



REPUBLIKA SLOVENIJA
DRŽAVNI SVET

10

Številka: 0650-00/07-P
Ljubljana, 15. 1. 2014

Predlog

Državni svet Republike Slovenije je na 14. seji, 22. 1. 2014, na podlagi 29. in 67. člena Poslovnika Državnega sveta (Uradni list RS, št. 70/08, 73/09 in 101/10), in na podlagi posveta z naslovom *Duševno zdravje - zagotavljanje stabilnosti sistema kot podlage za razvoj*, sprejel naslednje

S K L E P E:

Državni svet Republike Slovenije je 8. oktobra 2013 na pobudo državne svetnice mag. Darije Kuzmanič Korva organiziral posvet z naslovom *Duševno zdravje - zagotavljanje stabilnosti sistema kot podlage za razvoj*.

Zakon o duševnem zdravju, ki je bil sprejet 15. julija 2008, je postavil temelje sistema skrbi za duševno zdravje, pri tem pa v mrežo izvajalcev programov in storitev duševnega zdravja 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.

Državni svet je želel s posvetom opozoriti na pomen duševnega zdravja in na 10. oktober - Svetovni dan duševnega zdravja. Z namenom ugotavljanja možnosti razvoja obstoječega sistema so udeleženci skušali definirati trenutno stanje sistema, pretehtali ustreznost obstoječih načinov izvajanja obravnave v skupnosti ter uveljavljenih metod dela, se seznanili z različnimi možnostmi financiranja programov, zaposlovanja oseb s težavami v duševnem zdravju in preučili uspešnost medsebojnega sodelovanja različnih profilov izvajalcev. Poseben poudarek je bil dan graditvi mosta čez vrzel, ki se pojavlja na prehodu med programi in storitvami ter vključevanju oseb s težavami v duševnem zdravju v vsakdanje življenje.

Posvet, ki ga je povezovala državna svetnica mag. Darija Kuzmanič Korva, je odprl predsednik Državnega sveta Mitja Bervar, ki je v uvodnem nagovoru med drugim izpostavil, da gre za sistem, ki mora zaradi svoje kompleksnosti delovati povezano in da je njegovo dobro delovanje v precejšnji meri odvisno od stabilnega financiranja programov in od dela nevladnih organizacij, ki so uradno del sistema postale s sprejetjem Zakona o duševnem zdravju, sicer pa so že leta poprej uspešno delovale na tem področju.

V uvodnem delu posveta je izr. prof. dr. Mojca Zvezdana Dernovšek s Psihiatrične klinike Ljubljana predstavila ključne poudarke iz raziskave, ki jo je po naročilu Ministrstva za zdravje izvedel Družbeno-medicinski inštitut Znanstvenoraziskovalnega centra Slovenske akademije

znanosti in umetnosti z naslovom Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije¹. Sledili so ji predstavniki različnih izvajalcev programov in storitev v sistemu skrbi za duševno zdravje, in sicer: Polona Pulko iz CSD Celje, Nataša Novak iz CSD Nova Gorica in Petra Hafnar iz CSD Kranj, Nataša Udovič iz CSD Ljubljana Moste Polje, Alenka Kolar iz CSD Celje, Branka Lazarevič z Mestne Občine Celje, Tomi Voušek iz Psihiatrične bolnišnice Vojnik, Mag. Klavdija Širaj Mažgon iz Psihiatrične bolnišnice Idrija, zastopnica pravic oseb na področju duševnega zdravja Vesna Zupančič, prof. dr. Vesna Švab z Medicinske fakultete Maribor in Jacinta Doberšek Mlakar, prof. zdr. vzgoje, dr. Suzana Oreški iz ALTRE, Tanja Velkov iz OZARE, Barbara Zupančič iz Zavoda Šentprima in Lea Kovač z Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje.

V razpravi so svoja mnenja podali Andreja Štepec, Bogo Kranjc in Edo Belak iz ŠENTA, Nevenka Močnik iz ALTRE, Simona Ratajc iz CSD Maribor ter Nataša Novak iz CSD Nova Gorica.

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

1. POMEN DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN STANJE V SLOVENSKI DRUŽBI:

- a) Pomena duševnega zdravja se v družbi premalo zavedamo, kljub temu, da je telesno zdravje z njim močno povezano. Duševno zdravje se tako pogosto še vedno jemlje kot samoumevno in ukrepa se šele, ko se pojavijo resne težave.
- b) Življenje oseb s težavami v duševnem zdravju je močno zaznamovano, zato so bolj ranljive, kar vpliva na njihovo blagostanje in na kakovost njihovega življenja ter na kakovost življenja njihovih svojcev.
- c) Prevalenca duševnih težav in motenj je 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.
- d) 2010 je v okviru EU število uporabnikov s težavami v duševnem zdravju naraslo na 164 milijonov ljudi. Revščina, socialna izključenost, finančne in psihične stiske še povečujejo tveganje za razvoj novih težav na področju duševnega zdravja.
- e) V Sloveniji nekatero regije po potenciranem tveganju za razvoj težav v duševnem zdravju in glede na nizek indeks boljšega življenja še posebej izstopajo (npr. Prekmurje, Pomurje, Zasavje in spodnjeposavska regija), pri čemer je vzroke možno iskati v slabših življenjskih pogojih (nižji stopnji zaposlenosti, slabšem zdravstvenem stanju prebivalstva, nizki ravni zaščite ali tveganih vedenj (npr. alkoholizem) in manjših gospodarskih razvojnih možnostih) v posamezni regiji.
- f) Regije z najbolj razvitimi področji v okviru indeksa boljšega življenja in s tem manjšimi tveganji za razvoj težav v duševnem zdravju so osrednjeslovenska regija, goriška, obalno-kraška in gorenjska regija.

¹ http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/page/uploads/javno_zdravje_2013/Raziskava.Ocena_tveganj_za_razvoj_tezav_v_dusevnem_zdravju_prebivalcev_RS.2011.pdf

2. PRAVICE IN SOCIALNI POLOŽAJ UPORABNIKOV SISTEMA POMOČI TER PRAVICE SVOJCEV:

- a) Pravice uporabnikov pomoči za osebe s težavami v duševnem zdravju sodijo v sklop temeljnih človekovih pravic (pravica do stanovanja, zaposlitve, zdravja, socialnega varstva). Tako kot vsi ljudje morajo imeti pravico do ustreznosti kakovosti življenja, do blagostanja, dostojanstva, osnovnih in specifičnih človekovih pravic in koristi, navkljub bolezni. Nevladne organizacije opozarjajo, da tega v okviru obstoječe mreže služb še vedno ni možno zagotoviti.
- b) Uporabniki s težavami v duševnem zdravju so podvrženi večjemu tveganju revščine, saj nimajo dostopa do sredstev za kakovostno življenje (npr. ne morejo dobiti zaposlitve). Po ugotovitvah centrov za socialno delo uporabniki s težavami v duševnem zdravju živijo na robu tveganja revščine, večina jih prejema denarno socialno pomoč, so brezposelni in stopnja nezaposlenosti v primerjavi z ostalimi družbenimi skupinami hitreje narašča, so samski ali razvezani, prej se upokojujejo.
- c) Uporabniki storitev pomoči se razlikujejo po statusu in s tem povezanimi pravicami. Status invalidne osebe sicer lahko pridobijo prek Zavoda RS za zaposlovanje ali pa svoje pravice uveljavijo prek Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju na podlagi pravic iz invalidskega zavarovanja. Na podlagi pridobljenega statusa invalida se pri iskanju zaposlitve dobesedno izgubijo v skupini z ostalimi invalidi in s tem se njihove možnosti za primerno zaposlitev še zmanjšajo.
- d) Prilagojenih delovnih mest za osebe s težavami v duševnem zdravju primanjkuje. Ko enkrat izgubijo zaposlitev, se težje zaposlijo na novo, sploh za krajši delovni čas, v skladu s statusom invalida.
- e) Zagotoviti je treba, da v postopkih pred različnimi državnimi organi ali pri izvajanju storitev v institucijah posamezniki s težavami v duševnem zdravju niso stigmatizirani ali prikrajšani, kar se v praksi pogosto dogaja.
- f) Pri zaščiti oseb s težavami v duševnem zdravju v okviru kazenskih postopkov na sodiščih je treba zagotoviti, da odločitve sodišča temeljijo zgolj na oceni dejanja povzročitelja nasilja in da ocena o duševnem zdravju žrtve ali povzročitelja kaznivega dejanja na to nima vpliva. O primerih dobre prakse koordinatorji obravnave v skupnosti, ki se pojavljajo kot spremljevalci oseb s težavami v duševnem zdravju v postopkih na sodiščih, že poročajo.
- g) Cilj izvajanja pomoči mora biti opolnomočenje osebe s težavami v duševnem zdravju, zagotovitev njene ponovne vključitve v življenje v družbi, pri čemer se je treba pri izdelavi individualnega načrta pomoči osredotočiti na človekove sposobnosti in spretnosti in ne na pomanjkljivosti.
- h) Treba je spremeniti splošen družbeni pogled na ljudi s težavami v duševnem zdravju in jim omogočiti dvig kakovosti njihovega življenja.
- i) Uporabnike storitev je treba intenzivno seznanjati z njihovimi zakonskimi pravicami in možnostmi za pridobitev teh (glede vlaganja vlog, o rokih za vlaganje, možnem izboru na katerih institucijah, ipd.).

- j) Uporabnikom storitev je treba zagotoviti trdnejšo socialno varnost s financiranjem osebnih paketov storitev v povezavi z izvajanjem individualnih načrtov obravnave, k čemur bi veliko pripomogel sprejem Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, ki se napoveduje že leta.
- k) Uporabnikom je, na podlag širitve mreže storitev, treba zagotoviti večjo dostopnost do storitev, saj se tisti iz bolj odročnih krajev soočajo z velikimi finančnimi obremenitvami (visoki stroški prevoza, slabe prometne povezave), če se želijo udeležiti posameznih programov pomoči.
- l) Zakon o duševnem zdravju postavlja visoko pogoje za sprejem uporabnikov v obravnavno in s tem odreka skupini bolnikov pravico do zdravljenja in zdravja. Vse službe izven bolnišnice bodo namreč lahko svoje delo dobro opravile šele, ko bo bolniku ob akutnih poslabšanjih boleznih zagotovljeno varno zdravljenje, ustrezni nujni diagnostični postopki in medikamentozna terapija s sprotnimi prilagajaji stranskim učinkom.
- m) Uporabnike skupnostne skrbi moramo aktivno vključevati v pripravo aktov in zakonov na področju duševnega zdravja, saj se s temi dokumenti odloča o kakovosti njihovega življenja. Prav tako bi uporabnikom morali zagotoviti aktivno sodelovanje pri sprejemanju odločitev glede zaposlovanja in bivanja. Možnost soodločanja zanje pomeni več kontrole nad njihovim življenjem, s tem tudi večjo samozavest in boljše zdravje.
- n) Skupnostna skrb je pravica posameznika in kot tako jo opredeljujeta tudi Baselska in Dublinska deklaracija.
- o) V sistemu skupnostne skrbi moramo več pozornosti posvetiti pravicam svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju in njihovi kakovosti življenja. Slednji namreč še vedno nosijo večji del psihičnega in ekonomskega bremena skrbi za osebe s težavami v duševnem zdravju.

3. POTREBA PO KREPITVI MULTIDISCIPLINARNEGA IN VEČNIVOJSKEGA SODELOVANJA TER KREPITVI SISTEMSKEGA PRISTOPA PRI SKRBI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE:

- a) Sistem skrbi na področju duševnega zdravja je bil formalno vzpostavljen 2008, ko je bil sprejet Zakon o duševnem zdravju. Glede na to, da vključuje različne profile izvajalcev in stroke, je za njegov nadaljnji uspešen razvoj treba zagotoviti tesnejše horizontalne povezave med posameznimi deli sistema (sociala, psihiatrija, raziskovalna dejavnost,...) in boljšo komunikacijo med posameznimi deli sistema.
- b) Sodelovanje različnih služb je ključnega pomena, saj se mora celoten sistem zavzemati, da bolnik čim prej postane uporabnik skupnostne skrbi, saj tako postane in ostane sposoben koristiti vse vire pomoči.

K sodelovanju in v sistem skrbi za duševno zdravje je treba aktivno vključiti predstavnike:

- Lokalnih skupnosti, saj je izjemno pomembno, da občine tekoče zaznavajo in rešujejo potrebe svojih občanov ter so fleksibilne pri financiranju različnih oblik skupnostne skrbi (ne samo institucionalne oskrbe, ampak npr. tudi individualnega financiranja), zagotavljajo ustreznejše bivanjske rešitve, sofinancirajo prevoze do programov nevladnih organizacij in projektov za odpravo stigmatizacije oseb s težavami v duševnem zdravju.

- Primer dobre prakse je Mestna občina Celje, ki že izvaja sofinanciranje nastanitev zunaj javne mreže.
- Delodajalcev oziroma delodajalskih združenj, saj je največ težav z zaposlovanjem oseb s težavami v duševnem zdravju tudi zato, ker je za vključitev v zaposlitveno rehabilitacijo nujno imeti status invalida. Uporabniki s težavami v duševnem zdravju imajo zato 30–50 % manjše možnosti za zaposlitev kot ostala populacija.
 - Medijev, saj ti pomembno vplivajo na zaznavo javnosti glede duševnega zdravja in pripomorejo k zmanjševanju stigme ter ozaveščanju družbe o pomenu duševnega zdravja.
 - Patronažne službe, katere pomoč mora biti zagotovljena na dolgi rok, saj imajo številni uporabniki poleg težav v duševnem zdravju še sladkorno bolezen, demenco ali druge s starostjo povezane težave.
 - Svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju, ki predstavljajo pomemben del sistema, pri čemer je treba poskrbeti tudi za njihovo informiranje in ozaveščanje, saj potrebujejo veliko število informacij in podpore, da lažje izvajajo skrb za uporabnike.
- c) Svojci oseb s težavami v duševnem zdravju so v Sloveniji zelo dobro organizirani, kar se je pokazalo že pri sprejemanju Zakona o duševnem zdravju. Njihova vloga v sistemu je nepogrešljiva, saj opravijo velik del skrbi za osebe s težavami v duševnem zdravju. Temu primerno v okviru sistema pomoči osebam s težavami v duševnem zdravju ne bi smeli govoriti zgolj o uporabnikih, ampak uporabljati sestavljeni termin »uporabniki in svojci« (angl. »users and family members«), kot je to v navadi v tujini. Prav tako bi bilo treba svojce aktivneje vključevati v razvoj sistema in oblikovanje zakonodajnih rešitev.
- d) Za večje zaupanje uporabnikov v delo institucij in sistema samega bi morali zagotoviti kontinuirane oblike pomoči in stalnost v smislu, da se zaradi kadrovskih menjav strokovnih delavcev uporabniki ne bi morali vsakič znova obračati na drugo osebo, saj se tako ne more vzpostaviti odnos zaupanja, ki je nujen za uspešno delo.
- e) Psihatri opozarjajo, da jim Zakon o duševnem zdravju nalaga stalno članstvo v multidisciplinarnem timu, hkrati jim ne daje možnosti v praksi, da bi v svojem delovnem času sodelovali pri delu omenjenega tima. Trenutno se koordinatorji obravnave v skupnosti prilagajajo na način, da sklicujejo time v psihiatričnih bolnišnicah, velikokrat pa psihatri zaradi preobremenjenosti izrazijo interes za sodelovanje zgolj po telefonu ali e-pošti. Za boljše delovanje sistema je treba zagotoviti aktivno sodelovanje psihiatrov v multidisciplinarnih timih in poiskati rešitve za izvedbo multidisciplinarnih timov zunaj psihiatričnih bolnišnic ali ambulant, torej v skupnosti.
- f) Sodelovanje koordinatorjev obravnave v skupnosti in izvajalcev skupnostne psihiatrije v multidisciplinarnih timih je treba nadgraditi, saj z vidika sodelovanja socialne službe, službe osnovnega zdravstvenega varstva in izvajalcev lahko te oblike sodelovanja prinesejo dodano vrednost na področju skupnostne skrbi na lokalnem in regionalnem nivoju in okrepitev mreže pomoči. V nekaterih okoljih je skupnostna psihiatrija že pričela delovati, a so izkušnje s to obliko pomoči v praksi različne, zato bo v korist uporabnikov potrebnega še več konstruktivnega sodelovanja in dogovarjanja o nalogah, razmejitvah pristojnosti in vlogah posameznih strokovnjakov (koordinatorjev obravnave v skupnosti na eni strani in izvajalcev skupnostne psihiatrije na drugi).
- g) Pomembno vlogo v sistemu pomoči imajo tudi prostovoljci, ki so jih v okviru nevladnih organizacij, ki delujejo na tem področju, 2012 našteali 1.147.

4. PROGRAMI IN MREŽA STORITEV:

- a) Trenutno stanje mreže storitev: 49 stanovanjskih skupin s kapaciteto 245 mest, 26 dnevnih centrov, 3 telefoni za svetovanje, 16 pisarn za svetovanje. Celotna mreža je osredotočena na večja mesta, v odročnejših krajih pa ni niti ene informacijske pisarne.
- b) Fragmentacija služb in programov pomoči je še vedno prevelika, zato je treba zagotoviti tesnejše povezave med posameznimi segmenti sistema, da bi uporabnikom skupnostne skrbi zagotovili organizirano, strokovno in tesno povezano mrežo pomoči in podpore. V slednji morajo biti vloge in naloge posameznih akterjev jasno postavljene in delo naj ne temelji zgolj na protokolih.
- c) Glede na to, da za večino motenj v duševnem zdravju že poznamo uspešne preventivne ukrepe, učinkovite načine zdravljenja in načine za preprečitev ponavljanja bolezni, je treba bolj zavzeto izvajati vse možne ukrepe pomoči, predvsem pa krepiti preventivo.
- d) Na nivoju EU se oblikujejo številne delovne skupine, ki pripravljajo krovne dokumente za razvoj dejavnosti skupnostne skrbi, novih metod dela na področju duševnega zdravja in za razvoj mreže. Rešitve gredo v smeri deinstitucionalizacije in življenja v skupnosti, vendar pa je za takšen sistem treba poprej vzpostaviti trdne temelje v obliki decentraliziranih oblik in mreže pomoči (na lokalnem oziroma regionalnem nivoju), ki bo na voljo ljudem s težavami v duševnem zdravju, in ki jim bo omogočala resnično kakovostno bivanje v okolju, ki si ga sami izberejo za bivanje, delo, preživljanje prostega časa.
- e) Službe in mreža storitev naj bodo razvite čim bližje uporabniku, torej v lokalni skupnosti, kjer slednji živi in je vključen v dnevno življenje.
- f) Treba je vzpostaviti ali dodatno razviti mrežo storitev na področju skrbi za duševno zdravje, vključno z zagotovitvijo ustreznih kadrov za izvajanje programov, v tistih regijah v Sloveniji, kjer slednje še ni razvito ali pa je pomanjkljiva (v Prekmurju, Pomurju, Zasavju, Spodnjem Posavju). Trenutno je namreč dostop do storitev za pomoč pri težavah v duševnem zdravju neenakomerno porazdeljen po različnih delih države, razlikujejo se tudi cene storitev, na težjo dostopnost pa vplivajo tudi stroški prevoza in slabe prometne povezave. Ker manjka izvajalcev storitev v mreži, morajo velikokrat koordinatorji v skupnosti prevzeti tudi vlogo izvajalcev.
- g) Obravnava v skupnosti kot ena od oblik skrbi pomeni zagotavljanje opore uporabniku za kakovostno življenje in blaginjo, prav tako pa tudi možnost za dvig kakovosti življenja svojcem uporabnikov. Je način prilagajanja rešitev potrebam posameznega uporabnika. Pojavljajo se težave pri izvajanju individualiziranih rešitev, saj primanjkuje izvajalcev načrtov obravnave v skupnosti, prav tako je pokritost z nevladnimi organizacijami v določenih delih Slovenije slaba.
- h) Nevladne organizacije, ki delujejo v lokalnem okolju, ne morejo pokriti vseh specifičnih in raznolikih potreb uporabnikov (mesečno se nanje obrne okrog 1.800 ljudi). Tako v nekaterih regijah še vedno niso prisotni programi, ki jih izvajajo (npr. stanovanjske skupine ni na voljo v zasavski in spodnje-posavski regiji, v podravski regiji ni pisarn za informiranje,...). Regijska pokritost (op. v vseh regijah) je sicer najboljša pri dnevnih centrih in s programi telefonskega svetovanja, ki so zaradi načina delovanja dostopni po vseh regijah.

- i) Ker so številne nevladne organizacije kadrovsko podhranjene, se zatekajo k zaposlovanju prek javnih del. Slabost takšnih rešitev je, da se ravno, ko se oseba ustrezno vpelje v delo in priuči, program izteče in je treba iskati nove ljudi ter čakati na odobritev novih programov. Zagotoviti je treba kontinuiteto izvajanja storitev pomoči prek nevladnih organizacij s tem, da se jim zagotovijo ustrezni kadrovski in finančni viri.
- j) Razmisliti je treba o uvajanju več različnih oblik pomoči uporabnikom pri vsakdanjih opravilih (npr. prek laičnih delavcev z dolgotrajno obliko zaposlitve z razpoložljivostjo skozi ves dan) in pomoči, prilagojenih potrebam posameznikov za zagotovitev večje kakovosti njihovega življenja (primer dobre prakse: obiski psihiatra na domu).
- k) Primanjkuje ustreznih programov pomoči za mlade pod 18 let starosti razen svetovalnic, zato to področje predstavlja velik potencial za razvoj novih programov.
- l) Primer dobre prakse predstavlja program psihiatričnega zdravljenja v skupnosti, ki se izvaja v okviru Psihiatrične bolnišnice Idrija. Program je v veliki meri odvisen od dobrega sodelovanja vseh vključenih profilov strokovnjakov in nevladnih organizacij ter omogoča tesen stik z uporabniki, saj se izvaja na način, da se uporabnika obravnava na njegovem domu. To vpliva na zmanjšanje števila hospitalizacij in skrajšanje števila dni hospitalizacije.
- m) Treba je iskati čim več novih programov in oblikovati čim več alternativnih oblik storitev, kot so: mobilna služba na terenu, stanovanjske skupine za uporabnike z dvojnimi diagnozami, z zasvojenostjo od prepovedanih drog in motnjami hranjenja, nekajurne stanovanjske skupine v okviru programov ali zavoda, okrepitev terenskega dela v svetovalnicah, razvoj informacijskih točk in pisarn v manjših krajih.
- n) Modeli obstoječih dobrih praks, ki vključujejo stanovanjske skupine, dnevne centre in programe zaposlovanja, lahko služijo kot dober model za nadaljnji razvoj skrbi za duševno zdravje.

5. FINANCIRANJE PROGRAMOV IN STORITEV POMOČI TER DODATNA FINANČNA POMOČ OSEBAM S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU:

- a) Programom na področju duševnega zdravja je bilo 2012 skupaj namenjenih 6.772.278 evrov, pri čemer največji delež sredstev predstavljajo sredstva Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (41,3 %), sledijo občine, ki so prispevale 18,9 % sredstev (za programe in zaposlitve prek javnih del), FIHO (13,2 %), Zavod RS za zaposlovanje (12 %, zaposlitve prek javnih del in aktivnih politik zaposlovanja) in uporabniki programov ter člani izvajalskih organizacij (11,2 %).
- b) Iz sredstev Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti se je sofinanciralo 26 programov na področju duševnega zdravja, ki jih izvajajo nevladne organizacije. Od tega je bilo 19 programov vključenih v večletno sofinanciranje, kar zagotavlja stabilno delovanje programa. Za stabilno delovanje mreže programov je v prihodnje treba zagotoviti več programov z večletnim financiranjem.
- c) Problematika financiranja storitev s strani občin: občine financirajo institucionalno oskrbo (na podlagi določb Zakona o socialnem varstvu), v manjši meri pa bivanje uporabnikov v stanovanjski skupnosti, saj je slednje odvisno od njihove lastne presoje. Ponekod občine ne omogočajo niti dostopa do pomoči na domu, zelo redke pa so občine, ki financirajo

individualne pakete storitev za uporabnike. Želja tako izvajalcev storitev kot uporabnikov je, da bi občine imele na tem področju več posluha.

- d) Prek Zakona o občinah in Zakona o lokalni samoupravi naj se uredi dolžnost občin za sofinanciranje programov pomoči za osebe s težavami v duševnem zdravju in uveljavi petletne razpise občin za sofinanciranje programov na področju duševnega zdravja, kar bi pripomoglo k večji stabilnosti sistema, h kontinuiteti izvajanja posameznih programov in storitev ter omogočilo enak dostop do storitev (npr. do stanovanjskih skupin).
- e) Zagotoviti je treba več dodatnih virov financiranja samostojnega življenja posameznika s težavami v duševnem zdravju, ko npr. sredstva za prevoze uporabnikov do izvajalcev programov pomoči in za plačilo storitev, v katere so uporabniki usmerjeni, saj trenutno omenjeni stroški predstavljajo veliko oviro za potencialne uporabnike, še zlasti za tiste, ki živijo v bolj oddaljenih krajih ali na podeželju.

6. IZVAJALCI PROGRAMOV IN STORITEV SKUPNOSTNE SKRBI:

- a) Koncept razvoja skrbi za duševno zdravje so v prvi polovici 90-ih let prejšnjega stoletja postavile nevladne organizacije. Razvile so tudi prve metode in oblike dela, na katerih v določeni meri temelji tudi Zakon o duševnem zdravju.
- b) Trenutno se v nevladnih organizacijah, ki izvajajo programe pomoči osebam s težavami v duševnem zdravju, letno zamenja okrog ena tretjina kadra, ki je zaposlen za določen čas oziroma prek javnih del, kar ogroža stabilnost sistema in izvajanje programov, zato je treba zagotoviti stabilno in dolgoročneje zaposlovanje sodelavcev v nevladnih organizacijah kot tudi pomočnikov koordinatorjev obravnave, npr. prek financiranja iz ESS. V primeru zaposlovanja oseb prek javnih del je treba zagotoviti strokovno usposabljanje, olajšati dostop do prijave na razpis javnih del, odpraviti pretirano administracijo in omogočiti možnost ponovne zaposlitve istega pomočnika ali izvajalca javnega dela, kar bi zagotovilo kontinuiteto dela in kakovostnejše izvajanje storitev.
- c) Koordinatorji obravnave v skupnosti poročajo o preobremenjenosti (število uporabnikov, vključenih v koordinacijo, narašča, število zaposlenih koordinatorjev pa ostaja enako - trenutno 25; normativ je postavljen na ravni 30–40 uporabnikov, v praksi pa en koordinator pogosto pokriva tudi do 60 uporabnikov). Takšne obremenitve znižujejo kakovost storitev (zamude pri pripravi načrtov obravnave, sklicu multidisciplinarnega tima, preverjanju možnih rešitev, stopanju v stik z izvajalci in težje spremljanje uporabnikov v domačem okolju).
- d) Mreža izvajalcev storitev za vse oblike skupnostne obravnave se mora nujno razširiti. Tudi v primeru omogočanja individualnega financiranja in zagotovljenega plačila za izvajalce, ponudbe določenih storitev primanjkuje (več možnosti se pojavlja na sivem trgu, med formalnimi izvajalci pa ni prave izbire).
- e) Svetovalcev zaposlitvene rehabilitacije na Zavodu RS za zaposlovanje je premalo (zgolj 12), za skupno število ljudi, ki jim svetujejo (2012 več kot 6.000 oseb, od teh jih je bilo 1.700 vključenih v zaposlitveno rehabilitacijo). Prevelike delovne obremenitve in premalo možnosti za pridobitev specializiranih znanj za to področje ne omogočajo kakovosti dela.

7. POTREBE UPORABNIKOV IN INDIVIDUALIZIRAN PRISTOP K POMOČI:

- a) Projekt individualnega financiranja, ki se je zaključil 2009, je pokazal, da je način neposrednega financiranja izvajanja individualnega načrta uporabnika za uporabnika dober, ker mu omogoča vključenost v lokalno skupnost in ohranitev visoke stopnje kakovosti življenja.
- b) Primerjava modela obravnave v skupnosti in individualnega financiranja kaže, da se ključne razlike (kar se tiče prednosti in slabosti) pojavljajo pri:
 - vplivu na izbiro storitev, ki so uporabniku posamezne oblike skupnostne skrbi na voljo: pri individualnem financiranju imajo uporabniki dostop do osebnih paketov storitev, medtem ko so uporabniki obravnave v skupnosti odvisni od lastnih prihodkov in omejeni pri izbiri storitev, ki bi jih želeli uporabljati;
 - določanju potreb in ciljev: na to vpliva obseg zagotovljene socialne varnosti, zato si uporabniki, ki imajo zagotovljeno neposredno financiranje storitev, zastavljajo višje cilje v primerjavi z uporabniki obravnave v skupnosti, ki svoje cilje prilagajajo svojim prihodkom in življenjski situaciji ter jih vežejo predvsem na zagotavljanje socialne varnosti;
 - motivaciji za iskanje zaposlitve: motivacija je zaradi šibke socialne varnosti večja pri uporabnikih obravnave v skupnosti, pri uporabnikih neposrednega financiranja pa manjša oziroma je celo ni.
- c) Pri iskanju rešitev in primerne oblike pomoči ter zaposlitve za uporabnika se je treba osredotočiti na definiranje njegovih prednosti (sposobnosti, kompetence, aktivnosti in naloge, ki jih zmore opravljati in ki jih lahko dobro opravlja), in ne na njegove pomanjkljivosti.

8. BIVANJSKE MOŽNOSTI OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU:

- a) Nujno je treba urediti nove oblike bivanja in podpreti nove projekte (npr. eko-kmetovanje ali eko-vas) ter urediti dostop do stanovanjskih enot, saj so uporabniki posebno ranljiva skupina (veliko brezdomstva, odvisnosti,...). Trenutno so cene najema stanovanj, tudi neprofitnih, previsoke, hkrati se za najem zahteva polog ali kot pogoj minimalni dohodek, tako da posilci v slabšem socialnem položaju potrebujejo poroke, kar pa je težko zagotoviti.
- b) Urediti je treba nove pogoje za subvencijo najemnine, ki ne bi bili pogojevani s stalnim bivališčem, v primeru, ko bi osebi s težavami v duševnem zdravju koristila selitev v drugo okolje, ali ko bi bivališče lažje našla izven kraja stalnega bivanja.
- c) Opaža se pomanjkanje programov stanovanjskih skupin, ki so prilagojene mladim s težavami v duševnem zdravju, čeprav se število mladih s tovrstnimi težavami povečuje.
- d) Urediti je treba prehodne oziroma alternativne oblike nastanitve (najem sob, najem v zameno za opravljanje gospodinjstkih del, kmečkih opravil) v primeru selitve oseb s težavami v duševnem zdravju iz institucionalnega varstva (zavodov, stanovanjskih skupin, bivalnih skupinah) v domače okolje. Tudi na tem področju primanjkuje izvajalcev storitev, največ težav se pojavlja zaradi finančne nezmožnosti pokrivanja stroškov namestitve s strani uporabnikov.
- e) Občine so pri financiranju nastanitve izven javne mreže omejene z določbo tretje alineje tretjega odstavka 4. člena Uredbe o merilih za določanje oprostitev pri plačilih socialno varstvenih storitev, ki zahteva, da mora izvajalec, s katerim uporabnik storitve in občina kot (so)financer skleneta pogodbo za izvajanje storitve, imeti ceno storitve oblikovano v skladu

s predpisano metodologijo za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev, kar pa je težko zagotoviti. S sprostivjo omenjenega pogoja bi občine spodbudili k večji aktivnosti in omogočili več uspešnih projektov na tem področju.

9. ZAPOSLOVANJE OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU:

- a) Plačano delo je tisto, ki si ga človek želi in mu omogoča socialno vključenost, tako da se čuti enakopravnega in s svojim delom nekaj prispeva k družbi, zato mora biti glavni cilj na področju zaposlovanja povečati delež oseb s težavami v duševnem zdravju, ki se zaposlujejo v običajnem delovnem okolju.
- b) Možnost podporne zaposlitve v Sloveniji nikakor ne zaživi. Sistem je to možnost prepoznal kot dobro in omogočeno je sistemsko financiranje, a se strokovno podporo, ki jo oseba potrebuje v zvezi z zaposlitvijo, financira izključno in samo v primeru, če jo izvaja izvajalec zaposlitvene rehabilitacije. Izziv in možnost za razvoj, ki je nujen na tem področju, predstavlja vključitev ostalih oblik podpore v to obliko zaposlovanja (svojcev, koordinatorjev obravnave v skupnosti, nevladnih organizacij). To mrežo je treba zgostiti in narediti močnejšo. S sistemskega vidika je nujno v proces treba vključiti Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, ker ni smiselno zagotavljati to obliko pomoči zgolj tistim, ki so se znašli med brezposelnimi in so avtomatično upravičeni do te oblike pomoči, ne da bi pomagali tudi drugim zavarovancem in zaposlenim, da bi svojo zaposlitev obdržali.
- c) Socialno podjetništvo ne bo rešilo problemov na področju zaposlovanja oseb s težavami v duševnem zdravju, so pa vrednote, na katerih temelji, takšne, da so skladne s potrebami te ranljive skupine ljudi, zato predstavljajo eno od možnosti njihove zaposlitve.
- d) Treba bo narediti dodatne korake k upoštevanju načela raznolikosti zaposlovanja, torej zaposlovanja, ki vključuje vse ciljne skupine. Takšno zaposlovanje prinaša koristi podjetju (manjša bolniška odsotnost, višja pripadnost podjetju, večji učinek pri usposabljanju zaposlenih, zmanjšanje delovnega stresa, izognemo se izgubi časa in denarja pri tožbah, ki so predmet diskriminacije, ustvarja se bolj fleksibilna delovna okolja, poveča se kreativnost,...), zvišuje se produktivnost zaposlenih, upošteva raznolikost družbe in delovnih okolij ter upošteva dejstvo, da lahko težave v duševnem zdravju doletijo vsakogar.
- e) Zaposlovanje oseb s težavami v duševnem zdravju je v veliki meri odvisno od pripravljenosti delodajalcev prilagajati delovna mesta in delovne procese sposobnostim oseb s težavami v duševnem zdravju. Slednji običajni potrebujejo več časa, da se prilagodijo razmeram na delovnem mestu.
- f) Prvi korak k izboljšanju razmer na področju zaposlovanja oseb s težavami v duševnem zdravju je ozaveščanje in ustrezno izobraževanje delodajalcev glede prilagoditev in boljšega razumevanja njihovega položaja in potreb.
- g) V poznih 80-ih in zgodnjih 90-ih letih prejšnjega stoletja status invalida ni bil pogoj za uporabo storitev zaposlitvene rehabilitacije. Kot pogoj za dostop do storitev zaposlitvene rehabilitacije in vseh programov, ki jih nudi Zavod RS za zaposlovanje, je bil uveden s sprejetjem Zakona o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov 2006. Kar se tiče možnosti izbire zaposlitve, je prav to ukalupljanje ali navidezno urejanje statusa invalida za osebo s težavami v duševnem zdravju lahko huda ovira. Lahko je v nasprotju z vsem, kar so strokovni delavci, okolje in nevladne organizacije želeli doseči z oblikovanjem storitve zaposlitvene rehabilitacije.

- h) Dejstvo, da se zdaj vsi koncesionariji, ki izvajajo storitve zaposlitvene rehabilitacije, ukvarjajo z vsemi rizičnimi skupinami, tudi z zaposlovanjem oseb s težavami v duševnem zdravju, sproža vprašanje dejanske strokovne usposobljenosti za delo s tako številnimi skupinami, ki imajo vsaka svoje specifične potrebe. Če ne drugega, bi morali izvajalci nujno pridobiti dodatne kompetence in znanja za kakovostno izvajanje omenjene storitve.
- i) Sistem podpore osebam s težavami v duševnem zdravju ne more temeljiti zgolj na ukrepih (npr. javna dela), katerih vsebina in pogoji se iz leta v leto spreminja, ampak na zagotavljanju dolgotrajnih rešitev. Prav tako je treba paziti, da ukrepi ne izrivajo stabilnejših načinov zaposlitev, ampak predstavljajo zgolj začetno spodbudo ali pomoč pri zaposlovanju.

10. ZASTOPNIKI PRAVIC OSEB NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA:

- a) Zastopniki pravic oseb na področju duševnega zdravja pri svojem delu opažajo, da so velikokrat premalo informirani, da bi uporabniku lahko ponudili vse tiste informacije, ki jih slednji v danem trenutku potrebuje, zato so večkrat odvisni od pomoči koordinatorjev obravnave v skupnosti.
- b) Zastopniki poročajo o številnih nepotrebnih konfliktnih situacijah, do katerih prihaja zaradi pomanjkanja ustrezne komunikacije in razkoraka med pričakovanji zdravstvenih ter socialnih delavcev glede dogovorjenih navodil uporabnikom in razumevanjem teh navodil s strani zastopancev. V takšnih primerih je vloga zastopnika uporabnika ključnega pomena.
- c) Uporabniki so opozorili na pretirane birokratske zahteve glede izbire zastopnika s strani osebe s težavami v duševnem zdravju, ki se znajde v psihiatrični bolnišnici in ki mora, za zagotovitev zastopnika, izpolniti kar tri obrazce. Običajno je to za psihofizično stanje v tistem trenutku prevelika obremenitev, zato je treba razmisliti o drugačnih pogojih za uveljavitev pravice do zastopnika.
- d) Glede na potrebe bi potrebovali večje število zagovornikov, v kvalitativnem smislu pa bi bilo treba razmisliti o razširitvi tega instituta in o njegovi prekvalifikaciji v zagovorništvo. S tem bi se zagotovila kontinuirana pomoč ljudem na celotni poti prehajanja v skupnostno skrb, medtem ko se zdaj formalno pomoč zastopnika zaključi od odhodu osebe s težavami v duševnem zdravju iz zaprtega oddelka psihiatrične bolnišnice na odprti oddelek.

* * *

Predlog sklepov je pripravljen na podlagi poročila Komisije za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide.