

Strokovni članek / Professional article

**KOORDINIRANA OBRAVNAVA V SKUPNOSTI****COORDINATED TREATMENT IN A COMMUNITY***Klavdija Kobal Straus, Tanja Vidmar***Ključne besede:** koordinator, obravnava v skupnosti, Zakon o duševnem zdravju, duševno zdravje, osebni načrt**Key words:** coordinator, community treatment, Mental Health Act, mental health, personal plan**IZVLEČEK**

**Izhodišča:** Z duševnimi motnjami/bolezni se dnevno srečuje veliko ljudi, ki potrebujejo pomoč in spodbudo pri različnih aktivnostih. V preteklosti je bila najpogostejša oblika pomoči osebam, ki niso zmogle samostojnega življenja v družbi, namestitve v različne oblike institucionalnega varstva. Danes je na vseh področjih zadovoljevanja potreb posameznika velik poudarek na individualizaciji storitev in vzpostavljanju možnosti, ki bi posameznikom čim dlje omogočale življenje v domačem okolju, v skupnosti. Zakonodaja na področju duševnega zdravja uvaja tudi nove profile, ki pa pogosto prav med potencialnimi uporabniki, širšo družbo in tudi institucijami s področja skrbi za človeka, kjer bi bili lahko najbolj koristni, še vedno ostajajo neprepoznani.

**Metoda:** Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda. Literatura je bila iskana z uporabo ključnih besed: koordinator, obravnava v skupnosti, zakon o duševnem zdravju, duševno zdravje, osebni načrt, načrt obravnave v skupnosti. V empiričnem delu je bil uporabljen osebni načrt, ki temelji na tehniki delno strukturiranega intervjuja. Uporabljen je bil priložnostni vzorec šestih uporabnikov storitev obravnave v skupnosti. Intervjuji so bili izvedeni v obdobju april–junij 2010.

**Rezultati:** Povprečna starost priložnostno izbranih sodelujočih v raziskavi je 36 let. Uporabniki storitev obravnave v skupnosti so v proces obravnave v skupnosti najpogosteje vključeni na predlog centra za socialno delo, ki je obenem tudi institucija, ki jo uporabniki najpogosteje vključujejo kot institucijo pomoči pri uresničevanju svojih ciljev. Najpogosteje zastavljeni cilji uporabnikov v osebni načrtu so zaposlitev, ureditev stanovanjskih razmer in pogovor s psihiatrom.

**Diskusija in zaključek:** Osebe z duševno motnjo/bolezni se pogosto srečujejo z ovirami, ki jih same ne morejo oz. ne znajo premagati, kar jim onemogoča, da bi si oblikovali življenje po lastni meri. Koordinator obravnave v skupnosti je oseba, ki s privolitvijo uporabnika krepi njegovo moč na ključnih točkah, ki omogočajo opolnomočenje posameznika.

**ABSTRACT**

**Introduction:** A large number of individuals suffering from mental disorders/illnesses need support and encouragement to perform various activities. In the past, the people who were unable of independent functioning in the society were most commonly placed into sustainable institutionalised care. Recently, there have been shifts in long-term care with emphasis on individualized home-based care services allowing to continue living in the comfort of one's own home environment for as long as possible. The legislation in the field of mental health is introducing new professionals who, however, often remain unrecognised by their potential beneficiaries.

**Method:** The article is based on a descriptive method of work. The data used in this paper were acquired by analyzing written sources found by using the following key words: coordinator, community treatment, Mental Health Act, mental health, personal plan, and community treatment plan. The data shown in the empirical part are based on the method of personal plan developed through a partially structured interview. A convenience sample of six community-treatment users was used. The interviews were conducted in the period between April and June 2010.

**Results:** The average age of the research participants is 36 years. The users are most often included in the community treatment process upon the motion of the social work office. The latter is also the institution to which most of the users would turn to for help in achieving their goals. The most common goals of the users set in their personal plans are finding a job, solve their housing problems and conversation with a psychiatrist.

**Discussion and conclusion:** People suffering from mental disorders/illness often face obstacles they can not deal with on their own. Consequently they can not lead the life according to their own choice. A community treatment mediator is a person, who, by the user consent, reinforces their power on the crucial points, thereby enabling their empowerment.

Klavdija Kobal Straus, dipl. m. s., spec. managementa, e-naslov: klavdija.straus@siol.net

Tanja Vidmar, dipl. soc. delavka, mag.

Obe: Dom upokojencev Idrija, Arkova 4, 5280 Idrija

## Uvod

Duševno zdravje je osnova, ki posamezniku omogoča, da uresniči svoje intelektualne in čustvene zmožnosti, zadovolji svoje potrebe ter najde svojo vlogo v družbi, šoli in na delovnem mestu (Zelena, 2005). Danes naj bi po svetu kar 450 milijonov oseb trpelo zaradi duševnih motenj/bolezni (Investing, 2003). Tako visoka pojavnost duševne motnje/bolezni uvršča med enega glavnih vzrokov obolevnosti in invalidnosti. Zdravljenje je uspešno, vendar dve tretjini ljudi s tovrstnimi težavami nikoli ne poišče zdravstvene pomoči (Did, 2003). Rezultati pregleda študij kažejo, da ima 27 % odraslih, starih 18–65 let, vsaj eno duševno motnjo oz. bolezen v kateremkoli obdobju enega leta (Krivec et al., 2009). V Evropi naj bi kar petina otrok in mladostnikov trpela zaradi razvojnih, čustvenih in vedenjskih težav. Pomemben podatek je, da naj bi se kar polovica duševnih motenj začela pred 14. letom starosti ter da je samomor eden od treh najpogostejših vzrokov smrti pri mladih (Jané-Llopis, Gabilondo, 2008).

Duševno zdravje je ključni element naše prožnosti, zmogljivosti, sposobnosti pozitivne adaptacije, ki posamezniku in posledično tudi skupini in družbi omogoča spopadanje s stisko, doseg polnih potencialov in nenadnanje tudi človečnosti (Frideli, 2009). Duševno zdravje in dobro počutje sta ključnega pomena, ko govorimo o kakovosti življenja. Sta dejavnika, ki osmišljata življenje. Duševno zdravje je ključni dejavnik socialne kohezije, produktivnosti, miru in stabilnosti v življenjskem okolju in predstavlja pomemben doprinos k socialnemu kapitalu, ekonomskemu razvoju in posledično k napredku celotne družbe (Mental, 2005). O duševnih boleznih danes vemo veliko več kot pred desetletji, še vedno pa se nanje odzivamo kot v preteklosti – bojimo se jih in jih težko sprejemamo (Pišl, 2009).

Kljub premikom, ki so se zgodili v zadnjem času, nekateri še vedno trdijo, da je področje duševnega zdravja in z njim povezana problematika v Sloveniji slabo urejena (Košak, 2010). Tudi nova zakonodaja stvari ne ureja optimalno, predstavlja pa začetek dolge poti k cilju enakosti in enakopravnosti vseh državljanov. Že v Nacionalnem programu socialnega varstva do 2005 (Nacionalni, 2000) je bil zastavljen cilj vsem, ki zaradi različnih vzrokov ne morejo normalno živeti v okviru primarnih socialnih mrež ali imajo zaradi starosti, invalidnosti, motenj v telesnem ali duševnem razvoju ali trajnih težav z duševnim zdravjem omejene možnosti za delovanje v okolju, zagotoviti strokovno podporo in pomoč, kar naj bi zagotavljal sistem strokovnih služb, dopolnjen z dejavnostmi nevladnih organizacij, civilnih združenj in posameznikov.

Začetki urejanja problematike s področja duševnega zdravja segajo daleč v preteklost. Že v Mednarodni deklaraciji o pravicah duševno prizadetih oseb (Declaration, 1971) je zapisano, da ima oseba z duševno motnjo/boleznijo pravico do ekonomske varnosti, dostojnega

življenjskega standarda, pravico do produktivnega dela ali opravljanja katere koli druge pomembne dejavnosti v okviru svojih največjih sposobnosti. Potrebna so bila usklajevanja tako med stroko, laiki, bolniki kot tudi med številnimi drugimi zainteresiranimi skupinami (Kocmur, Vošnjak, 2008). Zakon o duševnem zdravju (2008) je le košček v celotnem mozaiku ukrepov, ki poskušajo osebam z duševno motnjo/boleznijo pomagati tako v vsakdanjem življenju kakor v kriznih situacijah, obenem pa zakon na novo definira oz. oblikuje glavne izvajalce tovrstne skrbi ter pomoči in njihove kompetence.

## Koordinator obravnave v skupnosti

Ena izmed novosti, ki jih prinaša Zakon o duševnem zdravju (2008), je uvedba novega profila – koordinatorja obravnave v skupnosti (KOS). KOS je posameznik, ki opravlja predvsem naloge:

- priprave koordiniranja in nadziranja načrta obravnave v skupnosti,
- organiziranja in vodenja večdisciplinarnega tima (ki ga sestavljajo psihiater, patronažna medicinska sestra, predstavnik centra za socialno delo in predstavnik nevladnih organizacij, najbližja oseba in drugi, ki lahko vplivajo na potek obravnave v skupnosti),
- nudenja strokovne podpore,
- vodenja evidenc obravnav v skupnosti (Zakon, 2008).

Kot ugotavlja Škerjanc (2006), globoko vsajeni pred sodki ustvarjajo družbeni kontekst, v katerem je tisočim odvzeta pravica do odločanja o lastni življenjski poti, poklicu in lastnem osebnem stilu življenja. Sodobne družbe se vse bolj nagibajo k odpravljanju vseh oblik zdravstvene in socialnovarstvene institucionalne obravnave uporabnikov. S tem oblikujejo družbeni premik v skupnost (Brecko, 2008). Stigma duševne bolezni povečuje osebno trpljenje, predstavlja oviro za nastanitev v skupnosti in zaposlitev ter povečuje socialno izključenost (Zelena, 2005).

V preteklosti se je človek zaradi neznanja, nepoznavanja dogajanja in ozkosti uma pogosto zatekal k nasilju ter izživljanju nad osebami, ki so bile »drugačne«. Skozi zgodovino se je na osebe z duševno boleznijo gledalo kot na manj vredna bitja (Košak, 2010). Stigma je osebe z duševno boleznijo kruto spremljala skozi človeško evolucijo, saj da so jih preganjali, zažigali, zatirali ter zapirali (Kobentar, Avguštin, 2009). Žal okolje bolnika z duševno motnjo/boleznijo še danes pogosto prepozna kot motečega, kar je še dodaten razlog, da živi socialno umaknjeno življenje, se neredno drži predpisane terapije in zdravstveno službo uporablja le v kritičnih fazah poslabšanja bolezni (Klančar, 2010). Nemalokrat se dogaja, da je bolnik prepuščen samemu sebi, kar mu dodatno otežuje vključevanje v skupnost.

S pojavom drugačnih pojmovanj in alternativnih oblik obravnave duševnih stisk so se začele pojavljati tudi druge vloge (Flaker, 1996). Prav tu je zakonodaja prepoznala vlogo KOS.

Ena glavnih nalog KOS je priprava načrta obravnave v skupnosti, koordiniranje potrebnih aktivnosti za njegovo izvajanje s ciljem slediti in podpreti težnjo uporabnika obravnave v skupnosti pri uresničitvi ciljev, ki si jih je zastavil (Zakon, 2008). Vsi načrtujemo, tako ali drugače, le da nekateri pri tem potrebujejo pomoč. KOS je le pomoč, ki pa lahko pomembno doprinese tudi k preprečitvi potrebe po ponovni hospitalizaciji. Taka pomoč je pogosto ključnega pomena za osebo, ki se v dani situaciji ne znajde in katere socialna mreža je pogosto ozka. Potrebno se je namreč zavedati, da socialne vloge priskrbijo niz socialnih identitet in tako dajejo odgovore na temeljna eksistencialna vprašanja, dajejo življenju pomen in smisel ter zagotavljajo občutek varnosti (Hlebec, Kogovšek, 2006).

KOS vstopa v življenje uporabnikov obravnave v skupnosti ob zaključku zdravljenja v psihiatrični bolnišnici in jim pomaga pri vključevanju v kakovostnejše življenje v skupnosti. Gre za strokovno zahtevno delo, povezano s terenskim delom, individualnimi razgovori, organizacijo večdisciplinarnih timov, urejanjem dokumentacije, spremljanjem oseb (Pravilnik, 2009). Obravnava v skupnosti je izvajanje pomoči osebam, ki zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ali nadzorovani obravnavi več ne potrebujejo, vendar potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave (Zakon, 2008).

Na tej točki velja izpostaviti tudi pomislek Bulić Vidnjevič (2011), ali je prav, da KOS izobrazuje Fakulteta za socialno delo, ki v principu zanika duševne bolezni/motnje in v obsegu izobraževanja ponuja zelo omejen obseg zdravstvenih vsebin s področja psihopatologije in farmakologije. Obenem je seveda potrebno imeti v mislih tudi dejstvo, da za duševno zdravje ljudi ni odgovorna le posamezna stroka, temveč tudi socialno-ekonomski vidiki delovanja družbe, zdravstvena politika in vsak posameznik (Koralich, 2010).

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

Približevanje dejavnosti v bolnikovo ožje življenjsko okolje zniža stopnjo hospitalizacije in stabilizira bivanje v družinskem in delovnem okolju (Klančar,

2010). Seveda mora pred tem uporabnik obravnave v skupnosti priti do spoznanja, da potrebuje pomoč in s tem posledično sprejeti delno odvisnost od okolja (Goddec, 2008). V Sloveniji se koordinatorstvo uveljavlja na nekaterih najbolj perečih področjih socialnega varstva, med katera gotovo sodi tudi področje duševnega zdravja (Flaker et al., 2009).

KOS z delom lahko prične po prejemu obvestila s strani bolnišnice o potrebi po obravnavi v skupnosti. Za potrebe izdelave načrta obravnave v skupnosti je potrebno sodelovanje z različnimi institucijami (bolnišnica, pristojni CSD, občina), nevladnimi organizacijami, uporabnikom obravnave v skupnosti ter drugimi posamezniki, ki so vsak zase individuum. Da bi se zgodil prepotreben premik, je potrebno na družbeni, še prav posebej pa na lokalni ravni krepiti mreže, ki posamezniku omogočajo integracijo (Brecko, 2008). Obseg znanj, ki jih potrebuje KOS, je zelo širok, vendar mora biti zgolj orodje, ki služi uporabniku obravnave v skupnosti, da doseže svoje cilje.

Osnova za uresničevanje ciljev je osebni načrt, ki ga pripravita uporabnik obravnave v skupnosti in KOS skupaj. Kakovosten načrt je lahko pripravljen le na osnovi zaupnega, sodelujočega delovnega odnosa. Izdelava načrta naj bi v najbolj optimalnih razmerah trajala 2–3 tedne (Flaker et al., 2009), vendar se mora časovni okvir prilagajati zdravstvenemu stanju, potrebam, sposobnostim in željam uporabnika obravnave v skupnosti. Individualizirani pristop pri prepoznavanju posamične situacije omogoča uporabnikom obravnave v skupnosti ohranjanje vpliva nad odločitvami v vsakdanjem življenju (Zaviršek, Zorn, Videmšek, 2002).

## Načrt obravnave v skupnosti

Obravnava v skupnosti je postopek izvajanja socialnovarstvenih, zdravstvenih ali drugih storitev in programov pomoči osebam, ki več ne potrebujejo zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ali nadzorovani obravnavi, vendar potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave v skupnosti (Pravilnik, 2009). Načrt obravnave v skupnosti je metoda, ki ustvarja okoliščine, v katerih posameznik izraža svoje želje in potrebe in išče poti za njihovo uresničevanje (Potočnik, 2005). Načrtovanje in izvajanje storitev lahko razumemo kot sintezo, ki omogoča premik od institucionalne obravnave h klasičnemu delu s posameznikom (Flaker et al., 2010).

Danes se vse pogosteje srečujemo z zahtevo popolne udeležbe uporabnika storitev v načrtovanju storitev zanj, kar posledično vpliva na razvoj novih metod dela, ki strokovnim delavcem omogočajo uresničevanje te prakse. Osebni načrt se od drugih strokovnih zapisov razlikuje po tem, da je v načrtu zapisano samo to, kar uporabnik želi, da se zapiše; da je v njem uporabljen

jezik, ki ga uporabnik razume (izogibamo se strokovni terminologiji); da uporabnik sam določa, kje in kdaj se želi srečevati z osebo, ki izdelava osebni načrt; da je uporabnik aktiven subjekt v procesu načrtovanja, ki ima stalno pregled nad samim načrtovanjem (Zaviršek, Zorn, Videmšek, 2002). Posamezni avtorji nekatere elemente in strukturo osebnega načrta različno definirajo (Flaker et al., 2010; Škerjanc, 2006).

Način, vlogo obravnave v skupnosti ter vlogo oseb, ki se v obravnavo vključujejo, določa Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za KOS. V skupnosti se lahko obravnava le oseba, ki pisno privoli v pripravo načrta obravnave v skupnosti. Ko je privolitev podana, KOS začne pripravljati predlog načrta. V načrtu obravnave v skupnosti uporabnik storitev in KOS pripravita predloge ciljev, ki bi jih uporabnik želel uresničiti in meni, da pri njihovi uresnitvi potrebuje pomoč drugih oseb/institucij. Načrt vsebuje zapis ocene situacije, ugotovitev potreb, cilje obravnave uporabnika storitev obravnave v skupnosti, ukrepe za njihovo doseganje, predlog izvajalcev ukrepov, časovno opredelitev izvajanja načrta, način spremljanja, evalvacije izvajanja ukrepov in finančno vrednotenje. Ko je vsebina načrta dogovorjena, ga uporabnik storitev obravnave v skupnosti in KOS potrdita s podpisom, sprejme pa ga pristojni center za socialno delo na predlog KOS (Pravilnik, 2009). Postopek načrtovanja je sestavljen iz vzpostavljanja delovnega odnosa, raziskovanja življenjskega sveta uporabnika storitev obravnave v skupnosti in zapisovanja načrta. Določajo ga po eni strani načela načrtovanja, po drugi pa konkretne okoliščine, v katerih načrtovanje poteka. Končni rezultat je osebni načrt (Flaker et al., 2010).

Terminologija na področju koordinirane obravnave je še vedno sporna, kajti Flaker s sodelavci (2010) meni, da je za izdelek načrtovanja najbolj ustrezen izraz osebni načrt in ne načrt obravnave v skupnosti, ki ga kaže uporabljati, ko ne govorimo o metodi na splošno, ampak o postopkih, metodah in izvajalcih, ki jih predvideva zakon. Načrt obravnave v skupnosti vsebuje časovno določene zdravstvene, socialnovarstvene in druge storitve z njihovimi izvajalci, ki se opravljajo v obravnavi v skupnosti in se sprejme za posamezno osebo (Zakon, 2008).

Osebni načrt je ena izmed metod za zapisovanje uporabnikovih potreb in se od drugih podobnih metod razlikuje v tem, da zapis načrta izhaja iz uporabnikove zgodbe na osnovi štirih t. i. magnetov: *vpliv* (na katere odločitve lahko uporabnik sam vpliva, o čem lahko sam odloča), *stiki* (kdo so pomembni ljudje v življenju uporabnika, kakšni so odnosi z njimi, kaj mu je pomembno obdržati, kaj spremeniti), *spretnosti* (kaj uporabnik zna, zmore) in *bolečina/skrbi/zdravje/veselje* (česa je uporabnika strah, kaj mu prinaša največ veselja) (Škerjanc, 2006). Ko govorimo o vplivu, imamo s tem v mislih vpliv nad lastnim življenjem.

Vpliv nam omogoča, da sami odločamo o tem, kaj se bo v našem življenju dogajalo. Spretnosti pogosto vplivajo na to, kako nas vidijo drugi. Stiki govorijo o uporabnikovi osebni socialni mreži, o ljudeh, s katerimi se povezuje. Povedo, ali so uporabniki tisti, ki odločajo, s kom in kdaj se bodo srečevali ter kakšna je/bo narava teh stikov. Z magnetom bolečina definiramo osnovne vire bolečine posameznika, naravo njegovega trpljenja in katere stvari v življenju posamezniku predstavljajo največjo skrb (Zaviršek, Zorn, Videmšek, 2002). Z uporabo magnetov dobimo jasen zapis življenjskega sveta posameznika v času zapisovanja načrta (Potočnik, 2005).

Osebni načrt obsega tri vsebinske dele in tri časovne razsežnosti: uvod obravnava preteklost, v sedanost so usmerjeni štirje vidiki – vpliv, stiki, spretnosti, zdravje/skrbi/veselje/bolečina, cilji pa usmerijo delovanje za prihodnost (Škerjanc, 2006). Izvedbeni del načrta predstavlja potek udejanjanja ciljev. Zapis ciljev je pomemben sestavni del osebnega načrtovanja, saj predstavlja smer delovanja (Zaviršek, Zorn, Videmšek, 2002). V tem delu uporabnik storitev obravnave v skupnosti in KOS ugotavljata, katere storitve in pomoč so potrebni za udejanjanje ciljev, ki jih uporabnik storitev želi realizirati; oblikujeta finančno strukturo, ki na eni strani obsega prejemke in druge vire osebe, na drugi strani pa izračune plačil za predvidene storitve in programe ter vire za njihovo pokritje (Flaker et al., 2010).

Metoda zapisa osebnega načrta je primerna za oblikovanje socialnovarstvenih storitev, ki jih uporabnik potrebuje pri uvajanju večjih življenjskih sprememb oziroma pri načrtovanju kompleksnejših življenjskih situacij. Metoda uporabniku omogoča, da ohrani vzvode vpliva ob življenjskih preobratih, prehodih in spremembah, ko se je treba naravnati na nove okoliščine in dejstva ter peljati svoje življenje v želeni smeri (Škerjanc, 2006). Kljub temu osebni načrt ni nekaj dokončnega, kajti vsi kdaj naletimo na ovire, se premislimo, nas nekaj ne mika več ali nas začnejo zanimati druge stvari. Osebni načrt je način izražanja lastnih želja, način, kako želje obdržati v spominu/zapisu in ohraniti konsistentnost v življenju, kljub temu pa mora biti dokument, ki omogoča prožnost in se po potrebi prilagaja novim željam, potrebam in ciljem uporabnika (Flaker et al., 2010).

Metoda načrtovanja in izvajanja storitev je velikega pomena tudi pri opolnomočenju uporabnika. Opolnomočenje je ena izmed metod, ki se uporablja tudi na področju socialnega dela in pripomore k sposobnosti osebe, da prevzema nadzor nad svojim življenjem, sposobnosti sprejemanja odločitev ter uresničevanja sprejetih odločitev v praksi. Z opolnomočenjem krepimo občutke samozavesti, spodbujamo osebo, da uporablja vzvode moči in delujemo tako, da pride do premika moči. Moč ni in ne sme biti le na strani strokovnjaka, ampak tudi na strani uporabnika (Zaviršek, Zorn, Videmšek, 2002).

## Namen

Članek želi opozoriti na novo obliko storitev na področju duševnega zdravja, poznavanje katere je nujno, v kolikor želimo govoriti o celostni obravnavi bolnika z duševno motnjo/boleznijo. Gre za področje, ki se posredno ali neposredno povezuje tudi z zdravstveno nego. Namen prispevka je seznaniti izvajalce s področja zdravstvene nege z metodo dela, posebnostmi, izvajalci in zakonsko podlago koordinirane obravnave v skupnosti.

V empiričnem delu želimo s pomočjo raziskave, izvedene na manjšem priložnostnem vzorcu v obravnavo v skupnosti vključenih oseb in ključnih elementov njihovih osebnih načrtov, prikazati potrebe, želje in cilje, ki jih uporabniki obravnave v skupnosti prepoznavajo kot pomembne, jih želijo doseči in za doseg katerih potrebujejo pomoč. Naša izhodiščna raziskovalna vprašanja so bila:

- Kdo so uporabniki, vključeni v obravnavo v skupnosti?
- Kakšni so cilji, ki si jih uporabniki obravnave v skupnosti najpogosteje zastavljajo?
- Katere institucije ali posamezniki so najpogosteje vključeni pri doseganju zastavljenih ciljev uporabnikov obravnave v skupnosti?

## Metoda

Literatura je bila iskana s pomočjo Vzajemne bibliografsko-katalogne baze podatkov COBIB.SI, podatkovnih baz National Alliance on Mental Illness, WHO, National Institutes of Health in American Academy of Family. Ključne besede za iskanje literature so bile: koordinator, obravnava v skupnosti, zakon o duševnem zdravju, duševno zdravje, osebni načrt, načrt obravnave v skupnosti in njihovi prevodi v angleški jezik.

Podatki, prikazani v empiričnem delu, so bili pridobljeni s pomočjo delno strukturiranega intervjuja, ki je osnova osebnega načrta. Osebni načrt vsebuje zapis ocene trenutne življenjske situacije, ugotovitev potreb osebe, cilje obravnave, ukrepe za njihovo doseganje, predlog izvajalcev ukrepov, časovno opredelitev izvajanja načrta, način spremljanja in evalvacije izvajanja ukrepov ter finančno ovrednotenje. Uvod osebnega načrta predstavlja zapis ocene situacije in ugotovitev potreb uporabnika storitev ter pregled štirih magnetov: *vpliv, stiki, spretnosti, bolečina*; ki omogočajo jasno predstaviti stanja in doživljanja uporabnika v času nastajanja načrta. Drugi del načrta predstavljajo uporabnikovi cilji za želene spremembe v danih okoliščinah. Izvedbeni del je tretji del načrta, v katerem so predstavljene naloge, dejavnosti, izvajalci, potrebna sredstva, viri in roki za doseg zastavljenih ciljev. V raziskavo je vključen priložnostni vzorec šestih uporabnikov storitev

obrnave v skupnosti, ki so koordinatorju obravnave v skupnosti podelili t. i. mandat za pripravo osebnega načrta. Intervjuji so bili izvedeni v obdobju april–junij 2010.

Analiza pridobljenih podatkov je potekala v treh sklopih: razčlenitev besedila, odkrivanje pomena besedila in združevanje sorodnih pojmov v širše kategorije. Pridobljeni podatki so razvrščeni in prikazani v anonimizirani obliki. Ker gre za priložnostni vzorec, ne moremo govoriti o reprezentativnem vzorcu populacije z duševno motnjo/boleznijo, tako pridobljenih in predstavljenih podatkov tudi ne moremo posploševati na celotno populacijo.

Pridobljeni podatki so bili analizirani in predstavljeni s pomočjo programskega paketa Microsoft Office.

## Rezultati

Analiza rezultatov kaže, da je povprečna starost uporabnikov, vključenih v raziskavo, 36 let, pri čemer je najstarejša oseba stara 50 in najmlajša 23 let. Pet udeležencev je moškega spola. V proučevanem vzorcu so štirje brezposelni. Statusa delovno aktivne osebe v proučevanem vzorcu nima nihče. Izobrazbo sodelujočih prikazuje Slika 1.



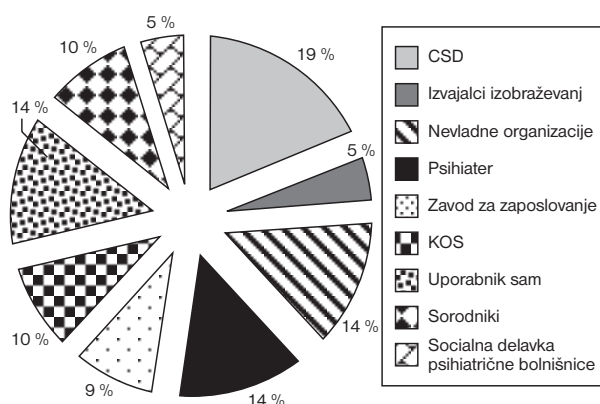
Slika 1. Dosežena stopnja izobrazbe.

Figure 1. Acquired level of education.

Štirje udeleženci raziskave že imajo izkušnjo s hospitalizacijo proti volji. Za dve osebi podatka o izkušnji s hospitalizacijo proti volji v raziskavi nismo pridobili.

Pogosto je za doseg posameznega cilja potrebnih več izvajalcev. Slika 2 prikazuje, katere izvajalce uporabniki vključujejo kot element pomoči za doseg ciljev in deleže pojavnosti posameznika/institucije kot pomočnika pri dosegu cilja v opazovanem vzorcu.

Razpredelnica 1 prikazuje cilje, ki so si jih uporabniki zadali. V povezavi z Maslowovo hierarhijo potreb (Harriman, 1946) lahko ugotovimo, da se večina ciljev navezuje na zadovoljevanje potreb nižjih ravni lestvice.



Slika 2. Institucije/posamezniki, vključeni v uresničevanje ciljev osebnega načrta uporabnika glede na delež, kolikokrat se posameznik/institucija kot pomočnik pri dosegu cilja v opazovanem vzorcu pojavi.

Figure 2. Institutions/Individuals taking part in the realisation of the personal-plan goals by the number of appearances of the individual/institution as an assistant in the process of reaching the goal in the sample.

Razpredelnica 1. Cilji, ki so si jih uporabniki zastavili v osebnih načrtih.

Table 1. Goals set by community-treatment users in their personal plans.

Oseba	Cilji
Oseba A	<ul style="list-style-type: none"> <li>– končati izobraževanje</li> <li>– poiskati delo</li> <li>– redno upoštevati terapijo in zmanjšati količino zdravil na minimum</li> <li>– redno obiskovati nevladne organizacije</li> </ul>
Oseba B	<ul style="list-style-type: none"> <li>– pogovor s psihiatrom</li> <li>– osamosvojiti se</li> <li>– živeti v stanovanjski skupnosti</li> <li>– zaposliti se</li> </ul>
Oseba C	<ul style="list-style-type: none"> <li>– pogovor s psihiatrom</li> <li>– naučiti se ravnati s financami</li> <li>– prenehati s kajenjem</li> </ul>
Oseba D	<ul style="list-style-type: none"> <li>– pridobiti nazaj stanovanje</li> <li>– sprožiti postopek za invalidsko upokožitev</li> <li>– ugotoviti vzrok delnega odvzema poslovne sposobnosti</li> <li>– ponovno pridobiti polno poslovno sposobnost</li> </ul>
Oseba E	<ul style="list-style-type: none"> <li>– najti zaposlitev</li> <li>– izboljšati komunikacijo</li> <li>– poskrbeti za primerno rekreacijo</li> </ul>
Oseba F	<ul style="list-style-type: none"> <li>– en topel obrok dnevno</li> <li>– druženje, pogovori, sprehodi</li> <li>– vključevanje v aktivnosti nevladnih organizacij</li> <li>– vključevanje v aktivnosti društev</li> </ul>

## Razprava

Vpliv starosti na pojavljanje duševnih motenj naj bi bil zanemarljiv (Krivec et al., 2009). Po drugi strani naj bi približno 50 % duševnih motenj nastalo že v najstni-

ških letih (Resolucija, 2011). V okviru odgovora na prvo zastavljeno raziskovalno vprašanje ugotavljamo, da je povprečna starost uporabnikov, vključenih v raziskavo, 36 let, večina oseb je moškega spola, z najmanj osnovnošolsko izobrazbo. Relativno nizka povprečna starost uporabnikov niti ne preseneča, sploh ob predpostavki, da pristojne institucije na potrebo po sodelovanju KOS pogosteje opozorijo pri mlajših osebah, od katerih se pričakuje večja angažiranost na področju osebnega in družbenega vključevanja.

Kot navaja Bobovnik (2008), so raziskave pokazale, da se moški in ženske med seboj razlikujejo v skoraj vseh aspektih zdravja in skrbi za zdravje. V trenutkih stiske se moški in ženske obnašajo drugače. Moški pogosto zanikajo potrebo po pomoči, ženski vzorec povezanosti pa dovoljuje sprejemanje pomoči. Prav tako ženske pogosteje ubesedijo svoje težave in pogosteje same poiščejo pomoč. Moški svoje težave priznajo pozneje in redkeje. Posledično imajo ženske pogosteje diagnosticirane duševne bolezni kot moški, vendar med spoloma obstajajo tudi pomembne razlike v podpori socialne mreže. Morda prav tem dejstvom lahko pripišemo, da so ženske redkeje vključene v obravnavo v skupnosti kakor moški, kar je razvidno tudi iz naše raziskave, kjer je v proučevanem vzorcu le ena oseba ženskega spola.

V osebnih načrtih smo v življenjskih zgodbah uporabnikov pogosto zasledili, da osebe z duševno boleznijo kot dejavnik zadovoljstva, potrditve navajajo tudi doseženo stopnjo izobrazbe. Ena izmed šestih oseb je tudi izrazila željo po nadaljevanju izobraževanja. Ob tem ne gre prezreti, da pri osebah z nižjo izobrazbeno ravno obstaja večja nevarnost, da bodo zaradi bolezni imele dolgotrajne zdravstvene težave in funkcionalne omejitve (Jané-Llopis, Gabilondo, 2008). Na problematiko lahko pogledamo tudi z drugega zornega kota ter kakor Videbeck in Acott (2008) ugotovimo, da ima slabši ekonomski status s posledično nižjimi dohodki negativen vpliv na možnost izobraževanja in posledično tudi zaposlitvene možnosti uporabnikov storitev obravnave v skupnosti.

Prav možnost zaposlitve in ohranitve dela je ena izmed perečih tem v povezavi z duševnim zdravjem/bolezni. Klančar (2010) ugotavlja, da študije kažejo, da imajo bolniki z duševno boleznijo veliko željo po zaposlitvi, pri tem pa je stopnja zaposlenosti nizka, kar potrjuje tudi pričujoča raziskava. V proučevanem vzorcu so štiri osebe brezposelne, dve imata status invalidskega upokoženca. Dejstvo je, da duševne bolezni zmanjšajo delovno učinkovitost in kakovost življenja posameznika (Krivec et al., 2009), po drugi strani pa se je potrebno zavedati, da je zaposlitev koristna tako za telesno kot tudi duševno zdravje. Delovno mesto igra glavno vlogo pri socialni izključitvi ljudi s težavami v duševnem zdravju (Evropski, 2008).

V pomoč na področju zaposlovanja je v Sloveniji sprejet Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlo-

vanju invalidov, ki ureja pravico do zaposlitvene rehabilitacije in nekatera vprašanja zaposlovanja invalidov. Status invalida po tem zakonu lahko pridobijo tudi osebe, pri katerih so ugotovljene trajne posledice telesne ali duševne okvare ali bolezni in imajo zato bistveno manjše možnosti, da se zaposlijo ali ohranijo zaposlitev ali v zaposlitvi napredujejo (Zakon, 2004). Osebe, ki tovrstnega statusa nimajo, vendar imajo zdravstvene ovire, so na trgu dela še vedno izključene (Brečko, 2008). Po podatkih Službe Vlade Republike Slovenije za lokalno upravo in regionalno politiko (Operativni, 2007) se osebe s težavami v duševnem zdravju pogosto srečujejo z večjo stopnjo tveganja socialne izključenosti in neenakih možnosti. Dobro telesno in duševno zdravje tako posameznika kot tudi aktivnega prebivalstva v celoti ima pomemben vpliv na konkurenčnost gospodarstva in socialni razvoj. Slabo telesno in duševno zdravje je povezano z visokimi stroški posameznikov in države, povzroča slabšo zaposljivost in socialno izključenost.

Podatek, ki v proučevanem vzorcu izstopa je tudi delež oseb, ki že imajo izkušnjo s hospitalizacijo proti volji, saj so štiri od šestih oseb potrdile tovrstno izkušnjo. Hospitalizacija brez privolitve/proti volji je zadnja možnost v naboru ukrepov, ko simptomi bolezni postanejo tako izraženi, da oseba zaradi izgube uvida ni pripravljena sprejeti pomoči (Psychiatric, 2004). V Sloveniji naj bi bilo na področju psihiatrije tovrstnih hospitalizacij okrog 10 % (Turčin, Kores Plesničar, 2008). Zakon o duševnem zdravju dopušča hospitalizacijo brez privolitve, v kolikor oseba ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali če huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in je ogrožanje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo in so bili predhodno izčrpani drugi milejši in bolj humani ukrepi (Zakon, 2008).

Etično načelo spoštovanja avtonomije razumemo kot sposobnost spoštovanja pravice posameznika, da odloča o sebi. Prostovoljna odločitev posameznika, bolezenske situacije, začasna ali trajna omejena sposobnost posameznika pri uresničevanju svobodne volje so lahko povod za prilagajanje posameznikove avtonomije (Zwitter, 2005). Kljub temu, da je formalno bolnik tisti, ki ima glavno besedo pri zdravljenju, ni vedno tako. Neprostovoljna hospitalizacija skriva v sebi veliko vprašanj, ki so lahko za bolnika življenjskega pomena (Mohor, 1999). Najpogostejša diagnoza, ki zahteva hospitalizacijo brez privolitve, je shizofrenija.

Pri hospitalizaciji proti volji se pogosto razhajata jezik medicine in prava. Pravo govori o prisilno pridržanih osebah, medicina o bolniku, ki potrebuje pomoč (Korošec Jagodič et al., 2008). Cilj psihiatričnega zdravljenja je ozdravitev bolnika z duševno motnjo/bolezni, ki pa se je še vedno drži negativen prizvok. Pogosto je sprejem v psihiatrično bolnišnico povezan z negativnimi čustvi, naj si gre za prostovoljen sprejem ali

sprejem proti volji (Balantič, 2009). Pogoji za sprejem in zdravljenje brez privolitve morajo biti zaradi visoke nevarnosti zlorabe natančno opredeljeni z zakonom. Sprejem na zdravljenje in zdravljenje bolnikov s hudimi psihotičnimi motnjami je vedno hud stres tako za posameznika kot za njegovo bližnjo okolico. Raziskave kažejo, da je hospitalizacija pomembno daljša pri tistih bolnikih, ki so bili hospitalizirani proti volji, kakovost sodelovanja bolnikov pri zdravljenju pa slabša (Turčin, Kores Plesničar, 2008; Resolucija, 2011).

Življenjski cilji so del motivacijskega sistema in imajo pomembno vlogo v razvoju posameznika. Usmerjajo načrtovanje življenja in odločanja (Poljšak Škraban et al., 2008). Kot je razvidno iz Razpredelnice 1 se cilji najpogosteje navezujejo na zadovoljevanje osnovnih fizioloških potreb (hrana, zdravje), potreb po varnosti (rešitev stanovanjskega in finančnega vprašanja) in socialnih potreb (pogovor, komunikacija, sodelovanje), na zadovoljevanje višjih potreb (izobraževanje, samoaktualizacija) pa le redko.

Wittchen in Jacobi (2005) v svoji raziskavi ugotavljata, da večina študij potrjuje, da naj bi bile vse duševne motnje povezane z slabšim funkcioniranjem in z zmanjšano kakovostjo življenja. Tako gre pri uresničevanju ciljev osebnega načrta pričakovati širok nabor institucij in posameznikov, ki se jih vključuje za pomoč pri doseganju ciljev, kar nas je zanimalo v tretjem raziskovalnem vprašanju. V analizi osebnih načrtov se kot institucija, ki se najpogosteje vključi v uresničevanje ciljev, pojavljajo centri za socialno delo – predvsem z vidika pomoči na področju finančnih sredstev, kot posameznik pa psihiater (zaposlen v bolnišnici, kjer je potekalo zdravljenje) in uporabnik storitev obravnave v skupnosti sam.

## Zaključek

Pojavnost duševnih motenj/bolezni in z njimi povezanih težav je še vedno slabo raziskana in dokumentirana. Kakovostna statistična baza tovrstnih podatkov bi bila dobra osnova za preventivne aktivnosti na področju duševnega zdravja, s čimer bi pripomogli k večji osveščenosti posameznikov in družbe, tako tistih z duševno motnjo/bolezni, kakor tudi celotne družbe. Socialna mreža uporabnikov z duševno boleznijo/motnjo je običajno šibka, pogosto je posledično tudi možnost druženja, pogovorov in izmenjave mnenj ter informacij okrnjena. Tako uporabniki še danes kljub temu, da je od sprejema Zakona o duševnem zdravju preteklo že več let, ne prepoznavajo po zakonu vpeljanih novih profilov in njihovih kompetenc. Posledično pogosto ne izkoristijo pravic in možnosti, ki bi jim omogočale, da jih družba sliši in da so močni tam, kjer sami ne zmorejo biti.

Pomembno je, da niti KOS niti večdisciplinaren tim ne presojata realnosti in ustreznosti ciljev, ki si jih zastavi posameznik, kajti osebni načrt naj bi bil to, kar

njegovo ime nakazuje – last in izraz posameznika in njegovih želja, potreb in ciljev, ki mu bodo omogočili človeka dostojno življenje. Ob tem se je potrebno zavedati, da je osebni načrt prožna metoda za doseg ciljev. Že ob načrtovanju poti se lahko cilj spremeni, prilagodi, morda opusti, kar ne sme biti prepoznano kot napaka v načrtovanju. Pomembno se je zavedati, da imamo prav vsi, tudi osebe z duševno motnjo/boleznijo pravico do popravkov zastavljenih načrtov. Zato popravkov, sprememb načrta ne kaže obsojati in opredeljevati ciljev kot neprimernih, nedosegljivih ter uporabnikov obravnave v skupnosti, ki so si cilje zastavili, kot nezainteresiranih za njihovo uresničitev. Prožnost nam omogoča prilagajanje trenutnemu stanju in trenutnim potrebam ter obenem tudi napakam, ki smo jih na poti doseganja ciljev naredili in ugotovili. Prav tako nikoli ne smemo vstopati v proces sodelovanja z uporabnikom obravnave v skupnosti in izdelave načrta obravnave v skupnosti s predpostavkami, kaj kdo zmore in česa ne. Pomembno je, da načrtujemo skupaj z uporabnikom in se pogovarjamo o njegovem življenju. Uporabnik je tisti, ki nam poda mandat za izdelavo osebnega načrta in pomoč pri njegovem uresničevanju, še vedno pa ostaja lastnik osebnega načrta. Na podlagi tovrstnega sodelujočega odnosa bo uporabnik obravnave v skupnosti imel vpliv na svoje življenje, sam bo lahko vplival na svoje odločitve in tudi sam bo odgovoren za kakovost svojega življenja, kajti vsak si želi sam upravljati svoje življenje, samostojno sprejemati odločitve, podajati svoja mnenja, ... To je bistvo samostojnega življenja in to je življenje v pravem pomenu besede. Predvsem pa je to individualizem, kar nas dela tako posebne in unikatne.

Tako prednosti kakor pomanjkljivosti nove zakonodaje bo pokazala praksa. Danes je več kot očitno dejstvo, da so uporabniki v proces obravnave v skupnosti pogosto vključeni »mimo zakona«, kar le potrjuje to, da ne bi smela nujno biti hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici tista, ki »podaja dovoljenje« za vključitev KOS. Osebe z duševno boleznijo so namreč pogosto potisnjene v položaj, iz katerega same ne najdejo izhoda.

## Literatura

Balantič M. Vloga medicinske sestre pri sprejemu proti volji na enoto za intenzivno zdravljenje psihiatrične bolnišnice [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2009.

Bobovnik K. Spolna identiteta in duševno zdravje. 2008. Dostopno na: [http://www.dps.si/kakosi/adobe/spolna\\_identiteta.pdf](http://www.dps.si/kakosi/adobe/spolna_identiteta.pdf) (20. 10. 2011).

Brecko S. Spremembe v življenju dolgotrajno brezposelnih uporabnikov psihiatričnih storitev po vključitvi v zaposlitveno rehabilitacijo. 2008. Dostopno na: [http://www.eu-integra.eu/cms/uploads/media/Du\\_evno\\_zdravje\\_v\\_skupnosti\\_01.pdf](http://www.eu-integra.eu/cms/uploads/media/Du_evno_zdravje_v_skupnosti_01.pdf) (21. 10. 2011).

Bulić Vidnjevič I. Modeli skupnostne psihiatrične obravnave – izkušnje in dileme pri prenosu v slovenski prostor. In: Bregar B, Peterka Novak J, eds. Zbornik predavanj z recenzijo: skupnostna psihiatrična obravnava, Ljubljana, 16. marec 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011: 4.

Declaration on the rights of mentally retarded persons. Genova: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 1971. Dostopno na: <http://www2.ohchr.org/english/law/res2856.htm> (20. 10. 2011).

Did you know? National Alliance on Mental Illness; 2003. Dostopno na [http://www.nami.org/Content/NavigationMenu/Take\\_Action/Fight\\_Stigma/national\\_stigma\\_flyer.pdf](http://www.nami.org/Content/NavigationMenu/Take_Action/Fight_Stigma/national_stigma_flyer.pdf) (20. 10. 2011).

Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje. EU konferenca na visoki ravni: skupaj za duševno zdravje in dobro počutje, Bruselj, 12.–13. junij 2008. Bruselj: WHO, Slovensko predsedstvo EU; 2008. Dostopno na: [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/mhpact\\_sl.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_sl.pdf) (22. 10. 2011).

Flaker V. Podmene obveznih ukrepov na področju duševnih stisk in njihove transformacije. Soc Delo. 1996;35(5):433–44.

Flaker V, Urek M, Škerjanc J, Oreški S, Kobal B, Nagode M, et al. Formalni in strokovni okvirji za uvajanje in izvajanje Zakona o duševnem zdravju. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve; 2009: 23.

Flaker V, Mali J, Rafalelič A, Udovič N. Individualno načrtovanje in izvajanje storitev: kako koordinirati obravnavo v skupnosti. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo; 2010: 9, 18, 25, 68.

Frideli L. Mental health, resilience and inequalities. 2009. Dostopno na: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/100821/E92227.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf) (24. 10. 2011).

Godec D. Kakovostna starost, potrebe v starosti in oblike pomoči starim ljudem [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo; 2008: 21.

Harriman PL. Twentieth century psychology: recent developments in psychology. Freeport: Books for libraries press; 1946: 24–34.

Hlebec V, Kogovšek T. Merjenje socialnih omrežij. Ljubljana: Študentska založba; 2006: 15.

Investing in mental health. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, WHO; 2003. Dostopno na: [http://www.who.int/mental\\_health/en/investing\\_in\\_mnh\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf) (24. 10. 2011).

Janč-Llopis E, Gabilondo A, eds. Mental health in older people: consensus paper. Luxembourg: European Communities; 2008. Dostopno na: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/consensus\\_older\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_older_en.pdf) (23. 11. 2011).

Klančar D. Bolnik z duševno motnjo v skupnosti. 2010. Dostopno na: [www.zavodevita.si/uploads/File/CLdusevniBolnikvskupnosti.doc](http://www.zavodevita.si/uploads/File/CLdusevniBolnikvskupnosti.doc) (24. 10. 2011).

Kobentar R, Avguštin B. Kristalni paravan med družbo in samoto: stigma z vidika laične populacije. In: Majcen Dvoršak S, Kvas A, Kaučič BM, Železnik D, Klemenc D, Buček Hajdarevič I, et al., eds. Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009: 1–8.

Kocmur M, Vošnjak L. Nekaj misli o duševnem zdravju. Zdrav Vestn. 2008;77(10):719–22.

Koralich D. Poročilo s 146. redne letne skupščine z dne 16. in 17. oktobra 2009. Zdrav Vestn. 2010;79(7/8):517–92.

Korošec Jagodič H, Korošec B, Lajlar D, Winkler Skaza V, Novak V, Jagodič K, et al. Hospitalizacija brez bolikove privolitve. Zdrav Vestn. 2008;77(4):45–9.

Košak T. Duševno zdravje in človekove pravice [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta; 2010: 79, 99.

Krivec P, Kenda P, Prijatelj K, Kruljac I, Bele D. Globalno breme duševnih motenj – epidemiološki kazalci: seminarska naloga pri predmetu Higiena. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje; 2009. Dostopno na: <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/80d442bd88157f1ac093876ac3a3c31e.pdf> (24. 10. 2011).

Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: WHO Regional Office; 2005: 18.

Mohor M. Hospitalizacija proti volji bolnika. In: Kersnik J, ed. Duševne motnje, sporazumevanje in težavni bolnik v osnovnem zdravstvu: zbornik povzetkov. Kranj: Osnovno zdravstvo Gorenjske; 1999: 50–8.

Nacionalni program socialnega varstva do leta 2005. Uradni list Republike Slovenije št. 31/2000.



- Operativni program razvoja človeških virov za obdobje 2007–2013. Ljubljana: Služba Vlade Republike Slovenije za lokalno samoupravo in regionalno politiko; 2007: 45, 54.
- Pišl A. Vloga družine pri obravnavi pacientov z duševnimi motnjami. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: učbenik. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009: 444–51.
- Poljšak Škraban O, Vehovar U, Žorga SP, Nekić M. Nekateri prediktorji ciljev v Sloveniji in na Hrvaškem. *Psihol Obzor*. 2008;17(1):73–90.
- Potočnik N. Inovativne metode v procesih vključevanja uporabnikov v skupnost [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo; 2005: 26, 34.
- Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti. Uradni list Republike Slovenije št. 49/2009.
- Psychiatric hospitalization: a guide for families. Chicago: Depression and Bipolar Support Alliance; 2004. Dostopno na: <http://www.dbsalliance.org/pdfs/familyhospitalization.pdf> (24. 10. 2011).
- Resolucija o Nacionalnem programu duševnega zdravja 2011–2016. 2011. Dostopno na: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna\\_razprava\\_2011/resoluc\\_dusevno\\_zdravje/Resolucija\\_dusevno\\_zdravje\\_060411.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2011/resoluc_dusevno_zdravje/Resolucija_dusevno_zdravje_060411.pdf) (24. 10. 2011).
- Škerjanc J. Individualno načrtovanje z udejanjanjem ciljev. Ljubljana: Center RS za poklicno izobraževanje; 2006: 14, 40, 58–9.
- Turčin A, Kores Plesničar B. Sprejem na zdravljenje brez privolitve na oddelku za psihiatrijo UKC Maribor. *Zdrav Var*. 2008;47(3):137–42.
- Videbeck S, Acott K. Mental health nursing. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2008: 133.
- Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005;15(4):357–76. PMID:15961293.
- Zakon o duševnem zdravju. Uradni list Republike Slovenije, št. 77/2008.
- Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov. Uradni list Republike Slovenije, št. 63/2004.
- Zaviršek D, Zorn J, Videmšek P. Inovativne metode v socialnem delu: opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje. Ljubljana: Študentska založba; 2002: 31, 60, 149–50, 155–9.
- Zelena knjiga. Izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva. Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo. Bruselj: Komisija evropskih skupnosti; 2005: 4, 11. Dostopno na: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_sl.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_sl.pdf) (9. 10. 2011).
- Zwitter M. Etično načelo spoštovanja avtonomije in njegove omejitve. *Med Mes*. 2005;1(1):11–20.