



INŠTITUT RS ZA SOCIALNO VARSTVO
SOCIAL PROTECTION INSTITUTE OF THE REPUBLIC OF SLOVENIA

**Evalvacija javnih socialnovarstvenih programov (Poročilo 2):
Evalvacija javnih socialnovarstvenih programov s področja
duševnega zdravja
Evalvacijsko poročilo za skupino programov stanovanjskih
skupin s področja duševnega zdravja**

Ljubljana, december 2021

Naročnik: **MDDSZ**
Direktorat za socialne zadeve
Štukljeva cesta 44
1000 Ljubljana

Skrbnica naloge pri naročniku: Mag. Barbara Goričan

Št. pogodbe: 2611-21-050090

Izvajalec: **Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo**
Tržaška 2
1000 Ljubljana

Skrbnik naloge pri izvajalcu: mag. Vid Žiberna

Naslov poročila: **Evalvacija javnih socialnovarstvenih programov (poročilo 2):**
Evalvacija javnih socialnovarstvenih programov s področja duševnega
zdravja
Evalvacijsko poročilo za skupino programov stanovanjskih skupin s
področja duševnega zdravja

Avtorji poročila: mag. Vid Žiberna
dr. Mateja Černič
dr. Liljana Rihter

Drugi sodelujoči: Maruša Petrič, dipl. družb. inf.

Št. delovnega poročila IRSSV 37/2021

Datum izdaje poročila: 31. 12. 2021

Izdaja: 01

Kopije: skrbnica naloge na MDDSZ
skrbnica pogodbe na MDDSZ
arhiv IRSSV
prosti izvodi z dovoljenjem naročnika

Odgovorna oseba: mag. Barbara Kobal Tomc, direktorica IRSSV

Seznam najpogosteje uporabljenih kratic

AS	aritmetična sredina
CSD	center za socialno delo
DC	dnevni center
EUR	Evro
FSD	Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani
IRSSV	Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo
JVSP	Javni verificirani socialnovarstveni programi
MAX	najvišja podana vrednost (odgovor)
MDDSZ	Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti
MIN	najmanjša podana vrednost (odgovor)
N	število odgovorov (uporabnikov)
RS	Republika Slovenija
SD	standardni odklon
SP	svetovalna pisarna
SS	stanovanjska skupina
SVP	socialno varstveni program/i
SZS	Socialna zbornica Slovenije
Ur. I. RS	Uradni list Republike Slovenije
ZD	zdravstveni dom
ZUPJS	Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev

Uporabljeni izrazi, zapisani v moški slovnični obliki, so uporabljeni kot nevtralni za ženske in moške.

Besedilo ni lektorirano.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	5
2	OCENE PROGRAMOV, SKUPNE UGOTOVITVE IN PREDLOGI ZA SKUPINO PROGRAMOV	12
	2.1 Ustreznost ciljev za reševanje problemov posameznih skupin	13
	2.2 Uspešnost programov	14
	2.3 Učinkovitost programov.....	15
	2.4 Ocena tveganja za izvedbo programov.....	16
	2.5 Trajnost in dostopnost programov	21
3	VIRI IN LITERATURA	27

KAZALO PREGLEDNIC

<i>Preglednica 1: Seznam programov s šiframi.....</i>	<i>12</i>
<i>Preglednica 2: Ustreznost ciljev za reševanje težav uporabnikov</i>	<i>13</i>
<i>Preglednica 3: Ocene uspešnosti programov glede na skupne cilje programov stanovanjskih skupin s področja duševnega zdravja</i>	<i>14</i>
<i>Preglednica 4: Ocene učinkovitosti programov.....</i>	<i>15</i>
<i>Preglednica 5: Ocene posameznih vidikov tveganja za izvedbo programov.....</i>	<i>16</i>
<i>Preglednica 6: Ostala tveganja za izvedbo programov.....</i>	<i>17</i>

KAZALO SLIK

<i>Slika 1: Shema prilagojenega evalvacijskega modela.....</i>	<i>8</i>
--	----------

1 UVOD

Tretji cilj Resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (Ur.l. RS, št. 39/2013) se nanaša na izboljševanje kakovosti storitev in programov ter drugih oblik pomoči s povečanjem učinkovitosti upravljanja in vodenja izvajalskih organizacij, povečanjem njihove avtonomije ter upravljanjem kakovosti in zagotavljanjem večjega vpliva uporabnikov in predstavnikov uporabnikov na načrtovanje in izvajanje storitev. Za doseganje tega cilja Resolucija med drugim predvideva:

- Povečanje učinkovitosti vodenja in upravljanja izvajalskih organizacij, s povečanjem avtonomije izvajalcev in učinkovitejšim nadzorom doseganja ciljev s strani ustanoviteljev.
- Spremljanje učinkovitosti in kakovosti dela in reorganizacija izvajalskih mrež na področju socialnega varstva.
- Zagotavljanje večje učinkovitosti in kakovosti dela izvajalskih organizacij, z uvajanjem certificiranih sistemov razvoja, upravljanja in spremljanja kakovosti in z uporabo merljivih kazalcev učinkovitosti, ki jih izvajalci opredeljujejo v svojih strateških dokumentih.
- Spodbujanje ocenjevanja koristnosti vključenosti v programe in storitve za uporabnike – naravnost na rezultate/koristi za uporabnike.

Vse naštetu predstavlja podlago za spremljanje in evalviranje javnih socialnovarstvenih programov (v nadaljevanju JSVP).

Predmet evalvacije

Predmet evalvacije je delovanje skupine JVSP, ki jih Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (dalje MDDSZ) financira za večletno obdobje v okviru skupine Mreža programov namenjenih osebam s težavami v duševnem zdravju in vključujejo dnevne centre, pisarne za informiranje in svetovanje s terenskim delom, nastanitvene programe, programe zagovorništva, različne skupine za samopomoč in programe za svojce oseb, ki imajo težave v duševnem zdravju (MDDSZ 2021-1).

Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (Ur.l. RS, št. 39/2013) programe s področja duševnega zdravja umešča v skupino socialnovarstvenih programov (dalje SVP), natančneje javnih verificiranih socialnovarstvenih programov (dalje JVSP). SVP so namenjeni preprečevanju in reševanju socialnih stisk posameznih ranljivih skupin prebivalstva ali vzdrževanju sprejemljivega socialnega stanja posameznikov, pri katerih ne moremo pričakovati rešitve težav, in predstavljajo dopolnitev socialnovarstvenim storitvam in ukrepom. Za njihovo izvajanje niso predpisani tehnični, kadrovski in vsebinski standardi. Programi se izvajajo na podlagi verifikacije ali smernic, objavljenih v javnih razpisih za njihovo (so)financiranje. Upoštevajo značilnosti in potrebe posamezne ciljne skupine uporabnikov ter izhajajo iz posebnosti okolja in območja, v katerem se izvajajo. Mreže programov se oblikujejo za posamezna področja oz. posamezne ciljne skupine, v tem primeru za področje duševnega zdravja.

S postopkom verifikacije programov so na MDDSZ začeli leta 2007, kar je tudi pogoj za vključevanje v mrežo JVSP. Programi, ki želijo biti vključeni v sofinanciranje za daljše časovno obdobje, morajo pridobiti verifikacijo programa pred prijavo na javni razpis (MDDSZ 2021-1).

Zaradi številnih novih potreb in spremenjene socialne problematike, MDDSZ torej s politiko stabilnega sofinanciranja omogoča delovanje programov s področja duševnega zdravja, ki jih razvijajo nevladne organizacije. Ti programi so se začeli v Slovenji razvijati v devetdesetih letih, danes pa je njihova mreža široko razširjena po državi (MDDSZ 2020-1).

Stanovanjske skupine so manjše bivalne enote za osebe s težavami v duševnem zdravju, ki potrebujejo občasno ali stalno podporo pri bivanju in organiziranju vsakdana ter pri prehodu v samostojno življenje. To pomeni, da se lahko nekdo, ki nima svojcev, ali pa se z njimi ne razume, hkrati pa ne zmore živeti sam, nastani v skupini oseb s podobnimi težavami. V največji možni meri se bo poskusil osamosvojiti, in sicer s pomočjo lastnih moči in strokovnih delavcev (Oreški in drugi 2013).

V obravnavano skupino smo vključili tudi program odprte stanovanjske skupine (P16). Program je namenjen uporabnikom z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki potrebujejo kontinuirano in individualnim potrebam prilagojeno podporo in pomoč, da živijo v skupnosti. To so lahko: pomoč in podpora pri izvajanju vsakodnevnih opravil zase in za bivalno okolje, pomoč pri ureditvi bivalnih pogojev (stanovanja), svetovanje, družabništvo, spremstvo, vključevanje v dejavnosti v lokalnem okolju, povezovanje z ostalimi organizacijami, učenje socialnih spretnosti, krepitev samostojnosti v domačem okolju, učenje in vzdrževanje novih navad in vzorcev, sodelovanje v multidisciplinarnih timih, podpora ob spremembah/poslabšanju/kriznih situacijah, urejanje odnosov s sorodniki, prijatelji, osebna podpora pri vključevanju v delo. Delo izvajajo na terenu, prednost le tega je dostopnost, dosegljivost in zaznavanje potreb iz okolja. Izvajanje poteka predvsem v domačem okolju uporabnika na domu, v neformalnih in formalnih prostorih, kjer se nahajajo ostali drugi občani. Uporabniki živijo v samostojnih stanovanjih (neprofitnih, lastniških, ipd.) sami, v sobivanju ali z družino (Zavod Franko 2021).

Vrsta in obseg evalvacije

JVSP evalviramo v obdobju, ko vsi programi že nekaj let stabilno delujejo in zato gre za vmesno evalvacijo zrelega delovanja programa (Mesec 2007: 147). Opredelimo jo lahko kot formativno evalvacijo, ki ima namen opozarjanja na morebitne pomanjkljivosti v delovanju programa ter priporočil za izboljšanje delovanja.

Različni modeli kakovosti in enotni postopek evalviranja JVSP

Organizacije, ki izvajajo JVSP, se srečujejo z različnimi modeli kakovosti: javni zavodi predvsem z modelom E-Qalin, nevladne organizacije pa predvsem s Standardom kakovosti NVO. Oba modela sta usmerjena na kakovost celotne organizacije in sta, kot vsi standardi kakovosti, usmerjena na vire, procese dela v organizacijah in njihove cilje oz. izide. Z enotnim modelom evalvacije JVSP pa proučujemo program. Kljub temu je med omenjenimi modeli kar nekaj povezav. V vseh omenjenih modelih namreč obravnavamo vire, postopke, procese in izide.

Model evalvacije obsega zbiranje podatkov o naslednjih elementih:

- viri, potrebni za izvajanje programa (kadrovski, finančni, prostorski),
- postopki dela (za kar smo izdelali poseben šifrant),
- te postopke lahko združimo v procese (delo z uporabnikom, delo za uporabnika in organizacijsko delo) in
- izidi programa, ki jih merimo preko različnih kriterijev (izpeljanih iz ciljev programov).

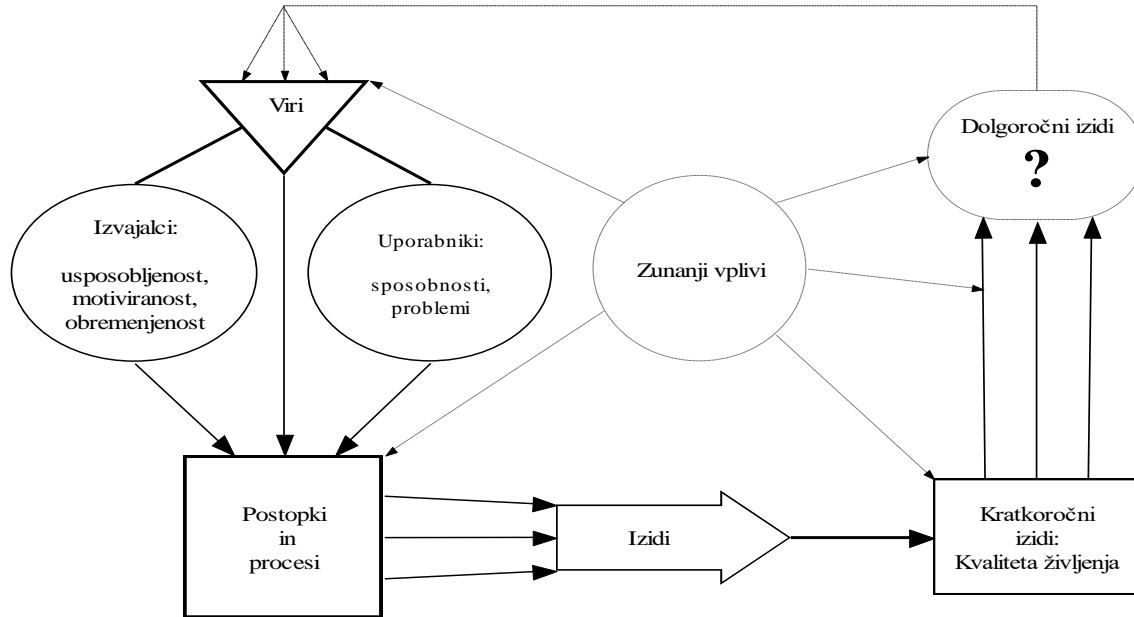
Ti podatki nam služijo kot primarni viri za ovrednotenje programov po spodaj postavljenih kriterijih.

Programi, ki so vključeni v model evalvacije, lahko svoje delo na evalvaciji (podatke in rezultate evalvacij) smiselno uporabijo pri morebitni uporabi različnih modelov kakovosti.

Model evalvacije in metodološka pojasnila

Model, ki smo ga razvili za potrebe evalviranja socialnovarstvenih programov, temelji na Yatesovem (Yates 1999) CPPOA modelu evalviranja (*cost – procedure – process – outcome analysis*), ki se osredotoča na vire programa, postopke, procese in izide programa ter ovrednoti povezave med njimi. Model shematično prikazuje slika 1. Natančneje pa je opisan v knjigi Evalvacija programov v socialnem varstvu: model in postopek izvedbe (Rode in drugi 2006).

Slika 1: Shema prilagojenega evalvacijskega modela



Vir: Yates 1999 v Rode in drugi 2006: 62

Da smo lahko začeli z izvajanjem evalvacij na način, kot je opisan v modelu, je bilo potrebno najprej zagotoviti enotno zbiranje podatkov o virih (materialnih, kadrovskih, prostorskih – to je načeloma zagotovljeno že z enotnim formatom letnih poročil, ki jih programi oddajajo svojemu financerju – MDDSZ), postopkih in procesih (v ta namen smo za potrebe modela evalvacije JVSP razvili posebno spletno bazo za beleženje in spremljanje dela (glej Žiberna 2019)) in izidih programa, ki jih merimo s pomočjo različnih, v ta namen oblikovanih merskih instrumentov (vprašalniki, dokumentacije, zbirniki).

Razvili smo tipologijo programov, ki naj bi jih evalvirali in skupine programov umestili v to tipologijo. Tipologijo sestavljata dve dimenziji: trajanje programa (trenutni oz. prehodni programi vs. vzdrževalni oz. trajni programi) in kontinuum med preprečevanjem (preventivni programi) in popravljanjem (terapevtski oz. kurativni). Programe smo najprej razvrstili glede na trajanje vključenosti uporabnikov v program (prehodni programi vs. vzdrževalni programi). Od tega je odvisno, kako in koliko ti programi vplivajo na življenje uporabnikov (torej ali dejansko lahko npr. vplivajo na izboljšanje kakovosti življenja uporabnikov; ali lahko to merimo (če so uporabniki v program vključeni dlje časa, lahko razvijemo merske instrumente, s katerimi bomo zaznali te spremembe) in seveda, ali so naravnani preventivno (npr. informativna dejavnost) ali kurativno (terapevtsko delo s predstavniki ranljivih skupin). Od umestitve v tip programa je bilo odvisno, kakšne merske instrumente za merjenje izidov programov smo morali razviti.

Tipologija nam torej omogoča, da opišemo različne oblike dela v programih, s tem pa posredno ugotovimo, kakšne učinke lahko od njih pričakujemo.

Nato smo ugotavljali, kateri so tisti skupni cilji, ki bi jih posamezne skupine programov morale zadovoljevati, da bi izpolnile svoje »poslanstvo«. Pri vzpostavljanju enotnega modela evalviranja socialnovarstvenih programov smo sledili trem skupinam skupnih ciljev. Prve smo imenovali splošni, ki jih lahko uporabimo pri vseh programih, in so zapisani v nacionalnih in nadnacionalnih strateških dokumentih; drugi so posebni skupni cilji, ki jih opredeljujejo v skladu s spoznanji stroke glede problemov, s katerimi se spopadajo določene vrste programov; tretje

pa smo imenovali specifični in so lastni vsakemu programu posebej. Pomembno je, da nabor skupnih ciljev določajo skupaj vsi deležniki (financerji programov, izvajalci programov in uporabniki programov).

Evalvacije smo se lotili po načelih dialoga (dialoška evalvacija), kar pomeni, da program evalvirata vsaj dva evalvatorja, ki med seboj primerjata in usklajujeta ocene. Pri tem smo vzpostavili tudi dialog med samimi izvajalci. Smiselno je, da se hkrati evalvirata vsaj dva sorodna programa (če je to mogoče), kar omogoča razvrščanje in medsebojno primerjanje programov po posameznih skupnih ciljnih in postavkah.

Postopki in skupni cilji v enotnem modelu evalvacije morajo biti čim bolj standardizirani, s čimer dosežemo uporabnost, izvedljivost, primernost, natančnost, primerljivost in seveda ponovljivost. Da bi evalvacije čim bolj zadovoljile te kriterije, mora sistem evalvacije zagotoviti stalno spremljanje. Evalvacija omogoča pregled nad kakovostjo programov, odločanje o potrebnem obsegu posameznih vrst programov, hkrati pa je to priložnost za same izvajalce, da ugotovijo, kakšna je kakovost njihovih programov in kako jo lahko izboljšajo (Rode in drugi 2006).

V letu 2009 smo začeli z izvajanjem evalvacij programov. V evalvacije se vključujejo tisti programi, ki jih je MDDSZ v tistem obdobju sofinanciralo za petletno obdobje (zdaj je to obdobje sedemletno) in imajo verifikacijo Socialne zbornice Slovenije (v nadaljevanju SZS).

Evalvatorji smo v ta namen skupaj z izvajalci programov v preteklih letih oblikovali vrsto merskih instrumentov (vprašalnikov), s katerimi merimo kakovost izvajanja programov za uporabnike. Nekatere vprašalnike uporabniki izpolnjujejo ob vstopu v program (vprašalnik za uporabnike ob vstopu), druge ob izstopu oz. ob zaključku evalvacijskega obdobja (vprašalnik za uporabnike ob izstopu / ob evalvaciji oz. vprašalnik za oceno programa, ki je namenjen kratkotrajnim uporabnikom. Obstajajo tudi vprašalniki oz. dokumentacije, ki jih izpolnjujejo strokovni delavci (dokumentacija za uporabnike in dokumentacija o programu). Posebej za potrebe evalvacije smo pripravili »Zbirnik podatkov o programu za pripravo evalvacijskega poročila« za Mrežo programov namenjenih osebam s težavami v duševnem zdravju in vključujejo dnevne centre, pisarne za informiranje in svetovanje s terenskim delom, nastanitvene programe, programe zagovorništva, različne skupine za samopomoč in programe za svojce oseb, ki imajo težave v duševnem zdravju. Vprašalnike in zbirnike po vsakem obdobju evalvacije ponovno preverimo in jih prilagodimo morebitnim novim ali drugačnim skupnim ciljem programov in/ali opaženim metodološkim pomanjkljivostim.

Poleg tega tudi ves čas nadgrajujejo spletno bazo za beleženje in spremljanje dela (glej Žiberna 2019) - bazo EVAPRO®, ki je spletna baza (aplikacija) namenjena beleženju opravljenih storitev JSVP. Je interaktivna aplikacija namenjena mesečnemu, polletnemu in letnemu poročanju financerju JSVP (MDDSZ) ter evalviranju JSVP. Baza je torej stacionirana na spletu, kar pomeni, da namestitev ni potrebna, uporaba je brezplačna, je dobro zaščitena z vidika vdorov in varstva osebnih podatkov, omogoča neposreden in enostaven izpis poročil, kot jih zahteva MDDSZ in nekateri drugi financerji JSVP pri (pol)letnem in mesečnem poročanju. Aplikacija omogoča izpis večje količine različnih poročil, veliko različnih filtrov podatkov, avtomatično združevanje baz iz različnih enot programa v krovno bazo, enostaven izvoz podatkov, možnost medletnega primerjanja in sledenja podatkov in ustrezne možnosti nadzora vnosa podatkov z varovalkami proti napačnim vnosom.

Baza EVAPRO® je dobro zaščitena iz vidika varovanja osebnih podatkov (je kriptirana), poleg tega uporabniki lahko naročniku poročajo tako ali tako zgolj agregirane podatke brez imen in priimkov. Baza EVAPRO® se avtomatično shrani na strežniku (večkratni backup), zato varnostne kopije niso potrebne.

V aplikaciji redno glede na povratne informacije uporabnikov, poenostavljamo in optimiziramo izpise, razširjamo možnosti vnašanja podatkov, povečujemo količino različnih poročil ter možnosti različnih filtrov podatkov. Spremembe izvajamo tako za posamične baze podatkov kot za krovne baze.

Trenutno bazo uporablja, če odštejemo administratorje 316 aktivnih uporabnikov, kar pomeni 363 enot programov, pri čemer seveda na vseh enotah uporablja bazo več uporabnikov oz. izvajalcev JSVP. To je precej presežilo naša pričakovanja in je hkrati zahtevalo tudi več dodatnih izobraževanj in telefonskih, ter e-poštnih konzultacij in veliko programerskega ter testnega dela. Redno tudi posodabljam navodila za uporabe baze z novimi možnostmi.

Kriteriji evalvacije in njihova definicija (s specifičnimi dimenzijami):

- Ustreznost ciljev za reševanje problemov posameznih skupin: ustreznost ciljev se preverja že ob verifikaciji programov in ob razpisu; evalvatorji preverimo, ali izvajalci sledijo tem ciljem, katere cilje in zakaj so jih spremenili; preverimo ustreznost formulacije ciljev, kar bi sicer moral biti že del verifikacije. Dimenzije, ki jih ocenjujemo znotraj tega kriterija, so: primernost formulacije ciljev, sledljivost ciljev (verifikacija, razpis, poročilo), ustreznost ciljev glede na tip programa. Ugotovitve podajamo opisno.
- Uspešnost programa ocenjujemo preko doseganja skupnih ciljev, ki smo jih določili za posamezno skupino programov. Podatke za oceno po posameznih ciljeh pridobivamo iz vprašalnikov za uporabnike in dokumentacije, ki jo izpolnjujejo izvajalci programov. V prilogi splošnega dela poročila je ocenjevalni list, iz katerega so razvidni kazalniki za merjenje doseganja posameznega cilja. Posamezne dimenzije tega kriterija ocenjujemo numerično.
- Učinkovitost programa ocenjujemo na podlagi naslednjih dimenzij: primernost sredstev glede na število uporabnikov; primernost razmerja med deležem dela neposredno z uporabniki in vsega dela v programu. Podajamo številčne ocene.
- Oceno tveganja za izvedbo programa podajamo glede na naslednje dimenzije: tveganja z vidika financiranja programa, z vidika zagotavljanja primerne kadra za izvajanje programa, z vidika ustreznosti programa za vključene uporabnike, z vidika zagotavljanja ustreznih prostorov za izvedbo programa in drugih dejavnikov tveganja. Za nekatere dimenzije podajamo opisne ocene, za večino pa številčne.
- Oceno trajnosti programa podajamo glede na naslednje dimenzije: delež povratnikov in razlogi, delež uporabnikov iz drugih programov in razlogi, delež uporabnikov, ki obiskujejo poleg obravnavanega programa še vsaj en drug JSVP, število let delovanja programa ter dostopnost programa. Ocene podajamo opisno.

Rezultati evalvacije in predlogi, ki izhajajo iz tega, so namenjeni preglednemu prikazu stanja glede doseganja ciljev v posameznih programih in morebitnih tveganj pri izvedbi programa. Izvajalcem programov in financierjem omogočajo, da odpravijo morebitne ugotovljene pomanjkljivosti in preoblikujejo način(e) dela tako, da bo možno v večji meri dosežati cilje, za

katere smo ugotovili, da jih v primerjavi z drugimi programi znotraj skupine dosegajo v manjši meri, in zagotoviti ustrezne vire za izvedbo programov.

Metodološka pojasnila glede obdelave podatkov

Od izvajalcev skupine programov stanovanjskih skupin s področja duševnega zdravja smo **prejeli 558 vprašalnikov in dokumentacij**, vse smo tudi vključili v analizo.

Vse neustrezne ali dvomljive podatke smo pri izvajalcih programov dodatno preverili in jih prosili za dopolnitve ali pojasnila. Za verodostojnost (pravilnost in natančnost) vseh podatkov, ki so jih poslali izvajalci JVSP, odgovarjajo izvajalci. Enako velja za korektnost in nepristranskost izpolnjevanja vseh vprašalnikov, dokumentacij in zbirnikov.

Pri statistični obdelavi podatkov smo uporabljali Microsoft Excel, R Statistics in IBM SPSS Statistics.

Za izračun statističnih značilnosti smo uporabili sledeče teste:

- t-test za dva odvisna vzorca, kjer je spremenljivka nominalnega tipa, ki se porazdeljuje normalno (pri izračunu upoštevamo tiste enote analize, za katere imamo podatek ob vstopu in ob evalvaciji/izstopu);
- Wilcoxonov test, kjer je ena spremenljivka nominalnega tipa, ki se porazdeljuje asimetrično (pri izračunu upoštevamo tiste enote analize, za katere imamo podatek ob vstopu in ob evalvaciji/izstopu);
- McNemarjev test, kjer sta obe spremenljivki nominalnega tipa (pri izračunu upoštevamo tiste enote analize, za katere imamo podatek ob vstopu in ob evalvaciji/izstopu).

Na koncu vsakega poročila podajamo ključne ugotovitve in predloge za delovanje programa.

2 OCENE PROGRAMOV, SKUPNE UGOTOVITVE IN PREDLOGI ZA SKUPINO PROGRAMOV

Programne smo ocenjevali po zgoraj navedenih kriterijih za evalvacijo. Za tiste dimenzije kriterijev, ki jih je bilo relevantno in možno oceniti številčno, podajamo primerjave ocen, za ostale dimenzije, kjer kvantitativno ocenjevanje ni smiselno, pa opisne ugotovitve. Za ocenjevanje uporabljamo lestvico od 0 (popolnoma neustrezno) do 6 (popolnoma ustrezno). Oznaka n.p. pomeni, da iz organizacije o danem vidiku nismo dobili podatka, oznaka n.o., pa da vidika ne ocenjujemo, ker ocena ni relevantna za dani program oz. program ocenjujemo zgolj opisno.

Poglobljeni podatki posameznih ocenjevanih vidikov so v poročilih za posamični program, ki smo jih oddali naročniku ločeno. V arhivu IRSSV hranimo izpolnjene »Zbirnike podatkov o programu za pripravo evalvacijskega poročila«.

V naslednji preglednici prikazujemo seznam organizacij s pripadajočim seznamom programov, ki jih organizacije izvajajo. Levi stolpec vsebuje šifre posameznih programov.

Preglednica 1: Seznam programov s šiframi

P10
P11
P12
P13
P14
P15
P16

2.1 Ustreznost ciljev za reševanje problemov posameznih skupin

V preglednici 2 prikazujemo ustreznost ciljev za reševanje težav uporabnikov glede na posamični program. Kriterije ocenjujemo opisno (da/ne/delno).

Preglednica 2: Ustreznost ciljev za reševanje težav uporabnikov

	Primernost formulacije ciljev	Ustreznost ciljev glede na tip programa
P10	da	da
P11	da	da
P12	da	da
P13	da	da
P14	da	da
P15	da	da
P16	da	Da

Ugotavljamo, da so cilji programov ustrezno formulirani in ustrezni glede na tip programa in vključeno populacijo programov.

2.2 Uspešnost programov

V naslednji preglednici prikazujemo ocene uspešnosti posamičnih programov pri doseganju skupnih ciljev skupine programov. Cilje ocenjujemo na lestvici od 0 (min.) do 6 (max.).

Preglednica 3: Ocene uspešnosti programov glede na skupne cilje programov stanovanjskih skupin s področja duševnega zdravja

Skupni cilj	Ocena P10	Ocena P11	Ocena P12	Ocena P13	Ocena P14	Ocena P15	Ocena P16
Zadovoljstvo uporabnika	6	5	5	5	5	5	5
Zmanjšanje števila hospitalizacij	6	6	5	6	6	6	5
Širjenje socialne mreže	np	5	np	4	4	3	3
Kakovostno preživljanje prostega časa v programu	5	4	5	5	4	5	3
Zmanjšana stigmatizacija	np	5	np	4	5	4	4
Prispevek k sooblikovanju storitev	6	5	5	5	5	5	6
Varnost uporabnika	np	5	np	5	5	5	5
Poznavanje in uveljavljanje pravic	6	6	6	5	6	5	5
Zmožnost relativno samostojnega življenja	4	2	2	2	2	2	3
Izselitev uporabnika iz stanovanjske skupine	no	no	no	no	no	no	No
Promocija, destigmatizacija	0	3	4	2	3	1	2
Sprejetost programa v lokalno okolje	4	3	5	5	3	6	3

Ugotovitve - uspešnost programa:

Programi so bili v povprečju uspešni do popolnoma uspešni pri doseganju večine ciljev, le pri dveh ciljeh so bili nekoliko manj uspešni (povprečne ocene ciljev so bile med 2,1 in 5,7). Najvišjo povprečno oceno (5,7) so programi dosegali pri cilju: zmanjšanje števila hospitalizacij, malce nižje, a še vedno popolnoma uspešni so bili pri doseganju cilja poznavanje in uveljavljanje pravic (5,6). Manj uspešni pa so bili pri doseganju ciljev promocija, destigmatizacija (2,1) in zmožnost relativno samostojnega življenja (2,4). Programi so v povprečju cilje dosegali uspešno do zelo uspešno s povprečnimi ocenami med 4 in 4,6. V dveh programih (P10 in P11) nekaterih ciljev (širjenje socialne mreže, zmanjšana samostigmatizacija in varnost uporabnika) ni bilo mogoče oceniti, ker ni bilo podatkov za primerjavo stanja ob vstopu in ob evalvaciji. Cilja izselitev uporabnika iz stanovanjske skupine nismo ocenjevali števično.

2.3 Učinkovitost programov

V preglednici prikazujemo ocene primernosti sredstev glede na število uporabnikov in primernost razmerja opravljenega dela neposredno z uporabniki in ostalega opravljenega dela. Kriterije ocenjujemo na lestvici od 0 (min.) do 6 (max.).

Preglednica 4: Ocene učinkovitosti programov

Kriterij	Ocena P10	Ocena P11	Ocena P12	Ocena P13	Ocena P14	Ocena P15	Ocena P16
Primernost sredstev glede na število uporabnikov	6	5	6	6	6	6	1
Odstotek porabljenega časa za skupne postopke (1-99)*, specifične postopke (100-199) ter postopke z anonimni uporabniki (600-699) v razmerju do porabljenega časa za vse opravljene postopke (1-699)	6	6	5	6	5	5	3

Opomba:

*V oklepajih navajamo standardizirane sklope šifer iz baze opravljenih postopkov.

Ugotovitve - učinkovitost programa:

Primernost sredstev glede na število uporabnikov ocenjujemo v večini programov kot popolnoma ustrezno z oceno 6 (med 1205 EUR (P12) in 1575 EUR (P10) na uporabnika), v enem programu (P11) kot zelo ustrezno z oceno 5 (950 EUR). V enem programu (P16) so sredstva glede na uporabnika zelo neustrezna (le 342 EUR).

Delež časa, ki ga v programih namenijo za delo neposredno z uporabnikom je v treh programih (P10, P11 in P13) popolnoma ustrezen nad 75 %. Zelo ustrezen je tudi v P12, P14 in P15 (nad dve tretjini). Srednje ustrezen je v P16 (okrog polovice časa).

2.4 Ocena tveganja za izvedbo programov

Kadri

V naslednjih dveh preglednicah prikazujemo ocene posameznih vidikov tveganja za izvedbo programov. Kriterije ocenjujemo na lestvici od 0 (min.) do 6 (max.).

Preglednica 5: Ocene posameznih vidikov tveganja za izvedbo programov

Kriterij	Ocena P10	Ocena P11	Ocena P12	Ocena P13	Ocena P14	Ocena P15	Ocena P16
Primernost letnih sredstev glede na število zaposlenih za polni delovni čas	6	6	5	6	6	6	6
Delež sofinanciranja MDDSZ glede na vse prihodke	6	3	4	4	4	4	3
Razmerje med povprečnim številom uporabnikov na mesec in številom zaposlenih	6	6	6	6	6	6	5
Formalna usposobljenost kadrov (delež zaposlenih s strokovnim izpitom)	2	4	4	4	4	2	3
Povprečna stopnja izobrazbe zaposlenih (aritmetična sredina)	4	5	5	6	6	5	6
Ustreznost kadrov glede na financiranje MDDSZ (skladnost s pogodbo)	6	6	6	6	6	6	6

Ugotovitve – kadri:

V večini programov so bila sredstva na zaposlenega popolnoma ustrezna (med 22.429 in 30.379 EUR). V P12 pa so sredstva zelo ustrezna (okrog 18.400 EUR).

Delež sofinanciranja MDDSZ je popolnoma ustrezen le pri enem programu (P10), ustrezen je v večini ostalih programov, le v dveh programih (P11 in P16) pa srednje ustrezen (malce več kot polovica sredstev je iz MDDSZ).

Razmerje med povprečnim številom uporabnikov na mesec in številom zaposlenih je popolnoma ustrezno v vseh programih (med 3 in 4 uporabnikov na enega zaposlenega), razen v enem (P16), kjer še vedno razmerje ocenjujemo kot zelo ustrezno (približno sedem uporabnikov na enega zaposlenega).

Delež zaposlenih s strokovnim izpitom je ustrezen v večini programov (okrog dve tretjini zaposlenih ima strokovni izpit), v enem (P16) srednje ustrezen in v dveh (P10 in P15) manj ustrezen (med četrtino in eno tretjino zaposlenih s strokovnim izpitom).

Povprečna stopnja izobrazbe zaposlenih je popolnoma ustrezna v treh programih (P13, P14 in P16), zelo ustrezna v P11, P12 in P15) ter ustrezna v P10.

V obravnavanih programih imajo zaposlen kader, ki ga na podlagi pogodbe sofinancira MDDSZ.

Ostali vidiki tveganja za izvedbo programov

V preglednicah prikazujemo ocene preostalih vidikov tveganja za izvedbo programov. Prvi kriterij ocenjujemo na lestvici od 0 (min.) do 6 (max.), naslednje tri ocenjujemo opisno (da/ne/delno) in zadnja dva opisno (da/ne).

Preglednica 6: Ostala tveganja za izvedbo programov

Kriterij	Ocena P10	Ocena P11	Ocena P12	Ocena P13	Ocena P14	Ocena P15	Ocena P16
Kakovost strukture postopkov	6	6	6	6	6	6	6
Ustreznost programa za vključeno populacijo	da	da	da	da	da	da	da
Ustreznost prostorov za izvedbo programa	da	da	delno	da	da	da	da
Ustreznost postopkov glede na zastavljene cilje	da	da	da	da	da	da	da
Tveganja v povezavi z obstojem konfliktov glede uporabe metod dela	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Tveganja v povezavi z administrativnimi in organizacijskimi ovirami	da	da	da	da	da	ne	ne

Ugotovitve - Kakovost strukture postopkov:

Ugotovili smo, da je kakovost strukture postopkov v vseh programih popolnoma ustrezna. Postopki, ki jih uporabljajo v programih in jih beležijo v bazo postopkov, so popolnoma ustrezni glede na cilje programa.

Ugotovitve - Ustreznost programa za vključeno populacijo:

Ciljna in vključena populacija se ujemata: osebe s težavami v duševnem zdravju. Program nudi ustrezne storitve za vključeno populacijo.

V P13 navajajo, da v zadnjih letih opažajo povečano število vlog uporabnikov, ki imajo kompleksno osebnostno in vedenjsko strukturo, težave z odvisnostjo od alkohola in drog, obenem pa tudi težave v duševnem zdravju. Podobno navajajo v P15, da imajo nekateri uporabniki poleg duševnih težav tudi izrazitejša lastnosti osebnostnih struktur. Takšne osebe težko sledijo navodilom, se težje prilagajajo skupini, so bolj konfliktni, so impulzivni in nepremišljeni, zato v programu težko sodelujejo in počasneje napredujejo.

Ugotovitve – prostorska tveganja:

Večjih prostorskih tveganj za izvajalce in uporabnike programov nismo identificirali na nobeni izmed enot obravnavanih programov. Imajo pa v P12 težave zaradi slabe izolacije v pisarniških prostorih, in v programu težko izvajajo individualne razgovore in težko izpostavljajo težave na superviziji, saj se pogovore sliši v sosednje pisarne.

Ugotovitve - Organizacijske ovire, konflikti glede uporabe metod dela:

Pomembnejših tveganj v povezavi z obstojem konfliktov glede uporabe metod dela nismo zaznali oz. izvajalci programov vse rešujejo sproti na intervizijah in supervizijah ter v okviru timskega dela. V enem od programov (P11) navajajo, da se občasno pojavijo strokovne dileme med zaposlenimi pri uporabi metod za določenega uporabnika, a jih vedno konstruktivno

rešijo. Podobno navajajo v P12, da med izvajalci obstajajo morebitni drugačni pogledi na reševanje problemov, s katerimi se srečujejo, a to v glavnem vodi k ustvarjalnosti pri delu. Vsak zaposleni poda svoj prispevek v kolektivu, pri čemer spodbujajo kreativnost. V P13 pa največ dilem opažajo glede tega, kdaj in kako se poslužiti timske obravnave ter povezave z strokovnimi službami izven društva. Gre za osebni občutek strokovnega delavca, ta občutek pa je povezan z individualno potrebo in presojo, kar včasih sproža nestrinjanja med strokovnimi delavci.

Glede organizacijskih in administrativnih ovir nekateri izvajalci izpostavljajo naslednja tveganja.

Kadrovske ovire/tveganja:

V P10 so administrativne in organizacijske naloge v izvedbi strokovne vodje, kar poleg strokovnega dela (edini strokovni delavec v programu) predstavlja zelo velik obseg nalog in obveznosti. Izvajalci ocenjujejo, da obstaja potreba po dodatnem kadru.

V P11 se srečujejo z veliko fluktuacijo kadra (specifičnost dela, obremenjujoče delo). Želijo si dodatnega kadra, spremembo normativa, da bi obremenitev zaposlenih bila manjša, kar bi bilo nujno iz vidika vse večje kompleksnosti težav uporabnikov. Potrebno bi bilo okrepiti timsko z ostalimi strokami, s katerimi redno sodelujejo, a v izogib kasnejšim težavam pri vključevanju in bivanju uporabnikov, bi si želeli več zaupanja zdravstvene stroke in podajanja realnih informacij. Podobno navajajo v P14, da je potrebno bolj intenzivno sodelovati s službami, ki izvajajo zdravstvene storitve, kar je posebno nujno v primerih izrazitega poslabšanja zdravstvenega stanja (bolezni pluć, srca). V P12 opozarjajo še na pomanjkanje dostopnosti mobilne pomoči stanovalcem, ki so se uspeli preseliti in so začeli samostojno življenje. Le-ti v akutnih fazah bolezni ali ob določenih stiskah še vedno izražajo potrebo po omenjeni pomoči. P16 ocenjujejo, da glede na intenziteto dela na terenu potrebujejo še eno strokovno delavko in laičnega delavca v programu, ki bi jih sofinanciralo MDDSZ, če bi želeli širiti program in delati tudi več na razvoju programa, saj imajo veliko število uporabnikov vključenih v program. V P11 so v letih, kot je bilo krizno leto 2020, imeli težave pri vključevanju prostovoljcev. V P12 navajajo težave z bolniškimi staleži, težave pri nadomeščanju, pomankanju strokovnega kadra.

Financiranje:

V P11 navajajo težave pri doplačilu oskrbnega dne nekaterih občin, potrebna so dolgotrajna dogovarjanja z njimi, nekatere občine tega nimajo v proračunu in morajo zaradi tega sprejemati rebalans, kar podaljša postopek sprejema celo za več mesecev, posledično nimajo vsi uporabniki zagotovljenih enakopravnih možnosti vključitve v program. Na podobne težave opozarjajo v P12 in dodajajo, da lokalne skupnosti pogosto nimajo interesa, da bi pokrile razliko do polne cene storitve, pogosto tudi nimajo znanja in informacij, kako to narediti. V P14 pa omenjeno težavo povezujejo s tem, da občine niso zakonsko zavezane in ne zagotavljajo kontinuiranega plačevanja namestitve svojih občanov.

V P12 navajajo, da je stalna pripravljenost nadstandardna storitev, ki uporabnikom prinaša več podpore in pomoči, vsekakor tudi varnost, kar pripomore k uresničevanju cilja zmanjšanja hospitalizacije, za strokovne delavce pa je finančno popolnoma neustrezno ovrednotena.

Covid-19:

V času izrednih razmer so v P10 in P14 opažali povečan obseg dela z vidika administrativnih in organizacijskih nalog (prilagojeno delovanje programa in urnik, potreba po dodatni pomoči, vključevanje zunanjih izvajalcev, redno spremljanje in upoštevanje navodil, sprememb ipd.). S tem so bile povezane tudi stiske zaposlenih zaradi preobremenjenosti.

V P11, P12 in P14 so v času razglašene epidemije imeli več odsotnosti zaposlenih (večinoma zaradi varstva otrok). Dostopnost za uporabnike storitev so v času epidemije reševali z obstoječim kadrom s prilagoditvijo oblik dela kot npr. več telefonskega dela, srečevanje zunaj ob razdalji in uporabi maske, srečanja preko Zooma ipd. Administrativne ovire so se v P11 in P12 pojavljale na začetku epidemije zaradi slabe opremljenosti z digitalno tehnologijo uporabnikov in/ali strokovnih delavcev in pomanjkanjem znanja za uporabo te tehnologije, ki so jih postopoma poskušali reševati, z nekaterimi pa se sploh ni dalo, saj ne želijo uporabljati te tehnologije.

V P12 in P14 opozarjajo na težave z zaščitnimi sredstvi ob razglasitvi epidemije. V času epidemije so strokovno delo prilagajali potrebam ter ukrepom vlade in NIJZ. Kljub epidemiji so delo opravljali nemoteno, izvajali storitve neposredno z uporabniki v neposrednem kontaktu, čeprav je pomenilo veliko izpostavljenost in tveganost zaposlenih pred okužbo s Covid-19. Ker imajo uporabniki različne zdravstvene težave, ki so povezane s težavami v duševnem zdravju in so zaradi epidemiološke situacije še bolj izrazite, in je bil dostop do zdravstvenih storitev omejen, je v teh situacijah normativ uporabnikov na strokovnega delavca neustrezen. Zaposleni, kljub temu, da so delali normalen delovni čas, vključno z intervencijami, spremstva v ZD, bolnišnice, ambulate ipd., niso prejeli dodatkov v povezavi z epidemijo Covid-19, kot zdravstveni sektor. Pri cepljenju imajo prednost rizične skupine oskrbovancev, zaposleni v zdravstvu in socialnem varstvu, kamor izvajalcev socialnovarstvenih storitev in programov (nastanitvenih) vlada ni uvrstila in niso v enakovrednem položaju.

V nekaterih programih npr. P13, so oblikovali posebne pravilnike za delo v času epidemije, so pa kljub temu beležili povečan obseg dela, tudi v popoldanskem in večernem času ter ob vikendih, ko so uporabniki, zaradi povečanih stisk, večkrat poklicali na službeni telefon. Ves čas so zaposleni delovali usklajeno in odgovorno, vseh ukrepov so se dosledno držali, tudi v svojem prostem času, na ta način so lahko zdržali veliko odgovornost, ki jo prinaša bivanje uporabnikov v običajnem skupnostnem okolju. Tudi večina uporabnikov se je zmoгла držati dogovorov.

Ostale administrativne in organizacijske ovire:

V P12 navajajo, da morajo pogosto reševati krizne situacije izven rednega delovnega časa pri čemer delo ni ustrezno ovrednoteno. Ovira je tudi nerazumevanje in nesodelovanje svojcev. Pri delu z agresivnim uporabnikom so zaposleni prepuščeni sami sebi in svoji iznajdljivosti ter sposobnosti reševanja problemov. Sklicevanje na človekove, pacientove... pravice vodi izvajalce skozi zelo občutljivo področje, zakonodaja ni v pomoč, dokler se kaj hujšega ne zgodi. Težave so tudi z beleženjem dela npr. delo, ki ga opravijo pred vključitvijo v program, ostaja nebeleženo. Uporabnik takrat še ni vnesen v sistem evalvacije, z njim opravijo veliko dela z namenom priprave na vključitev. Tudi nasploh predlagajo poenostavljeno administrativno delo v povezavi s sofinanciranjem izvajanja programa.

V P13 navajajo ovire ob potrebi po spremstvu ali prevozu uporabnikov na specialistične preglede, saj je premalo zaposlenih, uporabniki včasih nimajo niti svojcev niti javnega prevoza do zelenega kraja in takrat je potrebno aktivirati vse razpoložljive vire, da posameznika

podprejo pri uresničevanju zadanih ciljev. Pogosto je potrebno podaljšati delovni čas in opraviti naloge, ki niso del opisa in nalog strokovnega delavca.

V enem od programov (P15) administrativnih in organizacijskih tveganj niso zaznavali.

2.5 Trajnost in dostopnost programov

V poglavju prikazujemo opisne ocene vidikov trajnosti programov za izvedbo programov.

Kontinuiteta delovanja

Programi imajo večinoma dolgo kontinuiteto delovanja, najmanj med 11 (P16) oz. 12 let (P15) In največ 29 let (P14). Pomembno je, da imajo glede na potrebe uporabniki možnost dolgotrajnejšega oz. kontinuiranega obiskovanja programa.

Ugotovitve - povratništvo v programu in kroženje uporabnikov:

Uporabnikov, ki so v preteklosti kontinuirano obiskovali program in so se po prekinitvi obiskovanja programa zopet vrnili, v P10, P11, P13, P15 ni bilo. V P12 navajajo, da je takih okrog 1 %, v P16 6 % in v P14 pa okrog 7 %. Kot razlog vrnitve v SS navajajo finančne stiske uporabnikov in ne zagotavljanje storitev s strani koordinatork obravnave v skupnosti, ki so jih uporabniki potrebovali oz. poslabšanje duševnega zdravja, ki ni več omogočalo samostojnega življenja.

Po podatkih izvajalcev v preteklem letu takih uporabnikov, ki bi prišli iz drugih programov, v nekaterih programih (P10) ni bilo oziroma jih je bilo malo (3 % v P16).

V drugih programih (P11, P12, P13, P15) ocenjujejo, da je takih okrog polovica. V P14 (kjer so prevzeli enoto drugega izvajalca) pa je bilo takih preko 90 %. Med njimi so taki, ki so pred tem obiskovali DC, program socialnega zagovorništva ali so bili že prej vključeni v SS druge organizacije, uporabniki programa obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju v skupnosti pri CSD, iz drugih programov CSD ter iz programov psihiatričnih bolnišnic, varnih hiš, zavetišč, programov socialne vključenosti, socialne aktivacije, visokopražnih programov za odvisnike, deložacijskih programov, zavodov.

V nekaterih programih (P10, P11, P13, P14, P15) navajajo, da vsi uporabniki obiskujejo še druge programe oz. psihiatrične ambulante). Predvsem gre za DC s področja duševnega zdravja, kamor se večinoma vključujejo v dopoldanskem času, SP, program socialnega zagovorništva. Vključujejo pa se tudi v druge programe, ki niso SVP, to so predvsem psihiatrična obravnava, terapija, koronarna društva, program socialne vključenosti, antideložacijski programi...V P12 navajajo, da je takih uporabnikov 70 %, v P14 malce manj kot polovica in v P16 okrog 20 %.

V procesu evalvacije smo analizirali sedem JVSP iz skupine programov stanovanjskih skupin s področja duševnega zdravja s področja duševnega zdravja. Podajamo nekaj ugotovitev in trendov, ki se nanašajo na obravnavane programe, če se nanašajo na posamični program, smo to posebej označili. Ugotovitve in predloge razvrščamo v štiri sklope:

a) Uporabniki programov SS

- Delovni čas strokovnih delavcev v programih SS ustreza večini uporabnikov in njihovim potrebam. Strokovni delavci s svojimi storitvami pokrivajo potrebe uporabnikov osem ur dnevno, izven omenjenega delovnega časa pa so v stalni pripravljenosti. Nujnost le te se kaže v potrebah uporabnikov, ki tako v popoldanskem, nočnem času ter ob koncih tedna potrebujejo podporo pri reševanju stisk in kriznih situacij. Strokovni delavci se v času stalne pripravljenosti odzovejo z obiskom na terenu oziroma s telefonskim svetovanjem. Kljub dejanskemu 24-urnemu pokrivanju programa se pri nekaterih uporabnikih zaradi specifičnih potreb pojavi tendenca po še bolj intenzivni podpori oz. oskrbi.
- Zaradi epidemije v programih SS zaznavajo povečanje individualnih potreb uporabnikov, saj opažajo poslabšanje počutja, stiske, strahove, osamljenosti predvsem med vikendom in praznikom, med tednom pa v večernih urah, kar premagujejo v okviru stalne pripravljenosti oz. intervencij. V programe so vključeni tudi uporabniki (dvojne ali več diagnoz, težje osebnostne motnje...), ki potrebujejo več pomoči, večji obseg storitev, ki pa jih z omenjenim delovnim časom in kadrovsko strukturo na programu ne zmoremo pokrivati, zato se vključijo tudi v druge oblike strokovne pomoči. Strokovni delavci se skupaj z uporabniki dogovorijo v času njihovega delovnika, da v tem času uredijo zadeve, ki jih sami ne zmorejo, obenem pa skupaj pričnejo dan čim bolj strukturirano. V dopoldanskem času opravijo individualne razgovore, skupinska dela, prostočasne aktivnosti, spremstva, vodenja, informiranja in usmerjanja.
- Po poročanju izvajalcev programov SS, je vedno več uporabnikov z dvojnimi diagnozami ali več diagnozami, kar pomeni, da imajo poleg težav v duševnem zdravju še kakšno drugo težjo kronično obolenje in/ali zlorabo prepovedanih substanc. Pri dodatnih kroničnih obolenjih je težava, saj v programih nimajo zaposlenega kadra iz zdravstvene stroke, kar pa bi pri določenih obolenjih celo bilo potrebno. Pri odvisnikih/bivših odvisnikih, ki imajo še težave v duševnem zdravju, je problem, da je tudi za ostale stanovalce naporno, potrebno je več prilagajanja. Glede kadra, pa je pri takih uporabnikih intenziteta obravnave večja, pogosteje prihaja do intervencij, kar je tudi za ostale uporabnike napornejše; delo z uporabniki, ki imajo hkrati tudi druge težave, je specifično, potrebno je dodatno izobraževanje kadra na tem področju, za kar pogosto ni namenskih sredstev. Uporabnike s tovrstnimi težavami usmerjajo tudi v programe odvajanja in v podporne programe za urejanje zasvojenosti.
- Predlogi MDDSZ glede širitve mreže SVP:
 - o dvojne diagnoze: za uporabnike, ki imajo poleg težav v duševnem zdravju še pridružene druge težave, bi bila potrebna sistemsko urejena povezanost med službami na področju duševnega zdravja oz. dodatne oblike programov, ki lahko celostno zajamejo problematiko in iščejo za uporabnika sprejemljive rešitve, predvsem z namenom, da ima uporabnik možnost in nenazadnje tudi pravico prehajanja med službami, ki ponujajo storitve, ki jih uporabnik v danem trenutku potrebuje. Prav tako bi bile potrebne individualne enote za posameznike, ki niso zmožni sobivati v bivalni enoti skupaj z ostalimi stanovalci, so pa zmožni bivati samostojno z delno podporo strokovne pomoči.

- o mladi: glede na zaznane potrebe, ki se kažejo pri vlogah in klicih iz psihiatričnih bolnišnic in varnih hiš, izvajalci programov SS ugotavljajo potrebo po individualnih enotah za mlade s težavami v duševnem zdravju, ki se osamosvajajo od družine in potrebujejo začasno podporo strokovne pomoči.
- o ustanovitev medresorske mobilne interventne psihiatrične službe: izkušnje izvajalcev programov SS kažejo tudi na pomanjkanje dostopnosti mobilne pomoči stanovalcem, ki so se uspeli preseliti in so začeli samostojno življenje. Le-ti v akutnih fazah bolezni ali ob določenih stiskah še vedno izražajo potrebo po omenjeni pomoči.
- o delovna okupacija: uporabniki potrebujejo tudi več delovne okupacije, nekateri so se sicer vključevali v programe socialne aktivacije, a je to bilo zanje prenaporno, potrebno bi bilo več programov podobnih socialni vključenosti, morda usposabljanja, ki bi se ga lahko udeležili tudi invalidsko upokojeni.
- o starejši: uporabniki programov SS se starajo, potrebno bi bil sistemsko razmišljati, kam bi se dalo usmeriti uporabnike po 60 letu, le-ti namreč potrebujejo že dodatno oskrbo, nekateri že celo nego, več specialističnih pregledov, na katere potrebujejo spremstvo.
- o terapevtski programi za osebe, ki imajo osebne težave, kot je agresivnost, nezmožnost lastnega uvida v bolezen.
- o potreba po 24 urnih stanovanjskih skupinah za specifične ciljne skupine.
- Podpiramo usmeritev programov, da uporabniki krožijo med programi znotraj organizacije (DC, SS, SP) ter med programi, ki jih izvajajo različne organizacije, namreč pomembno je, da imajo možnost izbire.

b) Izvajalci programov SS

- V času razglašene epidemije so veljali oz. veljajo protokoli in navodila MDDSZ za izvajanje nastanitvenih programov, da izvajajo enotno nalogo tudi v času epidemije.
- Izvajalci programov SS so strokovno delo prilagajali potrebam ter JZ ukrepom vlade in NIJZ. Kljub epidemiji so delo opravljali nemoteno, izvajali storitve neposredno z uporabniki v neposrednem kontaktu, čeprav je pomenilo veliko izpostavljenost in tveganost zaposlenih pred okužbo s Covid-19.
- Pri cepljenju imajo prednost rizične skupine oskrbovancev, zaposleni v zdravstvu in socialnem varstvu, kamor izvajalcev socialnovarstvenih storitev in programov (nastanitvenih) vlada ni uvrstila in niso v enakovrednem položaju.
- V času epidemije so imeli izvajalci programov SS povečan obseg dela tudi z vidika administrativnih in organizacijskih nalog (prilagojeno delovanje programa in urnik, potreba po dodatni pomoči, vključevanje zunanjih izvajalcev, redno spremljanje in upoštevanje navodil, sprememb ipd.). Imeli so tudi več odsotnosti zaposlenih (večinoma zaradi varstva otrok). Dostopnost za uporabnike storitev so v času epidemije reševali z obstoječim kadrom in sicer tako, da so prilagodili oblike dela kot npr. več telefonskega dela, srečevanje zunaj ob razdalji in uporabi maske, srečanja preko Zooma ipd. Izvajalci ocenjujejo, da obstaja potreba po dodatnem kadru.
- Uporabniki imajo različne zdravstvene težave, ki so povezane s težavami v duševnem zdravju in so zaradi epidemiološke situacije še bolj izrazite, dostop do zdravstvenih storitev je otežen. V teh situacijah je normativ uporabnikov na strokovnega delavca visok in težje dosegljiv.
- V času epidemije so v programih beležili večji izpad strokovnega kadra, karantene zaradi stikov z okuženim, varstva otrok, bolniški staleži, težave pri nadomeščanju, pomanjkanju strokovnega kadra.

- V programih SS se srečujejo z veliko fluktuacijo kadra, ocenjujejo, da je to na račun specifičnosti dela in dela, ki je zelo obremenjujoče. Je pa fluktuacija kadra obremenjujoča tudi za uporabnike. Želijo si možnosti dodatnega kadra, spremembo normativa, da bi obremenitev zaposlenih bila manjša, predvsem pa menijo, da bi bilo to nujno potrebno iz vidika vse večje kompleksnosti težav uporabnikov.
- V letih, kot je bilo krizno leto 2020, so imeli tudi težave pri vključevanju prostovoljcev.
- Izvajalci programov SS morajo pogosto reševati krizne situacije izven rednega delovnega časa pri čemer delo ni ustrezno ovrednoteno.
- Nerazumevanje in nesodelovanje svojcev je včasih ovira. Njihova pričakovanja in zahteve niso vedno v skladu z realnimi dogodki in možnostmi.
- Pri delu z agresivnim uporabnikom so zaposleni prepuščeni sami sebi in svoji iznajdljivosti ter sposobnosti reševanja problemov. Sklicevanje na človekove, pacientove ... pravice vodi izvajalce skozi zelo občutljivo področje, zakonodaja ni v pomoč, dokler se ne pojavijo težji konflikti, nezgode, poškodbe.
- V tem obdobju zaposleni, kljub temu, da so izvajalci programov delali normalni delovni čas, vključno z intervencijami, spremstva v ZD, bolnišnice, ambulante ipd., niso prejeli dodatkov v povezavi z epidemijo Covid-19, kot zdravstveni sektor.
- Stalna pripravljenost je v bistvu nadstandardna storitev, ki uporabnikom prinaša več podpore in pomoči, vsekakor tudi varnost, kar pripomore k uresničevanju cilja zmanjšanja hospitalizacije, za strokovne delavce pa je finančno popolnoma neustrezno ovrednotena.

c) Sodelovanje programov SS z drugim službami

- Izvajalci programov SS sodelujejo z zunanjimi izvajalci glede na izražene in zaznane potrebe uporabnikov v programu.
- Intenziteta in kakovost sodelovanja z drugimi SVP je praviloma zelo dobra in kontinuirana, odvisna pa od lokacije, kjer se enota nahaja in razpoložljivosti SVP v lokalnem okolju.
- Intenziteto in kakovost sodelovanja z medicino (ZD - ambulante za psihiatrijo, centri za duševno zdravje, splošne ambulante, psihiatrične ambulante, psihiatrične bolnišnice, psihoterapevtske ambulante, splošne bolnišnice in druge specialistične ambulante kot so zobozdravniki, urgenca) strokovni delavci ocenjujejo nekoliko slabše kot v SP in DC, vendar še vedno kot dokaj dobro in sicer tako z osebnimi zdravniki kot zdravniki psihiatrične stroke, kliničnimi psihologi v psihiatričnih bolnicah in ambulantah. Načeloma je dobro sodelovanje s Centri za duševno zdravje, kjer so že vzpostavljeni, prav tako s Skupnostno psihiatrično obravnavo (SPO). Redko se zgodi kakšen »kratek stik«, ki pa je praviloma hitro razrešen. Pojavlja se težava, da pred vključitvijo službe, ki želijo posameznika namestiti v SS, obljublajo vso podporo in pomoč ob morebitnem poslabšanju, ko pa pride do tega, največkrat ostanejo sami.
- Se je pa pojavilo pomanjkljivo sodelovanje z zdravstveno službo v času izrednih razmer, vendar le v nekaterih regijah. Preko telefonskih pogovorov so bili zelo težko dostopni, preko e-pošte pa so odgovarjali z zamikom, osebni obisk pri zdravniku ni bil mogoč, večkrat so bili neodzivni ob izkazanih potrebah po mobilni službi (testiranje).
- Predlog: Menimo, da bi tudi psihiatrične ambulante morale imeti telefonsko dežurstvo za svoje paciente v primeru poslabšanja duševnih težav, kar bi morali urejati medresorsko.
- Intenziteta in kakovost sodelovanja s CSD je v veliki meri zelo dobra; sploh z enotami regijskih CSD (skrbništvo, rejništvo, ZUPJS,...) ter s koordinatorji obravnave v skupnosti.

- Ustrezno sodelujejo tudi s enotami zavoda za zaposlovanje, posebnimi socialno varstvenimi zavodi, domovi za starejše, varstveno delovnimi centri, javnimi socialno varstvenimi zavodi.
- Intenziteta in kakovost sodelovanja z ostalimi akterji; npr. lokalnimi skupnostmi je zelo različna. Lahko je zelo dobra ali pa sodelovanja sploh ni.
- Glede na potrebe, ki jih izražajo uporabniki, se povezujejo tudi z izobraževalnimi, športnimi in kulturnimi ustanovami ter društvi (vrtci, šole, ljudske univerze, knjižnice, kulturni domovi, razna društva, fakultete). Pri reševanju uporabnikovih težav oz. v skladu z njegovimi cilji vzpostavijo sodelovanje tudi z bankami, ZPIZ, Zavodom RS za zaposlovanje, Zavodom za zdravstveno zavarovanje, davčno službo, zavarovalnicami, sodišči in odvetniki, z različnimi programi usposabljanja, duhovniki. Pri strokovnem delu pa se povezujejo z uporabnikovimi svojci, skrbniki in z drugimi za uporabnika pomembnimi osebami.
- V programe vključujejo tudi prostovoljce in so povezani z drugimi nevladnimi in humanitarnimi organizacijami (Rdeči križ,...).
- Če povzamemo, strokovni delavci sodelujejo na multidisciplinarnih timih z namenom kakovostne in strokovne celostne obravnave uporabnikov. Želijo, da bi sodelovanje bilo še bolj intenzivno ter da bi bili strokovni delavci večkrat vabljeni na time, da bi jih ostale službe obveščale o pomembnih temah vključenih uporabnikov in obratno, da bi se na njih obrnili tudi za mnenje o uporabniku. Izvajalci namreč zelo dobro poznajo spremembe njihovega zdravstvenega stanja. Okrepiti bi bilo potrebno timsko delo med ostalimi strokami, s katerimi redno sodelujejo, a v izogib kasnejšim težavam pri vključevanju in bivanju uporabnikov, bi si želeli več zaupanja zdravstvene stroke in podajanja realnih informacij. Kot primer dobre prakse bi izpostavili sodelovanje z mlajšo generacijo psihiatrov.

č) Administrativno-organizacijske zadeve v programjih SS

- V času razglašene epidemije Covid-19 marca 2020 ni bilo na državni ravni poskrbljeno za ustrezna zaščitna sredstva (maske, razkužila, rokavice). Izvajalci programov so bili prepuščeni svoji iznajdljivosti.
- Ni na voljo novodobne tehnologije v SS, kjer je bila je ta bila zastarela, odslužena, ni podpirala novodobnih programov, slaba internetna povezava, podobne težave so imeli strokovni delavci v pisarnah (ni bilo kamer, zvočnikov, itd.).
- Strokovni delavci so neusposobljeni za digitalizacijo v takšnem obsegu (uporaba raznih aplikacij kot npr. Zoom...), pojavljale so se stiske, potrebe po znanju, usmeritvah, izobraževanju na tem področju, vendar vsega v začetnih razmerah ni bilo, vsak se je znašel po svoje.
- Administrativno-organizacijske ovire so se v programih pojavljale na začetku epidemije zaradi slabe opremljenosti tudi z digitalno tehnologijo in ustreznim znanjem uporabnikov, ki so jih postopoma poskušali reševati, z nekaterimi pa se sploh ni dalo, saj ne želijo uporabljati te tehnologije.
- Izvajalci programa navajajo tudi težave pri sofinanciranju stroškov oskrbe bivanja nekaterih občin, saj občine niso zakonsko zavezane in ne zagotavljajo kontinuiranega plačevanja namestitve svojih občanov. To pomeni dolgotrajno dogovarjanje z njimi, nekatere občine tega nimajo v proračunu in morajo zaradi tega sprejemati rebalans, zaradi česar se postopek sprejema lahko dolgotrajen, celo za več mesecev, posledično nimajo vsi uporabniki zagotovljenih enakopravnih možnosti vključitve v program. Občine torej pogosto nimajo interesa, da bi pokrile razliko do polne cene storitve, pogosto tudi nimajo znanja in informacij kako to narediti.

- Predlogi MDDSZ:
 - o Koncesije: finančni problem bi se dalo rešiti z morebitnimi podelitvami koncesije pristojnega ministrstva, dovoljenja za delo oz. česa podobnega, s čimer bi se dogovorila enotna cena in plačilo.
 - o Poenostavljeno administrativno delo v povezavi s sofinanciranjem izvajanja programa: predlagamo zmanjšanje števila letnih poročil, torej ukinitvev mesečnih poročil in ohranitev polletnega in letnega poročila za večletno financirane programe.

V splošnem ugotavljamo, da imajo programi iz skupine programov stanovanjskih skupin s področja duševnega zdravja, ki smo jih v letu 2020 evalvirali, dolgo tradicijo kontinuiranega delovanja, izvajalci programov so strokovno na voljo uporabnikom dnevno ustrezno količino ur, ob predvidenih terminih pa delujejo tudi telefonsko. Do programov imajo dostop tudi ljudje z nižjim ekonomskim in socialnim statusom, so fleksibilni ter sledijo novim potrebam, ki se v družbi pojavljajo. Strokovni kader je usmerjen v delovanje po Kodeksu etičnih načel v socialnem varstvu. Programi iz skupine programov stanovanjskih skupin s področja duševnega zdravja delujejo dobro, visoko strokovno in odgovorno tako do uporabnikov, kakor tudi do financerjev, kar dokazujejo pretežno visoke povprečne ocene pri ocenjevanih kriterijih.

3 VIRI IN LITERATURA

- Izpolnjena Končna poročila o izvajanju programa socialnega varstva v obdobju od 1. 1. 2020 do 31. 12. 2020 za C programe – splošni obrazec.
- Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti - 1 (MDDSZ 2020-1). Socialnovarstveni programi. Dostopno prek: <https://www.gov.si/teme/socialnovarstveni-programi/> (2. februar 2021).
- Oreški, Suzana; Drnovšek Z., Mojca; Hrast, Igor; Serec, Maša (2013), Kam in kako po pomoč v duševni stiski. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut.
- Prejeto gradivo izvajalcev SVP: izpolnjeni vprašalniki, zbirniki, dokumentacije, intervjuji, odgovori preko e-pošte.
- Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013-2020. (Ur.l. RS, št. 39/2013).
- Rode Nino, Rihter Liljana, Kobal Barbara (2006): Evalvacija programov v socialnem varstvu: model in postopek izvedbe. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Inštitut RS za socialno varstvo. Dostopno prek: https://www.gov.si/assets/ministrstva/MDDSZ/sociala/evalvacija_pop.pdf (7. oktober 2021).
- Spletne strani obravnavanih izvajalcev SVP.
- Zakon o socialnem varstvu. Uradni list RS, št. 3/07 – uradno prečiščeno besedilo, 23/07 – popr., 41/07 – popr., 61/10 – ZSVarPre, 62/10 – ZUPJS, 57/12, 39/16 in 52/16 – ZPPreb-1.
- Žiberna, Vid (2019): Podpora pri procesu evalvacije izvajanja javnih socialnovarstvenih programov: navodila za uporabo baze EVAPRO© - oktober 2019. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.
- Yates, Brian T. (1999): Measuring and Improving Costs, Cost-Effectiveness, and Cost-Benefit for Substance Abuse Treatment Programs: A Manual. National Institute on Drug Abuse, Maryland; US Department of health and Human Services: National Institutes of Health.
- Zavod Franko. Programi in projekti. Dostopno prek: <https://zavodfranko.si/> (2. december 2021).