

DOLGOROČNE STRATEGIJE RAZVOJA ZDRAVSTVENE NEGE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

LONG TERM DEVELOPMENTAL STRATEGIES IN MENTAL HEALTH NURSING

Tatjana Sedlar

UDK/UDC 616.89-083

DESKRIPTORJI: psihiatrična nega-organizacija-trendi

DESCRIPTORS: psychiatric nursing-organization and administration-trends

Izvleček – Članek obravnava psihiatrično zdravstveno nego v okviru vizije skrbi za duševno zdravje. Med definicijami duševnega zdravja, duševne stiske oziroma krize, duševne motnje in bolezni je nakazano prepletanje in razlike med posameznimi pojmi. Predstavljeni so trije pomembni dokumenti za področje duševnega zdravja, in sicer 6. cilj Zdravja za vse za 21. stoletje, Svetovno zdravstveno poročilo iz leta 2001 ter Nacionalni program zdravstvenega varstva RS – zdravje za vse do leta 2004. V skladu s trendom deinstucionalizacije v Evropski uniji je osvetljen koncept duševnega zdravja v skupnosti. Psihiatrična zdravstvena nega se v novem stoletju srečuje z novimi izzivi, med katerimi je največji zagotovo širitev področja dela iz institucij v skupnost.

Abstract – This article discusses the psychiatric nursing vision within the sphere of mental health care. First, distinctions and interweaving among definitions of mental health, mental health crisis, mental distress, mental disorder, and mental illness are presented. In the second part three relevant documents from mental health field are summarised and discussed: 6th target Health for all for 21st century, World health report 2001, and National program of health care of the Republic Slovenia – Health for all by the year 2004. In view of the trends of deinstitutionalisation in European union the concept of community mental health is here highlighted. In the last part, the challenges of the psychiatric nursing in the new century are pointed out. The biggest of them is certainly the extension of the care from the institutions to the community.

Uvod

Branje zgodovine skrbi za osebe z duševno motnjo oziroma bolje rečeno zgodovine konstituiranja duševne bolezni je prej nelagodno kot prijetno. Številne metode skrbi (zapiranje v temnice, polivanje z mrzlo vodo, elektrokonvulzivna terapija), ki so v določenem obdobju veljale za dobre, se nam zdijo za današnji čas nesprejemljive. Tudi te, ki danes veljajo za dobre, bodo slej ko prej romale na smetišče zgodovine. Zamenjale jih bodo nove, še boljše, bolj sofisticirane, vsaj na prvi pogled bolj humane...

Če se vprašamo, kaj se skriva za sintagmo skrbi za duševno zdravje, lahko rečemo, da gre za ideološko kategorijo, ki se nanaša na doživljanje ugodja prevladujoče družbene skupine. Duševno ne-zdravi namreč postanejo moteči v trenutku, ko začnejo posegati na polje ugodja nekoga drugega oziroma družbene skupine, po drugi strani pa to tudi pomeni, da nekoga drugega moti to, da nekdo trpi, na primer zaradi duševne motnje, in želi zato poskrbeti za njegovo zdravje. Družbena vez, ki usklajuje blagostanje prevladujoče družbene skupine z blagostanjem oseb z duševno motnjo, je ideologija. Poskrbi, da se zdijo stvari smiselne, da niso moteče in ne sprožajo odporov. Kadar pa postane

določena ideja preveč moteča, preveč štrli iz družbenega konteksta, pride do uporov. Na začetku 21. stoletja je na primer moteče kršenje človekovih pravic oseb s psihiatrično diagnozo, moteča je centralizirana institucionalizirana skrb, moteče so hospitalizacije brez privolitve. Kot alternativa pa se pojavlja množica drugih v svetu že preizkušenih metod, med njimi naj omenimo skupnostno skrb, o kateri bomo govorili v nadaljevanju sestavka.

Kdo se znajde v klasifikaciji duševnih motenj in posledično pod okriljem psihiatrije, je odvisno od obdobja. V dvajsetem stoletju je bila na primer v klasifikacijo vključena homoseksualnost, pa so jo pozneje iz nje črtali. Gre za vprašanje, do kakšne mere je življenje ljudi psihiatrizirano. Težnja psihiatričnega osebja, da gre prek vloge zdravljenja duševnih bolezni in da ponudi nasvete glede širokega razpona človekovih težav je primer psihiatrizacije vsakdanjega življenja. Eden od vidikov tega je zdravljenje oziroma družbeni nadzor odvisnikov od drog v domeni psihiatrične klinike. Iz izkušenj uporabnikov psihiatrije je znano, da psihiatrična diagnoza ne predstavlja privilegirane statusa, ampak dosmrtno zaznamovanost. To dejstvo bi bilo potrebno pri širjenju področja, ki je pod okriljem psihiatrije, še zlasti upoštevati.

Današnje zavedanje problema duševnega zdravja in ne-zdravja skozi statistične podatke je naslednje:

- Vsak sedmi človek ima v določenem trenutku duševno motnjo in vsak tretji jo bo imel vsaj enkrat v življenju.
- Na dva milijona prebivalcev Slovenije je v tem trenutku mogoče predvideti okrog 10.000 primerov psihotičnih bolezni in približno 100.000 depresivnih ter anksioznih stanj.
- V Sloveniji so zelo pogoste tudi motnje v zvezi z neprimerno rabo alkohola, ki pa se vsaj v dveh tretjinah pojavljajo neodvisno od že naštetih motenj.
- Ker je prevalenca duševnih motenj med vsemi boleznimi v najbolj strmem porastu, se bo ekonomsko breme zaradi duševnih bolezni od sedanjih 10 % do leta 2020 dvignilo na 15 %, kar bo preseгло ekonomsko breme zaradi ishemičnih bolezni srca.
- Zaradi tesne povezanosti med duševnimi motnjami in samomorom se nam tako še zdaleč ne sme zdeti, da je sicer slabo, a da slabše ne more biti.
- Najbolj izstopajoča javnozdravstvena kazalca stanja duševnega zdravja v naši državi sta visoka samomorilnost in gostota vseh problemov povezanih z alkoholom (Marušič, 2001: 5).

O definicijah

Definicij s področja duševnega zdravja je toliko kot avtorjev, ki se s tem področjem ukvarjajo. Dokončne soglasja glede natančne definicije in o razmerju med posameznimi aspekti duševnega zdravja namreč ni. Kljub razlikam med posameznimi pojmi se le-ti v besedilih uporabljajo vseprek. Zato bomo predstavili nekaj definicij, obenem pa se zavedamo, da pomeni sprejetje določene definicije tudi sprejetje in ohranjanje verjetja o predmetu definiranja. To pomeni, da imamo, še preden se srečamo z duševnim bolnikom, o njem vnaprejšnjo predstavo, kar ima lahko tudi škodljive posledice. Premajhna kritičnost lahko vkaluplja naše verjetje in nam onemogoča drugačen pogled na situacijo.

Duševno zdravje

V Javnozdravstvenem terminološkem glosarju je duševno zdravje opredeljeno kot »bistvena komponenta celostnega zdravja in pomeni sposobnost posameznika, da z drugimi ljudmi ustvarja harmonične odnose in da konstruktivno prispeva k nastajanju zdravega okolja. Duševno zdravje vsebuje tudi njegovo sposobnost doseganja harmoničnega in uravnovešenega zadovoljevanja svojih (...) potreb. Duševno zdravje ni statično stanje, marveč se ves čas spreminja« (Komadina, 1994: 31–2).

Svetovna federacija za duševno zdravje (WFMH, 2001) predlaga, naj se duševno zdravje ne pojmuje zgolj kot odsotnost duševne bolezni, temveč kot sub-

jektivno blagostanje, ko posameznik čuti, da obvladuje svoje življenje, se je sposoben spoprijeti z izzivi in za to odgovarjati. Duševno zdravje opredeljuje kot stanje uspešnega duševnega funkcioniranja, ki se kaže v produktivnosti, ustreznih odnosih z drugimi, v sposobnosti prilagajanja na spremembe in v sposobnosti obvladovanja specifičnosti kulture, v kateri posameznik živi.

Ryff (1989) ob pregledu koncepta človekovih potreb in samoaktualizacije A. Maslowa (1968), Rogersovega (1961) pogleda na polno delujočo osebnost, Eriksonovo (1959) teorijo psihološkega razvoja skozi življenje in Skinnerjevega (1973) behaviorizma ter sintezi teh teorij poda šest elementov, ki so temeljnega pomena za duševno zdravje. To so: samosprejemanje, pozitivni odnosi z drugimi, avtonomija, obvladovanje okolja, smisel v življenju in osebna rast (Pavis in sod., 1993: 3).

Duševna kriza oziroma stiska

Je stanje neravnotežja, ki izhaja iz interakcije dogodka s posameznikovimi ali družinskimi običajnimi mehanizmi obvladovanja težav. Če so mehanizmi neustrezni za uspešno spoprijemanje s situacijo in razrešitev le-te in ima dogodek v očeh posameznika ali družine velik pomen, lahko nastopi duševna stiska oziroma kriza (Taylor, 1986: 625).

Duševna motnja in duševna bolezen

Duševna bolezen ni ista kategorija kot duševna težava ali motnja, s katerimi se srečujemo vsi (stiske, stresni odgovori, motnje razpoloženja, telesne težave, ki imajo duševne vzroke, občasna brezvoljnost itn.), vendar jih odpravimo s spremembo okoliščin, ki so na motnjo (težavo) vplivale, ali pa z mobilizacijo lastnih sil in izkušenj ter tako ponovno vzpostavimo ravnovesje naših duševnih sposobnosti in počutja. Duševna motnja preide v duševno bolezensko težavo ali bolezen v tistem trenutku, ko prične posegati v vse več segmentov posameznikovega življenja in delovanja in takšen posameznik prične spreminjati svoje vedenje, življenjske navade, odzivanje in se sčasoma začne tudi osebno spreminjati (Švab in sod., 1996: 184).

Svetovna federacija za duševno zdravje (WFMH, 2001) opredeli duševno motnjo in bolezen na sledeči način: za duševno motnjo so značilne spremembe mišljenja, volje, vedenja ali njihova kombinacija v povezavi s stisko in/ali neustreznim funkcioniranjem. Duševna bolezen se skupaj nanaša na vse težave z duševnim zdravjem, ki jih je mogoče diagnosticirati in klinično obravnavati, se pravi, kjer sta prisotna strokovna intervencija ali zdravljenje. Na splošno se pojem nanaša na resne težave, kot so shizofrenija, manično-depresivna psihoza, endogena depresija, in ne toliko na primer na blago depresivno epizodo ali anksioznost.

Globalne strategije na področju duševnega zdravja

V tem poglavju bomo omenili tri pomembne dokumente za področje duševnega zdravja, in sicer strategijo Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) Zdravje za vse za 21. stoletje (1998), ki je načrtovana v 21 ciljih, znotraj nje bomo predstavili 6. cilj, ki se izrecno nanaša na duševno zdravje. Naslednji dokument je Svetovno zdravstveno poročilo (2001), v katerem je podanih deset priporočil za delovanje na področju duševnega zdravja v prihodnosti ter usmeritve Nacionalnega programa zdravstvenega varstva RS – zdravje za vse do leta 2004 (NPZV), ki se izrecno nanašajo na področje duševnega zdravja.

Zdravje za vse za 21. stoletje

6. cilj – izboljšanje duševnega zdravja

Do leta 2020 se bo psihosocialno blagostanje ljudi izboljšalo, na voljo in dostopni bodo boljši, obsežnejši servisi za ljudi z duševnimi problemi.

6.1 Prevalenca duševnih bolezni bo postopoma zmanjšana in ljudje bodo imeli višjo sposobnost spoprijemanja s stresnimi dogodki.

6.2 Stopnja samomora bo znižana vsaj za tretjino, z najbolj očitnimi doseženimi zmanjšanimi v deželah in populacijskih skupinah z visoko stopnjo.

Ta cilj lahko dosežemo, če:

- je več pozornosti usmerjene v promocijo in zaščito duševnega zdravja skozi življenje, še posebej v socialno in ekonomsko ogroženih skupinah;
- so življenjska in delovna okolja oblikovana tako, da pomagajo ljudem vseh starosti, da dosežejo občutek koherentnosti, gradijo in ohranjajo socialne vezi in se spoprijemajo s stresnimi situacijami in dogodki;
- so zdravstveni in ostali strokovnjaki izurjeni za zgodnjo detekcijo duševnih težav in v ustrezne intervencije;
- servisi za ljudi s problemi duševnega zdravja zagotavljajo kakovostno oskrbo z ustreznim združevanjem skupnostno in bolnišnično usmerjenih servisov ter posvečajo ustrezno pozornost kriznim intervencijam, manjšinam ter ogroženim skupinam;
- so spoštovane človekove pravice in je izboljšana kakovost življenja ljudi z duševnimi problemi, še posebej tistih s kroničnimi motnjami.

Področja, ki jih SZO predlaga za oblikovanje kazalcev, so sledeča: stopnja samomora; incidenca in prevalenca duševnih motenj kot je shizofrenija, huda depresija, alkoholna psihoza, postravmatska stresna motnja; statistika dostopnosti in uporabe servisov duševnega zdravja (SZO, 2001/a).

Glede tega, da se bo psihosocialno blagostanje ljudi do leta 2020 postopno izboljšalo, lahko odkrito dvomimo. Tudi raziskave namreč kažejo, da se duševno zdravje ljudi postopno slabša. Dejavniki, kot so družbenopolitične spremembe, postopno spreminjanje vrednot, življenje na robu revščine ter nestrpnost vplivajo na duševno zdravje ljudi. Neustrezno je tudi število programov, namenjenih promociji duševnega zdravja.

Med kazalci stanja duševnega zdravja moramo izpostaviti dolgoletno obremenjenost slovenskega naroda z visoko stopnjo samomorilnosti. Od leta 1976 je v Sloveniji preko 30 samomorov na 100.000 prebivalcev. V okviru prizadevanj strokovnjakov, ki so se s problematiko samomora ukvarjali, je bil leta 1970 ustanovljen register samomora in samomorilnih poskusov, leta 1980 je bila ustanovljena prva strokovna telefonska krizna linija Klic v duševni stiski, leta 1990 se je program preprečevanja samomora začel širiti na področja zunaj medicine, leta 1995 je bil v sodelovanju s SZO izdelan nacionalni program preprečevanja samomora. Poleg samomorilne obremenjenosti pa je Slovenija obremenjena s številnimi problemi, povezanimi z alkoholom, ki je poleg vseh drugih posledic tudi tesno povezan s samomorilno ogroženostjo. Lahko rečemo, da je diskurz o samomorilni obremenjenosti Slovencev v našem prostoru prisoten¹, medtem ko so grozote alkoholizma zamolčane, kot da so nujni del nas. Glede uporabe alkohola ni niti javnega interesa in s tem tudi ne sredstev za zbiranje epidemioloških podatkov. Zavedanje javnosti o problemih alkoholizma je na nizki ravni. Glavni cilj alkoholne politike bi bil zmanjšanje problemov, povezanih z alkoholom, česar pa ni mogoče doseči brez zmanjšanja porabe alkohola. Medtem ko je nacionalni program preprečevanja samomora izdelan², pa jasnega programa preprečevanja alkoholizma kljub resnosti problema še danes nimamo oziroma obstajajo le delni zametki le-tega. Naj omenimo še tretji kazalec, in sicer dostopnost in uporabo servisov duševnega zdravja. Če za primerjavo vzamemo nekatere evropske države, na primer Veliko Britanijo, Nizozemsko ali Italijo, potrebujemo decentralizirane mreže servisov, ki bodo ponujale raznovrstne storitve in bodo zamenjale oziroma razširile dosedanje službe duševnega zdravja (Tekavčič-Grad, 1995).

»Duševno zdravje: novo razumevanje, novo upanje«

Tema Svetovnega dneva zdravja leta 2001 kot tudi Svetovnega zdravstvenega poročila je bila prvič po-

¹ Mislimo v kontekstu preventive, medtem ko se v kontekstu človekovih pravic o pravici posameznika da odloča o svojem življenju praktično ne razpravlja.

² V našem prostoru diskurz o pravici posameznika do odločanja o sebi v zvezi s samomorom skoraj ni prisoten. Gotovo pa se bodo z leti tudi v Sloveniji odprle razprave, ali ima posameznik pravico do samomora ali ne.

svečena duševnemu zdravju. Geslo prvega se glasi: »Ustavimo izključevanje. Imejmo pogum za skrb.«, geslo drugega pa: »Duševno zdravje: novo razumevanje, novo upanje.« Če temu dodamo še slovensko geslo ob svetovnem dnevu zdravja 2001 »Vsi različni – vsi enako vključeni«, lahko opazimo antidiskriminacijsko konotacijo.

Obširno Svetovno zdravstveno poročilo na temo duševnega zdravja je SZO izdala zato, da bi okrepila javno in profesionalno zavedanje problema duševnih motenj in njihove cene v humanih, socialnih in ekonomskih terminih. V poročilu je navedenih deset priporočil za delovanje na področju duševnega zdravja v prihodnosti: Ta priporočila so:

Zagotavljanje zdravljenja na primarni ravni zdravstvene dejavnosti

Organizacija in zdravljenje duševnih motenj na primarni ravni je osnovni korak, ki omogoča največjemu številu ljudi lažji in hitrejši dostop do servisov – potrebno se je zavedati, da večina ljudi išče pomoč že na primarni ravni. Za učinkovitejše spopadanje z duševnimi motnjami v osnovni zdravstveni dejavnosti je potrebno, da so vsebine iz duševnega zdravja integralni del kurikulumuma vseh zdravstvenih poklicev, poleg tega pa je potrebno permanentno izobraževanje s področja duševnega zdravja.

Dostopnost psihotropnih zdravil

Za uspešno ohranjanje duševnega zdravja je nujna stalna dostopnost osnovnih psihotropnih zdravil – ki lahko odpravijo simptome, zmanjšajo prizadetost, skrajšajo čas številnih motenj in preprečijo recidiv – na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti.

Skupnostna oskrba

Velike psihiatrične bolnišnice bo v prihodnje zamenjala skupnostna oskrba, psihiatrične postelje pa bodo v okviru splošnih bolnišnic. Skupnostna oskrba ima učinkovitejši izid in boljšo kakovost življenja posameznikov s kroničnimi duševnimi motnjami kot institucionalno zdravljenje. Premestitev bolnikov iz psihiatričnih bolnišnic v skupnostno oskrbo je finančno ugodnejša, omogoča spoštovanje človekovih pravic, zmanjšuje zaznamovanost in omogoča zgodnejše intervencije. Premik k skupnostni oskrbi pa zahteva dostopnost zdravstvenih delavcev in rehabilitacijskih servisov na skupnostni ravni.

Izobraževanje javnosti

Z izobraževanjem javnosti in večjim zavedanjem pogostosti duševnih motenj, njihove ozdravljivosti, procesa okrevanja in človekovih pravic oseb z duševnimi motnjami bi zmanjšali ovire pri zdravljenju in oskrbi duševno bolnih. Dostopne možnosti oskrbe in njihove prednosti naj bodo razširjene v splošni populaciji, skozi strokovnjake, medije, in ustvarjalce poli-

tike. Široko planirane javno izobraževalne kampanje lahko zmanjšajo zaznamovanost in diskriminacijo, zvečajo uporabo servisov duševnega zdravja in približajo duševno in telesno zdravstveno oskrbo.

Vključevanje skupnosti, družin in uporabnikov

Uporabniki, družine in skupnost naj bodo vključeni v razvoj in odločanje o politiki, programih in servisih. To bo pripomoglo, da bodo servisi bolj prilagojeni potrebam uporabnikov in bolje uporabljeni. Intervencije naj upoštevajo starost, spol, kulturne in socialne razmere, da bodo primerne za uporabnika in njegovo družino.

Ureditev nacionalne politike, programov in zakonodaje

Pravna ureditev področja duševnega zdravja je nujna, temeljiti mora na tekočem znanju in človekovih pravicah. Povečati bi bilo potrebno sredstva, namenjena programom duševnega zdravja. Reforme duševnega zdravja naj bodo del širših reform zdravstvenega sistema. Sheme zdravstvenega zavarovanja naj ne bodo diskriminatorne do ljudi z duševnimi motnjami.

Razvoj človeških virov

Povečati je potrebno izobraževanje strokovnjakov s področja duševnega zdravja, ki bodo zagotavljali specializirano oskrbo ter tudi podpirali programe na primarni ravni. Specializirani timi za duševno zdravje v idealnem primeru vključujejo medicinske in nemedicinske strokovnjake, kot so psihiatri, klinični psihologi, psihiatrične medicinske sestre, socialni delavci in delovni terapevti, ki si skupaj prizadevajo za popolno oskrbo in integracijo oseb z duševno motnjo v skupnosti.

Povezovanje z drugimi sektorji

Za izboljšanje duševnega zdravja v skupnosti naj bodo poleg zdravstvenega vključeni tudi ostali sektorji, kot so izobraževanje, delo, socialno skrbstvo, zakon, nevladne organizacije. Nevladne organizacije naj bodo aktivnejše, z boljše opredeljenimi vlogami in naj nudijo večjo podporo lokalnim pobudam.

Spremljanje duševnega zdravja v skupnosti

Spremljanje duševnega zdravja v skupnosti naj vključuje kazalce duševnega zdravja v zdravstveno informacijskem sistemu. Kazalci naj vključujejo število oseb z duševnimi motnjami in kakovost njihove oskrbe ter tudi nekatere splošne meritve duševnega zdravja v skupnosti. Spremljanje duševnega zdravja omogoča določanje trendov in sprememb duševnega zdravja glede ne zunanje dogodke, kot so na primer katastrofe. Spremljanje je nujno za oceno preventive duševnega zdravja in programov zdravljenja in okrepi argumente za zagotavljanje višjih sredstev. Potreb-

no je oblikovati nove kazalce duševnega zdravja v skupnosti.

Podpora raziskovanju

Za boljše razumevanje duševnih motenj in razvoj učinkovitejših intervencij je potrebno povečati število raziskav bioloških in psihosocialnih vidikov duševnega zdravja. Raziskovanje naj poteka na mednarodni ravni, kar omogoča preučevanje variacij med različnimi okolji in preučevanje dejavnikov, ki vplivajo na vzrok, potek in izid duševnih motenj (SZO, 2001/b).

Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije (NPZV) – zdravje za vse do leta 2004

V okviru usklajevanja razvoja zdravstvenega varstva z globalnimi usmeritvami razvoja v državah Evropske unije in upoštevanje direktiv Svetovne zdravstvene organizacije se kaže vse večji poudarek na preventivnih programih za krepitev zdravja in preprečevanje bolezni. V uvodu Programa je zapisano: »Odločamo se za zdravstveno politiko, katere cilj je, da imajo vsi prebivalci Slovenije zagotovljeno zdravo rast, telesni in duševni razvoj, ter da ostanejo čim dlje zdravi, polno sposobni prispevati k razvoju družbe. Država pa mora ustanoviti takšne pogoje življenja družin in posameznikov, da bodo za zdravje lahko skrbeli. Ti pogoji so predvsem kreativno in dostojno plačano delo, ki bo posameznika zadovoljevalo ter mu omogočalo kvalitetno življenje nad ravnjo revščine, da bo imel dovolj časa in sredstev za telesno in duševno rekreacijo, za počitek ter da bo živel v ljudem prijaznem okolju, tolerantnem do vseh različnosti v družbi« (str. 6650).

Med strategijami in razvojnimi usmeritvami zdravstvenega varstva, ki eksplicitno obravnavajo duševno zdravje oziroma bolezen, je med prednostne naloge v procesu vstopanja v Evropsko unijo eden izmed ukrepov spreminjanja zdravju škodljivih vzorcev vedenja »Izboljšanje duševnega zdravja«. V tem poglavju je zapisano: »Izdelali in uresničevali bomo programe za zdravo duševno življenje, predvsem otrok in mladine, s spodbujanjem vključevanja v programe za obvladovanje stresov zaposlenih na delovnem mestu in ostarelih« (str. 6670).

V odstavku »Poboljšanje skrbi« pa je zapisano: »Izdelali bomo programe skupnostne skrbi za ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki jih bodo izvajale nevladne organizacije s področja duševnega zdravja. Programi bodo usmerjeni na področje rehabilitacije in preventive, s posebnim poudarkom na reševanje kriznih situacij. Programi nevladnih organizacij za duševno zdravje bodo prispevali k zmanjšanju stopnje hospitalizacije duševno bolnih in omogočanju kakovostnejšega bivanja v skupnosti« (str. 6665).

vsi	drugačni
vsi	na papirju (enakopravni)

Sl. 1. Izsek iz reklamnega plakata ob izidu knjige Darje Završek: *Hendikep kot kulturna travma*.

V programu je zapisano, da bo država poskrbela za to, da bodo imeli vsi državljani možnost za razvoj duševnega zdravja na visoki ravni. Morda si na tem mestu lahko v razmislek sposodimo geslo s plakata Podobe hendikepa Založbe / *cf (sl. 1).

Od psihiatrične institucije k duševnemu zdravju v skupnosti

Primerjava današnje situacije na področju duševnega zdravja v Sloveniji s priporočili SZO kaže potrebo po radikalnih spremembah. Med paradigmi skrbi v našem prostoru še vedno prevladuje tako imenovana klasična institucionalna psihiatrija. V to kategorijo lahko vključimo šest regionalno neenakomerno razporejenih psihiatričnih bolnišnic, poleg bolnišnic z različnimi enotami in dejavnostmi imamo večje število psihiatričnih ambulant ter specializirane socialne zavode. Tudi finančna sredstva, ki so namenjena področju duševnega zdravja, pripadejo tem institucijam. Takšne oblike skrbi pa so že desetletja predmet ostrih kritik. Antipsihiatrična gibanja, ki segajo v 60. leta prejšnjega stoletja, opozarjajo na nekatere škodljive učinke tovrstnih ustanov. Od takrat do danes so številni avtorji škodljivost nazorno prikazali v svojih tekstih. Med njimi je potrebno omeniti Goffmanovo knjigo *Azili* (1961) in Foucaultovo *Zgodovino norosti v času klasicizma* (1962), Flakerjevo *Odpiranje norosti: vzpon in padeč totalnih ustanov* (1998), Tatjane Lamovec *Kako misliti drugačnost* (1999) in številne druge.

V skladu z naslovom teksta in glede na nelagodje, ki ga je mogoče občutiti v pogovoru ali ob branju tekstov o deinstitutionalizaciji v našem prostoru, se je smiselno nekoliko dlje ustaviti pri zamisli deinstitutionalizacije, katere zametki se kažejo tudi na naših tleh. Flaker (1998) deinstitutionalizacijo opredeli kot premik iz azila v družbo, trend zmanjševanja hospitalizacij in časa, preživetega v bolnišnici, ter hkrati kot družbeno gibanje, ki si prizadeva za ta premik. Mislimo na družbene okoliščine, ki so prispevale k odpravi totalitarnih ustanov in iskanju skupnostnih alternativ skrbi za ljudi, ki jo potrebujejo. Pomeni tudi konkretno ideologijo, ki se je izražala v kritikah, programih in zavestnih inovacijah na področju duševnega zdravja in drugod. Hkrati pa ne pomeni zgolj zapiranje velikih bolnišnic (dehospitalizacija). Proces deinstitutionalizacije je proces, ki kljub dolgi zgodovini še dolgo ne bo končan (str. 157–8).

Države, ki so proces deinstitutionalizacije začele že pred desetletji, so se srečevale s številnimi težavami. V Veliki Britaniji so v sedemdesetih in osemdesetih letih ugotavljali, da je vzporedno z zmanjševanjem števila postelj v bolnišnicah naraslo število bivših pacientov v skupnosti in da so mnogi med njimi v slabšem položaju kot prej, ker nimajo socialnih spretnosti za življenje zunaj institucije. Družine in skupnost niso bili pripravljeni na deinstitutionalizacijo duševno bolnih, zato so nekatere sprejeli v druge bolnišnice, veliko pa jih je ostalo brez doma. Ugotavljali so, da je bila tranzicija iz institucij v skupnost slabo načrtovana, zato veliko ljudi sploh ni dobilo pomoči. Zato so v devetdesetih vlado zadolžili za ustanovitev dejanske skupnostne oskrbe. To je vzpodbudilo razvoj lokalno usmerjenih servisov in sodelovanje zdravstvenih in socialnih servisov, privatnega ter prostovoljnega sektorja. Da bi se izognili fragmentirani oskrbi, so uvedli tudi koordinacijo med udeleženi sektorji. Bolnišnični oddelki pa so ostali le za najtežje bolnike, za katere v skupnosti ni bilo ustrezne alternative (Nolan, 1992).

Seveda je tako kot proces institucionalne oblike skrbi tudi proces deinstitutionalizacije podvržen številnim kritikam. Deinstitutionalizacija ima lahko negativne učinke, lahko povzroči veliko trpljenje, če je slabo zasnovana in slabo izvedena. To pa ne pomeni, da je sama ideja deinstitutionalizacije slaba. Neustrezna finančna podpora, odsotnost profesionalne in politične predanosti in profesionalna inertnost lahko vodijo v neustrezno število ustreznih alternativnih načinov oskrbe, neustrezno izobraževanje osebja, sporadične povezave med oskrbo in zdravljenjem ter neustrezno kontinuiteto oskrbe.

Večina oseb z duševno motnjo potrebuje dolgotrajno pomoč. Zgodnje odpuščanje iz bolnišnic pomeni, da je več akutno bolnih v skupnosti, posledica neustrezne skrbi pa so ponovne hospitalizacije in porast števila kroničnih duševnih bolnikov, ki živijo kot brezdomci. Pogosto vračanja oseb z duševno motnjo v bolnišnico v strokovni literaturi poimenujejo z izrazom »sindrom vrtečih se vrat«³: oseba je odpuščena iz psihiatrične bolnišnice v skupnost, kjer pomoč prejme ali ne, in kmalu pride spet do hospitalizacije in tako se krog ponavlja.

Za razliko od centraliziranega sistema skrbi, ki se je odvijal znotraj institucij, so servisi duševnega zdravja razvrščeni v skupnosti. Za razliko od centraliziranega sistema gre za manjše, lokalne enote, ki nudijo širok razpon servisov, saj so potrebe oseb z duševno motnjo številne, odvisne od obdobja bolezni in drugih dejavnikov. Za zagotavljanje celostne oskrbe so potrebni različni servisi; tisti, ki okrevajo, potrebujejo pomoč, da ponovno razvijejo svoje sposobnosti in zopet zavzamejo svoje mesto v družbi. Tisti, ki le delno okrevajo, potrebujejo pomoč pri tekmovanju v

odprti družbi (stanovanje, pravna pomoč, socialno-ekonomska pomoč). Zaradi raznovrstnih potreb so v upravljanju duševnih motenj še posebej pomembni multidisciplinarni timi (psihiatri, medicinske sestre, delovni terapevti, klinični psihologi, prostovoljci), ki so kos kompleksnim potrebam oseb z duševnimi motnjami in njihovih družin na različnih stopnjah zdravja (SZO, 2001/b: 55–6).

Decentralizacija iz institucije v skupnost potrebuje povsem novo filozofijo in ne le premik iz enega okolja v drugo. Zato je potrebno podpreti raziskovanje za razumevanje duševnih motenj in odkrivanje učinkovitih intervencij. Ravni zdravljenja morajo biti takšne, da krepijo kakovost življenja in ne onesposablajo klientov. Če je premik k skupnostni skrbi učinkovitejša delovanje za prednosti duševno bolnih klientov, morajo imeti dostop do načina bivanja, ki si ga lahko privoščijo in do redne zaposlitve; potrebujejo prihodke, ki so ustrezni za zdrav in smiseln življenjski slog. Potrebujejo pomoč pri krepitvi sposobnosti in zviševanju samospoštovanja, da lahko napredujejo v svoji neodvisnosti. Predvsem potrebujejo podporo strokovnjakov, ki lahko spodbujajo, pomirijo in intervenirajo, kadar je potrebno (Taylor, 1986; Nolan, 1992).

V pregledu literature lahko zasledimo tako pozitivne kot tudi negativne izkušnje držav, v katerih je deinstitutionalizacija realnost. Mi verjamemo v pozitivne učinke dobro zastavljene in izpeljane deinstitutionalizacije, saj so bile koristi v skupnostih, kjer je bila deinstitutionalizacija skrbno načrtovana, očitne, in posamezniki, ki so bili prej v dolgotrajni bolnišnični oskrbi, so se uspešno znova integrirali v skupnost.

Direktive Evropske unije na področju duševnega zdravja so usmerjene v zapiranje velikih psihiatričnih ustanov in v organizacijo skupnostnih služb, ki so uporabnikom bistveno dostopnejše in prijaznejše. Situacija v Sloveniji na tem področju kaže na potrebo po korenitih spremembah. Pri tem ne mislimo, da je potrebno psihiatrične bolnišnice naenkrat zapreti, ker jih ne potrebujemo, ampak mislimo na postopno zmanjševanje števila postelj v bolnišnicah. Švabova opredeli kot bistveno oviro za delovanje skupnostnih služb za duševno bolne prav neurejeno zakonodajo. Za ustrezno delovanje skupnostnih služb bi bilo namreč nujno potrebno zagotoviti nepretrgano financiranje skupnostnih programov. Sprejeti bi bilo potrebno celovito zakonodajo na področju duševnega zdravja, ki bo urejala pravice duševno bolnih do rehabilitacije, njihove pravice v času rehabilitacije in varovanje temeljnih človekovih pravic. Posebej pomembno se zdi zagotoviti duševno bolnim pravico do načrtovanja skrbi, še zlasti potem, ko zapustijo bolnišnico (Švab in sod., 1996: 202; Švab 2001: 63).

V Sloveniji se postopno oblikujejo organizacije, ki s svojimi programi prispevajo k razvoju in uveljavitvi skupnostnih služb, sodelujejo pri zamisli o deinstitutionalizaciji, ki se kaže kot prizadevanje, da bi čim večje število oseb iz ustanov vključili v skupnost. La-

³ Iz angl. revolving door phenomenon.

movčeva (1999) v tem kontekstu govori o organizacijah, ki v psihosocialnem smislu dopolnjujejo psihiatrično obravnavo, v to kategorijo umešča organizacije kot so ŠENT, OZARA, ALTRA. V drugo kategorijo pa umešča organizacije ki jih vodijo uporabniki sami – v našem prostoru je takšna organizacija PARADOX – kar omogoča uporabniku, da prevrednoti odnos do sebe. V tovrstnih organizacijah ni več delitve na zdrave in bolne, v njih vlada načelo samopomoči, vzajemne pomoči. Njihov končni cilj je opolnomočenje, kar pomeni enakopravnost z drugimi državljani, po drugi strani pa pomeni zagotovitev vsega, kar uporabniku omogoča samostojno in kvalitetno življenje (str. 65–7).

V okviru omenjenih nevladnih organizacij obstajajo zaposlitveni projekti, dnevni centri, stanovanjske skupine, izobraževalni programi, rekreativne dejavnosti in druge. V organizaciji ŠENT se je razvil model skrbi, ki ga Švabova (2001) opredeli kot »načrtovanje skrbi v multidisciplinarni delovni skupini, ki jo sestavljajo bolnik, njegovi svojci, socialni delavec, pedagog, psihiater ali medicinska sestra, patronažna medicinska sestra ali zdravnik v osnovnem zdravstvenem varstvu in delovni terapevt (delovna skupina vključuje tiste strokovnjake, ki nudijo podporo ali zdravijo bolnika). Temeljni cilj načrtovanja skrbi je v največji možni meri povečati bolnikovo samostojnost. Poglavitni način dela je učenje vsakdanjih, socialnih ali zaposlitvenih spretnosti« (str. 62).

Organizacije, ki smo jih predstavili, so samo delček mreže skupnostnih služb, ki jih je potrebno vzpostaviti na nacionalni ravni. Pod razvite skupnostne službe spadajo manjše, geografsko enakomerno razporejene, s tem tudi dostopnejše psihiatrične enote z mrežo raznovrstnih storitev, med njimi naj omenimo uresničevanje pravice uporabnikov do zagovornika. V skupnostne službe spada tudi osnovno zdravstveno varstvo (zdravniki in patronažne medicinske sestre), centri za socialno delo, zavodi za zaposlovanje, družinska oskrba⁴. V razvite skupnostne službe spada tudi posebna skrb za ogrožene skupine prebivalstva (zlorabljeni v otroštvu, brezdomci, manjšine, tujci, revni, brezposelni, socialno izolirani), ker te skupine predstavljajo največje število oseb z duševno motnjo. Pravico do kakovostne oskrbe imajo prav tako številni kronično bolni, ki niso sposobni za samopomoč.

Izzivi zdravstvene nege

V zgodovini psihiatrične zdravstvene nege predstavlja življenje in delo Hildegard Peplau mejnik v psihiatrični zdravstveni negi, poznavalci njenega dela jo v prispevku k spremembam v zdravstveni negi postavljajo na prvo mesto za Florence Nightingale. Pravijo ji tudi mati psihiatrične zdravstvene nege. Njena knjiga

iz leta 1952 z naslovom Medsebojni odnosi v zdravstveni negi predstavlja osnovo za razumevanje temeljev psihiatrične zdravstvene nege. H. Peplau opredeli zdravstveno nego kot značilen terapevtski medosebni proces, ki s pomočjo učenja vodi in pospešuje razvoj osebnosti (Bohinc, Cibic 1995: 42). Njen model medosebnih odnosov je temelj sodobnih pojmovanj odnosa med medicinsko sestro in pacientom.

Poleg Peplauove si oglejmo še opredelitev Škerbinckove (1998), ki v tekstu z naslovom Pasti psihiatrične zdravstvene nege piše: »Psihiatrična zdravstvena nega je predvsem proces človeške komunikacije, ki vključuje dva človeka: medicinsko sestro in bolnika oziroma varovanca, njun odnos, sodelovanje in interakcije. Osnovni namen tega odnosa je bolniku pomagati do večje uspešnosti in zadovoljstva v življenju. Njeno delo je splet ukrepov, namenjenih zagotavljanju terapevtskega okolja, ukvarjanja s telesnimi, duševnimi in socialnim problemi bolnika, pogosto pomeni tudi pristajanje na regresivno vedenje bolnika do postopnega utrjevanja zrejšega ravnanja v skladu s pričakovanji glede na starost, zrelostno stopnjo in seveda napredek v zdravljenju. Psihiatrična zdravstvena nega pogosto pomeni pomoč pri zagotavljanju zadovoljevanja telesnih potreb bolnikov, je učenje in zdravstvena vzgoja bolnikov in njihovih najbližjih, opravljanje psihoterapevtskega dela ter organiziranje in vodenje delavcev, ki zagotavljajo oskrbo bolnikov« (str. 182).

Psihiatrična zdravstvena nega se je v zadnjih desetletjih spoprijemala s številnimi izzivi, s katerimi so se psihiatrične medicinske sestre uspešno spoprijemale, razvile so dokumentacijo zdravstvene nege, uvedle procesno metodo dela, izdelale so filozofijo in standarde psihiatrične zdravstvene nege ter uvedle raziskovanje. Na začetku novega stoletja pa so psihiatrične medicinske sestre pred novimi izzivi. Eden od aktualnih je uvedba negovalnih diagnoz v prakso.

Predvidevamo lahko, da se bo s trendi na področju duševnega zdravja spreminjala tudi zdravstvena nega na tem področju⁵. Današnja psihiatrična zdravstvena nega je usmerjena v psihiatrične ustanove oziroma klinike. Z razvojem skupnostne psihiatrije lahko pričakujemo, da se bo dejavnost psihiatričnih medicinskih sester razširila v skupnost⁶. To pomeni, da se bo njihova vloga bolj približala samemu konceptu promocije duševnega zdravja, ki vključuje tri glavne elemente:

- Zdravstvena vzgoja: informiranje o determinantah zdravja in načinih, na katere je zdravje lahko zaščiteno in izboljšano.
- Preventivni programi in aktivnosti z namenom preprečevanja šibkega zdravja, bolezni, nesreč.

⁴ Oseba z duševno motnjo živi v tuji družini, obiskuje jo medicinska sestra iz psihiatrije.

⁵ Morda se bo psihiatrična zdravstvena nega tudi preimenovala, kot se je v angl. iz psychiatric nursing v mental health nursing.

⁶ Iz angl. community mental health nurse.

- Zaščita zdravja vsebuje vrsto ukrepov v okolju, legalnih, finančnih, političnih, ekonomskih in socialnih ukrepov, ki promovirajo zdravje. Zagotavljanje okolja, ki vodi v pozitivno zdravje (McCulloch, Boxer, 1997: 5).

Promocija duševnega zdravja je razvijanje pozitivnega duševnega zdravja v skupnosti na splošno in ne zgolj za posameznike z motnjami duševnega zdravja. Vključuje samopomoč, zagotavljanje servisov in organizacijske sposobnosti. V okviru koncepta promocije duševnega zdravja je posameznikovo duševno zdravje neločljivo povezano z odnosi z drugimi, njihovim življenjskim slogom ter dejavniki okolja, ki vplivajo nanj, in s posameznikovo stopnjo obvladovanja lastnega življenja (Sheffield Mental health promotion Group, 1992, cit po McCulloch, Boxer, 1997: 9–10).

Promocija zdravja je aktiven proces, vključuje niz akterjev in strategij; zdravstvena nega je ena od disciplin, ki prispevajo k promociji. Medicinske sestre imajo znanja, ki so potrebna za delovanje na vseh treh ravneh prevencije duševnih motenj, in sicer na ravni primarne prevencije, ki pomeni delovanje na ravni celotne populacije, na ravni sekundarne prevencije, ki pomeni delo z ogroženimi skupinami in tudi na terciarni ravni, ki pomeni delo s populacijo, pri kateri so duševne motnje že razvite in kjer je cilj delovanja zmanjševanje posledic duševnih motenj in zagotavljanje kakovosti življenja.

Promocija zdravja je skrb posameznikov in družbe za zdravje, za kar pa morajo imeti določene možnosti. Zato je potrebno na nacionalni ravni zagotoviti, da bo stopnja zdravja ljudi vsaj tako visoka, da bodo sposobni produktivno delati in da bodo aktivno sodelovali v družbenem življenju v skupnosti, v kateri živijo. To pomeni, da se zdravje prične doma, v šoli in na delu. Tam, kjer ljudje živijo in delajo, se zdravje proizvaja ali prelomi. To pomeni, da bodo ljudje uporabljali boljši pristop za preprečevanje bolezni, pomeni tudi, da se bodo ljudje zavedali, da imajo moč, da oblikujejo svoje življenje in življenje njihove družine (SZO, 1981: 31–2).

Obstajajo tudi nekatera pomembna področja promocije zdravja, ki bodo vse bolj aktualna in na katerih bi bile medicinske sestre lahko uspešne. Eno od takšnih področij je na primer učenje obvladovanja stresov. Učinek stresa, ki mu je človek izpostavljen, je odvisen tudi od tega, kako se je sposoben z njim soočiti. Obvladovanje stresa – utrjevanje dejavnikov, ki zmanjšajo škodljiv vpliv dejavnikov tveganja za stres – pomeni obvladovanje vsakdanjega življenja.

Drugo, po našem temeljno področje promocije duševnega zdravja, je promocija zdravih medosebnih odnosov in znotraj nje učenje kakovostnega starševstva. Družina je prostor, kjer se razvija otrokova osebnost, prostor, kjer se gradijo temelji duševnega zdravja. Zato je vloga družine tako pomembna, da skozi harmonične netravmatične odnose dvigne otrokovo samopodobo do takšne stopnje, da se bo lahko v življenju kon-

struktivno spoprijemal s težavami, se bo s stresom sposoben soočiti in ga premagati. Samopodoba namreč vpliva na samoučinkovitost, samospoštovanje, na zdravje, produktivnost ter kakovostne medosebne odnose.

Taylorjeva (1986) ugotavlja, da je na deklarativni ravni preventiva duševnih motenj najbolj učinkovita, zaradi omejenih sredstev pa je manjše zanimanje za investiranje v tovrstne programe. Pozornost je usmerjena v že aktualne, očitne probleme, namreč v zdravljenje že duševno bolnih. Preventivni programi so namenjeni spremembam v okolju ali v pomoč posamezniku, družini in skupnosti, da okrepijo ali spremenijo mehanizme spoprijemanja.

Z družbenimi spremembami se bo tudi v našem prostoru pojavila težnja k aktivni promociji duševnega zdravja, ki naj bi imela prednost pred usmerjenostjo k duševnim boleznim in preprečevanjem le-teh. Vloga psihiatrične zdravstvene nege in medicinskih sester na tem področju se sčasoma lahko bistveno spremeni, kar pa je odvisno predvsem od delovanja medicinskih sester samih. Medicinske sestre so lahko nosilke novih družbenih idej, alternativnih pristopov, delovanja v zasebni praksi, ustanavljanja skupin za samopomoč. Lahko organizirajo projekte krepitev zdravja, lahko delujejo na področju spoštovanja človekovih pravic ter opolnomočenja uporabnikov psihiatrije. Za delovanje na novih, še neustaljenih področjih, je potrebna večja zavzetost, določena stopnja kritičnega mišljenja, da potrebo po spremembah sploh zaznamo, in da smo dovolj motivirani, da se spoprimemo z njimi.

Bandmanova (1988) opredelita kritično mišljenje v zdravstveni negi kot racionalni premislek o idejah, povzetkih, predpostavkah, načelih, argumentih, zaključkih, problemih, izjavah, prepričanjih in akcijah. Je mišljenje, s katerim analiziramo uporabo jezika, formuliramo probleme. Medicinske sestre kritično razmišljajo s postavljanjem kritičnih vprašanj, s preiskovanjem, razmišljanjem in reševanjem kompleksnih problemov (str. 5–7).

Razvoj kritičnega mišljenja in s tem stroke si je težko zamišljati brez ustreznega izobraževanja kadra, kar je v Sloveniji pereč problem. V peti prilogi Dolgoročnega programa splošnega razvoja zdravstvene nege (1994), ki se nanaša na izobraževanje za zdravstveno nego, je zapisano: »Z razvojem stroke zdravstvene nege in ustrezno habilitiranimi visokošolskimi učitelji na področju zdravstvene nege naj bi fakultetni študij zdravstvene vzgoje prerasel v fakultetni študij zdravstvene nege« (str. 10). Glede na to, da so imele v Sloveniji višje medicinske sestre leta 1993 možnost vpisa na univerzitetni program zdravstvene vzgoje, danes pa imajo le možnost triletnega visokošolskega strokovnega programa, lahko rečemo, da je situacija na področju izobraževanja zaskrbljujoča, če ne že alarmantna. Univerzitetni program zdravstvene vzgoje so zadnje medicinske sestre zaključile leta 1998. Dokler medicinske sestre ne bodo imele možnosti pridobitve akademske izobrazbe iz zdravstvene nege, ne moremo pri-

čakovati bistvenega napredka na ravni kritičnega mišljenja v zdravstveni negi, s tem tudi ne obširnih raziskovalnih projektov oziroma osnovanja prakse na raziskovanju, kar je za razvoj stroke izredno potrebno. Naj navedemo še nekaj citatov iz Dolgoročnega programa splošnega razvoja zdravstvene nege, ki nakazujejo potrebo po izobraževanju kadra: »Kakovost zdravstvene nege in njena prihodnost sta v veliki meri odvisni od raziskovalnega dela, ki mora biti zasnovano tako, da generira posodobljena in organizirana znanja na področju zdravstvene nege. (...) Medicinske sestre bodo sodelovale v raziskovanju ali vodile raziskovanje z vidika zdravstvene nege o širših problemih zdravja in boleznih, postopkih, vodenju, oblikovanju zdravstvene politike in izobraževanju. Raziskovanje bo postalo sestavni del dela medicinskih sester. (...) Vodenje organizacijskih sistemov zdravstvene nege, pedagoško delo in raziskovanje zdravstvene nege bodo opravljali diplomanti akademske stopnje izobraževanja (Dolgoročni program, 1994: 1–3).

Vse te usmeritve so racionalne, vendar brez možnosti fakultetnega izobraževanja, se pravi v današnji situaciji v Sloveniji, povsem neizvedljive.

Sklep

Za sklep si za izhodišče lahko sposodimo besede Goršetove (1994) iz zanimivega poročila o obisku v psihiatričnih bolnišnicah Maudsley in Bethlem v Londonu, kjer pravi: »Ključne za oceno kakovosti zdravstvene nege bolnikov na psihiatriji so izkušnje in opažanja tistih, ki jo potrebujejo.« (str. 52). Gre za radikalen premik od absolutne vednosti strokovnjakov in zanemarjanja pobud uporabnikov psihiatrije do iskanja novih, boljših alternativ, v katere je uporabnik aktivno vključen. Na deklarativni ravni lahko rečemo, da po tem načelu psihiatrične institucije tudi delujejo. Kakšna je resnica, pa bi bilo smiselno oziroma nujno poleg avtorefleksije, ki jo je Peplauova ves čas poudarjala, vprašati uporabnike institucije. Ta točka bi bila lahko izhodišče za smiselno izgradnjo prihodnosti na področju duševnega zdravja.

Literatura

1. Bandman LE, Bandman B. Critical thinking in nursing. California: Appleton & Lange, 1988.
2. Bohinc M, Cibic D. Teorija zdravstvene nege. Ljubljana: Didakta, 1995.
3. Dolgoročni program splošnega razvoja zdravstvene nege. Obzor Zdr N 1994; 28: 1–12.
4. Flaker V. Odpiranje norosti: vzpon in padec totalnih ustanov. Ljubljana: Založba / *cf., 1998.
5. Foucault M. Zgodovina norosti v času klasicizma. Ljubljana: Založba / *cf., 1998.
6. Goffman E. Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates. New York: Anchor Books, 1961.
7. Gorše-Muhič M. Poročilo o strokovnem obisku v psihiatričnih bolnišnicah Maudsley in Bethlem v Londonu. Obzor Zdr N 1994; 28: 51–8.
8. Komadina D. Javnozdravstveni terminološki glosar. Ljubljana: Zaveza za zdravstveno varstvo, 1994: 31–2.
9. Marušič A. Kako svetla je lahko prihodnost na področju duševnega zdravja? Zdrav Var 2001; 40: 5–7.
10. McCulloch GF, Boxer J. Mental health promotion: policy, practice and partnerships. London: Bailliere Tindall, 1997.
11. Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – zdravje za vse do leta 2004 (NPZV). Ur. l. RS 49/6.6.2000.
12. Nolan P. A history of mental health nursing. Stanley Thorne, 1992.
13. Pavis S, Secker J, Cunningham BS, Masters H. Mental health: what do we know, how did we find it out and what does it mean for nurses? Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 1989; 5: 1–10.
14. Škerbinek L. Pasti psihiatrične zdravstvene nege. Obzor Zdr N 1998; 23: 181–3.
15. Švab V. Skupnostna skrb za osebe s hudimi duševnimi motnjami. Zdrav Var 2001; 40: 61–4.
16. Švab V, Gorše Muhič M, Mrevlje GV. Duševno bolne osebe. V: Kraševac-Ravnik E (ur.). Varovanje zdravja posebnih družbenih skupin v Sloveniji. Ljubljana: IVZ RS: Slovenska fondacija, 1996: 183–207.
17. Taylor CM. Essentials of psychiatric nursing 12th ed. St. Louis, Toronto, Princeton: The C.V. Mosby Company, 1986.
18. Tekavčič-Grad O (ur.). How to Reduce Suicid in Slovenia? The proposal of the national programme for suicide prevention. National and international perspectives. Copenhagen: WHO, 1995.
19. WFMH. The world mental health day. Oktober, 2001. [Http://www.wfmh.org/wmhd/2001/sec3_pt3_4_glossary.html](http://www.wfmh.org/wmhd/2001/sec3_pt3_4_glossary.html).
20. WHO. Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Geneva: WHO, 1981.
21. WHO. 21 targets for the 21st century and suggested areas for formulating indicators. Oktober, 2001/a. [Http://www.who.int/21.whr/2001](http://www.who.int/21.whr/2001).
22. WHO. The World Health Report 2001. Oktober, 2001/b. [Http://www.who.int/whr/2001](http://www.who.int/whr/2001).