



REPUBLIKA SLOVENIJA
DRŽAVNI SVET

Komisija za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide

10

Številka: 0650-00/07-P
Ljubljana, 4. 12. 2014

Komisija za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide je, na podlagi 20. in 29. člena Poslovnika Državnega sveta (Uradni list RS, št. 70/08, 73/09, 101/10 in 6/14) oblikovala naslednje

P o r o č i l o

k Obravnavi zaključkov posveta Socialna varnost uporabnikov s težavami v duševnem zdravju

Komisija Državnega sveta za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide je na 27. seji 4. 12. 2014 obravnavala zaključke posveta z naslovom Socialna varnost uporabnikov s težavami v duševnem zdravju z naslednjim besedilom:

»Državni svet Republike Slovenije je 10. oktobra 2014, na pobudo državne svetnice mag. Darije Kuzmanič Korva, organiziral posvet z naslovom Socialna varnost uporabnikov s težavami v duševnem zdravju.

Posvet je predstavljal nadaljevanje in nadgradnjo posveta z naslovom Skrb za duševno zdravje – zagotavljanje stabilnosti sistema kot podlage za razvoj, ki ga je Državni svet organiziral 8. oktobra 2013.

Državni svet je s posvetom želel obeležiti svetovni dan duševnega zdravja 10. oktober in hkrati opozoriti na prepreke in izzive, s katerimi se soočajo osebe s težavami v duševnem zdravju v vsakdanjem življenju, ko skušajo uveljavljati svoje pravice do socialne varnosti, do dela, samostojnega in dostojnega življenja itd. Uvodni govorniki na posvetu, razpravljavci in ostali udeleženci posveta so iskali odgovore na vprašanje, kako zagotoviti spoštovanje pravic in ustrezne izhode sistema skrbi za osebe s težavami v duševnem zdravju, da lahko svoje živijo čim bolj polno.

Posvet je povezovala državna svetnica mag. Darija Kuzmanič Korva, udeležence posveta pa sta ob začetku nagovorila predsednik Državnega sveta Mitja Bervar in državna

sekretarka na Ministrstvu za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti Martina Vuk.

V uvodnem delu posveta so se različnih vidikov skrbi za osebe s težavami v duševnem zdravju v svojih predstavitvah dotaknili namestnik varuhinje človekovih pravic Tone Dolčič, koordinatorki obravnave v skupnosti Kristina Kos iz CSD Zagorje ob Savi in mag. Nataša Udovič iz CSD Ljubljana Moste Polje, Sonja Kotnik z Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje in direktorica ŠENTPRIMA - Zavod za svetovanje, usposabljanje in rehabilitacijo invalidov mag. Jana Ponikvar.

V razpravi so mnenja podale Ana Ivanišević Valetič iz ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje, Nadja Čobal z Ministrstva za zdravje in Katja Čelič iz CSD Novo mesto.

Na podlagi predstavitev in razprave na posvetu so bili oblikovani naslednji s k l e p i :

I. SPLOŠNE UGOTOVITVE

1. Osebe s težavami v duševnem zdravju spadajo med najbolj izključene ranljive skupine prebivalstva, ne samo kar zadeva področja dela in zaposlovanja, ampak tudi z ekonomskega, socialnega in kulturnega vidika. Imajo slabši družbeni status, zaradi česar so bolj ranljive in negotove.
1. Stigmatizacija in posledična izključenost iz družbe sta še vedno izrazito prisotni, zato bi bilo treba okrepiti informiranje in ozaveščanje posameznikov in družbe ter osebam s težavami v duševnem zdravju zagotoviti pogoje za enakovredno vključevanje v družbo (pozitivna diskriminacija).
2. Nujna je širša družbena promocija duševnega zdravja, krepitev preventivnih programov ter storitev skupin za samopomoč.
3. Kljub številnim in dolgoletnim opozorilom glede kritičnih segmentov sistema (zaposlovanje, bivanjske razmere, financiranje storitev itd.), večjega napredka ni zaslediti, zato je treba aktivno poseči v mehanizme oblikovanja javne politike na tem področju in s tem omogočiti izboljšave sistema.
4. Trenutne ekonomske razmere in naraščajoča stopnja tveganja revščine povečujejo tveganje za duševne motnje, prav tako se zaznava porast števila oseb z dvojnimi diagnozami.
5. Starši otrok s težavami v duševnem zdravju nosijo veliko breme, zato jim je treba pri skrbi za otroke zagotoviti takojšnjo ustrezno pomoč.
6. Osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju oziroma duševnimi motnjami se velikokrat znajdejo v začaranem krogu. Težko konkurirajo na trgu dela, težje se socialno vključujejo in njihove stiske se poglobljajo. V veliko pomoč je lahko vključitev v obravnavo v skupnosti, pri čemer pomembno vlogo igrajo nevladne organizacije, vendar trenutna mreža pomoči ne zadošča, zato jo je treba s programi razširiti.
7. Namesto v deinstitucionalizacijo se sredstva še vedno usmerjajo v investicije v zavode in bolnišnice, skupnostna skrb je potisnjena na obrobje.
8. V praksi se velikokrat pojavljajo kršitve pojasnilne dolžnosti pristojnih organov, zato je treba zagotoviti ustrezno raven in kakovost komunikacije pristojnih institucij s svojci oseb z duševno motnjo (na primer v primerih želje po prisilni hospitalizaciji), saj bi to razrešilo marsikateri neželen zaplet ali težavo.
9. Brez sodelovanja celotne mreže (ministrstva, strokovne institucije, Fakulteta za socialno delo, Skupnost centrov za socialno delo, koordinatori v skupnosti, nevladne organizacije in laična javnost), katere naloga je skrbeti, da se posamezniki z ovirami ali

manj-zmožnostmi lahko enakovredno vključujejo v življenje in delo v družbi, sistem ne more ustrezno delovati. Posamezni segmenti sistema se morajo med seboj ustrezno dopolnjevati in s tem omogočiti ponudbo celovitih storitev in pomoči uporabnikom sistema.

II. MREŽA PROGRAMOV IN STORITEV

1. V skupnosti ni na voljo mreže izvajalcev programov in storitev, ki bi uporabnikom ponujali enak dostop do storitev in bi vsem, ki potrebujejo pomoč, nudili celovito pomoč in podporo (kronično ogroženi zasavska in dolenska regija).
2. Problem predstavlja geografsko prevelika oddaljenost programov in psihiatrične obravnave in neenak dostop do pomoči. Možna rešitev je okrepitev terenskega dela.
3. Nadgraditi je treba obstoječe programe in storitve, razvijati in vpeljati specializirane programe (na primer za dvojne diagnoze) in uporabnikom skupnostne skrbi omogočiti bivanje v domačem okolju (na primer pomoč na domu se ne razvija in nadgrajuje, prav tako še vedno ni dostopna povsod).
4. Še vedno ni na voljo ustreznih storitev in programov za osebe s težavami v duševnem zdravju, ki so žrtve nasilja.
5. Nujno je treba zagotoviti finančna sredstva za nadaljnje delovanje že obstoječe mreže programov in storitev (trenutno najbolj kritično v Beli Krajini, kjer se s 1. 1. 2015 napoveduje zaprtje enote dnevnega centra ŠENT Metlika, za severnoprimorsko regijo pa bi se moralo vzpostaviti mobilno pisarno za storitve in programe skupnostne skrbi).

III. SOCIALNI POLOŽAJ OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

1. Težave v duševnem zdravju so v tesni korelaciji s socialno ravnijo življenja oseb s težavami v duševnem zdravju in revščino. Zaradi neuspeha pri iskanju zaposlitve ali nezmožnosti za delo namreč velik delež oseb s težavami v duševnem zdravju živi v revščini, kar še dodatno slabša njihovo zdravstveno stanje.
2. V veliki meri so odvisni od socialnih transferjev in/ali pokojnine, ki večinoma predstavljajo nizke prihodke (trenutno DSP 269,20 evra, pokojnina od cca. 300–400 evrov), ki ne zadoščajo za osnovno preživetje, zato se njihove finančne stiske skuša reševati s pomočjo svojcev, nadomestil in dodatkov (najpogosteje urejanje statusa, ki omogoča pravico do varstvenega dodatka) ali prošenj za izredno denarno socialno pomoč.
3. Uporabniki niso zmožni plačevati najemnin in življenjskih stroškov, kar vodi v dolgove in posledično izvršbe ter blokade bančnih računov, deložacije, selitve iz večjih v manjša stanovanja, namestitve v stanovanjske skupine in socialno varstvene zavode (za tiste, ki potrebujejo 24-urno oskrbo). Ker nimajo denarja za hrano in obleko, se morajo pogosto obračati na Rdeči križ in Karitas, zato bi bilo treba razmisliti o celovitejši rešitvi dostopa do brezplačne prehrane.
4. Uporabniki skupnostne skrbi velikokrat niso sposobni sami gospodarno ravnati z denarjem, zato je nujno, da se jim pomaga z izdelavo finančnih načrtov in postavitevjo skrbnika za posebne primere.
5. Pri koriščenju razpoložljivih programov in storitev, obiskovanju institucij (zdravnikov, centrov za socialno delo, nevladnih organizacij, Rdečega križa), kritju stroškov osnovnih popravil v gospodinjstvih in pri selitvah, uporabnike omejujejo nezadostna finančna sredstva (na primer za kritje potnih stroškov).

IV. DELO KOORDINATORJEV OBRAVNAVE V SKUPNOSTI

Iz Poročila koordinacije obravnave v skupnosti od 2010 do 2013 izhaja:

1. Prisotnost koordinatorjev obravnave v skupnosti je pomembna in učinkovita, saj se na tak način uporabnike obravnava celovito in individualno. Koordinacija v skupnosti se je izkazala za bolj nujno pri osebah, ki so prvič hospitalizirane in potrebujejo pomoč pri reintegraciji v domače okolje, in pri osebah, ki nimajo razvite socialne mreže.
2. Število obravnav v skupnosti skozi leta narašča, povečuje se število izdelanih individualnih načrtov, veliko je primerov dobrih praks in uspešno zaključenih obravnav.
3. Uporabniki delo koordinatorjev v skupnosti ocenjujejo kot koristno in ga pozitivno sprejemajo, s strani koordinatorjev se čutijo slišane, imajo občutek, da je nekemu mar za njihovo zgodbo. Z njihovo pomočjo pridobijo informacije, ki jih razumejo in jim pomagajo.
4. V okviru multidisciplinarnih timov se še vedno pojavljajo težave z udeležbo psihiatrov na sestankih timov (predvsem zaradi njihove narave dela), v določenih regijah pa psihiatri v omenjenih timih še vedno ne želijo sodelovati.
5. Težave pri izvajanju nalog koordinatorjev:
 - a) So hkrati v vlogi zagovornikov, zastopnikov, načrtovalcev in izvajalcev načrtov, kar je zelo obremenjujoče.
 - b) Nimajo na voljo (dovolj) brezplačnih storitev, v katere bi lahko usmerjali uporabnike in ki bi omogočile celovito izvajanje načrtov (spremstvo, prevoz, pravna pomoč, pomoč pri gospodinjskih opravilih, svetovanje, usmerjanje).
 - c) Ker v okviru centra za socialno delo ni na voljo službenega avtomobila, morajo za službene namene koordinatorji uporabljati lasten avto.
6. Delo koordinatorjev v prihodnje:
 - a) Želijo si postati pomembni deležniki na področju duševnega zdravja in pri nadgradnji javne socialne politike.
 - b) Trudili se bodo za realizacijo sprejetih sklepov, oblikovanih na regijskih posvetih koordinatorjev, ki so usmerjeni v večjo odzivnost lokalne politike ter izboljševanje splošne javne politike.

V. PODROČJE ZDRAVSTVA

1. Premalo se vlaga v preventivo in ohranjanje duševnega zdravja, preveč se poudarja bolezen.
2. Psihoterapija je trenutno v sistem javnega zdravstva izredno slabo vključena, saj jo lahko opravljajo zgolj psihiatri in klinični psihologi, medtem ko omogočanje razvoja kompetenc za pridobitev naziva psihoterapevta pri drugih poklicnih skupinah, na primer psihologih, ali priznavanje različnih izobrazbenih profilov kot podlag za pridobitev naziva psihoterapevta, ostaja zaprto in neurejeno.
3. Marsikateri uporabnik skupnostne skrbi nima urejenega obveznega ali dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, zato marsikomu zdravstvene storitve sploh niso na voljo.
4. Predlogi za spremembe:
 - a) Zaradi čedalje večjih duševnih stisk ljudi je treba okrepiti mrežo psihiatrične in psihoterapevtske pomoči, omogočiti večjo dostopnost do omenjenih storitev v vseh regijah (trenutno je najbolj kritično stanje v dolnjski regiji) ter omogočiti lažji

dostop do psihoterapevtskega zdravljenja na osnovi pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (dolge čakalne dobe).

- b) Vzpostaviti je treba protokol sodelovanja s skupnostno psihiatrijo, katere programi bi se morali izvajati v skupnosti in ne v bolnišnicah.
- c) Spodbuditi je treba intenzivnejše sodelovanje z osebnimi zdravniki in zagotoviti možnost obiskov psihiatrov na domu.
- d) Zagotoviti je treba redno obveščanje koordinatorjev v skupnosti o odpustih uporabnikov iz psihiatričnih bolnišnic (v nekaterih regijah največ pobud za odpuste dajo centri za socialno delo, manjka pa pobud psihiatrije).
- e) Udeležba psihiatrov na multidisciplinarnih timih naj bo osebna, ne pisna ali telefonska.
- f) V sistem skupnostne skrbi naj se intenzivneje vključi tudi patronažno službo (na primer za razdeljevanje zdravil in ostalo zdravstveno podporo).
- g) Uredi naj se doplačevanje zdravil in plačilo prispevka za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki so ga trenutno osebe s težavami v duševnem zdravju, ki prejemajo denarno socialno pomoč, primorane plačati same.
- h) Zagotoviti je treba bolj pogosto ambulantno pedopsihiatrično obravnavo in v okviru Zdravstvenega sveta čim prej sprejeti odločitev o vzpostavitvi varovanega pedopsihiatričnega oddelka, saj so trenutno otroci, ki potrebujejo takšno zdravljenje, nameščeni skupaj z odraslimi, kar predstavlja hudo kršitev otrokovih pravic, na kar opozarja Varuh človekovih pravic.
- i) Zaradi porasta mlajših oseb z demenco (pod 65 let) bi bilo treba zagotoviti sodelovanje nevrologov pri obravnavi v skupnosti.

VI. BIVANJSKE RAZMERE OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

1. Osebe s težavami v duševnem zdravju imajo zelo redko možnost bivati v lastnem stanovanju. Najbolj pogosto bivajo s starši (mlajše osebe), v stanovanjskih skupinah, ki so zelo zasedene, ali v zavodski obliki bivanja, v najslabšem primeru so prisiljene v brezdomstvo.
2. Najem tržnega stanovanja je za osebe s težavami v duševnem zdravju zaradi povprečno prenizkih prihodkov skorajda neizvedljiv, hkrati za najem pogosto težko uveljavljajo pravico do subvencionirane najemnine, ker se veliko stanovanj oddaja na črno ali pa lastniki stanovanj slednjih ne želijo oddati osebi s težavami v duševnem zdravju.
3. Zaradi pomanjkanja ustreznih namestitev osebe s težavami v duševnem zdravju pogosto iščejo prostor v nastanitvenih centrih, katerih osnovni namen sicer ni dolgotrajno bivanje, hkrati pa za nastanitev v njih uporabniki niso upravičeni do subvencionirane najemnine, prav tako so stroški bivanja v njih bistveno višji kot v tržnih stanovanjih.
4. Programi (stanovanjske skupine, dnevni centri, svetovalne pisarne idr.) omogočajo, da osebe s težavami v duševnem zdravju ostajajo del skupnosti, zato bi bilo treba:
 - a) zagotoviti še več stanovanjskih skupin (tudi za osebe z dvojnimi diagnozami, mlade in tiste, ki potrebujejo vsaj 16-urno strokovno pomoč), več dnevnih centrov, neprofitnih stanovanj in nujnih bivalnih enot;
 - b) skrajšati čakalne dobe za pridobitev pravice do neprofitnega stanovanja (trenutno tudi več let);
 - c) z zagotovitvijo ustreznih izhodov in finančnih sredstev omogočiti, da bodo stanovanjske skupine, v skladu s svojim osnovnim namenom, res ostale prehodna oblika namestitve in ne dolgotrajna, kot je trenutno v praksi;

- d) urediti enovit sistem doplačil občin za vključitev v stanovanjske skupine, saj zaradi odvisnosti od odločitev posamezne občine trenutno te storitve niso dostopne vsem na enak način (v Prekmurju, na Štajerskem in Primorskem se občine dobro odzivajo, medtem ko nevladne organizacije poročajo o težavah z Mestno občino Ljubljana);
- e) urediti pravico do varstvenega dodatka za uporabnike, ki so vključeni v stanovanjske skupine (neustrezno je tolmačenje namestitve v stanovanjski skupini kot institucionalne oskrbe);
- f) sistemsko urediti področje neprofitnih stanovanj.

VII. ZAPOSLOVANJE IN PROGRAMI AKTIVACIJE OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

1. Pravica do dela in zaposlitve je osnovna človekova pravica, ki mu omogoča vključenost v dnevno življenje in družbo, daje občutek identitete, krepi njegove družbene stike in zagotavlja obvezno aktivnost, zato moramo kot družba razvijati takšne procese, ki bodo omogočili vključevanje slehernega posameznika v različne oblike zaposlitve.
2. Položaj oseb s težavami na trgu dela ni dober. Uporabniki skupnostne skrbi imajo največkrat status brezposelne osebe in težko dobijo zaposlitev. Stopnja zaposlenosti oseb s težavami v duševnem zdravju, tako v Sloveniji kot tujini, ne presega 15 %, kot iskalci zaposlitve pa so osebe s težavami v duševnem zdravju »skrite« v evidencah dolgotrajno brezposelnih, težje zaposljivih in invalidov. Tudi če so zaposlene, ponavadi zasedajo slabše plačana delovna mesta ter delajo krajši delovni čas, tako da je njihova plača, kot osnovni vir prihodkov, pogosto nizka. Posledično so odvisne od ostalih denarnih prejemkov in pomoči države (najbolj pogosto denarna socialna pomoč).
3. Centri za socialno delo imajo pri osebah s težavami v duševnem zdravju, ki so začasno nezaposeljive, pri izvrševanju dogovora o aktivnem reševanju njihove socialne problematike pogosto težave, ker nimajo na voljo ustrezne mreže nevladnih organizacij in programov, v katere bi lahko napotili uporabnike z namenom odstranitve socialnih ovir, ki jim onemogočajo iskanje in pridobitev zaposlitve.
4. Osebe s težavami v duševnem zdravju se lahko vključujejo v ukrepe aktivne politike zaposlovanja, pri čemer gre najbolj pogosto za razna izobraževanja, usposabljanja ali vključevanja v programe javnih del. Za slednja je treba zagotoviti možnost dolgotrajnejše vključitve oseb s težavami v duševnem zdravju, vsaj za 5 let.
5. Invalidi se še vedno soočajo s stigmami (stigma »duševnega bolnika« pogosto sledi stigma »brezposelnega«) in delovno in socialno izključenostjo, ki sta posledici njihovih specifičnih težav, povezanih z življenjskim stilom in zdravstvenim stanjem (dejanska nezmožnost in ovire zaradi bolezni ali posledic zdravljenja, apatičnost, pomanjkanje samospoštovanja, socialna nespretnost, pomanjkanje motivacije, ponavljanje bolezni in daljše odsotnosti z dela). Težko se znajdejo v kompleksnem in zahtevnem sistemu iskanja zaposlitve, zelo težko pridobijo zaposlitev, še veliko težje jo ohranijo. Določene ovire, s katerimi se soočajo na trgu dela, so za številne invalide lahko prevelike, zato jih težko premagujejo.
6. Pri načrtovanju izvedbe programov aktivacije za osebe s težavami v duševnem zdravju se pogosto ne zagotovi sredstev, ki bi omogočila uporabniku, da se programov sploh lahko udeleži (npr. za potne stroške). Posledično bi bilo treba vsakemu posameznemu uporabniku nameniti poseben fond sredstev, ki bi mu omogočil aktivacijo in udeležbo na programih, saj so sredstva iz naslova pravic iz

- javnih sredstev v osnovi namenjena pokrivanju osnovnih življenjskih stroškov in ponavadi ne zadoščajo še za kritje dodatnih stroškov.
7. O zaposlovanju invalidov oziroma oseb s težavami v duševnem zdravju ne bi smeli govoriti zgolj zato, ker obstaja kvotni sistem ali zaradi omogočenih subvencij. Slednje namreč pogosto predstavlja zaposlitve na kratek rok, ki lahko posameznika demotivira ali je do njega celo diskriminatorno. Biti invalid ni poklic, zato bi morali slednjim zaposlitev zagotavljati na podlagi in v skladu z njihovimi spretnostmi, znanji in veščinami in ne zgolj na podlagi njihovega statusa invalida ali pripadnosti eni od ranljivih skupin prebivalstva.
 8. Ugotovitve na področju zaposlitvene rehabilitacije, namenjene usposabljanju invalida za ustrezno delo, zaposlitvi, napredovanju ali spremembi poklicne kariere:
 - a) nujno je vzpostaviti sistemsko ureditev na področju zaposlitvene rehabilitacije, ker je še vedno na voljo premalo mest za vključevanje, zato se v določenih regijah na dejansko aktivacijo v okviru zaposlitvene rehabilitacije še vedno predolgo čaka (na primer v Ljubljani lahko tudi več kot leto in pol), pri čemer se v vmesnem času lahko že poslabša zdravstveno stanje uporabnika, slednji izgubi motivacijo itd.;
 - b) za invalide, ki se vključujejo v zaposlitveno rehabilitacijo, je značilno, da živijo v socialni izolaciji, da nimajo razvite socialne podporne mreže, da jim manjka socialnih spretnosti in veščin ter so posledično na nek način vdani v svojo usodo. Nimajo izoblikovanih poklicnih ciljev, prav tako niso vešči iskanja zaposlitve;
 - c) praksa kaže, da vključitev v zaposlitveno rehabilitacijo zagotavlja aktivacijo osebe s težavami v duševnem zdravju in ji omogoči premik z mrtve točke. Običajno imajo osebe pri tem realen uvid v svoje sposobnosti in omejitve in so pripravljene sprejemati strokovno pomoč tako s strani izvajalca zaposlitvene rehabilitacije, psihiatra, delodajalca kot Zavoda RS za zaposlovanje;
 - d) dobra praksa na področju zaposlitvene rehabilitacije pomeni, da se invalidu dejansko omogoči doseganje njegovega cilja, zaposlitev, boljši uvid v lastno situacijo in prepoznavanje lastnih kompetenc;
 - e) izkušnje iz prakse kažejo, da so osebe, ki so bile vključene v zaposlitveno rehabilitacijo in so po končanem programu dobile zaposlitev, veliko bolj zadovoljne z vsemi različnimi področji življenja in življenjem kot celoto (boljše splošno počutje, družinski odnosi, splošno zdravstveno in psihično stanje);
 - f) kot pozitivno je zaznati širitev mreže delodajalcev iz običajnega delovnega okolja, ki omogočajo izvajanje storitev zaposlitvene rehabilitacije in tudi zaposlitve po končanem usposabljanju. Primeri dobrih praks oziroma pozitivne izkušnje delodajalcev po preseženem strahu in negotovosti lahko predstavljajo dobro promocijo za tovrstno zaposlovanje.
 9. Uporabniki skupnostne skrbi se v programe socialne vključenosti, ki so namenjeni podpori in ohranjanju sposobnosti tistih, ki niso zaposljivi, vključujejo zgolj v manjši meri, kar se lahko pripiše:
 - pomanjkanju ustreznih programov;
 - vštevanju nagrade za delo v obliki denarja v lastni dohodek kot občasni dohodek osebe, kar zmanjšuje možnost pridobitve denarne socialne pomoči ali
 - psihičnemu bremenu, ki ga takšna oblika aktivacije lahko predstavlja uporabniku in mu posledično samo še pogloblja duševno stisko.
 10. Predlagani ukrepi za enakovredno vključevanje oseb s težavami v duševnem zdravju v družbeno in delovno okolje:
 - a) spremeniti je treba pogled na invalidnost, in sicer se je ne bi smelo obravnavati kot nezmožnost za delo, ampak kot pravico do različnosti in drugačnosti, ki lahko hkrati predstavlja tudi priložnost;

- b) vse programe in storitve je treba individualno prilagoditi potrebam in sposobnostim posameznika, kar naj bo osrednja točka sistema in mora imeti možnost izbire. K iskanju ustreznih rešitev je treba pristopiti od spodaj navzgor, kar pomeni, da je treba prepoznati, sprejeti in upoštevati njegove ovire in zmožnosti, ter mu nuditi dodatno podporo na področjih, na katerih ima težave (pomoč multidisciplinarnega strokovnega tima v sodelovanju s sistemom služb, ki se med seboj dopolnjujejo);
- c) invalida je treba aktivno vključiti v vse faze procesa iskanja zaposlitve, mu ponuditi kakovostne storitve in zagotoviti ustrezne izhode iz sistema, in to ne samo glede zaposlitve, ampak tudi na splošno. Pomembno je, da se dosežejo cilji, ki so skladni z zmožnostmi, sposobnostmi in željami posameznika (četudi je to spoznanje, da ni zaposljiv, kar je lahko zanj odrešljivo in edina prava rešitev);
- d) prilagoditi je treba delovna mesta in delovne procese v običajnih delovnih okoljih in s tem omogočiti podlage za zvišanje števila oseb s težavami v duševnem zdravju, ki se zaposlujejo v običajnem delovnem okolju in ne samo v zaposlitvenih centrih in invalidskih podjetjih;
- e) za zaposlitev je treba invalidom zagotoviti ustrezno plačilo, saj se jim tako omogoči dostojno, samostojno in kakovostno življenje, hkrati pa izboljša socialno varnost, duševno zdravje in socialni status. Dohodek od dela nudi svobodo in boljši nadzor nad življenjem zunaj dela ter ustvarja možnosti za vključevanje v prostočasne aktivnosti in s tem širjenje socialne mreže, pa tudi večje osebno zadovoljstvo;
- f) pri iskanju rešitev za izboljšave obstoječih programov ali vzpostavitve novih programov za ranljive skupine prebivalstva je treba upoštevati, da je treba osebe s težavami v duševnem zdravju opolnomočiti, da bodo lahko bolj konkurenčni na trgu dela. Večina pripadnikov ranljivih skupin prebivalstva namreč ne zadosti zahtevam delodajalcev, ki pri iskanju delovne sile ocenjujejo določene splošne kompetence in specifična znanja, ki so nujna, da se določeno delo dobro opravi;
- g) treba je zgostiti in okrepiti mrežo podpornih oblik zaposlitve in pri tem upoštevati različne potrebe oseb s težavami v duševnem zdravju ter razvijati posebne programe dostopnosti do zaposlitve;
- h) ozavestiti in izobraziti je treba delodajalce, saj je pri njih še vedno v veliki meri prisoten strah pred rednim zaposlovanjem oseb s težavami v duševnem zdravju (stigma, predsodki, nezaupanje, strah pred ponovitvami bolezni). V primeru zaposlitve je treba zagotoviti stalno podporo tako invalidu kot delodajalcu. Podpora mora biti tako strokovna kot tehnična, dana ob pravem času in v pravi meri;
- i) intenzivneje je treba razvijati socialno podjetništvo in vanj sistematično vključevati osebe s težavami v duševnem zdravju;
- j) slediti je treba ciljem uspešnosti izvajanja programov, kar je doseženo (še) takrat, ko je na koncu človek dejansko vključen v družbo;
- k) informiranje, ozaveščanje ter dajanje pravice in priložnosti je za enakovredno vključevanje oseb s težavami v duševnem zdravju v družbo ključnega pomena;
- l) treba je zagotoviti več raznolikih programov socialne vključenosti (v Ljubljani trenutno zgolj trije), ki bi jih uporabniki lahko prepoznali kot primerne zanje.

VIII. PREDLOGI AKTIVNOSTI IN SPREMEMB NA PODROČJU ZAKONODAJE

1. Duševno zdravje naj se vključi med prioritete Ministrstva za zdravje in Vlade RS.
2. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja še vedno ni sprejeta, čeprav je v pripravi že od 2009. Tako strategija razvoja kot akcijski načrt varovanja duševnega zdravja še vedno ostajata nedorečena. Rok za sprejem omenjenih dokumentov je bil 30. 7. 2009.

3. V zvezi z Zakonom o duševnem zdravju bi bilo treba:
- a) hitro sprejeti nekatere nujne posodobitve v skladu z napotki in priporočili Evropske unije, saj zakon trenutno na več mestih neživiljenjsko ter pretirano podrobno administrativno in normativno ureja posamezne postopke;
 - b) vključiti že 2009 predvideno novelo zakona nazaj v delovni program Vlade RS, s čimer bi se omogočilo nadaljevanje že začelih postopkov priprave novele zakona in njen čimprejšnji sprejem;
 - c) vzpostaviti sistem odločanja o zadevah po Zakonu o duševnem zdravju, ki bi bil neodvisen od Zakona o nepravdnem postopku in odločitev sodišča, kar naj bi trenutno vplivalo na dolgotrajne postopke odločanja;
 - d) preučiti ustreznost ureditve 74. člena zakona, ki opredeljuje, da za osebo, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost, privolitev za sprejem v varovani oddelek da njen zakoniti zastopnik;
 - e) natančneje doreči ali pa spremeniti institut nadzorovane obravnave, ki v praksi še ni popolnoma zaživel in je trenutno premalo razvita ter uporabljana. Vzrok je moč iskati tudi v tem, da je njena uporaba trenutno odvisna predvsem od odločitev stroke, saj se koordinatorja nadzorovane obravnave postavi po sklepu sodišča izključno na predlog psihiatrične bolnišnice, v kateri je koordinator zaposlen. Glede na to, da nadzorovana obravnava v primerjavi z bolnišničnim zdravljenjem brez privolitve pomeni manj omejevalen ukrep, bi se njeno uporabo moralo bolj spodbujati in jo kot ukrep uporabiti v vseh primerih, ko so zanjo izpolnjeni pogoji;
 - f) poskrbeti za boljšo implementacijo instituta zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja v domovih za starejše in posebnih socialnih zavodih, kjer njegova uporaba še ni povsem zaživel. V psihiatričnih bolnišnicah je kljub občasnim težavam stanje boljše.
4. V okviru Operativnega programa za izvajanje Evropske kohezijske politike v obdobju 2014–2020 so kot prednostna izpostavljena tudi področja, ki so v tesni povezavi s potrebami oseb s težavami v duševnem zdravju, in sicer socialna aktivacija in programi v tem oziru, deinstitutionalizacija, vlaganje v infrastrukturo, v povezavi s krepitvijo prvih dveh navedenih prioritet ter socialno podjetništvo. Zaradi velikega pomena omenjenih segmentov je v okviru izpostavljenih prioritet nujno zagotoviti čim bolj učinkovito porabo sredstev.

* * *

Komisija je po opravljeni razpravi sprejela naslednji s k l e p :

Komisija za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide se je seznanila z zaključki posveta z naslovom Socialna varnost uporabnikov s težavami v duševnem zdravju in jih predlaga v obravnavo Državnemu svetu.

* * *

Za poročevalko je bila določena članica komisije mag. Darija Kuzmanič Korva.

Sekretarka komisije
Nuša Zupanec, l.r.

Predsednik komisije
mag. Peter Požun, l.r.