosteje kot tisti v splošni populaciji (Rodway et al. 2014)

Med osebami z duševno motnjo se z agresivnim vedenjem pogosteje srečamo predvsem pri osebah z odvisnostmi, psihozo, manično fazo bipolarnе motnje, agitirano obliko depresije, med ostalimi skupinami oseb v psihiatrični obravnavi pa še pri pacientih po poškodbi ali bolezni možganov, duševno manj razvitih osebah ter pacientih z določeno obliko epilepsije. Pogosteje so nasilne tudi osebe z osebnostno motnjo, klasifikacija le-teh kot oseb s psihično motnjo in njihova odgovornost v nasilnih dejanjih pa je stvar trenutnih strokovnih debat in presega obseg pričujočega prispevka (Pickard, 2014).

### **Impulzivnost**

V preteklosti se je impulzivnost povezovala samo z bolezenskimi stanji, danes pa razumemo, da lahko predstavlja tudi eno od posameznikovih osebnih značilnosti. Pojmujemo jo kot neprilagojeno vedenje, saj so posameznikova dejanja nepremišljena, pretirana, prehitra, tvegana in neprimerna glede na situacijo ter zato pogosto pripeljejo do neželenih posledic. Impulzivna dejanja so storjena brez ustreznega nadzora presoje in refleksije. Zavestna inhibicija je lahko popolnoma odsotna ali pa zgolj okrnjena, zato je nemogoče, da bi oseba svoj odziv odložila ali ga spremenila v socialno sprejemljivega. Obstajajo številne motnje, pri katerih gre za pomanjkljiv nadzor impulzivnosti. Zanje je značilno, da se neželjeno vedenje ne zgodi le enkrat, ampak se ponavlja ne glede na neugodne posledice (kazni). Pomembno je ugodje oziroma zmanjšanje hude psihofizične napetosti, ki nastopi neposredno po dejanju. Primeri takih motenj so vedenjske oblike odvisnosti (igre na srečo, piromanija, kleptomanija, odvisnosti od alkohola ali prepovedanih substanc), lahko pa je impulzivnost posledica poškodbe glave in možganov, shizofrenije, manije in občasno celo anksiozne motnje.

## Samomorilnost

Samomorilnost lahko smatramo kot obliko agresije, ki je obrnjena proti samemu sebi in je eno najbolj resnih stanj v psihiatriji, ki lahko spremlja praktično vse duševne motnje. Gre za naravnost človeka, da dejavno poseže v svoje življenje z namenom, da ga konča. Samomorilne misli in načrti so vse misli, ki so usmerjene k takšnemu dejanju. S praktičnega oz. kliničnega vidika opredelimo 3 stopnje samomorilnosti: samomorilne misli, samomorilne načrte in poskus samomora. Prisotnost vseh treh pomeni najvišjo stopnjo samomorilne ogroženosti. Vzrokov za samomorilnost je več. Razdelimo jih na biološke (genetski - šlo naj bi za znižano raven učinkovanja serotonina in moteno delovanje serotoninskih receptorjev), psihološke (psihoza, depresivnost, impulzivnost, agresivnost, odvisnost od alkohola) in sociološke (stresni življenjski dogodki, upad socialnih stikov in socialna izolacija).

Prevalenca samomorilnih misli v splošni populaciji je dokaj visoka, celo do 25 %. Do 15 % ljudi naj bi imelo celo izdelan samomorilni načrt (Dernovšek et al. 2013: 330-340). V primerjavi z žensko populacijo so moški bolj samomorilno ogroženi, in sicer se razmerje giblje okoli števila štirih moških na en ženski samomor. Po nekaterih ocenah naj bi bilo na en sam dokončan samomor izvedenih kar 20-krat več poskusov samomora.

Samomorilno vedenje moramo na primarni preventivi prepoznavati in zmanjševati življenjske okoliščine, ki povečujejo samomorilno ogroženost. Sekundarna preventiva je domena psihiatrične stroke, ki prepozna samomorilno že ogrožene osebe in zdravi njihove duševne in telesne motnje. Terciarna preventiva je področje urgentnih služb splošne, internistične in kirurške stroke, ki preprečujejo smrt in druge zaplete po poskusu samomora. Zdravljenje poteka s psihoterapevtskimi kriznimi intervencami in predvsem zdravljenjem duševnih in telesnih motenj posameznika, kadar so te prisotne.

### Reference:

- Association, American Psychiatric. 2013. *Dsm 5*. American Psychiatric Association.
- Berkowitz, Leonard. 1993. *Aggression : Its Causes, Consequences, and Control*. Philadelphia: Temple Univ. Press.
- Cowen, Philip, Paul Harrison in Tom Burns. 2012. *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford University Press.

- Dernovšek, Mojca Z in Virginija Novak-Grubič. 2000. *Priporočila in Smernice Za Uporabo Posebnih Varovalnih Ukrepov v Psihijatriji*. Ljubljana: Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo : Ustanova za razvoj slovenske psihoterapije.
- Esposito, S, S Bianchini, E Baggi, M Fattizzo in D Rigante. 2014. "Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections: an Overview.." *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases : Official Publication of the European Society of Clinical Microbiology* 33 (12): 2105-9. doi:10.1007/s10096-014-2185-9.
- Gelder, Michael G, Nancy C Andreasen, Jr Juan J Lopez-Ibor in John R Geddes. 2012. *New Oxford Textbook of Psychiatry*.
- McIntyre, Roger S, Marie-Josée Filteau, Lawrence Martin, Simon Patry, Andre Carvalho, Danielle S Cha, Maxime Barakat in Maia Miguelez. 2014. "Journal of Affective Disorders." *Journal of Affective Disorders* 156 (C). Elsevier: 1-7. doi:10.1016/j.jad.2013.10.043.
- Modestin, J. 1998. "Criminal and Violent Behavior in Schizophrenic Patients: an Overview.." *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 52 (6): 547-54. doi:10.1111/j.1440-1819.1998.tb02699.x.
- Oyebode, Femi. 2008. *Sims' Symptoms in the Mind*. Elsevier Health Sciences.
- Parker, Gordon in Kathryn Fletcher. 2014. "Journal of Affective Disorders." *Journal of Affective Disorders* 152-154 (C). Elsevier: 57-64. doi:10.1016/j.jad.2013.10.006.
- Pickard, Hanna. 2014. "Choice, Deliberation, Violence: Mental Capacity and Criminal Responsibility in Personality Disorder.." *International Journal of Law and Psychiatry* 40 (December): 15-24. doi:10.1016/j.ijlp.2015.04.008.
- Pregelj, Peter, Blanka Kores Plesničar, Martina Tomori, Bojan Zalar in Slavko Zihlerl, eds. 2013. *Psihijatrija*. Prva izdaja. Ljubljana: Psihijatrična klinika Ljubljana.
- Dernovšek, Mojca Z. eds. 2013. "Simptomi in znaki duševnih motenj." *Psihijatrija*. Prva izdaja. Ljubljana: Psihijatrična klinika Ljubljana.
- Tavčar, Rok. eds. 2013. "Razpoloženjske motnje." *Psihijatrija*. Prva izdaja. Ljubljana: Psihijatrična klinika Ljubljana.
- Rodway, Cathryn, Sandra Flynn, David While, Mohammed S Rahman, Navneet Kapur, Louis Appleby in Jenny Shaw. 2014. "Patients with Mental Illness as Victims of Homicide: a National Consecutive Case Series.." *The Lancet Psychiatry* 1 (2): 129-34. doi:10.1016/S2215-0366(14)70221-4.
- Sadock, Benjamin J, Harold I Kaplan in Virginia A Sadock. 2007. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Singer, Harvey S in Christopher Loiselle. 2003. "PANDAS:a Commentary." *Journal of Psychosomatic Research* 55 (1): 31-39. doi:10.1016/S0022-3999(02)00582-2.
- Stahl, Stephen M. 2013. *Stahl's Essential Psychopharmacology*. Cambridge University Press.

- Tavčar, Rok, Mojca Z Dernovšek in Virginija Novak Grubič. 2005. "Use of Coercive Measures in a Psychiatric Intensive Care Unit in Slovenia." *Psychiatric Services* 56 (4). American Psychiatric Publishing: 491-92. doi:10.1176/appi.ps.56.4.491.
- Zohar, J. 2008. "JS02-02 Is There a Role for Antipsychotics in OCD?." *European Psychiatry : the Journal of the Association of European Psychiatrists* 24 (December): S120-20. doi:10.1016/S0924-9338(09)70353-0.

## UVOD

Nataša Udovič

V Sloveniji ureja področje duševnega zdravja sistem zdravstvene in socialno varstvene skrbi. Zakon o duševnem zdravju je bil prvič sprejet julija 2008, v uporabo pa je prišel leto dni po uveljavitvi.

Zakon o duševnem zdravju (2008) določa sistem zdravstvene in socialno varstvene skrbi na področju duševnega zdravja, nosilce dejavnosti ter pravice oseb med zdravljenjem v oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice, obravnavo v varovanem oddelku socialno varstvenega zavoda in v nadzorovani obravnavi (Zakon o duševnem zdravju (2008), 1. člen, 1. odst.). Nov zakon je uvedel pravno podlago za sprejem Nacionalnega programa duševnega zdravja, ki je še vedno v pripravi. Poleg tega je omogočil povečan obseg storitev za osebe s težavami v duševnem zdravju, s čimer skuša zagotoviti večjo kakovost storitev in povečanje sodelovanja med različnimi službami. Za uresničitev namena je zakon uvedel tri nove poklicne profile: zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja, koordinatorja nadzorovane obravnave in koordinatorja obravnave v skupnosti.

Leta 2009 je bil sprejet podzakonski akt, *Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti*, ki podrobneje ureja postopek obravnave v skupnosti pa tudi pogoje in način opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti. Že samo poimenovanje pravilnika pove, da mora imeti oseba, ki izvaja obravnavo v skupnosti, opravljen poseben izpit, zato se je začelo jeseni 2009 na Fakulteti za socialno delo prvo usposabljanje za koordinatorje obravnave v skupnosti. Usposabljanju je sledil izpit na Ministrstvu za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Drugo usposabljanje in hkrati tudi zadnje do sedaj je potekalo spomladi leta 2010.

Konec leta 2009 se je na centrih za socialno delo zaposlilo prvih devetnajst koordinatorjev obravnave v skupnosti. Leta 2011 se je mreža še razširila za pet novih koordinatorjev obravnave v skupnosti. Trenutno je zaposlenih šestindvajset koordinatorjev obravnave v skupnosti, ki pokrivajo osem slovenskih regij. Ministrstvo je predvidevalo, da bo do konca leta 2012 zaposlenih trideset koordinatorjev, kar pa zaradi gospodarske krize v državi ni bilo izvedljivo.



Takoj ko smo se koordinatorji zaposlili, smo morali pridobljeno teoretično znanje prenesti tudi v prakso. Izvajati smo začeli obravnavo v skupnosti, hkrati pa smo morali vzpostaviti še celotno mrežo delovanja. Pri tem so nam bili v podporo Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Skupnost centrov za socialno delo Slovenije in Fakulteta za socialno delo. Ministrstvo je ustanovilo delovno skupino z namenom spremljanja koordinatorjev obravnave v skupnosti, podajanja usmeritev za njihovo delo, ugotavljanja potreb za učinkovito obravnavo, pomoči pri širjenju mreže koordinatorjev obravnave v skupnosti in pomoči pri vzpostavitvi sodelovanja z vsemi ustreznimi subjekti, ki so potrebni za uspešno koordinacijo obravnave v skupnosti. Naročilo je tudi projekt »Vzpostavitev in izvajanje podpore za uresničevanje nalog in izvajanje dodatnega usposabljanja koordinatorjev obravnave v skupnosti zaposlenih na centrih za socialno delo«, ki ga je izvajala Skupnost centrov za socialno delo Slovenije v sodelovanju s Fakulteto za socialno delo. V okviru tega projekta nam je Skupnost centrov za socialno delo Slovenije zagotovila mesečne AKTIVE, kjer smo se srečevali vsi koordinatorji in razpravljali o pomembnih vprašanjih, povezanih z našim delom. Mesečno je organizirala tudi supervizijo. Obe aktivnosti potekata še danes. V prvem letu smo beležili dnevnik našega dela, na podlagi katerih je Skupnost centrov za socialno delo Slovenije izoblikovala standarde in normative. Fakulteta za socialno delo je organizirala pet dodatnih usposabljanj, skušala vzpostaviti FORUM, izvedla intervjuje in delavnice s koordinatorji obravnave v skupnosti ter izdelala priročnik »Individualno načrtovanje in izvajanje storitev: Kako koordinirati obravnavo v skupnosti« za lažje delo.

Začetki našega dela so bili težki. Naleteli smo na številne ovire in težave, tako na krajevno pristojnih centrih za socialno delo kot pri sodelovanju z drugimi institucijami. Sodelavcem centrov za socialno delo in izvajalcem storitev drugih institucij je bilo težko razumeti naš način dela, ker se koordinirana obravnavo razlikuje od načina dela, ki ga opravljajo sami. Zaradi novosti na področju duševnega zdravja in socialnega varstva smo koordinatorji organizirali številne predstavitve našega dela z namenom, da bi nas bolje spoznali in razumeli naše delo, saj smo že na začetku naleteli na odpor psihiatrije, nezainteresiranost sodelovanja med strokami in različnimi službami ter nerazumevanje našega načina dela. Naše predstavitve so bile namenjene predvsem strokovnim delavcem raznih institucij. Svoje delo smo predstavili psihiatričnim bolnišnicam, krajevno pristojnim centrom za socialno delo, nevladnim organizacijam, zavodom za zaposlovanje, na kongresu socialnega dela, na raznih posvetih na temo duševnega zdravja in na Klubu, ki je potekal v okviru Skupnosti centrov za socialno delo Slovenije, v sodelo-

vanju z Ministrstvom za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti pa smo organizirali tudi regijske posvete. Do danes so se razmere že bistveno izboljšale, vendar koordinatorji opažamo, da se še vedno zapleta pri nalogah, ki jih mora opravljati krajevno pristojni center za socialno delo, in nalogah, ki jih opravlja koordinator. Ravno tako je še vedno pomanjkljivo sodelovanje med različnimi strokami, predvsem z zdravstveno stroko, ki je za nas in osebo, vključeno v obravnavo, najpomembnejši akter pri izvajanju obravnave v skupnosti. Koordinatorji opažamo, da imamo različne izkušnje pri izvajanju obravnave v skupnosti v praksi. Iz teh razlogov smo se odločili, da pripravimo publikacijo, neke vrste priročnik, da bi strokovni delavci v njem našli smernice in napotke za izvajanje storitve obravnave v skupnosti, in da bi s tem prispevali k enotnejšemu izvajanju storitve v korist uporabnika.

Publikacija je namenjena vsem strokovnim delavcem centrov za socialno delo, zaposlenim koordinatorjem obravnave v skupnosti, novim koordinatorjem, ki se ne bodo mogli pravočasno udeležiti usposabljanja za koordinatorja obravnave v skupnosti, ter vsem ostalim strokovnim delavcem, ki delajo na področju duševnega zdravja.

## **PРАВNA PODLAGA**

*Kristina Kos, Nataša Udovič*

### **AKTI EU NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA**

Na ravni Evropske unije so bili za področje duševnega zdravja sprejeti naslednji pomembnejši dokumenti:

- Deklaracija o duševnem zdravju v Evropi (2005),
- Akcijski načrt za področje duševnega zdravja v Evropi (2005),
- Zelena knjiga za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva - Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo (2005) in
- Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje (2008).

#### **Deklaracija in akcijski načrt za področje duševnega zdravja v Evropi**

Na ravni EU sodita med pomembnejše dokumente za izboljšanje duševnega zdravja evropskih prebivalcev *Deklaracija* in *Akcijski načrt za področje*

*duševnega zdravja v Evropi* na Evropski ministrski konferenci SZO v Helsinkih leta 2005, s katerima so določili okvir za celostne ukrepe in ustvarili močno politično zavezo na področju duševnega zdravja. Evropska komisija je bila kot eden od sodelujočih partnerjev na konferenci pozvana k izvajanju različnih ukrepov (Inštitut za varovanje zdravja, 2010).

Deklaraciji je dodan **Akcijski načrt za področje duševnega zdravja v Evropi**, ki naj bi ga posamezne države uporabile v skladu z lastnimi potrebami in možnostmi. Akcijski načrt predlaga načine razvijanja, implementiranja in krepitve celostnih politik na področju duševnega zdravja, in sicer za vsako od prioritarnih področij opredeljuje nabor učinkovitih aktivnosti oz. ukrepov (Inštitut za varovanje zdravja, 2010).

### **Zelena knjiga za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva**

V letu 2005 je Evropska komisija objavila *Zelena knjigo za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva - Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo*. Zelena knjiga je nastala kot odgovor na Deklaracijo in akcijski načrt za področje duševnega zdravja SZO, saj naj bi z njo določili okvir za izmenjavo in sodelovanje med državami članicami, pomagali povečati usklajenost ukrepov zdravstvenih in nezdravstvenih politik v državah članicah in na ravni Evropske skupnosti ter omogočali vključenost širokega kroga pomembnih zainteresiranih strani pri določanju rešitev (Inštitut za varovanje zdravja, 2010).

### **Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje**

Eden pomembnejših dokumentov iz leta 2008 na ravni EU je *Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje*. Pakt je bil predstavljen na konferenci, ki je združevala ministre, strokovnjake, bolnike, zdravstvene delavce, raziskovalce in druge akterje, da bi se dogovorili o skupnih ukrepih za izboljšanje duševnega zdravja v Evropi (Inštitut za varovanje zdravja, 2010).

Pakt je nadaljevanje posvetovanja o duševnem zdravju na podlagi Zelene knjige iz leta 2005. V okviru priprave Pakta so bili v sodelovanju z nacionalnimi ministrstvi, izvajalci dejavnosti in raziskovalci iz različnih sektorjev oblikovani štirje dokumenti o soglasju, ki pokrivajo naslednja področja: preprečevanje depresije in samomora, duševno zdravje mladostnikov in izobraževanje, duševno zdravje v delovnem okolju, duševno zdravje starejših (Inštitut za varovanje zdravja, 2010).

## VARSTVO DUŠEVNEGA ZDRAVJA V SLOVENIJI

### Zakon o duševnem zdravju

V Sloveniji ureja področje duševnega zdravja sistem zdravstvene in socialno varstvene skrbi. Julija 2008 je bil v Sloveniji prvič sprejet Zakon o duševnem zdravju (Ur. l. RS, št. 77/2008), ki določa sistem zdravstvene in socialno varstvene skrbi na področju duševnega zdravja, nosilce te dejavnosti ter pravice osebe med zdravljenjem v oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice, med obravnavo v varovanem oddelku socialno varstvenega zavoda in v nadzorovani obravnavi. Bistvena novost, ki jo je zakon prinesel, je, poleg pravne podlage za sprejem Nacionalnega programa duševnega zdravja, tudi povečan obseg storitev, s čimer skuša zakon zagotoviti večjo kakovost storitev in povečanje sodelovanja med različnimi službami. Za uresničitev svojega namena je zakon uvedel tri nove profile: zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja, koordinatorja nadzorovane obravnave in koordinatorja obravnave v skupnosti (Udovič, 2013: 24).

Podzakonski akti Zakona o duševnem zdravju so naslednji:

- Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti (Ur. l. RS, št. 49/2009),
- Pravilnik o opravljanju izpita ter izbiri in vlogi zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja (Ur. l. RS, št. 49/2009 in spremembe Ur. l. RS, št. 31/2013),
- Pravilnik o vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja nadzorovane obravnave (Ur. l. RS, št. 63/2009),
- Pravilnik o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih izvajalcev psihiatričnega zdravljenja ter o postopku njihove verifikacije (Ur. l. RS, št. 63/2009),
- Pravilnik o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih za izvajanje nalog na področju duševnega zdravja za izvajalce institucionalnega varstva ter centre za socialno delo ter o postopku njihove verifikacije (Ur. l. RS, št. 97/2009, 84/2012) in
- Pravilnik o merilih za določitev višine nagrade in za povrnitev stroškov za delo zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja (Ur. l. RS, št. 67/2010 in spremembe Ur. l. RS, št. 17/2011, 7/2013).

### Nacionalni program varovanja duševnega zdravja

Nacionalni program varovanja duševnega zdravja je trenutno še vedno v pripravi. S programom bodo opredeljeni razvojni cilji in potrebe na področjih

preventive, psihiatričnega zdravljenja, celovite socialno varstvene obravnave, nadzorovane obravnave in obravnave v skupnosti za obdobje petih let. Nacionalni program bo vseboval strategijo razvoja varovanja duševnega zdravja, akcijski načrt za varovanje duševnega zdravja, cilje, organizacijo, razvoj in naloge izvajalcev, mrežo izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje ter nosilce nalog za uresničevanje nacionalnega programa.

## OSEBE S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

*Nataša Udovič*

Osebe s težavami v duševnem zdravju so še vedno stigmatizirane, etiketirane in pogosto potisnjene na rob družbe. Imajo slabši družbeni status, zaradi česar so bolj ranljive in negotove. Pogosto pride do izgube samospoštovanja in izgube motivacije za doseganje svojih ciljev, razpada družine, izgube prijateljev itd. Goffman (1961) meni, da je dosmrtna stigmatiziranost tako zunanja kot notranja. Ljudje spremenijo svoje obnašanje do osebe, ki se je zdravila na psihiatriji, prizadet posameznik pa se temu primerno odziva (Flaker, 1998). Marušič in Temnik (2009) ugotavljata, da težave v duševnem zdravju dramatično znižujejo kakovost življenja, saj vodijo v neizogibno stisko tako obolelih oseb kot njihovih bližnjih. Ugotavljata, da sta revščina in duševno zdravje nedvomno povezana. Na eni strani revščina povečuje tveganje za nastop duševne motnje, poslabšanje simptomatike in umrljivosti zaradi same duševne motnje, na drugi strani pa obstoj duševne motnje pripelje osebo do poslabšanja njenega socialnega statusa.

Osnovna značilnost shizofrenije in drugih duševnih bolezni je zmanjšana sposobnost socialnega funkcioniranja, nesposobnost igranja socialne vloge, slaba skrb za telesno zdravje in motnje v zaznavanju simptomov, ki napovedujejo poslabšanje bolezni. Bolnik z duševno boleznijo je v procesu zdravljenja pasivni objekt. Vse to v začaranem krogu vodi v številna poslabšanja in ponovne hospitalizacije (Rajkumar in Thara, 1989). Z začetkom težav v duševnem zdravju pri vseh osebah vedno pride tudi do vidnega znižanja na socialni ravni njihovega življenja. Medtem ko se težave v duševnem zdravju pri teh osebah lahko zmanjšajo ali izginejo, pa znižana socialna raven ostane.

## SOCIALNA VARNOST

Socialno varnost posameznika zagotavlja socialna država, tako da mu zagotavlja eksistenčni minimum oziroma osnovne potrebe za preživetje, s čimer mu omogoči ohranjanje družbenega položaja. To posamezniku socialna država zagotavlja prek sistemov socialne pomoči.

### *Plača*

Med uporabniki s težavami v duševnem zdravju je le malo oseb, ki bi bile zaposlene. V primeru zaposlitve navadno zasedajo slabše plačana delovna mesta. Pogosto delajo s skrajšanim delovnim časom.

**Denarna socialna pomoč** je socialno varstveni prejemek, namenjen tistim osebam, ki si materialne varnosti ne morejo zagotoviti zaradi okoliščin, na katere same ne morejo vplivati. Namen denarne socialne pomoči je zagotavljanje sredstev za zadovoljevanje minimalnih življenjskih potreb v višini, ki omogoča preživetje. Dodeli se za določen čas, prvič največ za tri mesece, ponovno pa za obdobje šestih mesecev. Največ oseb s težavami v duševnem zdravju prejema denarno socialno pomoč, ki znaša 270,82 €<sup>1</sup> mesečno za samsko osebo.

**Dodatek za delovno aktivnost** je dodatek k minimalnemu dohodku delovno aktivne samske osebe ali odraslega družinskega člana, namenjen spodbujanju k delu ali ohranjanju motivacije za delo. Dodatek za delovno aktivnost pomeni povečanje minimalnega dohodka za osebe, ki so delovno aktivne najmanj 60 ur mesečno. Dodatek za delovno aktivnost prejme posameznik, ki uveljavlja pravico do denarne socialne pomoči in izpolnjuje pogoje, ki jih predpisuje Zakon o socialno varstvenih prejemkih (2010).

Dodatek za delovno aktivnost se v skladu z Zakonom o socialno varstvenih prejemkih dodeli tudi prejemnikom denarne pomoči, ki imajo sklenjen dogovor o **prostovoljnem delu**. Tako lahko posamezne osebe prejmejo višji znesek denarne socialne pomoči za 28 % višine minimalnega dohodka, v kolikor oseba pristojnemu centru za socialno delo predloži dogovor o prostovoljnem delu. Žal osebe s težavami v duševnem zdravju največkrat ne zmorejo opravljati prostovoljnega dela, saj večkrat same potrebujejo prostovoljca.

<sup>1</sup> Podatek se nanaša na dan 1. 8. 2015.

Denarna socialna pomoč se lahko poveča za **dodatek za pomoč in postrežbo** upravičencu, ki mu je zaradi starosti, bolezni ali invalidnosti za opravljanje osnovnih življenjskih potreb nujna pomoč druge osebe in ne prejema dodatka za tujo nego in pomoč po drugih predpisih. Potrebo po nujni pomoči druge osebe ugotavlja invalidska komisija po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Višina dodatka za pomoč in postrežbo se določi v višini dodatka za pomoč in postrežbo, ki bi upravičencu pripadal, če bi bil do njega upravičen po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Zakon o socialno varstvenih prejemkih, 2010).

**Izredna denarna socialna pomoč** je posebna oblika denarne socialne pomoči, ki se dodeli posamezniku oziroma družini, če se ugotovi, da se je samska oseba ali družina iz razlogov, na katere ni mogla ali ne more vplivati, znašla v položaju materialne ogroženosti oziroma izkazuje izredne stroške, ki so vezani na preživetje, ki jih z lastnim dohodkom ali lastnim dohodkom družine ne more pokriti. Maksimalni znesek, ki ga prejme posameznik ali družina, je višina minimalnega dohodka, določenega po Zakonu o socialno varstvenih prejemkih.

**Občinska enkratna denarna pomoč** se razlikuje po posameznih občinah, odvisno od odloka, ki ga posamezna občina sprejme. Občine same odločajo, kakšno vrsto pomoči bodo namenile svojim občanom, oziroma ali jo sploh bodo.

**Varstveni dodatek** je socialno varstveni prejemek, namenjen tistim osebam, ki si materialne varnosti ne morejo zagotoviti zaradi okoliščin, na katere sami ne morejo vplivati. Namen varstvenega dodatka je zagotavljanje sredstev za kritje življenjskih stroškov, ki nastanejo v daljšem časovnem obdobju in niso stroški za zadovoljevanje minimalnih življenjskih potreb. Do varstvenega dodatka so upravičene osebe, ki so trajno nezaposljive, trajno nezmožne za delo ali so starejše od 63 let (ženske) oziroma od 65 let (moški).

Trajno nezmožnost za delo ocenjujejo invalidske komisije Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, trajno nezaposljivost pa rehabilitacijska komisija, izvajalec zaposlitvene rehabilitacije po predpisih o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov oziroma drug ustrezen organ po predpisih, ki urejajo status invalidov. Skupni mesečni dohodek z varstvenim dodatkom za samsko osebo znaša 465,71 €<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Podatek se nanaša na dan 1. 8. 2015.

### **Pokojnina**

Osebe lahko prejemajo starostno, vdovsko, družinsko ali invalidsko pokojnino, če izpolnjujejo pogoje, ki jih predpisuje Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (2012-ZPIZ-2). Uporabniki s težavami v duševnem zdravju so največkrat upokojeni invalidsko. Za takšno upokožitev je treba zadostiti pogojem, ki jih predpisuje Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (2012-ZPIZ-2).

**Invalidska upokožitev** prinese minimalno materialno varnost. Danes take pokojnine znašajo od 300 do 400 evrov, kar pa ne zadošča za preživetje, zato so ti upokoženci - če izpolnjujejo predpisane pogoje - upravičeni tudi do varstvenega dodatka. Enako velja za osebe, ki prejemajo družinsko ali vdovsko pokojnino.

**Vdovsko pokojnino** lahko uveljavi vdova ali vdovec umrlega zavarovanca oziroma uživalca pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja.

**Družinsko pokojnino** lahko uveljavljajo otroci, pastorki, vnuki in drugi otroci brez staršev, ki jih je zavarovanec preživel, ter starši, ki jih je bil pokojni zavarovanec - uživalec pravice - do svoje smrti dolžan preživljati v skladu s predpisi, ki urejajo zakonsko zvezo in družinska razmerja. V kolikor se oseba s težavami v duševnem zdravju znajde v takšni situaciji in izpolnjuje pogoje, ki jih predpisuje Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (2012-ZPIZ-2), lahko uveljavlja pravico do vdovske ali družinske pokojnine.

Oseba, ki prejema pokojnino, nižjo od višine denarne socialne pomoči, lahko prejme tudi denarno socialno pomoč v višini, ki predstavlja razliko med višino prejete pokojnine in minimalnim dohodkom, določenim za denarno socialno pomoč.

Možna dodatka k pokojnini sta še pravica do **invalidnine**, ki jo lahko uporabnik pridobi zaradi telesne okvare, in **dodatek za pomoč in postrežbo**, ki ga uporabnik pridobi zaradi trajnih sprememb v zdravstvenem stanju v primeru, da ne more več samostojno opravljati vseh ali večine osnovnih življenjskih potreb, temveč za opravljanje teh potreb potrebuje nujno in stalno tujo nego in pomoč drugih oseb (Flaker *et al.* 2008: 168-169). Osebe s težavami v duševnem zdravju le redko prejemajo te dodatke.



Pravico do nadomestila za invalidnost in dodatka za tujo nego in pomoč imajo osebe s statusom invalida po Zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb (1983).

Osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju pogosto živijo v revščini, saj ne uspejo najti ustrezne zaposlitve, veliko jih je tudi nezmožnih za delo. Ker nimajo lastnega zaslužka, se le stežka preživljajo. Invalidska pokojnina in denarna socialna pomoč navadno ne zadoščata niti za pokrivanje osnovnih življenjskih stroškov, zato ljudje svojo finančno stisko rešujejo s pomočjo dodatkov in nadomestil, za pomoč pa so primorani prositi tudi starše in druge svojce. Pogosto se zgodi, da niso zmožni plačevati niti osnovnih življenjskih stroškov, kot so električna energija, komunalne storitve, ogrevanje, najemnina itd., zato prihaja do dolgov, posledično pa do izvršb in blokade bančnih računov. Zaradi pomanjkanja denarja za pomoč pogosto prosijo Karitas in Rdeči križ, ki jim dodelita paket hrane in obleke. Znajdejo se v začaranem krogu, zato jim grozi brezdomstvo ali namestitev v stanovanjsko skupino oziroma socialno varstveni zavod. Če ogrožajo svoje življenje v skupnosti, ker s svojim denarjem ne znajo gospodarno ravnati, jim krajevno pristojni center za socialno delo pod določenimi pogoji lahko postavi skrbnika za poseben primer za upravljanje z denarjem.

Zaradi relativno nizkih prihodkov so osebe s težavami v duševnem zdravju izključene iz vseh aktivnosti, ki v naši družbi veljajo za običajne, kot so obiskovanje kina, kulturnih in športnih prireditev, diskov in celo nakupovanja, ki ljudem v potrošniški družbi zapolni marsikatero praznino v duši (Lamovec, 2004: 131).

## STANOVANJSKE RAZMERE

Osebe s težavami v duševnem zdravju imajo le redko **lastno stanovanje**. Pogosto zaprosijo občino za dodelitev **neprofitnega stanovanja**, na katerega čakajo več let. **Tržna stanovanja** so zaradi visokih najemnin zanje nedosegljiva. V kolikor oseba vloži vlogo za dodelitev neprofitnega stanovanja, lahko zaprosi še za dodelitev **bivalne enote**, na katero ravno tako čaka dalj časa. Vloga za dodelitev neprofitnega stanovanja daje tudi **pravico do subvencionirane najemnine**, če oseba izpolnjuje pogoje za pridobitev neprofitnega stanovanja. Do subvencioniranja najemnine je upravičen najemnik v neprofitnem stanovanju, namenskem najemnem stanovanju, bivalni enoti, tržnem najemnem stanovanju in hišniškem stanovanju.

Pridobitev pravice do subvencije tržne najemnine velikokrat ne reši stanovanjskega problema. Najemodajalci namreč pogosto ne želijo prijaviti svojega dohodka od najemnin pri dohodnini, temveč želijo prejemati najemnino v gotovini brez izdaje računa oziroma potrdila, za unovčenje subvencije pa mora najemnik mesečno prilagati dokazilo o plačilu najemnine. V takšnem primeru ljudje ne morejo izkoristiti subvencije, ki jim pripada, ker nimajo možnosti izkazovanja dokazil o plačilu najemnine. Poleg tega le stežka najdejo kakšno najemniško stanovanje ne glede na višino prihodkov, ki jih imajo, saj jim najemodajalci nočejo oddajati stanovanja v najem zaradi stereotipov in strahu, da najemnik ne bo zmožen plačevati najemnine; prevladuje namreč mišljenje, da te osebe praviloma niso sposobne delati, temveč so odvisne od socialnih transferjev ali invalidskih pokojnin, kar se smatra za prenizek prihodek. Če najemodajalci opazijo, da ima oseba težave v duševnem zdravju, jo odklonijo, ker se bojijo, da jim bo uničila stanovanje (na primer zanetila požar) ali pa se bodo sosedje pritožili zaradi nemirov. Posledično so si posamezniki navadno primorani najti sobo s souporabo kopalnice in brez kuhinje (na primer nastanitveni centri - bivši samski domovi), včasih pa si morajo sobo deliti tudi s kakšno drugo osebo. V tem primeru do subvencije najemnine niso upravičeni, kar pomeni, da je za manjši in tudi manj primeren prostor za bivanje skupni seštevek stroškov bivanja višji, kot bi bil, če bi najeli tržno stanovanje z možnostjo subvencionirane najemnine, kjer bi bila kvaliteta bivanja bistveno višja.

Zaradi nizkih prihodkov pa imajo težave tudi tisti, ki živijo v neprofitnih stanovanjih. Vzrok so lahko prenizki dohodki in s tem povezana nezmožnost plačevanja stanovanjskih stroškov, zaradi česar jih podjetja tožijo, posledično pa deložirajo. Vir groženj pred izgubo stanovanja in ponovno selitvijo so lahko tudi pritožbe sosedov zaradi nemirov, slabih higienskih razmer in nestrpnosti, še posebej, kadar se poveča duševna stiska teh oseb.

Mnogi še vedno živijo pri svojih starših, ker sami nimajo dovolj prihodkov za samostojno življenje. Zaradi nizkih prihodkov je njihova osamosvojitve skoraj nemogoča. Za te osebe skrbijo starši oziroma svojci, ki z njimi živijo, zato je njihovo socialno stanje navidezno boljše v primerjavi s stanjem tistih, ki so prepuščeni sami sebi. Ob podpori svojcev imajo zagotovljen prostor za bivanje in ostale osnovne življenjske potrebščine, njihovi domovi so bolj urejeni. Navadno nimajo večjih težav z neporavnanimi dolgovi. Življenje s svojci pa predstavlja tudi oviro, saj posamezniki ne morejo usvojiti osnovnih veščin za samostojno življenje, ker svojci namesto njih pogosto opravljajo vsa gospodinjska in druga opravila ter jih

na ta način vodijo skozi življenje. Takšni odnosi ustvarjajo soodvisnost, pretirana skrb staršev in vsak poskus osebe, da bi ravnala po svoji volji, pa privedeta do konfliktov (Udovič 2011: 15).

Zaradi tovrstnih težav osebe s težavami v duševnem zdravju pogosto ostanejo brez prostora za bivanje. Država zanje poskrbi, tako da jih namesti v socialno varstvene zavode ali stanovanjske skupine društev za duševno zdravje. V kolikor je uporabnik brez stanovanja v času, ko je hospitaliziran, se njegov čas bivanja v psihiatrični bolnišnici še podaljša. Včasih se posamezniki tudi sami zatečejo v psihiatrično bolnišnico, ker nimajo kam drugam.

## DELO IN ZAPOSILITEV

Osebe s težavami v duševnem zdravju težko dobijo **zaposlitev**. Pri tem jih ovirajo predvsem posledice, ki jih prinesejo težave v duševnem zdravju, stigma in pogoste daljše odsotnosti z dela zaradi bolezni. Delodajalci se izogibajo zaposlovanju takšnih oseb, saj je danes na trgu dela dovolj razpoložljive »zdrave« delovne sile. Tisti, ki zaposlitev imajo, navadno delajo s krajšim delovnim časom, na slabših delovnih mestih. Svoje delovno mesto težko obdržijo. Delodajalci iščejo vsako priložnost, da jih upravičeno odpustijo (na primer zamujanje, daljše odsotnosti z dela itd.). Zaradi tega te osebe navadno potrebujejo pomoč pri vzdrževanju zaposlitve. Zaposlitev pa je lahko tudi vir nelagodja – pritiski na delovnem mestu, nesprejemanje osebe, takšne kot je, in dominantno obnašanje s strani vodij in sodelavcev lahko vodijo v stisko, ta pa v ponovno hospitalizacijo in odsotnost z dela. Posledično dobijo osebe z dolgotrajnimi stiskami nadomestni status, bolniški staž ali upokojitev.

Leonard Fagin in Martin Little trdita, da brezposelni z izgubo službe izgubijo več kot samo denar. Navajata naslednje socialne posledice nezaposlenosti:

1. Zaposlitev daje ljudem občutek identitete o tem, kdo so in kakšna je njihova vloga v družbi. Je vir odnosov zunaj družine. Nezaposlenost praviloma zmanjšuje družbene stike.
2. Služba zagotovi obvezno aktivnost. Nezaposleni imajo težave pri ustvarjanju okvira, ki jih bo zavezal k redni, koristni aktivnosti.
3. S tem tesno povezan vidik dela, ki ga z nezaposlenostjo izgubijo, je zmožnost strukturiranja psihološkega časa. Služba razdeli dan in teden v časovna obdobja. Brezposelni imajo težave z organiziranjem

- časa brez tega okvira. Več časa preživijo v postelji, vendar je njihov spanec nemiren in počutijo se bolj utrujene kot takrat, ko so delali.
4. Delo daje možnosti za razvijanje spretnosti in ustvarjalnosti ter daje občutek smisla. Ta občutek smisla se z brezposelnostjo navadno izgubi.
  5. Dohodek od dela nudi svobodo in nadzor zunaj dela. Predvsem ustvarja možnosti za vključitev v prostovoljne aktivnosti, kar pa stane (Haralambus, Holborn 2005: 255-256).

**Status brezposelne osebe** imajo osebe prijavljene na Zavodu za zaposlovanje. Med njimi je veliko oseb s težavami v duševnem zdravju, ki jih pogosto napotijo na center za socialno delo kot **začasno nezaposljive**. Center za socialno delo lahko z njimi sklene dogovor o aktivnem reševanju socialne problematike, vendar je težava centrov v tem, da nimajo zadostne socialne mreže izvajalcev oziroma organizacij, kamor bi se osebe lahko vključevale z namenom urejanja in odstranitve socialnih ovir, ki jim onemogočajo iskanje zaposlitve.

Nekateri se vključijo v **zaposlitveno rehabilitacijo**, kjer gredo skozi proces ocenjevanja zmožnosti za delo. Po končanem procesu dobijo oceno o zmožnosti za delo, in v kolikor so osebe še zmožne za delo, jim na podlagi te ocene na Zavodu za zaposlovanje iščejo primerno zaposlitev. V večini primerov te osebe ostanejo brezposelne. V kolikor za posamezno osebo presodijo, da ni več zmožna delati, dobi **status nezaposljivosti**. Ta status ponuja možnost vključitve v **programe socialne vključenosti**. Zaposlitvena rehabilitacija in programi socialne vključenosti so opredeljeni v Zakonu o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov (2004). **Zaposlitvena rehabilitacija** vključuje storitve, ki jih izvajajo s ciljem, da se invalid usposobi za ustrezno delo, se zaposli, zaposlitev zadrži in v njej napreduje ali spremeni svojo poklicno kariero.

**Programi socialne vključenosti** so socialni programi, ki so namenjeni podpori in ohranjanju invalidovih delovnih sposobnosti. V programe se lahko vključujejo osebe, ki zaradi invalidnosti niso zaposljive (kar Zavod za zaposlovanje po zaključeni zaposlitveni rehabilitaciji ugotovi z odločbo o zaposljivosti), invalidi I. kategorije brez pravice do invalidske pokojnine (po zakonu, ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanje) ter osebe z motnjo v telesnem in duševnem razvoju, ki nimajo možnosti vključitve v ustrezne socialno varstvene storitve.

V okviru ukrepov **aktivne politike zaposlovanja** Zavod za zaposlovanje vključuje osebe s težavami v duševnem zdravju tudi v programe aktivne politike zaposlovanja, in sicer največkrat v *programe izobraževanja in usposabljanja ter programe javnih del*.

## TEMELJNA VSAKDANJA OPRAVILA

Nekatere osebe s težavami v duševnem zdravju potrebujejo pomoč pri higieni in skrbi za gospodinjstvo, pogosto pa tudi pomoč pri opravljanju raznih opravkov. Takšno pomoč potrebujejo še zlasti tisti uporabniki, ki se po dolgotrajnem bivanju v zavodu preselijo v skupnost, saj jim v zavodu ni bilo treba skrbeti za gospodinjstvo. Tudi raznih opravkov niso imeli. Navadno se morajo ponovno naučiti nekaterih osnovnih spretnosti in veščin za samostojno življenje v skupnosti, kot so kuhanje, pomivanje, nakupovanje itd. (Udovič, 2013: 20).

### Skrb za osebno higieno in pomoč v gospodinjstvu

Opuščanje osebne higiene in zanemarjena stanovanja kažejo na to, da nekatere osebe s težavami v duševnem zdravju potrebujejo pomoč pri higieni in opravljanju gospodinjskih opravil. Pogosto se tudi slabo prehranjujejo. Velikokrat je potrebno le kontinuirano spodbujanje osebe k skrbi zase in za gospodinjstvo, včasih pa ne gre brez fizične pomoči tretje osebe.

**Storitev pomoč na domu** je namenjena upravičencem, ki imajo zagotovljene bivalne in druge pogoje za življenje v svojem bivalnem okolju, zaradi starosti, invalidnosti ali kronične bolezni pa se ne morejo oskrbovati in negovati sami, njihovi svojci pa oskrbe in nege ne zmorejo ali zanjo nimajo možnosti. Gre za različne oblike organizirane praktične pomoči in opravil, s katerimi se upravičencem vsaj za določen čas nadomesti potrebo po institucionalnem varstvu v zavodu, v drugi družini ali v drugi organizirani obliki.

Storitev se prilagodi potrebam posameznega upravičenca in obsega naslednje sklope opravil:

- pomoč pri temeljnih dnevni opravilih, kamor sodijo: pomoč pri oblačenju ali slačenju, umivanju, hranjenju in opravljanju osnovnih življenjskih potreb, vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov;
- gospodinjsko pomoč, kamor sodijo naslednja opravila: prinašanja enega pripravljenega obroka ali nabava živil in priprava enega obro-

ka hrane, pomivanje uporabljene posode, osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti, postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora;

- pomoč pri ohranjanju socialnih stikov, kamor sodijo naslednja opravila: vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, prostovoljci in sorodstvom, spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti, informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca ter priprava upravičenca na institucionalno varstvo (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010), 6. člen, točka 1a).

Upravičenci lahko naročijo tudi **storitve socialnega servisa**, ki obsegajo pomoč pri hišnih in drugih opravilih, vendar je takšna storitev plačljiva in zato osebam s težavami v duševnem zdravju največkrat nedosegljiva. Uporabniki bi včasih nujno potrebovali takšno storitev, predvsem kadar gre za večje čistilne akcije, saj *nekateri kompulzivno kopičijo nepotrebno šaro, pri čemer ne gre za slabe navade pospravljanja, pač pa za kompulzivno vedenje ali razmišljanje, ki se ga ne morejo otresti. Gre za obsesivno kompulzivno motnjo, zaradi katere odvečno nakopičene šare nekateri ne morejo vreči stran, predmete v dom prinašajo, a jih iz stanovanja nikoli ne znajo odnesti, saj živijo po načelu: vse bo še enkrat prišlo prav. Kompulzivnega kopičenja ni mogoče odpraviti, tudi če se popolnoma pospravi stanovanje, saj bodo predmete kmalu začeli spet zbirati. Kompulzivno kopičenje šare lahko močno zoži bivalni prostor osebe, hkrati pa obstaja nevarnost razvoja bakterij, strupenih plinov, škodljivcev itd., ki so nevarni za življenje osebe in sosedov. Takšna oblika obsesivne kompulzivne motnje se pogosto pojavlja pri osebah s težavami v duševnem zdravju kot sekundarna motnja.*

### **Pomoč in podpora pri vsakodnevnih opravilih**

Nekateri zaradi stiske ne zmorejo sami urejati zadev, ki jih življenje v skupnosti zahteva od njih. K temu veliko pripomore stigma. Strah pred negativnim odzivom okolice in možnostjo, da jih drugi ljudje ne bodo sprejeli, da jih bodo opravljali, se jim smejali, se do njih pokroviteljsko obnašali ali pa jih morda celo ponovno hospitalizirali v psihiatrični bolnišnici, povzroča v posameznikih notranji strah, zato se izogibajo urejanju zadev izven doma in posledično teh zadev ne uredijo, zaradi česar lahko nastopijo težave. Včasih se le stežka odpravijo k zdravniku, še težje k psihiatru, tudi na center za socialno delo, v trgovino, v banko ali na druge urade, da bi uredili vse potrebno. V veliko oporo jim je, če jih nekdo spremlja pri tovrstnih opravilih, saj se na ta način počutijo bolj varno. Včasih potrebujejo spremstvo le

zaradi fizične oviranosti, velikokrat pa tudi pomoč zaradi duševnih stisk in pomanjkanja informacij ali neznanja (Udovič, 2013: 20).

### **Pomoč pri vzgoji otrok**

Osebe s težavami v duševnem zdravju, ki imajo mladoletne otroke, včasih potrebujejo pomoč pri vzgoji otrok. Pri tem ne smemo pozabiti načrtovati varstva in skrbi za otroke v primeru odhoda osebe v psihiatrično bolnišnico.

## **SOCIALNA MREŽA**

Večina odnosov, v katere vstopajo uporabniki, je hierarhična. Uporabnik je navadno v podrejenem položaju tako do medicinskega kot do socialnega kadra, odvisen pa je tudi od članov družine. Le redkim uspe ohraniti prejšnja prijateljstva z neuporabniki (Lamovec, 2004: 133). Njihovi socialni stiki so osiromašeni, neformalna in formalna socialna mreža pa šibki. Navadno imajo uporabniki stike le z družinskimi člani, ostalimi uporabniki in osebjem raznih organizacij, ki delujejo na področju duševnega zdravja. Ostali stiki so bolj površinski. Nekateri izgubijo tudi stik s svojci. V življenju navadno ne ustvarijo svoje družine ali pa je ne zmorejo obdržati, saj jih partner po navadi zapusti, otroka pa jim odvzamejo, zato ostajajo sami. Pogosto občutijo osamljenost, ki pogloblja duševno stisko. Velikokrat imajo konfliktno odnose s starši, sosedi in drugimi ljudmi. Po eni strani v svojih starših vidijo zaupnike, po drugi strani pa jih ti omejujejo pri širjenju mreže, saj so vedno prisotni in se vtikajo v stike, ki jih uporabniki vzpostavljajo. Pri vzpostavljanju stikov jih spremlja stigma, ki zožuje njihovo neformalno socialno mrežo. Veliko uporabnikov po prvi hospitalizaciji izgubi prijatelje. Če uporabnik živi v ustanovi, se njegov krog stikov še zmanjša (Flaker *et al.* 2008: 262-287).

**Formalno socialno mrežo** uporabnikov predstavljajo izvajalci organiziranih služb, ki delujejo v treh sektorjih: v javnem sektorju, v zasebnem sektorju ter v nevladnih in prostovoljskih organizacijah. Izraz *formalni izvajalci* uporabljamo, ker imajo formalni mandat za opravljanje dejavnosti s strani države (ne le javni sektor, tudi v zasebnem in nevladnem sektorju potrebujejo za opravljanje dejavnosti s strani države dovoljenje, koncesijo), imajo formalno izobrazbo za opravljanje storitev in so za svoje delo plačani bodisi s strani države bodisi neposredno od uporabnika (Flaker *et al.* 2011a). **Neformalno socialno mrežo** sestavljajo svojci, prijatelji, sosede itd.

Za mreže uporabnikov je značilno, da so po navadi majhne in omejene na ozek krog ljudi (Flaker *et al.* 2008). V mladosti uporabniki navadno ne ustvarijo lastne družine. Težko obdržijo partnersko zvezo, včasih jih zapustijo tudi svojci. Njihovi mladoletni otroci so večinoma nameščeni v rejniške družine, s polnoletnimi otroki imajo stike redko ali pa jih sploh nimajo. Ravno tako večina nima pravih prijateljev, zato čutijo osamljenost. Največ se družijo z ljudmi, ki imajo ravno tako težave v duševnem zdravju. Zaradi svoje drugačnosti so vključeni v razne socialne storitve in programe ter v druge zdravstvene oblike pomoči. Vse spremlja institucionalna kariera, hospitalizacije v psihiatričnih bolnišnicah, nekatere pa še namestitev v stanovanjsko skupino ali socialno varstveni zavod.

## **DRUGA POMEMBNA ŽIVLJENJSKA PODROČJA ZA OSEBE S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU**

### **Skrbništvo**

Skrbništvo je posebna oblika varstva mladoletnikov, za katere ne skrbijo starši, in polnoletnih oseb, ki niso sposobne ali nimajo možnosti skrbeti zase, za svoje pravice in koristi.

Naloga skrbništva nad mladoletnimi osebami je, da se s skrbjo, vzgojo in izobrazbo vsestransko razvije osebnost mladoletnih varovancev, in da se varovanci usposobijo za samostojno življenje in delo. Namen skrbništva je varstvo njihove osebnosti, ki se uresničuje predvsem z oskrbo, zdravljenjem in usposabljanjem za samostojno življenje. Poleg tega zajema varovanje premoženjskih in drugih pravic in koristi oseb pod skrbništvom.

### *Skrbništvo za poseben primer*

Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih (1976) določa, da lahko center za socialno delo postavi skrbnika za poseben primer ali skrbnika za določeno vrsto opravil odsotni osebi, katere prebivališče ni znano in nima zastopnika, neznanemu lastniku premoženja, kadar je potrebno, da nekdo za to premoženje skrbi, pa tudi v drugih primerih, kadar je to potrebno za varstvo pravic in koristi posameznika. Pri postavitvi skrbnika za poseben primer določi center za socialno delo obseg skrbnikovih dolžnosti in pravic, upoštevajoč okoliščine vsakega posameznega primera.



Skrbništvo za poseben primer obsega varstvo pravic in koristi posamezne osebe, ne pa tudi skrbi za osebo v celoti. Gre za določeno vrsto konkretnih opravil oziroma pravnih dejanj, pogosto vezanih na zaščito premoženja. Pri osebah s težavami v duševnem zdravju se najpogosteje kaže potreba po postavitvi skrbnika za poseben primer, kjer skrbnik zastopa pravice, koristi in interese varovanca pri poslovanju z denarnimi sredstvi, saj te osebe pogosto ne znajo gospodarno ravnati z denarjem. V posameznih nujnih primerih jim center za socialno delo postavi skrbnika za poseben primer tudi za primer namestitve v institucionalno varstvo. Skrbništvo preneha, ko je naloga skrbnika opravljena.

### *Odvzem poslovne sposobnosti*

O odvzemu poslovne sposobnosti odloči sodišče v nepravdnem postopku na podlagi predloga svojcev osebe ali centra za socialno delo. Sodišče odloči, ali se posamezniku poslovna sposobnost odvzame **delno ali v celoti**, in o tem seznaní center za socialno delo. Če je uveden postopek zaradi duševne bolezni, duševne manjrazvitosti, odvisnosti od alkohola ali mamil, ali iz drugega razloga, ki vpliva na psihofizično stanje, sodišče odredi, da osebo, ki naj se ji odvzame poslovna sposobnost, pregleda izvedenec medicinske stroke.

Center za socialno delo osebo, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost, z odločbo postavi pod skrbništvo, imenuje skrbnika in določi njegove dolžnosti ter obseg njegovih pooblastil. Pri imenovanju skrbnika upošteva želje varovanca, če jih je ta zmožen izraziti, in želje njegovih bližnjih sorodnikov, če je to v korist varovanca.

Postavitev pod skrbništvo se vpiše v rojstno matično knjigo. Če ima varovanec premoženje, se postavitev pod skrbništvo zaznamuje tudi v zemljiški knjigi.

Skrbništvo nad osebo, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost, preneha, če ji sodišče z odločbo vrne poslovno sposobnost.

### **Skrb za duševno zdravje**

Eno izmed zelo pomembnih področij za osebe s težavami v duševnem zdravju je skrb za duševno zdravje. Vsi posamezniki imajo željo po izboljšanju svojega duševnega zdravja. Občasne hospitalizacije v psihiatrični bolnišni-

ci in redno obiskovanje ambulantnega psihiatra postanejo del njihovega življenja. Psihatri jim predpišejo zdravila, ki duševnih motenj sicer ne pozdravijo, a blažijo ali preprečujejo ponavljanje najrazličnejših psihičnih motenj, kar pomeni, da se motnja ponovi takoj, ko oseba preneha jemati zdravila. Psihotropna zdravila imajo moteče stranske učinke, zato se osebe pogosto poslužujejo občasnega prenehanja, znižanja odmerkov ali nerednega jemanja zdravil, kar vodi do nezaželenih hospitalizacij. Kljub temu jih veliko redno obiskuje ambulantnega psihiatra, vendar pogosto navajajo, da si ti zanje vzamejo premalo časa. Ker z njimi nimajo možnosti za pogovor o svojih stiskah, poskušajo to potrebo zadovoljiti prek različnih strokovnjakov in obiskovanja psihoterapije.

### Zdravstveno zavarovanje

V Sloveniji je zdravstveno zavarovanje sestavljeno iz dveh delov: **obveznega zdravstvenega zavarovanja** in **dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja**. Brez obveznega zdravstvenega zavarovanja ne moremo uveljavljati dopolnilnega. **Dopolnilno zavarovanje le dopolnjuje obveznega**. Z ureditvijo obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja pri zdravniku nimamo doplačil.

Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (2010) določa, da so državljani Republike Slovenije upravičeni do kritja prispevka za **obvezno zdravstveno zavarovanje**, če so upravičeni do denarne socialne pomoči ali izpolnjujejo pogoje za pridobitev denarne socialne pomoči (pri čemer se krivdni razlogi za uveljavljanje denarne socialne pomoči ne upoštevajo), in če imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji ter niso zavarovanci z drugega naslova, določenega z zakonom, ki ureja zdravstveno zavarovanje. Osebe, ki prejema denarno socialno pomoč in varstveni dodatek, so ravno tako upravičene do kritja prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje. Osebe v obvezno zdravstveno zavarovanje prijavi oziroma odjavi pristojen center za socialno delo na podlagi odločbe o pravici do denarne socialne pomoči, prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje pa krije občina stalnega prebivališča.

Upokojenci imajo urejeno kritje prispevka prek Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Republike Slovenije, zaposlenim pa prispevek krije delodajalec.

Pravico do **kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev** imajo zavarovanci in po njih zavarovani družinski člani urejeno na podlagi upravičenja

do denarne socialne pomoči oziroma ob izpolnjevanju pogojev za pridobitev denarne socialne pomoči, razen v primeru, če upravičenec izpolnjuje pogoje za pridobitev varstvenega dodatka, pod pogojem, da navedenih pravic nimajo zagotovljenih v celoti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ali iz drugega naslova. Zavarovanec oziroma po njem zavarovan družinski član izkazuje izpolnjevanje pogojev iz prejšnjega odstavka z odločbo o pravici do denarne socialne pomoči ali z odločbo pristojnega centra za socialno delo o pravici do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev (Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (2010)). Zavarovanje ima čakalno dobo treh mesecev, kar pomeni, da zavarovanec tri mesece od sklenitve zavarovanja ne more uveljavljati dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, z izjemo tistih zavarovancev, ki predložijo potrdilo o tem, da niso bili več kot en mesec nezavarovani.

### **Prosti čas**

Prosti čas definira dejavnosti, ki si jih izberemo sami. Te dejavnosti so navadno povezane z družabnostjo, hobiji, športom, zabavo itd. Eno izmed pomembnih področij za osebe s težavami v duševnem zdravju je tudi zapolnitev prostega časa. Organizacija njihovega prostega časa je prepuščena njim samim. Zanje prostočasne dejavnosti organizirajo različne organizacije s področja duševnega zdravja v okviru svojih programov, kot so dnevni centri, razne delavnice, izleti, obiski kina in drugih kulturne dejavnosti. Vsakodnevno obiskovanje programov pomaga tem osebam strukturirati psihološki čas, njihovo življenje pa je bolj aktivno v primerjavi z življenjem tistih, ki se v programe ne vključujejo. Navadno imajo bolj razvito socialno mrežo, saj so vključene v družbo in s tem manj osamljene.

### **Brezplačna pravna pomoč**

Različne življenjske situacije kažejo na to, da je včasih potrebna pravna pomoč. Vse osebe, ki si brez škode za svoje preživljanje in preživljanje svoje družine pravice do pravne pomoči ne morejo zagotoviti same, so upravičene do brezplačne pravne pomoči. Brezplačna pravna pomoč pomeni pravico upravičenca do:

- celotne ali delne zagotovitve sredstev za pokritje stroškov pravnega svetovanja in zastopanja v sodnih in zunajsodnih postopkih in
- oprostitev plačila stroškov sodnega postopka (z izjemo sodne takse, za oprostitev katere je treba posebej zaprositi).

Odobrena brezplačna pravna pomoč ne pokriva plačila stroškov postopka in dejanskih izdatkov ter nagrade pooblaščenca nasprotne stranke.

Prošnjo za dodelitev brezplačne pravne pomoči lahko vloži prosilec pri pristojnem sodišču ali na okrajnem sodišču, na območju katerega ima stalno ali začasno prebivališče. Prošnja se vloži na posebnem obrazcu. Pri odločanju o prošnji za dodelitev brezplačne pravne pomoči se ugotavljajo: finančni položaj prosilca, razumnost zadeve (ali ima prosilec v zadevi verjetne izgleda za uspeh) ter pomembnost zadeve za prosilčev osebni in socialno-ekonomski položaj (ali je pričakovani izid za prosilca ali njegovo družino življenjskega pomena).

## Prevozi

Življenje v skupnosti danes nujno zahteva uporabo prevoznih sredstev. Osebe s težavami v duševnem zdravju navadno nimajo lastnega prevoza, zato večina uporablja javni prevoz. Zaradi nizkih prihodkov težko krijejo stroške kakršnega koli prevoza, zato je zanje obiskovanje raznih institucij, kot so zdravstvene institucije, center za socialno delo, nevladne organizacije itd., oteženo. Zaradi nezmožnosti kritja prevoznih stroškov izpadejo iz mreže storitev, ki jih za namen izboljšanja njihovega fizičnega in duševnega zdravja ter socialnega položaja zanje nudijo razne organizacije. Težave se pojavijo tudi pri opravljanju nujnih vsakdanjih opravil, še posebej takrat, kadar je potreben prevoz večjih in težjih stvari - pri prevzemu paketa rdečega križa, nakupu bele tehnike, selitvi stvari itd. Navadno posamezniki nimajo takšne mreže prijateljev in bližnjih, ki bi jim lahko nudili pomoč pri prevozu.

## ŠTROKOVNA IZHODIŠČA ZA DELO Z OSEBAMI S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU ZA KOORDINATORJE OBRAVNAVE V SKUPNOSTI

*Kristina Kos*

### NAMEN STROKOVNIH IZHODIŠČ ZA DELO Z OSEBAMI S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

Duševno zdravje je v slovenskem prostoru še vedno obrobno in stigmatizirano področje, kar ljudi s težavami v duševnem zdravju še toliko bolj potiska na rob družbe in povzroča njihovo izolacijo. Osebe s težavami v duševnem

zdravju težje poiščejo strokovno pomoč, saj prevečkrat občutijo obsojanje s strani okolice, včasih tudi s strani strokovnih institucij. Posledično se posamezniki bojijo izgube službe in socialne mreže, matere odvzema otroka itd. Revščina in težave v duševnem zdravju se žal prepletajo, spremlja pa jih več dejavnikov: slabo zdravje, slabe stanovanjske razmere, socialna izključenost, izguba kompetenc itd.

Namen strokovnih izhodišč je določitev smernic za učinkovito delo koordinatorjev obravnave v skupnosti in članov multidisciplinarnega tima z osebami s težavami v duševnem zdravju. Strokovno osebje na podlagi specializiranega znanja osebam s težavami v duševnem zdravju zagotavlja koordinirano in enotno delo z namenom, da se izboljša njihova kvaliteta življenja v skupnosti.

## **NAČELA DELA Z OSEBAMI S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU**

Koordinator mora v razgovoru prepoznavati ter upoštevati potrebe in želje uporabnika, ki privoli v obravnavo v skupnosti. Na podlagi zapisanega načrta je treba uporabniku omogočiti uspešno vključevanje v domače okolje s ciljem dviga kvalitete njegovega življenja. Koordinator mora sodelovati z različnimi izvajalci in aktivirati mrežo za uspešno sodelovanje tako s formalnimi kot neformalnimi viri.

Uporabnikove zdravstvene težave ne smejo predstavljati ovir ali predsodkov za izvajanje pomoči in podpore, le-te naj ostanejo v domeni zdravstva. V primeru, da uporabnik zaradi zdravstvenih težav resno ogroža sebe ali druge, so strokovni delavci dolžni postopati v skladu z načelom zaščite uporabnika.

V okviru naloge je delo usmerjeno v krepitev moči, suverenost in samostojnost uporabnika s ciljem njegovega kvalitetnega bivanja v domačem okolju. Prepletanje vlog in nalog koordinatorju odvzame njegovo prvenstveno vlogo, ki jo mora izvajati, kot to določa zakon. Praviloma se uporabnikom znotraj naloge obravnave v skupnosti omogoči dostop do storitev, ki jih izvajajo centri za socialno delo in ostale službe (prva socialna pomoč, osebna pomoč in skrbništvo itd.). Načela, ki se uporabljajo pri delu z uporabniki, določajo, da se jim prek načrta zagotovijo vsi razpoložljivi viri, ki bi lahko omogočili realizacijo načrta:

- krepitev moči - opolnomočenje,
- povečevanje varnosti, vpliva, možnosti izbire,

- opogumljanje uporabnika, da dosega lastne cilje,
- spodbujanje okolja in strokovne javnosti za bivanje v domačem okolju,
- zagotavljanje razpoložljive pomoči in podpore v domačem okolju,
- osredotočenost na izvajanje načrta in ne na težave v duševnem zdravju,
- individualna obravnava, ki je prilagojena potrebam in zmožnostim uporabnika,
- nudenje celovite pomoči, ki uporabnika obvaruje pred »vrtečimi vrati« (uporabnika ne usmerjamo k izvajalcem drugih storitev, ampak zanj pridobimo informacije in mu jih prenesemo).

Strokovne delavke in delavci so odgovorni za:

- prepoznavanje uporabnikovih potreb,
- spoštovanje načela zaupnosti,
- spoštovanje potreb in želja uporabnika,
- celovito informiranje uporabnika o njegovih pravicah,
- strokovna distanca do predsodkov in stigmatizacije,
- povezovanje z vsemi izvajalci,
- koordinirano sodelovanje z vsemi sodelujočimi,
- spoštovanje zakonskih določil,
- samoevalviranje (kritična avtoevalvacija izvedenega dela),
- izboljševanje (nadgradnja) naloge in storitev v okviru koordinacije.

Koordinator obravnave v skupnosti poleg upoštevanja želja in potreb uporabnika le-tega v primeru neprimerne vedenja (manipuliranja, izvajanja groženj in izsiljevanja itd.) s tem sooči, mu postavi jasne meje, ga povabi h konstruktivnemu sodelovanju in soočanju z določeno situacijo ter pojasni posledice njegovih dejanj in izjav. Spoštovanje človekovega dostojanstva in nedotakljivosti je odgovornost obeh podpisnikov privolitve v obravnavo v skupnosti.

Uporabnik s težavami v duševnem zdravju ima pravico do:

- dostojne in spoštljive obravnave,
- enakih možnosti za nudenje pomoči,
- ne-diskriminatornega odnosa,
- celovitega, usklajenega informiranja o vseh pravicah na njemu razumljiv način,
- dostopa do pomoči in podpore, ki sledita njegovim potrebam in željam ter krepita njegovo samostojnost in suverenost s ciljem, da pridobi vpliv nad lastnim življenjem,
- omogočanja dostopa do storitev, ki nudijo bivanje v skupnosti.

## NAČELA DELA S ČLANI MULTIDISCIPLINARNEGA TIMA IN RAZ- POLOŽLJIVIMI VIRI V DOMAČEM OKOLJU

1. Odzvati se na vabilo koordinatorja obravnave v skupnosti, kot določa Zakon o duševnem zdravju.
2. Sodelovati pri nadgradnji in izvajanju načrta.
3. Izvesti naloge, opredeljene v načrtu, ki je potrjen na multidisciplinarnem timu.
4. Uporabnika motivirati, usmerjati ter mu nuditi pomoč in podporo za realizacijo načrta.
5. Biti uporabniku na razpolago za reševanje stisk in težav.

### METODE DELA

Koordinator pri svojem delu uporablja individualen pristop, pri čemer je njegova osnovna metoda dela individualno načrtovanje. Pri delu uporablja tudi druge metode dela, ki obsegajo skupinsko in terensko delo, vodenje evidenc, zagovorništvo, mediacijo, sodelovanje na lokalni in nacionalni ravni itd.

### INDIVIDUALNI PRISTOP IN METODA INDIVIDUALNEGA NAČR- TOVANJA

Metoda individualnega načrtovanja in izvajanja storitev izhaja iz osemdesetih let 20. stoletja, ko se je pojavila potreba po koordiniranem delovanju različnih služb in usklajevanju storitev v skupnosti. Razvila se je iz vodenja primera (*case management*), načrtovanja in izvajanja oskrbe (*care planning and management*), način, ki ga uporabljamo, pa predvsem iz neodvisnega posredništva storitev (*independent service brokerage*) (Brandon, 1994).

Značilnost novega pristopa je, da načrtovanje izhaja iz posameznikove očne potreb po storitvah, s katerimi bo uresničeval svoje življenjske cilje in izboljšal kakovost življenja. Cilj zagotavljanja storitev je uresničevanje državljskih pravic. Pri individualiziranem zagotavljanju storitev je uporabnik izhodišče za načrtovanje, vzpostavljanje, izvedbo in ocenitev storitve ter je tudi upravljavec tega procesa. Prednosti individualiziranega pristopa pri načrtovanju storitev so:

- uporabniku omogoči načrtovanje storitev, ki jih potrebuje, kar pomeni, da so take storitve učinkovite;
- uporabnik prevzame in zadrži vpliv nad storitvami, posledično pa tudi nad svojim življenjem;
- lokalnim oblastem prinaša informacije o potrebah občanov po določenih storitvah, kar omogoča učinkovito načrtovanje in razvoj potrebnih storitev;
- na državni ravni zbrane potrebe lokalnih okolij pokažejo trende in smeri učinkovitega načrtovanja in razvoja, sprejemanja ukrepov in določanja prioritete (Škerjanc, 2005: 52-53).

Individualni pristop omogoča posamezniku, da si pridobi izkušnje, mu zagotovi, da so njegove individualne potrebe in želje pomembne, dovoljuje prevzemanje nadzora nad svojim življenjem, razvijanje svoje edinstvenosti, razvijanje relevantnih znanj in pridobivanje izkušenj za čim večjo samostojnost, omogoča uresničitev zastavljenih ciljev ter izboljša občutek lastne vrednosti, partnerski odnos s strokovnim delavcem ali delavko, osebno rast in razvoj (Brandon, 1994).

V procesu individualnega načrtovanja moramo zagotoviti opolnomočenje uporabnika. Pozorni moramo biti na naslednje elemente:

1. Načrt se zapiše na željo uporabnika (pobudo lahko da kdo drug, on pa mora željo izrecno izraziti).
2. Uporabnika je treba pred zapisom seznaniti s potekom zapisa načrta.
3. Uporabniku povemo, čemu je namenjen zapis načrta.
4. Jasno povemo, koliko časa bo trajala izdelava načrta.
5. Z uporabnikom se dogovorimo o načinu zapisa, kdo bo zapisovalec in v kateri osebi bo zapisan načrt.
6. Zagotoviti moramo enakovreden odnos.
7. Uporabnik se odloči, kje želi, da potekajo srečanja.
8. Ustvarijo se okoliščine, kjer so zagotovljeni mir in zasebnost, dostojanstvo ter varno in prijateljsko vzdušje.
9. Uporablja se jezik, ki je uporabniku razumljiv.
10. Na vsakem srečanju se uporabniku prebere (ali si prebere sam), kaj smo zapisali na zadnjem srečanju.
11. Zagotovi se določitev prioritetenih potreb in želja uporabnika.
12. Ob zaključku vsakega srečanja se uporabniku zahvalimo za sodelovanje.
13. Ob zaključku vsakega srečanja preverimo, koliko moči in vpliva je imel v procesu individualnega načrtovanja naš sogovornik.



14. Skupaj z uporabnikom se dogovorimo, s kom vse bomo v načrtu sodelovali.
15. Uporabnika se seznanimo s tem, kdo bo imel vpogled v načrt.
16. Uporabnika se seznanimo, da je po podpisu prejema načrta ta njegov osebni dokument.
17. Po določenem obdobju se načrt revidira ali popravi.
18. Izdelan načrt je treba evalvirati.
19. Najbolj pomembno je, da ima uporabnik ves čas pregled nad načrtovanjem, ter da dobi v procesu izdelovanja načrta potrditev, da je to delo, ki je namenjeno samo njemu in zanj. Pri tem mu povemo, da se bomo potrudili, in da bomo naredili vse, da bo načrt tudi dejansko implementiran v praksi (Zaviršek *et al.* 2002: 151-153).

## IZBIRA UKREPOV IN NAČINOV RAVNANJA

Ne glede na težave v duševnem zdravju mora koordinator obravnave v skupnosti upoštevati suverenost, integriteto in avtonomijo uporabnika in ne sme zbirati podatkov ali informacij o uporabniku brez njegovega vedenja in dovoljenja, razen v primerih, kadar uporabnik resno ogroža sebe ali druge - takrat je koordinator dolžan spoštovati področno zakonodajo.

Koordinatorjevo delo je usmerjeno v opolnomočenje uporabnika, njegovih želja in ciljev, ki jih ne vrednotimo ali minimaliziramo. Delo je usmerjeno v spoštovanje ter upoštevanje uporabnikovih želja in potreb s ciljem krepitve moči in dviga kvalitete življenja.

### Informiranje

Dokument *privolitev v obravnavo v skupnosti* je dokument, s katerim uporabnik privoli v obravnavo in koordinatorju dovoljuje zbiranje zdravstvenih podatkov. Uporabniku je treba v njemu razumljivem jeziku pojasniti, kaj to pomeni in v kakšen namen se uporablja določba. Ta je pomembna zato, ker v koordinaciji kot stalen član tima sodeluje psihiater, ki poda strokovne smernice za delo z uporabnikom. Poleg psihiatra pri koordinaciji pogosto sodeluje tudi drugo zdravstveno osebje, ki pripomore k realizaciji načrta.

Koordinatorji obravnave v skupnosti glede varstva osebnih podatkov upoštevajo področno zakonodajo, ki varuje uporabnika in njegove osebne podatke.

Pri sodelovanju z zunanjimi institucijami koordinatorji uporabljajo podatke in informacije z visoko mero varovanja in spoštovanja človekove pravice do zasebnosti in dostojanstva.

## **STANDARDNI POSTOPKI RAVNANJA**

Nudenje prostora in časa za izpoved o življenju, željah, potrebah in ciljih uporabnika je glavno vodilo koordinacije oz. nudenja pomoči osebam s težavami v duševnem zdravju. V skladu s tem koordinator obravnave v skupnosti izvaja nalogo in zagotavlja storitve za izpolnitev naštetega.

Poleg tega mora koordinator uporabnika voditi v konstruktivno reševanje lastnih stisk, težav in problemov ter ga usmerjati v prevzemanje odgovornosti za lastno življenje. Strokovno delo mora biti usmerjeno v krepitev moči uporabnika, uporabnik pa mora aktivno sodelovati pri izvajanju načrta, prevzemati odgovornost za svoja dejanja, razumeti dogovor in sodelovati pri realizaciji načrta. Uporabnika se seznanjajo z dejstvom, da se lahko v primeru nesodelovanja poda predlog za prekinitev obravnave v skupnosti zaradi krivde na strani uporabnika.

Cilj obravnave v skupnosti je, da se uporabniku omogoči uspešna in boljša reintegracija, s tem pa povečevanje vpliva nad lastnim življenjem in širjenje kompetenc. To dosežemo, tako da uporabniku nudimo pomoč in podporo, vendar ga hkrati opozarjamo na vedenje in odločitve, ki lahko na njegovo življenje negativno vplivajo in zaradi katerih lahko pride do negativnih posledic, ki mu lahko poslabšajo zdravstveno stanje, socialni položaj, socialno varnost, osebno varnost itd.

## **OKREPLJENI POSTOPKI RAVNANJA**

Poleg standardnih postopkov lahko za izvajanje obravnave v skupnosti izvedemo tudi okrepljene postopke:

1. **Hitri načrt** se zapiše, kadar uporabnik potrebuje urgentno reševanje obstoječe problematike (najpogosteje so to finančne težave - rubeži, izvršbe, deložacije).
2. **Analiza tveganja** se lahko zapiše v primeru, da uporabnik ogroža sebe ali druge. Koordinator obravnave v skupnosti analizo tveganja zapiše skupaj z uporabnikom ali sam. Analiza tveganja je namenjena analizi

stanja, situacije, problema, tveganja in ogroženosti ter ponudi različne možnosti izbire in vire za zniževanje tveganja, ogroženosti in škode.

3. **Načrt »na zalogo«** se zapiše, kadar skupaj z uporabnikom predvidevamo dogodke, ki lahko ogrožajo njega ali druge. V načrtu opredelimo možne rešitve ali rešitve za zmanjševanje škode.

Tudi če uporabnik v primeru tveganja in ogroženosti ne želi pomoči, mu povemo, da nas zanj skrbi, in da mu želimo nuditi pomoč, ter ga seznanimo z drugimi možnostmi pomoči. Seznanimo ga s posledicami njegovih dejanj, ki bodo vplivala na njegovo življenje in življenje njegovih bližnjih. Uporabniku pojasnimo, da za njegova dejanja in odločitve nismo odgovorni strokovni delavci, lahko pa mu pomagamo pri krepitvi moči in odločitvah, ki bodo na njegovo življenje pozitivno vplivala, ter ga motiviramo za prevzemanje vpliva nad lastnim življenjem, tako da ga usmerjamo v konstruktivne odločitve in dejanja. Namen in cilj koordinacije ni, da strokovni delavci v celoti prevzemajo naloge, ampak da jih skupaj z uporabnikom realizirajo ter mu s tem omogočijo, da se nauči novih oblik kompetenc, širi svoja znanja in veščine ter pridobi izkušnjo samostojnega in neodvisnega odločanja, kar vodi v samostojno in kvalitetnejšo življenje.

## **OBLIKE POMOČI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA V SLOVENIJI**

*Nataša Udovič*

### **MREŽA ZDRAVSTVENIH STORITEV**

Mreža javnih zdravstvenih služb zajema psihiatrične bolnišnice, specialistične psihiatrične, psihoterapevtske in psihološke ambulante ter dva svetovalna centra za otroke in mladostnike. Na primarni ravni zajema tudi ambulante splošne in družinske medicine, ambulante za zdravstveno varstvo otrok in mladine, dispanzerje za mentalno higieno in centre za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog.

## Zdravljenje v psihiatrični bolnišnici

Psihiatrične bolnišnice izvajajo bolnišnično zdravljenje v obliki celodnevne ali dnevnega varstva, nadzorovano obravnavo, nekatere pa tudi ambulantno zdravljenje in v okviru projekta skupnostno psihiatrično obravnavo. V Sloveniji imamo šest psihiatričnih bolnišnic.

Oseba je lahko sprejeta na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico s privolitvijo (prostovoljna hospitalizacija) ali brez privolitve (prisilna hospitalizacija). Sprejem na zdravljenje s privolitvijo pomeni, da je oseba sprejeta na zdravljenje na podlagi njene svobodne izražene volje pod pogoji, ki jih določa Zakon o duševnem zdravju (2008).

Kadar oseba ne privoli v hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici, govorimo o sprejemu na zdravljenje brez privolitve osebe. Tovrstna hospitalizacija je lahko izvedena na podlagi sklepa sodišča, kadar to predlagajo izvajalci psihiatrične bolnišnice, center za socialno delo, koordinator nadzorovane obravnave, najbližja oseba ali državno tožilstvo, v nujnih primerih pa tudi na podlagi napotnice izbranega osebnega zdravnika, psihiatra ali zdravnika, ki je osebo pregledal, če uporabnik ogroža svoje življenje ali življenje drugih, če huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih, ali če povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim. Grožnja mora biti posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteni presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje in teh groženj ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči (Zakon o duševnem zdravju (2008)). Ne glede na to, ali je oseba hospitalizirana prostovoljno ali prisilno, je skoraj zagotovo sprva nameščena v zaprti oddelek oziroma v oddelek pod posebnim nadzorom, čez določen čas pa jo premestijo v odprti oddelek.

V psihiatričnih bolnišnicah prevladuje zdravljenje s psihotropnimi zdravili. Zakon o duševnem zdravju (2008) določa, da se lahko pod določenimi pogoji v psihiatričnih bolnišnicah izvajajo posebne metode zdravljenja, kot so zdravljenje z elektrokonvulzivno terapijo, hormonsko zdravljenje in uporaba psihotropnih zdravil v vrednostih, ki presegajo največji predpisani odmerek. Izvajajo se lahko tudi posebni varovalni ukrepi, kot sta telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora. Psihokirurško zdravljenje ni dovoljeno.

V psihiatrični bolnišnici del zdravljenja predstavljajo še razne druge terapije, ki se jih uporabniki udeležujejo prostovoljno. Izvajajo se skupinska

psihoterapija, fizioterapija, delovna terapija, likovna terapija, psihodrama, trening socialnih veščin in druge delavnice. Del terapij sta tudi delo in svetovanje socialnega delavca. Uporabniki se lahko teh terapij in svetovanj udeležijo le v času njihove vključenosti v celodnevno in dnevno varstvo v psihiatrični bolnišnici.

### **Nadzorovana obravnava**

Nadzorovana obravnava je obravnava oseb s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, ki se izvaja pod pogoji, ki jih določa zakon, na podlagi sklepa sodišča. Izvaja se pod nadzorom psihiatrične bolnišnice, na območju kate-re oseba dejansko biva, v skladu z načrtom nadzorovane obravnave izven psihiatrične bolnišnice v domačem okolju osebe. Storitve izvajajo koordinatorji nadzorovane obravnave, ki so zaposleni v psihiatrični bolnišnici. Koordinator nadzorovane obravnave skupaj z uporabnikom, zastopnikom in delovno skupino pripravi načrt nadzorovane obravnave, nato pa koordinira potek izvajanja nadzorovane obravnave. Uporabniku nudi celostno podporo (Zakon o duševnem zdravju (2008)).

### **Ambulantno zdravljenje**

Ambulantno zdravljenje je največkrat nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in vzdrževanje zdravja daljši čas. Izvajajo ga specialisti psihiatri. Predstavlja lahko tudi začetek zdravljenja, saj se lahko ambulantno zdravi tudi oseba, ki še ni bila hospitalizirana. Diagnoza se lahko postavi tudi v ambulanti, čeprav se največkrat postavi v psihiatrični bolnišnici. V ambulanti poteka zdravljenje s psihofarmaki. Uporabnik ima pravico do proste izbire psihiatra, obiskuje pa ga po potrebi (Udovič, 2013: 34).

### **Psihoterapija**

Psihoterapija se izvaja predvsem za ljudi, ki so se znašli v kriznih življenjskih situacijah ali v obdobju žalovanja, ter za zdravljenje osebnostnih motenj. V zadnjem času so jo začeli izvajati tudi za ljudi s psihotičnimi in nevrotskimi motnjami. Uporabniki so je največkrat deležni v psihiatrični bolnišnici. V skupnosti deluje nekaj psihoterapevtov, vendar je njihova storitev za osebe s težavami v duševnem zdravju največkrat predraga.

## Skupnostna psihiatrična obravnava

V Sloveniji so začele nekatere psihiatrične bolnišnice v okviru projekta razvijati skupnostno psihiatrično obravnavo. Namen skupnostne psihiatrične obravnave je nepretrgano spremljanje dolgotrajnih in zahtevnih psihiatričnih uporabnikov, ki potrebujejo nepretrgano podporo v skupnosti. Program nudi prilagojeno podporo pri obvladovanju bolezni, vsakdanjo pomoč pri reševanju običajnih težav, vpliv na okolje prek izobraževanj družin in širjenja socialne mreže ter intenzivno spremljanje in zdravljenje po odpustu v omejenem časovnem obdobju. Skupnostna psihiatrična obravnava je namenjena osebam s hudo duševno motnjo, ki so stare od 18 do 50 let in so hospitalizirane v psihiatrični bolnišnici večkrat letno. Pri osebi mora biti prisoten upad v vsakodnevnem funkcioniranju in slabo sodelovanje pri obstoječih oblikah psihiatrične obravnave. Vidna mora biti še prisotnost pridruženih težav, kot so pomanjkljivi bivalni pogoji, zlora-ba psihoaktivnih snovi, slaba socialna mreža, pridružena socialna problematika in sodne obravnave. V programu deluje tim, ki ga sestavljajo tri medicinske sestre, delovna terapevtka, socialna delavka, klinični psiholog in psihiater. Vključitev uporabnika v skupnostno psihiatrično obravnavo je prostovoljna (Jerič, 2011: 8), izvaja se na primarni (zdravstveni dom) in sekundarni (psihiatrična bolnišnica) ravni.

## MREŽA SOCIALNO VARSTVENIH STORITEV

Socialno varstvene storitve in programe na področju duševnega zdravja izvajajo socialno varstveni zavodi in nevladne organizacije s področja duševnega zdravja.

### Storitve socialno varstvenih zavodov

V Sloveniji deluje 62 centrov za socialno delo, ki nudijo pomoč osebam s težavami v duševnem zdravju v okviru obstoječih storitev in javnih pooblastil, ki se izvajajo za vse državljane, ne izvajajo pa vsi posebne obravnave za osebe s težavami v duševnem zdravju. Tako so lahko te osebe vključene v storitve socialne preventive, prvo socialno pomoč, osebno pomoč, pomoč družini za dom ter organizacije skupnostne akcije za socialno ogrožene skupine prebivalstva. Nekateri centri izvajajo tudi storitev pomoč družini na domu, sicer pa to storitev izvajajo predvsem domovi za starejše občane in zasebniki. Zakon o duševnem zdravju (2008) je uvedel novo obravnavo »obrnava v

skupnosti«, namenjeno osebam s težavami v duševnem zdravju, ki jo izvajajo posamezni centri za socialno delo regijsko (Udovič, 2013: 27).

V Sloveniji imamo sedem **posebnih socialno varstvenih zavodov** za odrasle, kamor so lahko nameščene osebe s težavami v duševnem zdravju. Poleg zavodov imajo tudi nekateri **domovi za starejše** enote za posebne oblike varstva odraslih. Posebni socialno varstveni zavodi izvajajo storitev institucionalnega varstva. Institucionalno varstvo je oblika obravnave v zavodu, drugi družini ali drugi organizirani obliki, ki upravičencem nadomešča, dopolnjuje ali zagotavlja funkcijo doma ali lastne družine (Pravilnik o standardih in normativih socialno varstvenih storitev (2010), 8. člen). Institucionalno varstvo v drugi družini se izvaja v družini, ki ni sestavljena iz družinskih članov uporabnika. V Sloveniji takšne oblike varstva skorajda ni. Najpogosteje se izvaja institucionalno varstvo v zavodu, manj pogosto v drugi organizirani obliki. V drugo organizirano obliko spadajo stanovanjske skupine, bivalne enote, oskrbovana stanovanja, oskrbni domovi in bivanje zunaj institucije na podlagi individualnega paketa storitev. Gre za 24-urno obliko varstva, kar pomeni, da uporabnik tam živi. Zavodi lahko izvajajo tudi dnevno obliko varstva. Zanja je značilno, da uporabnik živi doma, v zavod pa prihaja vsakodnevno za 10 ur ali manj (Udovič, 2013: 26-27).

### **Zastopnik pravic oseb na področju duševnega zdravja**

Zakon o duševnem zdravju (2008) je uvedel zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja, ki varuje pravice, interese in koristi osebe v času, ko je oseba hospitalizirana v psihiatrični bolnišnici na oddelku pod posebnim nadzorom, v varovanem oddelku ali v primeru, ko je oseba vključena v nadzorovano obravnavo. Zastopniki delajo v prostorih psihiatrične bolnišnice, lahko pa tudi na drugih lokacijah (kadar zastopajo osebo, ki je vključena v nadzorovano obravnavo) ali v prostorih socialno varstvenega zavoda (če je oseba na varovanem oddelku). Delajo v okviru Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti in so pri svojem delu neodvisni od psihiatrične bolnišnice ali socialno varstvenega zavoda (Udovič, 2013: 28).

### **Socialno varstveni programi**

Socialno varstvene programe izvajajo navadno nevladne organizacije, lahko pa tudi drugi izvajalci iz javne ali zasebne mreže.

**Nevladne organizacije** izvajajo predvsem programe svetovanja, samopomoči in izobraževanja, vodenja dnevnih centrov, stanovanjskih skupin, zagovorništva in delavnic, organizirajo prostočasne dejavnosti, usposabljanje za delo itd. S svojimi socialno varstvenimi programi dopolnjujejo programe in storitve javnih služb. Uporabnikom nudijo predvsem bivanje in oporo, spodbujajo skrb zase ter nudijo pomoč pri vključevanju v skupnost.

Socialno varstvene programe izvajajo nevladne organizacije s področja duševnega zdravja. V Sloveniji poznamo sledeče nevladne organizacije:

1. Altra, Odbor za novosti v duševnem zdravju.
2. Ozara, Nacionalno združenje za kakovost življenja.
3. Šent, Slovensko združenje za duševno zdravje.
4. Novi Paradoks, Slovensko društvo za kakovost življenja.
5. Vezi, Društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa.
6. Humana, Združenje svojcev pri skrbi za duševno zdravje.
7. Dam, Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami.
8. Društvo Mostovi - za zdravje v duševnem zdravju (novo društvo, ki ga upravljajo uporabniki sami in izvajajo programe samopomoči) (Kos, 2012: 42-43).

Socialno varstvene programe s področja duševnega zdravja pa izvajajo tudi nekateri centri za socialno delo:

1. Center za socialno delo Koper (Dnevni center Barčica),
2. Center za socialno delo Ruše (Dnevni center za osebe s težavami v duševnem zdravju),
3. Center za socialno delo Kamnik (Dnevni center Štacija za ljudi s težavami v duševnem zdravju Kamnik).

Pomembni organizaciji sta tudi Rdeči križ in Karitas. Obe organizaciji lahko uporabnikom nudita oblačila in obutev, gospodinjske potrebščine, pakete s prehrabnimi izdelki, izdelke za osebno higieno, pomoč pri plačilu položnic itd.

## **MREŽA DRUGIH SLUŽB**

Z osebami s težavami v duševnem zdravju se srečujejo še številne druge institucije, kot so sodišča, policija, zavod za zaposlovanje, patronažna služba, občine itd.



**Sodišča** morajo po Zakonu o duševnem zdravju (2008) odločati o sprejemu osebe na zdravljenje v psihiatrični bolnišnici pod posebnim nadzorom brez privolitve, o sprejemu osebe na zdravljenje v psihiatrični bolnišnici pod posebnim nadzorom brez privolitve v nujnih primerih, o sprejemu v obravnavo v varovani oddelek socialno varstvenega zavoda brez privolitve in o sprejemu na zdravljenje v nadzorovano obravnavo brez privolitve. Po Kazenskem zakoniku (2004) lahko sodišče izreče tudi Varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu, Ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in Obvezno zdravljenje alkoholikov in narkomanov. Za osebe s težavami v duševnem zdravju sodišča odločajo tudi o vseh ostalih zadevah, ki veljajo za vse državljane Republike Slovenije (Udovič, 2013: 28).

**Policija** sodeluje z zdravstvenim osebjem in reševalno službo pri izvedbi zadržanja osebe in odreditvi oziroma izvedbi njenega prevoza z reševalnim vozilom do sprejema osebe na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico brez njene privolitve (Pravilnik o načinu sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo (2009)). Pogosto policisti posredujejo tudi takrat, kadar jih zaradi nemira pokličejo kakšni sosede ali svojci uporabnika.

V kolikor pri posredovanju prepoznajo težave, ki jih ureja področje sociale, o intervenciji obvestijo pristojni center za socialno delo (Udovič, 2013: 28-29).

Osebe s težavami v duševnem zdravju so pogosto brezposelne osebe, prijavljene na **Zavodu za zaposlovanje**. Zaradi omejenih zmožnosti za delo se večkrat vključijo tudi v zaposlitveno rehabilitacijo pri rehabilitacijskih svetovalcih na Zavodu za zaposlovanje.

Na **občine** se osebe s težavami v duševnem zdravju največkrat obračajo z vlogo za dodelitev neprofitnega stanovanja ali bivalne enote, ker nimajo zagotovljenega prostora za bivanje. Poleg tega so občine pogosto sofinancerji raznih storitev, ki jih prejema osebe s težavami v duševnem zdravju.

**Patronažna služba** izvaja zdravstveno nego bolnikov po delovnem nalogu zdravnika. Pri osebah s težavami v duševnem zdravju so njihovi obiski na domu povezani predvsem s težavami, ki so fizične narave, veliko redkeje s težavami v duševnem zdravju.

## OBRAVNAVA V SKUPNOSTI

*Kristina Kos, Nataša Udovič*

Obravnavo v skupnosti je postopek izvajanja socialno varstvenih, zdravstvenih in drugih storitev in programov osebam, ki ne potrebujejo več zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ali nadzorovani obravnavi, vendar potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave (Zakon o duševnem zdravju (2008), 91. člen, 1. odst.).

Cilj obravnave v skupnosti je nuditi pomoč in podporo osebam s težavami v duševnem zdravju z namenom izboljšanja kvalitete njihovega življenja v skupnosti.

V obravnavo v skupnosti se lahko oseba vključi le na podlagi njene svobodno izražene volje (prostovoljno) pod pogoji, ki jih določa Zakon o duševnem zdravju (2008).

## KRAJEVNA PRISTOJNOST

### **Krajevna pristojnost centra za socialno delo**

Krajevno pristojnost centrov za socialno delo opredeljuje Zakon o socialnem varstvu v 81. členu, ki določa, da se krajevna pristojnost v vseh zadevah, za katere so pristojni centri za socialno delo, določi po stalnem prebivališču osebe, ki potrebuje pomoč in varstvo. Če oseba nima stalnega prebivališča, se določi krajevna pristojnost po njenem začasnem prebivališču, če nima niti tega, pa po njenem zadnjem stalnem prebivališču oziroma zadnjem začasnem prebivališču. Če se krajevne pristojnosti ne da določiti po prejšnjem odstavku, se določi po kraju, kjer je nastal povod za postopek.

Krajevna pristojnost za mladoletno osebo se določa po stalnem oziroma začasnem prebivališču obeh staršev. Za mladoletno osebo, katere starši ne živijo skupaj, se določi krajevna pristojnost po stalnem oziroma začasnem prebivališču tistega od staršev, pri katerem mladoletna oseba živi oziroma mu je bila zaupana v varstvo in vzgojo. Če niti eden od staršev mladoletne osebe ni znan, se krajevna pristojnost določi po prejšnjem odstavku.

Krajevna pristojnost v zadevah, v katerih se upravičenost do pravice ugotavlja za vso družino, njeni družinski člani pa imajo prijavljeno stalno oziroma začasno prebivališče na različnih naslovih, se določi po dejanskem prebivališču večine družinskih članov oziroma po stalnem/začasnem prebivališču večine družinskih članov. Če krajevne pristojnosti tako ni mogoče določiti, se določi po kraju, v katerem je nastal povod za postopek.

V primeru obravnave v skupnosti, kjer mora koordinator obravnave v skupnosti vključiti tudi uporabnikov krajevno pristojni center za socialno delo, krajevno pristojni center za socialno delo predstavlja tisti center, kjer ima oseba, vključena v obravnavo v skupnosti, prijavljeno stalno bivališče, saj se v obravnavi v skupnosti obravnava posameznika in ne celotne družine. V kolikor ima torej oseba s težavami v duševnem zdravju družino, vendar imajo njegovi družinski člani stalno bivališče na različnih naslovih, se o njegovih pravicah (npr. pravica do denarne socialne pomoči) odloča na tistem centru za socialno delo, kjer ima večina družinskih članov dejansko bivališče.

### **Krajevna pristojnost koordinatorja obravnave v skupnosti**

Oseba se lahko vključi v obravnavo v skupnosti pri tistem koordinatorju, ki je zanj krajevno pristojen. Njegova krajevna pristojnost je določena po posameznih regijah, ki jih je določilo Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (glej tabelo v poglavju *Koordinator obravnave v skupnosti*).

Na podlagi Pravilnika o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorje obravnave v skupnosti (2009) se lahko oseba **na podlagi načrta obravnave v skupnosti** vključi v obravnavo v skupnosti pri koordinatorju, ki pokriva območje, na katerem oseba dejansko biva, torej pri koordinatorju, ki zanj ni pristojen glede na njegovo stalno bivališče. Zakon o duševnem zdravju (2008) te možnosti ne omenja, ravno tako ne Zakon o socialnem varstvu, zato se tu pojavi dilema o usklajenosti zakonodaje, saj ni smiselno, da pravilnik širi določbe zakonov.

V praksi se je izkazalo, da je bolj smiselna vključenost uporabnika pri tistem koordinatorju obravnave v skupnosti, ki pokriva območje, kjer uporabnik dejansko biva. Seveda pa je takšna vključenost dovoljena šele na podlagi načrta obravnave v skupnosti, ki ga pripravita koordinator, ki pokriva območje uporabnikovega stalnega bivališča, in uporabnik. V praksi se je izkazalo, da priprava načrta s krajevno pristojnim koordinatorjem, ki mu sledi prevzem drugega koordinatorja, ni smiseln potek, saj koordinator,

ki dela na območju, kjer uporabnik dejansko biva, na tem območju bolje pozna vire pomoči in vrsto storitev, ki mu jih lahko ponudi pri načrtovanju oziroma zagotovi pri izvajanju.

## **KOMU JE NAMENJENA OBRAVNAVA V SKUPNOSTI**

Po Zakonu o duševnem zdravju (2008) se lahko v obravnavo v skupnosti vključi le oseba, ki je pisno privolila v pripravo načrta obravnave v skupnosti. Zakon izrecno ne opredeljuje starosti osebe, vendar se v obravnavo v skupnosti vključujejo odrasle in starejše osebe, torej osebe, ki so stare 18 ali več let. Mladoletne osebe se v obravnavo v skupnosti lahko vključijo le izjemoma; posebno varstvo in specifika duševnih motenj, ki se kažejo pri otrocih, se precej razlikujejo od duševnih motenj odraslih oseb, koordinatorji obravnave v skupnosti pa zanje niso posebej usposobljeni.

Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti (2009) razširi določbe Zakona o duševnem zdravju in določa, da se posamezna oseba lahko vključi v obravnavo v skupnosti le na podlagi obvestila iz psihiatrične bolnišnice. To pomeni, da je oseba v času obvestila hospitalizirana v psihiatrični bolnišnici oziroma je že bila hospitalizirana v psihiatrični bolnišnici (v primeru vključenosti osebe v nadzorovano obravnavo). Hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici nakazuje na resne težave v duševnem zdravju, zaradi katerih je posamezniku postavljena diagnoza duševne motnje.

V obravnavo v skupnosti se lahko vključijo:

- osebe s težavami v duševnem zdravju, ki zaključujejo zdravljenje v psihiatrični bolnišnici in
- so pisno privolile v pripravo načrta obravnave v skupnosti.

Oseba s težavami v duševnem zdravju je posameznik z duševno motnjo, ki se zdravi oziroma obravnava v mreži izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje (Zakon o duševnem zdravju (2008), 2. člen, 13. točka).

Duševna motnja je začasna ali trajna motnja v delovanju možganov, ki se kaže kot spremenjeno mišljenje, čustvovanje, zaznavanje, vedenje ter dožemanje sebe in okolja. Neprilagojenost moralnim, socialnim, političnim ali drugim vrednotam družbe se sama po sebi ne šteje za duševno motnjo (Zakon o duševnem zdravju (2008), 2. člen, 3. točka).

## KOORDINATOR OBRAVNAVE V SKUPNOSTI

Koordinator obravnave v skupnosti je lahko oseba, ki po 94. členu Zakona o duševnem zdravju (2008) izpolnjuje naslednje pogoje:

- ima najmanj visoko izobrazbo zdravstvene, psihološke, socialne, pedagoške ali druge ustrezne smeri,
- ima opravljen izpit za koordinatorja obravnave v skupnosti,
- ima tri leta delovnih izkušenj na področju varovanja duševnega zdravja ali socialnega varstva,
- ni pravnomočno obsojen na nepogojno kazen zapora.

Koordinacijo obravnave v skupnosti izvajajo koordinatorji obravnave v skupnosti, zaposleni na posameznih centrih za socialno delo, ki opravljajo svoje delo v določenih regijah oziroma pokrivajo območje več centrov za socialno delo v svoji regiji.

Trenutno je na centrih za socialno delo zaposlenih 26 koordinatorjev, ki pokrivajo 9 slovenskih regij.

REGIJA	SEDEŽ KOORDINATORJA	OPRAVLJA DELO ZA CSD
Primorska regija	CSD Koper	CSD Koper, CSD Izola, CSD Piran, CSD Sežana.
	CSD Nova Gorica	CSD Nova Gorica, CSD Tolmin, CSD Ajdovščina.
	CSD Idrija	CSD Idrija, CSD Postojna, CSD Ilirska Bistrica, CSD Cerknica, CSD Logatec.
Gorenjska regija	CSD Jesenice	CSD Jesenice, CSD Radovljica, CSD Tržič.
	CSD Kranj	CSD Kranj, CSD Škofja Loka.
Ljubljanska regija	CSD Ljubljana Moste Polje	CSD Ljubljana Moste-Polje, CSD Ljubljana Bežigrad, CSD Ljubljana Šiška, CSD Ljubljana Center, CSD Ljubljana Vič-Rudnik

REGIJA	SEDEŽ KOORDINATORJA	OPRAVLJA DELO ZA CSD
Obljubljanska regija	CSD Kočevje	CSD Kočevje, CSD Ribnica, CSD Grosuplje, CSD Vrhnika.
	CSD Zagorje	CSD Zagorje ob Savi, CSD Litija, CSD Trbovlje, CSD Hrastnik.
	CSD Kamnik	CSD Kamnik, CSD Domžale.
Štajerska regija	CSD Maribor	CSD Maribor, CSD Ruše, CSD Lenart, CSD Pesnica, CSD Slovenska Bistrica.
	CSD Ptuj	CSD Ptuj, CSD Ormož.
Celjska regija	CSD Celje	CSD Celje, CSD Žalec, CSD Laško, CSD Šmarje pri Jelšah, CSD Šentjur pri Celju.
	CSD Velenje	CSD Velenje, CSD Slovenske Konjice, CSD Mozirje.
Dolenjska regija	CSD Novo mesto	CSD Novo mesto, CSD Trebnje, CSD Črnomelj, CSD Metlika.
	CSD Krško	CSD Krško, CSD Sevnica, CSD Brežice.
Koroška regija	CSD Slovenj Gradec	CSD Slovenj Gradec, CSD Dravograd, CSD Ravne na koroškem, CSD Radlje ob Dravi.
Pomurska regija	CSD Murska Sobota	CSD Murska Sobota, CSD Gornja Radgona, CSD Lendava, CSD Ljutomer.

Značilnosti dela koordinatorja obravnave v skupnosti:

- delo temelji na jačanju perspektive moči osebe in zagotavljanju vpliva na lastno življenje,
- osebi se nudi celovita obravnava (z načrtovanjem se izdelava celovit pogled na njeno življenjsko situacijo in se na podlagi ugotovljenih potreb zastavi cilje, ki urejajo različna življenjska področja osebe. V tem se razlikuje od klasičnega socialnega dela, kjer se navadno ne naredi pregled celotne situacije, temveč se osebi nudi le tisto storitev, za katero je zaprosila),
- regijska pokritost,
- delo je predvsem terensko,
- delo zahteva iznajdljivost in fleksibilnost koordinatorja.

Pomembna komponenta pri izvajanju koordinacije je medinstitucionalno sodelovanje in delovanje v skupnosti. To pomeni, da mora koordinator vzpostaviti odnos z vsemi pomembnejšimi akterji, ki lahko bistveno pozitivno vplivajo na življenje uporabnika. Mreženje z zunanjimi organizacijami je različno od regije do regije.

Koordinatorji obravnave v skupnosti sodelujejo z različnimi akterji v okolju:

- izvajalci psihiatričnega zdravljenja (psihiatrične bolnišnice, ambulante, koncesionarji, primarno zdravstvo),
- izvajalci socialno varstvenih storitev (centri za socialno delo, socialno varstveni zavodi, domovi za starejše, nevladne organizacije),
- izvajalci nadzorovane obravnave,
- zastopniki,
- drugimi izvajalci (zavodom za zaposlovanje, zdravstvenimi domovi (osebni zdravnik), patronažno službo, zavodom za oskrbo na domu, javnimi stanovanjskimi skladi, policijo itd.),
- neformalno mrežo uporabnika (svojci, prijatelji, sosedi itd.) (Udovič, 2013: 64).

V koordinacijo obravnave v skupnosti vstopajo tudi osebe, ki so žrtve nasilja, zlorab, matere z otroki ipd. Koordinatorji obravnavajo kompleksne večplastne primere, ki zahtevajo razširjeno znanje, veščine in spretnosti, tako na osebni kot strokovni ravni. Včasih zaradi nezadostne mreže programov ne morejo zagotoviti celovite pomoči in oskrbe, ki jo uporabniki potrebujejo. Za nezadostnost mreže, ki jo mora zagotoviti socialna politika, ne moremo in ne smemo biti odgovorni izvajalci - koordinatorji ali ostale organizacije, ki delujejo na področju duševnega zdravja.

## IZVAJALCI NAČRTOV

Izvajalce osebnih načrtov predstavljajo osebe iz formalne in neformalne mreže uporabnika. Formalno mrežo izvajalcev predstavljajo izvajalci organiziranih služb, ki delujejo v treh sektorjih: v javnem sektorju, v zasebnem sektorju ter v nevladnih in prostovoljskih organizacijah (Flaker *et al.* 2011a). Izvajalci iz formalne mreže nastopijo v različnih primerih, kadar je to nujno potrebno, na primer pri urejanju denarne socialne pomoči. Za izvajanje drugih ciljev (na primer spremstvo) jih uporabniki, ki so dalj časa bivali v zavodu, izberejo v primeru, ko gre za preselitev iz zavoda v skupnost, v skupnosti pa nimajo razvite neformalne socialne mreže - ne poznajo ljudi iz skupnosti. Neformalno mrežo izvajalcev predstavljajo svojci, prijatelji, sosedje itd. Kot izvajalci navadno nastopajo tisti svojci, ki z uporabnikom živijo ali so z njimi v tesnih medsebojnih odnosih. Manj pogosto kot izvajalci nastopijo prijatelji, verjetno zato, ker imajo uporabniki manjši krog prijateljev ali pa so ti ravno tako uporabniki, ki tudi sami potrebujejo pomoč. Zelo redko nastopijo kot izvajalci sosedje in druge osebe iz neformalne mreže uporabnika. Včasih uporabniki izberejo neformalne izvajalce, zato ker niso dobro seznanjeni z delovanjem ali ne poznajo mreže zunanjih izvajalcev. V tem primeru jih mora koordinator seznaniti s tem in z možnostjo izbire med različnimi izvajalci (Flaker *et al.* 2011b: 116).

## POSTOPEK OBRAVNAVE V SKUPNOSTI

Postopek obravnave v skupnosti zajema naslednje korake:

1. vključitev (privolitev),
2. zapis načrta obravnave v skupnosti,
3. potrditev načrta (multidisciplinarni tim),
4. koordiniranje in izvajanje načrta,
5. evalvacija,
6. prenehanje obravnave v skupnosti
7. začasna prekinitev obravnave v skupnosti.



## IDENTIFIKACIJA POTREB OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

### Odkrivanje in definiranje težav, ki ovirajo kvalitetno bivanje v domačem okolju

Za odkrivanje uporabnikovih želja, ciljev in potreb je treba z uporabnikom najprej podpisati dogovor o privolitvi v obravnavo v skupnosti. Nadalje je treba zapisati (glej prilogo *obrazci*) življenjsko situacijo s finančno strukturo uporabnika, s katero se odkrivajo in definirajo težave, ki onemogočajo kvalitetno bivanje v domačem okolju. V dokument se zapišejo njegovi cilji, kje želi živeti, kaj želi doseči in kdo ga bo pri tem podpiral oz. kateri so viri, ki bodo realizirali njegov načrt in posamezen cilj. Zapiše se:

1. oblika, vrsta in trajanje storitev znotraj naloge,
2. finančna specifikacija predvidenih storitev,
3. opredelitev izvajalcev,
4. časovna opredelitev izvajanja storitev,
5. časovna opredelitev evalvacije izvedenih storitev.

Pri odkrivanju in definiranju težav mora koordinator slediti želji in potrebam uporabnika, vendar je pri tem treba upoštevati razpoložljive vire v domačem okolju, ki nudijo podporo za realizacijo načrta, ter uporabnika usmerjati v aktivno izvajanje načrta in iskanje konstruktivnih rešitev, ki mu omogočajo razvoj novih kompetenc.

Pri načrtovanju koordinatorji upoštevajo magnetne, povzete po Brandonu (1994: 22) ter Škerjančevi (2006:62-68):

- vpliv: uporabnik pove, kje in na kakšen način čuti, da ima vpliv v lastnem življenju;
- spretnosti: uporabnik pove, katere spretnosti prepozna v lastnem življenju;
- stiki: uporabnik pove, s kom ima stike, kakšna je njegova socialna mreža, in ali je z njo zadovoljen;
- zdravje, skrbi, veselje: uporabnik pove, ali je s svojim zdravjem zadovoljen, kaj ga trenutno skrbi, kaj ga v življenju veseli, ter če želi to področje okrepiti.

Osebe s težavami v duševnem zdravju so ob začetku dela redko pripravljene govoriti in zaupati podrobnosti o svojem življenju, zato zgoraj navedene smernice koordinatorju in uporabniku omogočijo celovit in individualen

vpogled v življenjsko situacijo in omogočijo prepoznavanje skritih virov, ki lahko dvignejo kvaliteto bivanja, in s tem tudi uspešno realiziranje načrta. Koordinator mora znati prepoznati skrite, prikrite in neodkrite vire moči uporabnika in vire v domačem okolju (neizkoriščene pravice, neizkoriščene storitve zunanjih organizacij itd.).

Ker imajo mnogi uporabniki s težavami v duševnem zdravju finančne težave, je pomembno posvetiti posebno pozornost finančnemu stanju in zmožnostih posameznika. Pozorni moramo biti na njegove:

1. prihodke,
2. odhodke,
3. stanje limita in morebitne kredite,
4. morebitne izvršbe,
5. dolgove (neplačane položnice) itd.

Poleg tega so nekateri posamezniki zaradi narave težav v duševnem zdravju pogosto obravnavani s strani organov pregona in se srečujejo s plačilnimi nalogami zaradi kršenja javnega miru ali podobno. Tovrstne situacije poslabšujejo finančno stanje in umeščeno v domačem okolju (stigmatizacija), zato je potrebno sodelovanje s policijskimi postajami, sodniki in odvetniki. V takšnih primerih je smotrno sodelovanje s sodišči za odpis tovrstnih kazni, saj so težave v duševnem zdravju olajševalna okoliščina, na katero posameznik nima vpliva.

## **VKLJUČITEV OZIROMA PRIVOLITEV**

Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorje obravnave v skupnosti (2009) v 3. členu določa, da mora strokovni delavec psihiatrične bolnišnice ali koordinator nadzorovane obravnave najmanj tri tedne pred odpustom osebe iz psihiatrične bolnišnice ali pred zaključkom nadzorovane obravnave, oziroma takoj, ko meni, da so nastopili pogoji, da se koordinator obravnave v skupnosti poveže z osebo, obvestiti center za socialno delo, ki je pristojen za obravnavo v skupnosti, da bo oseba, ki naj bi se obravnavala v skupnosti, odpuščena oziroma bo njena nadzorovana obravnava v skupnosti zaključena.

V obravnavo v skupnosti se vključijo tisti uporabniki, o katerih nas obvesti strokovni delavec iz psihiatrične bolnišnice, obravnava v skupnosti pomeni namreč nudenje podpore osebi po odpustu iz psihiatrične bolnišnice, da ta po odhodu domov ni prepuščena sama sebi.

Po prejemu obvestila koordinator obišče uporabnika, razišče njegove potrebe ter ga seznaniti z možnostjo vključitve v obravnavo v skupnosti. Razišče tudi življenjske razmere uporabnika, ugotavlja potrebe in možnosti podpore v socialni mreži ter skuša pridobiti mandat uporabnika. Uporabniki se težko že na prvem srečanju odločijo, ali se bodo vključili v obravnavo ali ne, zato je treba pogosto opraviti več srečanj in pri tem z njimi vzpostaviti zaupen odnos. V primeru, da oseba ne privoli v obravnavo v skupnosti, koordinator naredi uradni zaznamek. Če pa se oseba odloči za vključitev v obravnavo v skupnosti, sklene z koordinatorjem pisni dogovor (podpis privolitve na posebnem obrazcu), nato pa koordinator in uporabnik takoj začneta pripravljati predlog načrta obravnave v skupnosti.

Privolitev v obravnavo je prostovoljna. Oseba se v obravnavo v skupnosti vključi s podpisom privolitve.

## ZAPISOVANJE NAČRTA OBRAVNAVE V SKUPNOSTI

Načrtovanje poteka po metodi individualnega načrtovanja. Priprava načrta zahteva do pet srečanj z osebo, včasih tudi več, odvisno od zmožnosti osebe. Načrt je treba izdelati v 30 dneh od pisne privolitve uporabnika.

Osebni načrt (storitev) je končni izdelek individualnega načrtovanja. Sestavljen je iz prikaza življenjske situacije posameznika, življenjskih ciljev in izvedbenega načrta, ki natanko določa izvajalca, roke in način izvajanja, količino in ceno storitev (Flaker *et al.* 2007: 13).

Načrt obravnave v skupnosti vsebuje:

- zapis ocene situacije osebe,
- ugotovitev potreb osebe,
- cilje obravnave,
- ukrepe za njihovo doseganje,
- predlog izvajalcev ukrepov,
- časovno opredelitev izvajanja načrta,
- način spremljanja, evalvacije izvajanja ukrepov,
- finančno ovrednotenje (Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti (2009), 9. člen, 2. odst.).

V načrtu obravnave v skupnosti oseba in koordinator pripravita predloge ciljev in ukrepov, ki se nanašajo na naslednja področja:

- urejanje stanovanjskih oziroma bivalnih razmer,
- urejanje socialne varnosti,
- urejanje zaposlitve in dela,
- urejanje podpore pri opravljanju temeljnih in podpornih dnevnih opravil,
- urejanje podpore pri zagotavljanju socialnih stikov in družabnosti.

Glede na ugotovljene potrebe in oblike pomoči za osebe se v načrtu lahko opredelijo tudi druga področja, ki so pomembna za vključevanje osebe v skupnost (Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti (2009), 10. člen).

## POTRDITEV NAČRTA OBRAVNAVE V SKUPNOSTI

Po zapisu načrta obravnave koordinator skliče multidisciplinarni tim. Na podlagi dogovora z uporabnikom koordinator krajevno pristojnemu centru za socialno delo najprej predlaga člane multidisciplinarnega tima, ta pa jih mora potrditi. Tim sestavljajo stalni in nestalni člani.

Člani multidisciplinarnega tima:

- stalni člani: psihiater, socialni delavec krajevno pristojnega centra za socialno delo, koordinator obravnave v skupnosti,
- nestalni člani: osebe, ki lahko pomembno vplivajo na potek obravnave v skupnosti (na primer: svojci, predstavniki nevladnih organizacij itd.).

Na seje multidisciplinarnega tima je vedno vabljen tudi uporabnik in njegov zakoniti zastopnik (če ga uporabnik ima).

Po potrditvi članov koordinator pošlje vabila. Člani tima so se dolžni udeleževati sej. Tim se sestaja na sejah, vendar lahko glede na okoliščine primera člani tima komunicirajo tudi na drug primeren način (na primer po telefonu, elektronski pošti). Sejo tima vodi koordinator, na timu se piše zapisnik, ki vsebuje potek seje, obravnavane predloge in sprejete sklepe, v kolikor poteka seja na drug primeren način, pa koordinator naredi zapis o poteku dogodkov.

Naloge članov multidisciplinarnega tima so:

- obravnava predloga načrta,
- podajanje svojega mnenja in predlogov,
- prispevanje svojega izvedenstva in izkušenj,
- sprejemanje dogovorov o realizaciji nalog in
- spremljanje izvajanje načrta obravnave v skupnosti.

Ko se oseba in člani dogovorijo o vsebini načrta, ga oseba in koordinator potrdira s podpisom. Načrt na predlog koordinatorja sprejme krajevno pristojni center za socialno delo.

Člani multidisciplinarnega tima se lahko strinjajo z zapisanim načrtom, lahko zahtevajo dopolnitve ali načrt zavrnejo. V primeru zahtev po dopolnitvi se člani multidisciplinarnega tima dogovorijo o vsebini dopolnitve, nato oseba in koordinator načrt dopolnita, ga potrdira s podpisom ter dopoljnega in podpisanega predložita v sprejem krajevno pristojnemu centru za socialno delo.

Člani multidisciplinarnega tima lahko načrt zavrnejo iz več razlogov. Ena možnost je, da načrt ni izvedljiv. V tem primeru osebi in koordinatorju predlagajo ponovni zapis načrta obravnave v skupnosti. Lahko se ugotovi, da v skupnosti ni dovolj virov pomoči, da ni ustrezne mreže izvajalcev oziroma storitev, ali da posamezniku ni mogoče zagotoviti storitev v tolikšnem obsegu, kot bi bilo potrebno. Lahko pa člani presodijo, da oseba ni primerna za obravnavo v skupnosti in predlagajo, da se vključi v drugo, bolj primerno obliko pomoči.

## **KOORDINIRANJE IN IZVAJANJE NAČRTA**

Izvajanje načrta obravnave se formalno začne po potrditvi načrta obravnave v skupnosti, vendar se v praksi cilji največkrat začnejo izvajati že prej. Nujni cilji se začnejo izvajati že med načrtovanjem, manj nujni cilji pa kasneje, po potrditvi načrta. Velikokrat se zgodi, da se večina ciljev že izvaja, nekateri pa so celo že izvedeni do seje multidisciplinarnega tima. Na začetku je izvajanje načrta intenzivnejše, nato pa se navadno nekoliko umiri (Udovič, 2013: 73).

Za izvajanje načrta skrbi koordinator obravnave v skupnosti. Uporabnik in koordinator pri izvajanju sledita ciljem iz načrta. Večkrat se znajdetata v

situaciji, ko se izvajanje preneha zaradi nepredvidenih okoliščin, opuščanja ciljev s strani uporabnika, ponovne hospitalizacije, včasih uporabnik odstopi od izvajanja ciljev in izstopi iz obravnave v skupnosti (Udovič, 2013: 73).

## **EVALVACIJA**

Evalvacija je namenjena pregledu izvedenih ciljev in storitev, pri čemer se poda ocena izvedenih dejavnosti. Cilj evalvacije je nadgradnja obstoječega načrta ter spremljanje potreb in ciljev vseh uporabnikov, kar služi nadgradnji naloge in storitev. Z evalvacijo krepimo mrežo izvajalcev in virov v skupnosti.

Evalvacija načrta obravnave v skupnosti se opravi po šestih mesecih izvajanja načrta obravnave v skupnosti, po potrebi pa tudi prej. Zapis evalvacije traja krajši čas kot zapis načrta obravnave v skupnosti (Udovič, 2013: 73).

Evalvacija je poročilo o izvedenem delu, ki vsebuje sledeče informacije:

- kaj se je dogajalo (potek vsakega cilja),
- kaj se je zgodilo,
- uporabniško oceno o uresničitvi ciljev,
- uporabniško oceno dela koordinatorja in izvajalca,
- vloge in naloge, ki jih koordinatorji prevzamejo,
- čas, ki ga koordinatorji porabijo za posamezni cilj.

Pomembno strokovno izhodišče evalviranja je, da se poda ocena o izvedenih storitvah in ne vrednostna ocena o izvajalcih (uporabnik lahko poda oceno o zadovoljstvu). Evalvacijo izvedeta koordinator in uporabnik za vsak posamezen izveden cilj in za izvedene storitve znotraj cilja.

Koordinator pazi, da delo evalvira z vidika kvalitete izvajanja in ne izhaja iz vrednostnih ocen uporabnika ali ostalih deležnikov. Evalvacija je pomembna tudi, zato ker poda vpogled v morebitne primanjkljaje v skupnosti, na katere lahko koordinator ustrezne institucije opozori, in spodbuja razvoj služb in storitev na področju duševnega zdravja.

Uporabnik in koordinator skupaj pogledata, kateri cilji so se izvedli in kateri ne, kako so se izvajali in zakaj se nekateri niso izvedli. Uporabnik poda oceno izvajanja in svoje zadovoljstvo z izvajanjem obravnave v skupnosti, izvajanjem načrta in izvajalci. Po pregledu realizacije ciljev in podani oceni izvajanja opredelita nove cilje za naslednje šestmesečno obdobje (Udovič, 2013: 74).

Cikel se ponovi (zapis načrta, izvajanje načrta, evalvacija) in se lahko večkratno ponavlja, vse dokler obstaja potreba po obravnavi v skupnosti. V kolikor se ugotovi, da obravnava ni več potrebna, jo zaključita.

V kolikor obstaja potreba po spremembi načrta že pred potekom šestih mesecev, skličeta koordinator in uporabnik multidisciplinaren tim predčasno, ga seznanita z dosedanjim izvajanjem načrta ter predlagata potrebne spremembe. Pobudo za spremembe lahko predlaga tudi najbližja oseba ali kateri od članov multidisciplinarnega tima. Tudi spremembo načrta sprejme krajevno pristojni center za socialno delo (Udovič, 2013: 66).

## **PRENEHANJE OBRAVNAVE V SKUPNOSTI**

Obravnava v skupnosti preneha:

- če oseba in koordinator ugotovita, da ni več potrebe po obravnavi v skupnosti,
- če oseba pisno izjavi, da ne želi več obravnave v skupnosti,
- če oseba ne sodeluje pri izvajanju načrta (Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti (2009), 14. člen).

O prenehanju obravnave v skupnosti krajevno pristojni center za socialno delo sprejme sklep.

## **ZAČASNA PREKINITEV OBRAVNAVE V SKUPNOSTI**

Če je oseba med izvajanjem načrta ponovno hospitalizirana ali vključena v nadzorovano obravnavo, se izvajanje načrta začasno prekine. Po končanem ponovnem zdravljenju ali po končani nadzorovani obravnavi multidisciplinarni tim ponovno preveri načrt in pripravi morebitne spremembe (Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti (2009), 15. člen).

## ZAVRNITEV OBRAVNAVE S STRANI KOORDINATORJA OBRAVNAVE V SKUPNOSTI OZIROMA CENTRA ZA SOCIALNO DELO

Pravico do vključitve v obravnavo v skupnosti ima vsaka oseba s težavami v duševnem zdravju, ki se vanjo želi vključiti. Zavrnitev osebe s težavami v duševnem zdravju s strani koordinatorja obravnave v skupnosti ni dopustna.

Koordinator obravnave v skupnosti osebe ne sme zavrni, če se ta želi vključiti v obravnavo v skupnosti, tudi če ob prvem stiku z osebo oceni, da zanjo obravnavo ne bi bila primerna oblika pomoči. Ravno tako ne sme osebe zavrni, če z njo sklene dogovor (podpis privolitve), a pri načrtovanju spozna, da zanjo obravnavo v skupnosti ni smiselna. Te moči nimajo niti člani multidisciplinarnega tima ali center za socialno delo. Lahko pa koordinator obravnave v skupnosti preneha z obravnavo, če oseba ne sodeluje pri izvajanju načrta obravnave v skupnosti.

### **PRIMER:**

*Oseba se želi vključiti v obravnavo v skupnosti, ker se želi preseliti iz socialno varstvenega zavoda v samostojno stanovanje, vendar strokovnjaki iz različnih institucij (psihiatri, strokovni delavci zavoda, centra za socialno delo in koordinator obravnave v skupnosti) soglasno menijo, da oseba ni zmožna živeti samostojno v skupnosti. V tem primeru se ima oseba vseeno pravico vključiti v obravnavo v skupnosti, koordinator pa mora skupaj z njo zapisati načrt obravnave v skupnosti, ki mora vsebovati cilje uporabnika, četudi se koordinator s temi cilji sam ne strinja. Člani multidisciplinarnega tima lahko zavrnejo načrt, ne morejo pa zavrni uporabnikove vključitve v obravnavo v skupnosti. V kolikor člani menijo, da cilji niso realni ali ogrožajo uporabnikovo življenje, načrt zavrnejo ter koordinatorju in uporabniku naročijo, da ponovno zapišeta načrt, ki bo vseboval za življenje uporabnika bolj primerne cilje. Načrt lahko zavrne tudi krajevno pristojni center za socialno delo, ki pa ravno tako ne more zavrni uporabnikove vključenosti v obravnavo v skupnosti.*



## KRATEK PREGLED POSTOPKOV OBRAVNAVE V SKUPNOSTI IN DOKUMENTACIJA PRI IZVAJANJU NALOG

Alenka Kolar, Polona Pulko

	POSTOPKI	OPRAVILA	DOKUMENTACIJA
1.	<b>Vključitev uporabnika v obravnavo v skupnosti.</b>	KOS prejme pisno ali ustno obvestilo o vključitvi uporabnika v obravnavo v skupnosti in se dogovori za prvi obisk.	Obvestilo psihiatrične bolnišnice.
		Razgovor z uporabnikom in predstavitev obravnave v skupnosti.	Zapis o seznanitvi uporabnika z možnostjo vključitve v obravnavo v skupnosti.
		Pisna privolitev uporabnika v obravnavo v skupnosti.	Pisna privolitev v obravnavo v skupnosti (obrazec predpisan in objavljen v Uradnem listu kot priloga Zakona o duševnem zdravju) oz. uradni zaznamek, če uporabnik ne privoli.
2.	<b>Zapis načrta obravnave v skupnosti.</b>	Načrtovanje: uporaba metode individualnega načrtovanja.	Načrt obravnave v skupnosti.
		<i>Načrt obravnave v skupnosti vsebuje: zapis ocene situacije osebe, ugotovitev potreb osebe, cilje obravnave, ukrepe za njihovo doseganje, predlog izvajalcev ukrepov, časovno opredelitev izvajanja načrta, način spreminjanja, evalvacije in izvajanja ukrepov ter finančno ovrednotenje.</i>	
		<i>V načrtu oseba in koordinator pripravita predloge ciljev in ukrepov, ki se nanašajo na naslednja področja:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. urejanje stanovanjskih oziroma bivalnih razmer,</li> <li>2. urejanje socialne varnosti,</li> <li>3. urejanje zaposlitve in dela,</li> <li>4. urejanje podpore pri opravljanju temeljnih in podpornih dnevnih opravil,</li> <li>5. urejanje podpore pri zagotavljanju socialnih stikov in družabnosti,</li> <li>6. druga področja, pomembna za uporabnika.</li> </ol>	

	POSTOPKI	OPRAVILA	DOKUMENTACIJA
3.	<i>Multidisciplinarni tim.</i>	KOS na podlagi dogovora z uporabnikom poda predlog za stalne in nestalne člane MDT na krajevno pristojni CSD.	Predlog o imenovanju članov MDT.
		Krajevno pristojni CSD izda sklep o imenovanju članov MDT.	Sklep o imenovanju članov MDT.
		KOS vsem članom pošlje vabilo na MDT.	Vabilo.
		Potek seje: 1. zasedanje seje 2. drug način (po telefonu, elektronski pošti)	1. Zapisnik MDT 2. Zapisi (pogovorov, dopisovanja)
		<i>Naloge članov MDT: obravnava predloga načrta, podajanje svojega mnenja in predlogov, prispevanje svojega izvedenstva in izkušenj, spremljanje dogovorov o realizaciji nalog in spremljanje izvajanja načrta.</i>	
		Potrditev načrta.	Podpis načrta uporabnika in KOS.
		Dopolnitev načrta: <i>V primeru, da se člani MDT v celoti ne strinjajo z načrtom, lahko zahtevajo dopolnitve. Člani MDT se dogovorijo o vsebini dopolnitve. Uporabnik in koordinator dopolnita načrt.</i>	
		Zavrnitev načrta: Člani MDT načrt zavrnejo, uporabniku in KOS predlagajo pripravo novega načrta. <i>Načrt se zavrne, če ni izvedljiv.</i>	
Načrt sprejme krajevno pristojni CSD.	Sprejem načrta obravnave v skupnosti.		

	POSTOPKI	OPRAVILA	DOKUMENTACIJA
4.	<b>Koordiniranje in izvajanje načrta.</b>	<p>Zaradi nujnosti se v praksi določeni cilji v načrtu lahko začnejo izvajati že pred potrditvijo načrta, formalno pa se začnejo cilji izvajati po potrditvi načrta obravnave v skupnosti.</p> <p><u>Koordinator opravlja neposredno delo z uporabnikom:</u> ga spremlja, mu nudi podporo in pomoč pri uresničevanju njegovih ciljev, dela na krepitvi moči in samozavesti uporabnika, njegove suverenosti pri odločanju, mu omogoča dostop do storitev, relevantnih informacij itd.</p> <p><u>Koordinator koordinira storitve:</u> pridobiva izvajalce, organizira in usklajuje delo izvajalcev ter jim nudi strokovno podporo pri izvajanju nalog.</p> <p><u>Koordinator skrbi za izvajanje načrta:</u> sledi izvajanju ciljev, skupaj z uporabnikom spreminja načrt, išče nove izvajalce itd.</p>	<p>Zapisi razgovorov, zapisi terenov, e-pošta, poročila, uradni zaznamki itd.</p>
5.	<b>Evalvacija.</b>	<p>Evalvacija načrta se pripravi skupaj z uporabnikom po šestih mesecih izvajanja načrta obravnave v skupnosti, po potrebi tudi prej.</p> <p>Uporabnik in koordinator skupaj pogledata, kateri cilji so se izvedli in kateri ne, kako so se izvajali in zakaj se nekateri niso izvedli. Uporabnik poda oceno izvajanja in svoje zadovoljstvo z izvajanjem obravnave v skupnosti, izvajanjem načrta in izvajalci.</p> <p>Po pregledu realizacije ciljev in podani oceni izvajanja opredelita nove cilje za naslednje šestmesečno obdobje.</p> <p>Zapis načrta, izvajanje načrta in evalvacija se lahko ponavljajo, dokler obstaja potreba po obravnavi v skupnosti. V kolikor se ugotovi, da obravnava ni več potrebna, se obravnava zaključi.</p>	<p>Evalvacija z načrtom za naslednje šestmesečno obdobje.</p>

	POSTOPKI	OPRAVILA	DOKUMENTACIJA
6.	<i>Začasna prekinitev obravnave v skupnosti.</i>	V primeru ponovne hospitalizacije  <i>Po končanem ponovnem zdravljenju KOS in uporabnik preverita načrt in pripravita morebitne spremembe, nato pa KOS ponovno skliče MDT.</i>	
7.	<i>Prenehanje obravnave v skupnosti.</i>	<i>Obravnava v skupnosti preneha:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- če oseba in koordinator ugotovita, da ni več potrebe po obravnavi v skupnosti,</li> <li>- če oseba pisno izjavi, da ne želi več obravnave v skupnosti,</li> <li>- če oseba ne sodeluje pri izvajanju načrta.</li> </ul>	
		O prenehanju obravnave v skupnosti krajevno pristojni center za socialno delo sprejme sklep.	Sklep o prenehanju obravnave v skupnosti.

## OPREDELITEV NALOG KOORDINATORJA OBRAVNAVE V SKUPNOSTI IN RAZMEJITEV MED NJEGOVIMI NALOGAMI TER NALOGAMI PO ZAKONU, JAVNIMI POOBLASTILI IN STORITVAMI CSD

*Nataša Udovič*

Obravnava v skupnosti je **naloga po zakonu**, ki jo določa Zakon o duševnem zdravju (2008), in ne socialno varstvena storitev.

### DEFINICIJE

**JAVNO POOBLASTILO** je najožje pooblastilo za izvedbo ukrepa, ki ga v neposredno izvajanje centra za socialno delo predpiše posamezen zakon. Oseba vstopa v obravnavo centra sama zaradi uveljavljanja določenih pravic,

na primer do denarne socialne pomoči ali družinskih prejemkov, lahko pa center začne z izvajanjem javnega pooblastila po uradni dolžnosti, na primer zaradi zaščite pravic in koristi otrok in oseb, ki niso sposobne skrbeti zase in svoje premoženje. Pri izvajanju javnih pooblastil uporabljamo strokovne metode dela, ki so svojstvene področju socialnega dela, in procesni postopek, ki je določen v zakonu o upravnem postopku (Center za socialno delo Škofja Loka).

**NALOGE PO ZAKONU** so strokovne naloge, ki jih je država (oziroma njeni organi) zaupala v izvajanje Centru za socialno delo, zapisane so v raznih normativnih aktih (zakonih, pravilnikih, uredbah), strokovni delavci pa jih izvajajo s posebnimi strokovnimi znanji s področja socialnega varstva.

### **STORITEV**

Socialno varstvene storitve, namenjene preprečevanju socialnih stisk in težav (socialna preventiva), obsegajo aktivnosti in pomoč za samopomoč posamezniku, družini in skupinam prebivalstva (Zakon o socialnem varstvu (2007-2), 10. člen).

### **RAZMEJITEV KOORDINACIJE OBRAVNAVE V SKUPNOSTI IN STORITEV**

Koordinator obravnave v skupnosti ne opravlja socialno varstvenih storitev, kot so na primer prva socialna pomoč in osebna pomoč.

#### **Razmejitev koordinacije obravnave v skupnosti in storitve prva socialna pomoč**

Prva socialna pomoč obsega pomoč pri prepoznavanju socialne stiske ali težave, oceno možnih rešitev, seznanjanje upravičenca z možnimi socialno varstvenimi storitvami in dajatvami ter z obveznostmi, ki sledijo izbiri storitve ali dajatve, in predstavitev mreže izvajalcev, ki lahko upravičencu nudijo pomoč. Upravičenec do prve socialne pomoči je vsakdo, ki se znajde v socialni stiski in se za storitev odloči prostovoljno pri pooblaščenem izvajalcu, sprejme storitev, ki jo pooblaščen izvajalec začne na pobudo upravičenih predlagateljev, ali pa pristane na storitev, ki jo začne pooblaščen izvajalec po uradni dolžnosti na podlagi obvestil organov in zavodov, ki so

ugotovili socialno ogroženost upravičenca. Prva socialna pomoč se izvaja v obliki usmerjenega razgovora v treh med seboj povezanih delih. Na prvo socialno pomoč lahko uporabnika usmeri tudi koordinator med izvajanjem koordinacije obravnave v skupnosti, kadar zazna, da so nastale določene življenjske okoliščine oziroma težave, zaradi katerih je treba izvesti storitev. *Primer tega je, če se uporabnik želi razvezati in potrebuje informacije, kako in kje lahko to uredi.*

	KOS	PSP (prva socialna pomoč)
	Naloga po zakonu.	Storitev.
	Prostovoljna vključitev osebe.	Prostovoljna vključitev osebe.
<b>Namen storitve.</b>	Gre za celostno obravnavo - pregled nad celotno življenjsko situacijo.	Usmerjenost na trenutno situacijo oziroma težavo.
<b>Obvestilo.</b>	Psihiatrična bolnišnica.	Uporabnik, svojci, sosedje, razne institucije itd.
<b>Upravičenci.</b>	Osebe s težavami v duševnem zdravju.	Vsakdo, ki se znajde v socialni stiski.
<b>Postopek.</b>	- privolitev, - načrtovanje, - MDT, - izvajanje, - evalvacija.	V obliki usmerjenega razgovora v treh med seboj povezanih delih.
<b>Trajanje storitve.</b>	Dokler obstaja potreba.	Postopki kot samostojne storitve trajajo v poprečju 45 minut.

## Razmejitve koordinacije obravnave v skupnosti in storitve osebne pomoči

Storitev osebna pomoč obsega svetovanje, urejanje in vodenje z namenom, da bi posamezniku omogočili razvijanje, dopolnjevanje, ohranjanje ter izboljševanje njegovih socialnih zmožnosti.

V kolikor posamezna oseba s težavami v duševnem zdravju, ki je vključena v obravnavo v skupnosti, potrebuje storitev **osebno pomoč**, se jo opredeli z načrtom obravnave v skupnosti. Storitve osebno pomoč običajno izvede krajevno pristojni center za socialno delo, pri čemer imamo koordinatorji pogosto težave, saj je oblika strokovne pomoči navidezno podobna nalogam, ki jih izvaja koordinator obravnave v skupnosti, zato krajevno pristojni

centri za socialno delo pogosto zavračajo izvajanje osebne pomoči za uporabnike, vključene v obravnavo v skupnosti.

Pri koordinaciji obravnave v skupnosti ne gre za enake oblike strokovne pomoči, kot jo nudi storitev osebna pomoč. Gre le za podobne oblike pomoči.

## Svetovanje

Koordinator z uporabnikom ne sklene dogovora, ne vodi postopka in dokumentacije ali strukturiranega svetovanja, ki temelji na razreševanju stisk in izboljšanju osebne rasti, na način, ki ga opisuje Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010) za to storitev. Koordinatorjeva naloga je uporabniku zagotoviti, da strokovno svetovanje dobi, če ga potrebuje. Seveda koordinator tudi svetuje uporabniku, vendar gre tu za nestrukturirano svetovanje skozi celotno sodelovanje z uporabnikom, pri čemer uporabnika bolj informira in mu svetuje v zvezi z urejanjem problematike njegove življenjske situacije in možnimi načini uresničevanja njegovih ciljev, usmerjenih v rešitve, ki vodijo v izboljšanje kvalitete njegovega življenja. Pri osebni pomoči je svetovanje organizirana oblika strokovne pomoči posamezniku v situacijsko pogojenih socialnih stiskah in težavah, ki jih sam ne zna ali ne zmore odpraviti, je pa pripravljen spremeniti svoje vedenje, poiskati ustrezne rešitve in urediti odnose z drugimi osebami v socialnem okolju. Osebna pomoč je organizirana oblika pomoči posamezniku pri njegovem nadaljnjem napredku, osebni rasti in razvoju. Pri svetovanju je osrednja težava stiska, ki jo občuti posameznik. Svetovalec ima terapevtski pristop, ki ga koordinatorji ne uporabljamo.

## Urejanje

V okviru osebne pomoči je urejanje oblika strokovne pomoči posamezniku, ki je zašel v socialne stiske in težave zaradi osebnostnih ali vedenjskih posebnosti ter pri tem ogroža tudi druge osebe. Za uspešno pomoč je potrebno sodelovanje ključnih dejavnikov v širšem okolju. Urejanje poteka kot proces, ki ni le izravnavanje materialnega primanjkljaja, temveč tudi usposobitev uporabnika za ponovno vključitev v družbeni sistem. Strokovna pomoč v obliki urejanja je usmerjena na spremembo posameznikovega vedenja in spremembo odnosov z okolico, pri čemer gre ravno tako za terapevtski proces. Koordinator obravnave v skupnosti pri delu z uporabnikom po potrebi in v skladu z načrtom sicer sodeluje z okolico uporabnika, vendar sodelovanje ni terapevtsko usmerjeno.

## Vodenje

Koordinacija obravnave v skupnosti se prepleta s storitvijo osebne pomoči v strokovni pomoči oblike vodenja. Slednje je oblika podpore posamezniku, ki je zaradi duševne prizadetosti, težav v duševnem zdravju ali drugih osebnostnih težav (v primeru koordinacije gre le za posameznike s težavami v duševnem zdravju) začasno ali trajno nesposoben za samostojno življenje. Zaradi zdravstvenih, osebnostnih in drugih posebnosti ti posamezniki ne morejo živeti samostojno, imajo pa možnost stalnih oblik pomoči v okolju v obliki ustrezne organizacijske mreže sodelavcev. Odločitev za prejemanje pomoči mora biti prostovoljna. Strokovna pomoč v obliki vodenja je pri storitvi osebne pomoči podobna koordinaciji obravnave v skupnosti. Oblika vodenja pri osebni pomoči ima osnovo v svetovalnem delu, ki skuša skozi podporo in pomoč uporabnika opolnomočiti, pri čemer gre za širši koncept vodenja uporabnika kot pri koordinaciji obravnave v skupnosti. Koordinator obravnave v skupnosti vodi obravnavo, tako da skupaj z uporabnikom ugotavlja njegove potrebe. Te skupaj zapišeta v načrt s cilji, v katerem opredelita tudi konkretne naloge (kdo bo kaj naredil pri izvedbi posameznih ciljev), nato pride do potrditve načrta in po potrditvi prek izvajanja načrta do rezultatov dela.

## **RAZMEJITEV NALOG IN OPRAVIL MED KRAJEVNO PRISTOJNIM CENTROM ZA SOCIALNO DELO TER KOORDINATORJEM OBRAVNAVE V SKUPNOSTI**

*Janez Tušar*

### **UVOD**

Obravnava v skupnosti celostno obravnava uporabnika, v njegovo obravnavo pa se morata vključevati tako koordinator obravnave v skupnosti kot krajevno pristojni center za socialno delo. Zakon in pravilnik določata naloge in opravila, ki jih morata opraviti koordinator in pristojni center za socialno delo v okviru obravnave v skupnosti. V obravnavo se vključujeta vsak s svojimi nalogami. Razmejitev nalog med pristojnim centrom in koordinatorjem je sledeča:



NALOGE KOORDINATORJA	NALOGE KRAJEVNO PRISTOJNEGA CSD
- opravi obisk osebe po prejemu obvestila,	
- pridobi pisno privolitev osebe v obravnavo v skupnosti oziroma uradni zaznamek, če oseba v obravnavo ne privoli,	
- krajevno pristojnemu CSD predlaga člane MDT,	- na predlog koordinatorja imenuje člane MDT,
- pošilja vabila na seje MDT,	
- organizira in vodi MDT,	
- skrbi za zapise in zapisnike o delu MDT, ki zajemajo potek seje, obravnavane predloge ter sprejete sklepe,	- prisotnost predstavnika krajevno pristojnega CSD na sejah MDT,
- izdela načrt obravnave v skupnosti v sodelovanju z osebo,	
- predlagan načrt obravnave pošlje krajevno pristojnemu CSD v sprejem,	- sprejme načrt obravnave osebe v skupnosti,
- pripravi morebitne dopolnitve ali spremembe načrta obravnave,	
- predlog dopolnitve ali spremembe načrta obravnave pošlje krajevno pristojnemu CSD v sprejem,	- sprejme dopolnitev ali sprememb načrta obravnave v skupnosti,
- koordinira in nadzira izvajanje načrta obravnave v skupnosti,	- izvaja storitve (prva socialna pomoč, osebna pomoč, pomoč družini za dom itd.)
- vodi evidenco obravnav v skupnosti,	
- sodeluje z izvajalci obravnave v skupnosti pri izvajanju načrta obravnave v skupnosti in jim nudi strokovno podporo in podporo glede namestitve,	
- predlaga prenehanje obravnave osebe v skupnosti krajevno pristojnemu CSD	- sprejme sklep o prenehanju obravnave v skupnosti,

## DRUGE NALOGE KRAJEVNO PRISTOJNEGA CENTRA ZA SOCIALNO DELO V ZVEZI Z ZAKONOM O DUŠEVNEM ZDRAVJU

Center za socialno delo (nadalje CSD) opravlja na podlagi Zakona o duševnem zdravju tudi druge naloge. Na podlagi strokovne ocene lahko predlaga:

- predlog za sprejem na zdravljenje brez privolitve na podlagi sodišča,
- predlog za sprejem v varovani oddelek socialno varstvenega zavoda,
- predlog za sprejem v nadzorovano obravnavo.

### **Predlog CSD za sprejem osebe na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico v oddelek pod posebnim nadzorom**

V primerih, ko oseba ogroža svoje življenje ali življenje drugih, huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in je to ogrožanje posledica duševne motnje ter hkrati navedenih vzrokov in ogrožanja ni možno odvrniti z lažjimi oblikami pomoči (npr. zdravljenje v bolnišnici izven oddelka pod posebnim nadzorom, ambulantnim zdravljenjem ali nadzorovano obravnavo), ima center za socialno delo možnost podati predlog za sprejem osebe na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico v oddelek pod posebnim nadzorom. Zdravljenje se lahko začne na predlog izvajalca psihiatričnega zdravljenja, centra za socialno delo, koordinatorja nadzorovane obravnave, najbližje osebe ali državnega tožilstva.

*Primer prakse: CSD več let izvršuje skrbniške dolžnosti uporabnika, ki ima težave v duševnem zdravju in z odvisnostjo od alkohola. Medikamentozne terapije uporabnik navkljub diagnozi paranoidna shizofrenija ne izvaja redno oz. jo zavrača. V lokalnem okolju postaja uporabnik vse bolj psihično in fizično agresiven do domačih ter oseb, s katerimi prihaja v stik (npr. okrajnih sodnic, uslužbencev zdravstvenega doma, zaposlenih na pošti). Na CSD se obračajo svojci, policija in druge službe, ki sporočajo agresivno in blodnjavo vedenje. CSD je v stalnem stiku z osebo in službami, spremlja situacijo in poskuša osebo napotiti v bolnišnično zdravljenje z njeno privolitvijo. Ker uporabnik zdravljenje zavrača, ogrožanje sebe in drugih pa se stopnjuje, pridobi CSD mnenje osebnega zdravnika uporabnika ter poda predlog za sprejem na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico, v oddelek pod posebnim nadzorom.*

CSD vloži predlog pri pristojnem sodišču, na območju katerega ima oseba stalno ali začasno bivališče. Predlog vsebuje podatke, ki jih mora vsebovati vsaka vloga, in navedbo razlogov, ki utemeljujejo obstoj pogojev (ime

in sedež predlagatelja, datum predloga, zaporedna opravilna številka, ime zadeve, navedba razlogov, imena in priimki odgovornih oseb). Predlogu se priloži mnenje izbranega osebnega zdravnika ali psihiatra, ki je osebo pregledal, in ne sme biti starejše od sedmih dni. Če pregled osebe ni mogoč, se predlogu priloži izjava izbranega osebnega zdravnika ali psihiatra, da pregleda ni mogoče opraviti. CSD sodeluje na sklicanem naroku kot predlagatelj. Po končanem naroku sledi odločitev sodišča o sprejemu na zdravljenje brez privolitve v obliki sklepa. Pri pridržanju osebe na zdravljenje brez privolitve lahko sodišče zaprosi policijo za prisilno privedbo osebe v psihiatrično bolnišnico.

### **Predlog za sprejem v varovani oddelek socialno varstvenega zavoda**

Kadar CSD obravnava osebo, ki je izrazito dementna ali ima kakšne druge težave v duševnem zdravju, ki bistveno vplivajo na njeno vedenje, in:

- ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih,
- povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim ter hkrati navedenih vzrokov in ogrožanja ni možno odvrniti z lažjimi oblikami pomoči (izven socialno varstvenega zavoda, v nadzorovani obravnavi),
- je akutno bolnišnično zdravljenje zaključeno oz. ni potrebno,
- potrebuje stalno oskrbo in varstvo, ki ju ni mogoče zagotoviti v domačem okolju ali na drug način,
- je ogrožanje posledica težav v duševnem zdravju, zaradi katerih ima oseba hudo moteni presojo realnosti in sposobnost obvladovanja svojega ravnanja,
- ter če izpolnjuje druge pogoje za sprejem v socialno varstveni zavod, ki jih določajo predpisi s področja socialnega varstva, ima CSD možnost podati predlog za sprejem v varovani oddelek socialno varstvenega zavoda.

Predlogu mora CSD priložiti mnenje socialno varstvenega zavoda o izpolnjevanju pogojev za sprejem, razen če se je postopek začel na njegov predlog.

Primer prakse: CSD je uporabniku že več let skrbnik. Uporabnik zavrača medikamentozno terapijo, večkrat je bil proti svoji volji sprejet na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico v oddelek pod posebnim nadzorom. Po odpustu iz bolnišnice se začne ponavljati isti vedenjski vzorec: zloraba alkohola, zavračanje zdravlil, neprimerno vedenje itd. Sodni izvedenec ob zadnjem sprejemu v psihiatrično bolnišnico v oddelek pod posebnim nadzorom pre-

dlaga, da se ob zaključku izteka zdravljenja poda predlog za sprejem v varovani oddelek socialno varstvenega zavoda, saj je mnenja, da zaradi posledic bolezni sprejem v nadzorovano obravnavo ni smotrno. Center za socialno delo predlaga sprejem v varovani oddelek socialno varstvenega zavoda (predlog lahko poda tudi bolnišnica).

CSD vloži predlog pri pristojnem sodišču, na območju katerega ima oseba stalno ali začasno bivališče. Predlog vsebuje podatke, ki jih mora vsebovati vsaka vloga, in navedbo razlogov, ki utemeljujejo obstoj pogojev (ime in sedež predlagatelja, datum predloga, zaporedna opravilna številka, ime zadeve, navedba razlogov, imena in priimki odgovornih oseb). CSD sodeluje na naroku kot predlagatelj. Sodišče s sklepom odloči o morebitnem sprejemu v varovani oddelek socialno varstvenega zavoda. CSD tudi nadalje spremlja osebo ter sodeluje z njo in njenimi svojci.

### **Predlog za sprejem v nadzorovano obravnavo**

Nadzorovana obravnava je obravnava oseb s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, ki se izvaja na podlagi sklepa sodišča pod nadzorom psihiatrične bolnišnice, na območju katere ima oseba stalno prebivališče. Predlog CSD vloži pri pristojnem sodišču, na območju katerega ima oseba stalno ali začasno bivališče. Predlog vsebuje podatke, ki jih mora vsebovati vsaka vloga, in navedbo razlogov, ki utemeljujejo obstoj pogojev (ime in sedež predlagatelja, datum predloga, zaporedna opravilna številka, ime zadeve, navedba razlogov, imena in priimki odgovornih oseb). CSD sodeluje na naroku kot predlagatelj. CSD tudi nadalje spremlja osebo in ohranja stike s svojci.

V primerih, ko oseba s težavami v duševnem zdravju zavrača medikamentozno terapijo in CSD oceni, da bi spremljanje s strani bolnišnice lahko vplivalo na redno izvajanje terapije ter na splošno zdravstveno počutje, je smiselno, da CSD poda predlog za sprejem v nadzorovano obravnavo.

Za sprejem v nadzorovano obravnavo morajo obstajati tudi zakonski pogoji, in sicer:

- da gre za osebo s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo,
- da se je oseba že zdravila v psihiatrični bolnišnici brez privolitve,
- da je že ogrožala svoje življenje ali življenje drugih, da je huje ogrožala svoje zdravje ali zdravje drugih ali pa je povzročila hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim,

- da je ogrožanje iz prejšnje alineje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteni presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje in
- da se oseba lahko ustrezno zdravi v domačem okolju.

*Primer prakse: CSD dalj časa obravnava uporabnika, ki je večkrat proti svoji volji sprejet na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico v oddelek pod posebnim nadzorom. Navkljub bolezni s pomočjo svojcev zmore skrbeti zase in bivati doma. Težave nastajajo predvsem pri nerednem jemanju zdravil in obiskovanju psihiatrične ambulante. CSD je mnenja, da bi nadzorovana obravnava v skupnosti pripomogla k ustreznemu zdravljenju doma, zato CSD poda predlog za vključitev v nadzorovano obravnavo.*

Predlog za vključitev v nadzorovano obravnavo se lahko začne na predlog izvajalca psihiatričnega zdravljenja, CSD, koordinatorja nadzorovane obravnave, najbližje osebe ali državnega tožilstva.

## **DRUGE NEOPREDELJENE NALOGE - KRIZNE INTERVENCIJE**

Center za socialno delo lahko opravlja tudi druge neopredeljene naloge, tako imenovane krizne intervencije.

Druge neopredeljene naloge - krizne intervencije - niso naloge v okviru javnih pooblastil pa tudi ne naloge po zakonu, CSD jih izvajajo kot osnovno strokovno socialno delo - pomoč človeku v stiski.

Značilnost teh nalog je, da obstaja pobudnik naloge, pritožnik, ki se (po navadi) sklicuje na splošno moralno dolžnost reagiranja CSD, da se uporabnik sam obrne na center, ali pa, da center oziroma strokovni delavci centra zaznajo krizni položaj, ki ni posebej zakonsko opredeljen in za izvajanje ukrepov socialna služba nima jasnih in določenih pooblastil.

Namen naloge je ponuditi konkretno pomoč, intervencijo posameznikom v položajih, ki zaradi stisk in težav ogrožajo sebe oz. druge. Krizne položaje lahko definiramo kot tiste, ki vsaj na prvi pogled zahtevajo neko reakcijo, poseg, intervencijo, ki naj bi bila odgovor na bolj ali manj določeno grožnjo, nevarnost.

*Primer s prakse: CSD je obveščen o deložaciji uporabnika. CSD v tej krizni situaciji naveže stike z vpletenimi, razišče okoliščine, obišče uporabnika, se z njim pogovori, poskuša raziskati možnosti preklica deložacije, možnosti namestitve v primerno bivalno enoto (drugo najemno stanovanje, samski dom, dom za brezdomce, stanovanjsko skupino, socialno-varstveni zavod). CSD ponudi konkretno pomoč, intervencijo na terenu.*

## **KATALOG JAVNIH POOBLASTIL, NALOG PO ZAKONU IN STORITEV, KI JIH IZVAJAJO CENTRI ZA SOCIALNO DELO**

*Polona Pulko in Alenka Kolar*

Skupnost centrov za socialno delo Slovenije ima na podlagi člena 68c Zakona o socialnem varstvu (ZSV) javno pooblastilo, da sestavlja katalog nalog, ki jih izvajajo centri za socialno delo, ter določa standarde in normative za izvajanje posameznih vrst nalog.

Katalog javnih pooblastil, nalog po zakonu in storitev, ki jih izvajajo centri za socialno delo, predstavlja standard izvedbe posamezne naloge in osnovo za izračun potrebnega normativa.

Na podlagi člena 68c ZSV je Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti objavilo katalog nalog, ki ga je določila Skupnost centrov za socialno delo Slovenije in velja od 1. 10. 2008. Dne 23. 9. 2008 je ministrica za delo, družino in socialne zadeve izdala sklep št. 1225-2/2008 o zagotavljanju pogojev za uveljavljanje standardov in normativov dela centrov za socialno delo.

Katalog je razdeljen po vsebinskih področjih, v katerih so opredeljene določene strokovne naloge - varstvo otrok in družine, varstvo odraslih, materialne pomoči, socialno varstvene storitve ter koordinacije (v lokalni mreži pluralnih programov, v pluralni mreži na ravni razvijanja skupnosti - koordinacija za obravnavo nasilja v družini, koordinacija za izvajanje nadomestne kazni in koordinacija obravnave v skupnosti).

Vsaka naloga ima naslov, opredeljeni so njen namen (kaj se želi z izvajanjem naloge doseči), komu je naloga namenjena oziroma kdo so uporabniki, katere so pravne podlage za njeno izvajanje, kdo nalogo lahko izvaja ter njen skupni normativ.

Uvodnemu opisu sledi tabela, v kateri so določena opravila, kot si sledijo v zaporedju:

- nujna opravila,
- možna opravila,
- postavljen normativ ter
- opombe kot dodatna obrazložitev.

Za enaka opravila, ki se pojavljajo pri različnih nalogah v tabelah, je določen enak normativ (npr. sestanek tima - 300 minut, analiza tveganja - 360 minut, obisk na domu - 60, 90, 120 minut, odvisno od problematike).

## 1.2.5 Uporabniki s težavami v duševnem zdravju

### 1.2.5.1 Naloge koordinatorja obravnave v skupnosti

**Namen naloge:** individualno načrtovanje pomoči in storitev uporabniku po končanem zdravljenju v psihiatrični bolnišnici ali nadzorovani obravnavi, pomoč pri urejanju življenjskih razmer, psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave.

**Uporabnik:** uporabnik s težavami v duševnem zdravju, ki privoli v načrt obravnave v skupnosti.

**Podlaga za izvajanje:**

- Zakon o duševnem zdravju - člani 91, 92, 93, 94, 95, 96.
- Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti.

**Izvajalci:** strokovni delavci po 69. členu ZSV z opravljenim izpitom za koordinatorja obravnave v skupnosti, v skladu s 94. členom Zakona o duševnem zdravju; strokovni delavci po 69. členu ZSV opravljajo samo tista opravila, ki so točno navedena med opombami (krajevno pristojni CSD).

**Normativ:** naloga koordinatorja se deli na dva dela: normativ za I. del: 345 minut, za II. del: 3630 minut, 360 minut za CSD (opomba: kjer sta navedena dva normativa, velja prvi čas kot normativ za koordinatorja, drugi čas kot normativ za strokovnega delavca na pristojnem CSD); analiza tveganja: 360 minut, multidisciplinarni tim: 300 + 300 minut.

### I. del

	Opravila in akti, kot si sledijo v zaporedju	Nujna opravila	Čas N	Mogoča opravila	Opombe
1.	Obvestilo o vključitvi uporabnika v obravnavo v skupnosti - priprava na vzpostavljanje stika.	Koordinator prejme pisno ali ustno obvestilo o vključitvi v obravnavo v skupnosti in se dogovori o prvem obisku uporabnika.	45		
2.	Vzpostavitev stika z uporabnikom in uvodni pogovor.	Koordinator obiše uporabnika - vzpostavitev delovnega odnosa. Koordinator in uporabnik se spoznata - vzpostavitev prvega stika. Koordinator uporabniku predstavi obravnavo v skupnosti in ga seznani z možnostjo vključitve.	90	Sodelovanje z drugimi izvajalci psihiatrične dejavnosti.  O vseh ugotovitvah in možnostih se seznaniti tudi njegovega zastopnika.	
3.	Pogovor o vključitvi v obravnavo v skupnosti.		180		
4.	Pisna privolitev v obravnavo v skupnosti.	Če se uporabnik strinja z obravnavo, poda pisno soglasje, s katerim privoli vanjo.  Če se uporabnik s ponujeno obravnavo ne strinja, se o tem naredi uradni zaznamek.	30	Če ima uporabnik zakonitega zastopnika, lahko v obravnavo privoli tudi on.	Zakoniti zastopnik lahko poda svoje soglasje za obravnavo tudi v primeru nestrinjanja uporabnika.



## II. del

	Opravila in akti, kot si sledijo v zaporedju	Nujna opravila	Čas N	Mogoča opravila	Opombe
5.	Izdelava individualne ocene potreb in možnosti.	Ugotovitev trenutnega stanja.	60		
	Pridobitev mandata uporabnika.	Ugotavljanje uporabnikovih namenov, interesov, potreb, želja, motenj in moči (tako deklariranih kot prikritih). Ugotoviti uporabnikove želje in nuje in skupaj definirati pooblastilo.	60		
	Analiza prostora delovanja.	Ugotoviti, kakšne so možnosti različnih oblik pomoči glede na okolje, ter predvideti, kakšna pooblastila so potrebna za delovanje v teh okoljih.	60		
	Analiza akterjev.				
	Analiza tveganja.	Določiti različne akterje, ki bi se lahko vključili v obravnavo ter njihove vloge, moč in funkcije.	360	Ugotoviti resnost grožnje in stopnjo (verjetnost) nevarnosti. Refleksija sklepov z uporabnikom.	Pri analizi tveganja je bistveno, da zavzamemo dvojno perspektivo: oceniti tveganje z vidika verjetnosti dogodka in hkrati obdržati uporabnikovo perspektivo. Potreben je dialoški pristop, ki omogoča dialektiko med tema perspektivama.

	Opravila in akti, kot si sledijo v zaporedju	Nujna opravila	Čas N	Mogoča opravila	Opombe
6.	Priprava individualnega načrta obravnave v skupnosti.	<p>Koordinator skupaj z uporabnikom pripravi individualni načrt obravnave.</p> <p>Uporabnik in koordinator skupaj ocenita trenutno situacijo, oblikujeta cilje za življenje osebe v skupnosti in na podlagi tega določita potrebne oblike pomoči in podpore, pri čemer upoštevata opolnomočenje in krepitev moči uporabnika.</p> <p>Načrt vsebuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zapis ocene situacije uporabnika,</li> <li>- ugotovitev potreb uporabnika,</li> <li>- cilje obravnave,</li> <li>- ukrepe za njihovo doseganje,</li> <li>- predlog izvajalcev ukrepov,</li> <li>- časovno opredelitev izvajanja načrta,</li> <li>- način spremljanja in evalvacije izvajanja ukrepov,</li> <li>- finančno ovrednotenje.</li> </ul> <p>Predlogi ciljev in ukrepov se morajo nanašati (vsaj) na:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- urejanje stanovanjskih oziroma bivalnih razmer,</li> <li>- urejanje socialne varnosti,</li> <li>- urejanje zaposlitve in dela,</li> <li>- urejanje podpore pri opravljanju temeljnih in podpornih dnevnih opravil,</li> <li>- urejanje podpore pri zagotavljanju socialnih stikov in družabnosti</li> </ul> <p>Koordinator in uporabnik predlagata člane tima.</p>	120  300	<p>Če ima uporabnik zakonitega zastopnika, lahko ta sodeluje pri pripravi individualnega načrta.</p> <p>Če je treba, se lahko pripravi vmesen, hiter načrt za posamezne faze.</p>	

	Opravila in akti, kot si sledijo v zaporedju	Nujna opravila	Čas N	Mogoča opravila	Opombe
7.	Imenovanje članov in naloge multidisciplinarnega tima.	Direktor krajevno pristojnega CSD imenuje člane multidisciplinarnega tima na podlagi predloga koordinatorja in uporabnika.  Koordinator skliče multidisciplinarni tim in o poteku napiše zapisnik. Naloge multidisciplinarnega tima so: - obravnava predlog individualnega načrta - sprejema dogovore o realizaciji nalog in spremlja njihovo izvajanje.	30  300 + 300		Naloga, ki jo opravlja krajevno pristojni CSD.  Multidisciplinarni tim sestavljajo stalni in nestalni člani tima, ki so se dolžni udeleževati sej tima na podlagi vabila.
8.	Potrditev načrta s strani CSD.	Uporabnik in koordinator dogovorjen načrt potrđita s podpisom in koordinator ga predloži v sprejem direktorju CSD.	30		Naloga, ki jo opravlja krajevno pristojni CSD.
9.	Neposredno delo z uporabnikom ter organizacija, koordinacija in nadziranje izvajanja načrta obravnave v skupnosti pomoč pri izvajanju načrta, obiski na domu, terensko delo, spremljanje izvajanja načrta, podpora uporabniku, informiranje uporabnika.	Slediti načrtu obravnave, prisotnost, mreženje, proaktivnost.  Krepitev samozavesti in suverenosti pri odločanju, dostop do sredstev in relevantnih informacij, povezovanje z zagovorniki, zaupniki, uporabniškimi združenji in društvi za uveljavljanje pravic.	1200		
10.	Medinstitucionalno sodelovanje in sodelovanje z drugimi akterji.  Strokovna podpora in podpora glede namestitve izvajalcem.	Vzpostavljanje in vzdrževanje sodelovanja s formalnimi in neformalnimi izvajalci.  Koordinator nudi strokovno podporo pri izvajanju nalog, določenih v individualnem načrtu, vsem izvajalcem, ki se vključujejo v delo z uporabnikom.	180		

	Opravila in akti, kot si sledijo v zaporedju	Nujna opravila	Čas N	Mogoča opravila	Opombe
11.	Ocena izvajanja oziroma evalvacija in priprava morebitnih sprememb načrta.	Sprejet načrt obravnave je treba spremljati in najkasneje po šestih mesecih izvajanja oceniti napredek skupaj z uporabnikom ter na podlagi tega pripraviti morebitne spremembe načrta, da se lahko doseže največja realizacija sprejetih ciljev in ukrepov. Izdela se vmesna evalvacija obravnave.	300		
	Neposredno delo z uporabnikom ter organizacija, koordinacija in nadziranje izvajanja načrta obravnave v skupnosti pomoč pri izvajanju načrta, obiski na domu, terensko delo spremljanje izvajanja načrta, podpora uporabniku, informiranje uporabnika.	Slediti načrtu obravnave, prisotnost, mreženje, proaktivnost.  Krepitev samozavesti in suverenosti pri odločanju, dostop do sredstev in relevantnih informacij, povezovanje z zagovorniki, zaupniki, uporabniškimi združenji in društvi za uveljavljanje pravic.	300 + 300  900	Skliče se multidisciplinarni tim, kjer se člane seznanijo z izvajanjem načrta in predlaga morebitne spremembe. Multidisciplinarni tim lahko spremlja izvajanje načrta, tudi če ni sprememb in je to v skladu z načrtom ali analizo tveganja. Koordinator se lahko s člani tima dogovori tudi za kakšno drugo obliko spremljanja načrta.	

	Opravila in akti, kot si sledijo v zaporedju	Nujna opravila	Čas N	Mogoča opravila	Opombe
12.	<p>Začasna prekinitev izvajanja načrta obravnave v skupnosti.</p> <p>Prenehanje obravnave v skupnosti.</p>	<p>Ko nastopijo razlogi za prenehanje obravnave, direktor ČSD izda sklep o prenehanju.</p>	<p>180</p> <p>30</p> <p>+</p> <p>30</p>	<p>Izvajanje načrta se prekine ob ponovni hospitalizaciji ali vključitvi v nadzorovano obravnavo. Pred ponovno vzpostavitvijo obravnave v skupnosti se skupaj z uporabnikom preveri načrt in pripravi morebitne spremembe načrta. V času ponovne hospitalizacije koordinator ohrani stik z uporabnikom - obiski v bolnici, koordiniranje izvajalcev, sodelovanje z izvajalci zdravstvene dejavnosti.</p>	<p>Izdaja sklepa o prenehanju obravnave je naloga, ki jo opravlja krajevno pristojni ČSD.</p>
13.	<p>Zaključna evalvacija.</p>	<p>Koordinator skupaj z uporabnikom pregleda skupno delo, dosežene in nedosežene cilje. Pregledata nadaljnje možnosti in točke opore.</p>	120		

## Knjiženje zadev na podlagi Enotnega načrta klasifikacijskih znakov za CSD

Knjiženje zadev poteka na podlagi Enotnega načrta klasifikacijskih znakov za CSD, ki je pripravljen na podlagi Načrta klasifikacijskih znakov Ministrstva za javno upravo in ga je določilo Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti na podlagi prve točke 120. člena Uredbe o upravnem poslovanju (Uradni list RS, št. 20/05, 106/05, 30/06, 86/06, 32/07, 63/07, 115/07, 31/08, 35/09, 58/10, 101/10 in 81/13).

Koordinacija obravnave v skupnosti spada pod rubriko 12 - *Družina in socialno varstvene dejavnosti*.

Klasifikacijski znak je 1225.

Pomen klasifikacijskega znaka: CSD v vlogi koordinatorja

Rok hrambe: A - arhivsko gradivo, ki ima trajen pomen za znanost in kulturo ali trajen pomen za pravno varnost oseb v skladu s strokovnimi navodili pristojnih arhivov (2. člen, 1. alineja Pravilnika o določanju rokov hranjenja dokumentarnega gradiva v javni upravi; Uradni list RS, št. 52/09)

Opis in vsebina klasifikacijskega znaka:

- koordinator obravnave v skupnosti: KOORDINATOR OBRAVNAVE V SKUPNOSTI (A) - knjiženje spisovne dokumentacije koordinatorja obravnave v skupnosti,
- evidence, poročila - EVIDENCE (A).

Na podlagi prejetega obvestila se odpre zadeva in se knjiži na koordinacijo obravnave v skupnosti. Koordinator uporabnika vnese v bazo socialnih podatkov ter vnese vse potrebne naloge in opravila, ki se nanašajo na posamezno nalogo.

Krajevno pristojni center za socialno delo za uporabnika izključno za naloge v koordinaciji knjiži zadevo na klasifikacijski znak 1225, *obravnavava v skupnosti*, vendar samega uporabnika ne zabeleži v bazi socialnih podatkov.

\* Nalogo in vsa opravila v njej v bazo socialnih podatkov (BSP) vnaša izključno koordinator obravnave v skupnosti.

Osnovna dokumentacija nalog, ki jih opravlja krajevno pristojni center za socialno delo:

- sklep o imenovanju članov multidisciplinarnega tima,
- vabilo na sodelovanje v multidisciplinarnem timu,
- zapisnik multidisciplinarnega tima,
- potrditev načrta,
- sklep o prenehanju obravnave v skupnosti.

V primeru, da se uporabnik ponovno vključi v koordinacijo obravnave v skupnosti, se odpre nova zadeva z novo pripadajočo dokumentacijo.

## VNOS PODATKOV V BAZO SOCIALNIH PODATKOV

*Katja Čelič, Nataša Udovič*

V bazo socialnih podatkov v zvezi z nalogo obravnave v skupnosti vpisuje le koordinator obravnave v skupnosti. **Pristojni CSD v BSP ne vnaša svojih zadev, saj le-to zanje ni predvideno!** Predpostavlja se, da pristojni CSD izvajajo naloge po ZDZdr za vse obravnavane osebe.

### NAVODILA ZA VNOS PODATKOV V BAZO SOCIALNIH PODATKOV:

#### PRVI KORAK:

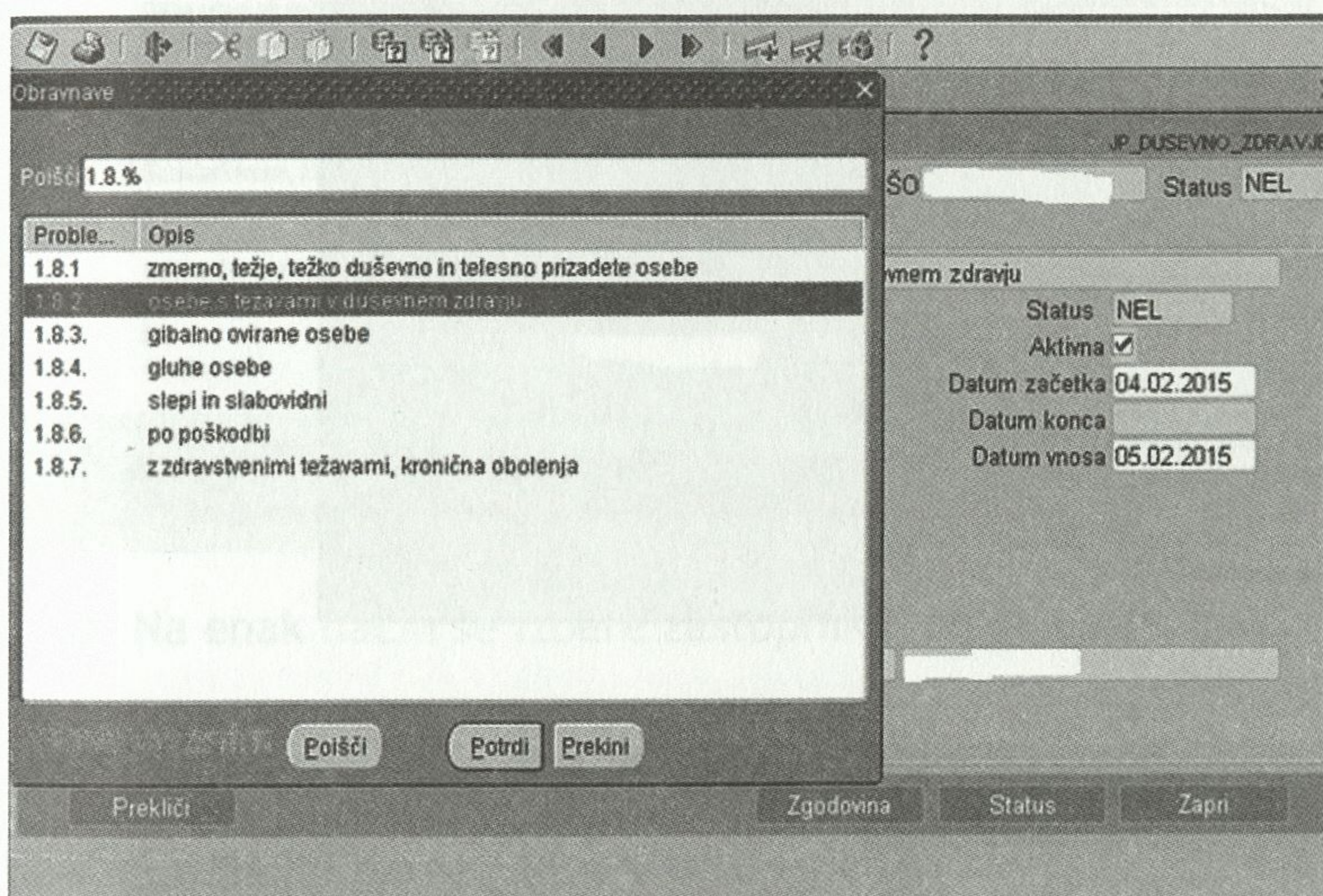
1. Vstop v BSP.
2. Klik na okno NOVA NALOGA (pokaže se manjše okno - glej sliko 1).
3. V okno pod *Naloga* \* se vpiše šifra 341 - naloge koordinatorjev obravnave v skupnosti.
4. V okno *Zadeva* se vpiše št. spisa (na sliki je to številka 1/2015).
5. V okno *Datum začetka* se vpiše datum prejetega predloga o vključitvi uporabnika v obravnavo v skupnosti.
6. EMŠO osebe se navede v okno, kjer piše EMŠO. Če je EMŠO neznan, se odpre *Imenik* in poišče osebo po imenu, priimku, naslovu in rojstnem datumu. Velikokrat je treba osebo prenesti iz CRP.
7. Ko se osebo najde v imeniku, se odpre še eno okno, kjer se izbere krajevno pristojni CSD osebe.
8. Po vpisu vseh podatkov se klikne na okno *Naredi nalogo*.





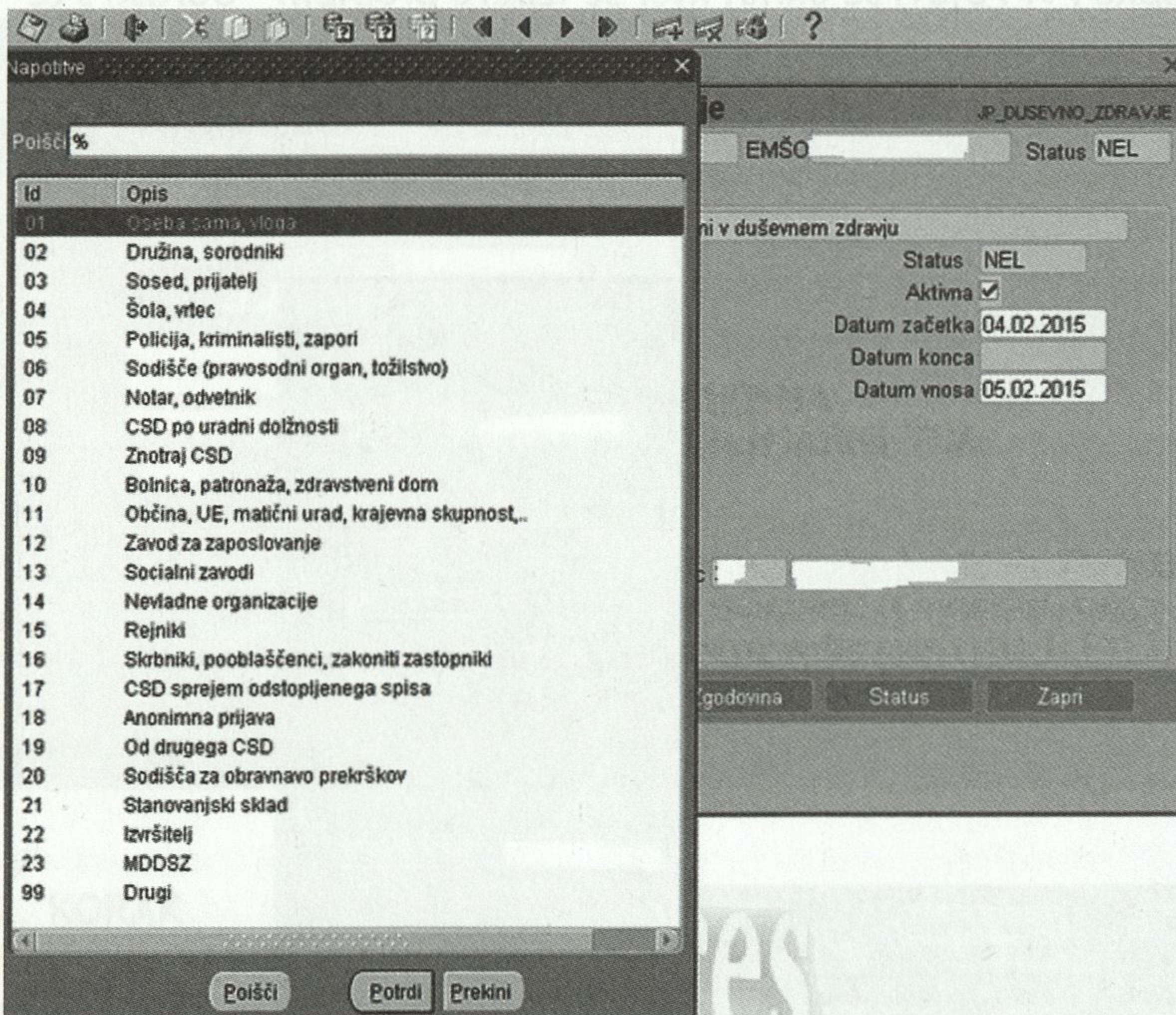
- a. Prvi podatek, ki ga je treba vpisati, je *Problem*, zato se na tipkovnici pritisne tipko F9. Pojavi se okno, kjer se izbere problem - Odrasli s težavami. Avtomatično se pojavi novo okno, kjer se izbere podrobnejša navedba problema - Težave v duševnem zdravju.

Slika 3



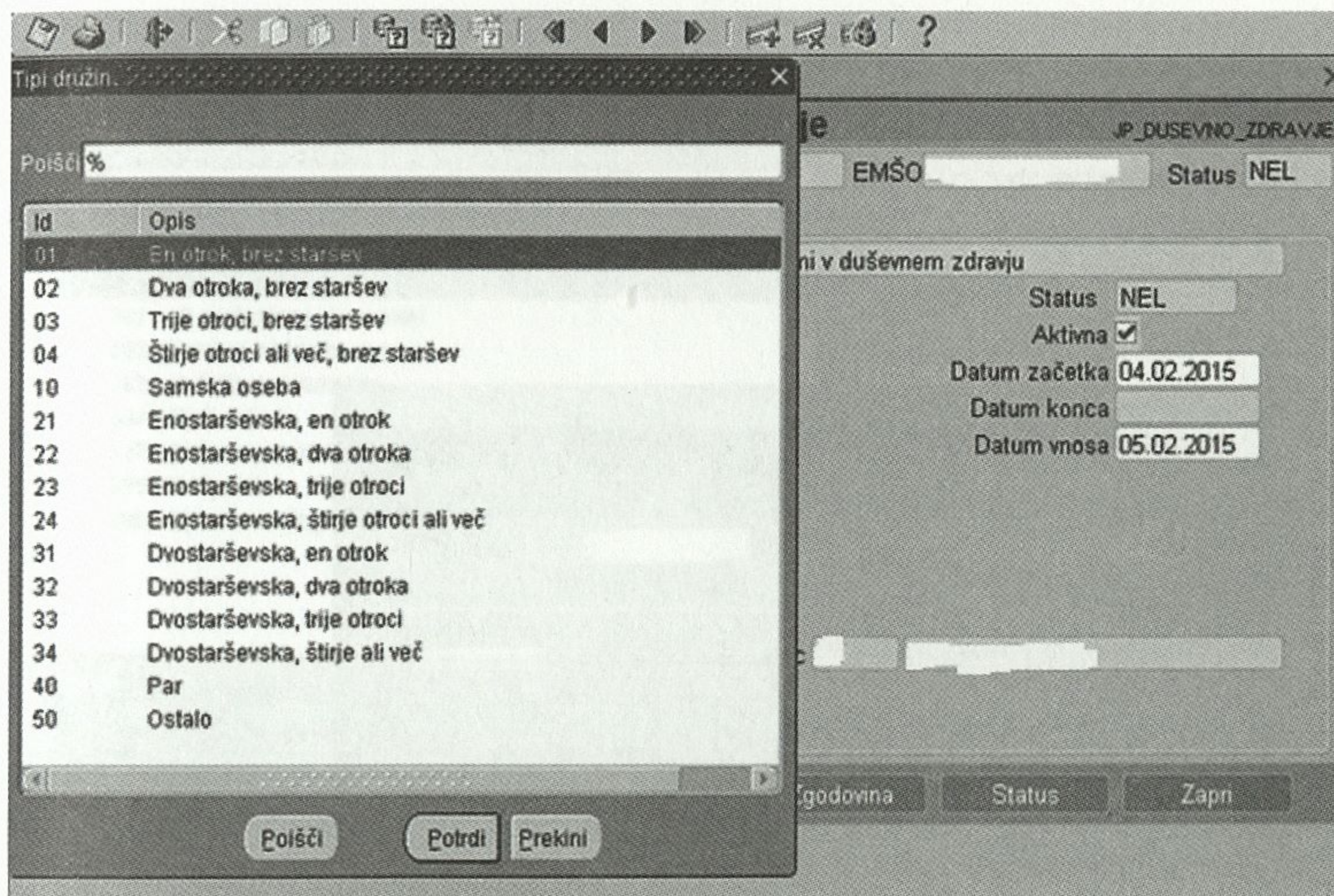
- b. Drugi podatek, ki se vpiše, je *Napoten*, zato se na tipkovnici pritisne tipko F9. Pojavi se okno z izbiro možnosti, kjer se izbere predlagatelj za vključitev v obravnavo v skupnosti.

Slika 4



- c. Tretji podatek za vnos je *Tip družine*, zato se na tipkovnici pritisne tipko F9. Pojavi se okno, kjer se izbere možnost statusa osebe.

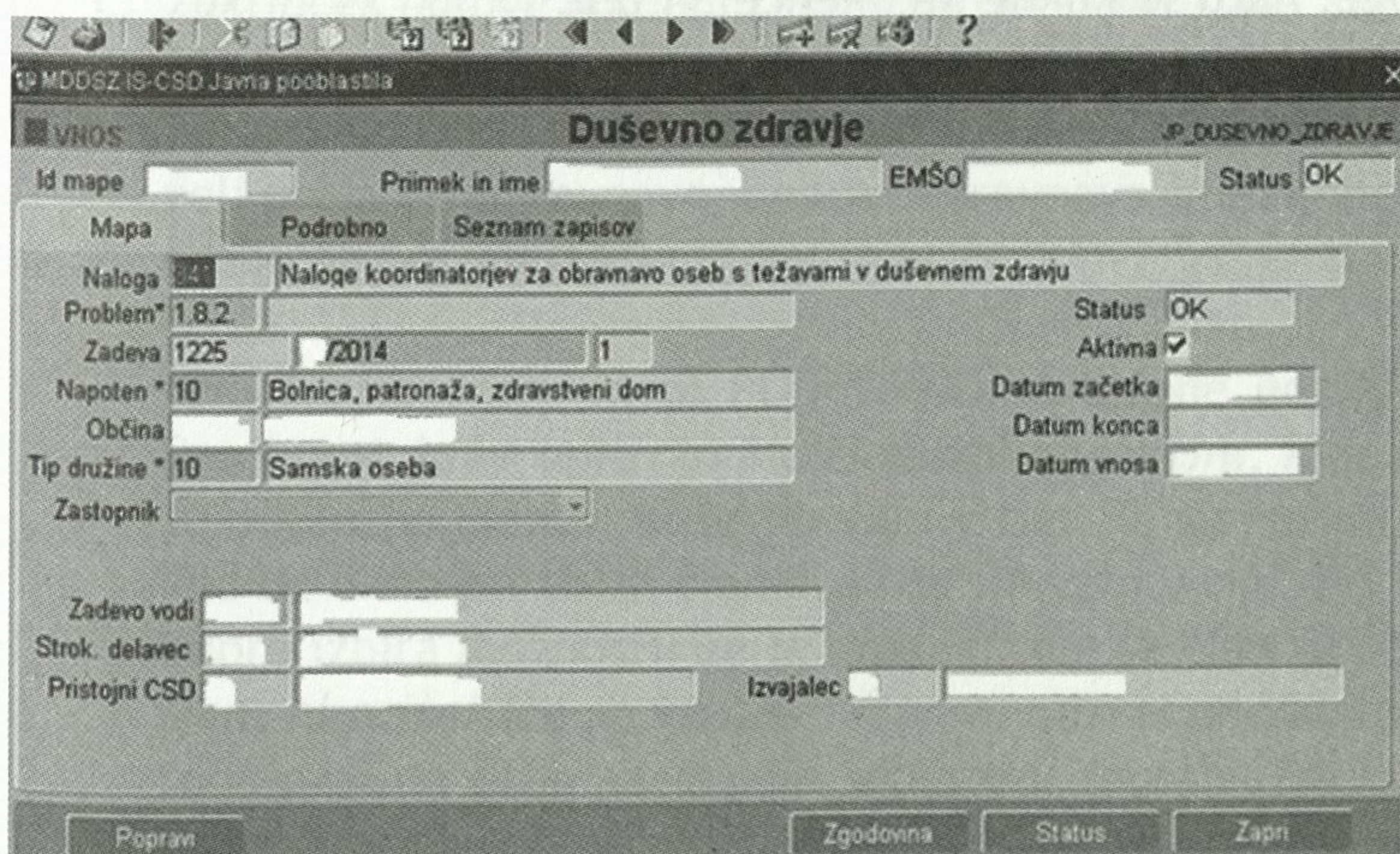
Slika 5



d. Na enak način se izbere zastopnika, če ga oseba ima.

Vse vnesene podatke se shrani s klikom na okno *Shrani* (na oknu je narisana disketa rumene barve - levo v kotu zgoraj).

Slika 6



### 3. KORAK:

V zavihku **PODROBNO** se zapisuje posamezna opravila, ki jih je koordinator opravil skupaj z uporabnikom. Koordinator vpisuje te podatke v BSP vsakič, ko izvede opravilo za posamezno osebo.

Slika 7

The screenshot shows a software interface for 'Duševno zdravje' (Mental Health). At the top, there are fields for 'Id mape', 'Priimek in ime', 'EMŠO', and 'Status OK'. Below these are tabs for 'Mapa', 'Podrobno', and 'Seznam zapisov'. The main area contains a table with columns for 'EMŠO', 'Priimek in ime', 'Sor. razmerje\*', and 'Dat. vnosa'. Below this table are buttons for 'Imenik', 'Nov član', and 'Brisanje člana'. A larger table below shows a list of tasks with columns for 'Dat. izvedbe', 'Pomembno opravilo', 'Usmerjen v / Odločitev', 'Dat. vnosa', and 'Upo.'. At the bottom, there are buttons for 'Novo opr.', 'Uredi opr.', 'Brisanje opr.', 'Popravi', 'Zgodovina', 'Status', and 'Zaprj'.

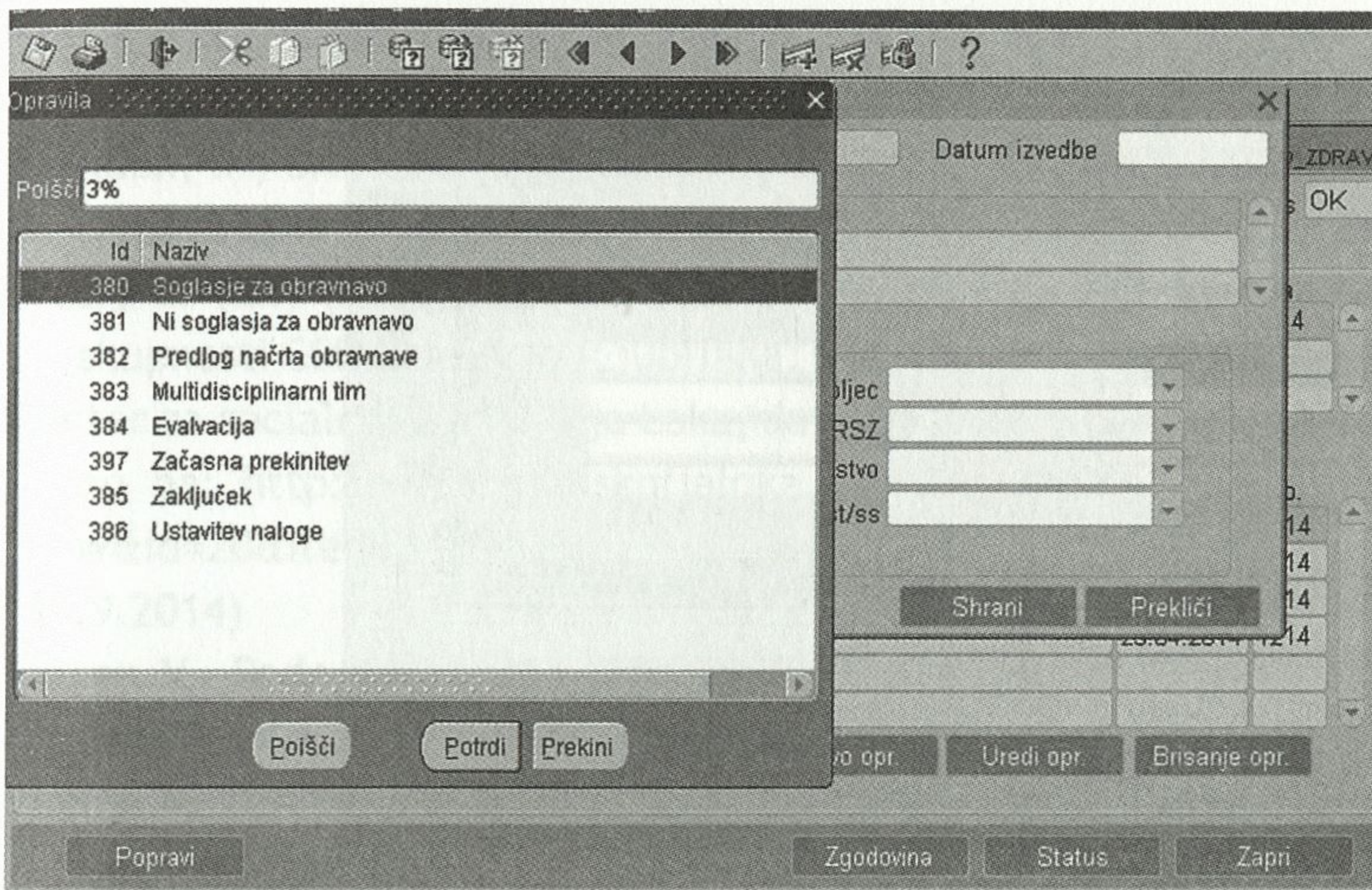
EMŠO	Priimek in ime	Sor. razmerje*	Dat. vnosa
		10 Oseba	

Dat. izvedbe	Pomembno opravilo	Usmerjen v / Odločitev	Dat. vnosa	Upo.
12.01.2015	384 Evalvacija		12.01.2015	1214
27.06.2014	383 Multidisciplinarni tim		27.06.2014	1214
18.06.2014	382 Predlog načrta obravnave		27.06.2014	1214
23.04.2014	380 Soglasje za obravnavo		25.04.2014	1214

Nato se na tipkovnici pritisne tipko F9, kjer se izpiše izbor nalog. Izbere se opravljeno nalogo in se jo potrdi. V okencu *Datum izvedbe* se zapiše datum opravljene naloge, nato se klikne na okence *Shrani*.

Slika 8



#### OPOMBE:

- Ni soglasja za obravnavo* se uporabi, kadar uporabnik ne privoli v vključitev v obravnavo v skupnosti. S tem datumom se naloga zaključí.
  - Začasna prekinitev* je naloga v primeru ponovne hospitalizacije uporabnika.
  - Zaključek naloge* pomeni zaključek obravnave, ker ta ni več potrebna.
  - Ustavitev naloge* uporabimo, kadar se naloga zaključí pred končano obravnavo (npr. oseba ne sodeluje, oseba je podala pisno izjavo, da želi prekiniti obravnavo, čeprav obravnavo še ni končana in bi bila za osebo še potrebna).
4. Izvedba koraka v mapí **PODROBNO** se izvede enako za vse naloge. Posebnost je le opravilo *Multidisciplinarni tim*, kjer se mora navesti še udeležbo članov, ki se jih vabi v tim. To se naredi tako, da se klikne na okno pri tistih članih, ki se jih vabi v tim. Pri tem se ponovno odpre izbira možnosti: *se je udeležil* (če je član prišel na sejo); *vabljen, ni prišel* (če se vabljeni član ni odzval na vabilo - ni prišel in ni sodeloval na drug način); *je sodeloval* (posamezni član je sodeloval na drug primeren način - po telefonu, po elektronski pošti ali s pisnim dopisom). Označi se pravilno možnost za vsakega povabljenega člana in nazadnje pritisne na okno *Shrani*.

Slika 9

Opravila

Opravilo \*  Datum izvedbe

Usmerjen v / na \*

Udeležba

Psihiater  Prostovoljec

Strokovni delavec  ZRSZ

Predstavnik NVO  Zdravstvo

Najbližja oseba  Lokalna skupnost/ss

SE JE UDELEŽIL  
VABLJEN, NI PRIŠEL  
JE SODELOVAL

Shrani Prekliči

Novo opr. Uredi opr. Brisanje opr.

Popravi Zgodovina Status Zapri

#### 4. KORAK

V BSP je tudi okno SEZNAM ZAPISOV, kamor se vnaša zapise razgovorov, zapisnik MDT ali uradni zaznamek. Vnašanje zapisov v to mapo ni nujno potrebno.

#### LETNA POROČILA

Za iskanje podatkov za vsakoletno statistiko za potrebe pisanja letnega poročila so na voljo naslednje možne statistike, ki jih ponuja sistem BSP:

1. Poročila: Poročilo po nalogah in Poročilo po opravilih
2. Statistike: 6. alineja - Duševno zdravje

## LITERATURA

- Brandon, D., Brandon, A. (1994), *Jin in Jang načrtovanja psihosocialne skrbi*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Brdar, R. (ur.) (2002), Kaljenje, *Socialnovarstvena storitev osebna pomoč*. Bilten skupnosti CSD Slovenije. Ljubljana: Skupnost centrov za socialno delo Slovenije. Center za socialno delo Škofja Loka, Javna pooblastila in naloge po zakonu. Dostopno na: [http://www.csd-skofjaloka.si/index.php?option=com\\_content&task=view&id=20&Itemid=35](http://www.csd-skofjaloka.si/index.php?option=com_content&task=view&id=20&Itemid=35) (11.9.2014)
- Flaker, V., Rode, N. (1995), *Potrebe ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami* (publikacija za interno uporabo). Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Flaker, V. (1998), *Odpiranje norosti: Vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: \*cf., Oranžna zbirka.
- Flaker, V., Cuder, M., Nagode, M., Podbevšek, K., Podgornik, N., Rode, N., Škerjanc, J., Zidar, R. (2007), *Vzpostavljanje osebnih paketov storitev: Poročilo o pilotskem projektu Individualiziranje financiranja storitev socialnega varstva*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J., Urek, M. (2008), *Dolgotrajna oskrba: Očrt potreb in odgovorov nanje*. V Ljubljani: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V., Nagode, M., Rafaelič, A., Udovič, N. (2011a), *Nastajanje dolgotrajne oskrbe: Ljudje in procesi - eksperiment in sistem*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V., Mali, J., Rafaelič, A., Udovič, N. (2011b), *Individualno načrtovanje in izvajanje storitev: Kako koordinirati obravnavo v skupnosti*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Goffman, E. (1961), *Asylums*. New York: Doubleday & Co.
- Haralambos, M., Holborn, M. (2005), *Sociologija: Teme in pogledi*. Ljubljana: DZS.
- Inštitut za varovanje zdravja (2010), *Duševno zdravje v Sloveniji*. Dostopno na: [http://www.ivz.si/dusevno\\_zdravje?pi=5&\\_5\\_Filename=15.pdf&\\_5\\_MediaId=15&\\_5\\_AutoResize=false&pl=11-5.3](http://www.ivz.si/dusevno_zdravje?pi=5&_5_Filename=15.pdf&_5_MediaId=15&_5_AutoResize=false&pl=11-5.3) (1.9.2014).
- Jerič, A. (2011), *Razvoj programa skupnostne psihiatrične obravnave po ACT modelu v Psihiatrični kliniki Ljubljana*. V: Bregar, B. (ur.), Peterka Novak, J. (ur.), *Skupnostna psihiatrična obravnava: Zbornik predavanj z recenzijo*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji (7-10).

- Kolektivna pogodba za dejavnost zdravstva in socialnega varstva Slovenije (1994). *Ur. l. RS*, št. 15/1994, (in spremembe *Ur. l. RS*, št. 18/1994-ZRPJZ, 57/1995, 19/1996, 56/1998, 76/1998, 39/1999-ZMPUPR, 102/2000, 62/2001, 60/2008, 75/2008, 107/2011, 40/2012, 46/2013).
- Kos, K. (2012), *Potrebe na področju duševnega zdravja in načrtovanje odgovorov nanje v lokalni skupnosti Zagorje ob Savi*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani: Fakulteta za socialno delo (specialistično delo).
- Lamovec, T. (2004), Pogled uporabnikov na psihosocialne službe. V: Švab, V. (ur), *Psihosocialna rehabilitacija*. Ljubljana: ŠENT (128-135).
- Marušič, A., Temnik, S. (2009), *Javno duševno zdravje*. Celje: Celjska Mohorjeva družba, Društvo Mohorjeva družba.
- Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2010), *Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo*. Dostopno na: [http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti\\_\\_pdf/17022010\\_ZDOZ-DO.pdf](http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/17022010_ZDOZ-DO.pdf) (11.9.2014).
- Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (2014), *Izvajalci na področju socialnega varstva*. Dostopno na: [http://www.mddsz.gov.si/si/delovna\\_podrocja/sociala/izvajalci\\_na\\_podrocju\\_socialnega\\_varstva/centri\\_za\\_socialno\\_delo/](http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/izvajalci_na_podrocju_socialnega_varstva/centri_za_socialno_delo/) (17.9.2015).
- Oakley, A. (1974), *Sociology of Housework*. New York: Pantheon Books.
- Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti (2009). *Ur. l. RS*, št. 49/2009.
- Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010). *Ur. l. RS*, št. 45/2010, (in spremembe *Ur. l. RS*, št. 104/2011, 111/13).
- Rajkumar, S., Thara, R. (1989), *Factors affecting relapse in schizophrenia*. Schizophrenia Res. India: Madras Medical College.
- Skupnost centrov za socialno delo Slovenije (2011), *Katalog javnih pooblastil, nalog po zakonu in storitev, ki jih izvajajo centri za socialno delo*. Dostopno na: [http://www.scsd.si/novost-v-katalogu-javnih-pooblastil/items/Objavljen\\_nov\\_katalog\\_1.5.8.html](http://www.scsd.si/novost-v-katalogu-javnih-pooblastil/items/Objavljen_nov_katalog_1.5.8.html) (12.9.2014).
- Skupnost Centrov za socialno delo (2014), *Klasifikacijski načrt*. Dostopno na: <http://www.scsd.si/klasifikacijski-nacrt.html> (17.9.2015).
- Škerjanc, J. (2005), *Kakovost življenja, participacija in vpliv*. V: Dragoš, S., Leskošek, V., Petrovič Erlah, P., Škerjanc, J., Urh, Š., Žnidarec Demšar, S., *Krepitev moči*, (Zbirka Katalog socialnega dela). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani (48-58).



- Udovič, N. (2011), Koordinacija obravnave v skupnosti oseb s težavami v duševnem zdravju. V: Bregar, B. (ur.), Peterka Novak, J. (ur.), *Skupnostna psihiatrična obravnava: Zbornik predavanj z recenzijo*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji (11-16).
- Udovič, N. (2013), Skupnostna podpora za ljudi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami: primerjava modelov neposrednega financiranja in obravnave v skupnosti. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo (magistrsko delo).
- Uredba o upravnem poslovanju (Uradni list RS št. 20/05, 106/05, 30/06, 86/06, 32/07, 63/07, 115/07, 31/08, 35/09, 58/10, 101/10 in 81/13)
- Pravilnik o določanju rokov hranjenja dokumentarnega gradiva v javni upravi (Uradni list RS, št. 52/09)
- Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb (1983). *Ur. l. RS, št. 41/1983, (in spremembe Ur. l. RS, št. 114/06 - ZUTPG, 122/07 - odl. US, 61/10 - ZSVarPre in 40/11 - ZSVarPre-A)*.
- Zakon o duševnem zdravju (2008). *Ur. l. RS, št. 77/2008*.
- Zakon o nepravdnem postopku (1986). *Ur. l. RS, št. 30/1986, (in spremembe Ur. l. RS, št. 20/1988-popr.)*.
- Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (1999). *Ur. l. RS, št. 96/2012-ZPIZ-2, (in spremembe Ur. l. RS, št. 39/2013, 99/2013)*.
- Zakon o socialnem varstvu (1992). *Ur. l. RS, št. 3/2007-UPB 2, (in popravki Ur. l. RS, št. 23/2007, 41/2007)*.
- Zakon o socialno varstvenih prejemkih (2010). *Ur. l. RS, št. 61/2010, (in spremembe Ur. l. RS, št. 40/2011, 14/2013, 99/2013)*.
- Zakon o urejanju trga dela (2010). *Ur. l. RS, št. 80/2010, (in spremembe Ur. l. RS, št. 40/2012-ZUJF, 21/2013, 100/2013, 32/2014-ZPDZC-1)*.
- Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (2010). *Ur. l. RS, št. 62/2010, (in spremembe Ur. l. RS, št. 40/2011, 40/2012)*.
- Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih (1976). *Ur. l. RS, št. 69/2004-UPB, (in spremembe Ur. l. RS, št. 101/2007-odl.US, 90/2011-odl.US, 84/2012-odl.US)*.
- Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov (2004). *Ur. l. RS, št. 16/2007 UPB2 (in spremembe Ur. l. RS, št. 87/2011, 96/2012-ZPIZ-2)*.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (1992). *Ur. l. RS, št. 72/2006-UPB (in spremembe Ur. l. RS, št. 114/2006-ZUTPG, 91/2007, 76/2008, 62/2010-ZUPJS, 87/2011, 40/2012-ZUJF, 21/2013-ZUTD-A, 91/2013, 99/2013-ZUPJS-C, 99/2013-ZSVarPre-C, 111/2013-ZMEPIZ-1)*.
- Zaviršek, D., Zorn, J., Videmšek, P. (2002), *Inovativne metode v socialnem delu: Opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje*. Ljubljana: Študentska založba.

## DODATEK

### VZORCI OBRAZCEV ZA POMOČ PRI DELU

#### PRILOGE:

1. Evidenčni list
2. Privolitev v obravnavo v skupnosti
3. Predlog o imenovanju članov multidisciplinarnega tima
4. Sklep o imenovanju članov MDT
5. Vabilo na MDT
6. Načrt obravnave v skupnosti
7. Zapisnik MDT
8. Sprejem načrta obravnave v skupnosti
9. Evalvacija načrta obravnave v skupnosti
10. Sklep o prenehanju obravnave v skupnosti
11. Predlog za sprejem na zdravljenje brez privolitve, na podlagi sklepa sodišča
12. Predlog za bivanje v varovanem oddelku socialno varstvenega zavoda
13. Predlog za zdravljenje v nadzorovani obravnavi na podlagi sklepa sodišča

**PRILOGA 1: Evidenčni list**

<b>KRAJEVNO PRISTOJNI CSD:</b>
<b>STROKOVNI/A DELAVEC/KA CSD:</b>
<b>IME IN PRIIMEK UPORABNIKA:</b>
<b>TELEFON:</b>
<b>EMŠO:</b>
<b>NASLOV:</b>
Začasni naslov:
<b>ZAUPNA OSEBA:</b>
<b>SKRBNIK ali ZAKONITI ZASTOPNIK:</b>
<b>DRUGI POMEMBNI KONTAKTI:</b>
<b>POSEBNOSTI:</b>

**PRILOGA 2: Privolitev v obravnavo v skupnosti**

GLAVA CSD

**PRIVOLITEV V OBRAVNAVO V SKUPNOSTI**

PODATKI O OSEBI:

Ime in priimek:

Najbližja oseba ali zakoniti zastopnik:

Naslov bivališča:

Pošta:

Telefon:

Podpisani(a) izjavljam, da mi je koordinator/ka obravnave v skupnosti pojasnil/a možnosti vključitve v obravnavo v skupnosti in v obravnavo: PRIVOLIM / NE PRIVOLIM

Dosedanje sodelovanje z nevladnimi organizacijami (ime izvajalca in oblika sodelovanja):

Podpisani(a) izjavljam, da dovolim posredovanje osebnih podatkov in informacij o zdravstvenem stanju za potrebe obravnave.

Seznanjen(a) sem tudi s pravico, da lahko svojo privolitev tudi kadarkoli prekličem.

Kraj in datum:

\_\_\_\_\_

Koordinator/ka obravnave v skupnosti:

Podpis osebe ali zakonitega  
zastopnika:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### PRILOGA 3: Predlog o imenovanju članov multidisciplinarnega tima

GLAVA CSD

Številka: 1225-

Datum:

Koordinator/ka obravnave v skupnosti na Centru za socialno delo \_\_\_ na podlagi 92. člena Zakona o duševnem zdravju (Ur. l. RS, št.: 77/2008), prvega odstavka 7. člena in prvega odstavka 8. člena Pravilnika o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti (Ur. list RS št. 49/2009) v zadevi \_\_\_\_\_podajam

#### P R E D L O G O IMENOVANJU ČLANOV MULTIDISCIPLINARNEGA TIMA

Za obravnavo v skupnosti za \_\_\_\_\_, roj. \_\_\_\_\_, stan. \_\_\_\_\_, se imenujejo člani multidisciplinarnega tima v sestavi:

Stalni člani:

- 1.
- 2.
- 3.

Nestalni člani:

- 4.
- 5.
- 6.

Multidisciplinarni tim organizira in vodi koordinator/ka obravnave v skupnosti. Naloga multidisciplinarnega tima je, da obravnava predlog načrta obravnave v skupnosti in predlaga morebitne dodatne oblike pomoči in podpore za uresničevanje njenih ciljev.

Člani tima so se dolžni udeleževati sej na podlagi vabila, ki ga pošlje koordinator/ka. Vabilo na sejo se pošlje tudi osebi in/ali njenemu zakonitemu zastopniku. Tim se sestaja na sejah, kjer obravnava predlog načrta. Glede na okoliščine primera lahko člani tima komunicirajo tudi na drug primeren način (prek telefona, elektronske pošte, ipd.).

Na sejah tima je javnost izključena.

Koordinator/ka obravnave v skupnosti:

**PRILOGA 4: Sklep o imenovanju članov MDT**

GLAVA CSD

Št: 1225-  
Datum:

Center za socialno delo na podlagi 92. člena Zakona o duševnem zdravju (Ur. l. RS, št.:77/2008), prvega odstavka 7. člena in prvega odstavka 8. člena Pravilnika o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti (Ur. list RS št. 49/2009) v zadevi .....na predlog koordinatorke/ja obravnave v skupnosti, izdaja

## S K L E P

### O IMENOVANJU ČLANOV MULTIDISCIPLINARNEGA TIMA

Za obravnavo v skupnosti za \_\_\_\_\_, roj. \_\_\_\_\_, stan. \_\_\_\_\_, se imenujejo člani multidisciplinarnega tima v sestavi:

Stalni člani:

- 1.
- 2.
- 3.

Nestalni člani:

- 4.
- 5.
- 6.

Multidisciplinarni tim organizira in vodi koordinator/ka obravnave v skupnosti. Naloga multidisciplinarnega tima je, da obravnava predlog načrta obravnave v skupnosti in predlaga morebitne dodatne oblike pomoči in podpore za uresničevanje njenih ciljev.

**Obrazložitev:**

V skladu z 92. čl. Zakona o duševnem zdravju (Ur. l. RS, št.:77/2008) se za osebo, ki naj bi se obravnavala v skupnosti, izdelata načrt obravnave v skupnosti, ki ga na predlog koordinatorja obravnave v skupnosti sprejme center za socialno delo. Na podlagi prvega odst. 7. člena Pravilnika o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti (Ur. l. RS št. 49/2009) koordinator predlaga člane multidisciplinarnega tima. Tim sestavljajo stalni in nestalni člani tima. Člane multidisciplinarnega tima imenuje CSD.

Na predlog koordinatorja obravnave v skupnosti so zgoraj navedene osebe predlagane za člane multidisciplinarnega tima.

Člani tima so se dolžni udeleževati sej na podlagi vabila, ki ga pošlje koordinator. Vabilo na sejo se pošlje tudi osebi in/ali njenemu zakonitemu zastopniku. Tim se sestaja na sejah, na katerih obravnava predlog načrta. Glede na okoliščine primera lahko člani tima komunicirajo tudi na drug primeren način (prek telefona, elektronske pošte, ipd.).

Na sejah tima je javnost izključena.

**Pouk o pravnem sredstvu:** Zoper ta sklep ni pritožbe.

Direktor/ica:

Vročiti: \_\_\_\_\_  
- imenovanim

**PRILOGA 5: Vabilo na MDT**

GLAVA CSD

Številka:1225-

Datum:

**VABILO NA  
MULTIDISCIPLINARNI TIM**

Na podlagi 92. člena Zakona o duševnem zdravju (Ur. l. RS, št.:77/2008) in 8. člena Pravilnika o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti (Ur. l. RS, št.:49/2009) vas vabimo, da se udeležite multidisciplinarnega tima, ki bo potekal

V \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ ob \_\_\_\_\_ uri v prostorih \_\_\_\_\_

kjer bomo za osebo g./ga. \_\_\_\_\_ obravnavali predlog načrta obravnave v skupnosti.

Člani tima so se dolžni udeleževati sej na podlagi vabila, ki ga pošlje koordinator. Vabilo na sejo se pošlje tudi osebi in/ali njenemu zakonitemu zastopniku. Tim se sestaja na sejah, kjer obravnava predlog načrta. Glede na okoliščine primera lahko člani tima komunicirajo tudi na drug primeren način (prek telefona, elektronske pošte, ipd.).

Na sejah tima je javnost izključena.

Vabljeni:

- 1.
- 2.
- 3.

Koordinator/ica obravnave v skupnosti:

Direktor/ica:



## PRILOGA 6: Načrt obravnave v skupnosti

GLAVA CSD

Številka: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### PREDLOG NAČRTA OBRAVNAVE V SKUPNOSTI

Uporabnik je v sodelovanju s koordinatorjem v skupnosti dne ..... pripravil predlog obravnave v skupnosti.

Podpis KOS

Podpis uporabnika

Predlog načrta obravnave v skupnosti se potrdi in podpiše na multidisciplinarnem timu. Načrt obravnave v skupnosti nato sprejme pristojni CSD. (12. člen Pravilnika o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti). Načrt se podpiše po sprejetju načrta na MDT-ju.

IME IN PRIIMEK UPORABNIKA: .....

EMŠO: .....

STALNO PREBIVALIŠČE: .....

STATUS: .....

TELEFONSKA ŠTEVILKA: .....

OSEBNI ZDRAVNIK: .....

OSEBNI PSIHIATER: .....

## ŽIVLJENJSKA SITUACIJA IN POMEMBNI VIDIKI V ŽIVLJENJU

Uporabnik s svojimi besedami opiše svoje življenje in situacijo, v kateri se trenutno nahaja. Nekateri delijo vse od otroštva dalje, drugi opišejo splošno situacijo. Pomembno je vodenje v razgovoru in ustvarjanje varnega prostora za voden razgovor. Tako pridobimo informacije, kdo je uporabnik, kaj potrebuje in kako mu lahko pomagamo.

### ANALIZA SITUACIJE

**Vpliv:** izvedeti moramo, na katerih področjih uporabnik čuti, da ima vpliv, npr. imam vpliv nad porabo lastnega denarja, prostim časom in izbiro prijateljev, nad tem, kako se oblačim, si pripravljam kosilo, iščem službo itd. Namen tega je, da uporabnik kljub TDZ sliši in vidi, kje vse ima vpliv v svojem življenju ter je v tem svoboden, saj ti posamezniki zaradi TDZ po navadi ne čutijo vpliva nad lastnim življenjem.

**Spretnosti:** sem se prištevajo vse spretnosti, ki jih uporabnik ima, npr. znam štrikati, šivati, kuhati, sem komunikativen, družaben in samostojen, imam smisel za humor itd.

Namen tega je, da uporabnik ponovno pridobi moč, razmisli, v katerih stvareh je spreten in dober, ter spretnosti še razširi.

**Stiki:** formalni in neformalni stiki.

Namen tega je, da uporabnik prepozna lastno socialno mrežo ter jo na svojo željo s pomočjo obravnave še razširja. Pomembno je, da uporabnik prepozna, da ni sam.

**Zdravje:** sem se prišteva fizično, duševno, čustveno zdravje.

Namen tega je, da se razišče, kaj je v uporabnikovem življenju pozitivno in dobro (npr. kljub TDZ sem zelo zdrav in nimam težav ali kljub zdravstvenim težavam sem optimističen). Hkrati je potrebno raziskati, ali je zdravje uporabnika šibko ali močno (npr. imam sladkorno, čakam na operacijo, imam visok pritisk, vse to še pogloblja moje TDZ itd.). Cilj tega je, da se uporabniku uredi dostop do ustreznih zdravstvenih storitev. Uporabnika se usmerja k izboljšavam in optimizmu, pri čemer imamo v mislih sledeče: sprehodi, joga, dihalne vaje, obvladovanje čustev, zdrava prehrana, sestava jedilnika itd.

**Skrbi:** sem se prištevajo skrbi vseh zvrsti, npr. skrbi me za zdravje, skrbi me, ker sem zadolžen, skrbi me, ker je mačka stara in bolna, skrbi me za otroke in vnuke, strah me je prihodnosti itd.

Namen odkrivanja skrbi je, da uporabnik prejme ustrezno pomoč in podporo.

Uporabnika usmerjamo v prepoznavanje realnih skrbi, da se nauči z njimi spopadati in jih reševati. Cilj je, da uporabnik prejme pomoč v smeri usmerjanja, pomoč, podporo in orodja za zmanjševanje skrbi, ki uporabnika bremenijo. PO - MOČ. Uporabnik tako prejme pomoč in hkrati pridobiva večine za lastno moč.

**Veselje:** sem se prištevajo vse malenkosti, ki jih skupaj z uporabnikom raziskujemo, npr. veseli me sonce, veseli me narava, veseli me TV oddaja, veseli me soseda, veseli me mačka oziroma živali itd.

Namen tega je, da se odkrijejo svetle točke, ki jih uporabnik s pomočjo obravnave še okrepi ter s tem pridobi nov pogled, smisel in optimizem.

**CILJ \_\_\_\_\_ (navede se cilj):**

**ŽELJA:** (npr. rešitev stanovanjskega problema)

**IZVEDBENI CILJI:**

1. \_\_\_\_\_ (navede se posamezne izvedbene cilje, s katerimi se dosega izvedba cilja)

**DOGOVORI Z IZVAJALCI STORITEV, NAČIN IZVEDBE, TRAJANJE IN OBSEG STORITEV TER NAČIN PLAČEVANJA STORITEV:**

**2. UREDITEV DOSTOPA DO STORITEV ZA REŠITEV PROBLEMATIKE** (navede se ureditev dostopa za vsako problematiko posebej)

Uporabnik to področje ureja s pomočjo KOS. Trajanje in obseg storitev sta opredeljena v tabeli. Storitve je brezplačna/plačljiva. Uporabnik je bil usmerjen tudi k drugim izvajalcem:

Cilj se bo izvajal v sodelovanju med KOS - imenovanim - in ostalimi viri, ki omogočijo realizacijo.

## **OPREDELITEV IZVEDBENIH CILJEV ZA REALIZACIJO OBRAVNAVE V SKUPNOSTI**

1. **UREDITEV DOSTOPA DO STORITEV ZA REŠITEV PROBLEMATIKE** - navede se problematika, ki se jo rešuje, za vsako posamezno problematiko se pripravi tabela posebej.

DEJAVNOST	NALOGE	IZVAJALCI	POTREBNA SREDSTVA	VIR SREDSTEV	DATUM
Kaj je potrebno izvesti:	Na kakšen način poteka izvedba cilja:	Kdo so izvajalci posamezne naloge:	Predvideni stroški za izvedbo posamezne naloge:	Vir financiranja:	Začetek izvajanja:  Zaključek izvajanja:

**Finančna struktura uporabnika:**

Namen finančne strukture je, da uporabnik poda vpogled v to, koliko sredstev mu po plačilu vseh obveznosti ostane na razpolago. Podati mora dejansko finančno stanje po plačilu vseh obveznosti - koliko denarja ostane za ostale nujne življenjske potrebščine. Finančna struktura se lahko uporabi, kadar ima uporabnik finančne težave oziroma težave pri razpolaganju z denarjem.

Osebni proračun													
	Jan	Feb	March	April	May	June	July	Aug	Sept	Oct	Nov	Dec	Year
<b>Prihodki</b>													
Plača / pokojnina				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DENARNA SOCIALNA POMOČ	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VARSTVENI DODATEK													
Razno	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Prihodki skupaj</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>Odhodki</b>													
<b>Dom</b>													
Najem / hipoteka	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Elektrika	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Komunala	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ogrevanje													
Obnova / Popravila													
Oprema	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Hišno zavarovanje	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RAZNO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Dom skupaj</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

Dnevni stroški													
	Jan	Feb	March	April	May	June	July	Aug	Sept	Oct	Nov	Dec	Year
Hrana in pijača	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trgovina: vsakodnevne potrebščine	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OSTALO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dnevni stroški skupaj	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Prevoz													
Bencin / nafta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Zavarovanje	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Popravila	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Servis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Parkirnina	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Javni prevoz													
Drugo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Prevoz skupaj	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Zabava													
Kavice/cigareti/ alkohol	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Kino / koncerti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Zabava skupaj	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

<b>Zdravje</b>													
	Jan	Feb	March	April	May	June	July	Aug	Sept	Oct	Nov	Dec	Year
Zdravstveni klub	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Zavarovanje	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Recepti, ki jih plača	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Zdravila	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Doplačila	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Veterinarski stroški	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Življenjsko zavarovanje	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OSTALO:													
Lekarna													
<b>Zdravje skupaj</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>Počitnice</b>													
Prevoz	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Naselitev	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Hrana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Darila	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Izposoja avta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Drugo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Počitnice skupaj</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>Rekreacija</b>													
Najem rekreacijskega prostora	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Športna oprema	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Članarina	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Otroške igrače	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Rekreacija skupaj</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

Naročnina													
Revije	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Časopisi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Internet / televizija / telefon	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Javna televizija in radio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dobrodelnost	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Prenosni telefon	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Naročnine skupaj</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Osebno													
Obleke	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Darila	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Frizer	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Knjige		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Glasba													
Drugo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Osebno skupaj</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Finančne obveznosti													
Dolgoročno varčevanje	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pokojninsko varčevanje	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Plačila s kreditnimi karticami	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Davek na dohodek	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Drugo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Finančne obveznosti skupaj</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Drugi stroški													
Osebna higiena	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Čistila za dom	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Preživljanje druge osebe	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OSTALO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Drugi stroški skupaj</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

DOLGOVI IN NEPORAVNANE OBVEZNOSTI		
KOMU	VIŠINA	OSTALO
KREDITI		
IZVRŠBE		
SPOSOJENI DENAR		
LIMIT		
OBROČNI NAKUPI		
TUŠMOBIL		
KOMUNALA		
ELEKTRO		
RTV		
...		
Skupaj		

### STORITVE IN DRUGE OBLIKE POMOČI ZA UDEJANJANJE CILJEV:

Dostop do storitev je opredeljen v načrtu obravnave v skupnosti. Za dvig kvalitete življenja so se že izvedle sledeče aktivnosti:

#### Sestava multidisciplinarnega tima:

Stalni člani MDT (kot določa Zakon o duševnem zdravju):

KOS,  
Psihiater,  
Strokovni delavec pristojnega centra.

Ne-stalni člani (odvisno od potrebe uporabnika ter potreb za realizacijo načrta obravnave v skupnosti):

NPR.:  
NVO Šent,  
OZRK,  
Karitas,  
Zavod za zaposlovanje,  
Zavod za zdravstveno zavarovanje,  
Komunalno podjetje,  
Stanovanjsko podjetje, itd.

Predviden rok za sklic multidisciplinarnega tima:

.....



**Časovni okvir izvajanja načrta:**

- načrt se je neformalno začel izvajati dne .....,
- formalno se začne izvajati takoj po potrditvi načrta, predvidoma dne .....,
- evalvacija načrta: ....., po potrebi tudi prej.

V primeru sprememb ali krizne situacije se skliče tim, ki ga lahko na željo članov tima skliče koordinator.

**Dokumenti in načrti drugih služb in programov za podporo osebi za kakovostno življenje (npr. načrt nadzorovane obravnave in potek njihovega smiselnega vključevanja v izvajanje načrta obravnave v skupnosti):**

S privolitvijo v obravnavo v skupnosti uporabnik za potrebe obravnave dovoli posredovanje osebnih podatkov in informacij o zdravstvenem stanju.

V kolikor se bodo za podporo potrebovali dokumenti in načrti drugih služb, se bodo ti naknadno zbirali.

**Način spremljanja izvajanja storitev in pridobivanje ocene kakovosti prejetih storitev, ki jih poda uporabnik koordinatorju:**

- koordinator/ka bo redno preverjal/a status izvajanja individualnega načrta, kar pomeni, da bo v stiku z vsemi izvajalci individualnega načrta. Storitve se prilagajajo situaciji in potrebam uporabnika.
- oceno kakovosti prejetih storitev izvajalcev bo uporabnik koordinatorju/ki podal s številčnimi vrednostmi od minus ena do pet, po želji pa bo podal tudi opisno evalvacijo izvajanja načrta in zadovoljstva s storitvami.

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

**Koordinator/ka obravnave v skupnosti:**                      **Podpis osebe ali zakonitega zastopnika:**

**PRILOGA 7: Zapisnik MDT****GLAVA CSD**

Številka:

Datum:

ZAPISNIK MULTIDISCIPLINARNEGA TIMA ZA OSEBO \_\_\_\_\_ z dne \_\_\_\_\_

sestavljeno na CSD \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_, v zadevi  
obravnavana v skupnosti za \_\_\_\_\_, s stalnim bivališčem na \_\_\_\_\_.

Začetek ob \_\_\_\_\_ uri.

**Vabljeni:** stalni člani tima:

Nestalni člani tima:

Prisotni:

Prisotni so bili opozorjeni, da so podatke, posredovane na timu, dolžni varovati kot poklicno skrivnost v skladu s 4. odst. 24. čl. Zakona o varstvu osebnih podatkov (Ur. l. RS, št. 59/07-UPB1), 93. čl. Zakona o socialnem varstvu (Ur. l. RS, št. 3/07-UPB2, 23/07 popr., 41/07 popr.) ter določil Kodeksa etičnih načel v socialnem varstvu (Ur. l. RS, št. 50/14).

**1. PREDSTAVITEV SITUACIJE****2. PREDLOGI****3. SPREJETI SKLEPI**IME se strinja z zapisanim v načrtu. Ostali člani soglašajo.**Sklep:** Načrt obravnave v skupnosti za osebo \_\_\_\_\_ se potrди.

Zaključeno ob \_\_\_\_\_ uri.

Zapisnik prejmejo vsi vabljeni. Pripombe na zapisnik je treba posredovati v osmih dneh od prejema in so sestavni del tega zapisnika.

Multidisciplinarni tim vodil/a in zapisal/a:

Vodil/a: \_\_\_\_\_

Zapisal/a: \_\_\_\_\_

**PRILOGA 8: Sprejem načrta obravnave v skupnosti**

GLAVA CSD

Št:

Datum:

Center za socialno delo \_\_\_\_\_ na podlagi 92. člena Zakona o duševnem zdravju (Ur. l. RS, št.:77/2008) in prvega odst. 12. člena Pravilnika o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti ( Ur. list RS št. 49/2009) v zadevi \_\_\_\_\_ na predlog koordinator/jake obravnave v skupnosti,

**SPREJME NAČRT OBRAVNAVE V SKUPNOSTI**

Na multidisciplinarnem timu dne \_\_\_\_\_ je bil potrjen predlog načrta obravnave v skupnosti za \_\_\_\_\_ roj. \_\_\_\_\_, stan. \_\_\_\_\_. Ta načrt potrди CSD \_\_\_\_\_.

V skladu z 92. čl. Zakona o duševnem zdravju (Ur. l. RS, št.:77/2008) se za osebo, za katero poteka obravnava v skupnosti, izdela načrt obravnave v skupnosti, ki ga na predlog koordinatorja/ke obravnave v skupnosti sprejme center za socialno delo. Na podlagi prvega odst. 12. člena Pravilnika o načinu in vsebini obravnave v skupnosti, ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti ( Ur. list RS št. 49/2009) se oseba in multidisciplinarni tim dogovorita o vsebini načrta, ki ga oseba in koordinator potrdita s podpisom. Ta načrt na predlog koordinatorja/ke sprejme CSD.

Direktor/ica:

## PRILOGA 9: Evalvacija

Številka:

Datum:

EVALVACIJA NAČRTA OBRAVNAVE V SKUPNOSTI: .....

Dne .....

Koordinator/ka je dne ..... skupaj z uporabnikom/co

..... opravil/a evalvacijo.

Koordinator/ka obravnave v skupnosti:

Uporabnik/ca:

Evalvira se vsak posamezni cilj, tako da se v dokument *evalvacija* vnese tabelarni zapis ciljev in se za vsakega posebej poda ocena:

## UREDITEV DOSTOPA DO STORITEV ZA REŠITEV PROBLEMATIKE

DEJAVNOST	NALOGE	IZVAJALCI	POTREBNA SREDSTVA	VIR SREDSTEV	DATUM
Kaj je potrebno izvesti:	Na kakšen način poteka izvedba cilja:	Kdo so izvajalci posamezne naloge:	Predvideni stroški za izvedbo posamezne naloge:	Vir financiranja:	Začetek izvajanja:  Zaključek izvajanja:

- Kaj se je zgodilo - katere naloge in opravila so se izvedla za posamezni cilj.
- Kako - vloge in naloge, ki jih koordinatorji prevzamejo.
- Uporabniška ocena o realizaciji ciljev - ali se je z realizacijo cilja uporabniku dvignila kvaliteta življenja.
- Uporabnik oceni delo koordinatorja in izvajalca; uporabnik poda oceno o izvedbi, ne o izvajalcu.
- Čas, ki ga koordinatorji porabijo za posamezni cilj.
- Koordinatorjeva ocena o izvedbi načrta obravnave ocene.
- Zaključek.

**PRILOGA 10: Sklep o prenehanju obravnave v skupnosti**

GLAVA CSD

Št: 1225-

Datum:

Center za socialno delo na podlagi 14. člena Pravilnika o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti ( Ur. list RS št. 49/2009) v zadevi \_\_\_\_\_ izdaja

### S K L E P O PRENEHANJU OBRAVNAVE V SKUPNOSTI

Obravnava v skupnosti za \_\_\_\_\_, roj. \_\_\_\_\_,  
stan. \_\_\_\_\_, z dnem \_\_\_\_\_ preneha.

Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti v 5. členu določa, da se v skupnosti lahko obravnava oseba, ki pisno privoli v pripravo načrta obravnave v skupnosti, če ima oseba zakonitega zastopnika, lahko v pripravo načrta pisno privoli njen zakoniti zastopnik.

14. člen Pravilnika o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti določa, da se obravnava v skupnosti za osebo preneha, če oseba in koordinator ugotovita, da ni več potrebe po obravnavi v skupnosti, ali če oseba pisno izjavi, da ne želi več obravnave v skupnosti, ali če oseba ne sodeluje pri izvajanju načrta. O prenehanju obravnave v skupnosti CSD sprejme sklep.

G./ga. \_\_\_\_\_ je podal/a pisno privolitev v obravnavo v skupnosti dne \_\_\_\_\_. Obravnava v skupnosti se je zaključila, ker oseba in koordinator ugotavljata, da ni več potrebe po obravnavi v skupnosti, zato se mu/ji z dnem \_\_\_\_\_ preneha obravnava v skupnosti in se mu/ji izda sklep o prenehanju obravnave.

ali

G./ga. \_\_\_\_\_ je podal/a pisno privolitev v obravnavo v skupnosti dne \_\_\_\_\_. Dne \_\_\_\_\_ je podala pisno izjavo, da ne želi več obravnave v skupnosti, zato se mu/ji z dnem \_\_\_\_\_ preneha obravnava v skupnosti in se mu/ji izda sklep o prenehanju obravnave.

G./ga. \_\_\_\_\_ je podal/a pisno privolitev v obravnavo v skupnosti dne \_\_\_\_\_ . Ker g./ga. \_\_\_\_\_ ni sodeloval/a pri izvajanju načrta obravnave v skupnosti mu/ji z dnem \_\_\_\_\_ preneha obravnava v skupnosti in se mu/ji izda sklep o prenehanju obravnave.

ali

G./ga. \_\_\_\_\_ je bil/a seznanjen/a z možnostjo ponovne vključitve v obravnavo v skupnosti, ki se lahko kadarkoli začne na njegovo/njeno željo in s pisno privolitvijo.

ali

Obravnava v skupnosti se lahko na željo uporabnika kadarkoli s pisno privolitvijo ponovno začne.

Direktor/ica:

Vročiti:

- KOS
- v zadevo
- uporabnik

## PRILOGA 11: Predlog za sprejem na zdravljenje brez privolitve na podlagi sklepa sodišča

GLAVA CSD

Številka:

Datum:

**OKRAJNO SODIŠČE**

.....

**Zadeva: ..... - predlog za sprejem na zdravljenje v psihiatrično bolnico v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve na podlagi sklepa sodišča**

Spoštovani!

Center za socialno delo ..... na podlagi 39. in 40. člena Zakona o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 77/2008) vlaga predlog za sprejem na zdravljenje v psihiatrično bolnico v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve na podlagi sklepa sodišča za osebo ....., roj....., stanujočo .....

Opis dejanskega stanja osebe in opažanja CSD:

*Prilagamo dokumentacijo.*

*Lepo pozdravljeni.*

Strokovni/a delavec/ka:

Direktor/ica:



## PRILOGA 12: Predlog za bivanje v varovanem oddelku socialno varstvenega zavoda

PRILOGA 1: Seznam regij in CSD-jev z zaposlenimi koordinatorji obravnavane kategorije

GLAVA CSD	
Številka:	
Datum:	<b>OKRAJNO SODIŠČE</b> .....
<b>ZADEVA:.....- predlog za bivanje v varovanem oddelku socialno varstvenega zavoda</b>	
CSD ..... vlaga predlog na pristojno sodišče za sprejem ....., roj. ...., stan. .... v varovani oddelek socialno varstvenega zavoda brez privolitve na podlagi 75. člena Zakona o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 77/2008).	
Opis dejanskega stanja osebe in opažanja CSD:	
.....	
.....	
Lepo pozdravljeni.	
Strokovni/a delavec/ka:	Direktor/ica:
KORUŠKA REGIJA	CSD Slovenj Gradec Gata ul. 1 230 Slovenj Gradec
LJUBLJANSKA REGIJA	CSD Ljubljana Nova-Polje Zalaska 63 1000 Ljubljana
ORJUNSKA REGIJA	CSD Kočevje Ljubljanska cesta 5 1300 Kočevje
	CSD Zagorje ob Savi Cesta Zrnce 7 1410 Zagorje ob Savi
	CSD Kranj Dorjanska cesta 8 1241 Kranj

## PRILOGA 13 : Predlog za zdravljenje v nadzorovani obravnavi na podlagi sklepa sodišča

Zadeva: .....- predlog za zdravljenje v nadzorovani obravnavi na podlagi sklepa sodišča

Spoštovani!

..... na podlagi 40. člena Zakona o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 77/2008) vlaga predlog za zdravljenje v nadzorovani obravnavi za ..... roj.:....., stan. ....

Opis dejanskega stanja osebe in opažanja CSD:

.....

.....

.....

Menimo, da imenovani/a resno ogroža svoje življenje in okolico, prav tako tudi zdravje in življenje drugih. ....

.....

.....

Navedeno je posledica: opredeliti konkretna dejstva, s katerimi se obrazloži ogrožanje. ....

.....

.....

Zahvaljujemo se vam za sodelovanje.

Lepo pozdravljeni.

Strokovni/a delavec/ka:

Direktor/ica:

Priloge:

- dokumentacija.

## SEZNAMI

### PRILOGA 1: Seznam regij in CSD-ji z zaposlenimi koordinatorji obravnave v skupnosti

Regija	CSD s sedežem koordinatorja	Telefonske številke koordinatorjev
CELJSKA REGIJA	CSD Celje Opekarniška 15 b 3000 Celje	03 425 63 03, 031 707 566
	CSD Velenje	03 898 45 10, 041 726 938
DOLENJSKA REGIJA	CSD Novo Mesto Resslova ulica 7b 8000 Novo Mesto	07 393 26 62, 031 367 733
	CSD Krško Cesta Krških žrtev 11 8270 Krško	07 620 24 54, 041 795 885
GORENJSKA REGIJA	CSD Jesenice Cesta Železarjev 4 a 4270 Jesenice	04 583 46 24, 051 351 301
	CSD Kranj Koroška cesta 19 4000 Kranj	04 256 87 43, 041 386 993
KOROŠKA REGIJA	CSD Slovenj Gradec Ozka uliva 1 230 Slovenj Gradec	02 885 01 20, 031 308 561
LJUBLJANSKA REGIJA	CSD Ljubljana Moste-Polje Zaloška 69 1000 Ljubljana	01 520 64 52, 040 856 484 01 520 64 54, 040 791 242 01 520 64 51, 040 747 280 01 520 64 50, 040 787 453
OBLJUBLJANSKA REGIJA	CSD Kočevje Ljubljanska cesta 9 1330 Kočevje	05 969 44 13, 040 568 245
	CSD Zagorje ob Savi Cesta Zmage 7 1410 Zagorje ob Savi	03 566 02 44, 051 435 724
	CSD Kamnik Usnjarska cesta 8 1241 Kamnik	01 830 32 72, 041 856 555

Regija	CSD s sedežem koordinatorja	Telefonske številke koordinatorjev
<b>POMURSKA REGIJA</b>	<b>CSD Murska Sobota</b> Slovenska ulica 44 9000 Murska Sobota	02 535 11 73, 041 624 593 02 535 11 73, 031 727 430
<b>PRIMORSKA REGIJA</b>	<b>CSD Koper</b> Cankarjeva ulica 6 6000 Koper	05 663 45 62, 041 668 952
	<b>CSD Nova Gorica</b> Delpinova ulica 18 b 5000 Nova Gorica	05 335 33 19, 031 682 908 05 330 29 07, 041 665 013
	<b>CSD Idrija</b> Vojkova ulica 2a 5280 Idrija	05 373 46 13, 031 717 413 05 373 46 09, 041 388 176
<b>ŠTAJERSKA REGIJA</b>	<b>CSD Maribor</b> Zagrebška 72 2000 Maribor	02 250 66 84, 041 642 726 02/250 66 85, 041 642 741
	<b>CSD Ptuj</b> Trstenjakova 5 a 2250 Ptuj	02 787 56 19, 031 658 856







