

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Nataša Seražin Grmek

**Deinstitucionalizacija psihiatričnih ustanov -  
študija primera SVZ Dutovlje**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2016

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Nataša Seražin Grmek

Mentorica: izr. prof. dr. Maša Filipovič Hrast

**Deinstitucionalizacija psihiatričnih ustanov -  
študija primera SVZ Dutovlje**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2016

## ***Zahvala***

*Iskrena hvala mentorici,izr. prof. dr. Maši Filipovič Hrast za strokovno usmerjanje pri pisanju diplomskega dela in za izjemno korektno sodelovanje.*

*Hvala tudi direktorici SVZ Dutovlje, ga. Herti Sorta za konstruktivno sodelovanje in za omogočen dostop do gradiva. Prav tako strokovni vodji, mag. Katjuši Stanič.*

*Hvala zaposlenim delavcem, udeležencem fokusne skupine, za podana razmišljanja, mnenja in vidike na obravnavano tematiko.*

*Posebej hvala družini, ki me je podpirala pri mojem delu.*

*In končno zahvala vsem prijateljem, ki so me spodbujali k dokončanju študija.*

## **Deinstitucionalizacija psihiatričnih ustanov - študija primera SVZ Dutovlje**

Človek v sodobni družbi je vedno bolj izpostavljen različnim pritiskom in stresnim dejavnikom. Vedno več ljudi se sooča z duševnimi stiskami in boleznimi. Duševna bolezen na posamezniku pušča posledice, ki se kažejo skozi številne težave v vsakdanjem življenju. Skozi različna zgodovinska obdobja je bila duševna bolezen različno obravnavana. Odnos do norosti je bil odvisen od veljavnega družbenega reda. Proces deinstitucionalizacije se je začel v 60. in 70. letih prejšnjega stoletja, v Sloveniji je do procesa prišlo z zamikom, v 90. letih. Ta temelji na človekovih pravicah. Na pravicah slehernega posameznika po svobodnem življenju v skupnosti.

V Sloveniji še vedno živi v institucijah skoraj dva tisoč oseb z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Realizacija procesa deinstitucionalizacije je nujna. Skoraj vsi posebni socialno varstveni zavodi so do danes odprli bivalne enote. Tudi v SVZ Dutovlje sledijo novostim v obravnavi ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Identificirane so bile nekatere ovire, ki zavirajo procese deinstitucionalizacije. Številne uvedene novosti pa vplivajo na izboljšanje kvalitete življenja stanovalcev, na procese opolnomočenja, normalizacije in deinstitucionalizacije.

**Ključne besede:** deinstitucionalizacija, institucija, duševna bolezen, individualizacija, SVZ Dutovlje.

## **Deinstitutionalisation of psychiatric institutions - case study of SVZ Dutovlje**

Person, in a modern society is becoming increasingly subjected to various pressures and stressful factors. A growing number of people are experiencing mental distress and disease. Mental illness on the individual leaves consequences that are manifested through many difficulties in their daily lives. Throughout different historical periods mental illness was treated differently. Attitudes towards insanity were dependent on the current social order. The process of deinstitutionalization began in the 60s and 70s, in Slovenia it came with a delay in 90s. This process is based on human rights. On the right of every individual to have a free life

In Slovenia nearly two thousand people with long term mental health problems are still living in institutions. The realization of de-institutionalization process is necessary. Today almost all of the special social welfare institutions have open living units. SVZ Dutovlje also follows new developments in the treatment of people with long term mental health problems. Some obstacles were identified that hinder the process of deinstitutionalisation. A number of new innovations were introduced which have an impact on improving the quality of life of residents, on empowerment process, normalization and de-institutionalization.

**Key words:** deinstitutionalisation, institution, mental illness, individualization, SVZ Dutovlje.

## KAZALO

1	UVOD .....	7
2	ZDRAVJE IN BOLEZEN.....	8
2.1	ZDRAVJE IN DUŠEVNO ZDRAVJE .....	8
2.2	DUŠEVNO ZDRAVJE IN DUŠEVNA BOLEZEN.....	9
3	ZGODOVINSKI POGLED NA DUŠEVNE BOLEZNI IN NASTANEK .....	11
	INSTITUCIJ .....	11
3.1	RELIGIOZNO VEROVANJE V NOROST IN SREDNJI VEK.....	11
3.2	DRUŽBENO ZAPIRANJE NOROSTI V 17. STOLETJU .....	12
3.3	NOV POGLED NA NOROST Z RAZVOJEM PSIHIATRIČNE ZNANOSTI.....	14
	V 19. STOLETJU.....	14
3.4	CELOSTNA PSIHOSOCIALNA OBRAVNAVA OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU V 20. STOLETJU .....	15
4	DEINSTITUCIONALIZACIJA.....	16
4.1	INSTITUCIJA IN TOTALNA INSTITUCIJA.....	18
4.2	OD MEDICINSKEGA K SOCIALNEMU MODELU OBRAVNAVE .....	20
4.3	OPOLNOMOČENJE .....	22
4.4	PRAKSE IZ TUJINE .....	23
4.4.1	ITALIJA.....	23
4.4.2	ANGLIJA.....	25
4.4.3	ČEŠKA.....	25
5	DEINSTITUCIONALIZACIJA V SLOVENIJI.....	26
5.1	MEDNARODNE ZAVEZE SLOVENIJE K DEINSTITUCIONALIZACIJI .....	26
5.2	ZAVEZE SLOVENIJE K DEINSTITUCIONALIZACIJI NA NACIONALNI RAVNI .....	28
5.3	POGLED V ZGODOVINO .....	31
5.4	OBRAVNAVA OSEB Z DOLGOTRAJNIMI TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU V SLOVENIJI DANES .....	33
5.4.1	PRIZADEVANJA NEVLADNIH ORGANIZACIJ .....	36
5.4.2	PREMIKI V INSTITUCIJAH.....	38
6	ŠTUDIJA PRIMERA: SOCIALNO VARSTVENI ZAVOD DUTOVLJE .....	40
6.1	CILJI IN METODOLOGIJA .....	40
6.2	PREDSTAVITEV ZAVODA .....	40
6.2.1	DEJAVNOST ZAVODA.....	41
6.3	POGLED V ZGODOVINO .....	42

6.3.1 PRVI PREMIIKI .....	44
6.4 EVALVACIJA PROCESA DEINSTITUCIONALIZACIJE .....	46
6.4.1 INDIVIDUALNO NAČRTOVANJE IN MULTIDISCIPLINARNO TIMSKO DELO .....	49
6.4.2 PLAČANO DELO .....	51
6.4.3 ODPIRANJE VRAT .....	52
6.4.4 UKINITEV NEPRIMERNE SOBE ZA UMIRJANJE .....	52
6.4.5 ODPIRANJE DISLOCIRANIH ENOT .....	52
6.4.6 PREHAJANJA V SAMOSTOJNEŠE OBLIKE BIVANJA S PODPORO .....	56
6.5 SPREMEMBE V KADROVSKI STRUKTURI IN ORGANIZACIJI DELA .....	57
6.6 OVIRE V PROCESU DEINSTITUCIONALIZACIJE V SVZ DUTOVLJE .....	59
6.6.1 ODPOR ZAPOSLENIH .....	59
6.6.2 POMANJKANJE INFORMACIJ IN IZOBRAŽEVANJ .....	61
6.6.3 POMANJKLJIVA IZPOSTAVLJENOST DOBRIH PRAKS .....	61
6.6.4 POMANJKLJIVO VKLJUČEVANJE ZAPOSLENIH V PROCES .....	62
DEINSTITUCIONALIZACIJE .....	62
6.6.5 STRAH STANOVALCEV .....	63
6.6.6 OCENA ODZIVA LOKALNIH SKUPNOSTI .....	64
6.6.7 PREDLOGI ZA UČINKOVITEJŠI PROCES DEINSTITUCIONALIZACIJE V SVZ DUTOVLJE .....	66
7 SKLEP .....	67
8 LITERATURA .....	70
PRILOGE .....	74
PRILOGA A: INTERVJUJI V FOKUSNI SKUPINI .....	74
PRILOGA B: INTERVJU Z DIREKTORICO SVZ DUTOVLJE, ga. Herto Sorta .....	90
PRILOGA C: INTERVJU S STROKOVNO VODJO SVZ DUTOVLJE, ga. Katjušo Stanič .....	95

# 1 UVOD

V sodobni družbi smo ljudje vedno bolj izpostavljeni različnim pritiskom in stresnim dejavnikom. Vedno več ljudi se sooča z duševnimi stiskami in boleznimi. Včasih je veljajo, da se nam to ne more zgoditi. Danes vsak od nas pozna ali ima v sorodu osebo s težavami v duševnem zdravju.

Nova spoznanja o duševnih boleznih in novi pristopi k zdravljenju niso več usmerjeni izključno na prizadetega posameznika. Obravnava se ga tam in skupaj z ljudmi s katerimi živi (Lamovec 1995, 53). Švabova (2015, 29–30) zagovarja, da psihosocialna rehabilitacija pacienta spodbuja, da svoje zmožnosti čim bolj razvije preko učenja in podpore okolice. Zagovorniki novejšega, socialnega modela obravnave torej poudarjajo, da je izredno pomembno, da se človeka ne izloči iz njegovega vsakdanjega okolja.

Več mednarodnih in nacionalnih pravnih aktov, med njimi v osnovi Splošna deklaracija o človekovih pravicah (1948) določa, da imajo vsi ljudje pravico do svobode, osebnega dostojanstva, zasebnosti, družine, plačanega dela... vsi ljudje imajo pravico živeti v skupnosti. Ne samo pravico, celo dolžnost po svojih močeh prispevati skupnosti.

V Sloveniji živi skoraj dva tisoč oseb z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju še vedno v institucijah (Flaker in drugi 2015, 23), torej izločenih iz skupnosti. S tem se kršijo njihove osnovne človekove pravice. Nujno je proces deinstitutionalizacije realizirati čim prej.

V teoretičnem delu diplomskem dela nas bo tako zanimalo kako proces deinstitutionalizacije na področju psihiatričnih ustanov poteka v Sloveniji?

V uvodnem delu se bomo na kratko seznanili s pojmi zdravja, duševnega zdravja in duševne bolezni.

Ljudje z duševnimi boleznimi so bili skozi zgodovino različno obravnavani. Odnos so njih se je spreminjal. Sledili bomo zgodovinskemu razvoju in zanimalo nas bo kako je sploh prišlo do nastanka (totalne) ustanove in, na kratko, kaj (totalna) ustanova je, kar je nujno za razumevanje procesa deinstitutionalizacije.

V svetu se je proces deinstitutionalizacije začel v 60. in 70. letih prejšnjega stoletja, prvotno v državah zahodne Evrope in Amerike. Ogledali si bomo nekatere primere dobre prakse iz tujine. Posebej pa nas bo zanimalo kako proces deinstitutionalizacije poteka v Sloveniji in katere mednarodne in nacionalne zaveze nas pri tem usmerjajo.

Empirični del bo namenjen študiji primera deinstitutionalizacije (psihiatrične) ustanove. Zanimalo nas bo kako proces udejanjajo v Socialno varstvenem zavodu Dutovlje, ali so pri tem uspešni, katere novosti so bile vpeljane in kako slednje ocenjujejo zaposleni?

## **2 ZDRAVJE IN BOLEZEN**

### **2.1 ZDRAVJE IN DUŠEVNO ZDRAVJE**

Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije je zdravje stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni ali nezmožnosti za delo. Po novejših spoznanjih in stališčih Svetovne zdravstvene organizacije je zdravje dinamično ravnovesje telesnih, čustvenih, osebnih, duhovnih in ne nazadnje, tudi socialnih prvin. Tako ravnovesje omogoča posamezniku in skupnosti opravljati vse biološke, socialne in poklicne funkcije in preprečiti bolezen, onemoglost in prezgodnjo smrt (MZ 2013,4).

V preteklosti je bil posameznik le pasivni uporabnik zdravstvenih storitev, njegova vloga pri definiranju bolezni je bila zanemarljiva, prav tako ni imel nobenega vpliva na zdravljenje. Razvoj informacijske tehnologije je omogočil hiter in učinkovit dostop do informacij, ki posamezniku omogočajo izobraževanje in soočanje s pomembnostjo lastnega zdravja. Samo zdrav posameznik se je sposoben uspešno in produktivno soočiti z izzivi današnjega časa zato je zainteresiran in aktivno vključen v proces prepoznavanja bolezni, zdravljenja in rehabilitacije.

*Brez duševnega zdravja ni zdravja, brez zdravja ni kakovostnega življenja in brez kakovostnega življenja ni prave učinkovitosti v družbi. Duševno zdravje je osnova za dober odnos do samega sebe, do drugih in sveta. Duševno zdravje je osnova za zdravje nasploh (Marušič 2009, 10).*



## 2.2 DUŠEVNO ZDRAVJE IN DUŠEVNA BOLEZEN

Duševno zdravje je v današnjem času predmet pogostih diskusij v javnosti. Če smo še nedolgo nazaj mislili, da nas duševna bolezen ne more doleteti, nam je danes jasno, da je meja med duševnim zdravjem in duševno boleznijo zelo tanka in zabrisana. V tempu današnjega življenja pa je še kako pomembno posameznikovo notranje psihično počutje.

Svetovna zdravstvena organizacija duševno zdravje definira kot stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela in prispeva v svojo skupnost. Duševno zdravje je torej mnogo več kot odsotnost duševne bolezni.

Erzar (2007, 35–37) pravi, da so duševne bolezni prisotne v vseh strukturah družbe in da imajo osrednjo vlogo pri posameznikovem splošnem počutju, telesnem zdravju in uspešnem življenju.

Danes o psihičnih motnjah vemo veliko več kot nekoč. Na voljo je veliko več preizkušenih in dokazano učinkovitih metod zdravljenja, ki so javno dostopne in posledično prispevajo k zmanjšanju stigmatizacije duševnih bolezni. Vemo, da se posledice stresa kažejo tako na telesni kot na psihični ravni.

Duševne bolezni in duševno zdravje nista dve nasprotujoči si kategoriji. Uvrščeni sta na skupni zvezni premici, kjer je na enem koncu smrt, nezmožnost za delo, socialna izolacija in hospitalizacija, na drugem pa uspešno funkcioniranje v intimnih, službenih in drugih odnosih, produktivno delo, sposobnost premagovanja problemov in prilagajanja spremembam.

Izraz duševne bolezni se nanaša na duševne motnje, ki jih lahko diagnosticiramo in za katere so značilne spremembe v mišljenju, razpoloženju in/ali vedenju. Te spremembe odstopajo od tega, kar je za neko družbo običajno in ovirajo posameznikovo delovanje. Kljub temu, da danes poznamo številne bistvene sestavine duševnih bolezni je definiranje teh bolezni še vedno močno vpeto v kulturni, socialni, čustveni in doživljajski svet posameznika. Posledično še dolgo ne bomo oblikovali dokončne definicije duševnih bolezni.

Problem duševne bolezni ni toliko v definiranju kot predvsem v odnosu družbe do teh bolezni. Erzar navaja, da so raziskave virov in literature pokazale, da je ameriška javnost v petdesetih letih prejšnjega stoletja gledala na te bolezni kot na posebno stanje in imela stigmatizirajoč, zavračajoč odnos, poln predsodkov, pripisovanj in projekcij lastnih skrbi in strahov, npr. strah pred nasilnim in nepredvidljivim, neobvladljivim in nenavadnim vedenjem. Raziskave v

devetdesetih letih so pokazale precej drugačno sliko. Kljub boljšemu poznavanju pa je ostajal strah pred nasilnim vedenjem ljudi z duševnimi boleznimi. Erzar nadaljuje, da je tudi ta strah posledica pripisovanja, saj obstaja višje tveganje za nasilje le pri manjšem delu ljudi z motnjami, največkrat pri ljudeh, ki poleg tega, da imajo motnjo, zlorablajo tudi alkohol, pa še tu je tveganje omejeno na družinske člane. Pri ljudeh s hujšimi duševnimi motnjami je tveganje le malo večje od povprečja, kar pomeni, da duševne bolezni zelo malo prispevajo k nasilju v družbi.

Podobno sliko bi verjetno zaznali tudi v slovenski družbi. Za premagovanje stigme bo najverjetneje nujno potrebno poglobiti in širiti spoznanja o duševnih boleznih, hkrati pa tudi o alkoholu, odvisnostih, zlorabah in nasilju, ki najpogosteje niso posledica duševne bolezni.

Vesna Švab (1996, 3–5) duševne bolezni predstavlja skozi socialni pogled. Duševne bolnike predstavi kot ljudi, ki se preobčutljivo odzivajo na stvari, ki se drugim zdijo malenkostne. Ta občutljivost jih obremenjuje in zanje predstavlja nevarnost, da bodo izgubili osebnost, enovitost ali samega sebe. Oseba zaradi prevelike občutljivosti ob stresnem dogodku ali v stresnem obdobju zboli za duševno boleznijo. Tudi ko oseba akutno fazo duševne bolezni preboli se lahko pojavijo številne težave na področju socialnega delovanja.

Duševna bolezen pušča pri posamezniku posledice na področju socialnega funkcioniranja, ki jih Švabova razdeli na tri sklope nezmožnosti:

- *notranje ali primarne nezmožnosti*; so posledica bolezni same. Na primer: motnje mišljenja, halucinacije, blodnje, hitre menjave razpoloženja, vrivanje nehotenih in motečih misli...
- *sekundarne socialne nezmožnosti*; nastajajo zaradi bolnikovega doživljanja bolezni. Bolnik spremeni vedenje zaradi prilagajanja in odziva na pričakovanja drugih, na socialne ovire in na stigmatizacijo, s katerimi se sooča. Oblikujejo se osebne navade, ki preprečujejo ustrezno socialno funkcioniranje, npr. spremenjen pogled nase, pomanjkanje samospoštovanja, samozaupanja ...
- *terciarne socialne odpovedi*; so odgovor družbe na duševno bolezen. Sem spadajo stigmatizacija, siromašenje socialne mreže, revščina, nezaposlenost in pomanjkanje prostora v družbi (Švab 1996, 3–5).

*Duševno zdravje je varljiv termin, ki ga je težko definirati in je v veliki meri odvisen od tistega, ki ga definira. Pogosta je definicija, da je to odsotnost bolezni ali stanja dobrega počutja. Večina pa nas iz lastnih izkušenj ve, da so trenutki dobrega počutja relativno redki, da sta stres in prenapetost pogostejša kot mir, spokoj ali dobro počutje. Zato je morda res, da je duševno zdravje prej ideal, za katerim strmimo kot pa dosegljiv cilj (Ramon 1993, 5).*

### **3 ZGODOVINSKI POGLED NA DUŠEVNE BOLEZNI IN NASTANEK INSTITUCIJ**

Skozi zgodovino se je odnos do ljudi s težavami v duševnem zdravju zelo spreminjal. Različni avtorji zgodovino norosti delijo na različna obdobja glede na pojmovanje duševnega zdravja in glede na obravnavo, ki so jo bili deležni ljudje s težavami v duševnem zdravju.

Po Michelu Foucaultu (1998) lahko zgodovino norosti razdelimo na naslednja obdobja:

- religiozno verovanje v norost in srednji vek,
- družbeno zapiranje norosti v 17. stoletju,
- nov pogled na norost z razvojem psihiatrične znanosti v 19. stoletju,
- celostna psihosocialna obravnava oseb s težavami v duševnem zdravju v 20. stoletju.

#### **3.1 RELIGIOZNO VEROVANJE V NOROST IN SREDNJI VEK**

Pogled v zgodovino kaže, da so z ljudmi s težavami v duševnem zdravju ravnali humano. V zapiskih Avrelijana iz 5. stoletja najdemo, da je treba namestiti duševnega bolnika v lepe svetle prostore in ga ni dopustno pretepati. Bolnikom svetuje sprehode, kopeli, zmerno telovadbo, pogovore, branje, gledališke predstave. Zapisi kairske bolnišnice iz 13. stoletja kažejo (Sandwithovo poročilo), da je bila dokaj prijetno urejena. Bolniki so imeli vsak po dva strežnika. Po potrebi so jih uspavali s pravljičami ali glasbo. Ob odpustu so bolnika obdarili s petimi zlatniki (Tavčar-Medič 1976, 322).

V srednjem veku je človeški odnos do duševnega bolnika izginil. V 15. stoletju je med ljudmi prevladoval strah pred smrtjo, pred koncem človeka. Ta strah je postopoma nadomestil strah pred norostjo. V literarnih in književnih delih je prevladovala tematika norosti.

V Evropi so v tem času nastajala gobavišča (leprozoriji). V njih so zapirali gobavce. Ko je gobavost izginila so na iste kraje začeli nameščati reveže, potepuhe, hudodelce in »zmedence«. Te družbene skupine so prevzele vlogo, ki so jo prej imeli gobavci.

O ravnanju z norci v času renesanse priča tudi znano literarno delo *Ladja norcev*. Mesta so norce navadno pregnala iz svojega ozemlja in jih prepustila trgovcem ali romarjem, da so jih odpeljali s seboj. Na tak način so simbolično očistili mesto norcev in jih izkrcali v drugih mestih »kjer so iskali svoj razum«. Norce so tudi zapirali, v večini evropskih mest so imeli ječe samo za norce (Foucault 1998, 9–18).

Števila gobavišča so postala totalne ustanove. Totalna ustanova je od gobavišča podedovala predvsem poslopja in simboliko (niti oblasti, niti obredov). V stavbe, ki so bile že zaznamovane so nameščali nove prebivalce, ki jih je tja napotila nova splošna oblast (Flaker 1998, 63).

V srednjem veku so obstajali štirje prostori, ki v marsičem ustrezajo opisu totalne ustanove: dvor, samostan, gobavišče in špital. Samostan nam je dal pravila in idejo konverzije (programiranja), dvor neomejeno gospostvo, špital status obrobja in gobavišče stigmatizacijo ter izobčenost (Flaker 1998, 69–70).

### **3.2 DRUŽBENO ZAPIRANJE NOROSTI V 17. STOLETJU**

»V začetku 17. stoletja je bil svet do norosti nenavadno prijazen. Norost je bila tukaj, med stvarmi in ljudmi. Renesansa je osvobodila glasove norosti, ki pa jih je klasicistično obdobje utišalo« (Foucault 1998, 42–43).

Nastajali so veliki zapori, v katere so v glavnem nameščali deviantne in revne skupine prebivalcev. V Parizu so leta 1656 na kraljevi ukaz, ki je predpisal ustanovitev »splošnega špitala v vsakem mestu njegovega kraljestva«, ustanovili »Splošni špital«. V nekaj mesecih so tja zaprli več kot en odstotek prebivalstva. Nastanjeni so bili pariški reveži, ne glede na spol, kraj bivanja, starost, njihov družbeni položaj, ne glede na zdravje in ozdravljivost.

Splošni špital ni bil medicinska ustanova, temveč na pol sodna struktura, ki je v veliki meri sama odločala, sodila in izvrševala. Šlo je skoraj za absolutno oblast. V teh razmerah so bili

nameščeni tudi umobolni. Več takih ustanov je bilo ustanovljenih tudi pod okriljem cerkve (Foucault 1998, 43–47).

V 17. stoletju so po vsej Evropi zaprli velik del prebivalstva v splošne zaprte ustanove, to je bil čas t.i. *velikega zapiranja*. Ljudje so se selili v mesta, ki so postajala kaotična in nevarna zato jih je bilo potrebno urediti. Veliko zapiranje lahko enačimo z velikim pospravljanjem, s katerim je absolutistična in razsvetljena oblast poskušala onemogočiti beraštvo in izločiti nedelavne ter vzpostaviti mirno in urejeno urbano celoto (Flaker 1998, 71–74).

Zapiranje je bilo tudi odgovor na ekonomsko krizo. Zahteva po zapiranju je bila ekonomska in moralna. Klasicistični svet je obsodil brezdelje in povečeval delo. Zaradi svoje nezmožnosti za delo norci niso mogli realizirati pričakovanj obveznega dela. Vse oblike družbene nekoristnosti so bile potisnjene v nekakšen *drugi svet*, v okolje revščine, nezmožnosti za delo, nesposobnosti vključevanja v skupino (Foucault 1998, 53–62).

V tem obdobju se je pokazalo nasprotje med razumom in norostjo. Zapiranje so pojasnjevali s tem, da so se hoteli izogniti sramoti. Klasicizem je v navzočnosti nečloveškega občutil sram, ki ga renesansa ni čutila nikoli. Vendar je bila pri tem prikrivanju izjema, ki se je nanašala na norce. Razkazovanje brezumnežev je bila stara srednjeveška razvada, ki se je ohranila tudi v času zapiranja. Norost je postala čisti spektakel, ki so ga ponujali v zabavo vse do začetka 19. stoletja (Foucault 1998, 67–72).

Reveži, kriminalci in brezumneži so bili zaprti v istih ustanovah. To je predstavljalo hudo oviro vsem. Na eni strani je zaprtost ljudi v poboljševalnicah in državnih ječah neizogibno povzročala norost, na drugi pa norci niso dovolj razumni, da jih ne bi zaprli, niti dovolj pridni, da jih ne bi obravnavali kot malopridneže. Jasno se je zdelo, da je potrebno tiste, ki so izgubili razum, skriti pred družbo. Zapiranje se je tako ohranilo za določene kategorije oseb, pri katerih je bilo mogoče zapor posebej utemeljiti, in za norce (Foucault 1998, 185–190).

Veliko zapiranje je vzpostavilo tudi skupino ljudi, ki je upravljala z ustanovami. Tega prototalne ustanove srednjega veka še niso poznale. Osebe ne živi v ustanovi in ima skrb za varovanje za svoj poklic (Flaker 1998, 83–84).

### 3.3 NOV POGLED NA NOROST Z RAZVOJEM PSIHIATRIČNE ZNANOSTI V 19. STOLETJU

»Sicer pa je le malo ječ, v katerih ne najdemo pobesnelih norcev; ti nesrečniki so v temnicah vkovani skupaj z zločinci. Kakšna grozljiva zveza! Z mirnimi norci ravnaajo slabše kot s hudodelci« (Foucault 1998, 185).

V 19. stoletju se je odnos do norosti začel spreminjati. Prišlo je do ločitve med norci in hudodelci. Do spremembe naj bi prišlo s pojavom *Tukovega zavetišča*.

Po Samuelu Tuke so v zavetišču prakticirali »moralno zdravljenje«, pri čemer je bilo na prvem mestu delo. Delo ni imelo produktivne vrednosti; šlo je za moralno pravilo, za podreditev redu in prevzemu odgovornosti. Prenehalo se je zatiranje s stani paznikov, v ospredje je prihajala njihova avtoriteta. Vzpostavili so umetni konstrukt družine, saj so verjeli, da norci potrebujejo nov sistem vzgoje. Obravnavali so jih kot otroke (Foucault 1998, 205–215).

Eno izmed načel zatočišča je bilo spoštovanje, ki so ga namenili varovancem. Menili so, da se blaznim povrne razum, če so v razumnem okolju, če z njimi ravnaš spoštljivo, vračajo spoštovanje. Zatočišče v Yorku je s svojim spoštljivim in nenasilnim pristopom do varovancev močno vplivalo na razvoj psihiatrije (Flaker 1998, 104).

Philippe Pinel, je v azilu obdržal družinske in delovne vrednote, zmanjšal je razlike, odpravil nepravilnosti. Obsodil je celibat, lenobo in izprijene navade. Azil je postal prostor moralnega poenotenja in družbenega obsojanja. Varovanci azila so si morali soditi sami in sodili so jim drugi. Tiste, ki so se upirali so zaprli v notranjost azila (Foucault 1998, 218–219).

Flaker navaja, da je bilo temeljno Pinelovo delo ureditev špitalskega prostora. Norost ni bila več pomešana z ostalimi kategorijami prebivalstva in lahko je postala duševna bolezen. Kot tako jo je bilo moč opazovati, klasificirati bolnike in jih glede na njihova stanja tudi obravnavati po njihovih specifičnih potrebah (Flaker 1998, 108).

V 19. stoletju se s preoblikovanjem azilov rodijo norišnice. To je bil čas disciplinskih ustanov (Flaker 1998, 103).

Širjenje totalnih ustanov je bilo povezano s tendenco reteritorializacije množic. Liberalizem prve polovice 19. stoletja je delavcu ponujal izbiro le med totalno ustanovo ali životarjenjem v hudi revščini. Delavski razred, ki je bil vključen v totalne ustanove jih je tudi pomagal soustvarjati. To kaže na pomembno spremembo, ki jo doživijo totalne ustanove v 19. stoletju, in sicer, spremeni se predznak zapiranja (Flaker 1998, 152).

Kljub temu je psihiatrični azil preživel in vse do druge svetovne vojne doživljal vzpon. Število azilov in njegovih prebivalcev se je neprestano večalo. Deloma je razloge za ohranitev azila moč iskati v širših družbenih procesih. Totalitarne družbe, ki so nastale v 20. stoletju, so temeljile na discipliniranju in totalnem nadzoru. Koncentracijska taborišča in fašistična družbena ureditev so bile le do konca uresničen sen o disciplinski družbi. Šele z odpovedovanjem takim utopijam se je pokazala možnost za demontiranje psihiatrične ustanove (Flaker 1998, 154–156).

### **3.4 CELOSTNA PSIHOSOCIALNA OBRAVNAVA OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU V 20. STOLETJU**

V 19. stoletju se je uveljavila azilska psihiatrija kot prostor, tehnologija in stroka. O možnostih za izvajanje duševne skrbi v skupnostih, torej brez zapiranja, se je razpravljalo že veliko prej, že od začetka psihiatrije, ki se je razvijala kot odgovor na institucionalne krize in zapiranje.

Zunaj azilov je psihiatrija prvič odigrala pomembno vlogo v času prve svetovne vojne in po njej z zdravljenjem vojaških travm. Kot metoda zdravljenja se je uveljavila psihoanaliza. S prvo svetovno vojno se je začelo uveljavljati tudi socialno delo. Bistven premik v psihiatriji je prinesla druga svetovna vojna. Psihiatrija je začela delati z ljudmi v skupnosti, ki niso imeli etikete, vzroki za njihove stiske pa so bili zunanji dogodki. Začeli so se povezovati z drugimi strokami, psihologi in socialnimi delavci. Vojake s fronte so začeli rehabilitirati v terapevtskih skupnostih. Med vojno so nekatere duševne bolnišnice spremenili v bolnišnice za ranjene vojake zaradi česar so nekatere duševne bolnike izpustili. Tako je vojna dala tudi izkušnje z deinstitucionalizacijo in izkazalo se je, da so ti ljudje brez težav živeli v skupnosti (Flaker 1998, 159–170).

Prvi zakon, ki je predvideval prenos skrbi za duševno bolne v skupnost je bil sprejet v Združenih državah Amerike v času predsednikovanja J.F. Kennedyja leta 1963 – *Community Mental Health Center and Retardation Act*. Predvidel je ustanavljanje skupnostnih centrov za duševno zdravje, ki naj bi postopoma nadomestil bolnišnice. Poleg varovanja duševno bolnih je predvideval izvajanje vrste aktivnosti v skupnosti, vključno s preventivo in izobraževanjem. V 60-ih letih 20. stoletja je tudi večina zahodno evropskih držav podprla odpiranje vrat totalnih ustanov (Flaker 1998, 174–177). Prakse nekaterih Evropskih držav si bomo ogledali kasneje.

V 60. letih se je pojavilo antipsihiatrično gibanje, ki je zahtevalo odpravo azilov, prenos moči iz strokovnjakov na uporabnike in prehod z medicinskega k socialnemu družbenemu modelu obravnave ljudi. Gibanje je spodbudilo nastajanje uporabniških gibanj. Kljub temu, da so gibanje vodili strokovnjaki, so se v njih uveljavili tudi uporabniki. Sledili so naslednjim ciljem:

- Kampanije proti neustreznosti in represivnosti tradicionalnih oblik obravnave duševnih stisk, predvsem proti razmeram v bolnišnicah in proti surovim metodam.
- Medsebojna pomoč – organizacija pobegov iz bolnišnic, samopomočne podporne skupine, zatočišča in druge oblike uporabniške solidarnosti.
- Zavzemanje za pravice uporabnikov (Flaker 1998, 178–185).

V moderni družbi so spoznanja o nujnosti upoštevanja človekovih pravic, o škodljivosti totalnih ustanov in učinkovitosti skupnostne oskrbe dosegle takšno raven zavedanja, da je deinstitutionalizacija postala proces, ki ga podpira celotna mednarodna skupnost. Oblikovana je bila mednarodna zakonodaja, ki jo ne samo podpira, tudi zapoveduje in usmerja (Flaker in drugi 2015, 4).

## **4 DEINSTITUCIONALIZACIJA**

Flaker (1998, 157) navaja, da si pod izrazom deinstitutionalizacija po navadi predstavljamo odpravo velikih represivnih ustanov. Vendar je ta izraz bistveno širši in zajema družbeni premik iz azila v skupnost in zmanjševanje tako števila hospitalizacij kot časa, ki ga oseba preživi v bolnici ter za družbeno gibanje, ki je k temu premiku prispevalo. Ko govorimo o deinstitutionalizaciji, govorimo o kritiki totalnih ustanov in o iskanju alternativ za pomoč



ljudem z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju in drugim, v skupnosti. To pa ne pomeni samo zapiranja velikih bolnišnic in organiziranja zdravljenja v skupnosti ampak tudi drugačen pristop do ljudi v stiski.

Videmšek (2013, 53) pravi, da deinstitucionalizacije ne razumemo zgolj kot ukinjanje in zapiranje institucij (psihiatričnih bolnišnic, zavodov) ampak kot proces ustanavljanja služb, ki nadomestijo institucije. Pri procesu ne gre samo za premestitev ljudi v drugo okolje, temveč predvsem zato, da so ljudje s težavami v duševnem zdravju kar najbolj vključeni v običajno življenje in imajo pri tem zagotovljeno podporo, ki jo potrebujejo.

V procesu deinstitucionalizacije Flaker (1998, 157–158) poudarja predvsem dva mejnika; prvi je radikalno zmanjšanje bolnišničnih kapacitet, drugi pa spremenjena zakonodaja, ki odpravlja bolnišnice kot temeljno obliko pomoči ljudem v duševni stiski.

Flaker navaja tri glavne razloge za zapiranje zavodov: etične, strokovne in ekonomsko politične.

Med *etičnimi razlogi* navaja, da se ni moč izogniti dejstvu, da so v institucijah kršene državljanske in človekove pravice; pravica do prostosti, pravica do zasebnosti, pravica do osebne dignitete, ter da prihaja do dominacije osebja.

Med *strokovnimi razlogi* opozori na:

- stigmo, ki jo velike ustanove še povečujejo,
- škodljivost bivanja v zavodu, ki varovanca razosebi in pretrga stike z izvornim okoljem,
- neučinkovito strokovno pomoč, ker je v institucijah onemogočena zaradi nestimulativnega okolja, necelostne obravnave, itd.

Pri *ekonomskih razlogih* navaja prisotnost zadržkov, čeprav naj bi bila skupnostna skrb cenejša od institucionalnega varstva. V Angliji so bili ekonomski razlogi ključni za uvajanje skupnostne skrbi (Flaker in drugi 1999, 25–31).

Vesna Švab (2015, 31) za realizacijo obravnave v skupnosti navaja dva poglobitna razloga:

- Cenejše zdravljenje in oskrba oseb s težavami v duševnem zdravju – meni, da je zdravljenje v ustanovah 10-krat dražje kot v nevladnih organizacijah, predvsem zaradi kadrovske strukture zaposlenih.
- Etičnost – ljudje z duševnimi motnjami zavračajo življenje v ustanovah. Institucionalizacija škodi njihovem duševnemu zdravju, poslabša njihove zmožnosti in

samozavest. Nadaljuje, da v skupnosti pride počasneje do stabilizacije bolezni kot v bolnišnici, dokazano hitreje pa se izboljšajo funkcionalne sposobnosti.

Evropske smernice definirajo deinstitutionalizacijo kot ukinjanje (totalnih) ustanov in razvijanje skupnostnih služb do te mere, da institucionalno varstvo ni več potrebno. Unicefova definicija deinstitutionalizacijo predstavlja kot proces preoblikovanja ustanov, zmanjšanja njihovih kapacitet in/ali njihovo ukinjanje, s hkratnim vpeljevanjem služb v skupnosti, ki temeljijo na človekovih pravicah in so učinkovite (Flaker in drugi 2015, 1).

Za proces deinstitutionalizacije je pomembna sprememba odnosov med strokovnjaki in uporabniki, ki nujno vodi k premiku moči od strokovnjakov in institucij k uporabnikom in nadalje prehod od »medicinskega« k »socialnemu« modelu. Premakniti je potrebno storitve pomoči in podpore iz institucij v vsakdanji življenjski svet uporabnika. Deinstitutionalizacija je proces, ki temelji na splošnih človeških vrednotah in na spoznanju, da morajo te vrednote veljati za vse ljudi. »Glavna vrednota deinstitutionalizacije je, da ljudi, ki so družbeno onespособljeni, ne vidimo več kot pasivne predmete obravnave, paciente, temveč kot enakopravne (in polnovredne) državljane, ki imajo pravico do polnega sodelovanja in vključevanja v družbo in do izbire, moči odločanja in samostojnosti« (Flaker in drugi 2015, 1).

#### **4.1 INSTITUCIJA IN TOTALNA INSTITUCIJA**

Za razumevanje procesa deinstitutionalizacije si bomo ogledali kaj je pravzaprav institucija, katere so njene značilnosti in v čem se razlikuje od totalne institucije?

Haralambos in Holborn (1999) v svojem delu *Sociologija: teme in pogledi* pišeta, da bi današnja družbo lahko poimenovali tudi organizacijska, saj smo od rojstva dalje vključeni v organizacije in združenja, od porodnišnice kjer se rodimo, do podjetij kjer smo zaposleni, društev v katerih preživljamo prosti čas in končno domov za starejše, ko se postaramo. Življenje se v moderni industrijski družbi vse bolj odvija v organizacijskih okvirih. Namen organizacije je doseganje jasno opredeljenih ciljev in to je pomembna značilnost po kateri se organizacije razlikujejo od drugih družbenih enot kot so družine, prijateljske skupine, skupnosti.

Na drugi strani pa totalna ustanova (po Goffmanu) zajema vse vidike posameznikovega življenja (delo, zabava, rekreacijo itn.). Totalne ustanove so začele nastajati v času industrializacije družbe, ko je prišlo do ločitve med domačim in delovnim okoljem. Pred tem je delo večinoma potekalo doma, na kmetijah in skrb za duševno prizadete in druge osebe s posebnimi potrebami domačim ni predstavljala težav. Do sprememb je prišlo s prenosom dela v industrijo. Teh ljudi ni bilo mogoče vključiti v produktivno delo, ostajali so brez varstva in kot taki v družbi moteči. Za njih je potrebno »poskrbeti«. To je družba uredila v procesu, ki ga je Foucault poimenoval *čas velikega zapiranja*. Rodila se je totalna ustanova.

Goffman opredeljuje totalno ustanovo kot prostor za bivanje in delo, v katerem živi skupaj večje število posameznikov s podobnim položajem. Ti so za dlje časa odmaknjeni od širše družbe in živijo skupaj prisilno, formalno vodeno življenje (Goffman v Mali 2006).

Zaradi totalnega zajetja posameznikovega življenja jim Goffman pravi totalne. Totalne ustanove so navadno od ostalega sveta fizično oddaljene ali pa se ločijo z zidovi, gozdovi, bodečo žico, itd.

Goffman navaja naslednje temeljne značilnosti totalnih ustanov:

- vsa področja življenja se odvijajo na istem kraju in pod isto oblastjo;
- vse dnevne aktivnosti potekajo ob prisotnosti večjega števila drugih ljudi, ki so enako obravnavani in od katerih zahtevajo, da skupaj delajo isto stvar;
- vse aktivnosti potekajo po vnaprej pripravljenem urniku in zastavljenih pravilih;
- na razpolago je več dejavnosti, ki so vsiljene in se izvajajo zato, da so zadovoljeni uradni cilji ustanove (Goffman v Flaker 1998, 20).

V totalni ustanovi se poskuša z organizacijo življenja in dela hkrati odgovoriti na potrebe čim več ljudi. Manjše število osebja nadzoruje večje število varovancev. Varovanci v ustanovi živijo in imajo omejen stik z zunanjim svetom, osebje je v ustanovi v delovnem času, sicer pa je vključeno v širše družbeno okolje. Osebje se počuti superiorno, stanovalci manj vredne. Med obema skupinama je strogo omejena socialna prehodnost in formalno predpisana socialna razdalja. Posredovanje informacij je omejeno, varovanci so izločeni iz odločanja o svoji usodi. Osebje vzdržuje distanco in nadzor. Če je življenje po pravilih v zunanjem civilnem svetu omejeno na delovni čas in prostor, pa v totalni ustanovi pravila segajo na vsa področja življenja. Totalna ustanova ne pozna ločnice med plačanim delom in družino. »Totalno ustanovo zato Goffman imenuje socialni hibrid; deloma je bivalna skupnost, deloma je formalna organizacija« (Flaker 1998, 22).

Evropske smernice totalno ustanovo definirajo kot namestitveno oskrbo, v kateri:

- so stanovalci izolirani od širše skupnosti in/ali prisiljeni živeti skupaj;
- stanovalci nimajo zadostnega nadzora nad svojim življenjem in nad odločitvami, ki vplivajo nanje;
- zahteve in interesi organizacije imajo navadno prednost pred posameznimi potrebami stanovalcev (Flaker in drugi 2015, 2).

Obravnava in odnos do marginalnih skupin prebivalcev, katere del so ves čas, od daljne preteklosti pa do danes, tudi osebe s težavami v duševnem zdravju, se je skozi zgodovino spreminjal in bil odraz stanja v družbi. Veliki napredki v psihiatriji, nova spoznanja psihologije in psihoanalize, spremembe na področju socialne politike in končno tudi, res počasno, a vztrajno umikanje stereotipov duševne bolezni vodijo današnjo družbo do spoznanja, da ni opravičila za zapiranje ljudi in njihovo izločanje iz družbe. Zdravljenje ljudi s težavami v duševnem zdravju mora postati bolj humano, poteka naj v domačem okolju osebe, v skupnosti.

## **4.2 OD MEDICINSKEGA K SOCIALNEMU MODELU OBRAVNAVE**

V preteklosti je na področju duševnega zdravja prevladoval medicinski model obravnave.

Ena bistvenih posledic, ki jih ima medicinski model obravnave za uporabnika je, da se bolezen zdravi v bolnišnici in da jo zdravijo zdravniki (Lamovec 1995, 26).

Medicinski model pozornost usmeri izključno na posameznika in samo pri njem išče razloge za neprimerno vedenje. Tako vsili uporabniku novo družbeno realnost, ki jo mora sprejeti, če hoče preživeti. Njegovo vsakdanje življenje in problemi niso več taki, kot jih je opredelil sam, temveč so opisani v novem jeziku – jeziku duševne bolezni (Lamovec 1995, 228).

O socialnem oziroma psiho-socialnem modelu obravnave govorimo kot o nasprotnem medicinskemu. Socialni model obravnave za nastanek duševne krize pripisuje velik pomen socialnim dejavnikom iz okolja v katerem posameznik živi, kot tudi družbi kot celoti, ki proizvaja socialne in ekonomske pritiske. Psihične motnje preučuje v odvisnosti od narave medosebnih stikov. Obravnava je usmerjena predvsem na spremljanje socialnega okolja.

Velika pozornost je usmerjena na družino iz katere uporabnik izhaja. Uporabljajo se različne vrste posredovanja v družini, tudi družinska terapija. Obravnava ni usmerjena izključno na prizadetega posameznika, ampak se ga obravnava kot člana skupine, če je le mogoče na kraju, kjer je problem nastal. Cilj pomoči posamezniku je, da znova prevzame sprejemljivo socialno vlogo. Velik je poudarek na grajenju pozitivne samopodobe, na pridobivanju socialnih spretnosti in na poklicni rehabilitaciji. Zagovorniki socialnega modela se zavzemajo za socialne spremembe in za spreminjanje stališč javnosti do oseb v duševni stiski. Pomembno je, da se posameznika ne izloči iz njegovega vsakdanjega okolja. Problem se rešuje na kraju, kjer je nastal, vključeni so različni ljudje. Stigmatizacije je malo, pričakovati je dokaj dober izid. Pričakuje se aktivno sodelovanje prizadete osebe (Lamovec 1995, 51–55).

Vesna Švab (2015, 29–30) terapevtski pristop do uporabnikov imenuje psihosocialna rehabilitacija. Ta pacienta spodbuja, da v največji možni meri razvije svoje zmožnosti preko učenja in podpore okolice. Temeljna načela rehabilitacijskega pristopa označi z devetimi smernicami:

- obravnava je prilagojena posamezniku,
- vključitev okolja,
- osredotočanje na zmožnosti,
- obnavljanje upanja,
- iskanje zaposlitve,
- vsestranska obravnava,
- neposredno vključevanje uporabnikov v odločanje in načrtovanje,
- nepretrganost obravnave in
- krepitev moči.

Uspeh psihosocialne rehabilitacije je odvisen od osebnega odnosa med pacientom in tistim, ki omogoča podporo. Cilji so usmerjeni v funkcioniranje, socialno zadovoljujoče odnose, zmanjševanje diskriminacije in stigmatizacije, podporo družinam, socialno podporo, zaposlitev, stanovanje, druženje in pristočasne dejavnosti. S psihosocialno rehabilitacijo bi morali povečati moč ljudi, ki uporabljajo službe pomoči, njihovo samozavest in zmožnost uresničevanja osebnih ciljev.

### 4.3 OPOLNOMOČENJE

» To, kar v okviru medicinskega modela pomeni pojem ozdravitve, v psihosocialnem modelu pomeni pojem opolnomočenja« (Lamovec 1998).

Ko govorimo o duševnem zdravju in ko govorimo o procesu deinstitutionalizacije na področju duševnega zdravja ne moremo mimo opolnomočenja, mimo prenosa moči iz institucij in strokovnjakov na uporabnike.

Opolnomočenje je metoda s pomočjo katere posameznik gradi občutek, da zmore odločati o poteku lastnega življenja in svoje odločitve tudi realizirati. Z opolnomočenjem osebo podpremo, da sledi ciljem, ki si jih je sama zastavila. V procesu opolnomočenja krepimo samozavest osebe in jo spodbujamo, da uporablja pridobljene spretnosti in s tem daje podporo tudi drugim uporabnikom (Zaviršek in drugi 2002, 60).

Opolnomočenje pomeni možnost odločanja o treh bistvenih življenjskih vprašanjih:

KJE bom živel? KAJ bom delal? KDO me bo pri tem podpiral? Ko gre za naše vsakodnevno življenje je samoumevno, da imamo popoln vpliv na ta tri vprašanja. Ko govorimo o odnosu strokovnjak – uporabnik pa strokovnjaki pogosto nastopajo s pozicije moči. Prav vpliv na ta tri vprašanja omogoča nadzor nad lastnim življenjem in v primeru oseb s posebnimi potrebami tudi nadzor nad službami, ki jim nudijo pomoč in podporo v skupnosti. S tem pride do prenosa moči iz strokovnjaka na uporabnika (Škerjanc 1996, 287).

Opredelitev opolnomočenja na širši teoretični ravni vključuje naslednje elemente:

- Popolna enakopravnost z drugimi državljani – z odpravo diskriminatorne zakonodaje in z uzakonjenjem zagovorništva;
- Zagotovitev zadovoljitve vseh potreb, ki bi omogočale samostojno in kvalitetno življenje uporabnikom – z uvedbo neposrednega individualnega financiranja;
- Ustanavljanje lokalnih in nacionalnih uporabniških organizacij, ki bi opravljale storitve, za katere so kvalificirane, zaposlovale strokovnjake in sodelovale pri načrtovanju novih služb ter evalviranju obstoječih (Lamovec 1998, 20).

V procesu opolnomočenja si vsak posameznik zastavlja cilje, ki jih želi doseči zase. Hkrati pa se tudi odloči, kako in na kakšen način želi sodelovati (ali ne sodelovati) pri doseganju skupnih ciljev (Lamovec 1998, 21).

Proces opolnomočenja vključuje dva vidika, ki navadno prav tako potekata z roko v roki. Po eni strani se morajo uporabniki znebiti pretirane odvisnosti od strokovnjakov, zdravil, svojcev ali lastne lagodnosti. Po drugi strani pa se morajo aktivirati za doseganje zastavljenih ciljev. Prišlo naj bi do sodelovanja s strokovnjaki, državo in družinskimi člani na enakovredni ravni – z možnostjo izbire. Novi strokovnjaki ne bodo več določali usode uporabnikov, temveč jim bodo pomagali uresničiti tisto, za kar se bodo sami odločili (Lamovec 1998, 21).

Lamovčeva nadaljuje, da je potrebno oblikovati okoliščine, v katerih se bo vsak posameznik lahko razvijal, produktivno uporabljal svoje sposobnosti in se po svojih močeh enakovredno vključil v družbo (Lamovec 1998, 22).

#### **4.4 PRAKSE IZ TUJINE**

Proces deinstitutionalizacije praktično pomeni zapiranje bolnišnic na eni in oblikovanje podpornih služb v skupnosti na drugi strani. Večinoma je šlo za postopno zmanjševanje bolnišničnih kapacitet in vzporedno vzpostavljanje nadomestnih skupnostnih služb, bolnišnice pa so kljub temu ostale prisotne za nujne, zahtevne primere in za prisilne hospitalizacije, npr. Anglija, Združene države Amerike. V Trstu so šli dlje, menili so, odsotnost bolnišnic strokovnjaka prisili, da išče nove načine za ukvarjanje s »problemom« (Flaker 1998, 208).

Različne evropske države so se procesa deinstitutionalizacije lotevale na različne načine. Najdaljšo prakso imata Italija in Anglija. Proces deinstitutionalizacija sta se lotili na zelo različna načina.

##### **4.4.1 ITALIJA**

V Italiji so se demokratizacije v psihiatriji lotili najradikalnejše. *Zakon 180*, ki je bil sprejet leta 1978, je zahteval da do leta 1980 zaprejo psihiatrične bolnišnice, prepovedal je zidavo novih, uzakonil centre za duševno zdravje v skupnosti in omejil prisilno zdravljenje, ki če že, poteka v odprtih ustanovah.

Leta 1961 je Franco Basaglia prevzel vodenje bolnišnice v Gorici. V bolnišnici je uvedel model terapevtske skupnosti, odprl je oddelke in omogočil prost pretok ljudi, odpravil restrikcije in pravila, ki so varovance postavljala v neenakopraven položaj. Velika inovacija je bilo omogočanje plačanega dela v bolnišnici. Odprava bolnišnice in vzpostavitev služb v skupnosti ni bila realizirana zaradi odpora lokalnih oblasti. Tako je goriška izkušnja potrdila, da je deinstitutionalizacija politični proces, ki presega zidove posamezne ustanove (Flaker 1998, 188–192).

Deset let kasneje, 1971 leta je bil Basaglia povabljen v Trst, v bolnišnico pri sv. Ivanu. Lotili so se terapevtske skupnosti, je pa bila že od začetka želja in volja za odpravo azila visoka. V Trstu je nastalo v vsakdanjih okoljih pet *centrov za mentalno zdravje*, ki delujejo še danes. V njih so ambulante, pisarne, prostori za srečanja, jedilnica in spalnice. Nov sistem so sestavljali *skupnostni centri za mentalno zdravje*, poleg teh pa še psihiatrični oddelek v splošni bolnišnici, delovne zadruge, stanovanjske skupine in skupnostni izobraževalno-kulturni center. Naloga centrov je neposredno delo z ljudmi v duševni stiski in koordiniranje drugih služb na področju duševnega zdravja, nadalje organizirajo in vodijo stanovanjske skupine, klube ...

Pomemben del mreže služb so socialna podjetja oziroma zadruge, preko katerih se uveljavlja plačano delo uporabnikov. Pokrivajo različna področja dela od čiščenja javnih površin, selitev, pralnice, knjigovezniška dela, dela v turizmu in hotelirstvu, do fotografskih storitev, vodenja radijske postaje, gledališča Velimir in drugih kulturnih projektov. Vse delavnice delajo večinoma za zunanje naročnike in trg (Flaker 1998, 193–200).

Pomembno je, da se od zaprtja psihiatrične bolnišnice ni povečal delež prebivalstva, ki se obrača na psihiatrične službe, nastala ni nobena zasebna ustanova zaprtega tipa, ni se povečalo število kaznivih dejanj, povezanih z duševnimi stiskami, stopnja samomorilnosti ostaja vsa leta približno enaka, uporabniki psihiatričnih storitev prihajajo iz različnih družbenih slojev in ne samo nižjih... Uspeh tržaške izkušnje je povzročil premike po vsej državi (Flaker 1998, 202).



#### 4.4.2 ANGLIJA

V Angliji je deinstitucionalizacija potekala precej drugače kot v Italiji. Duševno zdravje v skupnosti se je začelo razvijati po drugi svetovni vojni. Šlo je za opravljanje storitev za duševno zdravje v skupnosti namesto v ustanovah, da je uporabnik lahko ostal v domačem okolju (Ramon 1993, 6).

Politika je zapiranje bolnišnic napovedala že ob koncu 60-ih let, vendar pa ni prišlo do zapiranja bolnišnic do konca 80-ih in začetka 90-ih let. Ves ta čas se je le zniževalo število bolnišničnih kapacitet in dolžine hospitalizacij. V tem času so ustanovili različne skupnostne službe, kot so stanovanjske skupine, dnevni centri, socialna podjetja itd.. Te so ustanovljale posamezne prostovoljske organizacije. Pobude za deinstitucionalizacijo v Angliji niso prišle iz strokovnih krogov temveč iz sprejete politike. Spodbujali so jo managerji z namenom racionalizacije poslovanja.

Bolnišnice so zapirali od zgoraj navzdol. Osebje bolnišnic se je velikokrat odkrito upiralo. V zapiranje bolnišnic so bili vključeni t.i. preselitveni timi, ki so imeli nalogo ugotoviti potrebe v bolnišnici nastanjenih ljudi, ter ljudi pripraviti, da se bodo sposobni preseliti v skupnost, hkrati pa organizirati in zagotoviti nove službe v skupnosti. Osebje se s tem ni strinjalo zato se je ohranjala skrbniška funkcija osebja, le da se je skrb prenesla v skupnost. Govorimo o *skrbi v skupnosti* ne pa o *skupnostni skrbi* z različnimi spremembami v skupnosti, večjo solidarnostjo in podružbljeno skrbjo (Flaker 1998, 218–225).

Na proces deinstitucionalizacije je bistveno vplival Zakon o skupnostni oskrbi (Community Care Act) iz leta 1992. V kratkem času je Angliji uspelo izjemno zmanjšati število ljudi v psihiatričnih bolnišnicah (za skoraj 90 odstotkov v letih od 1990 do 2000). K spremembam je prispevalo tudi uvajanje menedžmenta v socialno in zdravstveno varstvo (Flaker in drugi 2015, 5).

#### 4.4.3 ČEŠKA

Na Češkem pred letom 1990 ni bilo skupnostnih služb, oskrba je bila v celoti institucionalna. Leta 2007 so sprejeli vladno resolucijo o deinstitucionalizaciji socialnovarstvenih ustanov. V ta namen so črpali evropska sredstva.

Proces je zajel 32 ustanov z 3.800 mesti v celi državi. Do leta 2013 se je preselilo 544 stanovalcev iz več kot petine zavodov. V vsaki pokrajini so izbrali pilotne ustanove. Evropska sredstva so namenili za izgradnjo nadomestnih kapacitet v skupnosti, za razvoj koordinacijskih timov v vsaki ustanovi in za osnovno usposabljanje transformacijskih timov o načelih deinstitutionalizacije.

Ustanovili so Državni center za transformacijo, ki je imel nalogo, da izvede proces. Pri tem je sodeloval z delovno skupino iz ministrstva in strokovnim svetom za deinstitutionalizacijo. Državni center je z delom prenehal po koncu finančne perspektive kar je povzročilo delen zastoj v nekaterih okoljih.

Proces deinstitutionalizacije na Češkem še ni končan, predvsem zaradi administrativnih ovir in odpora skupnosti. Ustvarili so veliko stanovanjskih skupin, premalo pa spodbujali oblike samostojnega življenja (Flaker in drugi 2015, 5–6).

Flaker in drugi v *Pripravi izhodišč deinstitutionalizacije v Sloveniji* (2015) povzemajo, da je proces deinstitutionalizacije po Evropi in svetu potekal neenakomerno. V Evropi sta bili prvi in najučinkovitejši Italija in Velika Britanija, sledijo skandinavske države, medtem ko srednjeevropske države (npr. Nemčija in Avstrija, pa tudi Francija) zaostajajo. V zadnjih desetletjih se število institucionalnih kapacitet zmanjšuje tudi v sredozemskih državah (Španija, Portugalska, Grčija). V državah osrednje Evrope se je proces v preteklih letih močno intenziviral (Flaker in drugi 2015, 9).

V nadaljevanju si bomo pogledali kje na evropskem zemljevidu deinstitutionalizacije najdemo Slovenijo.

## **5 DEINSTITUCIONALIZACIJA V SLOVENIJI**

### **5.1 MEDNARODNE ZAVEZE SLOVENIJE K DEINSTITUCIONALIZACIJI**

Deinstitutionalizacijo utemeljujemo predvsem na človekovih pravicah.

**Splošna deklaracija o človekovih pravicah**, ki jo je generalna skupščina Združenih narodov sprejela in razglasila 10.12.1948, v 29. členu določa, da ima vsak človek pravico do življenja v skupnosti in da je samo v skupnosti mogoč svoboden in popoln razvoj osebnosti posameznika. Še več, vsak človek ima dolžnost, da po svojih zmožnostih prispeva k skupni

blaginji. Vsi ljudje imajo torej pravico do svobode, osebnega dostojanstva, zasebnosti, družine, plačanega dela ...

Nadalje nujnost deinstitucionalizacije zapoveduje **Konvencija ZN o pravicah invalidov**, ki jo je Slovenija ratificirala leta 2008 in v 19. členu narekuje »*samostojno življenje in vključenost v skupnost*«:

- Vsi invalidi imajo pravico, da živijo v skupnosti in se svobodno odločajo kje in s kom bodo živeli.
- Vsi invalidi imajo pravico, do storitev podpore in pomoči v skupnosti, vključno z osebno asistenco, ki jo potrebujejo za vključevanje v skupnost in preprečevanje osamljenosti in izključenosti.
- Vse storitve, objekti in naprave, ki so namenjene vsem prebivalcem, morajo biti enako dostopne invalidom.

Tako Splošna deklaracija o človekovih pravicah kot Konvencija ZN o pravicah invalidov vsem ljudem priznavata pravico in dolžnost do skupnosti. Še več, skupnost določata kot pogoj za svoboden in popoln razvoj osebnosti. Vsi ljudje imajo pravico izbirati kje in s kom bodo živeli. Invalidi imajo pravico do storitev, ki jih potrebujejo za vključitev v skupnost. Za zagotovitev navedenih pravic, je nujno izvesti proces deinstitucionalizacije v najširšem pomenu tega procesa in to čim prej oziroma bi že morali.

Leta 2007 je bila razglašena **Listina Evropske unije o temeljnih pravicah**, ki v 26. členu invalidom priznava pravico do samostojnega življenja v skupnosti, do socialne in poklicne vključenosti kar je pomembno za doseganje samostojnega in neodvisnega življenja.

Na ravni Evropske unije je bilo oblikovanih še več dokumentov, ki usmerjajo in spodbujajo države članice Evropske unije k izvedbi vseh sprememb in procesov, ki bodo omogočili invalidom in vsem drugim izključenim družbenim skupinam enakovredno, enakopravno in celostno sodelovanje v družbi, med njimi Strategija Evropa 2020 (2010) in Strategija invalidnosti Evropa 2020 (2011). V Evropskem paktu za duševno zdravje in dobro počutje (2008) Evropska unija svojim članicam predlaga razvoj služb za duševno zdravje v skupnosti, ki bodo spodbujale aktivno vključevanje ljudi s težavami v duševnem zdravju v skupnost, preprečevale stigmatizacijo, izboljševale možnosti ustrezne zaposlitve, usposabljanje in izobraževanje, ter uporabnike in njihove svojce aktivirale v političnih procesih.

*Zelena knjiga za izboljšanje duševnega zdravja za Evropo* (Evropska komisija 2005) prav tako spodbuja vključevanje ljudi s težavami v duševnem zdravju v širšo skupnost, predlaga spremembo modela oskrbe in deinstitucionalizacijo psihiatričnih služb, prisilne hospitalizacije dopušča le kot skrajno možnost, ko resnično odpovedo vse alternativne možnosti.

*Resolucija evropskega parlamenta o duševnem zdravju* (2009) prav tako države Evropske unije usmerja k načrtovanju kakovostnih in učinkovitih storitev v skupnosti. Podpira razvoj dejavnosti, ki bi omogočile osebam s težavami v duševnem zdravju psihološko in socialno rehabilitacijo in razvoj akterjev, ki bi bili majhni javni, zasebni ali javno-zasebni zavodi. Bili bi čim bolj podobni družinskim enotam. Podpirali bi rehabilitacijo in resocializacijo ljudi s težavami v duševnem zdravju in jih motivirali, spremljali in usmerjali pri vključevanju v skupnosti. To bi omogočilo destigmatizacijo duševnih bolezni, ki je sedaj podprta z zapiranjem ljudi v zavode in psihiatrične bolnice in ravnanjem na način, ki je pogosto nečloveški.

Pravico invalidov do neodvisnosti, do socialne integracije in sodelovanje v življenju v skupnosti je Svet Evrope zapisal v Evropski socialni listini (1996). Nadalje Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin (1950) priznava ljudem vse pravice iz Splošne deklaracije o človekovih pravicah. Leta 2006 je Svet Evrope sprejel Akcijski načrt Sveta Evrope 2006–2015, v katerem med drugim usmerja države članice naj zagotovijo kakovostne službe v skupnosti, ki bodo omogočile ljudem z ovirami življenje v skupnosti. Procese deinstitucionalizacije podpirajo še drugi dokumenti.

Na pravno - formalni in deklarativni ravni je na nivoju Evropske unije in Sveta Evrope torej oblikovanih in sprejetih več dokumentov, ki so z ratifikacijo s strani Slovenije postali obvezujoči za našo državo. In drugi, ki države Evropske unije in med njimi tudi Slovenijo usmerjajo in podpirajo k sledenju in realizaciji zastavljenih ciljev.

## **5.2 ZAVEZE SLOVENIJE K DEINSTITUCIONALIZACIJI NA NACIONALNI RAVNI**

Na nacionalni ravni Slovenijo k procesu deinstitucionalizacije zavezujejo dokumenti, s katerimi se bomo seznanili v nadaljevanju.

**Ustava Republike Slovenije** (Ur. l. RS 47/13) v 14. členu določa, da so človekove pravice in temeljne svoboščine zagotovljene vsakomur, ne glede na narodnost, raso, spol, jezik, vero, politično ali drugo prepričanje, gmotno stanje, rojstvo, izobrazbo, družbeni položaj, invalidnost ali katerokoli drugo osebno okoliščino.

Nadalje določa, da se človekove pravice in temeljne svoboščine uresničujejo neposredno na podlagi ustave, izvajanje nekaterih se lahko natančneje določi in omeji z zakonom. Zakon o duševnem zdravju (Ur. l. RS 77/08) dopušča, da se osebi lahko omeji pravico do svobodnega gibanja, če je ogroženo njeno zdravje ali življenje ali življenje in zdravje drugih ali če povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z milejšim ukrepom. Določba 32. člena Ustave RS pa pravi, da je moč pravico do prostega gibanja z zakonom omejiti le v nekaj primerih, in sicer, če je nujno za potek kazenskega postopka, pri preprečevanju širjenja nalezljivih bolezni, za zavarovanje javnega reda, ali če je nujno za obrambo države (Flaker in drugi 2015,16).

Iz izkušenj sodeč so ljudje, ki so nameščeni na »varovanih oddelkih« socialnovarstvenih zavodov nevarni predvsem sebi, redko tudi drugim, zato je omejevanje gibanja lahko vprašljivo.

V Sloveniji proces deinstitutionalizacije narekujejo, za Slovenijo obvezujoči, mednarodni pravni akti in Ustava Republike Slovenije.

Nekaj izhodišč in smernic za izvedbo procesa deinstitutionalizacije sta doprinesla Nacionalni program socialnega varstva do leta 2005 in kasneje Resolucija nacionalnega programa Socialnega varstva za obdobje 2006–2010. Za odrasle osebe s posebnimi potrebami sta predvidevala neodvisno življenje v skupnosti s podporo vladnih in nevladnih organizacij (tudi s podeljevanjem koncesij) in preoblikovanje institucionalnih oblik bivanja v bolj prijazne oblike, prav tako v skupnosti. Poudarek je bil na večanju vpliva uporabnikov v procesu načrtovanja storitev in s tem možnost individualizacije le teh (Flaker in drugi 2015,19).

Veljavni **Nacionalni program socialnega varstva 2013–2020** (Ur. l. RS 39/13, 4668) v uvodnem delu navaja, da ima vsak človek pravico do življenja v skupnosti, da s pomočjo družine in drugih oseb v zasebnem in delovnem okolju, po svojih močeh ustvarjalno sodeluje in prispeva k skupnosti, s tem ohranja dostojanstvo in dosega primerljivo kakovost življenja kot ostali državljani.

Nadalje zapiše, da je pri izvajanju sistema socialnega varstva potrebno zagotavljati človekovo dostojanstvo, opolnomočenje posameznikov in skupin z namenom preprečevanja in blaženja socialnih stisk, spodbujati medgeneracijsko povezanost, prosto izbiro in individualizirano obravnavo (prav tam).

V programu so zastavljeni trije cilji. Za deinstitutionalizacijo je najpomembnejši drugi, ki predvideva širjenje palete storitev in programov ter zagotavljanje njihove dostopnosti. Tudi ostala dva cilja sta za proces deinstitutionalizacije pomembna saj poudarjata, da je potrebno zagotoviti večjo socialno vključenost ljudi s posebnimi potrebami in večji vpliv uporabnikov na načrtovanje in izvajanje storitev (prav tako, 4670).

Nacionalni program predvideva več strategij, s katerimi bi zagotovili širšo paleto in večjo dostopnost storitev in programov za ljudi s posebnimi potrebami v skupnosti. Za deinstitutionalizacijo so bistvene:

- uvajanje novih oblik bivanja v skupnosti,
- dostop do storitev in programov ne glede na kraj bivanja,
- spodbujanje razvoja storitev, ki potekajo v domačem okolju ali na domu uporabnika,
- cenovna dostopnost storitev in programov uporabnikom ne glede na njihov socialni položaj,
- uvedba enovitega sistema dolgotrajne oskrbe,
- razvoj novih storitev in dopolnilnih programov na podlagi ugotovljenih potreb uporabnikov,
- informiranje uporabnikov o možnostih za vključitev v storitve in programe,
- večanje pestrosti izvajalcev in vključevanje prostovoljcev (prav tako, 6470–6471).

Program predvideva preimenovanje sedanjih oblik institucionalnega varstva v »nastanitev z oskrbo«, določi razmerje med stanovalci, ki bodo še živeli v zavodih in tistimi, ki bodo živeli v skupnostnih oblikah nastanitve (prav tako, 4671–4674)

Lahko bi rekli, da je za Slovenijo deinstitutionalizacija izziv, nov pristop v duhu časa, ki se v strokovnih krogih oblikuje že desetletja tako preko kritike totalne ustanove, preko pozitivnih izkušenj, s katerimi je nenačrtovano postregla tudi vojna, iz izkušenj iz tujine, do vedno širšega zavedanja o pomenu temeljnih pravic in svoboščin in nujnosti, da se te dejansko zagotovijo vsem ljudem. Za to je nujno posodobiti razumevanje oseb s težavami v duševnem zdravju in drugih oseb s posebnimi potrebami, ki temelji na medsebojnem spoštovanju in

vključevanju v družbo tako, da bo tem osebam omogočena učinkovita psihosocialna rehabilitacija v skupnosti, v okolju v katerem živijo, se v njem počutijo sprejete in po svojih zmožnostih vanj prispevajo.

### 5.3 POGLED V ZGODOVINO

Videmšek (2013, 54) navaja, da bi lahko v Sloveniji proces deinstitutionalizacije razdelili na tri obdobja:

- tisto, ki jo zagotavljajo zavodi (1978–1992),
- tisto, ki jo zagotavljajo nevladne organizacije (1992–2000),
- tisto, ki jo zagotavljajo tako nevladne organizacije kot zavodi (2000 do danes).

Flaker (2011) navaja, da se je deinstitutionalizacija v Sloveniji začela najprej na področju vzgojnih zavodov, in sicer 1967 leta z eksperimentom v Logatcu. Primer je takrat ostal osamljen. Leta 1981 so ustanovili prvo stanovanjsko skupino v Ljubljani. Tej so sledile v vzgojnih zavodih v Framu, Jaršah, Preddvoru. V okviru mladinskih taborov (prvi je bila na Rakitni 1976) se je izkazalo, da je mogoče mlade usmerjati brez kazni, z demokratičnim odnosom in s samo-odločanjem otrok, brez avtoritarnih odnosov (Flaker 2011, 2–5).

V 80-ih letih je postajala vedno bolj aktivna mladinska organizacija, ki je ustanovila »Center za mladinsko samopomoč –Informalnico«. Ta se je usmeril na delovanje na področju duševnega zdravja. Sodelovali so s kliniko v Polju, kasneje pa so organizirali tabor v Zavodu Hrastovec. Neposredni namen akcije ni bil deinstitutionalizacija, je pa bil osnovni pristop anti-institucionalen. Osnovno vodilo pri delu je bila negacija institucionalnega, ki je bila na drugem taboru leta 1988 še bolj izpostavljena. Na neznosnost razmer v totalnih ustanovah so želeli opozoriti širšo javnost.

Ustanovljen je bil Odbor za družbeno zaščito norosti. Prvič je bil obstoj totalnih ustanov prikazan kot družbeni problem in posledično nujnost deinstitutionalizacije (Flaker 2011, 4–9).

Sprememba družbene ureditve po letu 1989, iz socializma v kapitalizem, privedla do ekonomskih, političnih in socialnih sprememb. Pluralni sistem blaginje je omogočil, da sta se

javnemu sektorju pridružila še zasebni in nevladni sektor. S tem se je povečala ponudba izvajalcev storitev (Videmšek 2013, 55–56).

Leta 1992 je bila ustanovljena prva stanovanjska skupina. Ustanovil jo je odbor za družbeno zaščito norosti, ki se je pred tem preoblikoval v društvo Altra. Začel se je študijski program duševnega zdravja v skupnosti. Program je spodbudil nastajanje novih služb, stanovanjske skupine, zagovorniške skupine, dnevni centri, skupin za samopomoč, skupine svojcev, itd., in vzpostavil mnoge nove strokovne metode npr. individualno načrtovanje, zagovorništvo, analizo tveganja, delo v stanovanjskih skupinah, načrtovanja služb in projektov, uveljavil perspektivo moči, delo v skupinah za samopomoč, itd.

Na področju duševnega zdravja je nastalo več nevladnih organizacij, Altra, Šent, Ozara, Paradoks, Vezi (Flaker 2011, 9).

V nevladnem sektorju se v 90-ih letih začnejo razvijati skupnostne službe na področju socialnega varstva. Vloga nevladnih organizacij je bila izrazito zagovorniška do ljudi z raznovrstnimi oviranostmi. Opozarjali so:

- da so v institucijah kršene in neupoštevane temeljne človekove pravice, svoboščine in osebno dostojanstvo;
- da so v institucijah prezrte in nezadovoljene potrebe posameznikov;
- da oblike pomoči in podpore niso prilagojene zmožnostim posameznika in pridobivanju veščin za življenje v skupnosti;
- da institucije niso usmerjene h krepitvi moči uporabnikov;
- da institucije niso usmerjene k izboljšanju kakovosti življenja uporabnikov;
- da institucija prilagaja življenje posameznikov instituciji;
- da javne ustanove ne odgovarjajo na individualne potrebe ljudi (Oreški 2014).

Nevladne organizacije so od 90-ih let dalje izvedle več inovativno-eksperimentalnih projektov, ki so danes ključnega pomena pri oblikovanju javnih in verificiranih socialno varstvenih programov, med njimi:

- stanovanjske skupine, klubske dejavnosti, tabore in ustvarjalne delavnice, ki se danes odražajo v dnevni centrih,
- nadalje organiziranje pomoči in podpore v obdobju kriz, kriznih timi, ki so danes prerasli v svetovalnice oz. svetovalno informativne pisarne, zagovorništvo,



- programi usposabljanja in zaposlovanja s poudarkom na delovni rehabilitaciji kot predhodnici današnjih zaposlitvenih centrov, delovnega usposabljanja in socialnih podjetij (Oreški 2014).

Flaker (2011, 9–11) opozarja, da ustanavljanje stanovanjskih skupin, dnevnih centrov in drugih služb v skupnosti ni zmanjšalo števila stanovalcev v zavodih in ne števila postelj v psihiatričnih bolnišnicah. Nevladne organizacije so prevzemale delo v lažjih situacijah, težje pa so prepuščale zavodski obravnavi. Nadaljuje, da je za dosledno izvajanje deinstitutionalizacije potrebno resurse organizirati tako, da bo možno nuditi intenzivno podporo v skupnosti v težjih situacijah (npr. dežurstva, krizni timi itd.) in hkrati onemogočiti »poceni zaslužek« z nameščanjem ljudmi, ki ne potrebujejo toliko podpore.

Po letu 2000 so se prizadevanja za deinstitutionalizacijo preselila tudi v javni sektor. Leta 2001 je prvi v proces vstopil zavod Hrastovec (Flaker 2011, 12).

Postopoma je prihajalo do sistematičnega preseljevanja stanovalcev v bivalne enote izven zavoda tudi v drugih posebnih socialno varstvenih zavodih.

Do poskusa neposrednega financiranja je v Sloveniji prišlo leta 2003 s pilotskim projektom »Individualizirano financiranje storitev socialnega varstva«. Namen projekta je bil preizkusiti način individualiziranega in neposrednega financiranja in ugotoviti kako se posledično spreminjata kakovost življenja in zadovoljstvo s storitvami (Videmšek 2013, 58).

Izkušnje vključenih so po poročanju projektne skupine pozitivne. Kakovost življenja oseb, ki so bile vključene v projekt, se je izboljšala, povečala se je izbira, povečala se je ustreznost storitev, povečala se je moč uporabnikov. Izkazalo se je, da so potrebne sistemske rešitve, ki bodo predvidele in dovoljevale neposredno in individualno financiranje storitev (Flaker in drugi 2007, 170–225)

## **5.4 OBRAVNAVA OSEB Z DOLGOTRAJNIMI TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU V SLOVENIJI DANES**

Obravnava oseb z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju poteka v institucijah in v skupnosti.

Velika večina ljudi z duševnimi motnjami se zdravi v domačem okolju ob spremljanju zdravnikov družinske medicine in specialistov psihiatrov (Švab 2015, 19). V zadnjih letih je vedno večji poudarek na psihoterapiji, ljudje se je vedno bolj poslužujejo, je pa težje dostopna, saj ni financiranja iz zdravstvenega zavarovanja. Z uvajanjem in razvojem palete programov psihosocialne rehabilitacije in drugih, ki jo ponujajo nevladne organizacije, imajo posamezniki več možnosti za izboljšanje svojega socialnega položaja, za krepitev moči pri skrbi zase in za ustvarjanje čim bolj kakovostnega življenja na sploh.

Švabova (2015, 29) navaja, da so se programi, ki naj bi bili namenjeni okrevanju, »normalizaciji« in krepitvi moči uporabnikov, pojavili v socialnih, nevladnih in psihiatričnih službah.

Navaja, da so se v Sloveniji vzporedno razvili štirje modeli obravnave ljudi s hudimi in ponavljajočimi duševnimi motnjami v skupnosti, in sicer:

- ***Skupnostna psihiatrična obravnava***

Skupnostne psihiatrične delovne skupine sestavljajo psihiater, psiholog, socialni delavec, medicinske sestre in delovni terapevt. Delujejo na področjih s 50.000 do 100.000 prebivalcev. Večinoma nudijo pomoč in podporo osebam s kroničnimi duševnimi motnjami, s spremljanjem in zdravljenjem na njihovem domu. Poleg tega pomagajo pacientom, ki imajo hude duševne motnje in potrebujejo takojšnjo psihiatrično oskrbo. V takih primerih obvladajo krizne situacije in nudijo podporo osnovnemu zdravstvenemu varstvu pri njihovem delu z ogroženimi pacienti. V Sloveniji je bila 2013 uvedena SPO pilotsko v štirih regijah (Koroška, Sevnica, Murska Sobota in Novo mesto). Aprila 2015 je bilo vključenih 471 ljudi.

Ocena težav pri tej skupini je pokazala, da imajo največ težav v vsakdanjem resničnem življenju zaradi osamljenosti, zapuščenosti, brezzdelja, pomanjkanja samospoštovanja in skrbi zase, revščine in pogosto samomorilne naravnosti (Švab 2015, 32–33).

- ***Timi ACT***

Gre za skupnostno obravnavo, ki jo izvajajo v psihiatričnih bolnišnicah. Bolnišnični psihiatrični timi, ki delujejo po modelu ACT (Assertive Community Treatment), spremljajo paciente s hudimi in komorbidnimi psihiatričnimi motnjami po odpustu iz bolnice in zagotavljajo pravočasno zdravljenje ter pomagajo pri reševanju življenjskih

težav. Spremljanje naj bi potekalo v omejenem obdobju po odpustu, dostopnost tima naj bi bila v tem času nepretrgoma. Po navedbah avtorice so vsi timi dosegli pomembno zmanjšanje števila hospitalizacij pri obravnavanih osebah in s tem pocenili njihovo obravnavo (Švab 2015, 33–34).

- ***Koordinacija obravnave v skupnosti***

Izvajajo jo koordinatorji obravnave v skupnosti, ki so zaposleni na centrih za socialno delo. Namenjena je pacientom po odpustu iz psihiatričnih bolnišnic. Koordinatorji obravnave v skupnosti urejajo socialne probleme obravnavanih oseb in poskušajo koordinirati delo s psihiatri (Švab 2015, 34).

Profil koordinatorja obravnave v skupnosti je nastopil z *Zakonom o duševnem zdravju* leta 2008 (11107–11108); njegova naloga je, da z uporabnikom, ki predhodno privoli v spremljanje oz. obravnavo v skupnosti, pripravi predlog individualnega načrta. Tega predstavi na multidisciplinarnem delovnem timu. Koordinator sodeluje, koordinira in nadzira izvajanje načrta ter nudi podporo izvajalcem v skupnosti. Po šestih mesecih z uporabnikom ocenita izvajanje načrta in pripravi dopolnitve.

- ***Model načrtovane obravnave***

Gre za podobno obravnavo kot pri koordinaciji obravnave v skupnosti, ki ga ponujajo nevladne organizacije (Švab 2015, 34).

*Zakon o duševnem zdravju* poleg obravnave v skupnosti predvideva še *nadzorovano obravnavo* (2008, 11106–11107). V nadzorovano obravnavo se lahko vključijo osebe s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo. Izvaja se na podlagi sklepa sodišča in pod nadzorom psihiatrične bolnišnice v domačem okolju osebe. Koordinator nadzorovane obravnave z uporabnikom, zastopnikom in delovno skupino pripravi predlog načrta nadzorovane obravnave, koordinira njegovo izvajanje in uporabniku nudi celostno podporo pri nadzorovani obravnavi.

Švabova (2015, 35–36) še navaja, da vsi izvajalci zagotavljajo, da so njihove službe usmerjene v okrevanje, da zagotavljajo najboljšo možno obravnavo pri kateri se ravna glede na želje in potrebe uporabnika. Pojavile so se nekatere težave za odpravo katerih predlaga jasnejšo delitev pristojnosti in nalog med izvajalci in pripravo protokolov. Zagovarja, da je

potrebno vso pozornost nameniti uporabniku, ga postaviti v središče obravnave in mu omogočiti, da sam izbere službe, ki jih potrebuje in želi.

#### **5.4.1 PRIZADEVANJA NEVLADNIH ORGANIZACIJ**

Pri skupnostni skrbi na področju duševnega zdravja v Sloveniji igrajo nevladne organizacije pomembno vlogo. Te so razvile paletu strokovnih storitev in programov, ki ljudem s težavami v duševnem zdravju in njihovim svojcem nudijo večjo izbiro, možnost soodločanja in soudeležbo pri skrbi za izboljšanje kakovosti življenja. Med nosilnimi programi je večina ustanovila in razvijala dnevne centre, stanovanjske skupine in informacijsko svetovalne pisarne.

Programi *dnevnih centrov* so namenjeni osebam s težavami v duševnem zdravju, ki živijo doma in jim vključitev nudi druženje in aktivnosti izven doma. Posledično se zmanjšuje oziroma odpravlja njihova socialna in materialna izključenost ter izboljšuje kvaliteta življenja. Nadalje njihovim svojcem, prijateljem in vsej zainteresirani javnosti. Vsebine, ki se v izvajajo v dnevni centrih so usklajene z interesi, željami in potrebami uporabnikov. Uporabniki imajo navadno na voljo pestro izbiro prostočasnih, športnih in kulturnih aktivnosti, ki so namenjene aktivnemu preživljanju prostega časa, učenju socialnih spretnosti in veščin, pridobivanju in krepitvi funkcionalnih znanj, podpori pri širjenju socialne mreže ter učenju medsebojne pomoči in samopomoči. Dejavnosti so zasnovane na metodah dela s posameznikom, s skupino in s skupnostjo. Ponujajo strokovno svetovanje, razrešujejo osebne stiske vključenih ter jim pomagajo pri vključevanju v aktivno življenje (Šent 2016).

*Stanovanjske skupine* so manjše bivalne enote, ki so namenjene osebam z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki potrebujejo občasno ali stalno podporo pri bivanju in organiziranju svojega življenja v skupnosti, nimajo primerne bivalnega okolja in socialne mreže, ki bi jim nudila zadostno podporo in pomoč ali zaradi drugih okoliščin ne morejo več živeti doma. V stanovanjski skupini uporabnik in strokovni delavec pripravita individualni načrt. V procesu rehabilitacije in resocializacije strokovni tim skupaj z uporabnikom in v sodelovanju z ostalimi službami v skupnosti stremi k doseganju zastavljenih ciljev. Programi stanovanjskih skupin uporabnikom omogočajo boljšo kvaliteto življenja, širjenje socialne mreže, normalizacijo in integracijo (Vezi 2016).

*Informacijsko svetovalne pisarne* nudijo psihosocialno pomoč in podporo ljudem z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, posameznikom v duševni stiski ter njihovim svojcem. Pristop je individualen, usmerjen v krepitev moči in v okrevanje posameznika. Pri iskanju ustrezne podpore sodelujejo z izvajalci v širši skupnosti, s službami, ki obstajajo v okoljih kjer uporabniki živijo in z njihovimi svojci ter pomembnimi drugimi. Uporabnikom, njihovim svojcem in drugim nudijo informacije, osebno svetovanje, urejanje in vodenje, pripravo osebnega načrta in koordinacijo njegove realizacije, skupine za samopomoč in prostočasne aktivnosti (Altra 2016).

Dve društvi sta ustanovili *socialna podjetja* z namenom ponuditi delovno rehabilitacijo in zaposlitev ljudem z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju kar jim omogoča vključevanje v delovno in socialno okolje, ohranjanje in razvijanje novih spretnosti in veščin in večjo socialno in ekonomsko neodvisnost. *Zakon o socialnem podjetništvu* (Ur. l. RS 20/11, 2667) določa, da je namen in cilj socialnega podjetništva krepiti družbeno solidarnost in kohezijo, spodbujati sodelovanje ljudi in prostovoljsko delo, krepiti inovativno sposobnost družbe za reševanje socialnih, gospodarskih, okoljskih in drugih problemov, zagotavljati dodatno ponudbo proizvodov in storitev, ki so v javnem interesu, razvijati nove možnosti zaposlovanja, zagotavljati dodatna delovna mesta ter socialno integracijo in poklicno reintegracijo najbolj ranljivih skupin ljudi na trgu dela.

Socialna podjetja nevladnih organizacij delujejo predvsem na področjih urejanja in vzdrževanja zelenih površin, čiščenja poslovnih in drugih prostorov, selitve, enostavnih proizvodnih del, knjigovezništva, turizma in ekološke pridelave hrane.

Nadalje nekatere nevladne organizacije vodijo programe *zagovorništva*. Ti so namenjeni osebam s težavami v duševnem zdravju, ki za varovanje svojih interesov, osebnega dostojanstva, integritete in pravic ne zmorejo in/ali ne znajo poskrbeti same in zato potrebujejo zagovornika. Programi so namenjeni ozaveščanju in krepitvi uporabnikov pri zagovorništvu in samozagovorništvu, krepitvi moči njihovih svojcev, nadalje razreševanju konkretnih situacij na terenu, osveščanju in izobraževanju strokovnih delavcev, prostovoljcev in širše javnosti.

#### 5.4.2 PREMIKI V INSTITUCIJAH

Večina institucij je v Sloveniji naredila nekatere korake k deinstitucionalizaciji.

Flaker, 2015 poroča, da je velika večina posebnih socialno varstvenih zavodov odprla stanovanjske skupine in preselila del stanovalcev zavodov v stanovanjske skupine v skupnosti kar je razvidno iz podatkov spodnje tabele:

Tabela 5.1: Število bivalnih enot in stanovalcev

<b>zavod</b>	<b>število enot</b>	<b>stanovalci</b>	<b>povprečje</b>	<b>razpon</b>	<b>namestitev v drugi družini</b>
Hrastovec	11	185	16,82	7 - 42	7
Ponikve	5	55	11	11	
Dutovlje	6	35	5,833	4 - 10	
Petrovo Brdo	0	0	0	0	
Lukavci	4	53	13,25	8 - 24	
CUDV Črna	1	9	9	9	
Dobrna	0	0	0	0	
Dornava	6	52	8,666		
Golovec	4	64	16	4 - 31	
Draga	4	73	18,25	10 - 23	
Impoljca	4	36	9	7 - 14	
Grmovje	6	75	12,5	6 - 25	
Idrija	0	0	0	0	
Radovljica	7	77	11		
VDC Tončke Hočevar	4	32	8	4 - 15	2
skupaj	66	746	11,3	4-42	9

Vir: Flaker (2015).

Na področju institucionalnega varstva ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju so posebni socialno varstveni zavodi odpirali prehodne oblike namestitve, bivalne enote. Iz podatkov je razvidno, da je največ bivalnih enot vzpostavil in vanje preselil največ stanovalcev zavod Hrastovec, ki je tudi sicer po številu stanovalcev, največji socialno varstveni zavod v državi. Med posebnimi socialnimi zavodi mu sledijo Grmovje, Lukavci,

Imopljca in Dutovlje, ki je po številu stanovalcev najmanjši med posebnimi zavodi. Zavod Hrastovec je nekaj stanovalcem zagotovil namestitve še v drugi družini.

Flaker (2015) poroča, da je največ bivalnih enot lociranih precej blizu matičnih zavodov, nekatere so oddaljene do nekaj kilometrov. Zelo malo bivalnih enot je od zavodov oddaljenih več deset kilometrov. Bivalnih enot še nimajo Dobrna, Idrija in Petrovo Brdo. Zavodi nameravajo tudi v bodoče odpirati nove bivalne enote.

*Odpiranje vrat bolnišnic in vračanje uporabnikov v skupnost je nedvomno pomemben korak. Zavedati pa se moramo, da je to šele prvi korak. Problema marginalizacije s tem še ne bomo odpravili. Prvi korak k emancipaciji uporabnikov je drugačen odnos strokovnjakov do njih. Danes so stranke že skoraj povsod vljudno in spoštljivo postrežene, tudi v najbolj zanikrni trgovini. Strokovnjaki pa še vedno mislijo, da spoštovanje v odnosu do uporabnikov ni potrebno. Ne čutijo se dolžne odgovoriti niti na vprašanja o učinkih zdravil, še manj pa prisluhniti uporabniku kot sebi enakemu (Lamovec 1998, 83).*

Preseljevanje uporabnikov v bivalne enote je le začetek v procesu deinstitutionalizacije. Vzporedno je potrebno v skupnosti razvijati storitve, preko katerih bo osebam s težavami v duševnem zdravju zagotovljena pomoč in podpora, ki jo za udejanjanje čim samostojnejšega življenja v skupnosti potrebujejo. Prav pomanjkanje podpornih storitev v skupnosti je prepogosto razlog, da se osebe, ki bi sicer imele možnosti za bivanje v domačem okolju sprejemajo v zavode in v njih ostajajo. Sočasno morajo tudi v socialnih zavodih nujno potekati procesi opolnomočenja uporabnikov kar posledično nujno vodi k prehajanju iz medicinskega k socialnemu modelu obravnave, ko uporabnik postaja ključen in enakovreden partner v načrtovanju pomoči in podpore zase. V procesu deinstitutionalizacije uporabnik mora preiti v središče pozornosti, še več, priti mora do prenosa moči strokovnjaka na uporabnika. Z uvajanjem individualnega financiranja bi lahko celo rekli, da uporabnik postaja, kot plačnik storitev, ki jih potrebuje, »delodajalec« strokovnjakom. Za uspešno sodelovanje med uporabnikom in strokovnjakom pa je ključno, da razvijeta dober medsebojni odnos, ki mora temeljiti na medsebojnem spoštovanju in zaupanju. Ko bodo izpolnjeni vsi koraki bo proces deinstitutionalizacije realiziran v svojem najširšem pomenu in človekove pravice in temeljne svoboščine resnično zagotovljene vsem državljanom.

V nadaljevanju se bomo seznanili kako proces deinstitucionalizacije udejanjajo v Socialno varstvenem zavodu Dutovlje, katere novosti so bile uvedene in kako te ocenjujejo zaposleni.

## **6 ŠTUDIJA PRIMERA: SOCIALNO VARSTVENI ZAVOD DUTOVLJE**

### **6.1 CILJI IN METODOLOGIJA**

Procese deinstitucionalizacije bomo analizirali na primeru SVZ Dutovlje, kjer jih aktivno, korak za korakom, udejanjajo preko dve desetletji.

V analizi primera si bomo zastavili naslednje raziskovalno vprašanje:

- Kako proces deinstitucionalizacije udejanjajo v SVZ Dutovlje, katere novosti so bile vpeljane in kako slednje ocenjujejo zaposleni?

Kvalitativna raziskava bo temeljila na naslednji metodologiji:

- Analiza sekundarnih virov: Letna poročila o delu, Akcijski načrti, interni zborniki,
- fokusna skupina z osmimi zaposlenimi v zavodu in stanovanjskih skupinah zavoda,

intervjuja z direktorico in strokovno vodjo na podlagi pridobljenih informacij fokusne skupine.

### **6.2 PREDSTAVITEV ZAVODA**

Socialno varstveni zavod Dutovlje (v nadaljevanju Zavod) je ustanovila Vlada Republike Slovenije s sklepom o ustanovitvi dne 7.5.1993. Sklep je bil spremenjen in dopolnjen 14.1.2003. Pred tem je od leta 1985 deloval kot enota Doma upokojencev Sežana.

V skladu s Pravilnikom o standardih in normativih socialno varstvenih storitev (Ur. l. RS 45/2010) Socialno varstveni zavod Dutovlje izvaja institucionalno varstvo za:

- odrasle osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju,
- odrasle osebe z zmerno, težjo in težko motnjo v duševnem razvoju,



- odrasle osebe z več motnjami (odrasli z motnjo v duševnem razvoju, osebnostnimi motnjami, gibalnimi in senzornimi oviranostmi ter s poškodbami glave),
- osebe s težjo ali težko obliko gibalne ali senzorne oviranosti, ki niso sposobne samostojnega življenja.

SVZ Dutovlje omogoča bivanje 171-im osebam. V matični stavbi v Dutovljah, 136 oseb živi v šestih domovih, v katerih je delo organizirano v obliki timov. Vodje timov so po izobrazbi diplomirane medicinske sestre. Vodja tima doma vodi in organizira življenje stanovalcev ter koordinira timsko delo. Domski tim sestavljajo še medicinske sestre, varuhi, bolničarke - negovalke, strežnice. Redno se vključujejo strokovne delavke in sodelavke, animatorji ter delovni inštruktorji.

V matični enoti v Dutovljah delujejo tri strokovne službe:

- zdravstveno negovalna služba,
- psihosocialna služba,
- delovna terapija.

V okviru SVZ Dutovlje delujeta še dve dislocirani enoti:

- dislocirana enota Sežana, v kateri v štirih bivalnih enotah živi 24 oseb in
- dislocirana enota Postojna, v kateri v dveh bivalnih enotah živi 11 oseb (SVZ Dutovlje 2015a, 1–2).

### **6.2.1 DEJAVNOST ZAVODA**

Socialno varstveni zavod Dutovlje v skladu z Uredbo o uvedbi in uporabi standardne klasifikacije dejavnosti (Ur. l. RS 69/2007) in veljavnim Statutom z dne 19. 6. 2004 opravlja naslednje dejavnosti:

*1. kot osnovno dejavnost:*

- splošna zunaj bolnišnična zdravstvena dejavnost,
- specialistična zunaj bolnišnična zdravstvena dejavnost,
- druge zdravstvene dejavnosti,
- dejavnost nastanitvenih ustanov za bolnišnično nego,
- dejavnost nastanitvenih ustanov za oskrbo duševno prizadetih, duševno obolelih in zasvojenih oseb,
- dejavnost nastanitvenih ustanov za oskrbo starejših in invalidnih oseb,

- drugo socialno varstvo brez nastanitve za starejše in invalidne osebe,
- drugo drugje nerazvrščeno socialno varstvo brez nastanitve

2. *kot dodatno – gospodarsko dejavnost:*

- trgovina na drobno v ne specializiranih prodajalnah, pretežno z živili,
- dejavnost gostiln in restavracij,
- točenje pijač,
- dejavnost menz,
- priprava in dostava hrane,
- dejavnost pralnic in kemičnih čistilnic,
- frizerska, kozmetična in pedikerska dejavnost.

### **6.3 POGLED V ZGODOVINO**

Matična stavba se nahaja na obrobju kraške vasi Dutovlje in ima pestro zgodovino zato ji velja nameniti nekaj uvodnih besed. Stavba je bila zgrajena leta 1906 kot veliko, sodobno urejeno počitniško letovišče za goste, ki so prihajali predvsem iz Trsta na sveži kraški zrak, medtem ko so na prehodu iz 19. v 20. stoletje gradili železniško progo do Trsta.

Ves čas so se v njej prepletale socialne, zdravstvene in izobraževalne dejavnosti. Leta 1927 je bila preurejena v sodoben sanatorij za pljučne bolnike z 21 sobami, centralnim ogrevanjem, čudovitimi verandami in teraso na vrhu stavbe. Gotovo je to pomenilo pridobitev za vas, saj so tu dobile zaposlitev tudi domačinke, ki so opravljale delo strežnic, kuharic, sobaric in peric, vaščani so dobavljali tudi surovine. Po drugi svetovni vojni je Rdeči križ Slovenije prevzel oskrbo za begunce iz Grčije in v stavbi naselil 131 otrok, ki so bili v večini brez staršev. Poleg teh je v njej bivalo tudi nekaj slovenskih otrok, ki so ta čas ostali brez staršev. Leta 1957 so stavbo preuredili in do 1980 leta je nudila prostor Osnovni šoli Dutovlje.

Po ponovni prenovi in dograditvi je Dom upokojencev Sežana leta 1985 na tem mestu odprl svojo novo enoto, namenjeno 120-im osebam s posebnimi potrebami. Prenovitev in preureditev stavbe je sofinanciralo več občin: Koper, Izola, Piran, Sežana, Ilirska Bistrica, Ljubljana, ki so si s tem tudi zagotovile mesta za svoje občane. Preselili so se stanovalci iz nekaterih drugih zavodov, npr. iz Hrastovca, iz sosednje Hrvaške, iz Motovuna, ki so sicer izhajali s Primorske in so tako prišli bliže svojemu domu. Nekateri so prihajali od doma ker tam zaradi različnih razlogov niso mogli živeti (Sorta 2015, 14).

V Zborniku, ki je bil izdan ob 30. letnici Zavoda lahko razberemo kako so bile ves čas prisotne vse štiri lastnosti, ki po Flakerju značilno opisujejo totalno institucijo; pravila, nadvlada osebja, stigma in izločenost. Delavka poroča kako je imela kar nekaj težav s prilagoditvijo na delo. Med temi je bilo tudi zaklepanje vrat (pisarne, oddelkov ...). V zavodu je delo dobil predvsem zdravstveno negovalni kader. Oskrbovanci so bili nameščeni v štirih oddelkih. Največji, sprejemni oddelek je bil v prvem nadstropju, zaklenjen. Opisi delavcev izkazujejo strah in tesnobo:

*S tesnobo v srcu stopava po stopnicah proti prvemu nadstropju, kjer se nahaja največji, sprejemni oddelek. Na vratih slonijo posamezniki, ki gledajo na stopnišče. Nekateri pritiskajo na kljuke in si želijo ven, drugi so upanje izgubili. Nekateri so rosno mladi, drugi si pri hoji pomagajo s hoduljami nekateri so bolni, drugi imajo težave v duševnem razvoju. Tu so nameščeni iz različnih vzrokov. Nekateri le zato, ker so na novo sprejeti in delavce je 'strah' njihove bolezni; nekdo je tu, ker se je z izhoda vrnil vinjen, nekdo je uriniral po hodniku in nekdo je bil tu, ker se je nedogovorjeno odpravil na nekoliko daljši enodnevni izlet ... (SVZ Dutovlje 2015b, 9).*

Takšnemu vedenju, neupoštevanju pravil, so sledile posledice. Doživljanja in občutke nazorno opisuje naslednji citat:

*Vživiva se lahko v najbolj pester dan, to je sreda, ko se stanovalci skupaj z delavci odpravijo v večnamenski prostor. Predstavljava si gnečo in tiho vznemirjenje pri vseh ter poglede proti zvezku, v katerem so zapisane vse kršitve. Sestra in psihiatrinja listata po zvezku in stanovalci čakajo na 'sodbo'. Ponovno bo nekdo dobil prepoved izhoda, ponovno bo nekdo preživel mesec v roza pižami ... In še huje; predstavljava si lahko, kako nekdo, ki ne upošteva ukrepov, ure preživlja v prostoru za pomiritev. To je prostor, ki se nahaja v kletnih prostorih in po katerem so položene temne, že poškodovane ploščice, v kotu je »kahla« in na stropu se vrti luč, ki po prostoru odseva svetle lise, ki te še dodatno vznemirijo ... In v napol kletnih prostorih se nahaja še en zaprti dom – varovani. Tudi tu stojijo stanovalci pri vratih, le da so ti nekoliko drugačni. Ne vedo, kje se nahajajo in kdo natančno so, hrepenijo pa po svobodi, v njih je želja po vrnitvi domov (SVZ Dutovlje 2015b, 9–10).*

Da so se zaposleni po svojih močeh le angažirali pri vzpostavljanju kolikor so zmogli pristnega odnosa z oskrbovanci in poskušali v vsakdan vnašati domačnost priča zapis ene zaposlenih: »Vse pa le ni bilo tako grozno. Stanovalcev je bilo manj kot danes in z delavci so

bili bolj povezani. V zavodu še ni bilo vseh registratorjev, napolnjenih s pravilniki, in stanovalci so lahko svobodno sodelovali na vratarnici, na njivi, v kuhinji, pralnici, na oddelkih. Bilo je več denarja in zavod je lahko omogočil različne oblike druženja, izlete, piknike ...« (SVZ Dutovlje 2015b, 10).

Domska psihiatrinja, dr. Nataša Sedmak, je v glasilu Zavoda leta 1995 med drugim zapisala: »In prav to je tisto, kar mi je najbolj všeč pri osebju, ki dela v Dutovljah, to, da so iz drugačnosti naredili enakost.«

V istem glasilu je prim. dr. Jože Felc (1995, 29) zapisal: »Poudariti moram, da premestitev iz zdravstvene ustanove v socialno varstveni zavod za nikogar ni pomenila usodne zarez v njegovem življenju. Zasluga za to gre prizadevnim delavcem v Dutovljah. Ti so s svojo inovativnostjo, toplino in strokovnim znanjem omogočili oskrbovancem, da so našli v ustanovi drugi dom«.

Zaposleni so od vsega začetka do oskrbovancev gojili neko stopnjo razumevanja in empatije. Izhajajoč iz razpoložljivega znanja, takratne družbene klime in smernic socialno skrbstvene politike so zaposleni poskušali stopati oskrbovancem na proti in jim pomagati. Veljala pa so stroga pravila in red, ki so zaobjela vse oskrbovance, ne glede na njihove individualne potrebe in zmožnosti. V primeru kršenja so sledile sankcije, ki so jih določali zaposleni in s tudi s tem ohranjali svojo moč. Vrata zavoda so ostajala zaprta, strah pred drugačnostjo je bil stalno prisoten, oskrbovanci so bi izločeni in stigmatizirani. Stanovalcem je bilo odvzeto najpomembnejše – svoboda, zasebnost, dostojanstvo.

### **6.3.1 PRVI PREMIIKI**

Do opaznejših sprememb je začelo prihajati od leta 2001 dalje, z zaposlitvijo prve strokovne vodje, ki je v zavod prinesla novo strokovno paradigmo. V nekaj naslednjih letih se je kadrovska struktura zaposlenih na strokovnih področjih dopolnjevala. Pod vodstvom strokovne vodje je postopoma začelo prihajati do poskusov uvajanja novejših metod dela, usmerjenih v individualizacijo, normalizacijo in deinstitucionalizacijo, kar poudarja t.i. socialni model obravnave. Postavljali so se začetki interdisciplinarnega timskega dela, uvajalo se je projektno delo. Spremenila se je terminologija iz »oskrbovanec« v »stanovalec« kar zmanjša občutek odvisnosti in nemoči osebe. Vsem so uredili osebne izkaznice, večina do

takrat ni imela nobenega identifikacijskega dokumenta, lahko bi rekli, »da niso obstajali«. Vsi stanovalci so, s podporo strokovnih delavcev in /ali skrbnikov, odprli osebne bančne račune in pridobili pregled nad osebnim finančnim stanjem ter glede na lastne zmožnosti postopoma pridobivali vpliv in prevzemali odgovornosti za ravnanje z njim. Formiral se je svet stanovalcev. Postopoma so poskušali uvajati novosti v individualnem načrtovanju. Tedenske skupne sestanke namenjene sankcioniranju »neprimerne« vedenja so zamenjali individualni in timski pogovori s posameznikom s sprejemanjem dogovorov za nadaljnja ravnanja. Odprla so se vrata zavoda in stanovalci so lahko svobodno zapuščali in se vračali v zavod, brez časovnih omejitev (SVZ Dutovlje 2003, 2004).

Na podlagi Nacionalnega programa socialnega varstva do leta 2005 (Ur. l. RS 31/2000) in Načrta za izvajanje usmeritev in nalog iz nacionalnega programa socialnega varstva do leta 2005 (Ur. l. RS 45/2002), je bil v letu 2003 v Zavodu, oblikovan Akcijski načrt SVZ Dutovlje do leta 2005. Ta naj bi predstavljal osnovo za nadaljnjo usmeritev pri izvajanju dejavnosti zavoda in uvajanju novosti. Akcijski načrt je sledil globalnim ciljem na nivoju države, in sicer:

- izboljšanje kakovosti življenja,
- zagotavljanje aktivnih oblik socialnega varstva,
- razvoj strokovnih socialnih mrež pomoči,
- vzpostavitev in razvoj pluralnosti dejavnosti,
- oblikovanje novih pristopov za obvladovanje socialnih stisk.

Pri oblikovanju ciljev in strategij za njihovo doseganje je Zavod moral upoštevati naslednja načela:

- načelo socialne pravičnosti,
- načelo solidarnosti,
- načelo enake dostopnosti, proste izbire in pluralnosti,
- načelo socialnega vključevanja,
- načelo izenačevanja možnosti,
- načelo spoštovanja pravic uporabnikov.

Za doseganje zastavljenih ciljev so v Akcijskem načrtu zavoda do leta 2005 oblikovali naslednje strategije:

- stanovalce spodbujati k čim večji in raznoliki lastni aktivnosti v skladu z njihovimi osebnimi potrebami, iskati možnosti in priložnosti za udeleževanje le teh znotraj zavoda in v širši skupnosti;
- spoštovati osebno dostojanstvo in zasebnost stanovalcev in v ta namen pospešeno iskati možnosti za izboljšanje bivalnih pogojev (znotraj zavoda) ter novih oblik nastanitve v dislociranih bivalnih enotah;
- usposablјati stanovalce za čim bolj neodvisno in samostojno življenje v aktivnostih, ki se že izvajajo in uvajati nove;
- ustvarjati pogoje in priložnosti, da bodo stanovalci v čim večji meri prevzemali vpliv nad lastnim življenjem in uresničevali svoje pravice in svoboščine ter prevzeli odgovornosti za osebne odločitve, v sedanjem trenutku in v prihodnosti;
- s celovitim pristopom k individualnemu načrtovanju nadgraditi obstoječi program individualne obravnave;
- poglobljati odnose in stopnjevati druženje, ki bo potekalo preko novih, pogostejših oblik sodelovanja s svojci, prostovoljci in novimi partnerji, sodelavci iz vrst civilne družbe (SVZ Dutovlje 2003).

Ob poskusih uvajanja novosti in sledenja smernicam Nacionalnega programa socialnega varstva do leta 2005 in Akcijskega načrta SVZ Dutovlje do leta 2005, je med zaposlenimi prišlo do globljih konceptualnih razhajanj in neskladij, ki so povzročila zastoj pri opuščanju do tedaj dominantnega medicinskega modela in prehajanju k socialnemu.

#### **6.4 EVALVACIJA PROCESA DEINSTITUCIONALIZACIJE**

Leto 2004 je terjalo kadrovske spremembe v samem vodstvu Zavoda, tako na poslovnem kot strokovnem področju. Iz *Letnih poročil* izhaja, da je novo vodstvo vztrajalo pri uvajanju novih strokovnih metod dela, ni pa moč spregledati razhajanj, ki so med zdravstveno in ostalimi strokami ves čas prisotna.

Uvajanje novih oblik bivanja v skupnosti je gotovo najpomembnejši korak, ki ga je SVZ Dutovlje izvedel v procesu deinstitutionalizacije. Vendar mora pred tem priti do nekaterih bistvenih sprememb, ki so nujne, da se zgodijo večji premiki. Med temi je v prvi vrsti sprememba v miselnosti zaposlenih na osnovi spoznanj o negativnih vplivih institucije na

posameznika in zavedanje o nujnosti spoštovanja pravic in svoboščin slehernega človeka, ne glede na težave s katerimi se sooča.

Iz dokumentacije SVZ Dutovlje je razbrati, da je bilo v smeri udejanjanja procesa deinstitucionalizacije realiziranih več ključnih dejanj, ki so bistveno vplivala na izboljšanje kvalitete bivanja in življenja stanovalcev, spoštovanje pravic in svoboščin posameznika, povečevanje participacije in vpliva ter vključenosti posameznika.

Nadgrajene in na novo uvedene so bile metode dela, ki se rezultirajo v izboljšanju kvalitete življenja in bivanja stanovalcev v smislu opolnomočenja, individualizacije, soodločanja, spoštovanja pravic in svoboščin in socialne vključenosti. Hkrati, predvsem v matičnem zavodu, ni opaziti zblíževanja oz. konstruktivnega sodelovanja med zdravstveno in drugimi strokami.

Zaposleni ocenjujejo, da so bili v SVZ Dutovlje izvedeni številni premiki, ki so bistveno vplivali na izboljšanje kvalitete življenja stanovalcev. Vse navedene spremembe so bile potrebne in dobro izvedene, saj je bila za vsako izmed njih potrebna najprej sprememba miselnosti ter pogum, da se je zgodila.

Osem zaposlenih, ki so bili angažirani v fokusni skupini je navajalo predvsem naslednje:

- Sprememba strokovnega vodstva po letu 2000 in okrepitev stroke. Zaposlena, udeleženka fokusne skupine 3 je povedala: »Novo strokovno vodstvo je bilo odprto do novejših strokovnih pristopov v obravnavi stanovalcev. Podprlo je strokovne delavce in ti so pridobili na samozavesti in vplivu.«
- Posledično izguba moči psihiatrinje, ki je stanovalcem javno delila kazni, kar pomeni tudi zmanjševanje moči medicinskega modela. Zaposlena je povedala: »Prenehale so javne obravnave in podeljevanje kazni za neprimerno vedenje« (udeleženka fokusne skupine 4).
- Sprememba v terminologiji iz »oskrbovanec« v »stanovalec«, iz »oddelek« v »dom«, kar zmanjšuje stopnjo stigmatizacije nastanjenih oseb.
- Odprla so se vrata. Zaposlena, udeleženka fokusne skupine 6, je navedla: »Izhod ni bil več vezan na to ali je stanovalec delal v delovni terapiji, ali je telovadil...« Naslednja,

udeleženka fokusne skupine 3, je povedala: »Končno so lahko stavbo zapustili kadarkoli so želeli in niso bili več časovno omejeni.«

- Individualno načrtovanje. Članica fokusne skupine 8 je komentirala: »Končno se je vprašalo stanovalca kaj on/ona želi in pričakuje. Začelo se je delati z njim, za doseg njegovih ciljev.«
- Ukinitev prisilnih sredstev in sobe za umirjanje, ki niti ni bila primerna. Poostren nadzor nad uvajanjem varovalne posteljne ograjice, ki je lahko nameščena izključno s predhodno odobritvijo Komisije za varovalne ukrepe. Ena od zaposlenih je povedala: »Kakšna soba za umirjanje vendar!? Zaposleni smo ji rekli »bunker«, brez okna, temne stene, razpokana tla ... in na stropu luč, ki je sodila v disko ne v sobo za umirjanje in je stanovalce še dodatno vznemirjala.« (udeleženka fokusne skupine 3)
- Odpiranje dislociranih bivalnih enot. Zaposlena, udeleženka fokusne skupine 2, navaja: »Odpiranje dislociranih bivalnih enot je končno dalo stanovalcem možnost, da res zaživijo v skupnosti in da lahko aktivno prispevajo k svojemu življenju. To je največji korak na poti deinstitucionalizacije Zavoda.«
- Aktivno vključevanje v lokalno skupnost preko sodelovanja na predstavitvenih stojnicah na lokalnih praznovanjih, vključevanje stanovalcev v aktivnosti v lokalnem okolju (izleti z društvom invalidov, izleti s skupino za samopomoč, opravljanje dela na podlagi pogodb in dogovorov z lokalnimi podjetniki, redni stiki s svojci in dopusti doma, organiziranje dogodkov v skupnosti). Članica fokusne skupine 5 je povedala:  
*Vključevanje stanovalcev v aktivnosti v zunanjem okolju je dalo zaposlenim možnost, da stanovalca vidimo v popolnoma novi luči, največkrat se izkaže, da so veliko bolj odprti, iznajdljivi in samostojni kot si predstavljamo sami. Vseh nas presenetijo. Če že nas, kateri smo vsak dan v odnosu z njimi, kako šele lahko pozitivno presenetijo v skupnosti in hkrati pridobijo izkušnjo zase.*
- Uvajanje timskega dela. Zaposlena v dislocirani bivalni enoti je gotova: »Timsko delo je nujni predpogoja za kompleksno obravnavo in podporo posamezniku, da lahko dosega zastavljene cilje. Tim dislocirane bivalne enote deluje trdno in povezano, stroke se med



seboj dopolnjujejo z istim skupnim ciljem, doseganje čim večje samostojnosti in zastavljenih ciljev stanovalca« (udeleženka fokusne skupine 2).

#### **6.4.1 INDIVIDUALNO NAČRTOVANJE IN MULTIDISCIPLINARNO TIMSKO DELO**

Iz letnega poročila za leto 2004 je razvidno, da je bil v tem letu prenovljen »Individualni načrt podpore«, ki je upošteval novejšje strokovne smernice in se je v naslednjih letih še dopolnjeval. Oblikovan je bil skupaj s stanovalcem in ne za stanovalca. Stanovalec je postajal enakovrednejši partner v procesu, v ospredje so prihajale potrebe in želje posameznika, ki so se udejanjale preko zastavljenih ciljev (SVZ Dutovlje 2004, 110).

Spremembo v »Programu rehabilitacije in resocializacije« v »Individualni načrt« pri katerem je stanovalec angažiran in sledi lastnim željam in potrebam preko oblikovanja ciljev fokusna skupina uvršča med eno ključnih sprememb v procesu deinstitutionalizacije. Delo »za stanovalca« je dobilo novo obliko dela »s stanovalcem« v sledenju zastavljenih ciljev posameznika. Stanovalcu omogoča vpliv na lastno življenje in ga sili, da prevzema odgovornosti za lastne odločitve, torej omogoča proces opolnomočenja. Ta prinaša povečano pozornost na posameznika in več individualno prilagojenih aktivnosti.

Pomemben korak je bilo uvajanje vloge »ključnega delavca«, ki še intenzivneje spremlja stanovalca pri udejanjanju zastavljenih ciljev individualnega načrta in na katerega se stanovalec obrača pri razreševanju različnih vsakodnevnih zadev. Ključnega delavca si stanovalec izbere sam. To je zaposlen s katerim se stanovalec dobro razume (SVZ Dutovlje 2008, 3). Iz *Letnih poročil* naslednjih let je zaznati, da vloga ključnega delavca kasneje ni zaživela.

Z novim pristopom so se ustvarjali pogoji za postopno prenašanje moči iz institucije na stanovalca. Intenzivnejše sodelovanje med stanovalcem in delavcem prinaša boljše medsebojno poznavanje, zmanjševanje formalizacije odnosov, poglobljanje medsebojnih vezi, krepitev zaupanja in medsebojnega spoštovanja kar po Švabovi (2015, 30) bistveno vpliva na uspeh psihosocialne rehabilitacije. Zagovarja, da je uspeh močno odvisen od osebnega odnosa med pacientom in tistim, ki omogoča podporo.

Stanovalci so postajali soustvarjalci lastnega življenja in sčasoma vse bolj pripravljeni sprejemati vedno več odločitev in prevzemati odgovornosti zanje. Navedeno pri posamezniku

krepi občutek lastne vrednosti in vpliva na oblikovanje pozitivne samopodobe. Lahko rečemo, da se je prvi premik v procesu opolnomočenja, brez katerega ni mogoče govoriti o deinstitucionalizaciji, začel.

Za udejanjanje zastavljenih ciljev in urejanje posameznikove, pogosto kompleksne, življenjske situacije je potrebno usklajevanje in povezovanje med sodelavci različnih poklicev – timsko delo.

Multidisciplinaren tim oblikuje bolj realno sliko, podobo, identiteto stanovalca, s katero se stanovalec lahko zrcali in identificira. Pomemben del, ki vpliva na dinamiko timskega dela je povezan z vlogami, ki jih imajo in razvijejo člani tima. V SVZ Dutovlje se izražajo potrebe po večjem ločevanju vlog in ohranjanju strogih mej v odnosu do drugih članov tima. Čeprav je ločevanje vlog pomembno za funkcioniranje timov, se ta potreba včasih izraža kot potreba po rigidnih in prevedljivih nalogah znotraj delovnega procesa. Zaradi tega so timi še vedno premalo enotni. Integracija raznih vlog v timu se še ni dokončno realizirala. Obstaja nekaj nerešenih težav, predvsem glede odnosov moči med različnimi poklici (SVZ Dutovlje 2011, 44–50).

Da timsko delo še ni zaživelo priča tudi naslednji zapis: »Izboljšanje kakovosti timskega dela v SVZ Dutovlje je dolgoročni proces in cilj, ki potrebuje stalno in postopno uvajanje novosti ter sprememb« (SVZ Dutovlje 2015b, 1).

Poročanja o poteku timskega dela v dislociranih bivalnih enotah kažejo na oblikovane, zrele, delovne time, znotraj katerih posamezni člani tima izhajajo iz lastnih strokovnih znanj, ki se z namenom doseganja skupnih ciljev konstruktivno prepletajo z ostalimi člani.

»Pri vsakodnevnem delu se delo posameznih članov tima med seboj prepleta. Spekter zaposlenih na različnih delovnih mestih ponuja nabor različnih strokovnih znanj, ki so nujno potrebna za življenje in delo v bivalnih enotah. Vsak član tima prispeva svoj del, ki je potreben, da so zadovoljene različne potrebe stanovalcev. Hkrati pa seveda posamezniki ohranjajo lastne poklicne identitete« (SVZ Dutovlje 2015b, 59).

V dislociranih bivalnih enotah so delovni timi manjši, fluktuacija zaposlenih je minimalna, delovne naloge manj razdrobljene in se močno prepletajo, delovni odnosi so pričakovano intenzivnejši. Na rednih periodičnih timskih sestankih je zagotovljen sproten prenos

informacij, ki jih posameznik potrebuje za svoje delo in sprotno reševanje težav. Stalna sestava tima omogoča članom aktivno participacijo s čemer se občutek pripadnosti timu večja, s tem pa tudi zavzetost za doseganje skupnih ciljev.

#### **6.4.2 PLAČANO DELO**

Delo je za posameznika pomembno iz več vidikov. V prvi vrsti mu omogoča ekonomsko neodvisnost, nič manj pomembno pa ni vključevanje v delovno in socialno okolje, z ohranjanjem in razvijanjem novih veščin in spretnosti, ponovnim pridobivanjem občutka koristnosti, ki močno vpliva na grajenje pozitivne samopodobe.

V SVZ Dutovlje se zavedajo pomena dela za stanovalce. Pri tem posebno pozornost namenjajo zagotavljanju plačanega dela, ki je stanovalcem omogočeno tako v zavodu kot tudi v dislociranih bivalnih enotah.

Glede na zainteresiranost in zmožnost stanovalcev ter možnostmi, ki jih nudi okolje SVZ Dutovlje stanovalcem omogoča naslednje oblike plačanega dela:

- *Pogodbeno delo pri zunanjih partnerjih:* v dogovoru s krajan in lokalno skupnostjo stanovalci na podlagi projektov in pogodb opravljajo različna pomožna dela, pretežno gre za urejanje in čiščenje okolice in stavb, nekateri po nekaj ur dnevno opravljajo dela v proizvodnji, obdobjno pomoč na kmetiji (SVZ Dutovlje 2007, 27).
- *Delovna rehabilitacija in okupacijska terapija:* stanovalci imajo možnost vključevanja v programe zavoda, v katerih so za opravljeno delo nagrajeni v skladu s Pravilnikom o sistemu nagrajevanja stanovalcev v SVZ Dutovlje. Opravljajo različna dela v pralnici, likalnici, recepciji, urejanje okolice, tehnični in zdravstveno negovalni službi. Zavod je do nastopa finančne krize v letu 2008 uspel priskrbeti zadostno količino kooperantskega dela, ki je ustrezala povpraševanju po delu in zmožnostim stanovalcev. V zadnjih letih je kooperantskega dela manj, se pa zavod trudi, da ga zagotavlja kolikor je le možno.

Stanovalci prejema mesечно nagrado tudi za udejstvovanje v različnih ustvarjalnih delavnicah (SVZ Dutovlje 2002–2015).

### 6.4.3 ODPIRANJE VRAT

Leto 2003 je s peticijo stanovalcev in delavcev prineslo odprtje vhodnih vrat. Izhodi stanovalcev niso bili več časovno omejeni na eno do dve uri dopoldan in eno uro popoldan. Stanovalci so svobodno zapuščali Zavod in se vanj vračali. Pravica do izhoda je sčasoma postajala samoumevna pravica svobodnega posameznika. Udeleženci fokusne skupine so ta dogodek označili kot enega pomembnejših prelomnic v procesu deinstitucionalizacije.

### 6.4.4 UKINITEV NEPRIMERNE SOBE ZA UMIRJANJE

Velik premik pri obravnavi stanovalcev je pomenila ukinitve prisilnega sredstva, neprimerne »sobe za umirjanje«, ki so jo imenovali »bunker«. Šlo je za majhno sobo, brez oken v kateri se je izoliralo stanovalca v času krize.

Direktorica SVZ Dutovlje, poudarja:

*To je bila zloraba, uporaba hudega prisilnega sredstva, omejitve gibanja posameznika na par kvadratnih metrov brez sodnega postopka. S ponosom lahko povem, da smo bili prvi izmed posebnih zavodov, ki smo t.i. »bunker« ukinili in se odločili za drugačen pristop pri reševanju krize posameznika. Nov pristop je bil bolj prijazen, human, strokoven, naravnani na posameznika. Takrat smo začeli tudi bolj aktivno sodelovati z zunanjimi institucijami iz zdravstvenega in socialnega področja. Posledično so stanovalci začeli sprejemati in se seznanjati s svojimi pravicami na eni strani in dolžnostmi na drugi strani.*

Kasneje so postrili nadzor nad izvajanjem varovalnih ukrepov in imenovali Komisijo za varovalne ukrepe, ki ima pregled in lahko odobri nameščanje posteljnih ograjic, drugih varovalnih ukrepov se ne izvaja.

### 6.4.5 ODPIRANJE DISLOCIRANIH ENOT

SVZ Dutovlje je sledil ciljem Nacionalnega programa socialnega varstva do leta 2005 in Akcijskega načrta SVZ Dutovlje do leta 2005 ter leta 2003 ustanovil prvo dislocirano enoto v Sežani. Pobuda za odprtje prve dislocirane bivalne enote je bila podana ravno od stanovalcev samih, ki so bili vključeni v akcijsko skupino procesa krepitev moči, »po MOČ«. Ta je v zavodu delovala pod vodstvom dveh, takrat še študentk socialnega dela. Ustanavljanje enote

je vodila takratna strokovna vodja in ožja skupina strokovno ozaveščenih in motiviranih delavk, ki se je zavedala, da je država dala pobudo in ustvarila zakonske temelje za spremembe, ki sledijo povpraševanju uporabnikov v socialnem varstvu, ne pa v smeri ponudbe, ki je še vedno praksa institucionalno organiziranega izvajanja socialnih storitev (SVZ Dutovlje 2004, 104–107).

Nadaljnji razvoj in proces deinstitutionalizacije je podprt v Resoluciji o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010 z usmeritvijo k večji socialni vključenosti posameznikov ter izboljšanju dostopa do storitev in programov v skupnosti in v Resoluciji o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020, ki daje vsem ljudem pravico do dostojnega življenja v skupnosti.

SVZ Dutovlje je do leta 2005 v skupnost preselil še 20 stanovalcev. V dislocirani enoti Sežana tako danes živi 24 oseb.

Sestavljajo jo štiri bivalne enote, ki so razporejene na štirih lokacijah v mestu. Tri bivalne enote se nahajajo v stanovanjskih blokih, ena v hiši:

- v hiši, v treh manjših stanovanjih, živi 10 stanovalcev. Na razpolago je skupni večnamenski prostor za vse stanovalce dislocirane enote in zunanji vrt,
- v prvem stanovanju živi šest stanovalcev, v ostalih dveh stanovanjih še po štirje stanovalci (SVZ Dutovlje 2008, 46).

V letu 2013 je bila ustanovljena druga dislocirana enota, v Postojni. Stanovalci živijo v dveh bivalnih enotah, obe sta v stanovanjskih blokih:

- v prvem stanovanju živi šest oseb,
- v drugem stanovanju živi pet oseb (SVZ Dutovlje 2014, 83).

Posebnost življenja v dislociranih enotah je, da je organizirano v manjših skupinah na različnih lokacijah. Kot take omogočajo uresničevanje procesa vključevanja posameznika v družbo in večje sodelovanje pri skrbi zase. Življenje in aktivnosti v dislociranih enotah temeljijo predvsem na tem, da se stanovalcem izboljša kakovost življenja, da živijo odnose in okolice, ki so podobne običajnemu načinu življenja, da ohranjajo in pridobivajo nova znanja in veščine ter da, postopoma sprejemajo vse več odgovornosti za svoje izbire in odločitve. Vsak po svojih zmožnostih se čim bolj vključuje v vsakodnevne aktivnosti. Sami si pripravljajo hrano, skrbijo za čistočo in urejenost bivalnega okolja ... Aktivni so v

dejavnostih, ki jim omogočajo nekaj dodatnega zaslužka in v drugih dejavnostih, ki so namenjene učenju in pridobivanju novih spretnosti in veščin. Življenje se v vsaki enoti odvija drugače, vendar s podobnimi prijemi. Pri vseh aktivnostih jim glede na potrebe pomagajo zaposleni (SVZ Dutovlje 2015b, 45).

»Dobra praksa nam dokazuje, da je življenje v manjših skupinah za stanovalce bolj domače, prijetnejše, da še veliko zmorejo in si želijo humanejših življenjskih pogojev. Posameznik si želi biti, kljub 'težavi več', ki mu je stopila na pot v življenju, sprejet v skupnost, se v njej počutiti varen, saj na ta način lahko tudi sam prispeva k vzajemnem delovanju v okolju, v katerem živi« (SVZ Dutovlje 2015b, 45).

Da se z delom v manjših skupinah v skupnosti izboljšajo delovni pogoji tudi zaposlenim pričajo izjave zaposlenih v dislociranih enotah, zabeležene ob 30. letnici delovanja zavoda:

»V dislocirani enoti imajo stanovalci veliko več izbire. Odločajo se, kdaj se bodo tuširali, prilagodimo lahko jedilnik, spečemo pecivo. V zavodu je drugače.«

»V dislocirani enoti je veliko lepše kot v zavodu. Stanovalcu se lahko bolj posvetiš, ga spoznaš. Z njim preživiš osem ur dnevno. S stanovalci si bolj povezan in bolj ti zaupajo« (SVZ Dutovlje 2015b, 33).

V obeh dislociranih enotah izkazujejo visoko stopnjo socialne vključenosti in integracije stanovalcev v lokalno okolje. Stanovalci v okolju kjer živijo dostopajo do vseh splošnih dobrin, ki jih le ta ponuja:

- koristijo zdravstvene in zobozdravstvene storitve,
- storitve specialističnih ambulant,
- urejajo osebne zadeve (trgovina, banka, pošta, občina, ZZZS ...),
- so vključeni v delovnih procesih pri zunanjih pogodbenih partnerjih,
- vključujejo se v društva in organizacije v katerih zadovoljujejo lastne interese in se povezujejo s sorodnimi društvi in organizacijami ter s tem širijo lastno socialno mrežo,
- udeležujejo se kulturnih in drugih javnih prireditev in dogodkov,
- organizirajo predstavitvene in promocijske aktivnosti lastne dejavnosti v skupnosti (SVZ Dutovlje 2015b, 111–120).

Da so stanovanjske skupine primerna metoda dela z osebami z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju pričajo izjave stanovalcev dislociranih enot.

Vinko:

*Jaz živim na novo! Mnogo boljše je tu v stanovanjski skupini kot v zavodu. Tu so trgovine, lahko kupiš kar hočeš, če imaš denar. Tu lahko kadarkoli vzamem za jest, v zavodu tega nisem mogel. Veliko hodim na sprehode. Mesto sem dobro spoznal. V glavnem se razumemo, včasih se tudi prepiramo. V stanovanju pomagam pri kuhi, čistim tla, vsak od nas naredi nekaj. Vključujem se tudi v čiščenje parka, za kar sem denarno nagrajen, poleg tega pa se tudi malo sprostim, saj sem rad na svežem zraku. Vsako leto odhajam na letovanja. Tudi letos si želim (SVZ Dutovlje 2013, 21).*

Anton:

»Ob sprejemu v zavod pred nekaj leti sem bil zelo zadovoljen, saj se je takrat zame res našla dobra rešitev. Pozneje, ko sem napredoval, se je izkazalo, da potrebujem korak naprej. Tako se je pokazalo odprtje dislocirane enote, kamor sem se preselil skupaj s partnerko. Načrtovala sva tudi poroko in to se nama je prav tu uresničilo. Sedaj stremiva naprej k še večji samostojnosti« (SVZ Dutovlje 2015b,48–49).

Vika:

»Doma mi je bilo težko, zato sem ob selitvi v zavod mislila, da je to zame ustrezna rešitev. Ne maram sprememb in težko sem se odločila za selitev v dislocirano enoto. Dogovorili smo se, da samo začasno, da poskusim. Hvaležna sem delavcem, da so vztrajali in mi dali to možnost, ki se je izkazala kar za stalno, saj se v zavod zaradi kakovosti bivanja tu, ne bi več rada vrnila« (SVZ Dutovlje 2015b, 49).

Da so novi, inovativnejši pristopi pri delu z osebami s težavami v duševnem zdravju dobrodošli tudi za zaposlene potrjuje zapis medicinske sestre, zaposlene v dislocirani enoti.

Eda je zapisala:

*V dislocirano enoto sem prišla pred sedmimi leti. Vedno sem imela željo, da delam malo drugače z našimi stanovalci. V začetku sem imela kar nekaj težav saj je bilo delo precej drugačno kot v zavodu. Skupine so manjše, stalno si s stanovalci. Si dobesečno del njih, smo kot ena družina. Delo medicinske sestre je zelo drugačno, kajti ne opravljaš samo svojega dela temveč počneš vse to kar je treba delati – pomoč pri kuhanju, čiščenju, pospravljanju in še vse ostalo. Težko sem se privadila. Počasi je šlo*

*vedno lažje. Tu stanovalci živijo bolj svobodno. Se sami odločajo o stvareh, poskuša se jim pomagati z nasveti in pogovori. Tu živijo kot da so doma, vsi smo povezani med seboj. V začetku dela v dislocirani enoti sem prevzemala del njihove odgovornosti. Postopoma sem se naučila, da tega ni treba. Vsak naj se sam odloči in nosi za svoja dejanja odgovornost in posledice, kar ni lahko, se pa s časom naučiš. Opazila sem tudi, da so stanovalci napredovali, postali so drugačni bolj samostojni in pokazali so se v drugi luči kot sem jih bila navajena iz zavoda. Tudi sama sem pri delu z njimi dobila veliko. Postala sem bolj samozavestna, dobila sem veliko izkušenj. Veliko vzamejo, veliko ti pa tudi dajo, če le znaš to opaziti (SVZ Dutovlje 2013, 35).*

Udeleženi v fokusni skupini zaposlenih navajajo, da je odpiranje novih dislociranih bivalnih enot eden od posebej uspešnih premikov, do katerih je prišlo v SVZ Dutovlje, v prid kvaliteti življenja in bivanja stanovalcev. Življenje v manjši skupini daje stanovalcu več priložnosti pri vključevanju v različna opravila, zaposlenemu pa več možnosti za individualno delo s posameznikom, usmerjeno k učenju in krepitvi njegovih spretnosti, veščin in znanj. Stanovalcu omogoča lažje vključevanje v lokalno skupnost.

#### **6.4.6 PREHAJANJA V SAMOSTOJNEŠE OBLIKE BIVANJA S PODPORO**

Z uvajanjem sprememb in inovativnih pristopov strokovnega dela, ko so postopoma prihajale vedno bolj v ospredje potrebe in želje posameznika in jim je bilo osebje zavoda tudi pripravljeno prisluhniti so bili, v sodelovanju z drugimi institucijami in službami, v lokalnem okolju iz katerega so stanovalci prihajali, ustvarjeni pogoji za preselitev nekaj stanovalcev v samostojnejše oblike bivanja s podporo.

Na lasten dom se je vrnilo 17 stanovalcev, trije so se preselili v lastna stanovanja oz. hišo v bližini domačega kraja. Za vse je bila organizirana pomoč in podpora nevladnih organizacij v obliki koriščenja storitev dnevnih centrov in svetovanja. Petnajst stanovalcev se je preselilo v stanovanjske skupine nevladnih organizacij bližje domačega kraja (SVZ Dutovlje 2002–2011; 2014).

Gospa Mojca, ki je pred leti živela v SVZ Dutovlje je svojo zgodbo opisala tako:

*Določeno obdobje svojega življenja sem preživela v zavodu v Dutovljah. Tam sem se aktivno udeleževala telovadbe, balinanja, sprehodov in pohodov. Občasno smo šli na*



*kopanje v Lipico, si ogledali še lipicance in dresuro konj, kar je bilo zelo zanimivo. Rada sem vezla. Aktivna sem bila tudi v skupini za samopomoč, ki mi je v posameznih situacijah zelo koristila. Na podlagi objavljenega razpisa sem se prijavila za bivanje v stanovanjski skupini in bila tudi izbrana. V stanovanju smo bili štirje. Delo smo si primerno razdelili, pri čemer sem se tudi sama angažirala z razlogom, da čim prej odidem nazaj v domače okolje in k družini. To mi je tudi kmalu uspelo, na kar sem zelo ponosna. Nisem pa se dokončno ločila s stanovalci in z osebjem, saj občasno ohranjam vsaj telefonski, ali osebni stik z njimi (SVZ Dutovlje 2013, 22).*

## **6.5 SPREMEMBE V KADROVSKI STRUKTURI IN ORGANIZACIJI DELA**

Medicinski model obravnave stanovalcev, ki je bil v Zavodu prisoten od njegove ustanovitve dalje je pričakovano favoriziral zaposlovanje predvsem osebja zdravstvenih poklicev. Delo so opravljali pretežno zaposleni iz naslednjih poklicev: negovalci, čistilke in medicinske sestre. V SVZ Dutovlje sta prihajala splošni zdravnik in psihiater. Stanovalci zavoda skoraj da niso zapuščali. Prevladoval je pokroviteljski odnos zaposlenih do stanovalcev. Storitve so se opravljale za stanovalca in ne skupaj z njim, bile so omejene predvsem na osnovne in zdravstvene.

Razvijanje novih oblik dela je terjalo spremembe v kadrovske strukturi zaposlenih. Uvedenih je bilo nekaj novih delovnih mest: varuh, animator, specialni pedagog in gospodinja. Njihova naloga je pomoč in podpora posamezniku pri zadovoljevanju potreb in želja, ki niso vezane toliko na zdravstveno negovalne storitve temveč zadovoljujejo socialne, duševne in duhovne potrebe. Novim konceptom dela so se nekoliko organizacijsko prilagodili. Iz štirih velikih so oblikovali šest manjših domov, s čemer so ustvarjali pogoje za učinkovitejše delo s posameznikom. Na novo so vzpostavili socialno-psihološko službo in v njej povezali nove poklice in do tedaj samostojne strokovne delavce: psiholog in socialni delavec. Sčasoma so ti pridobivali na pomenu, počasi so se uveljavljale novejšie metode dela. Novo storitev je predstavljala uvedba »mobilne službe«. V njo so bili vključeni psiholog, socialna delavka, delovni terapevt in fizioterapevt z namenom izvajanja storitev v bivalni enoti. Storitve so opravljali glede na predhodno oceno potreb stanovalcev (SVZ Dutovlje 2007, 21–23).

Takratna direktorica se tega obdobja spominja kot uresničevanja vizije, ki je bila sprejeta na osnovi Nacionalnega programa socialnega varstva do leta 2005 in so jo v SVZ Dutovlje z veliko mero entuziazma začele uresničevati, pod vodstvom strokovne vodje, predvsem socialne delavke z ustanovitvijo eksperimentalne dislocirane enote v Sežani.

*V bistvu je šlo za spreminjanje spoštovanja pravic stanovalcev. To je bil čas velikih sprememb v domski oskrbi in obravnavi ljudi s težavami v duševnem zdravju, ki je zadeval ne le stanovalce, ampak tudi svojce in predvsem vse delavce zavoda. V duhu teh gibanj smo si tudi v Dutovljah prizadevali za izboljšanje nastanitvenih pogojev stanovalcev z zmanjševanjem števila oseb v (sicer velikih) sobah v matičnem zavodu v Dutovljah. Iz ene eksperimentalne dislocirane enote – najetega stanovanja v Sežani, smo tu razvili še tri (Bačer Slabe v SVZ Dutovlje 2013, 18).*

Nadaljuje, da je bilo delo v zavodu organizirano po manjših enotah v katerih so stanovalci imeli vse več vpliva na svoje vsakdanje življenje. Svobodno so se lahko gibal po zavodu in izven njega. Spremembe v delovanju so najbolj zadevale delavce zavoda. »Potrebno je bilo veliko izobraževanj in podpore, da so se spremembe vsaj deloma začele uveljavljati. Veliko sodelavcev je lahko vsaj postopno razumelo in sprejelo nove smernice delovanja, nekateri pa se niso mogli prilagoditi« (Bačer Slabe v SVZ Dutovlje 2013, 18).

Nadalje navaja, da so z novimi pristopi stanovalci pridobili nove možnosti, o vse več stvareh so lahko odločali sami, povečevalo se je zaupanje v lastne zmožnosti in samospoštovanje. Lahko so se preselili v dislocirane enote ali v domače okolje, če je bilo to mogoče. Svojci so spremembe večinoma podpirali, manjšina njih pa v le te ni bila prepričana. Dvomi so se pojavljali tudi med krajanji Dutovelj in Sežane. Kljub številnim predstavitvam v javnosti negativnega vtisa takrat niso uspeli premostiti (Bačer Slabe v SVZ Dutovlje 2013, 19).

V SVZ Dutovlje so v podporo delavcem pri sprejemanju, ponotranjenju in izvajanju dela v skladu s novimi metodami dela, ki sledijo socialnemu modelu obravnave, omogočali različna izobraževanja v organizaciji zunanjih pooblaščenih organizacij. Da bi zajeli čim več zaposlenih so organizirali sklop notranjih izobraževanj, ki so bila usmerjena na varuhe, animatorje in inštruktorje. Organizirali in izvajali so jih strokovni delavci (SVZ Dutovlje 2007–2009).

V zadnjih petih letih so veliko pozornosti namenili širokemu spektru izobraževanj zaposlenih, in sicer komunikacije, kongruentne odnosne nege, sprejemanja sprememb in inovacij, odgovornosti na delovnem mestu, dela z osebami s težavami v duševnem zdravju, duševnih

bolezni in osebnostnih motenj, da bi zaposlene ozavestili in angažirali za izvajanje podpore stanovalcem v skladu z novo družbeno paradigmo inkluzije, normalizacije in skupnostne obravnave oseb z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju (SVZ Dutovlje 2010–2015).

Direktorica SVZ Dutovlje:

»V preteklih letih smo veliko govorili, predstavljali vsebine našega razvoja, naših usmeritev. Organizirali smo možne ogledе po naših bivalnih enotah, predstavljali vsebine dela naše bivalne enote v zavodu, poudarjali in pojasnjevali nujnost teh procesov, organizirali notranja izobraževanja v tej smeri, tudi ogledе zunanjih ustanov na tem področju, si ogledali primere celo v tujini ... (direktor, Priloga B).«

Do premikov prihaja. Nedvomno imajo pri tem ključno vlogo zaposleni, zato ni vseeno kako sami doživljajo potek in uspešnost procesa. Katere prednosti prepoznavajo in na katere ovire opozarjajo. S slednjim se bomo seznanili v nadaljevanju.

## **6.6 OVIRE V PROCESU DEINSTITUCIONALIZACIJE V SVZ DUTOVLJE**

### **6.6.1 ODPOR ZAPOSLENIH**

Uvajanje novih metod dela neizbežno terjа prehod od medicinskega k socialnemu modelu obravnave stanovalcev. Čeprav je prehod med enim in drugim modelom strokovni problem, dilema, ki sodi bolj v 60. in 70. leta, je v SVZ Dutovlje le ta še zelo aktualna.

Strokovna vodja med leti 2010–2015, meni:

*Po mojem mnenju je v SVZ Dutovlje prisoten »prehod« med modelom, ki zagovarja »sodobnejše« pristope, med katerimi spada tudi razumevanje in sprejemanje stanovalca kot sočloveka, z lastnimi potrebami in željami, s spoštovanjem do njega in do vseh njegovih potreb in na drugi strani »pristopom«, v katerem, če v opisu malo pretiravam, je stanovalec skoraj dehumaniziran, ni človek ampak le tisti, ki nekaj zahteva, »se jezi, je nesramen, manipulira, dela nalašč, je agresiven, nevaren, niti noža ne sme imeti ob obrokih, da ne bi koga poškodoval, nepredvidljiv...«. Želim poudariti, da gre za celo vrsto pritiskov in vplivov, ki jih povzročā institucija (totalna ali skoraj) kot taka. Po Flakerju, Basagliju ali Foucoultu, gre za nadzor, omejevanje, preveč zaščitniški pristop in prisilo. Iz tega vidika je vsako uvajanje katerekoli*

*najmanjše spremembe v smeri deinstitucionalizacije izredno težko – saj se nekateri zaposleni počutijo ogroženi, ker proces deinstitucionalizacije vsekakor briše meje med stanovalci in zaposlenimi... (Fokusna skupina A 2016).*

Tudi drugi sodelujoči v raziskavi ocenjujejo, da izvajanje novih pristopov prodira prepočasi in da je razkorak med strokami velik. Predvsem izpostavijo zastoj v razvoju timskega dela. Pojavili so se novi poklici (animatorji, varuhi, individualni habilitator) in pristopi, ki v ospredje potiskajo celostno obravnavo stanovalca. Zaposleni ocenjujejo, da je to povzročilo nesprejemanje in nelagodje med zdravstvenimi poklici. To je izhajalo najverjetneje tudi iz občutka jemanja moči. Večina nove pristope na načelni ravni sicer sprejema, v praksi pa se zatika in se stanovalce še vedno obravnava kot nesposobne za prevzemanje odgovornosti za lastno zdravje in druge odločitve, vedenja in ravnanja.

Nekateri omenjajo, da so prisotna trenja med vsemi poklicnimi skupinami, med vodstvom in delavci. Zaposleni za to navajajo različne razloge, v prvi vrsti, da gre za izrazito težnjo po ohranjanju moči ter da vsaka stroka dojema svoje poslanstvo prioritarno in zblíževanje posledično ni mogoče. Prenizko je zavedanje, da je celostna obravnavo posameznika bistvenega pomena za preseganje težav in doseganje individualnih ciljev stanovalca. Posledično timsko delo nikakor ne zaživi.

Ostaja velika skupina zaposlenih, ki sprememb v tej smeri nikakor ne sprejema. Posledično pogosto prihaja do konfliktnih situacij znotraj zastavljenih timov, pri razreševanju katerih se zaposleni počutijo prepuščeni sami sebi. Udeleženka fokusne skupine 3 navaja: »Zaradi velikih razhajanj v pristopu do stanovalca prihaja pogosto do konfliktov med člani tima. Ko želimo poiskati pomoč pri razreševanju nastale situacije pri vodstvu, le to vrne dogodek v reševanje timu. Sami tako velikih razhajanj ne zmoremo preseči« (Fokusna skupina A 2016).

Nasprotno zaposleni iz dislociranih enot timsko delo ocenjujejo kot zelo uspešno. Delo tima je orientirano na potrebe in cilje stanovalca. Stanovalec ima v timu osrednje mesto.

Zaposleni v dislociranih enotah: »Medicina in sociala delata z roko v roki. Dobro delovanje tima z dopolnjevanjem strok se odraža na doseganju ciljev, ki si jih zastavi stanovalec« (udeleženka fokusne skupine 2).

»Socialna in zdravstvena stroka sodelujeta. Enakovredno sodelovanje vseh članov tima daje zaposlenim možnost, da bolje spoznajo stanovalca, ki ima bistveno vlogo v delovnem

procesu. Veliko je pogovarjanja in dogovarjanja med stanovalci in zaposlenimi in iskanja rešitev za doseganje zastavljenih ciljev stanovalca« (udeleženka fokusne skupine 8).

### **6.6.2 POMANJKANJE INFORMACIJ IN IZOBRAŽEVANJ**

Zaposleni so si edini in kot bistvene pomanjkljivosti pri uvajanju novosti navajajo, da je smer razvoja ustanove nejasna in nedorečena oziroma je delavci niso sprejeli ker so premalo seznanjeni s pomenom in namenom sprememb.

Zaposlena, angažirana v fokusni skupini (udeleženka 3) je povedala: »Spremembe se uvajajo »ad hoc«, brez vnaprejšnjih predstavitev in možnosti za odprto komunikacijo. Zaposleni ne vedo čemu se nekaj uvaja. Zato se počutijo ogroženi in se upirajo« (Fokusna skupina A 2016).

Nadalje navajajo, da ni povratnih informacij za opravljeno delo.

Na temo deinstitucionalizacije ni zadostnih izobraževanj in podpore zaposlenim v smeri spremembe miselnosti. Več izobraževanj, v organizaciji zunanjih izvajalcev, je bilo organiziranih na temo medsebojne komunikacije in konstruktivnega sodelovanja, ki pa ostajajo na deklarativni ravni in hitro izzvenijo. Udeleženka fokusne skupine 1 meni: »Organizirana so enkratna izobraževanja na različne teme. Več izobraževanj je bilo izvedenih na temo medsebojne komunikacije. Sama sem bila udeležena na nekaterih. Izobraževanja so teoretična. Praktičnega izkustva omogočajo malo, teorija pa izzveni.«

Naslednja od članic, udeleženka 5: »Zaposleni pogosto povedo, da so organizirana predavanja velikokrat preveč strokovna in jih težko razumejo.« Nadalje, udeleženka 6: »O vsebinah podanih na predavanjih se kasneje več ne pogovarjamo. Izobraževanja so organizirana v zavodu, da zaobjamejo čim večje število zaposlenih, hkrati pa smo vključeni v delovni proces in zato ne moremo zbrano sodelovati na izobraževanjih. Pogosto moramo vmes izobraževanja zapustiti in se vrnemo šele čez čas. Tako se izgubi osnovni namen izobraževanja in ostanejo samo številke. To je velika škoda« (Fokusna skupina A 2016).

### **6.6.3 POMANJKLJIVA IZPOSTAVLJENOST DOBRIH PRAKS**

V smeri deinstitucionalizacije je bilo že izpeljanih več uspešnih projektov, ki so tonili v pozabo in niso bili izpostavljeni kot dobre prakse, ki bi lahko pozitivno vplivale na večji

angažma zaposlenih. Zaposlena, udeleženka fokusne skupine 7, je povedala: »Pred leti sta se dva stanovalca poročila, gospa je imela celo v celoti odvzeto poslovno sposobnost in je šlo za edinstven primer v državi. Veliko zaposlenih poroke ni odobravalo. Zveza je trdna še danes kljub kar nekaj težavam s katerimi sta se zakonca ta čas morala soočiti. Lahko bi bila vzor marsikomu. Je pa dogodek tonil v pozabo« (Fokusna skupina A 2016).

Naslednja od zaposlenih, udeleženka fokusne skupine 4, komentira: »Več stanovalcev, posebej v dislociranih bivalnih enotah se zelo uspešno vključuje v opravljanje različnih del v zunanjem okolju. O tako uspešnih projektih v matičnem zavodu skoraj nismo seznanjeni.«

#### **6.6.4 POMANJKLJIVO VKLJUČEVANJE ZAPOSLENIH V PROCESE DEINSTITUCIONALIZACIJE**

Pogreša se vključitev širšega števila zaposlenih v pripravo in izvedbo reorganizacije dela, s predhodnim ciljno usmerjenim notranjim izobraževanjem k razumevanju namena in pomena uvajanja in izvajanja obravnave stanovalcev v skladu z novejšimi strokovnimi smernicami. Zaposlena navaja: »Pred 15-mi leti smo v projektnih skupinah oblikovali prvi Akcijski načrt zavoda. Zaposleni smo se čutili poklicani k ustvarjanju skupne nadaljnje usmeritve Zavoda in s tem tudi našega dela. Kasneje je vodstvo spremembe načrtovalo znotraj zelo ozke skupine zaposlenih« (Fokusna skupina A 2016).

Pričakuje se, da bi z večjo vključenostjo zaposlenih v procese reorganizacije le tem omogočili, da bi spregovorili o strahovih in pomislekih, ki jih zadržujejo pri sprejemanju stanovalca kot sebi enakega, kot sočloveka, sposobnega in pripravljenega odločati o samem sebi in prevzemati odgovornosti za sprejete odločitve.

Zaposlena je povedala:

*Pred nekaj leti smo organizirali interna izobraževanja za posamezne skupine zaposlenih, ki so jih vodile strokovne delavke Zavoda. Udeleženci izobraževanj so bili zadovoljni, veliko je bilo prostora za postavljanje vprašanj in razreševanje dilem na konkretnih situacijah, ki so bile vsem poznane. Na ta način se je poglobilo tudi sodelovanje med zaposlenimi samimi. Še večkrat potem so se nekateri delavci obračali name za konzultacije. Menim, da ji bil tak način izobraževanja večinskega števila zaposlenih ustrezen saj je izhajal iz prakse in reševal konkretne dileme (udeleženka fokusne skupine 5).*

### 6.6.5 STRAH STANOVALCEV

Stanovalci, po mnenju zaposlenih, po eni strani nove možnosti in priložnosti pozdravljajo. Predvsem proste izhode, ukinitvev neustrezne sobe za pomirjanje in individualno načrtovanje, ki v ospredje postavlja njih same z njihovimi življenjskimi zgodbami, z njimi lastnimi potrebami, pričakovanji in željami.

Po drugi strani je predvsem pri stanovalcih, ki že leta živijo v zavodu, pa tudi pri ostalih, prisotnega veliko strahu pred bivanjem v dislociranih enotah. Gre za strah pred ponovnim razočaranjem, da ne bi zmogli sodelovati v vsakodnevnih gospodinjstkih aktivnostih, negotovost in nezaupanje samemu sebi. Nekateri se v instituciji počutijo bolj varni tudi zaradi večjega fizičnega prostora in večje čustvene »razdalje« v odnosu z zaposlenimi. Ko v dislocirani enoti zaživijo so neizmerno hvaležni za novo izkušnjo in se, razen izredno redkih izjem, ne želijo več vračati v ustanovo.

Zanimive so izkušnje zaposlenih iz obeh dislociranih enot. Te kažejo na začetno brezcilnost pri stanovalcih, katera je gotovo tudi izraz institucionalizma. S procesom opolnomočenja stanovalcev, ki je bil v primeru prve enote izvajan pred njeno ustanovitvijo in se je nato nadaljeval, v primeru druge pa se je intenzivneje začel s preselitvijo, v sami enoti, so stanovalci pridobivali moč, samozaupanje in voljo za zastavljanje pogumnejših ciljev. Nekateri so se kasneje selili v samostojnejše oblike bivanja s podporo, drugi so se tu kjer živijo samostojno in aktivno vključili v različne dejavnosti v okolju glede na lastne interese.

Strinjamo se lahko, da gre za novo potrditev nujnosti izvedbe procesa deinstitutionalizacije. Zato so izjemno pomembni ustrezni strokovni pristopi, ki stanovalce motivirajo, da si upajo.

V SVZ Dutovlje stanovalce k preselitvi in bivanju v dislociranih enotah motivirajo in podpirajo predvsem z:

- uveljavljeno metodo individualnega načrtovanja, ki stanovalcu omogoča, da lahko zaupa svojo življenjsko zgodbo, podeli svoje občutke, bolečino, strahove in končno kaj si želi ter si zastavi realne cilje. Pri tem se stanovalce podpira pri premagovanju strahov in spodbuja, da si dajo priložnost, da zaživijo v dislocirani enoti. Zaposleni poudarjajo, da je pomembno, da se s posameznim stanovalcem pogovori zaposlen, ki mu stanovalec najbolj zaupa, ki pozna njegove pozitivne lastnosti, njegove potrebe in ga zato lahko kar

v največji možni meri pri odločitvi podpre. Pri tem se kaže potreba po angažiranih »ključnih osebah«, ki pa v praksi niso zaživele.

- Organizira se obiske dislociranih enot in spoznavanje sstanovalcev.
- Stanovalci imajo možnost aktivnega udejstvovanja v t.i. »učni kuhinji«, pralnici, jedilnici kjer obnavljajo že pridobljena znanja in osvajajo nova.

Zaposleni pogrešajo več možnosti za krajše dopuste v dislociranih enotah, ki bi stanovalcem ponudile neobvezujočo izkušnjo in jim pomagale pri odločitvi. Pri tem ima bistveno vlogo njihov občutek sprejetosti, ki ga pridobijo od zaposlenih in sstanovalcev v skupini. Zelo pomembna je pri tem tudi podpora, ki jo stanovalcu nudijo svojci in/ali skrbniki ali druge za njih pomembne osebe.

#### **6.6.6 OCENA ODZIVA LOKALNIH SKUPNOSTI**

Eden začetnih korakov v procesu deinstitucionalizacije je bilo odpiranje vrat zavoda. Stanovalci lahko kadarkoli na lastno iniciativo zavod zapustijo in se vračajo. Pri tem niso več časovno omejeni.

Ob ustanavljanju SVZ Dutovlje je bilo prebivalcem vasi celo obljubljeno, da stanovalci ne bodo prihajali v vas, da bo ustanova ostala »zaprta« (SVZ Dutovlje 2015a, 20).

Udeleženci fokusne skupine so bili mnenja, da je lokalna skupnost stanovalce načeloma pozitivno sprejela in je do njih strpna. Stanovalci v vasi opravljajo zobozdravstvene in druge splošne osebne zadeve. Nekaj stanovalcev obdobje, na podlagi predhodnega dogovora, opravlja v vasi pomožna dela in je za to nagrajenih. Prisotnih je nekaj vaščanov, ki stanovalcev v splošnem ne sprejemajo. Netolerantnost se ves čas kaže do posameznikov, ki imajo res hude motnje vedenja in z neprimernim in vsiljivim vedenjem nadlegujejo domačine in tudi turiste. Posledično je lokalna skupnost občasno bolj nestrpna tudi do ostalih stanovalcev SVZ Dutovlje in do zaposlenih.

Udeleženci fokusne skupine so gotovi, da so težave neizogibne tudi zaradi števila oseb, ki živi v zavodu in glede na majhno število prebivalcev v vasi (nekaj več kot 500). Neprimerne situacije se rešujejo s skupnimi sestanki in dogovarjanji, tudi v sodelovanju ostalih pristojnih organov in ustanov v lokalnem okolju (Svet Krajevne skupnosti, zdravstveni dom, šola, policija). Kljub vsem pritožbam pa so vaščani še vedno precej tolerantni.



Vaščani in širše lokalno okolje ima priložnost stanovalce SVZ Dutovlje spoznati tudi preko aktivnih sodelovanj na lokalnih prireditvah in enkratnih organiziranih dogodkih z namenom prepoznavnosti dejavnosti ustanove. In prav veliko pozitivnih medsebojnih izkušenj ohranja pripravljenost vaščanov za reševanje venomer tudi prisotnih težav.

Članica fokusne skupine 2, zaposlena v dislocirani enoti v Sežani je povedala, da je bilo ob odprtju dislocirane enote v Sežani čutiti velik pritisk, tako iz zavoda (ker je veljala miselnost, da gredo le za kratek čas), kot iz okolice. Večjih težav ni bilo. Zaposleni menijo, da so bili stanovalci in delavci enote visoko motivirani, da jih okolje dobro sprejme. Pridobili so delo (čiščenje bloka), kar je veliko pripomoglo tako k samozavesti in koristnosti stanovalcev, kot miselnosti sosedov in okolice. Ustvarili so veliko projektov s ciljem vključevanja in povezovanja z ustanovami in skupnostjo, na ta način so bili kmalu povabljeni tudi z njihove strani v različne vsebine. Danes se počutijo zelo sprejete. Zavedajo se, da je potrebno v dobre odnose in prepoznavna uspešna sodelovanja neprestano vlagati svoje moči (Fokusna skupina A 2016).

Prav tako se z večjimi težavami v soseski niso srečali ob odprtju dislocirane enote v Postojni. Članica fokusne skupine 8 je povedala, da so kmalu po vselitvi sicer posamezniki iz soseske izražali skrb in nezadovoljstvo, ki pa je kmalu na podlagi dobrih izkušenj pojenjalo in se razvilo v spoštljivo med sosedsko sodelovanje. Tudi v tej enoti so se stanovalci in zaposleni močno angažirali, prevzeli svoj del skrbi za urejenost stanovanjskih blokov v katerih živijo in si z med sosedsko pomočjo pri skrbi za urejenost in varnost zunanje okolice, v zimskem času kidanje snega, kmalu pridobili zaupanje in naklonjenost. Že hitro so se dogovorili za projektno sodelovanje na večjem posestvu v bližini. Z vključevanjem v delovni proces se stanovalci počutijo koristni, zaupa se jim vedno več različnih nalog. Zvišuje se jim samospoštovanje. Zaposleni angažirano navezujejo vedno nove stike v lokalni skupnosti pri čemer je njihovo vodilo zadovoljevanje interesov stanovalcev in rezultira v prepoznavnem sodelovanju z lokalnimi društvi in organizacijami. V novem okolju se počutijo sprejeto in domače (Fokusna skupina A 2016).

Stanovalci so s svojim bivanjem v t.i. naravnem okolju dokazali, da niso nič drugačni od drugih ljudi, le da potrebujejo nekoliko več pomoči, da lahko živijo primerljivo z ostalimi prebivalci.

Navedeno potrjuje, da ima posameznik priložnost, da postane polnopravni član družbe le in izključno samo, če v družbi živi, se v njo po svojih zmožnostih, željah in interesih vključuje in v njo po svojim močeh tudi prispeva. Praksa torej ponovno sili k brezpogojni izvedbi procesa deinstitutionalizacije v svojem najširšem pomenu.

#### **6.6.7 PREDLOGI ZA UČINKOVITEJŠI PROCES DEINSTITUCIONALIZACIJE V SVZ DUTOVLJE**

Udeleženi v fokusni skupini zaposlenih, sodelujoči v raziskavi, ocenjujejo, da SVZ Dutovlje na deklarativni ravni sicer sledi novi strokovni paradigmi na področju skrbi za ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Uvedenih je bilo več bistvenih novosti, ki so bile neizogibne za zagon procesa deinstitutionalizacije. V zadnjih letih je zaznati stagnacijo. Za nujno preseganje le te predlagajo:

- Na novo oblikovati vizijo razvoja zavoda in pripraviti jasno strategijo za izvedbo procesa deinstitutionalizacije SVZ Dutovlje;
- zagotoviti sprotno osvetljevanje posameznih korakov na način, ki bo razumljiv zaposlenim in stanovalcem;
- ključno vlogo mora prevzeti vodstvo s konstruktivnim sodelovanjem s strokovnimi organi zavoda, strokovnimi delavci in širše z zaposlenimi;
- organizirati ciljna notranja izobraževanja s predstavitvijo dobrih praks in odpiranjem prostora za izražanje strahov, pomislekov in skrbi zaposlenih in stanovalcev;
- zagotoviti sprotne povratne informacije in izpostaviti dobro opravljeno delo - primerna motivacija pozitivno vpliva na večjo angažiranost zaposlenih;
- na novo postaviti, okrepiti in podpreti timsko delo z vzporednim izobraževanjem o namenu in pomenu tega;
- stalnost timov naj postane prioriteta, ki bo člane tima podprla k lažjemu poistovetenju z zastavljenimi cilji in prevzemanju odgovornosti za sledenje le tem v dobro stanovalca;
- intenzivno nadaljevati z iskanjem novih primernih lokacij za dislocirane enote;
- izvajanje aktivnosti v smeri opolnomočenja stanovalcev za življenje in zaposlenih za delo »zunaj«;
- iskati donacijska sredstva za ureditev obstoječih in novih dislociranih enot.

## 7 SKLEP

Zdravje je vrednota, ki jo ljudje uvrščamo na najvišje mesto. Zdravje in splošno dobro počutje je pogoj za opravljanje vseh nalog in zadovoljitev vseh pričakovanj, ki jih pred posameznika in skupnost postavlja današnja moderna družba. Za dobro splošno zdravje je neizogibno potrebno dobro duševno zdravje. Le duševno zdrav človek lahko razvije vse svoje sposobnosti in se je zmožen učinkovito soočiti s vsakdanjim življenjem, zadovoljevati lastne potrebe in hkrati prispevati v skupnost.

V današnjem tempu življenja smo ljudje vedno bolj izpostavljeni različnim pritiskom in stresnim dejavnikom. Vedno več ljudi se sooča z duševnimi stiskami in boleznimi.

Iz socialnega vidika gre za ljudi, ki se preobčutljivo odzivajo na stvari, ki se drugim zdijo malenkostne. Zaradi te preobčutljivosti ob stresnem dogodku oseba lahko zbolijo za duševno boleznijo. Duševna bolezen na posamezniku pušča posledice, ki se kažejo skozi številne težave v vsakdanjem življenju - razpade družina, izgubi službo, se oddalji od prijateljev... Oseba z duševno boleznijo je stigmatizirana in manj vredna, kršene so njene pravice in svoboščine (Švab 1996, 3).

Skozi različna zgodovinska obdobja je bila duševna bolezen različno obravnavana. Odnos do norosti se je spreminjal in prehajal vse od obravnavanja norcev kot ljudi s posebnim darom do skrajnega zaničevanja in zapiranja v totalne ustanove. Odnos do norosti je bil odvisen od družbenega reda v posameznem zgodovinskem obdobju. Večje spremembe je prineslo 19. stoletje. Tukovo in Pinellovo zavetišče sta prinesla osvobajanje in spoštljivejši odnos do norcev. Največjo spremembo prinese 20. stoletje, s postopnim zavedanjem o pravicah in svoboščinah slehernega človeka in preseljevanjem oseb z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju v skupnost, ki jih prinaša proces deinstitutionalizacija.

Proces deinstitutionalizacije se je začel v 60. in 70. letih prejšnjega stoletja, prvotno v državah zahodne Evrope in Amerike. V Sloveniji prvi poskus v Logatcu sega v pozna 60. leta, sicer pa je do procesa prišlo z zamikom, v 90. letih, ko so programe obravnave v skupnosti začele razvijati nevladne organizacije, javni socialno varstveni zavodi pa z večjim razmahom po letu 2000 (Flaker 2011, 2–12).

Proces deinstitutionalizacije temelji na človekovih pravicah. Na pravicah slehernega posameznika po svobodnem življenju v skupnosti, ki jih deklarirajo mednarodni in nacionalni pravni akti. Tako v javnem kot v nevladnem sektorju so bili v zadnjih dvajsetih letih izvedeni številni premiki s pozitivnimi vplivi na kakovost življenja ljudi s težavami v duševnem zdravju.

V SVZ Dutovlje sledijo novostim v obravnavi ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Izognili so se stigmatizirajoči terminologiji in uvedli individualiziran pristop do stanovalcev, ki omogoča boljše, izčrpnije poznavanje stanovalca, njegove življenjske zgodbe in oblikovanja individualnega načrta obravnave po Brendonu. Ukinili so izvajanje neprimernih varovalnih ukrepov. Ves čas omogočajo stanovalcem opravljanje plačanega dela. V smeri obravnave stanovalca kot individuuma, ki naj živi in se udejstvuje v skupnosti, je bil narejen bistven premik. Ta se še posebej pozitivno izraža v dislociranih enotah. Stanovalcem omogoča normalizacijo, v stiku z vsakdanjim življenjem postajajo realnejši, obnavljajo že pridobljena znanja in veščine in pridobivajo nove, pomembne in nujne za prevzemanje odgovornosti za lastno življenje v skupnosti. Pri tem je posebej pomembno, da meje med stanovalci in zaposlenimi postajajo vedno bolj medle in zabrisane, kar je končni cilj procesa deinstitutionalizacije.

Pri izvajanju zastavljenega procesa deinstitutionalizacije pa so bile v nalogi identificirane tudi nekatere ovire, kot so: upor zaposlenih, pomanjkanje znanja in informiranosti o pomenu in namenu procesa deinstitutionalizacije na eni in strah stanovalcev pred spremembami na drugi strani.

Na podlagi intervjujev, fokusne skupine in analize virov lahko sklepamo, da se zaposleni zavedajo, da je usmeritev k spoštovanju človekovih pravic in dostojanstva ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju prava zato v bodoče nameravajo iskati nove pristope pri premagovanju zadržkov in strahov na strani zaposlenih in nadaljevati s procesi opolnomočenja stanovalcev, da si bodo upali narediti še korak naprej, ob ustrezni podpori.

Nikakor ni moč mimo dejstva, da še skoraj dva tisoč oseb z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju v Sloveniji še vedno živi v velikih institucijah, kjer storitve niso prilagojene potrebam posameznika (Flaker in drugi 2015, 23). Zdravljenje in rehabilitacija oseb z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju poteka še vedno v veliki večini v

bolnišnicah, da se te osebe pogosto srečujejo z nespoštovanjem in so stigmatizirane, da so jim pogosto kršene osnovne človekove pravice (Oreški 2014).

V zadnjih letih so bili v Sloveniji izvedeni nekateri pilotni programi in projekti, uvedeni novi modeli obravnave v skupnosti, ki kažejo da se z uvajanjem le teh zmanjšujejo potrebe po hospitalizaciji in dolgotrajnih namestitvah izven domačega okolja. Zbir potreb ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju v skupnosti je po poročanju izvedenih projektov predvsem socialne narave in bi jih bilo z razvojem in razpršenostjo novih služb moč zadovoljevati v skupnosti (Švab 2015, 35–36). Slednje potrjuje tudi izkušnja SVZ Dutovlje pri seljenju stanovalcev v skupnost. V lokalnih okoljih obeh dislociranih enot so se stanovalci ob podpori motiviranih zaposlenih vključili v lokalno skupnost, v njej zadovoljujejo svoje osebne potrebe in po svojih zmožnostih tudi prispevajo k dobrobiti skupnosti. Nova oblika obravnave kaže koristi tako na strani stanovalcev, kot na strani zaposlenih, dviga se kvaliteta življenja ljudi s težavami v duševnem zdravju, hkrati pa tudi zadovoljstvo zaposlenih pri svojem delu.

Nacionalni program socialnega varstva za obdobje 2013 – 2020 je jasno določil cilje razvoja socialnega varstva in poziva k pravici slehernega človeka do življenja in udejstvovanja v skupnosti. V ta namen med drugim predvideva širši nabor programov v skupnosti in dostopnost le teh ne glede na kraj bivanja, uvajanje novih oblik bivanja v skupnosti, spodbujanje razvoja storitev, ki potekajo v domačem okolju ali na domu uporabnikov itd. »Resen problem, ki nastopi pri udejanjanju smernic Nacionalnega programa socialnega varstva 2013 – 2020 je zagotavljanje potrebnih finančnih sredstev za izvedbo posameznih akcij. Pri tem ostajamo izvajalci prepuščeni sami sebi« (direktorica SVZ Dutovlje 2016)

Akterji se vsak na svoj način zavzemajo, da bi premaknili kolesje procesa deinstitutionalizacije v smer dobrobiti za uporabnika služb duševnega zdravja. Pogrešati je večjo angažiranost posameznih akterjev, ki bi pripomogla h konstruktivnemu povezovanju in sodelovanju javnega in nevladnega sektorja na regijskih in na nacionalni ravni z namenom pretočnosti, izmenjave izkušenj in drugih resursov za izvedbo skupnih dejavnosti za reorganizacijo služb in širitev ponudnikov storitev na regionalnih ravneh. Izhajajoč iz Nacionalnega programa socialnega varstva 2013 – 2020 je pričakovati spremembe v zakonodaji, poleg tega pa je za izvedbo deinstitutionalizacije v celostnem pomenu nujno

spremeniti odnos do ljudi s težavami v duševnem zdravju kar neizbežno terja spremembo v miselnosti najprej strokovne in seveda tudi širše družbene javnosti.

## 8 LITERATURA

1. Bajt, Maja. 2009. *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
2. Brandon D., A. Brandon in T. Brandon. 1995. *Advocacy: Power to people with disabilities*. Birmingham: Venture Press.
3. Cizelj, Milka, Zdenka Ferlež, Vito Flaker, Josip Lukač in Vesna Švab. 2004. *Vizija posebnih socialnih zavodov*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
4. *Društvo Altra – odbor za novosti v duševnem zdravju*. Dostopno prek: <http://www.altra.si/> (18. maj 2016).
5. *Društvo Novi Paradoks – Slovensko društvo za kakovost življenja*. Dostopno prek: <http://drustvonoviparadoks.weebly.com/> (18. maj 2016).
6. *Društvo Vezi – Društvo za duševno zdravje in za kreativno preživljanje prostega časa*. Dostopno prek: <http://drustvovezi.org/drustvo-vezi> (18. maj 2016).
7. Erzar, Tomaž. 2007. *Duševne motnje: psihopatologija v zakonski in družinski terapiji*. Celje: Mohorjeva družba.
8. Evropska komisija. 2005. *Zelena knjiga za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva za Evropo*. Komisija evropske skupnosti. Dostopno prek: [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) (26. april 2016).
9. Flaker, Vito. 1996. Rojstvo totalne ustanove in racionalizacija dobroteljnosti v dobi razuma. *Socialno delo* 35 (31): 85–195.
10. --- 1998. *Odpiranje norosti. Vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: oranžna zbirka.
11. --- 2011. *Kratka zgodovina dezinstucionalizacije v Sloveniji*. Dostopno prek: <http://www.fsd.uni-lj.si/mma/.../2011100721473829/> (18. maj 2016).
12. --- 2015a. *Priprava izhodišč izvedbe dezinstucionalizacije v Sloveniji*. Dostopno prek: [http://www.za-mdi.si/files/prispevki\\_konferenca\\_mdi/Vito%20Flaker.pptx](http://www.za-mdi.si/files/prispevki_konferenca_mdi/Vito%20Flaker.pptx) (18. maj 2016).
13. ---, Maja Cuder, Mateja Nagode, Kristina Podbevšek, Nevenka Podgornik, Nino Rode, Jelka Škerjanc in Romana Zidar. 2007. *Vzpostavlanje osebnih paketov storitev: poročilo o pilotskem projektu »Individualiziranje financiranja storitev socialnega varstva«*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

14. Flaker, Vito, Nino Rode, Iztok Jurančič, Marjan Vončina, Jelka Škerjanc, Andreja Kavari Vidmar, Darja Zaviršek, Andrej Kastelic, Peta Videmšek, Jelka Zorn, Darja Zupančič, Mihael Cigler in Jože Šircelj. 1999. *Oblike bivanja za odrasle ljudi, ki potrebujejo organizirano skrb in podporo: analiza in predlog ukrepov*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
15. Flaker, Vito, Andreja Rafaelič, Sonja Bezjak, Katarina Ficko, Vera Grebenc, Jana Mali, Andreja Ošljaj, Jože Ramovš, Simona Ratajc, Iztok Suhadolnik, Mojca Urek in Nina Žitek. 2015. *Priprava izhodišč deinstitutionalizacije v republiki Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti.
16. Fokusna skupina A. 2016. Intervjuji z avtorico. Dutovlje, 4. maj.
17. Fokusna skupina B. 2016. Intervju z avtorico. Dutovlje, 17. junij.
18. Fokusna skupina C. 2016. Intervju z avtorico. Dutovlje, 21. junij.
19. Foucault, Michel. 1998. *Zgodovina norosti v času klasicizma*. Ljubljana: rdeča zbirka.
20. Haralambos, Michael. in Martin Holborn. 1999. *Sociologija: Teme in pogledi*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
21. Kamin, Tanja. 2009. *Duševno zdravje prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
22. Kesič Dimic, Katarina. 2015. *Srčna trojka na 21*. Dostopno prek: <http://katarinakesticdimic.com/blog/srna-trojka-na-21> (18. april 2016).
23. *Konvencija Združenih narodov o pravicah invalidov*. Ur. l. RS 37/2008 (15. april 2008).
24. Ministrstvo za zdravje RS. 2013. *Kriteriji za ugotavljanje sprejemljivosti planov s stališča pristojnosti varovanja zdravja ljudi pred vplivi okolja v postopkih celovite presoje vplivov na okolje*. Dostopno prek: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/\\_migrated/content\\_uploads/Kriteriji\\_MZ\\_CPVO-2013.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/_migrated/content_uploads/Kriteriji_MZ_CPVO-2013.pdf) (18. april 2016).
25. Lamovec, Tanja. 1995. *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup*. Ljubljana: Lumi.
26. --- 1998. *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
27. *Listina Evropske unije o temeljnih pravicah*. Ur. l. EU 2010/C 83/02. Dostopno prek: [http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user\\_upload/word/Temeljni\\_dokumenti\\_VCP/Listina\\_EU\\_o\\_temeljnih\\_pravicah.pdf](http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/Temeljni_dokumenti_VCP/Listina_EU_o_temeljnih_pravicah.pdf) (25. avgust 2016).
28. Mali, Jana. 2006. Koncept totalne ustanove in domovi za stare. *Socialno delo* 45 (1/2): 17–27.
29. Marušič, Andrej. 2009. *Javno duševno zdravje*. Celje: Mohorjeva družba

30. *Nacionalni program socialnega varstva do leta 2005*. 2000. Ur. l. RS 31/2000 (7. april 2000).
31. Oreški, Suzana. 2014. *Od inovacij do skupnostnih programov v nevladnih organizacijah*. Dostopno prek: [http://www.mddsz.gov.si/si/delovna\\_podrocja/sociala/mednarodna\\_konferenca\\_o\\_deinstitucionalizaciji/](http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/mednarodna_konferenca_o_deinstitucionalizaciji/) (18. maj 2016).
32. *Ozara Slovenija – nacionalno združenje za kakovost življenja*. Dostopno prek: <http://www.ozara.org/> (18. maj 2016).
33. Ramon, Schulamit. 1993. Razvoj duševnega zdravja v skupnosti v Veliki Britaniji in Severni Ameriki. *Socialno delo* 32 (1–2): 5–18.
34. *Resolucija evropskega parlamenta o duševnem zdravju*. 2009. Ur. l. EU št. C 76 E/24. Dostopno prek: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2010:076E:FULL&from=SL> (25. avgust 2016).
35. *Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010*. 2006. Ur. l. RS 29/2006 (13. april 2006).
36. *Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020*. 2013. Ur. l. RS 39/2013 (6. maj 2013).
37. *Splošna deklaracija o človekovih pravicah*. 1948. Dostopno prek: <http://www.varuh-rs.si/pravni-okvir-in-pristojnosti/mednarodni-pravni-akti-s-podrocja-clovekovih-pravic/organizacija-zdruzenih-narodov/splosna-deklaracija-clovekovih-pravic/> (2. maj 2016).
38. SVZ Dutovlje. 2003. *Akcijski načrt SVZ Dutovlje do leta 2005*. Dutovlje: interno gradivo.
39. --- 2004. *Letno poročilo SVZ Dutovlje za leto 2003*. Dutovlje: interno gradivo.
40. --- 2005. *Letno poročilo SVZ Dutovlje za leto 2004*. Dutovlje: interno gradivo.
41. --- 2006. *Letno poročilo SVZ Dutovlje za leto 2005*. Dutovlje: interno gradivo.
42. --- 2007. *Letno poročilo SVZ Dutovlje za leto 2006*. Dutovlje: interno gradivo.
43. --- 2008. *Letno poročilo SVZ Dutovlje za leto 2007*. Dutovlje: interno gradivo.
44. --- 2009. *Letno poročilo SVZ Dutovlje za leto 2010*. Dutovlje: interno gradivo.
45. --- 2010. *Letno poročilo SVZ Dutovlje za leto 2011*. Dutovlje: interno gradivo.
46. --- 2012. *Dokument identifikacije investicijskega projekta*. Dutovlje: interno gradivo.
47. --- 2012. *Letno poročilo SVZ Dutovlje za leto 2011*. Dutovlje: interno gradivo.
48. --- 2013. *Letno poročilo SVZ Dutovlje za leto 2012*. Dutovlje: interno gradivo.
49. --- 2013. *Živim na novo. Zbornik ob 10-letnici dislocirane enote Sežana*. Sežana: interno gradivo.
50. --- 2014. *Letno poročilo SVZ Dutovlje za leto 2013*. Dutovlje: interno gradivo.



51. --- 2015a. *Letno poročilo SVZ Dutovlje za leto 2014*. Dutovlje: interno gradivo.
52. --- 2015b. *Že trideset let delamo s srcem. Zbornik ob 30- obletnici SVZ Dutovlje*. Dutovlje: interno gradivo.
53. --- 2016. *Letno poročilo SVZ Dutovlje za leto 2015*. Dutovlje: interno gradivo.
54. *ŠENT Slovensko združenje za duševno zdravje*. Dostopno prek: <http://www.sent.si/> (18. maj 2016).
55. Škerjanc, Jelka. 1996. *Zgodba o ekologiji in moči*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
56. Švab, Vesna. 1996. *Duševna bolezen v skupnosti*. Radovljica: Didakta.
57. -- 2015. *Obravnava v skupnosti*. Ljubljana: Šent - Slovensko združenje za duševno zdravje.
58. Tavčar Medič, Sonja. 1976. Iz zgodovine razvoja psihiatrije. *Obzornik zdravstvene nege* 10 (6). Dostopno prek: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Vsebina.aspx?letnik=10&stevilka=4&leto=1976> (18. april 2016).
59. *Ustava republike Slovenije*. Ur. l. RS 47/13 (31. maj 2013).
60. Videmšek, Petra. 2013. *Iz institucij v skupnost. Stanovanjske skupine nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
61. *Zakon o duševnem zdravju*. 2008. Ur. l. RS. 77/08 (28. julij 2008).
62. *Zakon o socialnem varstvu*. 1992. Ur. l. RS 54/92 (13. november 1992).
63. Zaviršek, Darja, Jelka Zorn in Petra Videmšek. 2002. *Inovativne metode v socialnem delu: Opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje*. Ljubljana: Študentska založba Skripta.

## **PRILOGE**

### **PRILOGA A: INTERVJUJI V FOKUSNI SKUPINI**

#### **1. Na nujnost procesa deinstitutionalizacije strokovna javnost opozarja že leta. V SVZ Dutovlje je bilo v tej smeri narejenega precej. Katere so bile, po vašem mnenju, bistvene spremembe, ki so bile v tej smeri uvedene oz. se še uvajajo?**

Udeleženka 1:

*»Po mojem mnenju so vse spremembe v tej smeri bistvene. Pomembno je poimenovanje (oskrbovanci – stanovalci). Pomembno je tudi to, da smo odprli – v pravem pomenu besede, vse domove (prej oddelki), pa da smo ukinili sobo za pomirjanje, ki sploh ni bila primerna za ta namen, ukinili smo vezanje s pasovi, poostrili nadzor nad uporabo varovalnih ukrepov, kot so posteljne ograjice in z veliko majhnimi premiki v samem Zavodu. Velik korak je pomenilo odpiranje dislociranih stanovanjskih skupin, ki je omogočil našim stanovalcem bivanje v skupnosti. Ena od metod, ki se je trenutno najbolj spomnim je individualna obravnava stanovalcev preko individualnega načrta, pri izdelavi katerega stanovalec aktivno sodeluje. Delo s sostanovalcem in ne namesto njega, delo v skladu z njegovimi željami in cilji, ki si jih postavi, pri tem pa mu pomagati, da si postavi realne cilje v skladu z možnostmi.«*

Udeleženka 2:

*»Več korakov je, ki so po moje doprinesli ključne spremembe v zavodu. Osnova je bil Nacionalni program socialnega varstva od leta 2000 -2005 in priprava Akcijskega načrta zavoda, ki je sovpadal z zaposlitvijo novega strokovnega vodje. S tem je prišlo do izgube moči psihiatrinje, ki je stanovalcem delila kazni in pohvale, kar pomeni tudi izgubo moči medicinskega modela. Spremenili smo »Program rehabilitacije in resocializacije« v Individualni načrt po Brandonu in izobrazili tudi drugih zaposlene o tem. Oblikovana je bila skupina za krepitev moči stanovalcev in delavcev, s peticijo stanovalcev in delavcev za odprtje vhodnih vrat smo ta odprli in s tem so stanovalci dobili proste izhode, ki niso bili več pogojevani. Leta 2003 je bila odprta prva stanovanjska skupina, ki je končno dala stanovalcem možnost, da res zaživijo v skupnosti in da lahko aktivno prispevajo k svojemu življenju. To je največji korak na poti deinstitutionalizacije zavoda. Kasneje so se v zadovoljstvo stanovalcev širile.«*

#### Udeleženka 3:

*»Novo strokovno vodstvo po letu 2000 je bilo odprto do novejših strokovnih pristopov v obravnavi stanovalcev. Podprlo je strokovne delavce in ti so pridobili na samozavesti in vplivu. S skupno akcijo stanovalcev in delavcev se je doseglo odprtje vrat zavoda in končno so lahko stavbo zapustili kadarkoli so želeli in niso bili več časovno omejeni. Ukinili smo sobo za umirjanje. Kakšna soba za umirjanje vendar!? Zaposleni smo ji rekli »bunker«, brez okna, temne stene, razpokana tla ... in na stropu luč, ki je sodila v disko ne v sobo za umirjanje in je stanovalce še dodatno vznemirjala. Odprli smo bivalne enote. Sledilo je zaposlovanje varuhov in več strokovnih delavcev. S stanovalci smo se začeli udeleževati različnih prireditev v zunanjem okolju, festivalov in začeli sodelovati z vasjo.«*

#### Udeleženka 4:

*»Prenehale so javne obravnave in podeljevanje kazni za neprimerno vedenje. Črnega zvezka ne bom nikoli pozabila. Vpeljali smo drugačen, bolj pozitiven odnos do stanovalcev. Spremenili smo terminologijo in prej »varovance« oz. »oskrbovance« preimenovali v »stanovalci«. Prišlo je do odprtja vrat zavoda, ukinili smo prisilna sredstva. Stanovalcem smo začeli namenjati več pozornosti, v ospredje je prihajalo bolj poglobljeno razumevanje stanovalca, njegove življenjske zgodbe, uvedli smo individualne načrte, ki so začeli slediti željam in potrebam stanovalcev in nismo več mi vedeli, kaj je dobro zanje. Zmanjšali smo število stanovalcev na varovanem oddelku, stanovalci so dobili možnost gibanja znotraj zavoda in izven njega na podlagi analiz tveganja. Zavod smo odprli navzven in se povezali z lokalno skupnostjo, stanovalci so dobili možnost vključevanja v družbo, v skupnost... organizirali smo izlete, letovanja, odprli dislocirane bivalne enote.«*

#### Udeleženka 5:

*»Bistveno je bilo odpiranje vrat – izhodi niso bili omejeni na eno ali dve uri dopoldan ali popoldan. Izhod ni bil več vezan na to, ali je stanovalec delal v delovni terapiji, telovadil .... Meni je bilo to grozljivo. Včasih sem kar napisala, da je bil nekdo aktiven samo zato, da je lahko šel ven. Zdaj si to upam povedati. S stanovalci smo začeli delati individualno in veliko več v manjših skupinah, ki so prilagojene njihovim zanimanjem. Pri tem se izhaja iz individualnega načrta, ki je oblikovan na podlagi potreb, želja, zanimanj in ciljev, ki si jih stanovalec sam postavi. Meni je zelo pomembno, da izhajamo iz tega, kar si stanovalec želi in pričakuje. Odhajati so začeli ven. Vključevanje stanovalcev v aktivnosti v zunanjem okolju je dalo zaposlenim možnost, da stanovalca vidimo v popolnoma novi luči, največkrat se izkaže,*

*da so veliko bolj odprti, iznajdljivi in samostojni kot si predstavljamo sami. Vseh nas presenetijo. Če že nas, kateri smo vsak dan v odnosu z njimi, kako šele lahko pozitivno presenetijo v skupnosti in hkrati pridobijo izkušnjo zase.«*

Udeleženka 6:

*»Končno se je vprašalo stanovalca kaj on/ona želi in pričakuje. Začelo se je delati z njim, za dosego njegovih ciljev. »Že to, da smo uvedli izdelavo individualnega načrta z načrtovalcem, ki je navadno strokovna delavka in seveda s stanovalcem, ki je pri tem ključen. V začetku mojega dela stanovalec pri tem ni imel nič besede, v kasnejših letih malo. Uvedba takega individualnega načrta, ki poteka še sedaj, to se mi zdi dobro izvedeno. Dobro je bilo, da smo v pripravo Akcijskega načrta do leta 2005 vključili vse akterje in s tem v zvezi tudi odprtje prve stanovanjske skupine in dane smernice za bodoče delo v tej smeri.«*

Udeleženka 7:

*»Proces deinstitucionalizacije je potekal postopoma. Ko sem začela delati v SVZ Dutovlje, so ravno odprli vrata največjemu-sprejemnemu domu, na katerega so bili nekoč nameščeni vsi novo sprejeti stanovalci. Tu so bili zato, da bi jih zaposleni bolje spoznali in ne zato ker so bili nevarni. Bolj zaradi strahu zaposlenih pred neznanim, pred nevarnostjo. To je bil tik pred mojim prihodom velik korak tudi korak k zaupanju stanovalcem. Prenehale so tudi javne obravnave in podeljevanje kazni za neprimerno vedenje. Stanovalci so postopoma dobili proste izhode (z izjemo tistih na varovanem domu..) in začeli smo poudarjati, da živijo doma (v hotelu) zato da bi se pri zaposlenih presegli občutke in način bolnišnične obravnave. Velik korak je bil seveda odprtje nove DE v Sežani in nato odprtje vsake nadaljnje DE enote ter širjenje v Postojno. Bilo je veliko majhnih korakov, ki so postopoma privedli do velikih sprememb. Med drugim tudi zaposlovanje novega profila delavcev-varuhov ter večjega števila strokovnih delavcev....Pa številna izobraževanja v tej smeri, ki so pripomogla k drugačnemu videnju stanovalcev in posledično bolj socialnemu načinu dela.«*

Udeleženka 8:

*»Odpiranje bivalnih enot izven zavoda, izven vasi Dutovlje v Sežani in kasneje v Postojni je bil velik korak k deinstitucionalizaciji. Te stanovalci obiskujejo splošnega zdravnika, zobozdravnika in psihiatra v kraju kjer trenutno bivajo. Vsi stanovalci hodijo sami ali v spremstvu zaposlenega dvigujejo svoj denar na banki v kraju katerem živijo. Prav tako v mestu opravljajo vse druge potrebe in obveznosti. Odpiranje bivalnih enot je omogočilo tudi*

*izboljšanje vsaj bivalnega standarda stanovalcem v matični stavbi. Pomembno se mi zdi, da se pri delu s stanovalci izhaja iz Individualnega načrta, ki je sestavljen skupaj s stanovalcem in izhaja iz ciljev, ki si jih stanovalec zastavi sam. Individualno delo v stanovalcem je v ospredju. V manjši skupini posameznik pride bolj do izraza, lahko več prispeva v skupnost in je posledično bolj sprejet in zadovoljen.«*

**2. Uvajanje novih pristopov neizbežno terjaja prehod od medicinskega k socialnemu modelu obravnave stanovalcev. Kako uvajanje novih pristopov doživljate zaposleni? Se čutijo trenja med zdravstveno in socialno stroko? Kako jih rešujete?**

Udeleženka 1:

*»Po mojem mnenju teče uvajanje novih pristopov prepočasi. Ja, tu je velik razkorak med strokama in na žalost je osebje iz zdravstveno negovalne smeri v večini. Nove pristope sicer načeloma sprejemajo a v praksi se zatika, ker gledajo na stanovalce kot na paciente oz. kot na neke otroke, ki niso sposobni prevzeti odgovornosti za svoje vedenje, obnašanje, dejanja, zdravje...in jim s tem jemljejo tudi moč in samospoštovanje..*

*Konflikte skušamo reševati s pogovorom, a največkrat s strani zdravstvenih delavcev ni posluha.*

Udeleženka 2:

*»Timsko delo je nujni predpogoj za komplekso obravnavo in podporo posamezniku, da lahko dosega zastavljene cilje. Tim dislocirane bivalne enote deluje trdno in povezano, stroke se med seboj dopolnjujejo z istim skupnim ciljem, doseganje čim večje samostojnosti in zastavljenih ciljev stanovalca. Medicina in sociala delata z roko v roki. Dobro delovanje tima z dopolnjevanjem strok se odraža na doseganju ciljev, ki si jih zastavi stanovalec. V dislocirani enoti v Sežani že od samega začetka delamo na psihosocialni obravnavi stanovalcev. Dopolnjevanje strok se odraža tudi na stanovalcih.«*

Udeleženka 3:

*»Trenja so zelo velika. Zaradi velikih razhajanj v pristopu do stanovalca prihaja pogosto do konfliktov med člani tima. Ko želimo poiskati pomoč pri razreševanju nastale situacije pri vodstvu, le to vrne dogodek v reševanje timu. Sami tako velikih razhajanj ne zmoremo preseči«*

Udeleženka 4:

*»Trenja med zdravstveno in socialno stroko vidim kot precej povezana in odvisna od človeka samega. Odvisno od človeka. Lahko je popoln »medicinc« ampak tudi v medicini so nas učili, da moramo gledati na človeka kot celoto. Če je kdo to preslišal ali pa tega ne uporablja pa je stvar srca. Se pa vsi učimo. In to učenje in večanje naše empatije je ključnega pomena za uspešno delo.«*

Udeleženka 5:

*»Dobrodošli so modeli in pristopi, ki gledajo na človeka kot celoto in spoštujejo njegovo edinstvenost. Taki, ki izhajajo iz individualnih potreb in želja, ne glede na stroko. Trenja se čutijo med vsemi poklicnimi skupinami, med vodstvom in delavci. Trudimo se, da jih presegamo s pogovorom, da imajo zaposleni možnost povedati svoje poglede in da slišijo tudi poglede drugih. Se pa to zelo razlikuje med posameznimi delovnimi timi in pri tem smo preveč prepuščeni sami sebi. Pogrešam več sodelovanja vodilnih.«*

Udeleženka 6:

*»Čeprav je prehod med enim modelom in drugim strokovni problem, dilema, ki spada bolj v 60. leta, je tukaj tema še zelo aktualna. Po mojem mnenju je v SVZ Dutovlje prisoten »prehod« med modelom, na eni strani, ki zagovarja »sodobnejše« pristope, med katerimi spada tudi razumevanje in sprejemanje stanovalce kot sočloveka, z lastnimi potrebami in željami, s spoštovanjem do njega in do vseh njegovih potreb (tukaj spada seveda zahteva da stanovalci upoštevajo vsa pravila, zakone itd) in na drugi strani »pristopom«, (ki po mojem mnenju ne izvira več iz medicinskega modela), v katerem, če v opisu malo pretiravam, je stanovalec skoraj dehumaniziran, ni človek ampak le tisti - tisto, ki le nekaj zahteva, »se jezi, nesramen, manipulira, dela nalašč, agresiven, nevaren, niti noža ne sme imeti ob obrokih, da ne bi koga poškodoval, nepredvidljiv...«. Pri tem opisu sem namenoma pretiravala, hočem poudariti, da ne gre tukaj za medicinski model, ampak za celo vrsto pritiskov in vplivov, ki jih povzroča institucija (totalna ali skoraj) kot taka (Flaker, Basaglia, Foucault) - nadzor, omejevanje, preveč zaščitniški pristop in prisila. Iz tega vidika je vsako najmanjšo uvajanje katerikoli spremembe v smeri deinstitucionalizacije izredno težko – saj so se nekateri zaposleni počutili ogroženi, ker proces deinstitucionalizacije vsekakor briše meje med stanovalci in zaposlenimi ... trenja so močna. Rešujemo jih s sestanki, ukrepi, strokovni sveti, izobraževanji, pogovori... Včasih uspešno, drugič manj. Ostaja velika skupina zaposlenih, ki sprememb v tej smeri nikakor ne sprejema, nismo jih uspeli prepričati.«*

Udeleženka 7:

*»Vsaka sprememba seveda prinaša tako navdušenja kot tudi številne upore. Zaposlovanje večjega števila delavcev, ki poudarjajo socialno obravnavo stanovalcev (večje število strokovnih delavcev, animatorji, varuhi) je pri zdravstveni stroki najprej povzročilo nelagodje in nesprejemanje. To je izhajalo najverjetneje tudi iz občutka jemanja moči. Nekoč so namreč zdravstvene sestre vse same vodile in življenje v zavodu je po njihovih pripovedovanjih potekalo zgledno, sedaj pa kopica novih delavcev v zavod vnaša nered in zmešnjave. Poleg tega jim novo zaposleni še »solijo pamet« in tako neposlušni so. Med socialno in zdravstveno stroko je bil nekaj časa velik prepad, ki pa upam, da se bo s poudarjanjem timskega dela postopoma zmanjševal. Ta prepad je bil v DE namreč v veliki meri presežen.«*

Udeleženka 8:

*»S preselitvijo in začetkom dela v bivalni enoti je bilo razhajanje med posameznimi strokami precej in so bila občutna. Vsi smo mislili, da moramo vztrajati na okopih. Počasi smo se vedno bolj spoznavali in tudi stik s stanovalci je bil veliko bolj intenziven kot v zavodu. Veliko smo se pogovarjali o namenih in ciljih našega dela in spoznavali delo drug drugega. Vedno bolj smo spoznavali, da se naše delo še kako prepleta in pogojuje. Danes socialna in zdravstvena stroka sodelujeta. Enakovredno sodelovanje vseh članov tima daje zaposlenim možnost, da bolje spoznajo stanovalca, ki ima bistveno vlogo v delovnem procesu. Veliko je pogovarjanja in dogovarjanja med stanovalci in zaposlenimi in iskanja rešitev za doseganje zastavljenih ciljev stanovalca.«*

**3. Katere so bile, po vašem mnenju, težave in bistvene pomanjkljivosti pri uvajanju novosti, na kakšen način ste se oz. se soočate z njimi in kako ste jih oziroma jih še odpravljate?**

Udeleženka 1:

*»Organizirana so enkratna izobraževanja na različne teme. Več izobraževanj je bilo izvedenih na temo medsebojne komunikacije. Sama sem bila udeležena na nekaterih. Izobraževanja so teoretična. Praktičnega izkustva omogočajo malo, teorija pa izzveni. Zaposleni pogosto povedo, da so predavanja preveč strokovna in jih težko razumejo. Vodstveni delavci premalo delajo s preostalimi delavci v smeri spremembe miselnosti in pri motivaciji zaposlenih za uvajanje novosti. Kot strokovna delavka čutim premalo podpore pri svojem delu in pri*

*reševanju razhajanj med strokami, ki jih je še veliko. V konfliktnih situacijah smo prepuščeni sami sebi. V vseh letih se je kljub težavam, s katerimi se srečujemo, nabralo kar nekaj dobrih praks, ki tonejo v pozabo. Pogrešam tudi povratne informacije na opravljeno delo.»*

**Udeleženka 2:**

*»Sama menim, da je premalo izobraževanja prav na temo deinstitucionalizacije, ki bi bilo nujno potrebno za premik v miselnosti zaposlenih. Nujno je povezati socialno in zdravstveno usmerjene zaposleni. Potrebno je sprejeti miselnost, da je sodelovanje nujno potrebno in edino možno, saj je potrebno v ospredje postaviti stanovalca z njegovimi potrebami in cilji. Ko postavimo sebe kot strokovnjaka na drugo mesto hitro vidimo, da naša moč ni več pomembna in sodelovanje med strokami steče. Sicer pa je težko dobiti primerne lokacije za odpiranje novih stanovanjskih skupin. V Sežani nam je pravkar ena lokacija propadla, zaradi birokratskih zadev in pogojev, ki jih zahteva ministrstvo, glede na to, da smo na tej preselitvi delali že pol leta, je bil to udarec za vse – sledilo je veliko individualnih pogovorov s stanovalci ter razčiščevanje in racionalizacija na tiskih srečanjih.»*

**Udeleženka 3:**

*»Posamezne novosti kot npr. zadnja reorganizacija zavoda, ki je tudi korak v procesu deinstitucionalizacije se opravljene prehitro, premalo načrtovano. Ker so delavci premalo seznanjeni z namenom sprememb je upor veliko večji. Pri tem vodstvo naleti na odpor zaposlenih. Slednji se je zmanjšal z dobrimi izkušnjami s preteklosti in pa seveda s številnimi izobraževanji in pogovori. Veliko težavo predstavlja zasedenost s kadri. Zaradi odhodov v stanovanjske skupine jih v zavodu ostaja premalo, stanovalci pa potrebujejo vedno več pomoči saj v zavodu ostajajo zahtevnejši stanovalci (nega, varovanje, vedenjsko zahtevnejši ... ). Poleg tega so tu še finančne dileme, težave pri iskanju primernih lokacij ter pri pripravi okolja na naš prihod in sprejemanj duševnih bolnikov v soseščini.»*

**Udeleženka 4:**

*»Težave so tudi pri stanovalcih: nekatere težko »prepričamo«, da pomeni življenje izven institucije bolj kakovostno življenje. Strah jih je pred vračanjem v normalno okolje, pred gospodinjskim delom, pred prevelikim nadzorom osebja. Pri nekaterih je prisoten tudi institucionalizem, počutijo se bolj varni v institucij tudi zaradi večjega fizičnega prostora in večje čustvene »razdalje« v odnosu z zaposlenimi ... Problem je tudi pri nas zaposlenih: sami imamo veliko pomislekov za selitev nekaterih stanovalcev v zunanje bivalne enote. Rešujemo*



*jih tako, da prisluhnemo članom tima, samemu stanovalcu, strokovnim delavcem, si izmenjujemo mnenja, sestanki s CSD, svojci ... Več stanovalcev, posebej v dislociranih bivalnih enotah se zelo uspešno vključuje v opravljanje različnih del v zunanjem okolju. O tako uspešnih projektih v matičnem zavodu skoraj nismo seznanjeni.«*

Udeleženka 5:

*»V prvi vrsti se težave nanašajo na financiranje dejavnosti, na iskanje ustreznih novih prostorov ter na kadrovsko strukturo in organizacijo. Veljavni Nacionalni program socialnega varstva 2013 – 2020 ne predvideva popolne razselitve javnih socialno varstvenih zavodov, kar pomeni, da je potrebno vzdrževati velike institucije, jih obnavljati in preurejati. To terja visoke stroške. Hkrati nastajajo z odpiranjem dislociranih enot novi stroški. Prihodki ostajajo enaki. Težava je v zagotavljanju potrebnega kadra, ki se ob odpiranju novih bivalnih enot proporcionalno premešča v enote hkrati pa na matični lokaciji ostajajo stanovalci, ki potrebujejo več pomoči in podpore, več storitev, ki jih z obstoječim kadrom ni moč kakovostno izvajati. Nadalje veliko zaposlenih še vedno ni sprejelo novih metod dela in socialnega modela obravnave stanovalcev kar pomeni, da razvoja v tej smeri s svojimi dejanji ne podpirajo oziroma ga ne prepoznajo kot potrebnega, kaj šele nujnega. Odpiranje bivalnih enot je nujno zaradi prenatrpanosti zavoda, težava pa je v tem, da se večina stanovalcev ne želi seliti iz zavoda v bivalne enote. Stanovalci potrebujejo veliko spodbude za selitev in veliko podpore. Stanovalci, ki so že več let v instituciji preselitve v dislocirane enote kategorično zavračajo. V dislociranih enotah so odnosi s stanovalci bolj tesni, meje so bolj zabrisane, kar prinaša nove težave in izzive, ki pa se jih uspešno rešuje z dobrim timskim sodelovanjem in ustreznim vodenjem.«*

Udeleženka 6:

*»O vsebinah podanih na predavanjih se kasneje več ne pogovarjamo. Izobraževanja so organizirana v zavodu, da zaobjamejo čim večje število zaposlenih, hkrati pa smo vključeni v delovni proces in zato ne moremo zbrano sodelovati na izobraževanjih. Pogosto moramo vmes izobraževanja zapustiti in se vrnemo šele čez čas. Tako se izgubi osnovni namen izobraževanja in ostanejo samo številke. To je velika škoda.«*

Udeleženka 7:

*»Pred 15-mi leti smo v projektnih skupinah oblikovali prvi Akcijski načrt zavoda. Zaposleni smo se čutili poklicani k ustvarjanju skupne nadaljnje usmeritve Zavoda in s tem tudi našega dela. Kasneje je vodstvo spremembe načrtovalo znotraj zelo ozke skupine zaposlenih.*

*Zaposleni ne vedo čemu so spremembe potrebne, ohranjajo izredno zaščitniški odnos do stanovalcev, premalo je ustreznih izobraževanj na to tematiko. Posebej pogrešam notranja izobraževanja, ki bi omogočala obravnavo in odprt pogovor na podlagi konkretnih primerov. Prav tako je v zavodu veliko uspešno izvedenih praks, ki ostajajo neopažena, a bi lahko motivacijsko delovala na zaposlene in jim omogočila uvid v smisel opravljanja dela. Pred leti sta se dva stanovalca poročila, gospa je imela celo v celoti odvzeto poslovno sposobnost in je šlo za edinstven primer v državi. Veliko zaposlenih poroke ni odobravalo. Zveza je trdna še danes kljub kar nekaj težavam s katerimi sta se zakonca ta čas morala soočiti. Lahko bi bila vzor marsikomu. Je pa dogodek tonil v pozabo.»*

Udeleženka 8:

*»Spremembe se uvajajo »ad hoc«, brez vnaprejšnjih predstavitev in možnosti za odprto komunikacijo. Zaposleni ne vedo čemu se nekaj uvaja. Zato se počutijo ogroženi in se upirajo. Veliko je nejasnosti in nedorečenosti. Veliko zaposlenih ne razume zakaj so spremembe potrebne in tudi si ne upajo vprašati za razlago le-teh. Odpravljanje nejasnosti je dolgoročni proces, saj stvari moramo v prvi vrsti razumeti dobro mi in jih potem predati naprej. Po mojem je tudi velika pomanjkljivost nezadostna vključenost stanovalcev v nove procese. Premalo je tudi pohval za dosedanje delo.»*

**4. Zavod je pred leti veljal za institucijo »zaprttega tipa«. Stanovalci so v bližnjo vas odhajali le redko in za kratek čas. Kako je »odpiranje vrat« zavoda sprejela lokalna skupnost? Kako ocenjujete sodelovanje z lokalnimi skupnostmi v katerih živijo stanovalci v dislociranih enotah?**

Udeleženka 1:

*»Odprtost je lokalna skupnost sprejela razmeroma dobro. Sicer so se pripombe pojavljale ves čas in sicer glede posameznih stanovalcev, ki so imeli res hude motnje vedenja. V zadnjem času postajajo vaščani do stanovalcev zopet nestrpni predvsem zaradi njihovega beračenja, ki velikokrat poteka na zelo vsiljiv način. S tem postajajo vedno bolj nestrpni tudi do drugih stanovalcev in sicer že zaradi malenkosti, ki jih pri ostalih prebivalcih ne motijo. Velik je tudi pritisk na zaposlene in vodstvo Zavoda, da bi imeli zopet zaprta vrata za vse in izhode le v spremstvu zaposlenih.»*

Udeleženka 2:

*»Tako po odprtju vrat sem začela delati v dislocirani enoti in sem bila pozorna bolj na Sežano. Kolikor se spomnim, v začetku ni bilo večjih problemov, saj so bili stanovalci, še vedno disciplinirani na posledice (par dni za takratnem »zaklenjenem« oddelku zavoda, cel dan v pižami, brez cigaret, ...). Čutili pa smo velik pritisk, tako s strani zavoda (ker je veljala miselnost, da gredo le za kratek čas), kot iz okolice. Večjih težav ni bilo. Stanovalci in delavci enote smo bili visoko motivirani, da nas okolje dobro sprejme. Pridobili smo delo (čiščenje bloka), kar je veliko pripomoglo tako k samozavesti in koristnosti stanovalcev, kot miselnosti sosedov in okolice. Ustvarili smo veliko projektov s ciljem vključevanja in povezovanja z ustanovami in skupnostjo, na ta način smo bili kmalu povabljeni tudi z njihove strani v različne vsebine. Danes se počutimo zelo sprejete. Zavedamo se, da je potrebno v dobre odnose in prepoznavna uspešna sodelovanja neprestano vlagati svoje moči.«*

Udeleženka 3:

*»Mislim, da ni bila lokalna skupnost ravno navdušena nad odpiranjem zavoda navzven, saj jim je bilo obljubljeno, da bo zavod ostal zaprtega tipa. Še danes imamo v lokalni skupnosti težave z nekaterimi stanovalci.«*

Udeleženka 4:

*»Celostno gledano smo tako delavci kot stanovalci v vasi zelo dobro sprejeti. Težave, ki so, rešujemo skupaj, s pogovori, našim pojavljanjem v vasi (spremljanje stanovalcev, prireditve, sestanki vodstva in predstavnikov krajevnih skupnosti, pogovori s trgovkami ...)«*

Udeleženka 5:

*»Srečujemo se s težavami, ki so čisto normalna stvar, glede na število oseb, ki živi v zavodu in glede na majhno število prebivalcev v vasi. Kljub vsem pritožbam, sestankom itd, sem mnjenja, da so vaščani še vedno še kar tolerantni.«*

Udeleženka 6:

*»Lokalna skupnost nas je kljub začetni zadržanosti, ki je razumljiva, lepo sprejela. Poznam bolj v Postojni. Sodelovanje je odlično, delavci imajo veliko zaslug da je tako.«*

Udeleženka 7:

*»Lokalna skupnost je načeloma tolerantna do naših stanovalcev, se pa vedno najdejo posamezniki, ki nas težko sprejemajo. V določenem obdobju je bil pritisk iz KS še posebej intenziven tudi zato, ker smo imeli v zavodu večje število stanovalcev, ki so bili nevodljivi, sam sistem pa je bil in je še po številnih vpeljanih novostih pomanjkljiv do te mere, da je onemogočal omejevanje tudi najtežavnejših stanovalcev. V posameznih primerih smo namreč tudi zaposleni brez moči in zaradi posameznikov v KS naraste nestrpnost do vseh stanovalcev zavoda. Sicer pa smo skozi čas dosegli zadovoljivo sodelovanje. V dislociranih enotah so sosedge stanovalce sprejeli. Ponekod zaposleni navajajo, da se počutijo kot dežurni krivci za vse kar se dogaja v bloku, vendar so te izkušnje redkejše od pozitivnih. Nekateri stanovalci, ki so v novem okolju že dalj časa povedo, da so s sosedi razvili dobre, prijateljske odnose, med sosesko pomoč in da se počutijo kot »pravi« sokrajani.«*

Udeleženka 8:

*»Kmalu po vselitvi so nekateri sosedge izražali skrb in nezadovoljstvo, ki pa je kmalu na podlagi dobrih izkušenj pojenjalo in se razvilo v spoštljivo med sosedsko sodelovanje. Stanovalci in zaposleni smo se močno angažirali, prevzeli svoj del skrbi za urejenost stanovanjskih blokov v katerih živimo in si z med sosedsko pomočjo pri skrbi za urejenost in varnost zunanje okolice, v zimskem času kidanje snega, kmalu pridobili zaupanje in naklonjenost. Dogovorili smo se za sodelovanje na posestvu v bližini. Iščemo nove stike v lokalnem okolju in smo usmerjeni na zadovoljevanje interesov stanovalcev. V okolju smo že precej prepoznavni. Sodelujemo z lokalnimi društvi in organizacijami. Počutimo se sprejete in domače.«*

**5. Kako, po vašem mnenju, spremembe občutijo in doživljajo stanovalci? Katere spremembe najbolj pozdravljajo, so mogoče do katerih bolj zadržani?**

Udeleženka 1:

*Menim, da spremembe sprejemajo in jih doživljajo pozitivno. Predvsem proste izhode, ukinitve sobe za pomirjanje t.i. bunkerja, individualno načrtovanje in dajanje poudarka na njihove potrebe. Včasih sicer sami prosijo za omejitve in se zavedajo, da tega sami ne zmorejo. Mislim, da je prav to tisto pozitivno pri stanovalcih – zavedanje kaj zmorejo in za kaj rabijo pomoč. Pri stanovalcih, ki že dolga leta živijo v zavodu, pa je razumljivo prisotnega veliko strahu pred premestitvami v dislocirane enote. Stanovalce pripravljamo s svetovanjem,*

*spodbujanjem, podporo pri premagovanju strahov. V okviru delovne terapije se učijo pripravljati osnovno stvari pri kuhanju, pospravljanju. Nekateri gredo predhodno v dislocirane enote na dopust, da se lažje odločijo ali se premestijo ali ne. Potrebujemo veliko spodbude in podpore v tej smeri. Veliko jim pomaga tudi sprejetost v stanovanjski skupini. Tako s strani osebja, kot s strani sostanovalcev.«*

Udeleženka 2:

*»Za prvo stanovanjsko skupino je prišla pobuda prav od stanovalcev, ki so si te spremembe želeli – seveda z opolnomočenjem. Pred tremi leti, sem v Sežani v manjši raziskavi prišla do zame presenetljivih podatkov, da si samostojnejše bivalne enote v Sežani ne želijo, sploh si niso želeli nobenih sprememb. V povezavi z zavodom, pa opažam, da želje po preselitvi zelo padajo, kar pripisujem institucionalizmu obojih stanovalcev in osebja. Kolikor vem, ni čakalne vrste za preselitev. V Sežani skozi individualne načrte potiskamo stanovalce naprej, v mislih imam samostojnejše oblike, vendar naprej nočejo, oz. navajajo osebne ovire, finančne, pa tudi družbene.«*

Udeleženka 3:

*»Za stanovalce je odpiranje zavoda navzven pomembno saj jim omogoča vključevanje v skupnost in spremembe za stanovalce so dobrodošle, saj je če ne postane življenje v zavodu enolično in monotono. Velika večina še ne želi zapustiti zavoda, saj meni da jim v zavodu ni potrebno delati in se jih pusti pri miru. Pripravljamo jih z pogovorom, obiskom bivalnih enot, možnost jim damo dopusta v bivalni enoti, ... Pri tem pogrešamo čas, kateri nam velikokrat zmanjka za razlago in potrebno spodbudo. Pozitivno mislim da je to, da stanovalci iz bivalnih enot obiščejo zavod in sami predstavijo življenje v bivalnih enotah.«*

Udeleženka 4:

*»Mislim, da najbolj pozdravljajo odprtost zavoda in primernejši odnos s strani večine zaposlenih. Predvsem več poslušanja. Zadržani so do naših pričakovanj in motiviranja, da sami več naredijo zase. Najbolj, po mojem, pogrešajo gotovost in s tem varnost glede vprašanja o odpiranju novih enot. Pogosto se govori, da bo in potem »pade v vodo« in to prinaša stanovalcem velika razočaranja. Pripravljamo jih z izkušnjo – tisto izkušnjo, ki jo lahko ponudimo. Take izkušnje so razne spretnosti, kjer se postopoma, v tempu, ki je prilagojen posamezniku, stanovalec uči in prilagaja na nove življenjske situacije oz. da teh situacij ne doživljajo več kot ogrožujoče.«*

Udeleženka 5:

*»Večina so stanovalci zadovoljni, mlajši se čudijo nad prejšnjimi omejitvami glede izhodov, razpolaganja z denarjem, stiki z domačimi, odhodi na prireditve. Bolj zadržani so do selitve v dislocirane enote. Pomembno je, da se z njimi pogovorijo zaposleni katerim zaupajo, ki poznajo njihove potrebe, pozitivne lastnosti, da jih psihološko podpremo.«*

Udeleženka 6:

*»Stanovalci pozdravljajo proste izhode. Tisti, ki so v stanovanjskih skupinah so tam zelo zadovoljni in se nikakor ne bi več vračali v zavod. Veliko jim pomeni, da prosto razpolagajo s svojo žepnino in da jih pri tem noben več ne omejuje. Mlajši se čudijo omejitvam, ki so veljale pred leti in ne razumejo čemu je bilo tako. Stanovalci, ki so v zavodu se težko odločajo za selitve v stanovanjske skupine. Imajo več strahov, predvsem takih, ki se tičejo opravljanja gospodinjstkih aktivnosti in skrbi zase. Nekateri se bojijo odhodov ven in opravljanja opravkov v lokalnem okolju. Potrebujejo veliko spodbude za ta korak. Pri tem se kaže kot pozitivno, če predhodno obišejo stanovanjsko skupino in navežejo stik s tamkajšnjimi stanovalci, se seznanijo z zaposlenimi in pridobijo pozitivne vtise.«*

Udeleženka 7:

*»Stanovalci pozdravljajo proste izhode, sodelovanje pri načrtovanju življenja, soodločajo pri pripravi jedilnikov..., drugačen način obravnave - približevanje vsakemu posamezniku... Za starimi časi »žalujejo« predvsem takrat, ko se spominjajo skupinskih izletov in dogodkov ter ko ne omejimo oz. premestimo najbolj motečih stanovalcev. S stanovalci vodimo številne pogovore, jim omogočimo obiske v dislociranih enotah ter po želji in možnostih krajše dopuste. Vodimo delavnice kot so: učenje kuhanja, zeleni program, pralnica ..., kjer se lahko vključijo in pridobijo veščine za samostojnejše življenje. Pogrešamo pa večjo prožnost več sodelovanja med zavodom in dislociranimi enotami, tako da bi ob poslabšanju stanovalec bil nemudoma premeščen v zavod in nato vrnjen nazaj, kar bi preprečilo mnoge nevšečnosti.«*

Udeleženka 8:

*»Izražajo velik strah pred selitvijo v zunanje stanovanjske skupine, ko pa tam »zaživijo«, nam izkazujejo neverjetno hvaležnost in se od tam, razen izjem, ne želijo več seliti. O tem se veliko pogovarjamo na sestankih s stanovalci, v individualnih pogovorih, ves čas jih spodbujamo v tej smeri. V delovni terapiji obstaja in uspešno deluje »učna kuhinja«, ne samo, ampak tudi za pripravo stanovalcev, ki se želijo seliti. Morda smo na tem delali premalo. Po drugi strani –*

*kako boš človeka pripravil na normalno življenje, v umetnem okolju? Problem pa obstaja, ker se nekateri ne želijo seliti zaradi dolgega obdobja, ki so preživeli v instituciji.»*

**6. Kaj bi po vašem mnenju lahko pripomoglo k uspešnemu udejanjanju procesa deinstitucionalizacije v SVZ Dutovlje? Katere predloge bi glede na vaše dosedanje izkušnje, lahko podali?**

Udeleženka 1:

*»Proces deinstitucionalizacije poteka počasi. Za moje mnenje prepočasi. V nacionalnem programu do leta 2020 je načrtano, naj bi v skupnost odšlo bivati vsaj polovica stanovalcev, kasneje vsi. Menim, da tega s takimi finančnimi sredstvi, kot so nam na razpolago in obstoječimi kadrovskimi normativi ne bo mogoče doseči. Poleg tega bi morali za stanovalce, ki bodo ostali v zavodu prenoviti matično hišo zavoda, da bodo imeli podobne pogoje bivanja, kot tisti v DE. Tudi to bi zahtevalo velik finančni zalogaj.*

*Okrepiti bi bilo potrebno socialno usmerjen strokovni kader in okrepiti socialni model dela s stanovalci kateri je prvi pogoj za tako imenovano deinstitucionalizacijo. Spremeniti je torej potrebno razmišljanje večine zaposlenih. Stanovalcem je potrebno zaupati, da zmorejo. Prepustiti jim je potrebno odločanje o njihovem življenju in prepustiti jim je potrebno odgovornost za njihovo življenje. Dokler stanovalca selimo v drugo sobo, v drugi oddelek ipd. ker mu je trenutno poslabšano stanje mislim, da smo še vsi skupaj daleč od tega, kar naj bi deinstitucionalizacija bila. Paziti moramo tudi, da stanovanjske skupine ne bodo postale zavodi v malem....Proces sam bo torej še dolg, za mnoge stanovalce in osebe predolg.»*

Udeleženka 2:

*»Vodstvo bi moralo pripraviti na novo vizijo in razvoj zavoda ter pripraviti strategijo na kakšen način bomo proces peljali naprej.»*

Udeleženka 3:

*»Menim, da se bi moralo sistematično zaposlene ozaveščati, izobraževati o novih pogledih, metodah, jih motivirati za delo, jim zagotoviti primerne pogoje na delovnem mestu, za psihofizično zdravje. Nujno je aktivno sodelovanje vodstva s pozitivno naravnostjo in realnimi cilji ter sprotne evalvacije. Mogoče bi bilo smiselno poskusno zagotoviti prostore za bivalno enoto v zavodu, kot pripravljalnica za preselitev v dislocirano enoto. Zaposlenim bi*

*bilo mogoče smiselno dati možnost začasnega dela v dislocirani enoti, da bi lahko ta način dela spoznali in zmanjšali predsodke in strahove. Tistim, ki bi jih to zanimalo.»*

Udeleženka 4:

*»Potreben je jasen zapis in vizija razvoja zavoda ter kakšni bodo koraki za doseg le tega. Predlagam, da bi se posamezne korake sprotno osvetljevalo, npr. »naredili smo to, zdaj smo tukaj, naši nadaljnji koraki so ... na način, da bi bili delavcem razumljivi in posledično sprejemljivi. Prav tako stanovalcem. Nadalje bi bilo potrebno iskanje donacijskih sredstev za ureditev obstoječih in novih bivalnih pogojev, tudi novih dislociranih enot (Lions club...).«*

Udeleženka 5:

*»Pred nekaj leti smo organizirali interna izobraževanja za posamezne skupine zaposlenih, ki so jih vodile strokovne delavke Zavoda. Udeleženci izobraževanj so bili zadovoljni, veliko je bilo prostora za postavljanje vprašanj in razreševanje dilem na konkretnih situacijah, ki so bile vsem poznane. Na ta način se je poglobilo tudi sodelovanje med zaposlenimi samimi. Še večkrat potem so se nekateri delavci obračali name za konzultacije. Menim, da ji bil tak način izobraževanja večinskega števila zaposlenih ustrezen saj je izhajal iz prakse in reševal konkretne dileme.«*

Udeleženka 6:

*»Odpiranje novih bivalnih enot bi dalo novim zaposlenim in stanovalcem možnost, da se preizkusijo in verjamem, da bi večinoma pridobili pozitivno izkušnjo zato menim, da je potrebno intenzivno iskati nove lokacije in nadaljevati z intenzivnejšimi pripravami stanovalcev na selitev. Tako stanovalce kot delavce je potrebno opogumiti, podpreti, da si bodo upali narediti ta korak. To bi lahko izvedli z organiziranjem opolnomočnih skupin za oboje, kar se je v preteklosti že izkazalo za uspešno.«*

Udeleženka 7:

*»Proces deinstitucionalizacije poteka postopoma po korakih. Na proces je potrebno pripraviti tako zaposlene kot tudi stanovalce. Za to se bila potrebna številna izobraževanja zaposlenih in številni pogovori in prepričevanja stanovalcev, da so se odločili narediti nov korak k samostojnosti. Proces poteka sicer počasi, vendar po moji oceni vztrajno. Po mojem mnenju bi bil v zavodu velik korak narejen že z postavitvijo vodji timov, ki bi bile pripadnice socialne in ne zdravstvene stroke, saj vodja načrtuje in odloča o delu na domu. Potrebni bi bili tudi*



večji finančni vložki, ki bi zagotovili prenovo zavoda v smeri, da bi nastale manjše enote v katerih bi bilo stanovalcem omogočeno da živijo podobno, kot tisti v stanovanjski skupinah (kuhinja, dnevni prostor, 8 ljudi v enoti...). Seveda imam tu v mislih tiste stanovalce, ki življenja v dislociranih enotah ne zmorejo, sicer pa je potrebno proces nadaljevati v smeri odpiranja novih dislociranih enot. Kar se načina dela tiče pa v smeri večanja samostojnosti in odgovornosti in manjšanju pokroviteljskega odnosa do vseh, tako tisti ki bivajo v dislociranih enotah kot tistih v zavodu, tu imam v mislih deljenje cigaret, denarja ... Stanovalce, ki so sprejeti od doma bi morali nameščati neposredno v dislocirane enote, preden se nalezejo zavodskega lagodja, ki jih postopoma vodi v vse večji propad. Osebe bi se morale postopoma znebiti občutka tako velike odgovornosti saj je ta posledično povezana s ustvarjanjem pokroviteljskega odnosa ... smiselno bi bilo mlajše, ki imajo željo po delu, vključevati v razna dela mogoče v okviru invalidskih delavnic kar jim trenutno zakon onemogoča ... Predvsem na področju dela bi bilo potrebno narediti korak, ki bi osmislil življenje marsikateremu stanovalcu.«

Udeleženka 8:

»Stalnost in medsebojna povezanost delovnega tima se je pri delu v dislocirani enoti izkazala kot ključna pri sledenju zastavljenim ciljem. Menim, da je nujno graditi na konstruktivnih delovnih timih, v katerih se bodo posamezniki zavedali lastne odgovornosti za doseganje skupnih ciljev in jo začeli prevzemati. Za to je nujno izvesti ciljno usmerjena izobraževanja, podpreti vodje timov in s pozitivno motivacijo pristopiti k vsem zaposlenim. Ključni pomen vidim v sprotnem podajanju povratnih informacij za opravljeno delo in poudarkom na uspešno izvedenih projektih.«

**1. Na nujnost procesa deinstitucionalizacije strokovna javnost opozarja že leta. V SVZ Dutovlje je bilo v tej smeri narejenega precej. Katere spremembe v družbi so, po vašem mnenju, odločilno vplivale na zagon procesa deinstitucionalizacije v SVZ Dutovlje? Kateri ključni premiki znotraj SVZ Dutovlje so indicirali začetek procesa?**

*»Nujnost procesa deinstitucionalizacije je po mojem mnenju narekoval sam razvoj našega strokovnega dela v našem zavodu s poudarkom na upoštevanju našega stanovalca kot spoštovanja vrednega partnerja v procesu; kot videnje tega stanovalca kot osebo, ki ima zmožnosti, sposobnosti, ki je vreden, da možnost dobi in da se tudi preizkusi. Seveda smo morali ves čas nuditi za to ustrezne pogoje ( v okviru mogočega in realnega), saj smo zaposleni tisti, ki stanovalcu lahko pomagamo v pravi meri.«*

**2. Katere bistvene spremembe ste v SVZ Dutovlje v tej smeri uvedli?**

*»Že v prvem odgovoru nakazujem najbolj temeljne premike, ki so v tem našem procesu bili in so še vedno potrebni. To so »premiki v naših glavah«, v razumevanju oziroma prepoznavanju potreb posameznika na eni strani in možnosti na drugi strani. Temeljni premik je gotovo spoštovanje posameznika, s tem začneš spoštovati tudi njegove sposobnosti, mu jih pomagaš prepoznati, ga začneš spodbujati v njegovem razvoju, k čim višji stopnji samostojnosti pri vsakodnevem življenju in vključevanju v okolje. Na tem področju smo pred veliko leti skozi različne aktivnosti začeli stanovalcem nuditi razne zaposlitvene, prostočasne, kulturne, športne dejavnosti in jih skozi njih postopno vključevati v zunanje okolje. Tako se je postopno zavod začel odpirati, zmanjševati oziroma ukinjati smo začeli razna »omejevanja«, ki so v začetku delovanja zavoda postavljala stanovalce v manjvreden položaj.«*

*»Velik premik se je zgodil, ko smo se odločili, da ukinemo naše dotedanje prisilno sredstvo – »bunker«. To je bila majhna soba brez oken, kamor smo stanovalce v primerih krize zapirali. To je bila zloraba, uporaba hudega prisilnega sredstva, omejitve gibanja posameznika na par kvadratnih metrov brez sodnega postopka. S ponosom lahko povem, da smo bili prvi izmed posebnih zavodov, ki smo t.i. »bunker« ukinili in se odločili za drugačen pristop pri reševanju krize posameznika. Nov pristop je bil bolj prijazen, human, strokoven, naravnan na*

posameznika. Takrat smo začeli tudi bolj aktivno sodelovati z zunanjimi institucijami iz zdravstvenega in socialnega področja. Posledično so stanovalci začeli sprejemati in se seznanjati s svojimi pravicami na eni strani in dolžnostmi na drugi. Zelo pomemben, prvi tovrsten poskus v smeri opravljanja gospodinjskih dejavnosti je bil projekt »Samostojna priprava zajtrkov« v zavodu, (l. 2000) v katero se je vključila skupina stanovalcev, ki so želeli nekaj več postoriti zase v smeri višje stopnje samostojnosti pri opravljanju osnovnih dnevnih aktivnosti. V ta projekt so se vključili tudi nekateri stanovalci, ki so kasneje zaživel v prvi stanovanjski skupini v Sežani. 2003 smo odprli prvo stanovanjsko skupino v Sežani, kamor so se preselili 4 stanovalci iz zavoda. Proces odpiranja stanovanjskih skupin in selitve stanovalcev iz zavoda še poteka; trenutno imamo na 6 lokacijah v Sežani in Postojni 35 stanovalcev.«

### **3. Kako spremembe občutijo in doživljajo stanovalci? Kaj so stanovalcem prinesle dislocirane bivalne enote?**

»Veliko stanovalcev potrebuje pred odločitvijo za selitev veliko spodbude, ko pa se preselijo, se dotedanji morebitni strahovi pred neznanim razblinijo in zaživijo na novo, drugače. Zaživijo v manjši skupini, bolj so opaženi, bolj so spremljani, bolj se lahko individualno uveljavijo s svojimi značilnostmi. Večje možnosti udejstvovanja imajo, tako v domačih, hišnih opravilih, pa tudi vključevanja v zunanje okolje. Seveda je vse to odvisno veliko od vseh, ki z njimi delamo. Ko govorim s stanovalci, ki so se preselili, mi povedo, da so zelo zadovoljni z novim načinom življenja in veliko njih si ne želi več vrniti v zavod. Zelo očitno je, da jih bolj aktivno vključevanje v življenje osrečuje.«

### **4. Zavod je pred leti veljal za institucijo »zaprtega tipa«. Stanovalci so v bližnjo vas odhajali le redko in za kratek čas. Kako je »odpiranje vrat« zavoda sprejela lokalna skupnost?**

»Z lokalno skupnostjo veliko in ves čas sodelujemo. Zavod je za tako majhen kraj velik. Umeščeni smo dobesedno v vas, zato so se z leti, ko se je zavod odpiral, začeli pojavljati tudi bolj pereči problemi. Vemo, da so t.i. »problemi«, ki jih tudi vaščani izpostavljajo, problemi zaradi nekaj posameznih stanovalcev in njihovega občasno neprimernega vedenja. V veliki večini so pa stanovalci dobrodošli v vasi, saj ne povzročajo nikakršnih konfliktov, konec koncev porabijo tudi svojo žepnino v raznih lokalih, ki se nahajajo v Dutovljah. Vaščane in

*širšo javnost seznanjamo, da smo odprt zavod, da naši stanovalci imajo ustavne pravice, tako, kot vsi drugi državljani. Stanovalce pa spodbujamo k primernemu odnosu, lepemu vedenju v okolju, saj so le tako lepo sprejeti in se tudi sami dobro počutijo.«*

**5. Kako ocenjujete sodelovanje z lokalnimi skupnostmi v katerih živijo stanovalci v dislociranih enotah?**

*»V Sežani in v Postojni smo se zelo lepo umestili, temu je pripomoglo različno vključevanje naših stanovalcev v razne aktivnosti ob raznih prilikah, ki jih obe dislocirani enoti organizirata v sodelovanju tudi z drugimi ustanovami z različnih področij. Na ta način postajajo naši stanovalci enakovredni spoštovani člani skupnosti, kar gotovo zmanjšuje stigma duševne bolezni nasploh. Ponosna sem na to, da se po preselitvi iz zavoda lepo vklopijo v življenje. Seveda vse to terja od zaposlenih, ki s stanovalci delajo, tudi veliko osebne angažmaja.«*

**6. Uvajanje novih pristopov je prineslo spremembe v kadrovske strukturi in v organizaciji dela. Kako po vašem mnenju spremembe doživljajo zaposleni?**

*»Spremembe so vedno zapletena zadeva. So nujne, največkrat pa ne enostavne in ne že vnaprej dobro sprejete. Od vseh akterjev terjajo veliko, dokler jih ne preizkusimo, morda veje v nas tudi strah pred neznanim, skok v »prazno«, kjer ne vemo, kaj lahko pričakujemo.... Lahko rečem, da pri zaposlenih proces sprememb ni enostaven. Potrebno je veliko spodbude, vlivanja optimizma. Zanimivo pa je, da so zaposleni, ki so se npr. prijavili za delo v bivalni enoti, vsaj v večini, bolj zadovoljni z delom nasploh.«*

**7. Nove metode dela so usmerjene v celostno obravnavo posameznika kar terja konstruktivno sodelovanje strokovnega/delovnega tima. Fokusna skupina zaposlenih ocenjuje, da timsko delo ni zaživel, da so razhajanja med različnimi poklici velika, prisotna je močna težnja po ohranjanju moči. Prihaja do pogostih konfliktnih situacij pri reševanju katerih se zaposleni počutijo prepuščeni sami sebi. Nasprotno iz dislociranih enot poročajo o zrelih, sodelujočih timih. Kako rešujete težave znotraj posameznih timov? Na kakšen način nameravate podpreti timsko delo?**

*»Strinjam se, da poteka proces uvajanja oz dela v timih z velikimi težavami. Nujno moramo vztrajati pri oblikovanju bolj stalnih in avtonomnih timov, sestavljenih iz različnih profilov, deležnikov, ki pa morajo postajati nekako enakovredni in ne tekmovalni med seboj. Ko bo enkrat oblikovana kolikor toliko stalna skupina, je treba s to skupino strokovno delati in sicer na način- učenja vodenja tima, definiranja skupnih ciljev, učenja sodelovanja, izražanja in spoštovanja različnih mnenj, prilaganja, brisanja mej in stroge delitve dela.«*

**8. Fokusna skupina zaposlenih, ki je sodelovala v raziskavi ocenjuje, da veliko zaposlenih novosti ne sprejema in da proces deinstitutionalizacije poteka prepočasi. Med razlogi pretežno navajajo, da je smer razvoja ustanove nejasna in nedorečena, da so zaposleni premalo seznanjeni s pomenom in namenom sprememb, da so izobraževanja organizirana na deklarativni ravni in vsebine hitro izzvenijo. Kako komentirate navedbe in na kakšen način nameravate zaposlene pritegniti h konstruktivnemu sodelovanju v smeri uvajanja socialnega modela skrbi za stanovalce?**

*»V preteklih letih smo veliko govorili, predstavljali vsebine našega razvoja, naših usmeritev. Organizirali smo možne ogledе po naših bivalnih enotah, predstavljali vsebine dela naše bivalne enote v zavodu, poudarjali in pojasnjevali nujnost teh procesov, organizirali notranja izobraževanja v tej smeri, tudi ogledе zunanjih ustanov na tem področju, si ogledali primere celo v tujini... Po mojem mnenju trditev, da je smer razvoja nejasna, ni utemeljena; vsa leta že ponavljamo, da bomo še delali na odpiranju dislociranih enot in na postopnem prenavljanju notranjosti zavoda na način, da organiziramo bolj prijazno delo in življenje tudi znotraj centralne ustanove. Pred tremi leti nam je namreč uspelo odpreti dve novi lokaciji v novi občini, v novem kraju. Strokovno smo namreč ugotovili, da je v Sežani naših enot dovolj. Nova lokacija je bila izbrana zelo premišljeno, možnosti, ki jih stanovalci tam imajo, so neprimerljive z možnostmi v kaki majhni vasi.*

*Morda bi kdo od vključenih želel drugačen razvoj, da se stanovalci in s tem zaposleni sploh ne bi selili, da stanovanjskih skupin sploh ne bi odpirali, da bi še vedno ostali vsi skupaj v eni stavbi; nekateri drugi pa bi si želeli (med njimi sem tudi sama), da bi bilo v tem trenutku več stanovalcev že preseljenih iz zavoda.*

*V zadnjih letih smo intenzivno iskali (to še vedno delamo) možne lokacije in nepremičnine za najem, a je veliko tako finančnih kot strokovnih ovir. Tisti, ki spremljamo kazalce in ki smo*

*odgovorni za rezultate, tudi finančne, smo zavezani, da poskrbimo za vse vidike našega dela, nenazadnje tudi za to, da vsi skupaj preživimo. To pa pomeni zelo skrbno delo na področju spremljanja in usklajevanja vsega skupaj, tako zelenega stanja, kot tistega kar nam izkazuje realnost.«*

**9. SVZ Dutovlje je v procesu odpiranja novih dislociranih bivalnih enot. S katerimi težavami se pri tem morebiti srečujete in na kakšen način se soočate z njimi?**

*»O tem sem deloma že govorila. Naj dodam še, da smo javni zavod, da imamo stanovalce iz veliko občin, lahko rečemo, da smo »nikogaršnji«, kar nas v iskanju nepremičnin dodatno bremeni. Smo sami na prostem trgu! Z vsakim lastnikom se posebej dogovarjamo glede vseh pogojev, z vsakim najemom nastajajo novi stroški, v vsaki enoti posebej. Z vsako novo stanovanjsko skupino se moramo tudi posluževati novih sprememb pri organizaciji dela zaposlenih, kar pomeni spremembe znotraj centralne stavbe in tudi v dislociranih enotah. Pri vsem skupaj ne smemo pozabiti na naše osnovno poslanstvo, nudenje primernih storitev stanovalcem, kar je naša temeljna usmeritev.«*

**10. Nacionalni program socialnega varstva 2013 – 2020 narekuje preselitve iz institucij v druge oblike bivanja v skupnosti v razmerju 1:2. Katere korake nameravate povzeti za sledenje smernicam le tega?**

*»Odgovor na to vprašanje deloma lahko razberete že v dosedanjih odgovorih. Mislim, da je Resolucija v teoretičnem smislu dobro napisana, žal pa se nam v praksi izkazujejo konkretni problemi, ki jih Resolucija ne obravnava, ne prepozna kot problem.*

*V kolikor ne bomo uspeli pridobiti kakih sredstev izven naših rednih dohodkov, bomo zelo težko najemali nove lokacije in tudi prenavljali zavod za namen izboljšanja pogojev bivanja in dela. V tej smeri se bomo vsekakor še trudili in seveda ne bomo opustili naših idej, naprej iskali možnosti za njihovo realizacijo.«*

- 1. Na nujnost procesa deinstitutionalizacije strokovna javnost opozarja že leta. V SVZ Dutovlje je bilo v tej smeri narejenega precej. Katere spremembe v družbi so, po vašem mnenju, odločilno vplivale na zagon procesa deinstitutionalizacije v SVZ Dutovlje? Kateri ključni premiki znotraj SVZ Dutovlje so indicirali začetek procesa?**

*»Na zagon procesa deinstitutionalizacije je zagotovo vplival celosten pogled na človeka, na njegovo življenje. Izkazalo se je, da je zgolj medicinski model nezadosten, da je pri delu s človekom treba upoštevati psihosocialni pristop in skupnostni razvoj. Znotraj zavoda se je indiciral začetek procesa z odprtjem prve dislocirane enote v letu 2003, kar se je izkazalo kot primer dobre prakse.«*

- 2. Katere bistvene spremembe ste v SVZ Dutovlje v tej smeri uvedli?**

*»Odprtje dislocirane enote v Sežani in Postojni in posledično zmanjševanje števila stanovalcev v zavodu, kar pomeni, da jim le tem lahko omogočimo večjo kvaliteto bivanja oz. zvišanje standardov institucionalnega življenja.«*

- 3. Kako spremembe občutijo in doživljajo stanovalci? Kaj so stanovalcem prinesle dislocirane bivalne enote?**

*»Stanovalcem so dislocirane enote prinesle priložnost za normalno življenje, ki naj bi bilo čim bolj podobno »družinskemu« življenju, aktivacijo posameznikov in osredotočenje na njihove moči, učenje iz izkušenj, večjo samostojnost oz. zmanjšanje nadzora institucije...«*

- 4. Zavod je pred leti veljal za institucijo »zaprtega tipa«. Stanovalci so v bližnjo vas odhajali le redko in za kratek čas. Kako je »odpiranje vrat« zavoda sprejela lokalna skupnost?**

*»Intenzivno se trudimo za sodelovanje z lokalno skupnostjo in torej uresničevanje skupnih projektov z ustanovami, društvi, organizacijami ter prebivalci iz Dutovelj, Sežane in okolice ter navezovanje stikov z ustanovami in društvi iz zamejstva pri načrtovanju in izvajanju ukrepov ter organiziranju raznih spremljanju uresničevanja programa in opozarjanju na učinke ter dajanju pobud za uvajanje novih dejavnosti, s strani civilnih in prostovoljnih združenj in uporabniških organizacij. S takimi dogodki opozorimo nase, na svojo drugačnost, ponuditi boljšo kvaliteto življenja, da bi postali del vsakdana. Problem je, ker smo locirani v manjšem vaškem okolju, kjer vsak stanovalc oz. njegovo vedenje postane veliko bolj izrazito in očitno kot v mestnem središču in posledično tudi stigmatizacija večja.*

*Še naprej bomo skušali vplivati na spremembo stališč, ki jih širša javnost zavzema v odnosu do oseb, ki imajo težave v duševnem zdravju in razvoju. V ta namen nameravamo prirediti strokovne dogodke, srečanja.«*

**5. Kako ocenjujete sodelovanje z lokalnimi skupnostmi v katerih živijo stanovalci v dislociranih enotah?**

*»Sodelovanje z lokalno skupnostjo in dislociranimi enotami veliko boljše in konstruktivno poteka kot sodelovanje z lokalno skupnostjo in matičnim zavodom. Mogoče tudi zaradi tega, ker je matični zavod lociran v vaškem okolju, medtem ko so bivalne enote locirane v dveh večjih krajih. Tudi populacija v dislociranih enotah je manj številčna, kar daje možnost za večjo socialno vključenost.«*

**6. Uvajanje novih pristopov je prineslo spremembe v kadrovske strukturi in v organizaciji dela. Kako po vašem mnenju spremembe doživljajo zaposleni?**

*»Spremembe zaposleni velikokrat doživljajo kot stres. Čutiti je bilo upor - bodisi, da je bil ta racionalen, ker niste razumeli jasno za kaj se gre in čemu se nekaj dela. Mogoče je slo za emocionalno doživljanje odpora, ki nastane zaradi občutka strahu pred spremembami. Zaposleni, ki so se za delo v bivalni enoti odločili (pred tem so delali v matičnem zavodu) velikokrat povedo, da jim je tam lepo in da nimajo želje po vrnitvi v matični zavod.«*

**7. Nove metode dela so usmerjene v celostno obravnavo posameznika kar terjaja konstruktivno sodelovanje strokovnega/delovnega tima. Fokusna skupina zaposlenih ocenjuje, da timsko delo ni zaživelo, da so razhajanja med različnimi**



**poklici velika, prisotna je močna težnja po ohranjanju moči. Prihaja do pogostih konfliktnih situacij pri reševanju katerih se zaposleni počutijo prepuščeni sami sebi. Nasprotno iz dislociranih enot poročajo o zrelih, sodelujočih timih. Kako rešujete težave znotraj posameznih timov? Na kakšen način nameravate podpreti timsko delo?**

*»Za razvijanje timskega dela moramo najprej delovati v timu. V ta namen nameravamo v zavodu oblikovati time oz. skupine. Zaposlene je potrebno usposobiti in naučiti spretnosti, ki jih zahteva timsko delo (spoštovanje dogovorov, prilagajanja članom tima, iskanje skupnih rešitev, odprtost za kritiko...)*«

**8. Fokusna skupina zaposlenih, ki je sodelovala v raziskavi ocenjuje, da veliko zaposlenih novosti ne sprejema in da proces deinstitutionalizacije poteka prepočasi. Med razlogi pretežno navajajo, da je smer razvoja ustanove nejasna in nedorečena, da so zaposleni premalo seznanjeni s pomenom in namenom sprememb, da so izobraževanja organizirana na deklarativni ravni in vsebine hitro izzvenijo. Kako komentirate navedbe in na kakšen način nameravate zaposlene pritegniti h konstruktivnemu sodelovanju v smeri uvajanja socialnega modela skrbi za stanovalce?**

*»Deinstitutionalizacija je že sama po sebi dolga in težko izgovorljiva beseda. Že to kaže na to, da bo tudi njen proces potekal počasi in da je in bo vezan na zelo dolgo časovno obdobje. Zaposlene nameravamo pritegniti k procesu z njihovim aktivnim sodelovanjem, vključenostjo v proces, ozaveščenostjo in ustreznim izobraževanjem.*«

**9. SVZ Dutovlje je v procesu odpiranja novih dislociranih bivalnih enot. S katerimi težavami se pri tem morebiti srečujete in na kakšen način se soočate z njimi?**

*»Omenjeni proces predstavlja tudi velik finančni zalogaj. Pri tem pa država nima posluha za ustrezno finančno podporo, ki bi omogočila realizacijo smernic, ki jih zahteva Nacionalni program soc. varstva do leta 2020.*«

**10. Nacionalni program socialnega varstva 2013 – 2020 narekuje preselitve iz institucij v druge oblike bivanja v skupnosti v razmerju 1:2. Katere korake nameravate povzeti za sledenje smernicam le tega?**

*»Naprej se bomo trudili odpirati nove dislocirane enote.«*