

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Simon Žvajkar

**Deinstitucionalizacija v psihiatričnih ustanovah:
Primer Zavoda Hrastovec**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2010

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Simon Žvajkar

Mentorica: red. prof. dr. Tanja Rener

**Deinstitucionalizacija v psihiatričnih ustanovah:
Primer Zavoda Hrastovec**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2010

ZAHVALA

Zahvaljujem se svoji mentorici dr. Tanji Rener za strokovno pomoč in nasvete pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi direktorju Zavoda Hrastovec mag. Josipu Lukaču za nasvete in usmerjanje pri diplomskem delu. Prav tako socialni delavki zaposleni v Zavodu Hrastovec ga. Jurančič za gradivo in dostop do dislocirane enote.

Posebna zahvala gre tudi staršem, ki so mi omogočili študij in mi nudili pomoč skozi vsa leta študija.

Zahvala gre tudi prijateljem, ki so me spodbujali pri dokončanju diplome.

Deinstitutionalizacija v psihiatričnih ustanovah: Primer Zavoda Hrastovec

Pojma duševna bolezen in zdravje imata že precej dolgo zgodovino. Vendar se je odnos do duševnih bolezni v preteklosti močno spreminjal, vse od povečevanja drugačnosti do njene popolne degradacije v industrijskem času ter zapiranja v totalne ustanove. O pojmu duševnega zdravja govorimo v zadnjih desetletjih, saj se prej ni posebej ločevalo med zdravjem in duševnim zdravjem. Institucionalizacija in hospitalizacija sta pomenili zapiranje duševno bolnih v psihiatrične (totalne) ustanove. Prav zapiranje v totalne ustanove pomeni za duševnega bolnika stigmatizacijo, manjvrednost na trgu dela, v sferi družine, družbe itd. V zadnjih desetletjih pa govorimo prav o obratnem procesu, in sicer o deinstitutionalizaciji psihiatričnih ustanov. Gre za veliko bolj humano in človeško obliko bivanja prizadetih oseb. Prav Zavod Hrastovec je v preteklih desetletjih veljal za eno izmed najbolj očrnenih psihiatričnih ustanov v Sloveniji. Veljal je za zadnjo postajo, kamor so dobesedno odložili osebe, za katere so menili, da jim ni več pomoči. Danes nam Zavod Hrastovec služi za odličen primer deinstitutionalizacije in reorganizacije psihiatrične ustanove, ki je vzor marsikateri psihiatrični ustanovi, ne samo v Sloveniji, ampak tudi v Evropi.

Ključne besede: deinstitutionalizacija, duševna bolezen, totalna institucija, socialni model, Zavod Hrastovec

Deinstitutionalization of psychiatric institutions: Care home Hrastovec

Terms of mental illness and health have a long history. Attitude towards mental illnesses has changed in the past, from praising, to its complete degradation in industrial times and imprisonment in total institutions. Mental health is a relatively new term, because in the past there was no distinction between health and mental health. Institutionalization and hospitalization meant imprisonment of mentally ill in psychiatric (total) institutions. Imprisonment in total institutions means stigma for the patient, inferiority on the labor market, in the family, in society, etc. In the last decades a reverse process is taking place. A process called deinstitutionalization of psychiatric institutions. This is a more humane form of dealing with mental illnesses. Care home Hrastovec was one of the most disrespected institutions in Slovenia. It was considered as the last stop, where they literally put people who were considered helpless. Today the care home Hrastovec is an excellent example of deinstitutionalization and reorganization of a psychiatric institution. It can be a role model not just to Slovene institutions, but also institutions around Europe.

Keywords: Deinstitutionalization, mental illness, total institution, social model, care home Hrastovec.

KAZALO

1	UVOD	7
2	POJMOVANJE ZDRAVJA IN DUŠEVNEGA ZDRAVJA.....	9
2.1	DUŠEVNO ZDRAVJE IN DUŠEVNA BOLEZEN	10
2.2	BIOLOŠKA, PSIHOLOŠKA IN SOCIALNA RAZLAGA NASTANKA DUŠEVNE BOLEZNI	12
2.3	DRUŽBENA FUNKCIJA DUŠEVNE BOLEZNI.....	13
3	ZGODOVINA NOROSTI IN NASTANEK TOTALNIH USTANOV	15
3.1	NOROST V SREDNJEM VEKU	16
3.2	NOROST V ČASU KLASICIZMA IN VELIKO ZAPIRANJE.....	18
3.3	19. STOLETJE IN NOVA LOČITEV	23
4	KAJ JE INSTITUCIJA?	29
4.1	ZNAČILNOSTI TOTALNIH USTANOV.....	29
4.2	HOSPITALIZACIJA IN INSTITUCIONALIZACIJA	34
4.3	STIGMA	36
4.4	ČAS POSTMODERNE, SOCIALNA IZKLJUČENOST IN ČLOVEKOVE PRAVICE.....	39
4.5	MEDICINSKI IN PSIHOSOCIALNI MODEL OBRAVNAVE	42
4.6	NORMALIZACIJA IN ZAGOVORNIŠTVO.....	46
4.6.1	Normalizacija	46
4.6.2	Zagovorništvo.....	50
5	DEINSTITUCIONALIZACIJA	54
5.1	DEINSTITUCIONALIZACIJA V SLOVENIJI.....	56
5.2	ITALIJANSKI IN ANGLEŠKI MODEL DEINSTITUCIONALIZACIJE	58
5.2.1	Italijanska izkušnja – Gorica	58
5.2.2	Italijanska izkušnja – Trst.....	59
5.2.3	Angleška izkušnja zapiranja bolnišnic	60
6	ŠTUDIJA PRIMERA: ZAVOD HRASTOVEC	61
6.1	ZAVOD HRASTOVEC KOT TOTALNA USTANOVA ALI KAJ BI GOFFMAN VIDEL V ZAVODU HRASTOVEC.....	62

6.2	ZGODOVINA ZAVODA HRASTOVEC.....	63
6.3	AKCIJSKI NAČRT ZAVODA HRASTOVEC DO LETA 2005	69
6.4	DEJAVNOSTI, VIZIJA IN POSLANSTVO ZAVODA HRASTOVEC	71
6.4.1	Dejavnost zavoda.....	71
6.4.2	Vizija zavoda	72
6.4.3	Poslanstvo zavoda	72
6.5	NOVE OBLIKE BIVANJA V ZAVODU HRASTOVEC.....	74
6.5.1	Dislocirane bivalne enote (DBE).....	75
6.5.2	Stanovanja	76
6.5.3	Nadomestne, razbremenilne in izvirne družine	77
6.6	DEINSTITUCIONALIZACIJA V ZAVODU HRASTOVEC V ŠTEVILKAH	78
6.7	SPREMEMBE V DELOVNI STRUKTURI IN MIŠLJENJU DELAVCEV ZAVODA HRASTOVEC	80
6.8	SPREMEMBE V ŽIVLJENJU STANOVALCEV IN KVALITETI ODNOSOV	82
7	SKLEP.....	84
8	LITERATURA	86
9	PRILOGE.....	92
	PRILOGA A: Dislocirana enota Trnovska vas	92
	PRILOGA B: Pogovor s stanovalko dislocirane enote Trnovska vas – ga. Tatjana Brezov.....	93
	PRILOGA C: Intervju z direktorjem Zavoda Hrastovec Josipom Lukačem.....	96
	PRILOGA Č: Intervju s socialno delavko Zavoda Hrastovec in vodjo DBE Trnovska vas Miro Jurančič	100

1 UVOD

Po podatkih svetovne zdravstvene organizacije lahko v naslednjih letih, desetletjih zaradi stresa na delovnem mestu, konfliktov, naravnih nesreč itd., pričakujemo stopnjevanje duševnih motenj, ki se lahko kasneje razvijejo v kronične, dolgoročne motnje.

Z duševnimi motnjami sem se srečal že kot otrok, saj je bila mama zaposlena še v tedanjem Zavodu za duševno in živčno bolne Hrastovec. Samo zgodovino in razvoj Zavoda Hrastovec sem tako lahko spremljal od blizu, čeprav se tedaj še tega vsega kot otrok nisem zavedal. Spomnim se tudi določenih zbadljivk, ki so letele na mamo kot osebo, ki dela z norci. Tudi v samem kraju, kjer živim in je nekaj kilometrov oddaljen od gradu Hrastovec, je vladalo izjemno negativno vzdušje do prizadetih ljudi. Na to temo so se pojavljale razne zbadljivke in šale. Mirno lahko rečem, da je danes tega vedno manj.

V diplomski nalogi si bomo tako zastavili nekaj raziskovalnih vprašanj, ki nas bodo usmerjala tako v teoretičnem delu kot v študiji primera samega Zavoda Hrastovec.

V uvodu nas bo zanimalo pojmovanje zdravja in duševnega zdravja. Kako se lahko duševna bolezen sploh razvije, kateri dejavniki jo sprožijo. Duševno zdravje ima po mnenju Tanje Lamovec tudi družbeno funkcijo. Predvsem iz sociološkega vidika nas bo zanimalo, kakšna je družbena funkcija »norosti« in kako družbe »upravljajo« z duševnim zdravjem. Kdo je tisti, ki lahko sodi o duševni bolezni in na kakšen način. Zanimalo nas bo, kakšne so značilnosti duševnih bolezni in kako jih presojujejo »duševno zdravi« ljudje. V zadnjih desetletjih veliko govorimo o demokratizaciji psihiatrije, o preveliki moči psihiatrov v preteklosti. Vprašali se bomo, ali se ta vpliv manjša, ali se moč odločitve porazdeljuje med večje število strokovnjakov, ali ostaja še vedno v domeni ene stroke - psihiatrije.

Nadalje nas bo zanimal zgodovinski razvoj norosti. Odnos in prikaz same norosti se je skozi zgodovino seveda spreminjal. Skozi zgodovinska obdobja je norost dobivala različne obraze. Z omejevanjem, zapiranjem norcev pa smo dobili tudi totalne organizacije.

Norost je bila dolgo zaprta med štirimi stenami – v institucijah. Zato se nam samo po sebi zastavlja vprašanje, kaj so sploh institucije. Kako pride do institucionalizacije oziroma hospitalizacije. Ena izmed institucij je tudi totalna ustanova in prav to obliko največkrat srečamo skupaj s pojmom norosti. Hrastovec je v preteklosti dolgo veljal za

ideal - tipski primer totalne organizacije. Zanimalo nas bo, ali lahko o Zavodu Hrastovec govorimo kot o totalni organizaciji oziroma ali obstajajo značilnosti, po katerih bi lahko Zavod Hrastovec uvrstil med totalne ustanove.

V nadaljevanju diplomske naloge bomo raziskali pojem deinstitutionalizacije. V zadnjih dveh desetletjih kar veliko govorimo o tem pojmu, ki vnaša v sfero norosti tudi nekaj humanosti, človeškosti. Govorimo o ideologiji, ki spreminja mišljenje ljudi, množice, ki bi naj uporabnikom psihiatrije zagotovila veliko humanejše preživljanje življenja.

Zanimalo nas bo, kako se s procesom deinstitutionalizacije ukvarjamo v Sloveniji in kakšne so (dobre) prakse tega procesa v tujini.

Norosti oziroma duševne bolezni pa s seboj prinesejo tudi veliko stigme. Ljudje, ki se obravnavajo kot duševno bolniki, so razumljeni kot manjvredni. Zanimalo nas bo, kaj stigma prinese v človekovo življenje. Katere vidike človekovega življenja spreminja in kako. V zadnjem času veliko govorimo o destigmatizaciji duševnih bolezni.

Osnovi namen diplomske naloge je odgovoriti na vprašanja o odnosu do procesa deinstitutionalizacije. Kaj je prinesla deinstitutionalizacija v Slovenijo, ali se sploh odvija v naši državi? Kakšni so primeri v drugih državah? Pri deinstitutionalizaciji govorimo o spremembah na različnih ravneh, od ideoloških do organizacijskih. Zanima nas, kako v Zavodu Hrastovec peljejo proces deinstitutionalizacije? Ali so pri tem uspešni? Katere so tiste novosti, ki jih v Zavodu vpeljujejo? Kakšni so odnosi, kakšna je kvaliteta življenja v novoustanovljenih bivalnih enotah?

2 POJMOVANJE ZDRAVJA IN DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Zdravje je med vsemi vrednotami po raziskavah javnega mnenja na najvišjem mestu, tako v Sloveniji, kot drugod po svetu. Seveda je definiranje zdravja danes drugačno kot nekoč. Pogovori o zdravju in bolezni so prisotni tako v posameznikovem javnem kot zasebnem življenju. Tako je zdravje vsaj občasno osrednja tema razmišljanja posameznika, saj je bistvena za njegov eksistencialni obstoj. Ljudi sodobnega časa ne zanima več samo fizično zdravje, ampak predvsem zaradi tempa življenja vedno bolj tudi duševno zdravje. Prav tako je danes odnos posameznika do medicine oziroma zdravstvenega osebja precej drugačen. Včasih je veljajo, da je pacient pasivni uporabnik zdravstvenih storitev in nima besede niti pri mnenju glede svoje bolezni, niti pri soodločanju o zdravju. Še več, sodobne ideologije zdravja, ki jih soustvarjata predvsem medicina in mediji, ljudi postavlja v neposredno odgovornost za lastno zdravje. Danes je odnos človeka do lastnega zdravja bistveno drugačen, saj pacient sodeluje pri soodločanju o lastnem zdravju.

Sociologijo zanimajo predvsem družbeni vidiki, ki vplivajo na zdravje. Prav tako posledice, ki se pojavijo, ko je človek bolan, bodisi začasno ali dolgotrajno. Tako duševne kot fizične bolezni imajo za človeka in njegovo neposredno okolje socialne posledice.

Zdravje ni le odsotnost bolezni, ampak ga lahko definiramo kot splošno dobro počutje, ki vključuje občutek izpolnjenosti in izkoriščenost vseh posameznikovih potencialov. Tako tudi duševno zdravje zajema vse: od izgleda, vedenja, mišljenja, govora, do čustvovanja in razpoloženja. Zajema odnos do sebe, drugih in sveta. Pomeni temperament, vedenjske vzorce in duševne motnje (različnih intenzitet in tipov), če obstajajo. Duševno zdravje je celostno prepleteno z zdravjem nasploh (ni le njegova podenota). Zato je duševno zdravje del javnega zdravja. Lahko rečemo, da ima nekdo duševno motnjo, kar pomeni, da njegovo ali njeno duševno zdravje sestoji tudi iz duševne motnje določenega tipa in intenzitete. Kot primer različnih intenzitet je depresivna motnja: lahko je hujša, srednje težka ali blaga. Kot primer različnih tipov pa predstavlja omenjena depresija motnjo čustvovanja, medtem ko gre pri demenci za motnjo spominskih funkcij. (Marušič 2009, 10)

2.1 DUŠEVNO ZDRAVJE IN DUŠEVNA BOLEZEN

Duševno zdravje je pojem, ki se vedno več pojavlja v javni obravnavi. Duševne bolezni danes niso več nekaj tujega, kar se dogaja »drugim«, ljudje se zavedamo, da lahko zboli kdorkoli izmed nas. Zavedamo se, da je črta izjemno tanka in da duševno zdravje ni nekaj, kar bi bilo dano za vselej, ampak se je treba za ohranjanje dobre duševne kondicije truditi v družbi visokih tveganj, tako na osebni kot skupinski ravni (Beck). Za družbo postmoderne oziroma današnjo družbo tveganja, pa je vedno bolj značilen občutek negotovosti, s tem pa so v porastu tudi duševne motnje. Na eni strani vidimo čas postmoderne, kot čas mnogoterih priložnosti, neomejene svobode, popolne individualizacije posameznika, kreiranje lastnega življenjskega stila, po drugi strani pa postmoderna pomeni razpad osnovnih tradicionalnih vzorcev, gotovih norm in vrednot, ki so v preteklosti posamezniku dajale osnovne smernice za pot v odraslost in odraščanje v stabilno in odgovorno osebo. Današnje kreiranje posameznikove osebnosti je veliko bolj svobodno, zato tudi postmoderna »proizvaja« vedno več zmedenih, nestabilnih, nedovršenih osebnosti oziroma identitet. Vse to posameznika pelje v duševno nelagodje, napetosti, duševne stiske.

Erzar (2007, 35-37) pravi, da duševne bolezni niso nekaj oddaljenega in čudaškega, ampak so prisotne v vseh strukturah družbe. Prav tako imajo pomembno vlogo pri posameznikovem splošnem počutju, telesnem zdravju in uspešnem življenju. Duševnih bolezni je v današnjem času že več kot rakastih obolenj, tako procentualno zavzemajo kar 15% vseh bolezni. Seveda pa duševne bolezni posredno vplivajo še na druge bolezni tako, da je ta številka še večja. Duševne bolezni so v današnji družbi mnogo bolj izpostavljene in ljudje razmeroma veliko vemo o duševnih boleznih. Zato ni nič nenavadnega, da govorimo o telesnih in ne samo psihičnih posledicah stresa, o čustveni inteligenci, pestrosti in stabilnosti. Duševne bolezni povzročajo nezmožnost za delo ali celo smrt, tudi zato so v zadnjem desetletju vedno bolj izpostavljene javnosti. O duševnem zdravju in bolezni pa ne moremo govoriti, kot da bi bili ločeni na dve nasprotujoči si kategoriji, ampak se nekako razvrščata po zvezni premici, kjer je na enem koncu smrt, nezmožnost za delo, socialna izolacija in hospitalizacija, na drugem uspešno funkcioniranje v intimnih, službenih in drugih odnosih, produktivno delo, sposobnost premagovanja problemov in prilagajanja spremembam.

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)

Duševna motnja je oznaka za bolezni, ki so jim skupne različne kombinacije bolezensko spremenjenega mišljenja, čustvovanja, zaznavanja, motenega obnašanja (vedenja), in prizadetosti spoznavanja ter spomina. Zaradi teh simptomov je bolnik prizadet, njegovo funkcioniranje je slabše, manj učinkovito rešuje vsakdanje probleme. Bolj verjetno je, da bo zaradi te motnje pri bolniku prišlo do posledic, kot so: telesne posledice ali poškodbe, izguba svobode (npr. hospitalizacija brez soglasja), smrt (npr. zaradi samomora) ali splošno zmanjšanje sposobnosti in učinkovitosti. Duševne motnje so manifestacije bolezensko spremenjenih vedenjskih, psiholoških ali bioloških funkcij posameznika. Duševna motnja pri različnih ljudeh poteka različno – ene prizadene malo, druge pa hujši obliki. Bolniki imajo lahko trajno hude simptome bolezni, lahko jih dobivajo epizodično vsakih nekaj mesecev ali pa le nekajkrat v življenju. Le redki zbolijo samo enkrat in se bolezen nikoli ne povrne. (Lešer 2010a)

Drugi izrazi za duševne motnje so: duševne bolezni, psihiatrične motnje, mentalne motnje itd. Izraz »norost« se ne uporablja v psihiatriji, temveč pogovorno in ga povezujejo s predsodki in neznanjem.

Vesna Švab (1996, 3) govori o duševni bolezni iz socialnega vidika. Osebe s psihozo opisuje kot ljudi, ki so preobčutljivi ob stresnih dogodkih. Tako je značilno, da se osebe, ki imajo težave z duševnim zdravjem, preobčutljivo odzivajo na stvari, ki se drugim zdijo malenkostne. Ravno ta občutljivost duševnega bolnika zavira in ga seveda obremenjuje, saj pomeni, da bo bolnik zgubil svojo osebnost, enovitost ali samega sebe. Tudi če ljudje prebolijo duševno bolezen, se lahko razvijejo nezmožnosti na področju socialnega delovanja.

Nadalje Švabova (1996, 3) opredeli pomembne nezmožnosti, ki spremljajo duševno bolezen, in sicer »pomembna nezmožnost na področju socialnega funkcioniranja, to je na področju zadovoljevanja lastnih potreb in pričakovanj pomembnih drugih oseb«.

Vesna Švab (1996, 3-4) razdeli nezmožnosti v tri sklope, in sicer:

- *notranje ali primarne nezmožnosti*; le te so posledica bolezni same. Sem uvrščamo kot primere: motnje mišljenja, halucinacije, blodnje, hitre menjave razpoloženja, vrivanje nehotenih in motečih misli, psihomotorna upočasnenost itd.,
- *sekundarne socialne nezmožnosti*; tukaj govorimo o spremenjenem vedenju, ki je nastalo zaradi prilagajanja ali odziva na pričakovanja drugih, na socialne ovire in na stigmatizacijo, s katerimi se bolnik sooča. Sekundarne nezmožnosti nastajajo torej zaradi bolnikovega doživljanja bolezni. Velika psihotična motnja je moteče in zastrašujoče doživetje, katerega učinki lahko trajajo še dolgo potem, ko so simptomi izginili. Pri bolnikovi epizodi je za uspešno vrnitev v običajno življenje nujno, da razumemo bolnikove težave pri socialnem in delovnem funkcioniranju. Bolezen spremljajo številne socialne nezmožnosti, pa naj bolnik ostane v bolnišnici ali ne. Oblikujejo osebne navade, ki preprečujejo ustrezno socialno funkcioniranje. Med sekundarne nezmožnosti spadajo predvsem motnje odnosa do samega sebe, recimo sprememba pogleda nase, pomanjkanje samospoštovanja, samozaupanja, itd.,
- *terciarne socialne odpovedi*; tukaj govorimo o tem, kako se družba odzove na duševno bolezen. Sem štejemo predvsem: stigmatizacija, siromašenje socialne mreže, revščina, nezaposlenost in pomanjkanje prostora v družbi.

2.2 BIOLOŠKA, PSIHOLOŠKA IN SOCIALNA RAZLAGA NASTANKA DUŠEVNE BOLEZNI

O nastanku in vzrokih za duševno bolezen obstajajo različne teorije, tako lahko v grobem ločimo biološko, psihološko in socialno razlago nastanka duševne bolezni.

Iztok Lešer v svojem tekstu govori o treh različnih tipih nastanka duševne bolezni, in sicer:

- Najbolj znana in z dokazi podkrepljena je **biološka teorija** nastanka duševnih motenj: človek z duševno boleznijo ima spremenjeno strukturo možganov ali pa je spremenjena njihova funkcija. Torej gre pri duševnih motnjah za odstopanja od normalne možganske strukture ali funkcije.

Veliko študij kaže tudi na to, da povzroča duševne motnje neravnovesje med snovmi, ki jih (tudi normalno) izločajo možganske celice. Te snovi so številne in jih imenujemo nevrottransmiterji.

- Čeprav so v moderni medicini najbolj sprejete zgoraj opisane biološke teorije pa pri obravnavi bolnikov upoštevamo tudi **psihološke razlage**. Psihološki teoretiki domnevajo, da lahko psihološki konflikt, kriza, stres ali psihološka travma pri človeku privede do nastanka duševne bolezni. Na primer, človek, ki ga je v otroštvu ugriznil pes, lahko dobi neracionalen strah ali fobijo pred psi. Odrasel, ki je bil v otroštvu priča hujšim in trajnejšim stresom (npr. nestalen odnos s pomembno osebo v zgodnjem otroštvu, hudi konflikti v družini, nedosleden način vzgoje s skrajnostmi) pa lahko zboli za anksioznostjo, depresijo ali celo psihozo.

- Sociologi v **socialnih teorijah** nastanka duševnih motenj pa predpostavljajo, da je lahko duševna bolezen povezana ali pa je celo direktna posledica pomembnih dogodkov in stanj v človekovem okolju. Večje število duševnih motenj so zabeležili po vojaških akcijah na določenem območju ali pa po večji naravni ali drugačni katastrofi (npr. po terorističnem napadu v New Yorku 11. septembra).

(Lešer 2010b)

2.3 DRUŽBENA FUNKCIJA DUŠEVNE BOLEZNI

Tanja Lamovec (1995, 18-20) navaja, da ima »duševna bolezen« predvsem družbeno koristno funkcijo. Tako se pojem »duševne bolezni« rabi zlasti za ohranjanje družbenega nadzora, čeprav se družba sama močno trudi prikriti obstoj te funkcije. Skrita je namreč pod pretvezo pomoči. Szasz (v Lamovec 1995, 20) meni, da pojem

»duševne bolezni« prikrije vsakdanjo resnico, da življenje v prvi vrsti ni nenehna borba za obstoj, ampak za duševni mir, svoje mesto pod soncem. Družba mora dajati ljudem vzore, kako naj živijo. Ker družba ne nudi nekaterih pozitivnih odgovorov na to vprašanje, raje daje vzglede z negativnimi odgovori. Zdravniški posegi so namenjeni le reševanju medicinskih problemov, zato je tudi nesmiselno pričakovati, da bodo rešili probleme, ki tako ležijo izven njihovega dosega. Psihiatri imajo velik interes, da ohranjajo svoj položaj v sferi duševne bolezni, saj so v ekonomskem smislu zelo dobro plačani za svoje delo in imajo hkrati veliko moč z nadziranjem družbenega reda. Szasz (v Lamovec 1995, 13-16) prav tako meni, da so psihiatri proizvajalci medicinskega žigosanja, duševne bolnišnice pa so tovarne za množično proizvodnjo »duševne bolezni«. Psihatrija tako upravlja ustanovo, ki bi naj bila namenjena v dobro varovancem, čeprav vidimo v mnogih študijah, da so namenjene predvsem same sebi in ohranjanju uglednih delovnih mest in položaja strokovnjakov, ki delajo v njej. Namen teh organizacij ni izboljšanje zdravstvenega stanja varovancev, ki bivajo v njej. Tako vedno več psihiatrov priznava, da je »bolezen« umetno ustvarjena in posledica dolgotrajnega bivanja v ustanovi.

3 ZGODOVINA NOROSTI IN NASTANEK TOTALNIH USTANOV

Samo kratek pregled zgodovine nam pokaže, kako raznolik je bil odnos do oseb s težavami v duševnem zdravju skozi zgodovino. Z napredkom in razvojem družbe se je odnos do oseb do drugačnosti, prizadetih oseb vedno bolj poglobljajal, ti ljudje so vedno bolj postajali odklon »normalnega« dela družbe.

Zgodovina norosti je zgodovina proizvodnje načinov norosti. Način, kako se v vsakih zgodovinskih okoliščinah proizvaja norost, pa je isto kot zgodovinski način proizvodnje vsakokratne normalne družbenosti. To pomeni, da se mora izključevanje »predmetov izključitve« dogajati kar naprej, da torej reprodukcija razmerij družbene normalnosti zahteva nenehno produkcijo predmeta izključitve. Predmet izključitve pa ne more biti brez družbenih aparatov, ki zagotavljajo kontinuiranost v njegovi proizvodnji. Zgodovina norosti je pravzaprav zgodovina razuma oz. zgodovina razsojanja. Norost se namreč pojavlja na jeziku tistega, ki o njej razsoja, ki prisluškuje jeziku norosti in se je primoran izraziti o logiki tega jezika. Potemtakem je to tudi zgodovina postopnega razvoja vrednot, pravil, verovanja, sistem moči, na katerem je zasnovana družbena skupina in na katerem so zapisani vsi pojavi o procesu organizacije skupinskega življenja. (Flaker in Urek 1988, 8)

V začetku srednjega veka se v Evropi pojavi odnos do nečesa, čemur bi lahko rekli norost, blaznost, brezumje. (Foucault 1998, 7)

V času klasicizma pride do obdobja menjavanja pozicij med norostjo in razumom in to radikalno. V zgodovini norosti sta pomembna predvsem dva dogodka, ki sta jasno zaznamovala to spremembo. Ustanovitev Splošnega špitala leta 1657 in »veliko zapiranje« revežev v Bicetru leta 1794. Med tema dvema obdobjema je prišlo do prehoda od srednjeveške in humanistične izkušnje o norosti k naši izkušnji, ki norost konfinira v duševno bolezen. (Foucault 1998, 8)

Skupni jezik med norostjo in razumom se je ločil ob koncu 18. stoletja. Tedaj je bila norost spoznana kot duševna bolezen. Dialog med norostjo in razumom je bil pretrgan.

S tem se vzpostavi monolog razuma o norosti, ki je tako značilen za psihiatrijo. (Foucault 1998, 7)

3.1 NOROST V SREDNJEM VEKU

Za srednji vek je značilno, da so se leprozoriji na veliko množili po vseh krajih v Evropi, vanj so pospravljali gobavce. Vendar je gobavost ob koncu srednjega veka izginila iz zahodnega sveta. Ljudje so proslavljali, da je gobavost izginila, prebivalci Reimsa so se celo zahvalili Bogu, da je njihovo mesto rešil te tegobe. Gobavost je tako izginila, gobavci so bili izbrisani ali skoraj izbrisani, strukture pa so ostale. Zanimivo je da so se na istih krajih v roku dveh, treh stoletij dogajale podobne stvari, in sicer izključevanje posameznih družbenih skupin. Tako so reveži, potepuhi, hudodelci in »zmedenci« prevzeli vlogo, ki so v srednjem veku imeli gobavci. (Foucault 1998, 9-13)

Prvič naj bi posebno ustanovo za nore ustanovili že v 15. stoletju v Španiji, predvsem zaradi arabskega vpliva, kjer so posebne bolnišnice za duševno bolne poznali že v srednjem veku.

Leprozoriji so bili čisto okolje izključevanja, ljudi so postavili na nikogaršnjo zemljo. Gobavišča (leprozoriji) niso dali totalnim ustanovam ne pravil ne oblasti in ne obredov, ampak predvsem poslopja in simboliko. Gobavišča so še v 16. stoletju izpraznili in v teh ustanovah so »zrasle« totalne ustanove. (Flaker 1998, 63)

Za srednji vek velja, da so obstajali štirje prostori, ki v marsičem ustrezajo opisu totalne ustanove: *dvor, samostan, gobavišče in špital*. Od sodobnih totalnih ustanov so se razlikovali predvsem po tem, da so bili »stopljeni« s takratno družbo, da niso imeli mandata, ki bi jim ga podelila »družba«, ampak so bili kratko malo družba. Flaker te ustanove poimenuje prototalne ustanove. Za njih je značilno, da nobena od teh ustanov ni preživela prehoda iz fevdalizem v kapitalizem, vsaj v svoji prvotni obliki ne. Vsi štirje prostori so še danes v rabi totalnih ustanov, deloma pa smo od vsake posebej podedovali njihove izvirne funkcije, pomene ali vzorce, ki jih združuje sodobna totalna ustanova. Samostan je dal pravila in idejo konverzije (programiranje), dvor neomejeno gospostvo, špital status obrobja in gobavišče stigma ter izobčenost. Od vseh smo podedovali zaznamovane kraje, ki so bile podlaga za ustanove sodobnega časa. (Flaker 1998, 69)

V renesansi je pomembno predvsem literarno delo *Ladja norcev*. Za renesanso je značilno, da norci niso mogli mirno tavati naokoli, mesta so jih navadno preganjala. Ta navada je bila značilna predvsem za Nemčijo. V Frankfurtu so tako naročili mornarjem naj jih rešijo norcev, zato so jih ti tovorili na ladje in odpeljali v stran. Verjetno v teh primerih gre za splošni ukrep pregona, s katerim so mestne oblasti dosegle, da norci niso več sodili v njihovo sodno oblast. Tako naj bi obstaja celo določena »mesta norcev«. Takšna mesta so bila predvsem tranzitna in trgovska mesta, saj so sem vozili mornarji in trgovci, ki so tukaj odlagali norce. Simbolično so tako z izplutjem očistili mesto norcev. Nekatere norce so tudi zapirali po raznih mestnih institucijah – ječe, špitali itd. Norcev niso neizogibno preganjali, domnevamo lahko samo, da so preganjali samo tujce med njimi. Vsako mesto se je zavedalo, da bo skrbelo samo za »svoje norce«, torej za tiste ki sodijo v njihovo oblast. (Foucault 1998, 13-18)

Ob koncu srednjega veka je nenadoma zatrepetal nemir na obzorju evropske kulture. Prav norost in norec sta simbolizirala ta nemir, postala sta glavni osebi: grožnja in porog, vrtoglavo brezumje sveta in pritlikava smešnost ljudi. V literaturi je šlo za dolgo vrsto »norčij«, ki so kot nekoč stigmatizirale pregrehe in napake. »Norost so povezovali z nekakšnim velikim brezumjem, za katero pravzaprav nihče ni bil izrecno odgovoren, ki pa je vsakogar vpletalo v nekakšno skrito sokrivdo. Razkrivanje norosti je postalo splošna oblika kritike. V farsah in burkah je oseba Norec, Prismode ali Burkež postajala vse bolj pomembnejša. Kot nosilec resnice je bil norec postavljen v samo središče gledališča. Norost je prav tako postala jedro razuma in resnice v učni literaturi.« (Foucault 1998, 18-19)

Tudi tematika zgodb se je spremenila v sredini 15. stoletja. Do tedaj je prevladujoča tematika zgodb v literaturi in v gledališču bila smrt. Torej konec človeka, s podobami kuge in vojne. Nemir se je do tega časa vrtel okrog samega sebe, smrt začne počasi zamenjevati posmeh norosti. Tematika norosti postane prevladujoča tako v literarnih kot književnih delih. Norost je prikazana kot nenehna smrt, ničev obstoj. Norost na nek način privlači, ampak ne fascinira. Vlada vsemu kar je lahkotnega, igrivega in brezskrbnega. Zaradi nje so ljudje razposajeni in veseli. (Foucault 1998,19-32)

Začne se novo prizadevanje, ki si je sčasoma prisvojilo tragično izkušnjo norosti in jo preneslo v kritično zavest. Ta nova izkušnja se kaže na štiri načine, in sicer kot norost, ki izhaja iz *romaneskne identifikacije* (liki iz fantazijskega sveta, ki postanejo bralčeve

fantaume – Don Kihot). *Norost puhle domišljavosti* (tu se norec ne identificira z zglodom iz romana, ampak s samim seboj in prav ta varljiva zagledanost vase mu omogoča, da si pripiše vse kvalitete, ki jih nima). *Norost pravične kazni* (pravičnost te norosti je v tem, da govori resnico, ker storilec dejanja v svoji zavesti že doživlja bolečino kazni, ki ga bi doletela). *Norost brezupne strasti* (neuslišana ljubezen, ki je preveč silovita, blazna). (Foucault 1998, 33-35)

3.2 NOROST V ČASU KLASICIZMA IN VELIKO ZAPIRANJE

V srednjem veku se norost veliko omenja kot simbolika ladje norosti. V prvih obrisih klasicizma pa norost dobi prisposodbo špitala. Ni več barka, ki pluje in odlaga, ampak je špital. Je zasidrana med stvarmi in ljudmi. Le kakšno stoletje po “ladjah norcev” se pojavi literarna tema “špital za norce”, norišnic. Špital za neozdravljive norce, kjer ima vsaka oblika norosti svoje mesto. Srednjeveško vkrcavanje sedaj nadomesti klasicistično zapiranje.

“Klasicistično obdobje je z nenavadno potezo nasilja utišalo norost, katere glasove je renesansa pravkar osvobodila, četudi je njeno silovitost že krotila” (Foucault 1998,43) Za klasicizem je značilna vpeljava velikanske zaporne ustanove. Od sredine 17. stoletja naprej je bila norost povezana z režimom zapiranja. V Parizu so v tem času zaprli eno osebo na vsakih sto prebivalcev tega mesta. Različne ustanove, ki so tedaj v Parizu že obstajale so dobile enotno upravo. In sicer v Splošnem špitalu, ki je bil ustanovljen leta 1656. Špitali so bili namenjeni pariškim revežem, “ne glede na spol, kraj, bivanje, starost, ne glede na njihov družbeni položaj in rod, ne glede na to kakšno je njihovo stanje, ali so zdravi ali onemogli, bolni ali okrevajoči, ali jih je mogoče ozdraviti ali ne”. (Foucault 1998, 44) Nekateri, ki niso bili sposobni živeti in se preživeti, so prišli sami. Druge je poslala krajevna ali sodna oblast. Skrb za špitale so zaupali upravnikom, ki so bili imenovani doživljenjsko. Upravniki so bili zastopniki kraljeve oblasti in meščanskega bogastva pred svetom revščine. Pooblastila so jim velja tako v špitalu kot zunaj njega: »Imajo vso moč avtoritete, vodenja, upravljanja, usmerjanja, policije, sojenja, popravljanja in kaznovanja nad vsemi pariškimi reveži v Splošnem špitalu in zunaj njega.« (Foucault 1998, 43) Špitali niso veljali za medicinske ustanove, temveč so bili nekakšna na pol sodna struktura, upravna enota. Torej v rokah so imeli vso oblast, ne glede na sodišča so sama odločala, sodila in izvrševala. Za ta namen so imeli

v špitalih tudi sramotilne stebre, železne ovratnike, ječe in podzemeljske temnice. »Malo ne absolutna oblast, sodna brez oblast priziva, nepreklicna pravica do izvršitve – Splošni špital je bil nenavadna oblast, ki jo je kralj vzpostavil med policijo in sodstvom, na mejah zakona: tretji red zatiranja.« Nadalje Foucault (1998, 45) opisuje Splošni špital kot: »instanco reda, monarhičnega in meščanskega reda, ki se je v Franciji organiziral prav v tem obdobju.« V letu 1676 je bil izdan odlok s katerim so splošne špitale morali ustanoviti še v vseh drugih mestih po Franciji, tako so jih pred revolucijo naštel 32. Cerkev je na začetku pri organiziranju splošnih špitalov precej odločno potisnjena ob stran – vendar vseeno ni ostala zunaj tega gibanja. Ustanovila je svoje špitalne ustanove. Cerkev je tako na nek način z oblastjo tekmovala in sodelovala. (Foucault 1998, 43-47)

Za Anglijo je značilno, da so z zapiranjem začeli še prej kot v Franciji. Tako je že v letu 1575 izšel zakon kaznovanja potepuhov in pomoč revežem. Predpisoval pa je zidavo pobiljševalnic, in sicer najmanj eno v vsaki grofiji. (Foucault 1998, 48)

V nekaj letih je mreža takšnih ustanov prekrila vso Evropo. Ob koncu 18. stoletja je John Howard preromal vse večje države v Evropi in pregledal vse glavne kraje zapiranja – špitale, ječe, zaporne ustanove. Ogorčen je bil ob tem, da so za iste zidove lahko zapirali obsojence splošnih sodišč, mladeniče, ki so motili družinski mir ali zapravljali premoženje, ničvredneže in brezumneže. Zapiranje je tako hitro in samodejno postala značilna kategorija klasicističnega reda. Najdemo ga po vsej Evropi, bil pa je stvar »policije«. Preden je zapiranje dobilo medicinski pomen, ki mu ga dajemo ali mu ga vsaj radi pripisujemo, je bilo vse kaj drugega kot pa skrb za ozdravitev bolnih. Neizogibno je postalo zaradi imperativa dela. S špitali dobimo ustanovo, kjer brezposelne niso več preganjali in kaznovali, poskrbeli so zanj na stroške nacije, vendar za ceno osebne svobode. Imeli so pravico, da jih nahranijo, a morali so sprejeti fizično in moralno prisilo zapiranja. (Foucault 1998, 49-52)

Totalna ustanova se je rodila v času velikega zapiranja. Gre za proces, ki je potekal v 17. stoletju po vsej Evropi in v katerem so zaprli velik del prebivalstva v splošne zaprte ustanove. Gre predvsem za določeno skupino ljudi, in sicer revne in deviantne posameznike: ostarele, brezdomce, invalide, sirote, brezumne, berače, vojake, prostitutke itd. Veliko zapiranje ne bi bilo mogoče brez velikih družbenih sprememb. Tako se je mogla družba veliko bolj odpreti kot je bilo to značilno za fevdalizem. Gre za

prehod iz fevdalizma v kapitalizem. Govorimo o veliko spremembah: razkroj dvornega gospodarstva in zemljiškega gospostva, razvoj mest, razvoj trgovine, denarnega gospodarstva in industrije. Prav tako pa tudi vzpon meščanskega razreda, demografski boom ter razvoj individualnosti in zasebnosti. Nekateri od teh procesov so z zapiranjem v totalne ustanove in njihovim nastajanjem povezani neposredno, drugi pa posredno. Mesta so postajala kraj nevarnosti in kaosa, ki ga je bilo treba urediti. Veliko zapiranje lahko tako enačimo z velikim pospravljanjem. (Flaker 1998, 71-74)

V 17. stoletju je imelo zapiranje po celotni Evropi enak pomeni, in sicer je Evropo prizadela ekonomska kriza in zapiranje je bil odgovor na to. Tako je v tem času prišlo do brezposelnosti, nižanja mezd, pomanjkanja denarja ipd. Brezdelneže, brezposelne in potepuhe so zapirali v poglobljene in prostore Splošnega špitala.

Med delom in brezdeljem je klasicistični svet potegnil mejo, ki je zamenjala veliko izključitev gobavcev. V 19. stoletju so ozemlje, kamor so pred 150. leti hoteli namestiti reveže, berače in brezposelne, namestili norce. Nikakor ni nepomembno, da so bili norci vključeni v veliko prepoved brezdelja. Že od vsega začetka so imeli svoj prostor ob revežih, dobrih ali slabih, in ob prostovoljnih ali neprostovoljnih brezdelnežih. V delavnicah, kamor so jih zaprli skupaj z vsemi drugimi, so se sami izločili s svojo nezmožnostjo, da bi delali in se prilagodili ritmu kolektivnega življenja. Potreba, ki so jo odkrili v 18. stoletju, da bi namreč umobolni morali biti deležni posebnega načina obravnave, in velika kriza zapiranja tik pred revolucijo, sta bili povezani z izkušnjo, kakršno so si o norosti pač mogli pridobiti v okvirju splošne obveznosti do dela. Da bi norce zaprli, niso čakali na 17. stoletje, toda prav v tem času so jih začeli »internirati« in pomešali so jih s tisto populacijo, za katero so menili, da so norci z njo v sorodu. (Foucault 1998, 53-59)

V zgodovini brezumja pa je označevalo odločilni dogodek: trenutek, ko so norost začeli umevati v družbenem obzorju revščine, nezmožnosti za delo, nesposobnosti vključevanja v skupino, trenutek, ko se je norost začela umeščati med probleme države. Rodila se je nova senzibilnost, ki je začrtala mejo, postavila prag; senzibilnost, ki izbira – zato da bi izključevala. Vladal je razum v čistem stanju, v zmagoslavju nad pobesnelim brezumjem, ki je bilo zanj vnaprej pripravljeno. Norosti je bila tako iztrgana tisti imaginarni svobodi, ki ji

je še omogočala, da se razcvetela na renesančnem nebu. Ni še tako dolgo nazaj, kar se je opotekala naokoli pri belem dnevu: v Kralju Learu in Don Kihotu. Toda v manj kot pol stoletja so norost osamili in jo v trdnjavi zaprtosti povezali z razumom, z moralnimi pravili in z njihovimi enoličnimi nočmi. (Foucault 1998, 64-65)

Norost, ki je postala del skupnega imenovalca zapiranja, lahko razumemo kot nekakšen skrit razlog za sleherno dejanje zapiranja. Norost je ustvarjala teren za nenadzorovano nasilje razuma. Čeprav se je psihiatrizacija nekaterih vrst deviantnosti zgodila šele v 20. stoletju, pa je bilo seme tega razvoja zasejano, ko so bile s splošnim zapiranjem vse oblike deviantnosti pospravljene pod skrbništvo razuma. Prevlada razuma je temu razvoju dala mandat za razumevanje nerazumnega. (Flaker 1998, 83)

Klasicizem je obdobje zapiranja. Za vsako mesto pa je značilna raznolika populacija norcev. Približno desetina vseh aretacij za Splošni špital v Parizu so prijeli »brezumneže«, »norce«, »duševno zmedene«, »umobolne« in »blazne«. Od drugih zapornikov jih ni razlikovalo prav ničesar, izločil jih je isti gib. Vseeno pa so imeli »brezumneži« kot taki, posebno mesto v svetu zapiranja. Njihov položaj ni bil zgolj položaj prestopnikov, ampak je brezumje veljalo za norost v pravem pomenu besede. Razlikovali so jih od drugih, prav tako so bili posebno poimenovani: brezumneži, pomračeni ali zmedeni umi, blazneži in umobolni. Zapiranje je hotelo brezumje prikriti in je tako kazalo na sram, ki ga je brezumje vzbujalo; toda pri tem je izrecno opozorili na norost, nanjo je pokazalo s prstom. Če je šlo pri brezumju predvsem za to, da bi se škandalu izognili, so ga pri norosti organizirali. V tem je bilo nenavadno protislovje: klasicistično obdobje je norost zajelo z vseobsegajočo izkušnjo brezumja; njene posebne oblike, ki sta jih bila srednji vek in renesansa jasno individualizirala, je posrkalo v splošno razumevanje, v katerem se je norost brez vsakršnega razločka družila z vsemi oblikami brezumja. Hkrati pa je klasicizem prav to norost zaznamoval s posebnim znamenjem: ne z znamenjem bolezni, temveč z znamenjem vnesenega škandala. To organizirano razkazovanje norosti v 18. stoletju in svoboda, s katero je norost prihajala na dan v renesansi, pa vseeno nista imeli nič skupnega. V renesansi je bila norost navzoča povsod in s svojimi

podobami ali nevarnostmi vpletena v vsako izkušnjo. V klasicističnem obdobju pa so jo razkazovali z druge strani rešetk; čeprav je bila navzoča, je bila le iz daljave, pod očesom razuma, ki ni več priznaval sorodstva z njo in ki ga ni bilo več treba biti sram zaradi morebitne prevelike podobnosti. Norost je postala nekaj, kar je vredno ogleda; nič več pošast v človekovi globini, temveč žival z nenavadnimi mehanizmi, bestialnost, kjer človeka že dolgo ni več. Zlahka si zamišljam človeka brez rok, nog in glave (zgolj izkušnja nas namreč uči, da glavo potrebujemo bolj kakor noge). Ne morem pa si zamisliti človeka brez misli, to bi bil kamen ali žival. (Foucault 1998, 72)

Norost je v času klasicizma v zapornih ustanovah živela skupaj z ostalimi oblikami brezumja. Le te so jo obdajale in določale njeno najsplošnejšo resnico. Vendar so norost hkrati osamili in so z njo ravnali na prav poseben način. Kazala se je v svoji enkratnosti. Za sedemnajsto in osemnajsto stoletje je značilno, da norosti nista priznavala v horizontu *narave*, temveč v ozadju *brezumja*. Norost je v klasicizmu bilo mogoče razumeti samo v zvezi z brezumjem in zgolj z njim. Brezumje je bilo temelj norosti; recimo rajši, da je brezumje določalo prostor njene možnosti. V teh dveh stoletjih se je norost kazala skozi manijo in melanholijo na eni strani ter histerijo in hipondrijo na drugi. (Foucault 1998, 83-125)

V času velikega zapiranja se vzpostavi skupina ljudi, ki upravlja z novimi ustanovami. Pride do nekakšni zametkov poklicev, torej ljudje v totalni ustanovi delajo in ne živijo v njej. Prav to je manjkalo prototalnim ustanovam, kjer takšna vrsta osebja še ni obstajala. (Flaker 1998, 87)

Norosti v času klasicizma niso zdravili v špitalih, šlo je le za to, da jo ločijo ali »popravijo«. Vendar se je razvijalo zdravljenje norosti, ki ni bilo hospitalno. Razvijali so dolga zdravljenja norosti, tukaj niso poskušali zdraviti duše, kot so hoteli pozdraviti človeka v celoti. Predvsem njegova živčna vlakna in potek njegove domišljije. Telo norca so tako razumeli kot vidno in trdno navzočnost njegove bolezni: od tod ta telesna zdravljenja, katerih pomen pa je v celoti izhajal iz moralnega dožemanja in moralnega zdravljenja telesa. Tedaj še niso ločili med psihološkim in fizičnim zdravljenjem, psihologija še praktično ni obstajala. (Foucault 1998, 125-161)

V 18. stoletju sta glede zapiranja obstajala strah in tesnoba. Ljudje so se namreč precej bali zapiranja. Sredi 18. stoletja je izbruhnil strah, ki se je izražal predvsem v medicinskih izrazih. Ljudje so se ustrašili precej skrivnostne bolezni, ki bi se naj širila iz zapornih ustanov in naj bi kmalu ogrozila mesta. V 18. stoletju se je okoli zavesti o norosti izoblikoval povsem novi koncept. Norost je v pokrajini brezumja, kamor jo je umestilo 16. stoletje, skrivala pomen in vir, ki sta bila nejasno moralna, njena skrivnost jo je povezovala z grehom, živalskost pa, ki so jo v njej zaznavali, je, paradokсно, ni naredila bolj nedolžne. V drugi polovici 18. stoletja norosti niso več videli v tem, kar človeka približuje pradavnemu padcu ali nedoločno navzoči živalskosti; prav narobe, umeščali so jo v tisto oddaljenost, s katero se človek oddalji od sebe samega, od svojega sveta in od vsega, kar mu ponuja neposrednost narave; norost je postala možna v tistem okolju, kjer se pokvarijo človekovi odnosi do čutnega sveta, časa in do drugih; norost je bila možna zaradi vsega, kar je človekovem življenju in razvoju prelom z neposrednostjo. Norost ni več sodila v razsežnost narave ali padca, temveč v novo razsežnost, kjer je že mogoče zaslutiti zgodovino in kjer sta v nejasnem izvirnem sorodstvu vzniknili »alienacija« zdravnikov in »alienacija« filozofov. (Foucault 1998, 182-183)

3.3 19. STOLETJE IN NOVA LOČITEV

V začetku 19. stoletja spet pride do nove ločitve. Začne se ločevati norce od hudodelcev, tako ločijo nedolžnost brezumja od krivde zločina. Pride celo do ogorčenja, ker se z norci ni ravnalo nič boljše kot z navadnimi obsojenci ali političnimi zaporniki. Zavest o norosti se je na nek način že začel spreminjati v 18. stoletju, stoletje kasneje pa je prišlo do ločitve. Tako se je zavest o norosti izoblikovala sočasno z revolucijo. Gre za zavest, ki nastala politično in ne toliko človekoljubno. V 18. stoletju opazijo, da so med zaprtimi, med razuzdanci, razvratneži, zapravljljivimi sinovi, nekateri ljudje, katerih motnje so drugačne narave in katerih nemira ni mogoče pomiriti, a to zaznavanje dolgujemo zaprtim samim. Vedno bolj ko je šlo stoletje proti koncu, vedno bolj so naraščali protesti proti zapiranju. Norost je tako postajala mora zaprtih. Srečevali so se tudi s prepričanjem, da bivanje v poboljševalnici neizogibno sama povzroča norost. Vendar je norost ostane objekt in subjekt, podoba in cilj zatiranja. Norost je treba skriti pred družbo, saj ljudje, ki so izgubili razum, niso dovolj razumni, da jih ne bi zaprli, niti dovolj pridni, da jih ne bi obravnavali kot malopridneže. (Foucault 1998, 185-200) Svoje doda še Flaker (1998, 65), ki pravi: »Težnja po specialnih ustanovah za nore je

bila po eni strani izrazito negativna, izhajala je iz potrebe, da bi bili norci izločeni iz kaznilniških in korekcijskih ter bolnišničnih tokov.«

V družbi 19. stoletja so vedno bolj bili mnenja, da mešanje ljudi v velikih ustanovah ustavlja napredovanje vračajočega se razuma in še bolj krepi melanholijo in odljudne misli. Norost se je v preteklosti samo brzdala, ne pa tudi zdravila. In prav s pojavom Tukovega *zavetišča* se naj bi to spremenilo. Le to naj bi delovalo kot orodje ločevanja, in sicer moralnega in verskega ločevanja. Prav ločevanje naj bi okoli norosti vzpostavilo okolje, ki je kar najbolj podobno skupnosti kvekerjev. Kvekerji so bili v tedanjem času pripadniki iz protestantizma nastale verske sekte, ki se je sklicevala na notranje versko spoznanje in na biblijo. Tuke naj bi v resnici ustvaril azil, kjer je svobodno grozo norosti zamenjal z zadušljivo tesnobo odgovornosti. Azil ni več kaznoval norčeve krivde, ampak je jo celo organiziral. Tako je norec skozi osveščanje moral priti nazaj k zavesti svobodnega in odgovornega objekta in posledično seveda k razumu. Delo kot posledica »moralnega zdravljenja« je bilo v zavetišču na prvem mestu. Odsotnost prisile v azilih ni osvoboditev brezumja, ampak že zdavnaj zagotovljeno obvladovanje norosti. »Za ta novi razum, ki vlada v azilu, norost ni nekaj, kar bi bilo z njim v absolutnem protislovju, temveč je prej nezrelost, neki vidik nje same, ki nima pravice do samostojnosti in lahko živi le, če je cepljen na svet razuma. Norost je otroštvo. V zavetišču je vse urejeno tako, da se norci spreminjajo v mladoletnike. Obravnavajo jih kot otroke.« (Foucault 1998, 213)

»Tukejevo zavetišče je vzpostavilo stroj za proizvodnjo občutkov krivde in ponotranjenje avtoritete, ki je omogočil poznejši razvoj psihoterapije in psihologije kot agensov produkcije avtonomnega posameznika, ki lahko odloča o svoji usodi, ki ni več predmet delovanja zunanjih sil, usode.« (Flaker 1998, 106)

Pinel in malo manj tudi Tuke veljata za utemeljitelja sodobne psihiatrične ustanove in v veliki meri tudi znanosti o duševni bolezni. Pride do nekakšnega preobrata, revolucije, kjer norcem snamejo okove in odpravijo zunanjo surovost in fizično represijo. Govorimo o moralni obravnavi, ki se odreka surovosti starih tehnik ustrahovanja, dresiranja in udomačevanja in priznava norcu človeškost; temeljila je na prevzgoji. (Flaker 1998, 103)

Ob Tukejevem zavetišču moramo omeniti še Pinelov azil, ki je bilo nekakšno dopolnilo zavetišču.

Pinelovo veliko dejanje osvobajanja norcev iz okovov, preselitev iz temnice na svetlobo azila in vračanje dostojanstva je bilo skorajda sočasno in v marsičem podobno Tukovem. Pinel je s tem odprl avtocesto po kateri je stekel celotni psihiatrični promet. Vera ni bila moralna podlaga življenja v azilu, ampak zgolj in samo medicinski objekt. Azil je versko področje brez vere, področje čiste morale, etičnega poenotenja. V azilu so vladale družinske in delovne vrednote, vse priznane kreposti. Azil je v Pinelovih rokah z enim samim zamahom postal orodje moralnega poenotenja in družbenega obsojanja. (Foucault 1998, 218)

Flaker nadalje vidi temeljno dejanje Pinela v ureditvi špitalskega prostora. S tem posegom v totalne ustanove je norost ostala sama zase, ni bila več združena v skupku gorja. S tem, ko se je ločila od bede, je lahko postala duševna bolezen. Azil je tako postal učbenik psihiatrije. (Flaker 1998, 108)

»Tukejevo zavetišče in Pinelov Azil obsodita svoje varovanca na samega sebe, na tujca, ki se mora udomačiti. Tisto, kar je včasih bilo žrtev razmer, je treba spremeniti v človeka s svojo voljo in odgovornostjo.« (Flaker 1998, 113)

Ob koncu 18. stoletja pride do povečevanja zdravnikove osebnosti. Do utemeljitve odnosov med zdravnikom in pacientom. Postavi se tudi novo razmerje med norostjo in medicinsko miselnostjo. »Z novim položajem zdravnikove osebnosti je odpravljen najgloblji smisel zapiranja: duševna bolezen, z vsemi pomeni, ki ji jih zdaj pripisujemo, s tem postane možna.« (Foucault 1998, 229) Tudi Flaker (1998, 99) govori o odnosu medicine do norosti: »Medicina je v 18. stoletju dobivala vse bolj pomembno mesto s špitalskim sistemom. Hkrati pa je v istem času tudi sama norost dobivala čedalje bolj medicinski obraz ali obleko. Čedalje več je bilo namreč znanstvenih razprav o mentalnih boleznih.«

Totalne ustanove, ki so nastale pred 19. stoletjem, so zapolnile primanjkljaje srednjeveških ustanov totalnega zajetja. Doba absolutizma je rodila totalno ustanovo. Odprtost družbe je omogočila, da je v njej sami nastal zaprt prostor – in prav ta zaprti prostor je omogočil »odprto« družbo. Hkrati pa je bila v dobi

absolutizma družba centralizirana, in kot taki ji je zaprt prostor označeval rob. Zapiranje v totalne ustanove je omogočilo izločanje brez izobčenja. Oblikovali so se prvi skrbstveni poklici, ki so skrbeli za izločanje ljudi, obstajalo je osebje, ki je del svojega časa posvetilo skrbi za varovance in je ta mandat dobilo od javne oblasti. Splošno ustanovo 17. in 18. stoletja lahko upravičeno imenujemo praoblika totalne ustanove oz. totalna praustanova. (Flaker 1998, 87)

19. stoletje je čas disciplinskih ustanov, njihovega nastanka in konsolidacije. V tem času nastanejo tudi norišnice. Za industrijsko družbo je značilno totalno zajemanje, ki postane temeljno načelo upravljanja z deteritorializiranimi množicami. Industrija je potrebovala nevezano delovno silo, produktivno prebivalstvo, ki ga je možno uporabiti. Skoraj celotni delovni razred je bil zajet v eno ali drugo totalno ustanovo. Tovarne, šole, vojska na eni strani ali zapori, norišnice itd. na drugi. »Zapiranje spremeni deteritorializirano gibljivo maso prebivalstva v nadzorovano, urejeno, regimentirano in uporabno množico. To je podlaga vsake totalne ustanove.« (Flaker 1998, 118) Vendar delavski razred ni samo vključen v totalne ustanove, ampak jih tudi pomaga ustvarjati. Zgodi se temeljna preobrazba, ki jo totalne ustanove doživijo v 19. stoletju, in sicer se obrne predznak zapiranja. V začetku velikega zapiranja je veljalo zapiranje negativno, zaprti so bili tisti, ki niso imeli česa početi. V totalnih ustanovah pride do časovne razporeditve in prostorske razdelitve. »Tako prostorska razdelitev in klasifikacija ujameta telo v mrežo institucionalne naprave, urnik pa zajema dejavnosti in prostorske premike. S tem dopolnjuje prostorsko razdelitev.« (Flaker 1998, 121-156)

V svetu se je v 19. stoletju ob porastu industrializacije ter zaradi ukinitve dela na domu in prehoda delavcev v tovarne in pisarne, preselilo veliko ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju iz domačega okolja v institucionalne oblike varstva kot so: ubožnice, blaznice, prisilne delavnice. Pri tem je dano ljudem zavetje in nekatere oblike profesionalne intervencije. Gre za močno socialno kontrolno vlogo javnih institucij, v katero je vpeto delo osebja. (Kapelj in Smonker 2005, 13)

Pri nas se je industrializacija začela pozneje kot v ostalem svetu, prav tako je proces zapiranja bil zakasnen, saj se je začel po drugi svetovni vojni. Skupine ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem razvoju so naselili v ločene nacionalizirane gradove in druge izpraznjene stavbe.

Vendar psihiatrične ustanove kot podvrsta totalne disciplinske ustanove s svojo tehnologijo komaj dohajajo svoje vrstnice (vojsko, šolo, tovarne itd.). Namen totalnih ustanov v samem bistvu predvsem produktivnost, proizvodjanje disciplinirane in krepke delovne sile. V psihiatričnih ustanovah 19. stoletja in pozneje se je dogajalo prav nasprotno. Norišnice so proizvajale neproduktivno delovno silo, apatična telesa, resignirane zombije itd. namesto krepkih teles, ki bi bili vpeti v kolo proizvodnje. Ustvarjale so degeneracijo namesto napredka. Sodobne ustanove v 19. stoletju so začele proizvajati sodobne individuume, norišnice pa prav obratno – antiindividuume. (Flaker 1998, 152-153)

Čista oblika disciplinske totalne ustanove se je le redko oziroma le deloma udejanjila v psihiatričnih ustanovah. Čiste oblike oziroma ideal tipskega primera tako ne poznamo. Vendar se je redkoma le pojavil, ampak tudi tedaj je šlo za časovno omejeno gibanje ali pa lokalno omejen fenomen (npr. yorško zavetišče). Ponavadi je kaj takega uspelo izjemno močnim osebnostim kot so bili Pinel, Esquirol, Tuke, pozneje tudi Simon in Rugelj. S temi izjemami v psihiatričnem okolju se je prebudila psihiatrična produktivnost, ki vzpodbudila razvoj psihiatrije. Vendar se ti poskusi nikdar niso obdržali in psihiatrija je kot družbena ustanova vedno zdrsnila nazaj v sivino neproduktivnosti, ždenja, degeneracij in zunanje prisile. (Flaker 1998, 152-154)

Flaker (1998, 154) nadalje opisuje zgodovino psihiatričnih azilov vse do današnji dni kot zgodovino kriz in kritik, a tudi njegove obrambe. Zastavlja si vprašanje, kako je psihiatrija ne samo preživela v takšni obliki, ampak tudi doživljala velike vzpone vse tja do druge svetovne vojne. Število azil se je večalo, prav tako se je večalo število varovancev v njih. Flaker vidi v odnosu upravičevanja psihiatričnih azilov njihovo najpomembnejšo nalogo v zapolnjevanju vrzeli pri pravni definiciji pogodbenega posameznika. Ta družbena funkcija ji zagotavlja obstoj, ne glede na to, kaj dejansko počne. Produkcija ustanov more biti v proizvodnji negativnih podob ljudi, ki niso zmožni pogodbenih odnosov. Na podlagi tega se psihiatrija konstituira kot posebna vrsta družbene moči in posebna močna stroka. Produktivni prispevek psihiatričnih azilov je tudi v tem, da je sprejemališče in odlagališče za razmeroma velik segment prebivalstva in problemov. Tukaj je mesto, odlagališče presežka delovne sile oziroma motenj proizvodnega procesa. Obstoj azilov pa lahko iščemo tudi v širših družbenih kontekstih. Industrijska družba se namreč še vedno ni odpovedala totalni utopiji

oziroma ideal tipskem modelu disciplinske totalne ustanove. Totalitarne družbe, katerih ideologija je discipliniranje in totalni nadzor, so nastale v 20. stoletju in je vprašanje, ali so že del zgodovine. Uresničitev sanj o disciplinski družbi se je kazalo s koncentracijskimi taborišči in fašistično družbeno ureditvijo. Vendar šele z odpovedjo utopij o totalnem družbenem nadzoru pride do možnosti za demontiranje psihiatrični ustanov. Discipliniranje na področje norišnic tako ni bilo uspešno kot v drugih segmentih družbe. Po Flakerjevem mnenju norosti ni mogoče disciplinirati, verjetno tudi zato, ker je ni pomembno disciplinirati. Bolj pomembno je bilo seveda disciplinirati tiste, ki ostanejo zunaj. »Disciplinska utopija je notranje protislovna ter nezmožnost totalne discipline pandemična in značilna za vse disciplinske ustanove. In prav tukaj se pojavi polje, ki omogoča delovanje dezinstitutionalizacijskih procesov.« (Flaker 1998, 152-156)

4 KAJ JE INSTITUCIJA?

Za splošno razumevanje poteka procesa institucionalizacije, hospitalizacije in nato še deinstitutionalizacije je potrebno vedeti, kaj institucija sploh pomeni. Katere so lastnosti institucij, kje in zakaj se institucije sploh pojavljajo, kakšni so odnosi znotraj institucij.

»Institucija je formalizirana in organizirana oblika in prostor, kjer določena skupina ljudi uresničuje svoje potrebe. Institucija mora zato biti organizirana, imeti mora program svojega dela ter odnose, ki določajo kvaliteto življenja članov. Institucije ni mogoče razumeti le kot nekaj negativnega. Številne naloge je mogoče realizirati le skozi organiziranost in organizacijo.« (Kastelic in Opara 2003, 97)

Po Goffmanovem (v Mali 2008, 133-134) mnenju institucija s svojim načinom delovanja in pravili življenja vpliva na ljudi v njej večplastno, celostno in zajema pravzaprav vsa področja človekovega delovanja. Vsak človek vstopi v institucijo z že oblikovano osebnostjo, navadami, znanji. Osnovni problem Goffman vidi v tem, da institucije sicer ustvarjajo posamezniki, ampak le te niso v celoti prilagojene posameznikovi osebnosti. Posebnost posameznih institucij je v tem, da določeno število ljudi v njih dela, hkrati pa v njej določeno število ljudi živi. O takšnih organizacijah Goffman govori kot o socialnem hibridu, saj gre na eni strani za bivalne skupnosti ljudi, ki živijo v njej. Na drugi strani govorimo o formalni organizaciji, kjer prevladujejo profesionalni odnosi, ki so usmerjeni v doseganje določenih ciljev.

4.1 ZNAČILNOSTI TOTALNIH USTANOV

Totalne ustanove so bile ustanovljene kot odgovor na veliko industrializacijo, ki je potekala kot ločitev med domom in sfero industrijske produkcije. Duševno prizadeti in druge marginalne skupine v predindustrijski dobi niso bile breme domačinom, saj je življenje zvečine potekalo doma, na kmetijah. Z industrializacijo pa se delo preseli v tovarne in marginalne skupine (duševno prizadeti ipd.) ostanejo brez varstva. Ljudi, ki so bili z vidika učinkovitosti naravnane industrijske produkcije moteči in odveč, je bilo

potrebno najprej dojeti kot oviro in nato »pospraviti« v institucijo. V 19. stoletju pa v nekaterih državah pride že tudi do obratnega procesa, in sicer zapiranja velikih totalnih ustanov, kar imenujemo deinstitutionalizacija. Za razumevanje totalnih institucij, njihovi neustreznosti in škodljivosti, sta pomembni predvsem dve deli. Prvo so Goffmanovi *Azili* iz leta in Foucaultova *Zgodovina norosti v času klasicizma*, obe iz leta 1961.

Ustanove ponavadi dojemamo kot nekaj kraj (zgradbo, sobo, področje), kjer se redno dogaja neka vrsta dejavnosti. Sociologija ni našla posebno primerne načina, da bi jih klasificirala. Vse ustanove na nek način zajemajo čas in zanimanje svojih članov. Nekatero več druge manj. V totalnih ustanovah je stanje zajemanja bolj »diskontinuirano« bolj izraženo, kjer ustanova zajema tako rekoč vse vidike posameznikovega življenjskega kroga (delo, zabava, rekreacija, itn.). Ravno zaradi tega totalnega zajetja jih lahko imenujemo totalne. Totalnost zajetja simbolizirajo tudi pregrade, ki jih taka ustanova zgradi med seboj in zunanjem svetom. Te ustanove so fizično oddaljene od ostalega sveta (z zidovi, gozdovi, močvirjem, bodečo žico ipd.). Osnovna postavka moderne družbe je, da posameznik spi, se igra, dela na različnih mestih, z različnimi soudeleženci, pod različno oblastjo in brez vseobsegajočega načrta. Osrednja značilnost totalnih ustanov je, da se pregrade med sferami rušijo. (Goffman v Flaker in Urek 1988, 76)

Značilnosti totalnih ustanov so po Goffmanovem mnenju:

1. vsi vidiki življenja se odvijajo na istem kraju in pod isto oblastjo;
2. vsaka faza dnevne aktivnosti se odvija vpričo velikega števila drugih ljudi, ki so enako obravnavani in od katerih zahtevajo, da delajo isto stvar skupaj;
3. za vse dejavnosti obstaja urnik, ki je vsiljen o zgoraj s sistemom eksplicitnih formalnih pravil in telesom uradnikov;
4. različne vsiljene dejavnosti sestavljajo enotni racionalni načrt z namenom, da se zadovoljijo uradni cilji ustanove. (Goffman v Flaker in Urek 1988, 77)

Goffman z uporabo metode idealnih tipov, razloži bistvene značilnosti med totalnimi ustanovami in življenjem izven ustanove. Tako nima nobena totalna ustanova vseh značilnosti totalne ustanove, po drugi strani pa tudi nobena od značilnosti totalne

ustanove ni značilna samo zanje. Vendar pa v vsaki ustanovi najdemo veliko število teh značilnosti. Totalna ustanova je družbeno dejstvo, ki ga je mogoče opisati, analizirati njegovo strukturo, hkrati pa je tudi struktura izkustvena. Uporabnik jo izkusi takoj, ko vanjo stopi, prav zaradi razlike med vsakdanjim, normalnim življenjem in delovanjem totalne ustanove. (Goffman v Flaker in Urek 1988, 19)

Flaker (1998, 12-13) govori, kako so se različni avtorji analiziranja totalnih ustanov lotevali iz različnih zornih kotov. Goffman z vidika identitete v neki ustanovi, Foucault z vidika oblastnih in vednostnih dispozitov, Castel iz vidika delovanja družbenih ustanov. Analiza totalnih ustanov je tako hkratna analiza nekega družbenega aparata kot tudi oblikovanja posameznikove identitete.

Nadalje se Goffmanovo razumevanje totalnih ustanov naslanja na zahtevo družbe, da odgovori z birokratsko organizacijo večjih blokov ljudi, ne glede na to ali je to v dani situaciji učinkovito ali nujno. Zato v totalnih organizacijah obstajata dva svetova, in sicer nadzorovalno osebje, ki je v manjši, ampak ima moč. In na drugi strani številčnejši varovanci, ki so v večini, ampak so popolnoma pasivni in brez moči. Med obema skupina je globok in bistven razcep. Varovanci so na nek način zlit z ustanovo, saj v njej živijo in so v odnosu do zunanjega sveta močno omejeni. Za osebje pomeni ustanova osem urni delovnik, kjer so v službi. Svoj prosti čas preživljajo po svoje in so neomejeni v zunanjem svetu. V odnosu med osebjem in varovanci je čutiti veliko napetosti in sovražnega odnosa. Osebje se do varovancev počuti superiorno, ukazovalno, med tem ko so varovanci manjvredni, pokvarjeni, krivi in vredni graje. Med obema skupinama velja stroga razmejitev, določena socialna razdalja, ki je formalizirana in natančno predpisana. Odnosi so po večini omejeni le na formalnost in profesionalnost, predvsem s strani osebja. Vse to se vidi tudi v tonu in barvi glasu. Osebje je samo po sebi ukazovalno, na varovance kričijo. Varovanci so v odločanju o lastni usodi popolnoma prepuščeni osebju, so popolnoma pasivni in vodljivi. Življenje po pravilih in zapovedih je v zunanjem civilnem življenju omejeno na delovni prostor in ne deluje zunaj njega, v totalni ustanovi pa sega na vsa področja življenja. Tako se totalna ustanova razhaja z dvema temeljema sodobne družbe: s plačanim delom in družino. Goffman opisuje družino in totalno ustanovo kot polje neposrednega in praktičnega nasprotja. (Goffman v Flaker 1998, 20-22)

Zavod Hrastovec je v začetku tega stoletja še v večji meri deloval kot totalna ustanova in današnji direktor mag. Josip Lukač ob prevzemu funkcije leta 2001 opisuje stanje varovancev z besedami: »Nikoli ne bomo izvedeli, koliko je k sedanjem stanju, poleg bolezni oziroma hendikepiranosti od prej, prispeval tudi zavodski način življenja, stigma zavoda ter socialna izključenost in občutek osamljenosti oziroma razosebljanje.« (Zavod Hrastovec)

Flaker (1998, 8) govori o kontraproduktivnih spretnostnih, ki se jih posamezniki naučijo v takšnih ustanovah, saj te naučene spretnost lahko uporabljajo samo za življenje v ustanovi, za vsakdanje življenje izven zavoda pa so po večini neuporabne. Prav tako civilne spretnosti, ki si jo jih imeli varovanci pred vstop v institucijo največkrat zanemarijo, jih enostavno pozabijo. Ljudje, ki so bili že institucionalizirani, se morajo z vstopom v vsakdanje življenje, spet ponovno učiti spretnosti za življenje izven zavoda. Prav tako velja zavodsko okolje, ki ne omogoča nekega napredka, za precej nestimulativno za zavodsko osebje. Osebje se velikokrat dolgočasi in malomarno opravlja delo v takšnih (totalnih) ustanovah. Za zavodsko osebje velja, da stopnja samomorilnosti in duševnih stisk neprimerno večja kot pri ljudeh, ki delajo recimo v skupnostnih službah. Osebje v zavodih se tako srečuje z izolacijo od civilnega življenja, kar pomeni da imajo popolno oblast nad ranljivo skupino – varovanci, ki so še zraven delavcev v zavodu. Vse to skupaj z ranljivim in nemočnim položajem varovancev, delavcem omogoča razne malomarnosti (nedelo, posedanje, pitje kave...), zlorabe (spolne zlorabe, nasilje...).

»Totalne ustanove zaradi svoje geografske oddaljenosti, pravil in samozadostnosti onemogočajo udeležbo svojcev v procesih pomoči varovancem, še bolj pa prijateljev in znancev. Vanje se zelo težko vključujejo tudi drugi prostovoljci.« (Flaker 1998, 8)

Flaker (1998, 10) pravi, da takšnih argumentov, s katerimi bi govorili v prid totalnim ustanovam, praktično ni, oziroma jih je izjemno malo. Dobra lastnost, ki jo navaja, je po njegovem mnenju inertnost, kar pomeni da se totalne ustanove upirajo tako pozitivnim kot negativnim spremembam v socialni politiki. Dobra lastnost, če lahko temu tako rečemo, bi naj bila tudi zavodska koncentracija sredstev in znanja za strokovno pomoč ljudem v stiski. Takšna lastnost je dobra za kakšen Klinični center, ne pa tudi za zavode, o katerih je govora. Definitivno je zavodska koncentracija sredstev in znanja precej praktična za osebje, ki deluje v teh zavodih, po drugi strani pa toliko bolj negativna za

uporabnike teh storitev – varovance. Flaker navaja kot »pozitivno« lastnost totalnih organizacij še kvaliteto, ki jo imajo zavodi v primerjavi s skupnostno skrbjo, in sicer kolektivnost življenja. Za skupnostno skrb namreč velja, da je individualizirana in usmerjana k vsakemu posamezniku. Vendar bi naj bil prav način organiziranja kolektivnega življenja destruktiven.

Opredelitev Goffmanove totalne ustanove lahko strnemo v nekaj značilnosti: mortifikacija (razlastitev vlog, programiranje, kontaminacija, medosebna kontaminacija), birokratizacija življenja, disciplinski sistem (hišna pravila, nagrade in privilegiji, kazni, fraternalizacija) in proces sekundarne prilagoditve. (v Mali 2008, 135)

Totalne ustanove so v preteklosti dosegale svoj namen, z napredkom družbe pa govorimo o totalnih ustanovah s pridržkom, z negativnih prizvokom. V preteklost so bile namenjene predvsem pospravljanju ljudi. Z velikimi premiki v psihiatriji in preoblikovanjem socialne politike, pa klasično pospravljanje ljudi več ne pride v poštev. Strokovnjaki, prav tako pa tudi družba ugotavljajo, da je zdravljenje »duševnih« bolezni možno tudi na drugačen, veliko bolj human način. In sicer izven psihiatričnih bolnišnic, v človeku prijaznejšem in naravnem okolju – v skupnosti.

Flaker kot glavne vzroke za zapiranje zavodov našteje tri glavne razloge: etične, strokovne in ekonomsko politične. Vsi so izjemno pomembni, zato je težko govoriti o prevladujočih vzrokih, saj delujejo tako, da se medsebojno krepijo. (Flaker in drugi 1999, 25)

1. Flaker nadalje *etične razloge* za zapiranje zavodov deli v dve skupini. Najprej navede kršenje državljskih in človekovih pravic. Ustanove naj bi redno in močno kršile celo vrsto človekovih pravic, in sicer pravico do prostosti, pravico do osebne dignitete in pravico do zasebnosti. Nikomur namreč ni dovoljeno odrekanje pravic, ki jih imamo drugi za samoumevne. V drugo skupino etičnih razlogov navaja institucionalno nasilje. S številnimi raziskavami je bilo v preteklosti dokazana dominacija osebja, posledično tudi nasilje.
2. V skupino *strokovnih razlogov* Flaker navaja več utemeljitev:
 - Velike ustanove povečujejo stigmo (stigma se poveča, je bolj vidna ...).

- Bivanje v zavodu je osebno škodljivo (razosebljanje, omrtvičenje osebne identitete, pretrgani stiki z izvornim okoljem ...).
 - Institucije onemogočajo učinkovito strokovno pomoč (nestimulativno okolje, necelostna obravnava...).
3. Kot tretjo skupino razlogov za zapiranje zavodov, totalnih ustanov Flaker navaja *ekonomsko politične razloge*. Med tem, ko so etični razlogi nesporni, je bilo veliko zadržkov pri ekonomskih razlogih, čeprav bi naj bilo skupnostna skrb cenejša oblika kot institucionalno varstvo. Kot eden glavnih razlogov oziroma glavni razlog bi naj bili ekonomski razlogi prevladujoča točka, da se je Velika Britanija podala v proces deinstitucionalizacije. (Flaker in drugi 1999, 25-31)

4.2 HOSPITALIZACIJA IN INSTITUCIONALIZACIJA

Hospitalizacija človeka, duševnega bolnika je tisto najbolj prepoznavno in verjetno usodno znamenje, da je nekdo uporabnik psihiatrije. Človeka s težavami v duševnem zdravju se bo obravnavalo drugače kot človeka z drugačnimi zdravstvenimi težavami. Institucija spremeni človeka, če to želi ali ne. Prekinjen je tok vsakdanjih dejavnosti, opravi, ki jih je človek počel. V njegovo življenje stopi institucionalno življenje, človek se nauči kako preživeti v instituciji, ne kako spet zaživeti v realnem okolju.

Lamovec (1998, 14-15) navaja poškodbe, ki jih dobi vsak človek, ki je bil kdaj bolnišnično hospitaliziran, zaradi težav v duševnem zdravju:

1. odvisnost od zdravil
2. dosmrtna stigmatizacija
3. znižano samospoštovanje in zaupanje vase
4. utrditev lažnega jaza
5. zatiranje pristinega občutenja in izražanja
6. spremenjeni odnosi z družino
7. spremenjeni odnosi na delovnem mestu
8. spremenjeni odnosi s prijatelji
9. izguba ciljev v življenju

Hospitalizacija oziroma nasilna odstranitev iz vsakdanjega okolja, degradacija, izolacija in stigmatizacija stanje še poslabšajo, zlasti dolgoročno. (Lamovec 1998, 15)

Psihiater je tisti, ki določi diagnozo in ko je le ta enkrat sprejeta oziroma potrjena, stopi v veljavo posebna zakonodaja. Oseba, ki je »duševno bolna« mora biti hospitalizirana, pa če ji je to po volji ali ne. S tem se odvzamejo vse človekove pravice. Psihiater oceni nevarnost, ponavadi to naredi na podlagi skopih podatkov svojcev in le ti so lahko zaradi osebne vpletenosti nezanesljivi in pretirano subjektivni. Psihiatri naj bi z zapiranjem v bolnice in ostalimi psihiatričnimi sredstvi delovali v prid duševno bolnega. Vendar je treba to trditev izpodbijati že s tem, da se bolniku ne da niti možnosti izbire, vse se dela proti njegovi volji, na koncu vsi drugi bolj kot on sam vedo, kaj je najboljšje zanj/zanjo. (Lamovec 1995, 9-22)

Da pa je oseba institucionalizirana, pa ponavadi ni potreba njih samih, ampak pobuda drugih. Zlasti ljudi iz neposrednega okolja v povezavi s strokovnjaki. Ljudje, ki so bili ali še so hospitalizirani opisujejo hospitalizacijo kot ključen dogodek v njihovi karieri. Hospitalizacija je za uporabnike psihiatrije skupna realna osnova, s katero je definiran dominanten okvir skupne izkušnje.

Brez hospitalizacije je namreč diagnoza duševne bolezni le hipoteza, domneva, izgovor ali opravičilo. Brez nje hipoteza duševne bolezni nima materialne podlage. Hospitalizacija ima objektivitacijski učinek in sodi, da je bolan. Tako hospitalizacija brez posebnega navora sili interpretacijski okvir bolezni. Težko je namreč nekemu, ki je v bolnišnici, reči kaj drugega kot to, da je duševno zbolel. Hospitalizacija ima status družbenega dejstva. Je dogodek, o katerem so lahko vsi udeleženci soglasni, da se je zgodil, ne glede na razlike v mnenjih, kako je do dogodka prišlo, ali je bil potreben itn. (Lamovec 2008, 36-37)

Lamovčeva nadalje opiše, kakšen je osnovni obrazec institucionalizacije, ta je namreč precej enostaven:

- označi posameznega udeleženca za bolnega (norega, dementnega, nesposobnega, deviantnega ipd.),
- ga premesti iz domačega okolja, civilne, vsakdanje situacije v institucijo,

- pri tem mora nujno sodelovati strokovnjak, ki ima pooblastilo in moč, da izvede zgornjo operacijo. (Lamovec 2008, 45)

Človek med psihiatrično hospitalizacijo nekaj pridobi, pa tudi veliko izgubi. Med pridobitve štejemo hitro prekinitev hudega duševnega trpljenja, določene vrste zdravil, ki osebam koristijo, umik v bolnišnično okolje, ki je za nekatere ljudi varnejše in mirnejše kot domače, pridobitev časa za razmišljanje o preteklih dogodkih. Med izgube pa spadajo osebnostno razvrednotenje, stigma, osamitev, težave na delovnem mestu zaradi psihiatrične hospitalizacije, fizična izločitev iz domačega okolja, občutek popolne odvisnost in nemoči ipd. (Flaker 1995, 6-9)

4.3 STIGMA

Grki so iznašli termin *stigma*, nanašal se je na telesne znake in predvsem je izpostavljal nenavadno in slabo v moralnem statusu njihovega nosilca. Skozi stoletja se je pojem seveda spreminjal, dobil nove razsežnosti, predvsem telesna znamenja, danes pa se pojem spet bolj uporablja za sramoto kot za njene telesne simptome. (Goffman 2008, 11)

Pojav stigme oziroma biti stigmatiziran govori o odnosu med posameznikom in okoljem. V družbi, okolju, med njegovimi pomembni drugimi ali širše je dosežen nek vrednostni konsenz, kaj je v družbi oziroma okolju zaželeno, pomembno, prevladujoče.

Goffman v grobem loči tri vrste stigme. Prvič je to telesna odbojnost, torej različne fizične lastnosti. Drugič so to značajske lastnosti, ki jih pripisujemo neodločnosti, nebrzdanim ali nenaravnim strastem, nevarnim in okostenelim prepričanjem ter nepoštenosti in o katerih sklepamo na podlagi znanih dejstev. Na primer o duševni bolezni, zaporni kazni, razvadah odvisnosti, alkoholizmu, homoseksualni spolni usmeritvi, brezposelnosti, poskusih samomora in radikalnem političnem obnašanju. Tretja vrsta so skupinske stigme rase, narodnosti in veroizpovedi, ki se lahko prenašajo iz roda v rod in v enaki meri prizadenejo vse člane družine. (Goffman 2008, 13)

Stigma je označevanje ljudi za drugačne in manjvredne spoštovanja kot so drugi. Je sramotno znamenje, ki označuje nezadovoljstvo s stigmatiziranimi in njihovo

nevrednost. Posledica stigmatizacije je izgon ali izogibanje. Stigmatizacija je oblika družbenega nadzora in izključevanje manjšin iz različnih področij konkurence in deluje kot neviden nadzor nad skupino duševno bolnih. (Goffman v Švab 2009, 9) Njen vpliv je odvisen od socialnih, ekonomskih in političnih sil, ki omogoča ustvarjanje stereotipov, rušenje ugleda, izražanje negotovost, odklanjanje in druge oblike diskriminacije (Link in Phelan v Švab 2009, 9)

Psihiatrinja Švab (2009, 9) takole definira stigmo:

Stigma je širok koncept, ki združuje komponente označevanja, stereotipiziranja, kognitivnega ločevanja, čustvene reakcije in diskriminacijo. Ima torej kognitivno, čustveno in socialno komponento, ki se končno izrazijo tako, da ljudje izgubijo status. Status je posameznikov položaj v družbi. V ožjem pomenu je to pravni in poklicni položaj znotraj te ali one skupine. V širšem pomenu označuje posameznikov ugled in veljavo. Posledice visokega statusa so materialne dobrine, svoboda, prostor, udobje in čas ter trenutke, da nas imajo drugi radi in nas štejejo za pomembne. Borba za status je izraz hrepenenja, da bi pokazali svoje notranje bogastvo.

Lamovec lepo opiše, kaj »duševnem bolniku« prinese ta nalepka: »Zaznamovanost z duševno boleznijo ni malenkost. Spremenilo bo vsak delček našega življenja, naše odnose z ljudmi, ki jih poznamo od prej, pa tudi s tistimi, ki jih bomo še spoznali. Spremenil se bo naš položaj na trgu delovne sile. Potem so tu še nevidne spremembe, ki določajo, kdo smo. Za nas bo odslej veljala povsem druga zakonodaja, ki nas lahko v katerem koli trenutku oropa svobode in lastništva našega telesa. Človeka lahko v psihiatrično ustanovo zaprejo že zato, ker nekdo domneva, da bi utegnil storiti kaj nasilnega. Vse je odvisno od enega človeka – psihiatra. Ta edinstven status je nezaslišan za človeka v demokratični družbi. Obsodba je izrečena, človek je hospitaliziran in ko preboli krizo, pride iz ustanove, je označen za vse življenje. In tedaj človek ugotovi, da je najhujši del prav označenost – stigma. (Lamovec 1995, 18)

Ko človek dobi nalepko, da je duševno bolan, se njegov svet zares spremeni, v objektivnem smislu. V očeh družbe postane radikalno drugačen. Če to vlogo sprejme, v kar je največkrat prisiljen, se bo njegova drugačnost še stopnjevala. Ker živi v objektivnem drugačnem svetu, se ustrezno spremeni tudi njegovo subjektivno

doživljanje. Kako lahko kultura do skrajnosti poveča relativne razlike, vidimo v muslimanskih družbah, kjer spola živita v dveh povsem ločenih svetovih, v katerih so skupni temelji skoraj povsem zabrisani. Tudi duševno »zdravi« in »nezdravi« živijo v dveh svetovih, ki smo ju umetno razdvojili z visokimi zidovi. (Lamovec 1999, 30)

Stigma duševne bolezni je povezana s predsodki o nevarnosti duševnih bolnikov (kar je popolna izmišljotina, saj je le 10% duševnih bolnikov lahko nevarnih pa še to v posebnih, predvidljivih okoliščinah), nekompetentnosti (ne morejo skrbeti zase) in neodgovornosti (duševna motnja je karakterna napaka) ljudi z duševnimi boleznimi. (Švab 2009, 20)

O duševnih bolnikih velja veliko predsodkov, stereotipov, mitov... Veliko psihiatričnih pacientov ponavadi skriva svojo bolezen, saj je duševna bolezen močno obtežena s predsodki. Bolniki doživljajo močan občutek krivde in sramu. Ljudje se raje umikajo v osamo, saj se bojijo zasmehovanja in norčevanja. Duševni bolnikom se prav tako dogaja strukturna stigmatizacija, ta jim onemogoča pridobiti dober družbeni status. Ljudje so potisnjeno na rob družbe, kar pomeni da imajo zmanjšane možnosti na vseh področjih. Govorimo lahko tudi o »pridruženi« stigmati, to vrsto stigme doživljajo vsi, ki so posredno povezani z duševnimi bolniki. Na eni strani so to družine duševnih bolnikov, na drugi strani so to strokovnjaki, ki se ukvarjajo z duševnimi bolniki. Za družine velja, da so zaznamovane in marsikdo tudi družini (neupravičeno) pripisuje vlogo pri razvoju duševnih bolezni. Stigmatiziranost duševnih bolnikov se kaže tudi v razširjenosti socialne mreže. Ta je ponavadi majhna oziroma se še bolj zmanjša, ko ljudje zvedo, da je nekdo duševno bolan. In ravno družba, druženje je tisto, kar bi duševni bolniki najbolj potrebovali. Vendar jih stigma namesto vključevanja privede v izključenost. Ljudje z duševnimi boleznimi so prav tako redkeje poročeni, redkeje so v zvezi. Pogosto jih partnerji zapustijo, ko jih doleti hospitalizacija. Še največjo diskriminacijo pa doživljajo duševni bolniki pri zaposlovanju. Večina si jih želi delati. Delo izboljša duševno zdravje, nudi možnost nadzora nad življenjem, podeljuje nek družbeni status, širi socialne mreže. Žal je delo duševnim bolnikom ponavadi onemogočeno, delodajalci zaradi predsodkov teh ljudi ne zaposlujejo. Tudi če dobijo delo, je to ponavadi slabše plačano oziroma takšno, ki ne daje človeku primerne družbenega statusa. Stigma se kaže tudi v odnosu do sosedov, le ti odklanjajo odnos z duševnim bolnikom.

4.4 ČAS POSTMODERNE, SOCIALNA IZKLJUČENOST IN ČLOVEKOVE PRAVICE

Postmoderna

Zadnja leta oziroma zadnje desetletje prinaša v življenje ljudi določene spremembe, predvsem se to dogaja v zahodnih družbah, zato o današnjem času govorimo o obdobju postmoderne. Govorimo o precejšnih spremembah v osnovnih segmentih družbe. Na eni strani o vedno večji izbiri, o vedno večji možnosti uveljavljanja posameznika kot samostojnega bitja, po drugi strani pa družba, družina, posameznik izgublja življenjsko gotovost, ni več samoumevnosti v življenjskem poteku. Tako se vedno bolj večja prepad med individualno svobodo na eni strani ter varnostjo in gotovostjo na nasprotni.

Podobno je tudi z velikimi državnimi institucijami, ki se odpirajo in nastajajo nove oblike skrbi in bivanja. Te nove oblike postavljajo v ospredje posameznika kot enakovrednega člana širše družbe. Če je veljalo, da so v preteklosti osebe s težavami v duševnem zdravju ali osebe z motnjo v duševnem razvoju (ali kakšne druge osebe z drugimi oviranostmi in potrebami) bivale v zavodih, izločene iz širšega socialnega okolja, danes to ne velja več. Tako se danes osebe lahko bistveno bolj svobodno odločajo, kje in na kakšen način bodo živele. V ospredje vstopa izbira različnih oblik in načinov bivanja, ki jih hkrati omogočajo potrebno pomoč in podporo, ohranjanje človekovega dostojanstva in ohranjanje svoje socialne mreže ter vključevanja v širšo socialno okolje. S postmoderno in individualizacijo pa govorimo tudi o novem pristopu, imenovanem socialni model. Ta upošteva vire posameznika, njegov zmanjšano moč pa povezuje z dejavniki okolja. (Selan 2010, 1-3)

Sodobni strokovni pristopi kot posledica postmodernih tokov, individualizacije in skrbi za »marginalne« kategorije oseb, temeljijo na etiki sodelovanja, krepitvi moči in kompetentnosti, dajanju priložnosti, upoštevanju uporabnikovih sposobnosti, želja, interesov ter v polni meri upoštevanje človekovih pravic ob visoki etičnosti, ki temelji na vrednostnih osnovah. Bistvenega pomena je predvsem krepitev moči oseb, ki jim je primanjkuje. V času postmoderne govorimo o zahtevi po približevanju pravic in storitev uporabnikom v njihovem naravnem okolju. (Lukač 2005, 8)

Socialna izključenost

Poimenovanje in označevanje oseb za duševno bolne, duševno manj razvite, le tem prinaša stigmo, doživljenjsko označenost. Ljudje, ki so že v sami osnovi označeni, stigmatizirani s strani primarne kulture, torej »normalnih« ljudi, so posledično tudi razumljeni kot manjvredni, kot »drugorazredni« državljani. Takšni ljudje so praviloma marginalizirani in s tem tudi socialno izključeni.

Program boja proti revščini in socialni izključenosti in poročilo Sveta Evropa temelji na izhodišču, da socialna izključenost ne pomeni le pomanjkanja dohodka in materialnih dobrin, temveč neustrezno in neenakopravno sodelovanje posameznikov in posameznih skupin prebivalstva v družbenem življenju. (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2000)

V Programu boja proti revščini je možno zaznati, da socialna izključenost predstavlja enega novejših konceptov, ki so se porodili pri analiziranju socialne politike in njenih učinkov. Pojem socialne izključenosti se veže na koncept državljanstva in socialnih pravic posameznika. Tako je v tem smislu socialna izključenost razumljena kot institucionalen problem oziroma kot pomanjkljivo ali nepopolno zagotavljanje oziroma uresničevanje socialnih pravic državljanov določene države. Širše pa je mogoče socialno izključenost razumeti kot neuspešno sodelovanje v enem od sistemov, ki zagotavljajo vključenost državljanov v družbo:

- *sistem zakonodaje*, ki omogoča civilno vključenost – enakopravnost vseh državljanov v demokratično družbi;
- *v sistemu trga delovne sile*, ki omogoča gospodarsko vključenost – biti zaposlen in imeti določeno gospodarsko funkcijo;
- *v sistemu državne blaginje*, ki omogoča socialno vključenost v ožjem smislu – imeti dostop do socialnih storitev
- *v družini in sistemu neformalnih* – prijateljskih, sosedskih – mrež, ki omogoča medosebno vključenost, zagotavlja varnost, družabnost in moralno podporo (Commins v Trbanc 1996)

Socialna izključenost je lahko delna, saj je lahko posameznik oziroma skupina ljudi, samo delno izključena, kar pomeni da ni vključena v enega od naštetih sistemov. Govorimo pa lahko tudi o izključenosti v celoti, kadar so ljudje izključeni iz večine ali vseh sistemov.

Tako je za metodologijo Programa boja proti revščini in socialni izključenosti, slednja razumljena kot »kopičenje izključenosti oz. omejenega sodelovanja v ključnih virih, institucijah in mehanizmih, prek katerih poteka civilno, gospodarsko, socialno in medosebno vključevanje skupin in posameznikov v družbo.« (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2000)

Človekove pravice

Verjetno dejstva, da so človekove pravice osebam, ki so živele ali živijo v totalnih ustanovah, kršena, ni potrebno omenjati. Vendar se je odnos do ljudi s posebnimi potrebami in z njim tudi do njihovih človekovih pravic skozi zgodovino močno spreminjal.

Za današnji čas, čas postmoderne družbe, je značilno, da vedno bolj problematiziramo stvari, ki se dotikajo človekovih pravic. Vedno bolj smo dovzetni in občutljivi glede kršenja človekovih pravic. Deinstitutionalizacija pa v smeri razseljevanja ljudi v bolj humane oblike bivanja, predstavlja tudi velik korak k uresničevanju temeljnih človekovih pravic, predvsem za osebe s težavami v duševnem zdravju oziroma duševnem razvoju. V Nacionalnem programu socialnega varstva je eno glavnih načel zmanjševanje socialne izključenosti. In prav to načelo se v Hrastovcu uresničuje.

Tako lahko po Bobbio (v Lukač 2007, 3-4) razvoj pravic individuuma v odnosu do države razdelimo na tri stopnje:

Za prvo stopnjo razvoja človekovih pravic je značilno, da so opredeljen izključno v filozofskih delih in razmišljanjih. V tistem času razvoja še niso poznali konceptualizacije pravic kot nujni pristop pri vzpostavitvi odnosov posameznik – suveren oz. posameznik – država. Ni še bilo koncepta »državljana« in medosebni odnosi so temeljili na »dolžnosti«, iz katerih so posledično izhajale tudi pravice.

Bobbio pri *drugi stopnji* razvoja govori o t.i. prehodu iz teoretiziranja, razglabljanja v življenje – prakso. Kazat se začne praktični vidik razvoja pravic. Posamezni evropski tokovi (francoska, marčevska revolucija Evrope, ameriška revolucija...) so postavili nove mejnike pri razvoju človekovih pravic. Pravice so postale del zakonodaje. Zaznavale so pravice tudi kot nekaj pozitivnega in ne samo kot negativno. Vsaka država je na tej stopnji urejala državljanske in politične pravice na področju lastne suverenosti.

Tretjo stopnjo človekovih pravic Bobbio vidi s sprejetjem Deklaracije o človekovih pravicah (1948). V tej Deklaraciji se razglša socialne pravice. Te so odraz potreb, vrednot, ki se tičejo blagostanja in enakosti. Ne gre več samo za formalni nivo, niso več

samo ideal, ampak za resničnost, za uresničevanje človekovih pravic. Človekove pravice postanejo ponovno univerzalne, kar pomeni, da ne veljajo samo za državljane neke države, ampak za vse ljudi. Prihaja do urejanja družbenih odnosov, predvsem odnosa državljan kot subjekt in država kot družbena skupnost.

V postmodernej družbi vedno bolj prihaja do individualističnega koncepta družbe, ki je v nasprotju z bolj homogenim konceptom družbe kot organske celote. Posameznik je v tem konceptu postavljen v prvo vrsto, država je namenjena posamezniku in ne posameznik državi.

Prav vsaka država, tako tudi Slovenija, ima osnovni dokument, ki zagotavlja varstvo človekovih pravic. Ustava mora zagotavljati enake človekove pravice in temeljne svoboščine vsakomur, ne glede na katerokoli osebno okoliščino, torej tudi ne glede na telesno ali duševno stanje oz. motenost. Tudi za osebe s težavami v duševnem zdravju ali v duševnem razvoju velja, da imajo enako pravico do spoštovanja njihove osebnosti in njihovega dostojanstva tako kot to imajo drugi člani družbe. Ustava jim daje več pravic, in sicer pravico do zasebnosti, lastnega življenjskega sloga, spoštovanja njihovih odločitev, upoštevanje različnih stopenj v njihovem duševnem zdravju. Poleg ustave pa poznamo tudi druge pozitivne predpise, ki govorijo, da imajo osebe s težavami v duševnem razvoju in duševnem zdravju pravico do posebnega varstva predvsem pred revščino in socialno izključenostjo. (Lukač 2007, 9-10)

4.5 MEDICINSKI IN PSIHOSOCIALNI MODEL OBRAVNAVE

Na področju duševnega zdravja poznamo dva modela obravnave, in sicer medicinski model, ki je prevladoval v preteklosti in (psiho)socialni model, ki se vedno bolj uveljavlja. Predvsem psihiatrija kot nosilka obravnave, ni več tako prepričana o ustreznosti medicinskega pristopa v duševnem zdravju.

Medicinski model v duševnem zdravju temelji predvsem na nedokazanih predpostavkah, zlasti na teoriji, da je temeljni vzrok duševne stiske biološki, torej v človeku vlada biokemijsko neravnovesje ali genetska nepravilnost. Psihiatrija je s tem prepričala sebe in javnost, da to ni samo predpostavka, ampak družbeno dejstvo. Vendar psihiatrija v desetletjih, stoletjih raziskav še ni ugotovila biološkega vzroka za duševno bolezen. Te ni mogoče potrditi z nobenim biokemičnim, radiološkim ali laboratorijskim

testom. V medicinskem modelu obravnave duševne bolezni postane »diagnoza duševne bolezni« središče pozornosti, bistvena človeška vprašanja pa ostanejo neopazena in nerazrešena. Zdravstvo (psihijatrija) tako vztrajno odklanja, da bi se osredotočili na vprašanje odnosov in kako bi se lahko povezovali na bolj produktivne načine, povezovanja namreč medicina doslej ni posebno cenila. Psihijatrija ima monopol pri skrbi za duševno zdravje in tako postavlja v ospredje lastno preživetje in napredovanje. Osnova medicinskega modela je zatreti zaskrbljenost, jezo, bes, strah in druga neprijetna čustva, ki jih lahko imajo ljudje. Toda zatiranje bolezenskih znakov ni dovolj. Zatrteje je sicer dobrodošlo na kratki rok, da ublaži bolečino, vendar na dolgi rok ne zdravi. Tako se s človekom in njegovimi zatrtimi čustvi in vprašanji ne ukvarja nihče, zdravila pa lahko čustva potisnejo še globlje v podzavest. V zadnjem času obstaja vedno več dokazov, da imajo vprašanja psihosocialnega, čustvenega in medosebnega življenja pomemben del pri nastanku tako imenovane duševne bolezni. Cilj strokovnjakov na področju duševnega zdravja bi moral biti predvsem to, da spravijo življenje »bolnih« ljudi spet pod njihov lastni nadzor v ritmu, ki ga zmorejo. (Glasser 2003, 5-50)

V nasprotju z medicinskim modelom obravnave duševnega zdravja na drugi strani govorimo o (psih)socialnem – skupnostnem modelu duševnega zdravja. Med seboj se seveda bistveno razlikujeta. Tanja Lamovec (1995, 47) je naredila odlično primerjavo obeh modelov. Medicinski model se ukvarja s pojmom duševne bolezni, med tem ko pri socialnem govorimo o problemih življenja, o krizah v življenju. Strokovnjaki – agenti, ki delujejo na področju duševne bolezni so pri medicinskem modelu psihiatri in medicinske sestre, pri psihosocialnem govorimo o sociologih, antropologih, socialnih delavcih, psihologih, bivših uporabnikih, družinah in prijateljih. Kraj zdravljenja po mnenju medicinskega modela mora biti duševna bolnišnica, azil, medtem ko socialni model zagovarja znane prostore, varne prostore, dom, krizne centre, skupnost. Osebna vključenost »bolne« osebe je pri medicinskem modelu minimalna oziroma je človek popolnoma pasiven, pri psihosocialnem modelu govorimo o aktivni udeležbi. Glavni elementi obravnave so pri medicinskem modelu psihofarmaki, ECT, inzulinska koma, izolacija, prav nasprotno je pri socialnem modelu. Ta zagovarja empatično poslušanje, podajanje izbir, opogumljanje, povečanje moči prizadetega, učenje odgovornosti, izražanje potreb, prevzemanje pozitivno vrednotenih družbenih vlog in zagovorništvo. Medicinski model razlaga motnje v delovanju človeka kot organsko bolezen, medtem ko skupnostni, socialni model govori o motnjah kot o napačnem sistemu družinskih

odnosov, družbenih krivicah, medosebnih konfliktih, pomanjkanje ustrezne družbene vloge, posledica globoke izgube, življenjski zgodovini. Pričakovan izid je pri prvem modelu sindrom vrtečih se vrat, pri drugem pa povečanje kvalitete življenja in povečanje izbire. Ločita se še po stigmatizaciji, ki je pri medicinskem modelu velika, pri skupnostnem modelu pa manjša. Medicinski model vidi izvorno motnjo znotraj človeka, medtem ko skupnostno – psihosocialni model vidi izvor motenj predvsem v okolju. Če pri medicinskem modelu govorimo o pojmu ozdravitve, govorimo pri socialnem o pojmu opolnomočenja (empowerment). Na posameznika se gleda skozi prizmo sklopa okoliščin in ne kot žrtev skrivnostne in neraziskane bolezni. Opolnomočenje pomeni predvsem »krepitev« moči prizadete osebe.

Vesna Švab (1996, 17) govori o psihosocialnem pristopu oziroma rehabilitaciji kot o terapevtskem pristopu, ki skrbi za psihiatrično bolne in spodbuja pacienta, da v največji možni meri razvije svoje zmožnosti preko učenja in podpore okolice. Rehabilitacijski proces je navadno uspešen takrat, ko se zahteve in socialna pričakovanja povečujejo počasi, z zaporedjem majhnih, previdnih korakov. Predpogoj za uspeh zdravljenja je bolnikovo aktivno sodelovanje. Brez njega bo v najboljšem primeru pasivno sprejemal terapevtske dejavnosti in se ne bo mogel spopasti s svojimi stiskami. V rehabilitacijskem procesu se oblikuje nova osebnost, drugačna, vendar zadovoljna, vključena v drugačno, a dinamično bogato družbeno okolje.

Švabova odlično našteje bistvene namene in predmete psihosocialne rehabilitacije:

1. Posameznik naj do največje možne mere razvije svoje sposobnosti. Za vse enaki in vnaprej določeni programi medicinskega modela so zato neprimerni in neuspešni.
2. Pomen okolja za dolgotrajne psihično bolne.
3. Ali se bo posameznik lahko prilagodil svojem okolju, ali pa se bo okolje prilagodilo njemu, je vprašanje, ki se razrešuje posamezno s prakso organizacije skrbi (case management). Ta poleg skrbi za posameznika pomeni tudi ustvarjanje, spreminjanje in prilagajanje bolnikovega okolja, tako, da bo lahko uresničeval svoje potrebe.
4. Psihosocialna rehabilitacija pomeni izkoriščanje bolnikovih sposobnosti in ohranjenih delov njegove osebnosti. Tudi pri zelo degradiranih pacientih lahko delamo z zdravimi deli osebnosti.

5. Osrednji namen rehabilitacije je vrnitev upanja posameznikom, ki se zaradi duševne bolezni izgubili samospoštovanje in ustvarjalne ter delovne sposobnosti. Upanje je za bolnika s psihiatričnim obolenjem velikokrat vprašanje življenja ali smrti.
6. Optimizem glede zaposlitvenih zmožnosti uporabnikov psihiatričnih služb. Čeprav se uporabniki psihiatričnih služb ne zaposlijo pogosto na prostem trgu delovne sile, je vendar delo tisto, ki daje človeku občutek vrednosti in zaslužek ter oblikuje dnevne aktivnosti. Preko dela ljudje vzpostavljajo socialne stike, omogoča jim dejavnost, zavzetost ter daje občutek uspešnosti in sposobnosti.
7. Psihosocialna rehabilitacija je kontinuirana dejavnost, ki se lahko dogaja na različnih mestih in v različnih socialnih okoljih. Vsako delo v okviru psihosocialne rehabilitacije naj bo stalno in prilagodljivo. Občutljivost psihiatričnih bolnikov namreč ni časovno omejena, ampak doživljenjska. (Švab 1996, 18-19)

Tudi v Zavodu Hrastovec so prepoznali pomanjkljivosti ali celo škodljivosti medicinskega modela obravnave. Tako je mag. Lukač dobro leto po prevzemu funkcije direktorja zavoda komentiral tako:

Doslej je prevladoval tako imenovani »medicinski« model obravnave odraslih oseb s težavami v duševnem zdravju in oseb z motnjami v duševnem razvoju in nikoli ne bomo izvedeli, koliko je k sedanjem stanju, poleg bolezni oziroma hendikepiranosti od prej, prispeval tudi institucionalni način življenja, sama stigma zavoda ter socialna izolacija in občutek osamljenosti oziroma razosebljanja. Reševanje naštetega zdaleč presega zmožnosti obravnave po medicinskem modelu.« Tudi avtor članka nadaljuje in opisuje tedanje dogajanje v Zavodu Hrastovec: »Prav zato v zavodu že nekaj časa opuščajo medicinski model in namesto njega uvajajo socialni model obravnavanja ljudi s posebnimi potrebami. Nekdanjim oskrbovancem oziroma varovancem, danes jim najraje pravijo kar stanovalci, ki so se zaradi svoje drugačnosti znašli v položaju drugorazrednih ljudi, želijo povrniti človeško dostojanstvo. Z upoštevanjem njihovih pravic, želja, interesov in potreb ter z razvijanjem zagovorništva in raznovrstnih oblik samopomoči bi jim radi omogočili, da bi v čim večji možni meri sami upravljali svoje življenje. Po v preteklem letu sprejetem akcijskem

načrtu uresničevanja nacionalnega programa socialnega varstva pa že poteka preoblikovanje zavoda, ki predvideva izselitev iz obeh gradov ter razvoj vrste alternativnih programov bivanja stanovalcev in drugih njim namenjenih storitev. (v Pestiček 2004, 14)

4.6 NORMALIZACIJA IN ZAGOVORNIŠTVO

4.6.1 Normalizacija

O uveljavljanju koncepta normalizacije se začne govoriti v šestdesetih letih, predvsem v skandinavskih državah (Mikkelsen in Nirje) in kasneje v začetku sedemdesetih v Kanadi oziroma v Združenih državah Amerike (Wolfensberger). Pojem se je sprva pojavil v zvezi z duševno prizadetimi otroci, kasneje se je razširil na ostale obrobne skupine. (Lačen 1993, 11)

Osnova ideja normalizacije v začetkih je bila, da se ustvarijo možnosti izbire in upoštevanje oseb s težavami v duševnem razvoju. Pojem normalizacija izhaja predvsem iz pozicije, da so vloge nekaterih ljudi v družbi razvrednotene. Flaker govori o konceptih, ki najbolj determinirata prehod iz institucionalne obravnave v skupnostno, to sta prav deinstitutionalizacija in normalizacija. (v Stanič 2007, 12)

»Poglavitni cilj osebe z motnjo v duševnem razvoju je biti sprejet, pripadati neki skupini, biti del sosedstva in skupnosti. To pomeni, da imajo osebe z motnjo v duševnem razvoju pravico do življenja, ki je podobno življenju ljudi v okolju, v katerem živijo.« In prav zaradi svoje oviranosti, hendikepa imajo osebe z motnjo v duševnem razvoju posebne potrebe in naloga družbe, institucij je, da ob pomoči ustreznih služb te posebne možnosti tudi omogočijo. Omogočiti jim je treba takšne razmere, kjer bodo lahko normalno delovali. In prav omogočanje možnosti za normalno življenje osebam z motnjo v duševnem razvoju imenujemo normalizacija. (Lačen 1993, 11)

Nijre objavi načela normalizacije: normalen dnevni in tedenski ritem, normalne življenjske možnosti in izbiro življenja v heteroseksualnem svetu, normalen ekonomski standard in normalne bivalne možnosti. (Lačen 1993, 11)

Nadalje Brandon razširi koncept normalizacije na Švedskem:

Pri normalizaciji je pomembno ustvariti ustrezne pogoje za to, da prizadeta oseba občuti normalno spoštovanje, ki gre vsakemu človeškemu bitju. Tako je treba v vsem, kar zadeva prizadeto osebo, kolikor je le mogoče, upoštevati njeno izbiro, njene želje, zahteve in težnje. Mnogi ljudje imajo težave z uveljavljanjem v družini, med prijatelji, sosedi, sodelavci in drugimi ljudmi. Še zlasti težko je človeku, ki je invaliden ali zaradi česar koli drugega podcenjevan. Toda nenazadnje mora celo poškodovana oseba funkcionirati kot razpoznaven individuum in svojo identiteto sebi in drugim definirati z okoliščinami in pogoji svoje eksistence. Pot do samodoločbe je za poškodovano osebo težka, a nadvse pomembna. (v Lukač 2005, 51)

Pri konceptu normalizacije pa ne moremo mimo Wolfensbergerja, ki velja za nekakšnega očeta tega koncepta. Prav tako bi naj prav on skoval izraz normalizacija, ki predstavlja predvsem mnenje, da so vloge nekaterih skupin v družbi razvrednotene. Zavzel se je za integracijo oseb v skupnosti na področju izobraževanja, preživljanja prostega časa, dela, stanovanja itn. (Lamovec 1995, 178)

Treba je poudariti tudi Wolfensbergerjevo misel, da cilj normalizacije ni normalizirati ljudi, temveč njihove življenjske razmere. Wolfensberger pa razume normalizacijo kot zmanjševanje odklonskosti posameznikov in posledic, ki jih prinaša. Tako postopke normalizacije, za doseganje cilja družbeno cenjenih življenjskih pogojev in vlog ljudi, delimo na izboljšanje njihove socialne podobe ali vrednosti, ki jo imajo v očeh drugih in večanje njihove pristojnosti. (Lačen 1993; Kapelj in Smonker 2005)

»Normalizacija umešča uporabnika v vsakdanje življenje, skozi vplive na uporabnika od zunaj. Namen normalizacije je destigmatizacija uporabnika, vključevanje v vsakdanje življenje skozi dobre odnose, prave izbire, povečano udeležbo, individualizacijo ter integracijo v okolje. Pri normalizaciji proces krepitve moči uporabnika sproži strokovni delavec od zunaj in izhaja iz potreb uporabnikov.« (Kapelj in Smonker 2005, 39)

Flaker vidi proces normalizacije kot sredstvo dveh procesov, ki bogatita družbo tako, da družba naveže stike in dialog z deviantno izkušnjo in stvarnostjo in da vpelje vsebine kot eno izmed možnosti izražanja posameznih tem. Poda se v kritično raziskovanje normalnosti oziroma tega, kar je do sedaj vzdrževalo normalnost. (v Rode in drugi 2003, 57)

Brandon govori o petih principih normalizacije, ki bi naj enakovredno veljale tako za osebe kot za stanovalce. Teh pet točk naj bi bilo kot kompas za določanje prave smeri, kot oporne točke pri ocenjevanju kvalitete procesa normalizacije. Vendar se te stvari vedno znova zapletajo, saj so v konfliktu interesov in ravno ocenjevanje katera je tista prava mera med tveganjem in zaščito stanovalca je bistvena, ki vodi v izboljšanje življenja stanovalcev. Teh pet principov pa je tudi osnova za ustvarjanje okolja, kjer bodo lahko ljudje z raznoraznimi hendikepi postavili svoje življenje v »normalne« okvire.

Pet principov normalizacije po Brandonu:

1. Večanje izbire (vera v izbiro, trening asertivnosti in samo – zagovorništvo).
2. Razvijanje udeležbe (informacije, posvetovanje, odločanje, prenos moči).
3. Poglobljanje odnosov (bližina, toplina, enakost).
4. Individualizacija razvoja (pomembnost, zasebnost, individualnost).
5. Stopnjevanje druženja (zmanjševanje distance, razvijanje integriranih služb).

(Brandon 1992, 13; Trobec 2009, 9)

1. Večanje izbire

Pri tem principu govorimo množitvi, večanju možnosti varovancev. Stanovalci so ponavadi ljudje, ki v življenju niso imeli te sreče, da bi imeli več možnosti, ampak so jih verjetno imeli zelo malo. Posebej to velja za življenje v totalnih ustanovah, kjer individualnosti praktično ni, ampak so varovanci v precejšni meri podrejeni organizaciji. Prav takšne osebe potrebujejo precej vzpodbude in podpore, da lahko razvijejo boljši občutek za obvladovanje svojega življenja. In cilj osebja bi moral biti, da jim pomagajo najti pot do vedno večje samostojnosti, nazora nad lastnim življenjem. Osebe mora predstavljati nekakšen most med varovancem in spoznavanjem zunanjega okolja. Stanovalci se morejo vedno bolj čutiti zmožne, da obvladajo svoj dan – od zjutraj do večera. Pritisk ustanove, kjerkoli ga je moč zaznati, mora biti kar najbolj zmanjšan.

2. Razvijanje udeležbe

Razvijanje udeležbe pomeni biti vključen pri vodenju in načrtovanju organizacije, kakor tudi prevzemati pomembnejše vloge v družbi nasploh. Stanovalci morajo najti načine, kako sodelovati v lokalni skupnosti, ne le znotraj organizirane oskrbe. Mestu ali vasi, kjer živijo, lahko nudijo cenjen prispevek, tak da jih drugi, ki niso prizadeti, vedno bolj

prepoznavajo kot enakovredne krajanke, katerih prispevek je lahko dragocen na področju športa, dela, prostovoljnih dejavnosti. Pri vsem tem je izredno pomembno, da ima človek dovolj informacij, da lahko sploh sodeluje v procesu odločanja. Spet izhajamo iz totalne organizacije, kjer možnosti udeležbe v bilo katerem odnosu, ki bi pomenil napredek v prevzemanju odgovornosti in izgradnje lastne osebnosti znotraj splošne družbe ni bilo.

3. Poglobljanje odnosov

Govorimo o pojmu kvalitete in ne kvantitete. Večina prizadetih ima bore malo prijateljev ali pa celo nobenega. Njihov družaben krog ljudi se ponavadi zaključuje z odnosi s sorodniki ali pa s plačanimi ljudmi (delavci). V preteklosti so se celo sorodniki prizadetih izogibali stikov s slednjimi, saj je bila stigma prevelika in nekateri so celo prekinili stike s prizadetimi. Danes je drugače, v Zavodu Hrastovec celo govorijo o vsakoletnem zviševanju števila obiskov.

Delavci morajo predstavljati nekakšen most, preko katerega lahko stanovalci ustvarijo stike, ki se lahko poglobijo v naklonjenosti in ljubezni. To pomeni učenje spretnosti, kako lajšati in manjšati pregrade lastništva in teritorialnosti.

Stanovalci pa mora čutiti tudi občutek cenjenosti, to pomeni da ga drugi zaznajo in prepoznajo. Počutiti se mora upoštevanega in spoštovanega. Dober odnos pa daje občutek zaupanja, cenjenosti, topline, občutek sprejetosti. In ravno pri delavcih je problem, da dokler ne odvržejo maske nadvlade, večvrednosti in delavne strokovnosti, tako dolgo ne morejo predstavljati enakovrednega člana v sistemu odnosa s stanovalci.

Vendar pa morajo stanovalci tudi sami izkusiti tudi razočaranje, lastno ranljivost, kar so tudi resnične strani življenja. »O resničnem življenju se ne morejo učiti drugače, kot da ga res živijo. To je bolj vprašanje kvalitete kot kvantitete.

4. Individualizacija razvoja

Pri stanovalcih je pomembno razvijati zmožnosti živeti polnejše življenje – osebni razvoj. Imeti morajo priložnosti izraziti svojo enkratno individualnost. Stanovalci pa rabijo tudi osebe, ki jih bo podpiralo s stvarnim optimizmom, jim dajalo voljo in moč, da premagajo stvari, ki sem jim mogoče zdijo nedosegljive. Upanje je osnovno gonilo osebnega razvoja. Stanovalci rabijo ljudi, ki jim bodo zaupali, ki jim bodo dajali svojo osebnost, svoje vrednote in na podlagi tega dobivali nekakšne povratne informacije.

Delavci oziroma službe morajo biti oblikovani tako, da zadovoljijo enkratne in razvijajoče se potrebe vsakega posameznika, ki jo uporablja.

5. Stopnjevanje druženja

V preteklosti, predvsem v totalnih organizacijah so bili odnosi stanovalcev omejeni zgolj na »sotrpine«, delavce in svojce. Ponavadi so imeli največ stika s sorodniki in mogoče kakšnimi prijatelji. Vendar se morajo prizadeti vključiti v precej širše okolje, uporabljati morajo splošne skupne prostore, kot so knjižnica, plavalni bazeni, ki niso narejeni posebej za prizadete. S tem bi bilo stanovalcem omogočeno druženje z dosti bolj vsakdanjim presekom skupnosti. Druženje je pomembno tako za njih kot za druge. Z vidika stanovalcev, da dobijo priložnost za vključitev v širšo skupnost, njene odnose, da mogoče poiščejo sebe v katerih od vlog, ki bi kaj prispevali širši skupnosti. Prav tako pa iz vidika »normalnih« ljudi, da srečajo ljudi, ki so bili doslej izključeni, da se naučijo z njimi pogovarjati, ceniti njihovo nadarjenost. (Brandon 1992, 13-16)

Vendar vsi zgoraj naštetih pogoji pomenijo le teorijo in ne prakse, v kateri je vse to precej težko upoštevati in uresničevati. Za uresničevanje normalizacije oziroma njenih pet principov morajo delavci, ki delajo z osebami s težavami v duševnem razvoju »prestaviti predstavo višje«. Kar pomeni, da morajo razvijati tudi lastno osebnost, skreniti morajo z lažje poti in morejo celotno pot morebitnega razvoja in napredka stanovalca jemati kot izziv, biti pripravljeni na popolno sodelovanje, dajati morajo sebe, svoje znanje in spretnosti. (Brandon 1992, 16)

4.6.2 Zagovorništvo

Koncept zagovorništva izhaja iz človekovih pravic, svoboščin in dostojanstva. O kršenju temeljnih človekovih pravic lahko govorimo predvsem na področju duševnega zdravja, kjer je človeku z odvzemom prostosti kršena temeljna človekova pravica – pravica do prostosti. Seveda pa to ni edina pravica, ki je kršena človeku s prisilno hospitalizacijo.

Za začetnika zagovorništva lahko štejemo Sira Johna Parcevala. Ta je leta 1845 skupaj s somišljeniki ustanovil Društvo prijateljev domnevnih norcev, leta 1860 pa postal še prvi formalni zagovornik duševno bolnih. Velja tudi za prvega reformatorja pravic duševno

bolnih. Parceval je imel lastno izkušnjo z norišnico, saj je bil sam vanjo zaprt. Po dolgih mukah mu je iz nje tudi uspelo priti, celo tožil je vse ljudi, ki so ga dali zapreti. Prizadeval si je za razkritje in mučenje v angleških azilih, obiskoval zaprte ter si prizadeval s pomočjo parlamentarnih preiskav in zaslišanj spremeniti sitem skrbi iz azilskega v skupnostnega. Podobna gibanja so v istem času nastala tudi drugod (v ZDA in Franciji). Parceval je deloval dve desetletji, po njem pa je organizirano zagovorništvo zamrlo za več kakor celo stoletje. Ponovno je zagovorništvo oživel v šestdesetih letih prejšnjega stoletja, hkrati s vzponom gibanj za pravice najrazličnejših zatiranih skupin. Kasneje v osemdesetih so nekatere države že uzakonile zagovorništvo. (Lamovec 1995, 226)

Zakonca David in Athea Brandon (1992, 35) zelo dobro opredelita zagovorništvo:

Zagovorništvo je postopek nudenja pomoči uporabnikom, da se jih sliši ter da tudi ustanova odgovori pozitivno. Vsak strokovni delavec, še zlasti ključni delavec, opravlja pomembno vlogo zagovornika posameznega uporabnika. Vendar lahko tudi druge osebe, neobremenjeno z zagotavljanjem uslug, ki jih mora opravljati služba, delujejo kot neodvisni akterji in zagovorniki. Ko zastopajo uporabnike, lahko govorijo, ne da bi se jim bilo treba ozirati na kakšne druge parcialne interese in koristi.

V vseh zavodih imajo pridržane osebe več pravic kot je to v psihiatričnih in varstvenih ustanovah. Tako ima medicinsko in pomožno osebje popolno oziroma neomejeno moč. Govorimo o absolutni oblasti, uporabnik je popolnoma podvržen nadzoru. Uporabnik nima niti nobene možnosti, da bi zavaroval svoje interese, saj njegove pripombe največkrat jemljejo kot znak bolezni, če jih sploh poslušajo. Uporabnik je tako ustrahovan, boji se maščevanja ustanove, ki ima nad njim vso oblast. Prav tako pa je v psihološko neugodnem položaju, saj se kot razvrednoteno človeško bitje ne more na noben način upreti »strokovnjakom« s pooblastili. In prav zagovorništvo tukaj nastopa kot nek vmesni člen, kajti poskuša uravnovežiti moči med ustanovo in njenimi uporabniki ter posredovati pri nesoglasjih. (Lamovec 1995, 223)

Temeljna funkcija zagovorništva je v bistvu le ena, in sicer *opolnomočenje* v vseh notranjih kot zunanjih vidikih. Opolnomočenje je proces, ki se nikoli ne konča in traja. Saj moramo pridobljeno razvijati, če hočemo to obdržati. Bistvo zagovorniškega načela

je v tem, da omogočimo ljudem, da se aktivno vključijo v reševanje svojih lastnih problemov, torej da damo osebi sploh priložnost, da rešuje lastne probleme in to po smeri, ki si jo je sama začrtala. (Lamovec 1998, 139-142)

Zakonca Brandon pa prav tako izjemno dobro označita bistvo zagovorništva:

Če spoštujemo dostojanstvo ljudi, jim ne moremo odrekati temeljnih pravic, da bi polno sodelovali pri reševanju svojih problemov. Samospoštovanje se lahko razvija le pri ljudeh, ki igrajo aktivno vlogo pri reševanju lastnih stisk, ki niso nemočne, pasivne lutke, odvisne od tuje pomoči. Dajati ljudem pomoč in jim hkrati onemogočati, da na ta proces pomembno vplivajo, nič ne prispeva k njihovem razvoju. V najglobljem smislu to ni dajanje, temveč jemanje – jemanje njihovega dostojanstva. Odvzemanje možnosti posamezniku, da sodeluje v procesu pomoči, ki je namenjena njemu, zanika človeško dostojanstvo in demokracijo. To početje ni pomoč. (v Lukač 2005, 64)

Zagovornik je ponavadi edina oseba povsem na strani uporabnika in se zavzema za dosledno spoštovanje njegovih pravic. Zagovorništvo pa ima seveda še druge cilje, in sicer prizadeva si navezati pristen osebni stik s posameznimi uporabniki ter jih spodbujati, da ob zaščiti zagovornika prevzemajo aktivno vlogo pri uveljavljanju svojih interesov. Delo zagovornika in zagovorništva je usmerjeno na podelitev moči uporabnikom. Zagovornik mora biti vsestransko na strani uporabniki in mu pomagati uveljaviti svoje pravice. Pri tem se mora držati načela, da zagovornik nikoli ne naredi ničesar namesto stranke, temveč le z njo skupaj, da se slednja nauči svoje pravice,. Prav tako zagovornik nikoli ne odloča namesto osebe, temveč ji samo pomaga realizirati njene zamisli. (Lamovec 1995, 223)

Tanja Lamovec v svojem delu (1995, 248-249) govori o organizaciji MIND, ki objavlja pravila za dobro prakso zagovorništva. Ta pravila so sledeča:

- Prepričajmo se, kaj uporabnik zares želi in ne vsiljujmo svojih pogledov! Smisel zagovorništva je v tem, da pomaga ljudem izraziti stališča in želje, ne v tistem, kar zagovornik misli, da je najbolje zanj.
- Ponudimo uporabniku čimveč informacij o tem, kar mu je na voljo. Pojasnimo tudi možne posledice vsake izbire. Vedimo pa, da je uporabnik tisti, ki izbira.

- Ne dopustimo, da bi drugi vplivali na nas. Vsem pojasnimo, da je naša naloga zastopati želje uporabnika in ne njegovih svojcev, socialnih služb itn. Nismo niti nevtralni posrednik niti del socialnega skrbstva.
- Opogumljajmo uporabnika, da se sam zavzame zase, kadar je le mogoče. Bodimo ob njem, bodimo v moralno oporo. Pustimo ga govoriti; če je treba, na koncu dodamo preostale informacije. Samozagovorništvo daje uporabniku več moči, kako če kdo drug govori v njegovem imenu.
- Sledimo uporabniku in ne delajmo stvari, za katere nas ni prosil. Sam odloča, pri čem želi pomoč in kdaj se naš odnos konča.
- Dopustimo dovolj časa, da z uporabnikom ustvarimo zaupen odnos, da bomo zares razumeli, kaj želi. To še zlasti velja za osebe v ustanovi, ki so izgubile spretnost učinkovitega sporazumevanja ali pa ne pričakujejo več, da jih bo kdo poslušal. Zaradi negativnih izkušenj so nekateri ljudje zelo nezaupljivi do vseh, ki trdijo, da jim ponujajo pomoč.
- Spoštujemo zasebnost in zaupnost. Zagotovimo, da bodo vse informacije o uporabniku ostale strogo zaupne. Ne sprašujemo po informacijah, ki jih ne potrebujemo.
- Ne obljublamo več, kakor lahko izpolnimo. Če česa ne moremo storiti, povejmo to uporabniku. Bodimo iskreni glede svojih omejitev. Držimo obljubo. Uporabnik se je morda že dostikrat počutil izdan in prevaran, zato se zavedajmo, kako pomembno je, da držimo obljube, vključno s tem, da na dogovorjeno srečanje pridemo točno.
- Izogibajmo se osebnih napadov na osebje ustanov ali skrbstvenih služb. Naša naloga je, da sporočimo uporabnikovo stališče ustanovi in ga po svoji presoji tudi zagovarjamo. Bodimo taktni. Osebni napadi na uslužbence uporabniku bolj škodijo kakor koristijo.
- Zavedajmo se možnih konfliktov interesov. Kot zagovornik delamo v imenu uporabnika in mu pomagamo pri skrbstveni službi ali ustanovi doseči, kar želi. Če smo v njej zaposleni, pri njej ne moremo nastopati kot zagovornik.

5 DEINSTITUCIONALIZACIJA

Prav na področju zdravstvenega in socialnega varstva smo v zadnjem desetletju oziroma dveh, priča velikim spremembam. Soočamo se z novimi pristopi na področju socialnega varstva, novimi načini dela, obravnave bolnikov, krize totalnih ustanov, predvsem pa se vedno bolj spreminja obče mnenje o problematiki na področju duševnega zdravja. Spreminja se tudi zakonodaja, ki sploh omogoča procese, ki gredo v smeri skupnostne skrbi. Govorimo seveda o deinstitucionalizaciji, o deinstitucionalizacijskih procesih, ki bi naj na področje duševnega zdravja prinesli veliko več človeškosti.

Izraz deinstitucionalizacija ponavadi povežujemo z odpravo velikih represivnih ustanov. S tem izrazom opisujemo bodisi družbeni premik iz azila v skupnost in trend zmanjševanja hospitalizacij in časa, preživetega v bolnišnici, bodisi družbeno gibanje, ki je k temu premiku aktivno prispevalo. Ko govorimo o deinstitucionalizaciji, mislimo na družbene okoliščine, ki so prispevale k odpravi totalnih ustanov in iskanju skupnostnih alternativ glede skrbi za ljudi, ki tako skrb potrebujejo. Mislimo pa tudi na konkretno ideologijo, ki se izraža v kritikah, programih in zavestnih inovacijah na področju duševnega zdravja in drugod. Hkrati pa deinstitucionalizacija ne pomeni zgolj zapiranja velikih bolnišnic (dehospitalizacija) in ustvarjanja zunajbolnišničnih oblik zdravljenja, ampak tudi spremembe v samem lotevanju duševnega stiske, ki upošteva tudi socialne in predvsem kontekstualne vidike duševne stiske. Deinstitucionalizacija je torej hkrati premik iz azila v družbo in hkrati tudi družbeno gibanje, ki si za ta premik prizadeva. Deinstitucionalizacija poteka na veliko različnih ravneh in v njej se prepletajo procesi politične, ekonomske, znanstvene in strokovne narave. Četudi ima deinstitucionalizacija dolgo prazgodovino in je proces, ki se še dolgo ne bo končal, lahko postavimo dva mejnika v času in prostoru, ki zaznamujeta ta proces. Prvi je radikalno zmanjševanje bolnišničnih kapacitet, drugi spremenjena zakonodaja, ki odpravlja bolnišnice kot temeljno obliko pomoči ljudem v duševni stiski. (Flaker 1998, 157-158)

Prvi zametki deinstitucionalnih gibanj se pojavijo že v letu 1620, ko pride do protesta zaradi nehumanega ravnanja z duševno bolnimi. Protest je bila peticija z naslovom

»The Petition of the Poor Distracted People in the House of Bedlam«. Nekaj več kot dve stoletji kasneje, leta 1860, postane John Peceval prvi formalni zagovornik duševno bolnih. Prav tako velja za prvega reformatorja pravic duševno bolnih. (Švab 1996, 10)

Odnos do psihiatrično bolnih je skozi stoletje nenehno nihal, v letu 1920 se v Ameriki ponovno poveča zanimanje za socialne vzroke duševnih motenj. Mayer duševno bolne označi za socialna bitja. Za to obdobje je pomembna psihiatrična teorija, ki osvetljuje pomen socialnega okolja za razvoj posameznika. Psihatrija tako počasi spreminja vlogo in se pričinja ukvarjati z medsebojnimi odnosi, ki na motnjo vplivajo. Prihaja do ustanavljanja terapevtskega odnosa in terapevtskih skupnosti. V ospredje je postavljen psihiatrični bolnik, ki dobi več samostojnosti in odgovornosti. (Švab 1996, 10-12)

Za resnejši začetek deinstitucionalnega gibanja v svetu lahko štejemo 50. in 60. leta dvajsetega stoletja. Procesi, ki so ta premik sploh omogočili, so se dogajali že prej. V psihiatriji po drugi svetovni vojni pride do velikih premikov, ki so pomembni za začetek in kasnejši razvoj deinstitucionalizacijskih procesov. S procesom deinstitucionalizacije pa je povezano tudi vpeljevanje psihofarmacevtskih sredstev. Navidez gre tu za protisloven proces: razvoj psihofarmacevtov še bolj medikalizira psihiatrijo, hkrati pa tudi omogoča deinstitucionalizacijo pacientov. Zdravila naj bi omogočila odpiranje totalnih ustanov, saj so "norost vklenila v glave". Zanimivo je, da je politika deinstitucionalizacije podpirala, predvsem zaradi dejstva, da deinstitucionalizacija niža stroške javne porabe. Mnenja nekaterih avtorjev so celo, da je ekonomičnost deinstitucionalizacije edini razlog zapiranja totalnih ustanov. Seveda se deinstitucionalizacija oziroma alternativne oblike zdravljenja pojavljajo že prej kot v sredini 20. stoletja, vendar so bili to bolj ali manj osamljeni poskusi in jih je klasična psihiatrija vedno zadušila. Zanimiv primer iz 19. stoletja je sir John Parceval. Parceval je sam našel pot iz norosti, le s težavo je prišel iz norišnice, prav tako je uspešno tožil ljudi, ki so ga zaprli vanjo in tudi tiste, ki so ga imeli zaprtega. Psihatrija se je na kritike in deinsititucionalizacijske pobude pred drugo svetovno vojno odzivala na tri načine: z defenzivo, ignoriranjem in z vključevanjem kritikov modernizacije psihiatrije. Vse taktike so imele podoben izid, in sicer krepitev psihiatrije in azila. S pojavom antipsihitrije v 60. stoletju stopijo na dnevni red zahteve, ki so radikalne z vidika tradicionalne prakse: odprava azila, temeljito preoblikovanje odnosa moči med strokovnjaki in uporabniki, paradigmatike spremembe obravnave ljudi z duševnimi

stiskami iz medicinske v socialne in fenomenološke ter, ne nazadnje, družbeno prevrednotenje norosti. S pojavom antipsihiatrije se začno razkrivati tudi skrite plati institucionalne obravnave, saj je do tedaj veljalo, da se o dobronamernosti psihiatrov ne dvomi. Z antipsihiatrijo pa pade dvom v suverenost psihiatrije. Norost tako deloma izstopi iz geta, humanizirajo se službe, prav tako se številni psihiatri več ne identificirajo s tradicionalno vlogo psihiatra. Rodijo se tudi številna antipsihiatrična gibanja. (Flaker 1998, 157-185)

Deinstitucionalizacija je v Ameriki dosegla vrh v sedemdesetih letih, v Evropi pa v osemdesetih in devetdesetih. V enem desetletju je število hospitaliziranih psihiatričnih bolnikov padlo na tretjino, v ZDA pa celo na desetino. (Cizelj in drugi 2004, 63-64)

5.1 DEINSTITUCIONALIZACIJA V SLOVENIJI

Za slovensko psihiatrijo je pomembno leto 1881, ko so v Ljubljani odprli prvo slovensko bolnišnico za duševno bolne, imenovana Kranjska deželna blaznica Studenec. Vanjo so naselili 77 bolnikov. Karl Bleiweiss je v svojem nagovoru ob otvoritvi povedal, da je potrebno psihiatričnim bolnikom zagotoviti zaposlitveno rehabilitacijo z umskim in ročnim delom, razvedrilo in telesno razgibalno ter delovno terapijo. Pacienta je imel za biopsihosocialno bitje, zato je bil mnenja, da je treba v obravnavo vključiti tudi njihovo družino in druge bližnje. Opozoril je tudi na predsodke pred »blazneži«, prav tako je bil mnenja, da duševne bolezni niso neozdravljive, vendar za ozdravitev potrebujejo veliko različnih pripomočkov. »Tudi pri najhujših stopnjah duševne onemoglosti moramo vedeti, da je ta le znak bolezni, zato moramo tudi vedeti, da imamo pred sabo človeka in z njim ravnati priljudno in človeško.« (Bleiwiess v Švab 2009, 16)

Proces deinstitucionalizacije se je v Sloveniji dogajal z velikim zamikom. Razvoj skupnostnih oblik na področju duševnega zdravja se je začel v 90. letih prejšnjega stoletja. Ustanovljene so bile nove oblike stanovanjskih skupin in drugih individualiziranih oblik oskrbe in pomoči. (Flaker v Kapelj in Smonker 2005, 14)

Med drugo svetovno vojno in po njej je v slovenskem prostoru prišlo do nasilne in krvave »deinstitucionalizacije«, ki je močno zavrla deinstitucionalizacijska gibanja, le ta so tedaj že bila prisotna drugod po Evropi. Položaj psihiatričnih bolnikov se je v

tedanjem času močno poslabšal. Za čas po drugi svetovni vojni je značilno, da so bolnike preselili v stare gradove na obrobjih, del pa jih je živelo v nemogočih razmerah v starih bolnišnicah. Psihatriji so bili dodeljeni prostori, ki jih nihče drug ni hotel imeti (opuščene vojašnice, stari gradovi, bivše mučilnice, ...). Psihiatrične bolnišnice so bile do tedaj azilske ustanove, v 60. letih pa se tudi pri nas začnejo prvi premiki v smeri izvenbolnišnične terapije, psihiatrija se pod vplivom antipsihiatrije začne lotevati lastnih problemov. V sedemdesetih se tudi pri nas manjša število psihiatričnih postelj, vendar se na drugi strani ne ustanavlja služb, ki bi prevzelo dosedanjo vlogo bolnišnične psihiatrije. (Švab 2009, 13-14)

V sedemdesetih prav tako pride do prvih inovacij v smeri skupnostne skrbi za duševno zdravje. Pride do poskusov uvajanja novih shem obravnav (terapevtske kolonije in tabori, prostovoljno delo, skupinsko delo). V osemdesetih se ta proces nadaljuje in razvija v deinstitutionalizacijskem projektu (Hrastovec). Razvija se metoda samopomoči in ustanovljajo se prve civilne organizacije. Ustanovljena sta bila »Odbor za družbeno zaščito norosti« in Društvo za spodbujanje duševnega zdravja Alpe-Jadran, ki sta v procesu deinstitutionalizacije v Sloveniji odigrala pomembno vlogo. V začetku devetdesetih nastanejo na področju duševnega zdravja prve nevladne organizacije. Ustanovljene so kot nove službe in možnost za podporo in pomoč ljudem z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Odbor se preimenuje v društvo Altra in postane prva nevladna organizacija na področju duševnega zdravja. V devetdesetih se razvijejo še organizacije: Šent, Ozara, Paradoks, Novi Paradoks, Vezi, Humana in Mir sreče. Te organizacije so razpršene po Sloveniji in izvajajo različne oblike skupnostne skrbi kot so stanovanjske skupine, dnevni centri, socialna podjetja, informativne in svetovalne pisarne, skupine za samopomoč, vzpostavljanje socialne mreže, delo s svojci ipd. (Kapelj in Smonker 2005, 15-18)

Zavod Hrastovec je eden izmed šestih posebnih socialnih zavodov na področju institucionalne skrbi za odrasle v Sloveniji. Dolgo je Zavod Hrastovec veljal za »odlagališče« ljudi, za katere več niso poznali nobenega izhoda. Hrastovec je opisan kot zadnja in končna postaja duševnih bolnikov. Vendar prav Zavod Hrastovec med vsemi zavodi v Sloveniji predstavlja vzor deinstitutionalizacije. Prvi so se v Sloveniji in to na najbolj korenit način lotili deinstitutionalizacije, preseljevanja stanovalcev v skupnost. Zavod Hrastovec je s tem nabral prve izkušnje z deinstitutionalizacijskimi

gibanji, tako v dobrem in slabem smislu. Zavod Hrastovec velja za največji izmed posebnih socialnih zavodov pri nas, zato je njihova izkušnja specifična in je ne moremo posploševati na vse zavode. Je pa definitivno lahko dober vzgled in osnova, kako se načrtno in aktivno spopasti s problematiko preoblikovanja institucij na področju duševnega zdravja. S študijo primera preoblikovanja Zavoda Hrastovec bomo skušali orisati deinstitucionalizacijo na konkretnem primeru. Najprej pa bomo pogledali italijanske in angleške izkušnje z deinstitucionalizacijo.

5.2 ITALIJANSKI IN ANGLEŠKI MODEL DEINSTITUCIONALIZACIJE

Zgleden primer deinstitucionalizacije – zapiranja bolnišnic nam ponazarjata tržaška in goriška izkušnja. V obeh primerih je bila deinstitucionalizacija izpeljana dosledno in konsistentno, vendar med obema izkušnjama lahko govorimo o določeni razliki. Deinstitucionalizacija pa ne pomeni samo zapiranja bolnišnic, ampak na drugi strani tudi ustvarjanje novih služb. (Flaker 1998, 187)

5.2.1 Italijanska izkušnja – Gorica

Tržaška izkušnja oziroma zapiranje norišnic v Italiji na splošno je povezano z likom Franca Basaglie. Le ta je bil sprva profesor na katedri za psihiatrijo v Padovi, vendar je zapustil akademsko sfero z namenom, da bi lahko deloval praktično. Tako je leta 1961 prevzel goriško psihiatrično bolnico, da jo spremeni, preobrazi. Glavna ideja Basaglie je bil model terapevtske skupnosti, ki je bil zastavljen precej radikalno. Njegov način dela je nastal na fenomenološki in eksistencialistični podlagi in v marsičem postal značilen za italijansko demokratično psihiatrijo, kar je pomenilo, da se bolnikom prisluhne neposredno, v medsebojnem srečanju. Druga podlaga je bil sodobni marksizem, s katerim je udejanjal analizo moči, avtoritete in institucije. V Gorici so terapevtske skupnosti poimenovali *assemblee*. To so bili dnevni sestanki osebja in bolnikov, kjer so lahko slednji glasno izrazili svoje mnenje. Značilnost teh je v tem, da so odgovornost za zaprtje bolnikov naprtili družbi, ki potrebuje nadzor nad deviantnimi. S tem disciplinira ljudje od zunaj, trpijo pa samo tisti, ki so znotraj institucije. Osnovne teme so postali odnosi moči in družbena protislovja. Goriška izkušnja je s problematiziranjem zaprtja bolnikov prinesla odpiranje oddelkov, prost pretok ljudi, odpravo restrikcij in pravil, itd. Deinstitucionalizacija je pomenila predvsem dve stvari: prvič zapiranje bolnišnic,

odpiranje možnosti in svobode bolnikom ter na drugi strani ustvarjanje novih služb v skupnosti, ki bodo pomagale bolnikom pri prehodu. Če je prvi del – zapiranja bolnišnic - še nekako uspel, se je pri procesu ustanavljanja služb v skupnosti vse ustavilo. Prišlo je do upora goriških lokalnih oblasti, tako se je proces končal, po drugi strani pa se je s tem pokazalo, da je deinstitucionalizacija politični proces in presega zidove psihiatričnih bolnišnic. (Flaker 1998, 187-192)

5.2.2 Italijanska izkušnja – Trst

Basagliae je bil s kratkim postankom v Parmi, nato povabljen še v Trst, in sicer leta 1971. Podobno kot v Gorici se je tudi tukaj lotil deinstitucionalizirati psihiatrično bolnišnico s terapevtskimi skupinami, z analizo institucionalnih razmerij, vlog, ipd. Za razliko od Gorice se je spremenil tudi formalni in pravni status pacientov. Niso bile namreč več bolniki, ampak gostje. Dobili so civilni status in pravice svobodnega človeka. Za tržaško in italijansko izkušnjo je pomembna predvsem možnost vstopanja v pogodbene odnose, kar je veljalo za glavno sredstvo rehabilitacije. Konkretno je to pomenilo, da uporabniki dobijo svoj denar, stanovanje, ... torej osnovne stvari za svobodno življenje. Pomemben del tržaške izkušnje je bil vključevanje študentov in drugih prostovoljcev (predvsem umetnikov). Zapiranje bolnišnice v Trstu je bilo v veliki meri tudi javni in kulturni dogodek. Večino oddelkov tržaških bolnišnic jim je uspelo izprazniti do leta 1979, obenem pa so delovale službe duševnega zdravja v skupnosti oziroma "teritorialne" psihiatrične službe, kot jih imenujejo v Trstu. V Trstu je bilo tako pet centrov za mentalno zdravje, ki so nudili razno pomoč uporabnikom. V njih so imeli uporabniki pravzaprav vse, sem so se lahko zatekli tudi, ko so preživljali krizo. Vendar bivanje ni trajalo več kot nekaj dni. Osebe je bilo večina po terenu, kjer so spremljali uporabnike po opravkih, jih obiskovali na domu ipd. Delo centrov ni bilo le neposredno delo z uporabniki, ampak tudi koordinacija različnih služb za učinkovito celostno delovanje. Pomemben del so bila tudi socialna podjetja, kjer so lahko uporabniki upravljali plačano delo. Posledično se je z izkušnjo iz Trsta začelo premikati v skupnostni model oskrbe še v ostalih predelih Italije, tako je prišlo do sprejetja znamenitega zakona 180 leta 1978. Le ta je formalno odpravil duševne bolnišnice in zapovedal ustanavljanje skupnostnih služb. Vse to se je večinoma realiziralo na severu Italije, med tem ko je proces na jugu bil veliko počasnejši in so ga ponekod začeli udejanjati po 20. letih. Ponekod je bil vpeljan samo formalno kot upor reformi. Problem

je bil predvsem v tem, da so bile bolnišnice v zasebnih, cerkvenih rokah, ki so bile nezainteresirane za spremembe. (Marsili in Toresini 1991, 33-46; Flaker 1998, 187-216)

5.2.3 Angleška izkušnja zapiranja bolnišnic

Proces deinstitutionalizacije je v Veliki Britaniji potekal precej drugače kot v Italiji. V Angliji so že v 50. letih imeli politiko skupnostne skrbi, vendar se ta v realnosti ni udeleževala. Prihajalo je do posameznih poizkusov, vendar se zmanjševanje bolnišničnih postelj in dolžine bivanja vse do konca osemdesetih, začetka devetdesetih, ni zgodilo. Tako so ob bolnišnicah ustanavljali še skupnostne službe, saj je bil psihiatrični lobi premočan, politika pa ni želela sprememb. Tako je komaj v osemdesetih prišlo do kritične mase, ki ji je uspelo spremeniti javno mnenje do te mere, da je prišlo do hitrega in načrtnega zapiranja bolnišnic. Za angleški primer je značilno, da je prišlo do deinstitutionalizacije od zgoraj navzdol in ne iz civilno-družbene, gibanjske baze. Na podlagi mnenja izbrane komisije, ki je priporočila razvoj skupnostnih služb in zapiranja bolnišnic, so kasneje začeli s procesom deinstitutionalizacije. Eden glavnih razlogov je bil predvsem pomanjkanje denarja in skupnostna skrb se je zdela precej vabljiva opcija. Poprej je imel glavno besedo v azilih psihiater, poslej je postal samo partner menedžerju, ki je bil odgovoren za poslovanje. Tako je za Anglijo značilno, da so deinstitutionalni procesi pobuda menedžerjev in ne strokovne baze, gibanj ali politike. Dodatno pobudo za premik je dodal še Zakon o skupnostni skrbi leta 1992. Bolnišnice so zapirali od zgoraj navzdol predvsem zaradi nepripravljenosti ali pa odkritega odpora osebja bolnišnice, da bi sodelovalo pri preobrazbah. Za VB je značilno, da so bili ustanovljeni t.i. preselitveni timi, njihova naloga pa je bila dvojna: ugotoviti, kakšne so potrebe ljudi, nastanjenih v bolnišnici ter ljudi usposobiti za preselitev v skupnost. Ob tem pa tudi organizirati in zagotoviti nove službe v skupnosti. Preselitveni timi so bili tako nekakšna rešitev, saj se je osebje bolnišnic na veliko upiralo spremembam. Glavni zadržek je bil, da je normalno življenje bolnikov samo utvara ter da je normalizacija preveč ambiciozen projekt. (Flaker 1998, 218-229)

6 ŠTUDIJA PRIMERA: ZAVOD HRASTOVEC

Zavod Hrastovec se mi zdi idealni primer ponazoritve, kaj je prinesel proces deinsitucionalizacije. V številnih primerih o izkušnji preoblikovanja priča tudi raznovrstna literatura. Zavod Hrastovec je (bil) za slovenski, verjetno tudi evropski prostor, specifičen zavod. Tukaj so prvi v Sloveniji začeli s procesom deinstitutionalizacije in z uvajanjem sprememb, ki jih je ta proces prinesel. Zavod Hrastovec je tako veljal za odličen vzgled ostalim petim posebnim socialnovarstvenim zavodom, prav tako pa nevladnim organizacijam na področju duševnega zdravja. Procesu preoblikovanja so se tukaj lotili aktivno in načrtno. S svojo politiko razvijanja humanejših oblik bivanja ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju in duševnem razvoju, so zavzeli pozicijo ustanove, ki je ena izmed vodilnih v tem delu Evrope. Zavod je v zadnjem desetletju doživel korenite spremembe, tako v organizacijskem kot strokovnem smislu. Spremembe so bile usmerjene v dobro varovancev, v njihovo večjo socialno vključenost, možnost plačanega dela, možnost osebne vključitve pri načrtovanju lastnega življenja ipd. Če se zavemo, da je Zavod Hrastovec še dobri dve desetletji nazaj v veliki meri ustrezal idealnem tipu totalne institucije, kot jo opisuje Goffman, lahko rečemo da so se v zavodu dogodile bistvene spremembe v smislu miselnosti, načel, tradicije, stališč, ...

Zavod je še ne dolgo nazaj veljal za črno piko, veliki madež na področju duševnega zdravja. Zavod Hrastovec je bila zadnja postaja na poti institucionaliziranega bolnika, na kar kaže tudi povprečna doba bivanja v njem, ki je bila kar štirinajst let.

V preteklosti je za Zavod Hrastovec veljalo predvsem eno pravilo: »Pomembno je, da so stanovalci bili varovani, nadzorovani, siti, na suhem in toplem. Ta miselnost je v zavodu še kar dolgo veljala.« (Zavod Hrastovec)

Tudi sam sem podrobno spremljal ta aktiven proces deinstitutionalizacije v Zavodu Hrastovec, saj je moj domači kraj le streljaj oddaljen od samega gradu, prav tako je v naši okolici urejenih kar nekaj stanovanjskih enot.

6.1 ZAVOD HRASTOVEC KOT TOTALNA USTANOVA ALI KAJ BI GOFFMAN VIDEL V ZAVODU HRASTOVEC

Laurent Cuyllle je svoje občutke glede Zavoda Hrastovec na delovnem taboru Hrastovec 1989 opisal s sledečimi besedami:

Ko prvič zagledate grad v Hrastovcu ne uzrete krasne srednjeveške zgradbe, ampak le bel in povrh še grd grad. Še preden se zaveste, kaj se tam dogaja, čutite, da se je zgodovina tu že zdavnaj ustavila. Grad je kot izoliran stolp, ovit v temo, ki vdira v tvojo glavo, v tvojo časovno realnost. Notranjost gradu – azila – vas spomni na čase, ko so ljudje preganjali gobavost, razlika je le ta, da ste sedaj v 20. stoletju. Skoraj nemogoče je opisati, kar sem videl: človeška telesa v nečloveških življenjskih razmerah; človeške misli, med njimi in med teboj pa pregrade; človeška bitja v podivjanem svetu. Naj nadaljujem z materialističnim povzetkom. Bolnikov je štiristo. Vsi so oblečeni v enodelne kombinezone, kadijo kot zasvojenec in vonj urina in kirurškega alkohola se širi s sten, iz vsakega koščka gradu in z ljudi, ki tu živijo... Natlačeni so v spalnicah, kot na tovornjaku, naloženem z živino. Zgradba je mrzla, umazana, gnusna, strašna. Z eno besedo, neprimerna za sprejemanje človeških bitij. Se pravi, za to, čemur pravimo človeški način življenja! (Cuyllle 1991, 97)

Zavod Hrastovec je v svoji pretekli zgodovini veljal za verjetno najtotalnejšo med tovrstnimi ustanovami pri nas. Že sam geografski položaj Zavoda Hrastovec je odmaknjen, grad stoji kot osamelec na vzpetini in tako je fizično močno odmaknjen od realnega življenja, prav tako zanj velja edinstven svet reda in pravil.

Flaker in Urek (1988, 139-151) v svoji analizi vidita veliko podobnosti med Goffmanovo totalno organizacijo in Zavodom Hrastovec pred njegovo izvedbo procesa deinstitucionalizacije. Analize sta se lotila pred prvim Hrastovškim taborom, ki ga lahko štejemo kot začetek deinstitucionalnega gibanja v Sloveniji. Zavod je v preteklosti veljal za zadnjo postajo že poprej institucionaliziranega človeka. V slovenskem prostoru je veljal za prebivališče cele množice ljudi, ki jih naša družba enostavno ni imela kam dati. Dolgotrajnost bivanja v Zavodu Hrastovec nam kaže tudi povprečna doba bivanja,

ki je bila v povprečju kar 14 let. Hrastovec je veljal za skrajni primer kontaminirajočega življenja kot ga opisuje Goffman. Izpostavljena telesa, čustva, misli, ki se nimajo možnosti z ničemer zavarovati, stranišča brez vrat, kartoteke z obtežljivimi podatki, ki so na voljo osebju, osebne preiskave, preiskave ležišč (če so koga sumili da skriva alkohol ali krade), cenzuriranje pošte so bile za Zavod Hrastovec običajne podobe v vsakdanjem življenju. Vloga oskrbovancev je bolnikom zlezla pod kožo, sprijaznili so se s svojimi vlogami, brez večjih pretresov. Hrastovec je veljal za ustanovo, kjer ljudje najdejo svoje zadnje zatočišče. To so bili ljudje, ki so imeli bogato institucionalno kariero in so predhodne institucije nad njimi dvignile roke. Zavod Hrastovec je tako v preteklosti veljal za prostor ujetosti, brezperspektivnosti in brezizhodnosti. Tako kot v večini drugih totalnih ustanovah se je tudi v Hrastovcu vzpostavil sistem privilegijev, hišnih pravil, nagrad in kazni. Omejenost gibanja je bila določena s privilegiji, prav tako prostorska ureditev, zaprti-odprti oddelki ipd. Zavod Hrastovec je imel lasten utečen sistem znotraj ustanove, s sistemom diferenciacije in individualizacije. Kot v vseh totalnih ustanovah je tudi v Hrastovcu deljen svet zunaj-notri, strogo je ločen svet osebja in svet oskrbovancev, značilne so institucionalne ceremonije ipd. Za Hrastovec je v preteklosti bil značilen popoln medicinski model obravnave, ki je konec 90. let začel preživljati zelo težko preizkušnjo procesa deinstitutionalizacije. Vendar je v preteklosti Zavod Hrastovec imel tudi svoje specifične lastnosti, ki jih ne moremo povezovati s totalnimi ustanovami. Specifična je bila prijaznost in domačnost odnosa med osebjem in varovanci, tudi nekatere terapevtske – delovne skupine so se pojavljale. Vendar je prijaznost in domačnost verjetno posledica dolgotrajnega bivanja v ustanovi in brezperspektivnega položaja varovancev.

6.2 ZGODOVINA ZAVODA HRASTOVEC

Grad Hrastovec ima izjemno dolgo zgodovino. Velja omeniti, da je bil grad dobro stoletje do leta 1945 v lasti grofov Herberstein. Z njihovim odhodom je grad prešel v last splošnega ljudskega premoženja. Do leta 1948, ko je nastal Zavod za duševno in živčno bolne, bi naj grajske kleti uporabljali kot zapore za vojne ujetnike. (Flaker in Urek 1988, 18-19)

Zavod Hrastovec - Trate je bil ustanovljen leta 1948 pod imenom Dom za duševno defektne in mladino. V skladu s takratno družbeno klimo v slovenskem prostoru

podprto z razvojem psihiatrične stroke pod vodstvom prof. dr. Leva Milčinskega, ki ni bila značilna samo pri nas, ampak v večini evropskih držav, je tedanje ministrstvo za socialno skrbstvo leta 1947 poiskalo primerno lokacijo za nastanitev »duševno defektnih« oseb prav v osrčju Slovenskih goric med Mariborom in Lenartom v današnjem gradu Hrastovec. V socialno skrbstveni zgodovini je zapisano, da se je v tistem času v Sloveniji organizirala skrb za ostarele, onemogle in defektne. Takratno ministrstvo je nekaj sredstev vložilo tudi v manjšo obnovo gradu, predvsem v smislu prilagoditve za potrebe novega doma za »duševno defektne odrasle in mladino«. Tako je oblast LR Slovenije 22. oktobra 1948 ustanovila Dom za duševno defektne Hrastovec pri Mariboru in ga opredelila kot socialno zdravstveni zavod. (Lukač 2003)

Skupaj z oskrbovanci pa so v Hrastovec prišle tudi nune, ki so tedaj predstavljale glavno oskrbniško in zdravstveno moč v zavodu. Bilo je tudi nekaj bolniških strežnic, vendar le bistveno manj kot nun. Delo v zavodu je bilo težko, saj niso imeli pravih pripomočkov za pranje, kuhanje, nego, ... Populacija oskrbovancev v zavodu je bila v začetku še izjemno heterogena, tako po starosti kot po vrsti duševne bolezni. Takratni direktor Gabrijel Kosi govori o tem, da je zavod tedaj predstavljal odlagališče za vse vrste patoloških primerov. (Flaker in Urek 1988, 20)

V kronologiji zavoda lahko preberemo, da so bili prvi stanovalci, vključno z maloštevilnim strokovnim osebjem, prepeljani in nameščeni iz Zavetišča Sv. Jožefa v Ljubljani. Le eden je bil iz takratne Splošne bolnišnice v Mariboru. Leta 1955 je v Domu v Hrastovcu živelo že 330 stanovalcev. Tega leta je bila odprta nova enota v oddaljenem gradu Cmurek, znana pod imenom enota Trate, ki je več ni, saj so njeni stanovalci razseljeni v prijaznejše oblike bivanja. Število stanovalcev obeh enot se je v tem letu povzpelo na 437, kar nedvomno kaže na pragmatičnost in ozkost takratne doktrine skrbi za ljudi s posebnimi potrebami. V letu 1968, torej 13 let kasneje, je bilo v obeh enotah že 706 stanovalcev, medtem ko je število zaposlenega osebja ostalo pri 160 delavcih. (Lukač 2003)

Za 80. in 90. leta velja, da je bilo vodenje tedanjega Zavoda Hrastovec-Trate rezervirano za politične veljake na občini. Tako je najdaljši mandat pripadel Branku Kosu (1987-1999), v letu 1999 je kot vršilec dolžnosti nastopil Srečko Pavlič. Prav on naj bi se prvi pričel spoprijemati z reorganizacijo oz. deinstitucionalizacijo zavoda,

stanje pa je tedaj opisal z naslednjimi besedami: "Takrat je bila težava v tem, da znotraj ustanove še nismo dosegli kritične mase v razmišljanju oziroma zavedanju, da je prestrukturiranje nujno." (Pavlič v Vočko 2001)

Prelomnica v delovanju zavoda

Iz letnega poročila 1986 lahko nazorno vidimo, kam se je umeščal zavod v tistem času:

Zavod Hrastovec je totalna ustanova, ki deluje kot takšna, saj gre za veliko ustanovo, ki je zaradi svojega specifičnega položaja v sklopu ostalih institucij s tega področja zaprtega tipa. Pri tem bi težko govorili o začasni nastanitvi bolnikov v zavodu, pač pa bi lahko uporabili besedo bivanje, saj je povprečna doba le tega približno 14 let. Kljub temu pa je zavod naredil v zadnjih šestih letih velik korak, saj so v tem obdobju odpustili 256 oskrbovancev, medtem ko je bilo v prejšnjih letih odpustov le 2 do 3 letno. (Flaker 1988, 24)

Za prelomnico v delovanju zavoda lahko štejemo leto 1987, ko je bil organiziran v zavodu prvi mednarodni tabor, ki je imel namen vpeljati v zavodsko življenje stanovalcev niz različnih kreativnih delavnic ter kulturno življenje. Leta 1988 se je zbrana skupina mladih strokovnjakov formirala v društvo pod imenom »Odbor za družbeno zaščito norosti«, ki ga danes poznamo pod imenom Altra - Odbor za novosti v duševnem zdravju. Tako je takratno društvo s provokativnim imenom leta 1992 v sodelovanju s strokovnim vodstvom zavoda preselil v Ljubljano prve štiri stanovalce Zavoda Hrastovec - Trate v prvo tovrstno stanovanjsko skupino v Sloveniji, po nekaterih podatkih celo prvo v vseh državah bivše Vzhodne Evrope. (Lukač 2003, 6)

Ideja o taboru v Hrastovcu je nastala kot povabilo za prostovoljno delo v samem zavodu. Sam namen tabora je bil prispevati k naporom hrastovškega osebja, da bi se Zavod Hrastovec še naprej odpiral navzven in postajal vedno bolj človeški. Tako bi naj že prvi tabor leta 1987 postal del odpiranja zavoda. Z organizacijo prvega in vseh naslednjih taborov si je skupina pod vodstvom Vita Flakerja zastavila nekaj poglobitvenih namenov oziroma ciljev. Že sama prisotnost ljudi, ki jih oskrbovanci ne vidijo vsak dan, bi naj poživila utrip zavoda. S taborom so hoteli aktivirati tudi tiste oskrbovance, ki so drugače bili manj udeleženi v terapevtskih odnosih. Tabor je predstavljal tudi

priložnost, da osebje zavoda kritično preveri svoje delo in dobi mogoče idejo za nadaljnje odpiranje zavoda. Tabor je varovancem prinesel tudi priložnost, da se srečajo s tistim delom družbene stvarnosti, ki je bila do tedaj prepogosto izolirana in skrita. Tabor je predstavljal tudi določeno priložnost, da se srečajo ljudje, ki na tem področju ali delajo ali jih samo zanima. V končni fazi pa je prvi tabor imel tudi javni pomen, saj so z njim želeli pritegniti pozornost javnosti in jo s tem opozoriti na probleme, ki jih doživlja sama psihiatrija in socialno delo. Namen tabora je bil razdeljen v dva dela. Prvi del tabora bi se naj odvijal v obliki delavnic, v iskanju izraznih možnosti oskrbovancev kot tudi udeležencev tabora in osebja. Načrtovane so bile razne kulturne, zabavne in družabne aktivnosti. Poseben del programa pa bi naj tvoril strokovni del, s tem so hoteli organizirati več pogovorov in predavanj na teme, ki neposredno povezujejo delo na taboru in psihiatrijo. Velik del tega so uresničili, določene ideje so ostala neuresničene. Je pa imel tabor tudi razmišljujoč učinek, saj je sprožil nove ideje. (Flaker 1988, 46-47)

Zavod je bil 17. maja 1993 preoblikovan s Sklepom vlade Republike Slovenije št. 022-03/93-13/1-8 v javni socialno varstveni zavod za opravljanje dejavnosti socialnega varstva. (Lukač 2003)

Zavod je v izvajanju svojih razvojnih načrtov v zadnjih desetih letih že speljal nekaj sodobnih pristopov in že leta 1994 pripravil za vselitev tako imenovano »Ribiško hišico« (namestitev parov). (Lukač 2003)

Leta 2000 je zavod odprl svojo stanovanjsko skupino v Mariboru, ki je bila edina takšna skupina, ki je delovala znotraj posebnih zavodov v Sloveniji. Sestavljalo jo je dvanajst stanovalcev. Za izboljšanje kvalitete življenja stanovalcev, je zavod že v preteklosti nameščal stanovalce v nadomestnih družinah.

Dve tretjini stanovalcev je oseb s težavami v duševnem razvoju, mnogi med njimi pa imajo kombinirane težave (hude telesne okvare, slepoto, gluhoto, vedenjske težave) in potrebujejo pomoč drugega. Preostala tretjina stanovalcev so tisti s težavami v duševnem zdravju. (Lukač 2003)

Zavod v obdobju od 1.1.2001 naprej:

Zavod Hrastovec - Trate je v letu 2001 delno spremenil svojo zunanjo, še bolj pa svojo notranjo podobo - predvsem v spremembi miselnosti zaposlenih, deloma na osnovi

spoznanja, da so spremembe nujne, v duhu časa, deloma pa tudi ob nujnem odpiranju zavoda navzven, kar je že samo po sebi prineslo nekatera novejša gledanja. Na nekaterih področjih zavodske dejavnosti so bile spremembe zelo hitre, drugod so potekale počasneje. Direktor Zavoda Hrastovec mag. Lukač navaja razloge za nujno preoblikovanje zavoda:

Razlogi za preoblikovanje zavoda so etični, strokovni in tudi ekonomski. Med etične vsekakor spada domnevno kršenje osnovnih človekovih pravic in domnevno izvajanje nekaterih oblik nasilja, kar se je v preteklosti pripisovalo podobnim institucijam po svetu in pri nas. Strokovni razlogi za preoblikovanje so predvsem ogrožajoče stigmatiziranje s strani zavoda, vidna apatičnost večine stanovalcev, njihovo opazno razosebljanje, izolacija od okolja in socialnih mrež. V ekonomskem smislu pa je tudi zavodsko varstvo relativno draga oblika bivanja. (Lukač 2003)

Zavod Hrastovec je kot prvi v Sloveniji na prelomu dveh tisočletij začel doživljati bistvene spremembe. Največ je k tem leta 2001 pripomogel novi direktor Zavoda Hrastovec Josip Lukač, ki je v to okolje s seboj prinesel tudi nov veter in nove ideje. Ko je mag. Josip Lukač prevzel vlogo direktorja, je obenem sprejel srhljivo, rakavo ustanovo, v kateri je bilo le malo pozitivnega za človeka, ki biva v njej. Mojca Vočko, novinarka Dela opisuje tedanje stanje z besedami: »Odlagališče smeti, azil groze brez povratka, zadnja postaja ljudi z duševnimi stiskami, črna luknja, kot so nekdanji Zavod za duševno in živčno bolne Hrastovec-Trate pred leti označevali nekateri poznavalci, doživlja preporodno revolucijo.« (Vočko 2001)

V tedanji Zavod Hrastovec-Trate je Lukač s seboj prinesel in uvedel veliko pozitivnih sprememb na strokovnem, organizacijskem in poslovnem področju. Direktor zavoda mag. Lukač opisuje začetke sprememb v zavodu:

Stvari je bilo treba začeti spreminjati v ekonomskem, organizacijskem, finančnem, skratka v poslovnem smislu, hkrati pa tudi v strokovnem in človeškem. Prišlo je do velikih premikov in sprememb, predvsem na sledečih področjih: uvajanje inovacij, projektni način dela, timski projekti, supervizije, evalvacije, delo v dvojicah, reorganizacija oddelkov, odpiranje zavoda medijem

in civilni družbi, ustanavljanje alternativnih oblik bivanja v lokalni skupnosti.
(v Jurančič in Avšič 2004)

V zasnovi so bile spremembe usmerjene v krepitev moči uporabnikov po načelih normalizacije ter na drugi strani preobrazbi zaprtih zavodskih prostorov v nove bivalne enote, ki so razpršene tako v različnih lokalnih okoljih. Velike spremembe so se začele dogajati v letu 2001, stopnjevale pa so se še v letih 2002 in 2003 ter seveda tudi pozneje. Tudi danes še ne moremo govoriti o zaključenem procesu deinstitutionalizacije, verjetno bo le trajala še dolgo časa. (Lukač 2003)

Pri spremembah v Zavodu Hrastovec lahko govorimo o različnih fazah. Novo vodstvo se je v prvi fazi sprememb lotilo uvajanja novih načinov dela, in sicer je uredilo poslovanje na poslovno-finančni in organizacijski ravni. Spremenili so tudi pojmovanje, s katerim je stanovalec postal enakopravni in poglavitni akter v delovanju zavoda. Prenovljen je bil hišni red, osebje in stanovalci so bili informirani o pravicah stanovalcev, disciplinsko urejanje zadev je postalo manj pomembno, bolj človeško in bivalno. Stanovalci so prav tako dobili domovinski pravico v skupinski jedilnici. Osebje v zdravstveni negi in oskrbi se je odpovedalo uniformiranosti. Bistveno je bilo, da so oskrbovance preimenovali v stanovalce. Spremenil se je tudi način dela, začeli so z uvajanjem strokovnih pristopov, kot so individualno načrtovanje, učenje socialnih in vsakdanjih spretnosti in projektni način dela. V začetni fazi je bilo izvedenih tudi nekaj preselitev iz zavoda.

Druga faza je bila seveda nadgradnja prve faze in brez uspešnega začetka le ta ne bi bila mogoča. V drugi fazi govorimo o sodelovanju s Fakulteto za socialno delo in akcijskem načrtu. Za to fazo je bilo značilno pridobivanje stanovanjskih objektov za dislocirane bivalne enote in realizacija individualnih načrtov preselitve. V tej fazi so ustanovili 12 zunanjih enot in preselili 94 stanovalcev vanje. Bistveno se je zmanjšalo tudi število stanovalcev na Tratah. Do reorganizacije je prišlo tudi znotraj zavoda ter tudi na področju strokovnih služb, ki so se morale prilagoditi procesu preseljevanja. Tako so bili ustanovljeni selitveni timi, mobilne službe, multidisciplinarni timi. (Cizelj in drugi 2004, 76-77)

Ob postopnem zmanjševanju števila stanovalcev v gradu Hrastovec in z izgradnjo bolj humanih enot za bivanje, so poskrbeli za vzpostavitev pogojev za čim bolj neodvisno

bivanje stanovalcev. Ob uvajanju tega je potrebno upoštevati, da osebe s posebnimi potrebami potrebujejo posebne storitve in pomoči v različnem obsegu.

V Zavodu Hrastovec je v preteklosti prevladoval t.i. “medicinski” model obravnave odraslih oseb s težavami v duševnem zdravju in oseb z motnjami v duševnem razvoju in nikoli ne bomo izvedeli, koliko je k sedanjem stanju, poleg bolezni oz. hendikepiranosti od prej, prispeval tudi institucionalni način življenja, sama stigma zavoda ter socialna izolacija in občutek osamljenosti oz. razosebljanja. Reševanje naštetega zdaleč presega zmožnost obravnave po medicinskem modelu. (Lukač 2003)

Stanje v Zavodu Hrastovec je pred dvema letoma, torej po sedmih letih, od kar je Zavod začel doživljati spremembe, dobro opisal generalni sekretar Zavoda za zavarovanje Slovenije Samo Fakin, z besedami: »Izjemno sem presenečen nad napredkom, ki ga je zavod naredil v zadnjih dvajsetih letih. Praktično zadeve ne prepoznaš več. Kar je včasih predstavljalo neki rob slovenske psihiatrije, je danes moderna ustanova z ekipo ljudi, ki ve, kaj dela in kaj hoče.« (Lukman Žunec 2008)

Še pred njim je leta 2006 John Bowis, član parlamenta EU iz države članice Velike Britanije, o Zavodu Hrastovec-Trate povedal:

Večkrat sem že bil v Sloveniji, v Zavodu Hrastovec-Trate sem zdaj drugič. V štirih letih je Hrastovec naredil neverjeten razvoj. Vse, kar je Hrastovec ustvaril – pralnico, kmetije, zunanje enote, stanovanja, je živ dokaz, da je na pravi poti, ker se ljudje v njih dobro počutijo. V Evropi se oziramo po primerih dobre prakse in gotovo je Hrastovec eden od takih. Slovenija lahko Evropi ponudi način, kako razmeroma hitro, v kratkem času narediti velike korake v spremembah življenja ljudi, v prilagajanju strokovnjakov na nove delovne izzive in pa tudi v celotni organizaciji. Tako da je Hrastovec pomembna zadeva za celo Evropo in tudi širše. (v Šalamun 2006)

6.3 AKCIJSKI NAČRT ZAVODA HRASTOVEC DO LETA 2005

Tako kot v vseh ostalih zavodih za odrasle osebe s posebnimi potrebami so tudi v tedanjem Zavodu Hrastovec-Trate izdelali akcijski načrt do leta 2005. Akcijski načrt je

predstavljala podlago za celovite spremembe v samem zavodu in je nastal na podlagi načrta za izvajanje in usmeritve nalog iz nacionalnega programa socialnega varstva do leta 2005 (Uradni list RS 45/2002).

Tako sam akcijski načrt kot Nacionalni program socialnega varstva do leta 2005 predvidevata veliko vsebinskih in organizacijskih sprememb na področju dela socialnega varstva. Vnesene so nove strokovne paradigme, ki se izrazito nagibajo v socialni model obravnave stanovalcev.

Iz Nacionalnega programa socialnega varstva do leta 2005 pa izhajajo določene usmeritve, ki bi jih naj izvajalci storitev zajeli v svojih načrtovanih ciljih in strategijah.

Te usmeritve so:

- deregulacija dosedanjih modelov pri zagotavljanju storitev in uvajanje novih vsebin,
- načrtno prestrukturiranje dela obstoječih kapacitet v nove, uporabnikom prijaznejše oblike, zlasti v skupnostne in izveninstitucionalne programe, ki dopuščajo večjo avtonomnost posameznikom,
- uvedba modelov individualiziranega plačevanja storitev tako, da bo plačilo zagotovljeno uporabniku ne izvajalcu storitev,
- opolnomočenje uporabnikov za to, da bodo enakovredno sodelovali s strokovnjaki,
- metode nudenja pomoči nadomestiti z metodami podpore uporabnikom,
- seznanjanje uporabnika z njegovimi pravicami in z načini za njihovo uveljavljanje,
- institucionalizirati vpliv uporabnikov na lokalni in državni ravni ter poskusno pričeti z ustanavljanjem lokalnih akcijskih skupin,
- zagotoviti multidisciplinarno obravnavo zahtevnejših stisk in težav in vsaj občasno supervizijo strokovnega dela,
- organizirati trajnejše cikle usposabljanja strokovnih delavcev za nove pristope,
- spremljati kakovost opravljenega dela. (Lukač 2003, 10)

Pri uresničevanju ciljev in načrtovanju novih strategij, katerih podlaga je akcijski načrt pa je treba upoštevati določena načela:

- načelo individualnega načrtovanja,
- predstavitev možnih rešitev,

- opolnomočenje in usposabljanje za samostojnejše življenje,
- multidisciplinarne obravnave in supervizijska dela,
- sprotno ugotavljanje kakovosti dela in evalvacija učinkov,
- usposabljanje strokovnih delavcev,
- aktivnosti za preoblikovanje obstoječih kapacitet,
- načelo socialne pravičnosti,
- načelo solidarnosti,
- načelo enake dostopnosti, proste izbire in pluralnosti,
- načelo socialnega vključevanja in
- načelo spoštovanja pravic uporabnikov. (Lukač 2003, 10)

6.4 DEJAVNOSTI, VIZIJA IN POSLANSTVO ZAVODA HRASTOVEC

Dejavnosti, vizija in poslanstvo so bistvene stvari, brez katerih ne more delovati niti najmanjše podjetje. Iz njih izhaja tudi kultura podjetja in bistvene smernice po katerih želi kakršnakoli organizaciji iti v prihodnosti. Mag. Josip Lukač je za popolno reorganizacijo zavoda in usmerjenost v veliko bolj humane oblike bivanja moral postaviti tudi nove temelje oziroma popolnoma na novo spisati dejavnosti, vizijo in poslanstvo Zavoda Hrastovec.

6.4.1 Dejavnost zavoda

Dejavnost je opredeljena z aktom (statutom) Zavoda Hrastovec. Usklajena je z Uredbo o uvedbi in uporabi standardne klasifikacije dejavnosti. Dejavnosti, ki jih Zavod Hrastovec upravlja pa so naslednje:

- osnovno izvenbolnišnično zdravstveno dejavnost,
- specialistično izvenbolnišnično zdravstveno dejavnost,
- zobozdravstveno dejavnost,
- samostojne zdravstvene dejavnosti, ki jih ne opravljajo zdravniki (zdravstvena nega, fizioterapija, delovna terapija in drugo),
- izvajanje socialno varstvenih programov in storitev,
- drugo socialno varstvo z nastanitvijo,

- druge socialne dejavnosti,
- dejavnost menz. (Lukač 2003)

6.4.2 Vizija zavoda

Potreba po viziji nadaljnje razvoja zavoda se kaže zaradi:

- iz potrebe po nadzorovanem razvoju zavoda,
- iz potrebe po ustvarjalnih strategijah razvoja zunanjih in notranjih segmentov zavoda,
- iz potrebe po prestrukturiranju zavoda ter kreiranju in iskanju skupnostnih modelov skrbi,
- iz potrebe po spremembi kulture zavoda.

Vizija na zunaj identificira zavod od drugih. Potrebna je za motiviranje zaposlenih. Je zaznava okolja, ki ga hoče zavod ustvariti na dolgi rok in pogojev, od katerih je ta uresničitev odvisna. Je koncept nove zaželene prihodnosti, ki jo je moč sporočiti povsod po zavodu in zunaj njega. (Lukač 2003; Cizelj in drugi 2004, 71)

6.4.3 Poslanstvo zavoda

Iz vizije izhaja poslanstvo zavoda. Poslanstvo je dokaj stalna navedba namena, ki jih v zavodu izoblikuje vodstvo zavoda (strokovni in tehnični kolegij direktorja). Poslanstvo zavoda se kaže v:

- delovnem področju zavoda ter njegovi pristojnosti,
- sporočanju osnovnega smisla obstoja zavoda z navajanjem potrebnosti ustanove,
- zagotavljanju okvira, ki uravnava odnose med zavodom in njegovim okoljem,
- navajanju osnovnih strokovnih smotrov podjetja glede strokovne rasti,
- opredelitvi strateških smernicah razvoja skozi implementacijo akcijskega načrta,
- filozofiji zavoda (sistem vrednot, prepričanj in navad) = kultura zavoda.

(Lukač 2003)

Zavod Hrastovec-Trate se je s projektom z naslovom "Akcijski načrt uresničevanja nacionalnega programa socialnega varstva do leta 2005" začrtal naslednjo vizijo zavoda kot možne posledice prestrukturiranja zavoda:

1. Skrb za zaposlene.
2. Kompaktne skupnostne službe na področju Podravja in Pomurja (celostne službe za ljudi, ki potrebujejo kontinuirano in organizirano pomoč)
 - dislocirane enote,
 - kmetije,
 - varovani domovi,
 - negovalni domovi,
 - stanovanja (varovana, zaščitna in samostojna stanovanja)
 - delovni projekti,
 - projekti za prosti čas,
 - mobilna služba,
 - selitveni tim,
 - multidisciplinarni tim,
 - zdravstvena oskrba,
 - dnevni centri,
 - prehodne ustanove,
 - nadomestne družine,
 - razbremenilne družine,
 - programi usposabljanja in izobraževanja,
 - supervizija,
 - intervizija,
 - evalvacija,
 - uvajanje psihosocialnega modela,
 - razvoj prostovoljstva,
 - začasni sprejem v zavod.
3. Razpršena namestitev po Sloveniji:
 - ustvarjeni pogoji za kvalitetno življenje stanovalcev Hrastovca v domačem okolju po vsej Sloveniji,
 - vsak (bivši) stanovalec s svojim individualnim načrtom in paketom storitev, ki jih potrebuje,
 - mobilna služba pod okriljem Hrastovca za krizne intervencije,
 - supervizijo in podporo,

- agencija v Hrastovcu za organizacijo in izvajanje storitev,
 - garancija države in Hrastovca za kontinuirano oskrbo in podporo za samostojno življenje.
4. Hrastovec še vedno opravlja funkcijo, da poskrbi za izredno težke primere, vendar v skupnosti z aktiviranjem lokalnih resursov.
 5. Lokacija v Hrastovcu (alternativno)
 - se opusti (proda, da v najem ipd.),
 - se sprazni grajsko poslopje do leta 2010,
 - se zapre lokacija na Tratah do 2005,
 - napolni z novimi vsebinami (rekreacija, vsebovanje, negovanje, okrevanje, preživljanje krize, usposabljanje – uporabnikov in strokovnjakov)
 - varovani dom,
 - negovalni dom,
 - varstvo del dneva, tedna,
 - edukacija, usposabljanje,
 - razvoj strok in strokovnega znanja.
 6. Individualno financiranje.
 7. Ureditev zakonodaje.
 8. Zagotovitev stabilnega financiranja.
 9. Skrb za kadrovske strukture zaposlenih.
 10. Priprava različnih projektov. (Lukač 2003)

6.5 NOVE OBLIKE BIVANJA V ZAVODU HRASTOVEC

Do začetka 21. stoletja je Zavod Hrastovec veljal za klasično totalno ustanovo. Sem je psihiatrična stroka odlagala vse kar niso znali pozdraviti, zato tudi ni bilo pomembno v kakšnih razmerah, okolju, stavbah živijo ti ljudje. Glavno je bilo, da so siti in suhi, da so zadovoljene njihove osnovne potrebe. O človekovih pravicah, osebnostnem razvoju stanovalcev v smeri večje individualizacije in samostojnosti, tedaj še niso govorili.

Čeprav so se delno zavedali, da pot po kateri stanovanjci v povprečju preživijo v samem zavodu 15 let, ni prava.

Skupaj s spremembo miselnosti, ideologije, ki je osnova pri procesu deinsitucionalizacije pa je moralo priti tudi do številnih sprememb v zavodskih objektih. Večina stanovanjcev je pred deinsitucionalizacijskim procesom živelo v samem gradu Hrastovec in dvajset kilometrov oddaljenem gradu Trate. V samem akcijskem načrtu do 2005 so vodilni v Zavodu Hrastovec zapisali dve pomembni točki, in sicer spraznitev grajskega poslopja Trate do leta 2005 in sprotno preseljevanje stanovanjcev v bolj humane enote za bivanje. Prav tako so si zastavili cilj, da grajsko poslopje Hrastovec izpraznijo do leta 2010. Torej glavne smernice za izvajanje ideologije deinsitucionalizacije je naseljevanje stanovanjcev v bolj humane enote bivanja. Tudi v akcijskem načrtu do leta 2005 so zapisali:

Cilj je razviti kontinuirane alternativne oblike bivanja v lokalni skupnosti, ki bodo osebam s prizadetostmi omogočile uspešno življenje znotraj socialnih okolij. Dosedanji trend je temeljil na ponudbi kontinuirane alternative za življenje v ustanovah. Novi pristop v strokovnem in političnem pojmovanju življenja oseb s posebnimi potrebami se obrača k iskanju novih oblik bivanja v skupnosti, ker so za človeka manj stigmatizirajoča, omejujoča in nudijo bolj kvalitetne oblike življenja ter izvajanje psihosocialnih in rehabilitacijskih postopkov. (Lukač 2003)

Skupnostne oblike skrbi pa lahko razvrstimo v štiri kategorije:

- nastanitvene oblike (dolgotrajna in prehodna namestitve);
- spremljajoče oblike (zaposlitvene, družbene, kulturne dejavnosti);
- osebne storitve (osebna asistenca, pomoč na domu, prevozi, zagovorništvo);
- spremljajoče dejavnosti (spremljanje, evalvacija, načrtovanje, supervizija in izobraževanje). (Cizelj in drugi 2004, 66-67)

6.5.1 Dislocirane bivalne enote (DBE)

Starejše oblike nameščanja stanovanjcev v gradove so enostavno neprimerne in nehumane, prav tako se ne skladajo s sodobnimi paradigmi kvalitete življenja. Dislocirane bivalne enote so ena izmed prvih pridobitev Zavoda Hrastovec, prav tako

veljajo za posebnost. Štejemo jih v koncept stanovanjskih skupin, ki so posledica naravnega razvoja zavoda. Gre za večje hiše, ki nudijo bivanje do 12 osebam. V hišah so večinoma eno ali dvoposteljne sobe. Tukaj živijo skupine stanovalcev kar se da normalno življenje, pri vsakdanjih opravilih glede na njihove potrebe jim pomaga osebje. Dislocirane bivalne enote se nahajajo znotraj mestnih ali vaških naselij z možnostjo dostopa do splošnih dobrin (trgovina, banka, cerkev, avtobusna postaja...). Stanovalci si v DBE sami pripravljajo obroke. Ukvarjajo se z dejavnostmi, s katerimi pridobijo nekaj denarja ali pa so te dejavnosti prehodnega značaja in služijo za učenje samostojnega življenja. Namen teh enot je, da se stanovalci po določenem času (od enega do treh let) preselijo in po možnosti zaživijo samostojno. Ena izmed oblik DBE so tudi kmetije. Tukaj je mogoče organizirati življenje stanovalcev v intenzivnem stiku z naravo (okoljem, živali). Življenje in delo na kmetiji je mogoče organizirati na dva različna načina kot proizvodno delo in kot terapevtsko delo. (Lukač 2003; Cizelj in drugi 2004, 80-81)

Vsaka DBE je svet zase, kar pomeni, da so v vsaki skupini izoblikovani specifični odnosi med seboj, z zaposlenimi in okoljem. Tako recimo v enotah na podeželju stanovalci gojijo pristnejši stik z naravo in bolj tradicionalnim načinom življenja, spet stanovalci v mestih gojijo popolnoma drugačne odnose. Tukaj integracija z okoljem poteka v okviru raznih institucij: Centri za socialno delo, Delavske univerze, Karitas, Rdeči križ, šole, družabne, kulturne, športne prireditve. Zunanje enote se med seboj razlikujejo tudi po strukturi stanovalcev. Tako so recimo v DBE Zrkovci nameščene osebe, ki imajo težavo z demenco. V negovalni dislocirani enoti Apače pa živijo v glavnem osebe s težavami v gibanju itd., razlikujejo pa se tudi po namenu in ciljih. V zaščitenih stanovanjih živijo recimo osebe z visoko stopnjo samostojnosti. Večnamenska kmetija na Rožengruntu ob osnovni namestitveni funkciji in predelavi vrtnin služi tudi kot terapevtska kmetija, ki omogoča blagodejen stik stanovalcev z živalmi, naravo, tradicionalnim kmečkimi prazniki in običaji. (Zavod Hrastovec 2008)

6.5.2 Stanovanja

So podobno kot dislocirane bivalne enote ena izmed oblik zunanje namestitve stanovalcev. Ločimo več vrst stanovanj. Prva so neodvisna stanovanja. Pri neodvisnih stanovanjih lahko govorimo o kvalitetno najvišji obliki izvenzavodske obravnave ljudi s

posebnimi potrebami. Gre za način bivanja, ko so stanovalci samostojni, neodvisni in brez posebnega večjega nadzora s strani zavoda. Stanovalci so vključeni v običajen tok vsakdanjega življenja. Delavci Zavoda Hrastovec jim pomagajo pri iskanju zaposlitve, načrtovanju financ, eventualne pomoči, vodenja ipd. Druga vrsta stanovanj so zaščitena stanovanja. V njih živijo ljudje, ki potrebujejo organizirano skrb in podporo, vendar jim je le ta prilagojena in imajo na voljo osebje, ki jih občasno obiskuje in pomaga pri vsakodnevnih opravilih, organiziranju življenja in premagovanju stisk. Tretja oblika so varovana stanovanja, le ta so namenjena predvsem bivanju starejših. Prilagojena so potrebam bivanja hendikepiranih in starejših ljudi. Omogočajo 24-urno pomoč na klic. Četrty tip so lastniška stanovanja s skupnim gospodinjstvom. Tukaj gre predvsem za sodelovanje z nevladnimi organizacijami in vključevanje stanovalcev v morebitna njihova stanovanja. Stanovalci v takšnih oblikah bivanja potrebujejo predvsem kontinuirano skrb v skupnem gospodinjstvu. (Zavod Hrastovec 2008)

6.5.3 Nadomestne, razbremenilne in izvirne družine

Poznamo več tipov izvenzavodske namestitve, ki so povezane z družino. Prva od teh je nadomestna družina. Ta oblika izvenzavodske skrb je v Zavodu Hrastovec obstajala že pred glavnim procesom deinstitutionalizacije in ima večdesetletno tradicijo. V primeru nadomestnih družin, dotična družina nudi stanovalcu zadovoljitev osnovnih potreb po socialni in čustveni varnosti, spoštovanje individualnosti in nudi pogoje za razvoj potencialov. Namen nadomestne družine ni nadomestiti primarno biološko družino, ampak nudi osnovno oskrbo, tople medčloveške odnose in pogoje za osamosvojitve. Nadomestne družine so večinoma na kmetijah, zato je pogoj da si stanovalec želi živeti v takšnem okolju in da se vživi v ritem življenja nadomestne družine. Nadomestne družine imajo seveda podporo strokovnih služb zavoda.

Drugi tip so razbremenilne družine. Govorimo o družinah, kjer živijo ljudje z motnjami. Te družine občasno potrebujejo (del dneva, tedna ali za čas počitnic), da se razbremenijo skrbi in odgovornosti za prizadetega družinskega člana. In takrat so najbolj primerne t.i. razbremenilne družine, ki lahko občasno nudijo varstvo in oskrbo na svojem domu, lahko je to del dneva ali nekaj dni. Namen teh razbremenilnih družin je v tem, da se razbremenijo svoje.

Tretji tip so matične ali izvirne družine. To so primarne družine stanovalcev. Matične družine predstavljajo najvišjo stopnjo individualizirane oblike bivanja, zato je tudi

pomembno, da stanovalci dosežejo določeno stopnjo rehabilitacije. Prav tako more biti obojestransko soglasje, tako stanovalca kot družine, o vrnitvi stanovalca k matični družini. (Zavod Hrastovec 2008)

Naštel in opisal sem kar nekaj izvenzavodskih oblik življenja stanovalcev. Seveda v njih trenutno stanuje samo določen delež vseh stanovalcev, zato je prišlo do preoblikovanja tudi v samem Zavodu Hrastovec. Prišlo je do velike reorganizacije dela, zavod se odpira navzven, ni več zaprtih prostorov, strokovno delo pa se prenaša na enote.

6.6 DEINSTITUCIONALIZACIJA V ZAVODU HRASTOVEC V ŠTEVILKAH

Do leta 2003 so kot izvenzavodske enote delovale DBE Jasmin, DBE Gornja Radgona 1, DBE Slovenska Bistrica 1, Neodvisno stanovanje na Tratah in Mariboru. V nadomestnih družinah je živel 14 stanovalcev, trije pa so bili vključeni v nevladno organizacijo Altro. V letu 2003 so v zavodu odprli štiri nove dislocirane bivalne enote, in sicer v Gornji Radgoni, Slovenski Bistrici, proizvodnja kmetije Žiberci in terapevtska kmetija Rožengrunt. V različnih izveninstitucionalnih oblikah je leta 2003 bivalo 79 oseb. (Zavod Hrastovec 2004)

Leta 2004 je od 627 stanovalcev živel 106 v skupnosti. Velik dosežek Zavoda Hrastovec v tem letu je bil dokončna izpraznitev gradu na Tratah. Tako je bilo leta 2000 v enoti Trate 160 stanovalcev, maja 2004 le še 63, dokončno pa jim je uspelo izseliti še zadnjih 43 stanovalcev 29. septembra 2004. V izselitev gradu Trate so jih silili nehumani pogoji bivanja in življenja (velike spalnice, ozka stopnišča, stavba brez dvigal, ...), institucionalni način življenja in socialna izolacija stanovalcev. V tem letu so sprejeli tudi sklep, da bodo vse enote v samem zavodu postale odprte enote. Tako so stanovalci v tem letu bivali na odprtih, varovanih in negovalnih enotah, več kot 100 pa so že poiskali tudi izvenzavodsko namestitev. Na novo so bile ustanovljene tudi tri DBE, in sicer Apače, Žiberci 2 in Strma gora. (Zavod Hrastovec 2005)

V letu 2005 je v 14 dislociranih bivalnih enotah in 6 neodvisnih stanovanjih ter nadomestnih družinah živel 142 članov. Dislocirane so bile že precej razpršene in so

segale vse od Slovenskih Konjic pa na drugi strani do Radencev. Najdemo jih tako v mestih kot na podeželju. (Zavod Hrastovec 2006)

Leto 2006 je predstavljalo nekakšen mejnik v delovanju Zavoda Hrastovec. Zaključil se je čas akcijskega načrta do leta 2005, torej je bilo leto namenjeno analizi do sedaj opravljenega dela. Prav tako je bilo treba ustvariti nov načrt za nadaljnje delo, in sicer na temelju nove resolucije do leta 2010.

Zavod Hrastovec je uresničil precejšnje število zastavljenih ciljev:

- ureditev splošne organiziranosti zavoda,
- zaprtje enote Trate,
- začetne aktivnosti za zaprtje gradu Hrastovec,
- vključevanje v skupnostne oblike skrbi,
- iskanje alternativnih oblik življenja v skupnosti (dislocirane bivalne enote; zaščitniška, varovana in lastniška stanovanja; nadomestne družine; vrnitve v matične družine; varovani dom; vključevanje v skupnostne oblike skrbi pri nevladnih organizacijah),
- učna baza za interne in zunanje potrebe,
- projektni način dela,
- izvajanje usposabljanja in širjenje inovativnih metod dela (osebno načrtovanje, vzpostavljanje sistema ključnih delavcev, mobilna služba, selitveni tim, multidisciplinarni timi, analiza tveganja, asertivnost, skupnost stanovalcev, delo s svojci, prostovoljstvo). (Zavod Hrastovec 2007)

V letu 2006 pa se je seveda nadaljevalo tudi preseljevanje stanovalcev v lokalno skupnost. Tako se v tem letu v najrazličnejše oblike skrbi preselilo kar 80 stanovalcev, večina v DBE Voličina in Varovani dom Ščavnica. Skupno število stanovalcev se je povečalo na 651 stanovalcev, število stanovalcev, ki živijo v zunajzavodskih oblikah bivanja, pa je naraslo na približno 200. Številke se skozi leto seveda spreminjajo, saj je tudi nekaj prehodov v smeri nazaj v zavodu. Da se stanovalci vračajo iz DBE nazaj v zavod lahko največkrat pripišemo spremembam oziroma poslabšanju zdravstvenega stanja. Definitivno pa vidimo, da dinamika preseljevanja iz leta v leto raste. Širjenje mreže zunanjih enot omogoča povečan proces preseljevanja v lokalno skupnost. Ob tem imajo tudi stanovalci večjo možnost izbire. Dokončno pa so uveljavili tudi metode dela

kot so individualno načrtovanje, ključni delavci, analize tveganja, biografije itd. (Zavod Hrastovec 2007)

Tudi leto 2007 je prineslo odprtje novih treh dislociranih enot. Tako je pod Zavod Hrastovec v tem letu delovalo že 17 zunanjih enot, imeli so 10 stanovanj in nekaj stanovalcev pa je živelo tudi pri šestih nadomestnih družinah. V vseh zunanjih oblikah je živelo 231 stanovalcev. Deset stanovalcev je živelo pri šestih različnih nadomestnih družinah, dva pa pri nevladni organizaciji Altra. Stanovalcev, ki so v letu 2007 prebivali v enotah zavoda je bilo 424. Skupno število stanovalcev je v odnosu do lanskega leta ostalo približno isto, in sicer 652. Iz podatkom lahko razberemo, da se trend premeščanja v dislocirane bivalne enote nadaljuje. (Zavod Hrastovec 2008)

Na zadnji dan leta 2008 so v Zavodu Hrastovec imeli 670 stanovalcev. Veliko je bilo selitev stanovalcev iz zavoda v dislocirane bivalne enote, in sicer 51 selitev. Po drugi strani pa je bilo tudi veliko selitev v obratni smeri, saj se je kar 48 stanovalcev vrnilo v zavod. Ob koncu leta 2008 je tako v zunanjih enotah zavoda stanoval 235 stanovalcev. Trend preseljevanja v zunanje enote se je v tem leto umiril in bolj ali manj številčno stagniral. Bilo je opravljeno kar 222 preselitev znotraj samega zavoda, torej iz ene enote v drugo. Razlog teh preselitev je bila obnovljena depandansa in preselitve v obnovljeno stavbo. (Zavod Hrastovec)

6.7 SPREMEMBE V DELOVNI STRUKTURI IN MIŠLJENJU DELAVCEV ZAVODA HRASTOVEC

V Zavodu Hrastovec kot bivši totalni ustanovi je dolga leta prevladoval t.i. medicinski model obravnave, kar pomeni, da so bili delavci po večini iz zdravstvene stroke (zdravnik, medicinske sestre, bolničarji). S stanovalci se v preteklosti v okviru medicinskega modela niso kaj prida ukvarjali, poglavitno je bilo, da so imeli stanovalci zadoščene osnovne potrebe. In ravno deinstitucionalizacijski proces je prinesel v zavod ogromne spremembe, predvsem je bil pomemben premik v mišljenju zaposlenih. Obstoječi zdravstveni kader je bilo potrebno seveda dodatno izobraziti, da so dosegli kvaliteten in hiter prehod k socialnem modelu oskrbe. Prav tako se je struktura zaposlenih z uvedbo socialnega modela začela spreminjati. Vedno večjo vlogo dobivajo

poklici: psiholog, socialni delavec, defektolog, animator, delovni terapevt, fizioterapevt ipd., ki se na nek način bolj skladajo s socialni modelom obravnave stanovalcev.

Direktor Lukač opisuje spremembe z besedami:

Nismo bolnišnica ne psihiatrija, temveč socialnovarstveni zavod, zato poudarjamo bivanje, ne zdravljenja. Ustanovili smo sedem samostojnih strokovnih služb: socialno, psihološko, defektološko, fiziatrično, zdravstveno, službo delovne terapije in zdravstvene nege, oskrbe. Prej so bile vse podrejene zdravstveni službi. Naši strokovnjaki imajo možnosti, da razvijajo strokovne metode, a zgolj v korist stanovalca. Več izobrazbe pomeni več dela, odgovornosti in pristojnosti. Spremenil sem strukturo izdajanja pooblastil in vodenja. (v Vočko 2001)

Tudi organiziranost samega zavoda je močno spremenjena, tako so strokovni delavci povezani v samostojne strokovne službe in imajo popolno strokovno avtonomijo. Socialni model seveda zahteva drugačne pristope pri delu in obravnavi stanovalcev. Oblikovale so se tudi nekatere službe, ki omogočajo deinstitutionalizacijski proces v dislocirane bivalne enote: selitveni timi, mobilna služba, multidisciplinarni timi ipd. Zavod Hrastovec je v namen izobraževanja delavcev, ki bi jim s tem približali socialni model oskrbe, organiziral mnogo raznih izobraževanj. V samem zavodu se je spremenilo tudi vzdušje (večji optimizem), spremenil se je pristop delavcev do stanovalcev. V preteklosti je v zavodih prevladoval odnos neenakovrednosti, nekakšne nadvlade delavcev nad stanovalci. Z uvajanjem socialnega modela prihaja v ospredje stanovalec, upoštevajo se njegove pravice, želje, pridobivajo status enakovrednega partnerja v projektih. Vpeljane so tudi nove metode in načini dela, te so bolj individualni (individualni načrt ipd), manj kaznovalni, bolj vsakdanji. Govorimo tudi o preskoku v razmišljanju v »smeri« definirane storitve. V preteklosti so storitve določali strokovni delavci, tako je bila storitev ali aktivnost prilagojena strokovnem delavcu in se je izvajala v njegovi pisarni ali prostoru, ki ga je opredelil sam. Danes lahko govorimo o preskoku od storitve, ki jo je opredelil delavec na storitve, ki izhajajo iz stanovalca. Tukaj govorimo o velikem preskoku v razmišljanju in načinu dela strokovnih delavcev. V ospredje tako prihaja socialni model, ki v ospredje postavlja želje in sposobnosti uporabnika – stanovalca, daje jim možnost, da sami na svoj način

skušajo reševati svoje stiske in težave. Da govorimo o velikih premikih na področju kvalitete odnosov priča tudi dejstvo, da ima večina delavcev, kot tudi stanovalcev, pozitivno mnenje o socialnem modelu obravnave in novih načinih življenja v dislociranih bivalnih enotah. Takšno življenje se jim zdi kvalitetnejše, več je možnosti za individualni pristop, vzdušje je bolj domače, bolj podobno družini. Delavci vidijo delo v dislociranih bivalnih enotah kot pozitivno in boljše, saj je v teh enotah lažje vzpostaviti stik s posameznikom, lažje je zaznati njegove potrebe, se mu posvetiti in mu prisluhniti. Delo v zunanjih enotah vidijo kot raznoliko, zahtevno in odgovorno, vendar na drugi strani polno izzivov in priložnost za lastno kreativnost. V odpiranju dislociranih bivalnih enot vidijo priložnost za boljše življenje stanovalcev in kot priložnost zase, za svoje delo. (Lukač 2003; Zavod Hrastovec 2008)

6.8 SPREMEMBE V ŽIVLJENJU STANOVALCEV IN KVALITETI ODNOSOV

Socialni model obravnave je seveda namenjen stanovalcem zavodov. S preselitvami stanovalcev iz samega gradu v zunanje bivalne enote, se dogajajo bistvene spremembe ne samo v lokaciji bivanja, ampak tudi v odnosih. Stanovalci so z bivanjem v izvenzavodskih enotah bistveno bolj zadovoljni kot so bili prej kot stanovalci zavoda. Stanovalci zunanjih enot na novo pridobijo ali obnovijo spretnosti vsakdanjega življenja. Določeni stanovalci tudi obnovijo odnose s svojci, tem se zdijo stanovalci v teh enotah dostopnejši kot v zavodu, saj živijo v normalnem okolju, hiši, soseski ipd. V zavodu so se stanovalci počutili nedomače in okorno, v zunanjih enotah pa je življenje bistveno drugačno, tukaj je neformalno okolje. Zato je tudi svojcem lažje priti na kavico v takšno okolje kot v zavod. V zunanjih enotah se stanovalci počutijo bolj domače, po določenem času začnejo živeti z lokalnim okolje, začno hoditi v k maši, zdravniku ipd. Stanovalcem se poveča njihova samostojnost in iniciativnost, povezujejo se tudi s sosedi v okolju, kjer stojijo zunanje enote. V nekaterih zunanjih enotah imajo stanovalci tudi možnost za delo, tako se ponekod ukvarjajo z pridelavo šampinjonov, upravljajo razna kooperacijska dela, izdelujejo kakšne slike, voščilnice, izdelujejo kaj iz lesa, volne, blaga. Stanovalci lahko opravljajo tudi razna plačana dela za Hrastovec, od likanja, šivanja, plačani so tudi za pomoč v zunanjih enotah. Z zaslužkom, ki si ga stanovalci pridobijo z delom, tudi sami razpolagajo, zavod na tem nima vpliva in nadzora. Stanovalci s preselitvijo v zunanje enote dobijo spet nadzor in vpliv nad

lastnimi življenjem. Sam razpolaga kako se bo njegovo življenje odvijalo, kaj želi, lahko izraža svoje stališče. Stanovalec je obravnavan z ustreznim dostojanstvom. Za življenje v zavodu pa lahko govorimo o popolnoma drugačnih značilnostih. Življenje tukaj teče po točno določenih ritualih, po ustaljenih tirnicah, stanovalec tukaj nima vpliva nad lastnim življenjem. Stanovalci v zunanjih enotah si sami razporejajo delovni ritem, kdaj bodo delali, kdaj bodo imeli prosti čas. Lahko se samostojno odločijo in obiščejo pošto, trgovino, kino, zdravstveni dom ipd. Ponovno prevzemajo odgovornost za lastno življenje, za svoja dejanja in tudi posledice. Prevzemajo odločitve o tveganju, kar je bistvena osnova za osebni razvoj in učenje. Tudi stiki stanovalecev so bistveno obsežnejši in kvalitetnejši, v manjših skupinah se ne počutijo več razosebljene. V ospredju je individualnost, spoštovanje in solidarnost, kar je tudi osnova za grajenje toplejših in bolj prijaznih odnosov med samimi stanovalci. Tudi odnos med stanovalci in delavci je precej spremenjen, stanovalci niso več drugorazredni ljudje, ampak enakopravno vstopajo v odnos. To daje tudi možnost, da je odnos tesnejši in pristnejši. (Lukač 2003; Cizelj in drugi 2004; Zavod Hrastovec 2008)

Pomembno je tudi prevzemanje tveganja, ki omogoča stanovalcem, da živijo vsakdanje življenje in prevzemajo tveganja, ki iz tega izhajajo. Stanovalci so to izpostavljeni vsakdanjemu tveganju, s tem pa pridobijo izkušnjo vsakdana z razočaranji in bolečino vred. (Selan 2010, 4)

Gospa Tatjana Anželj, vodja ene izmed bivalnih enot pravi:

Prizadevamo se, da bi ti ljudje zaživelimi čim bolj samostojno in v manjših skupinah, kjer lahko počnejo marsikaj, kar v zavodu ni bilo možno. S tem so prav vsi zadovoljni, saj si sami pospravljajo, pripravljajo hrano in tako pokažejo, česa so zmožni. Če je lepo vreme, gredo na sprehod. Poleg tega člani naše enote izvajajo tudi lažja dela za nekatera podjetja in tako zaslužijo kakšen tolar za skupne potrebe - izlete, kavo, sok, sladico ipd. Vsi so zelo veseli, da lahko ustvarjajo in so koristni. (v Bakal 2004)

Eden izmed stanovalecev pa nadaljuje: "V mestu gremo lahko tudi v kino ali v kakšen lokal. Spet postajamo enaki drugim državljanom. Nikomur se ni treba bati, ko prihajamo kam živeti. Želimo si samo, da nas sosede, krajan in širša družba sprejmejo medse." Stanovalci sami povedo, kakšni naj bodo občani do njih in več kot očitno si želijo biti prijatelji tudi z ljudmi, ki niso plačani za to, da bi se z njimi družili. (v Bakal 2004)

7 SKLEP

Zdravje je najpomembnejša vrednota v življenju vsakega posameznika. Posebno mesto znotraj pojma ima duševno zdravje oziroma duševna bolezen, prizadetost. Ljudje smo v današnjem času vedno bolj izpostavljenim stresnim dejavnikom, ki vplivajo na duševno blagostanje. Vedno več je tudi duševnih bolezni, prav tako je vedno več ljudi označenih kot duševni bolniki. Po socialni teoriji duševne bolezni lahko govorimo o vzrokih zanjo, predvsem zaradi pomembnih, negativnih ali napačnih dogodkov oziroma odločitev v življenju posameznika. Biti označen za duševnega bolnika prinaša mnogo negativnih posledic, stigma v družbi je še vedno velika. Človek postane drugorazredni državljan, zelo so omejene njegove človekove pravice. Stigma se kaže na vseh področjih človekovega življenja: družina, služba, socialna mreža, prijatelji, sosedi, ...

Zapiranje duševnih bolnikov je v preteklosti imelo tudi velik vpliv na družbeni red. S tem je družba kazala, kaj je zaželeno in kakšni ukrepi te čakajo, če ne živiš po merilih družbe. Bistveno manj sta se družba in stroka ozirali na probleme človeka kot posameznika, ni ju zanimalo od kod težave posameznika izhajajo in kakšno dodatno škodo se ljudem naredi z zapiranjem v stigmatizirane totalne ustanove. Tako še danes, ko že večina stanovalcev živi v odprtih, humanejših oblikah bivanja, ne vemo, kakšno škodo je povzročil sam institucionalni način bivanja stanovalcev.

Odnos do norosti – duševnih bolezni se je v zgodovino precej spreminjal in nihal od sprejemanja norcev kot božanstev, kot ljudi s posebnim darom, do popolnega zaničevanja duševnih bolnikov. Skozi norosti se je določala tudi »normalnost«.

Z znamenito Goffmanovo analizo totalne organizacije smo spoznali značilnosti življenja v njej. Totalne ustanove zajemajo vse vidike človekovega življenja, od dela, zabave, rekreacije, druženja ipd. Ljudje so tako fizično kot psihično oddaljeno od realnega sveta. Naučijo se vrednot, ki jim omogočajo preživetje v samih ustanovah in nimajo realnega stika z dejanskim življenjem. Tudi odnosi med samimi delavci, odnosi med delavci in stanovalci ter navsezadnje med samimi stanovalci so popolnoma drugačni v totalni ustanovi kot v skupnostnih oblikah bivanja.

Prvi vidiki sprememb na področju duševnega zdravja so se začeli kazati že v 19. stoletju s Tukeyevim zavetiščem in Pinelovim azilom, ki sta pomenili revolucijo na tem področju. Govorimo o velikem osvobajanju norcev iz okovov. Norce so začeli preseljevati iz temnice na svetlobo, začeli so jim vračati dostojanstvo.

O bistvenih premikih na področju duševnega zdravja pa govorimo v 20. stoletju. Govorimo seveda o velikih premikih, ki jih prinese deinstitutionalizacija oziroma odprava velikih represivnih zaprtih ustanov. Prihaja do velikih sprememb, do preseljevanja ljudi iz azilov v skupnost. Deinstitutionalizacija se je v razvitejših državah Evrope in v Ameriki pojavila že v šestdeseti, sedemdesetih letih prejšnjega stoletja. Proces deinstitutionalizacije se je v Sloveniji seveda zgodil z zamikom. Glavno prelomnico v Sloveniji so pomenili prav hrastovski tabori ob koncu osemdesetih let 20. stoletja. Tedaj smo v Sloveniji zagnali proces deinstitutionalizacije, ki bi naj bil ravno v tem času v največjem razmahu.

Zgodba o Zavodu Hrastovec pred nastopom deinstitutionalizacije ni nič kaj svetla. Zavod je še pred slabima dvema desetletjema veljal za veliko črno piko na zemljevidu, kraj, ki se ga je bilo potrebno na veliko izogibati. Že sam geografski položaj gradu Hrastovec kot osamelca je dajal neprijeten občutek. In prav v Zavodu Hrastovec so prvi začeli s procesom deinstitutionalizacije. Prvi so si na ramena naložila težko nalogo preoblikovanja zavoda, preoblikovanja zavesti in miselnosti ljudi, okolja. Zavod Hrastovec je v zadnjem desetletju doživel korenite spremembe, tako v organizacijskem kot strokovnem smislu. Vse misli so bile usmerjene v izboljšanje življenja stanovalcev, v izboljšanje bivalnih razmer, nameščanja stanovalcev v humanejše oblike bivanja. Osnova preoblikovanja je bilo doseči kritično maso ljudi, kateri so začeli verjeti v projekt deinstitutionalizacije. Začeli so se zavedati, da lahko ljudem ponudijo bistveno več kot je življenje v totalni ustanovi.

Zavod Hrastovec je tako začel pot na najnižji točki, veljal je za eno izmed najbolj črnih madežev na področju duševnega zdravja v Sloveniji. Danes o Hrastovcu lahko govorimo s popolnoma drugimi besedami, kot o moderni ustanovi, ki je lahko vzgled tudi v evropskem merilu. Danes je življenje stanovalcev v skupnostnih enotah pod okriljem Zavoda Hrastovec bistveno kvalitetnejše. Stanovalci imajo veliko večji stik z realnostjo, ponovno se učijo bistvenih stvari, ki jim koristijo v realnem življenju.

Največji dosežek deinstitutionalizacije pa je po mojem mnenju brisanje ostrih meja med »njimi« in »nami«. Med »norostjo« in duševnim zdravjem so namreč meje bistveno bolj zabrisane in krhke, kot si radi mislimo.

8 LITERATURA

1. Bakal, Oste. 2004. Želijo si prijateljev, ki zato niso plačani. *Dnevnik*, 26. januar. Dostopno prek: http://www.hrastovec.org/fileadmin/user_upload/aktualno/Mediji_o_nas/040128_Dnevnik.pdf (5. avgust 2010).
2. Bercko, Zvezdana. 2007. Za lažjo vrnitev v vsakdanje življenje. *Večer*, 9. maj. Dostopno prek: http://www.hrastovec.org/fileadmin/user_upload/aktualno/Mediji_o_nas/070509_Vecer.pdf (20. april 2010).
3. Brandon, David in Althea Brandon. 1992. *Praktični priročnik za osebje v službah za ljudi s posebnimi potrebami*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
4. Cizelj, Milka, Zdenka Ferlež, Vito Flaker, Josip Lukač in Vesna Švab. 2004. *Vizija posebnih socialnih zavodov*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
5. Cuyllé Laurent. 1991. Le vprašanje časa? *Časopis za kritiko znanosti* 19 (138/139): 97-102.
6. Glasser, William. 2003. *Opozorilo: Pshiatrija je lahko nevarna za vaše duševno zdravje*. Radovljica: Mca.
7. Goffman, Erving. 2008. *Stigma: zapiski o opravljanju poškodovane identitete*. Maribor: Aristej.
8. Erzar, Tomaž. 2007. *Duševne motnje: psihopatologija v zakonski in družinski terapiji*. Celje: Mohorjeva družba.
9. Flaker, Vito. 1995. *Skupinsko dinamična in institucionalna protislovja prostovoljnega dela: procesi deinstitucionalizacije služb duševnega zdravja v Sloveniji*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
10. --- 1998. *Odpiranje norosti. Vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Oranžna zbirka.

11. --- Nino Rode, Iztok Jurančič, Marjan Vončina, Jelka Škerjanc, Andreja Kavari Vidmar, Darja Zaviršek, Andrej Kastelic, Petra 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.
12. Flaker, Vito in Mojca Urek. 1988. *Hrastovski anali za leto 1987*. Ljubljana: Center za mladinsko prostovoljno delo.
13. Foucault, Michel. 1998. *Zgodovina norosti v času klasicizma*. Ljubljana: Rdeča zbirka.
14. Kapelj, Marinka in Tea Smonker. 2005. *Skupnostna skrb na področju duševnega zdravja*. Sežana: Društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa Vezi.
15. Kastelic, Lidija in Božidar Opara. 2003. Deinstitutionalizacija kot eden od pogojev vključevanja oseb s posebnimi potrebami v socialno okolje. *Defektologica slovenica* 11 (3) : 97-99.
16. Jurančič, Iztok in Vera Avšič. 2004. Z javnimi naročili preplovlili materialne stroške. *Manager* 1. Dostopno prek: http://www.hrastovec.org/fileadmin/user_upload/aktualno/Mediji_o_nas/040100.pdf (4. avgust 2010).
17. Lamovec, Tanja. 1995. *Ko rešitev postane problem*. Ljubljana: Lumi.
18. --- 1999. *Kako misliti drugačnost*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
19. Lešer, Iztok. 2010a. *Duševne motnje – splošno*. Dostopno prek: <http://www.psihiater-leser.com/452/index.html> (5. avgust 2010).
20. --- 2010b. *Vzroki za nastanek duševnih motenj*. Dostopno prek: <http://www.psihiater-leser.com/452/58801.html> (5. avgust 2010).

21. Lukač, Josip. 2003. *Akcijski načrt uresničevanja nacionalnega programa socialnega varstva do leta 2005*. Hrastovec. Dostopno prek: http://www.hrastovec.org/fileadmin/user_upload/dokumenti/Letna_porocila/Akcijski_nacrt.pdf (1. avgust 2010).
22. --- 2005. *Varstveno delovni center: med strokovnim izzivom in vsakdanjikom*. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede. Dostopno prek: http://www.hrastovec.org/fileadmin/user_upload/dokumenti/Strokovna_knjiznica/Luka___Josip_-_Varstveno_delovni_center_med_strokovnim_izzivom_in_vsakdanjikom.pdf (1. avgust 2010).
23. --- 2007. *Varstvo človekovih pravic v posebnih zavodih*. Hrastovec. Dostopno prek: http://www.hrastovec.org/fileadmin/user_upload/dokumenti/Strokovna_knjiznica/Luka___Josip_-_Varstvo___lovekovih_pravic.pdf (2. avgust 2010).
24. Lukman Žunec, Darja. 2008. Hrastovec je moderna ustanova. *Večer*, 29. april. Dostopno prek: http://www.hrastovec.org/fileadmin/user_upload/aktualno/Mediji_o_nas/080429_Vecer.pdf (6. avgust 2010).
25. Mali, Jana. 2008. *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
26. Marsili, Massimo in Lorenzo Toresini. San Vito – Trst: dezinstucionalizacija se nadaljuje. *Časopis za kritiko znanosti* 19 (138/139): 33-46.
27. Marušič, Andrej. 2009. *Javno duševno zdravje*. Celje: Mohorjeva družba.
28. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve Republike Slovenije. 2000. *Program boja proti revščini in socialni izključenosti*. Dostopno prek: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/soc_prgprotirevscini.pdf (4. avgust 2010).

29. Oreški, Suzana. 2009. *Koncepti, oblike in načela zagovorništva*. Dostopno prek: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:RJBaVyMQkmQJ:www.fsd.uni-lj.si/mma_bin.php/%24fId/2009122120294765/%24fName/KONCEPTI%2BOBLIKE%2BIN%2BNA%C3%84ELA%2BZAGOVORNI%C4%B9TVA.ppt+koncepti+oblike+in+na%C4%8Dela+zagovorni%C5%A1tva&cd=1&hl=sl&ct=clnk&gl=si (5. avgust 2010).
30. Pestiček, Mirč. 2004. Družba »svoje norosti« ne more skrivati v gradovih. *Večer*, 13. januar. Dostopno prek: http://www.hrastovec.org/fileadmin/user_upload/aktualno/Mediji_o_nas/040113_Vecer.pdf (4. avgust 2010).
31. Ramon, Schulamit. 1993. Razvoj duševnega zdravja v skupnosti v Veliki Britaniji in Severni Ameriki. *Socialno delo* 32 (1-2): 5-18.
32. Rode, Nino, Liljana Rihter, Jelka Zorn in Barbara Kobal. 2003. *Oblikovanje sistema evalviranja izvajanja programov socialnega varstva*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
33. Selan, Babara. 2010. *Individualizacija in stanovanjske skupine kot vidika socialne integracije oseb po pridobljeni poškodbi možganov*. Dostopno prek: http://www.zavod-zarja.si/datoteke/PDFdatoteke/StrokovniClanki/1.nacionalna_konferenca/selan.pdf (4. avgust 2010).
34. Stanič, Katjuša. 2007. Od totalne ustanove do dezinstitutionalizacije. *Šent* 13 (1-6). Dostopno prek: <http://prireditve.sent-si.org/%C5%A0ENT07/2007-04-sent-rebeka.pdf> (4. avgust 2010).
35. Šalamun, Zmago. 2003. Stanovalcem želimo ponuditi čimveč. *Štajerski tednik*, 29. oktober. Dostopno prek: http://www.hrastovec.org/fileadmin/user_upload/aktualno/Mediji_o_nas/031029.pdf (4. avgust 2010).

36. --- 2006. Tveganje – priložnost, ne grožnja. *Štajerski tednik*, 19. maj. Dostopno prek: http://www.hrastovec.org/fileadmin/user_upload/aktualno/Mediji_o_nas/060519_Tednik.pdf (6. avgust 2010).
37. Švab, Vesna. 1996. *Duševna bolezen v skupnosti*. Radovljica: Didakta.
38. --- 2009. *Duševna bolezen in stigma*. Ljubljana: ŠENT.
39. Trbanc, Martina. 1996. Socialna izključenost: koncept, obseg in značilnosti. V *Kakovost življenja v Sloveniji*, ur. Ivan Svetlik, 287-310. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
40. Trobec, Anna. 2009. Timsko delo možnost za premik moči. *Metuljček* 14-19. Dostopno prek: http://drustvovezi.org/images/stories/pdf/metuljcek_2010_LOW.pdf (5. avgust 2010).
41. Vočko, Mojca. 2001. Nekdanja Ljudnica se ukinja. *Nedelo*, 25. november. Dostopno prek: http://www.hrastovec.org/fileadmin/user_upload/aktualno/Mediji_o_nas/011125_Delo.pdf (20. april 2010).
42. *Zavod Hrastovec*. Dostopno prek: <http://www.hrastovec.org/> (10. avgust 2010).
43. --- 2004. *Letno poročilo Zavoda Hrastovec – Trate za leto 2003*. Hrastovec. Dostopno prek: http://www.hrastovec.org/fileadmin/user_upload/dokumenti/Letna_porocila/Letno_porocilo_2003.pdf (10. avgust 2010).
44. --- 2005. *Letno poročilo Zavoda Hrastovec – Trate za leto 2004*. Hrastovec. Dostopno prek: http://www.hrastovec.org/fileadmin/user_upload/dokumenti/Letna_porocila/Letno_porocilo_2004.pdf (10. avgust 2010).
45. --- 2006. *Letno poročilo Zavoda Hrastovec – Trate za leto 2005*. Hrastovec. Dostopno prek: http://www.hrastovec.org/fileadmin/user_upload/dokumenti/Letna_porocila/Letno_porocilo_2005.pdf (10. avgust 2010).

46. --- 2007. *Letno poročilo Zavoda Hrastovec – Trate za leto 2006*. Hrastovec.
Dostopno prek: http://www.hrastovec.org/fileadmin/user_upload/dokumenti/Letna_porocila/Letno_porocilo_2007.pdf (10. avgust 2010).
47. --- 2008. *Letno poročilo Zavoda Hrastovec – Trate za leto 2007*. Hrastovec.
Dostopno prek: http://www.hrastovec.org/fileadmin/user_upload/dokumenti/Letna_porocila/Letno_porocilo_2008.pdf (10. avgust 2010).

9 PRILOGE

PRILOGA A: Dislocirana enota Trnovska vas

Eno izmed zunanjih dislociranih enot najdemo v manjšem kraju Trnovska vas. DBE Trnovska vas je v celoti prilagojena različnim potrebam članov. Sama lokacija enote omogoča članom lažjo vključitev in sodelovanje z lokalno skupnostjo. Vsakodnevne dejavnosti in aktivnosti so usmerjene v razvijanje samostojnosti članov. Člani sodelujejo v hišnih opravilih, urejanju okolice, nekateri opravljajo tudi plačano delo. Različne aktivnosti v prostem času članom popestrijo in zapolnijo vsakdan.

V internem gradivu Zavoda Hrastovec so pri odpiranju zunanje enote Trnovska vas zapisali: » Odrptje enote Trnovska vas vrača našim članom svobodo in dostojanstvo, to jim pa pomaga osmisliti in obogatiti življenje. Z vključevanjem v skupnost bomo zapolnili manjkajoče vrzeli in omogočili članom novo izkušnjo s katero bodo rasli in razvijali samospoštovanje. Ti majhni koraki so pomembni in na njih gradimo prihodnost. Ustvariti bo treba priložnosti za učenje o skupnosti v kateri bomo živeli in zastaviti cilje, ki bodo omogočili postopno vrnitev in vključitev vanjo.«

Projekti oziroma dejavnosti in aktivnosti, ki so si jih zastavili v DBE Trnovska vas so:

- obisk potujoče knjižnice v samem kraju nastanitve,
- povezovanje s pomembnimi in vplivnimi ljudmi v kraju (župan, ravnatelj OŠ, župnik...),
- udeleževanje kulturnih in drugih prireditev v kraju,
- vključitev različna društva glede na interes članov enote (športno društvo, RK, društvo upokojencev...),
- individualni nakupi in navezovanje stikov,
- povezovanje s predstavnikom cerkve,
- povezovanje z vzgojno izobraževalno institucijo (OŠ Trnovska vas),
- sodelovanje z različnimi službami in samostojnimi podjetji (zaradi iskanja možnosti kooperativnega dela in druženja),
- sodelovanje z vrtnarijo,
- sodelovanje s prostovoljci, dijaki in študenti,
- udeležba in predstavitev enote na krajevnih praznikih,
- prodajna stojnica (prodaja izdelkov), informativna (zloženke),

- različne dejavnosti in aktivnosti v enoti s katerimi bi vključili v sodelovanje tudi krajanje (izdelava voščilnic in drugih predmetov),
- priprava in izvedba različnih projektov z namenom vključevanja krajanov.

Cilji teh projektov so:

- popestritev in koristno preživljanje prostega časa,
- vključevanje članov v širšo lokalno skupnost,
- vzpostavljanje socialne mreže,
- ohranjanje in širjenje že pridobljenih socialnih spretnosti,
- ohranjanje tradicionalnih običajev,
- razvijanje kreativnosti,
- smotrna poraba denarja,
- učenje gibanja v prometu,
- vzpodbujanje in učenje komunikacijskih spretnosti,
- individualni in skupinski nakupi,
- povečati samostojnost članov,
- krepitev sprejemanja odgovornosti in dolžnosti,
- ohranjanje in razvijanje dobrega odnosa med člani,
- vključevanje članov pri urejanju upravnih zadev (urejanje osebne izkaznice,...).

PRILOGA B: Pogovor s stanovalko dislocirane enote Trnovska vas – ga. Tatjana Brezov

1. Kako dolgo ste že v Zavodu Hrastovec – Trate?

Tam nekje okrog pet let, dve leti sem bila v Zavodu, zdaj sem že tri leta v Trnovski vasi, od leta 2007.

2. Kateri so vzroki, zakaj ste prišli sem?

V Ozari sem bila dve leti, v Mariboru na Aškerčevi. Tam mi ni bilo »vredno«, vse sem delala sama. Mentorica je prišla za dve uri pa pol, ampak to je bilo premalo. Nisem se znašla. Tu sem živela v Ozarinem stanovanju.

3. Ste prej domovali v gradu? Kako dolgo? Kako bi opisali življenje v samem Zavodu?

Prej sem bila v Zarji 3, to je zraven uprave, v Ribiški hiši. Tam ni bilo »vredu«, ena stanovalka je bila agresivna, ponoči je norela, stepli sva se. Bila je problematična. Zdaj pa živim tu sama, skupaj z partnerjem v eni sobi.

V Zavod še hodimo k zdravniku, zobozdravniku, psihiatru na komisije v grad, zdaj ni več komisij, so jih ukinili. To nas delavci peljejo. Včasih gremo tudi na delovno terapijo, kopat se v bazen.

4. Kaj se je vse spremenilo, ko ste prišli v prvo zunanjo enoto? Katero?

Tu se včasih nič ne dogaja, včasih pa dosti. Včeraj na primer smo bili na kopanju v Moravskih toplicah, v torek pa na romanju na Ptujski Gori. Včasih gremo v kino v Maribor, za božička smo dobili sto evrov. Je pa to moja prva bivalna enota. Počutim pa se tu dobro, vse je dosti bolj mirno, vaščani so nas lepo sprejeli, lepo okolje, urejene rože, počutim se kot na kakšnem vikendu (smeh).

Bila se pa že na obiskih v Jasminu, Zrkovci. Potem v Zgornji Ščavnici, na Kardeljevi v Mariboru, v bloku, nikjer mi ni bilo tako všeč.

5. Kako se razumete z zaposlenimi? Je odnos tukaj v enoti drugačen kot v prej v samem Zavodu?

Z zaposlenimi se dobro razumemo. Vsi so prijazni, včasih pride do kakšne konflikta. Fant se dostikrat skrega, za kazen je moral v Hrastovec. On je večkrat v konfliktu, enkrat je fizično napadel enega od stanovalcev, moral je nazaj v Hrastovec za kazen.

6. Prosil bi vas, da mi opišete svoj povprečen dan, teden, mesec? Aktivnosti, dejavnosti, zadolžitve, obveznosti?

7.45 se vstanem, prvo fant vedno skuha kavo. Ob 8.00 imamo zajtrk, skupinski zajtrk. Po zajtrku grem na cigaret. Potem opravljam delo, plačano delo, z vozičkom pobere perilo po kopalnicah, nato vse skupaj sortiram, slinčki posebej, brisače posebej. To delam dvakrat na dan. Nato se za petnajst minut uležem. Včasih gremo kaj v trgovino, po cigarete. 12.15 imamo kosilo, skupinsko. Potem se za kako uro uležem. Popoldan grem včasih spet v trgovino, na pošto, na občino, vrtnarijo po rože za nas, za zaposlene, po sadike. 15.30 imamo malico. Večerja je nato ob 18.00 ali 18.30, odvisno koliko jih

dela, ali dva ali trije. Potem spet pobrem perilo po kopalnicah, to mi vzame kakšne tri četrt ure dnevno. Zvečer skopam fanta, ker se ne more sam.

Aktivnosti, dejavnosti? Družabne igre se igramo. Včasih pri Goranu, prostovoljec, gremo skupaj na pijačo, njemu včasih pomagamo pri pismih, kuverte lepiti. Je tajnik vinogradniškega društva, pa mu včasih pomagamo. Včasih se z njim igramo tudi človek ne jezi se. Moja zadolžitev je, da na cigarete lepim nalepke z imeni in priimki. S fantom grem včasih na pijačo, ali pa na pico tu k Sivi Čaplji.

Enkrat na leto imamo športne igre v Zavodu, igramo nogomet, odbojko, balinanje, pikado. Jaz igram pikado. Dosti hodimo na kopanje v Zavod Hrastovec, tri četrt se nas hodi kopat, po skupinah hodimo, ne vsi naenkrat.

Člani Rdečega križa nas povabijo na občni zbor, na ples in večerjo v kulturnem domu. Bili smo že s splavom po Dravi, na narečni popevki. V maju smo bili v Poreču, vsak si sam plača, tisti kateri ima »našparano« lahko gre, tisti ker pa ne, pa pač ne more. Drugače pa sem jaz gimnazijski maturant, sem hodila na Drugo gimnazijo v Mariboru. Eno leto še imam tudi VEKŠ-a. Nato sem se zaposlila na mejnem prehodu, potem pa sem šla v invalidsko »penzijo«. Mož me je tak daleč spravil, mamila, alkohol, sedemindvajset let sem bila te stara, ko so me dalo v »invalidsko«. Zdaj sem stara sedeminštirideset let. Z možem sva se dosti kregala, pa sem dala vlogo za ločitev. Na občina sva šla, se je jokal ko sva šla nazaj. Niti za »koleke« ni imel, sem mogla jaz vse plačat. Potem sem šla k mami na Pobrežje. Iz Tezna na Pobrežje. Trikrat sem se selila sem in tja. Nato pa sem se dokončno preselila. Potem pa sem tak šla v Ozaro.

Imam tudi eno punčko Tino, z onim narkomanom, psihičnim bolnikom. Hčerka je posvojena, na Taboru je doma, Tina Brezov. Nimam nič stikov z njo, bi pa si jih želela. Starši pridejo vsako soboto in so dve uri pa pol tu. Pa brat včasih pride pa nečaki tudi, včasih tudi socialna delavka. Socialno skrbi za moj denar.

Imam shizofrenijo, brez napadov. Zdravila sem se na Pohorskem dvoru, samomor sem delala s tabletami, poslabšalo se mi je stanje ko nisem jemala tablet.

7. Kako pa je kaj s sosedi? Sodelujete kaj z njimi? Kakšen je odnos z lokalno skupnostjo?

So nas lepo sprejeli, pozdravijo, vprašajo kak je tu, kak smo. Imamo normalne stike, nič ne pridejo na obisk, župnik včasih pride sem, tu naredi mašo. Vsi smo prisotni pri maši, imamo tudi mašo posneto na CD plošči.

Bili smo tudi na občinskem prazniku, igrali so Modrijani, pod šotorom na igrišču.

Tukaj sem zares zelo zadovoljna, kot na vikendu je. Ne rabim hodit v službo, okolje je lepše, hišica cvetju, direktor je tud super.

Disko pripravijo čez teden, Marjan igra klaviature. Imamo tudi »pica party«, naredimo 10 vrst pic, no pomagamo kuharicam.

Praznujemo rojstne dneve, pojemo, vedno naredimo skupinsko sliko, torto spečemo slavljenču, pa ognjemet svečke imamo.

8. Fantu je všeč tukaj?

Fantu je tukaj tudi zelo všeč, prej je bil »topngrobar«, pri enih je živel. Ata pa mama sta mu umrla, za njega so skrbeli eni Hauptmani, Gaj na Pohorju. Je epileptik, ostal je brez hiše, sestra je vse pobrala in prodala. Bil je alkoholik. Nekajkrat je moral že nazaj v Zavod, za kazen. Opravičil se je, da ne bo več tega delal. Star je 58 let.

Fant pa pomaga tu v enoti in čisti pode pa smeti pobira. Dobi plačano to, petinštirideset evrov. Janko nosi umazano perilo v hiško, tudi dobi nekaj denarja. En punca pa dela sedem ur v kuhinji, z epilepsijo, dobi trideset evrov na mesec.

Eno leto nisem kadila, ko sem imela fanta športnika. Sem se zredila za petnajst kilogramov. Potem pa me je gnal v hribe, na odbojko, tenis. Z možem pa sva bila skupaj štiri in pol leta, me je hotel ubit. Enkrat me je zaprl v omaro, celo noč nisem spala. Bil je slikar, v Nemčiji je razstavljal.

PRILOGA C: Intervju z direktorjem Zavoda Hrastovec Josipom Lukačem

1. Zavod je v preteklosti veljal za največjo črno piko, kjer se je dobesedno odlagalo ljudi, kako je danes? Se še vedno čuti nekakšna zaznamovanost samega Zavoda?

Res je, Zavod Hrastovec v preteklosti veljal za ustanovo, kamor so ljudje prišli, ko so prehodili že vse preostale institucije. Veljali smo za zadnjo postajo, kamor človeka »odložijo«. Danes je bistveno drugače, mogoče celo ironično, da je danes k nam zelo težko priti. Druga resnica je, da pa lahko v današnji časih iz zavoda zelo hitro odidete. Veliko se je spremenilo v zadnjem desetletju, od starih časov in starega načina dela s stanovalci je ostalo bore malo, vendar še nekakšna temna senca vedno visi nad nami.

Težava ni v naših stanovalcih, ampak v t.i. »normalnih« ljudeh, ki imajo v sebi še vedno preveč predsodkov do ljudi z duševnimi motnjami. Vemo, da »norec« nikdar ni bil zaželen v družbi.

2. Kaj se je moralo spremeniti v družbi oziroma kateri so tisti razlogi, da je prišlo do procesov deinstitucionalizacije in reorganizacije dela v vašem Zavodu?

Razlogov je seveda več, če jih kategoriziramo so to etični, strokovni in ekonomski razlogi za preoblikovanje zavoda. Ko govorimo o etičnih razlogih je absolutno treba omeniti kršenje človekovih pravic, popoln nadzor delavcev nad stanovalci, v preteklosti tudi nasilje itd. Zavod Hrastovec spreminja predvsem način dela z ljudmi, tako smo prešli iz medicinskega modela obravnave ljudi na veliko bolj človeku prijaznega, in sicer socialni model obravnave. Treba še je omeniti strokovne in ekonomske razloge preoblikovanja. S strokovnega vidika govorimo o stigmatizaciji zavoda, stanovalci v zavodu so bili v preteklosti precej apatični, skoraj brez svoje socialne mreže, bistveno izolirani od realnega sveta. Če pogledamo še iz ekonomskega stališča, pa je zavodsko življenje precej draga oblika, o humanosti takšnega bivanja pa ne rabimo izgubljati besed.

3. Kako so spremembe oziroma reorganizacijo občutili delavci Zavoda? Jim je bilo težko spremeniti način dela?

Z mojim prihodom v Zavod Hrastovec smo reorganizirali oziroma ustanovili sedem samostojnih strokovnih služb, in sicer: zdravstveno, socialno, psihološko, defektološko, fizioterično, delovno terapijo in službo zdravstvene nege oz. oskrbe. Pred tem je bilo delo v domeni zdravstvenih služb. Seveda pa je bilo delavcem težko, poprej so bili navajeni določenega načina dela, sledili so svojim starim miselnim vzorcem, vedenju. Na začetku reorganizacije zavoda je prišlo do manjših trenj, upora. Na primer, na začetku sem uvedel, da delavci in stanovalci jedo v isti jedilnici. Delavci so se seveda s to spremembo težko sprijaznili, prišlo je tudi do bojkota obrokov. Ampak delavci zavoda so se kar hitro privadili na spremembe, želel sem da gredo vsi v eni smeri, nihče izmed delavcev zaradi preoblikovanja ni izgubil službe, vendar je imel vsaj možnost izbire ali se bo prilagodil na nove oblike dela, ali bo izstopil iz skupne poti. Že na začetku in tudi sedaj veliko pozornosti namenjam razvoju kadrov, delavci lahko napredujejo in se izpolnjujejo.

4. Kakšne spremembe so doživeli stanovalci? So stanovalci zadovoljni z življenjem v zunanjih enotah?!

Bistvo celotne reorganiziranja zavoda oziroma procesa deinstitucionalizacije so seveda stanovalci, vse se dogaja v njihovi smeri, v spremembo njihove kakovosti življenja. Že sam Nacionalni program socialnega varstva do leta 2005 govori o večjem vključevanju socialno izključenih oseb, o sodobnejših konceptih dela z ljudmi. Govorimo o novih oblikah bivanja v skupnost, o humanejših oblikah za naše stanovalce. Nove oblike bivanja nudijo večjo vključenost stanovalcev, širšo socialno mrežo, spet se znajdejo v bolj realnem okolju. Vse te nove oblike so za stanovalce manj stigmatizirajoče in omejujoče. Stanovalci so v manjših enotah srečnejši, do izraza pridejo njihove osebne preference. Izbirajo lahko lastni dom, nadzor imajo nad tem s kom živijo itd.

5. Se odnos do norosti, drugačnosti spreminja? Kako vse te spremembe in naseljevanje vaših dislociranih enot v njihovo bližino sprejemajo sosedi, ki živijo v bližini dislociranih enot?

Sosedi v zunanjih enotah so nas sprejeli precej dobro, še nikjer nismo doživeli odklonilnega odnosa. Vendar se za vsako preselitev dislocirane enote dobro pripravimo, delamo postopoma, prav tako se gremo v kraj vedno predstaviti. Ljudem, sosedom povemo, koga bodo dobili za soseda. Obljubimo tudi, da se bomo v primeru večjih nevšečnosti stanovalcev izselili. Bivalnih enot za zdaj še ne kupujemo, vzamemo jih v najem in to od ljudi, ki imajo nek renome v svojem okolju, so spoštovani, prav tako pa tudi toliko odprti, da s tem nimajo težav. Do sedaj še nismo imeli večjih težav. Tudi ljudje, ki so imeli večje pomisleke ob naših preselitvah so nato spoznali, da gre za precej neproblematične ljudi in so običajno ustvarili drugo mnenje. Spomnim se primera, ko je eden izmed sosedov bil proti našem prihodu, šel je celo tako daleč, da je pričel zbirati podpise proti našem prihodu, vendar mu vse skupaj ni uspelo. Kasneje mi je priznal, da je bil popolnoma presenečen nad našimi stanovalci, nad njihovim vedenjem, prijaznostjo tako do sostanovalcev, sosedov in živali. Nekje drugje se je zgodilo tudi, da so sosedge med seboj spet navezali stike, ki jih prej niso več negovali.

6. Katere nove metode dela ste uvedli v procesu deinstitucionalizacije, reorganizacije Zavoda? Kaj v bistvu prinaša socialni model oskrbe?!

V preteklosti je v vseh psihosocialnih ustanovah, tako tudi pri nas, prevladoval medicinski model obravnave ljudi s težavami v duševnem zdravju. Novi pristopi, ki jih imenujemo tudi socialni model obravnave ljudi pa prinašajo bistvene spremembe tako v življenje stanovalcev, kot tudi nas delavcev. Novi pristopi se obračajo k iskanju novih oblik bivanja v skupnosti, le te so za stanovalce bistveno manj stigmatizirajoča, omejujoča, kvaliteta življenja v zunanjih enotah je bistveno boljša kot življenje v zavodskih oblikah. Nikoli ne bomo tudi vedeli, koliko je k sedanjem stanju prispeval institucionalni način življenja, stigma in socialna izolacija, ki jo prinaša sam zavod.

7. Kakšno je sodelovanje z lokalno skupnostjo, kamor namestite svoje stanovalce? Občina, lokalna skupnost, zdravstvo, cerkev, izobraževalne institucije?

Sodelovanje je precej zgledno. Kot sem že omenil, sem gremo vedno poprej predstaviti, povemo kdo smo, kaj prinašamo v njihovo okolje itd. Na vse večje dogodke povabimo tudi ugledne ljudi iz lokalne skupnosti, prav tako on nas vabijo nazaj. Naši stanovalci hodijo normalno v trgovino kot vsi drugi občani, v cerkev, k zdravniku. Udeležijo se tudi dogodkov, ki jih prirejajo v kraju.

8. Kakšno je sodelovanje Zavoda s trgom dela? Imajo stanovalci možnost kakšnega dela, posledično lastnega zaslužka?

Naši stanovalci imajo tudi možnost zaslužka v zunanjih enotah. Tisti, za katere ocenimo, da lahko opravljajo določeno delo, jim tega tudi ponudimo. Tako v zunanjih enotah recimo gojimo šampinjone, imamo pralnico, kjer lahko stanovalci delajo itd.

PRILOGA Č: Intervju s socialno delavko Zavoda Hrastovec in vodjo DBE Trnovska vas Miro Jurančič

1. Zavod je v preteklosti veljal za največjo črno piko, kjer se je dobesedno odlagalo ljudi, kako je danes? Se še vedno čuti nekakšna zaznamovanost samega Zavoda?

Ne glede na vse spremembe, zavod še zmeraj nosi svojo stigmo. Z odpiranjem dislociranih bivalnih enot se je pogled na zavod in stanovalce nekoliko spremenil.

2. Kaj se je moralo spremeniti v družbi, da je prišlo do procesov deinstitucionalizacije in reorganizacije dela v vašem Zavodu?

Družba kot taka ni spremenila svojega odnosa do drugačnosti sama od sebe. Proces normalizacije in deinstitucionalizacije vnašata v življenje stanovalcev dostojanstvo in večjo kvaliteto življenja.

3. Kako ste spremembe občutili delavci Zavoda? Je bilo težko spremenit način dela?

Novi pristopi, metode dela in drugačna miselnost sta naletela na ovire pri ljudeh, ki so sledili ali bili predani medicinskemu modelu. Ljudje so bili prepričani, da delajo dobro in v prid stanovalca, toda medicinski model je preveč zaščitniški in ne izhaja iz potreb uporabnika temveč iz diagnoze in pomanjkljivosti. V teh letih so bila za vse zaposlene organizirana številna izobraževanja na temo normalizacije novih, novih metod dela. Potreben je bil reden pretok informacij o vseh novostih, spremembah....

4. So stanovalci zadovoljni z življenjem v zunanjih enotah?! Kakšno je ne/zadovoljstvo med delavci v zunanjih enotah?!

Življenje v zunanjih enotah je kvalitetnejše in prijaznejše, to se izraža na zadovoljstvu stanovalcev. Razvili so številne veščine, spretnosti za samostojnejše življenje. Povečal se je njihov občutek moči in pozitivne samopodobe.

5. Se odnos do norosti, drugačnosti spreminja?

Pogled na norost se spreminja vendar prepočasi, to je proces se je šele pričel. Družba drugačnosti še zmeraj ni pripravljena sprejeti, pri tem jih ovirajo stereotipi, strah, neznanje.....

6. Kako te spremembe in naseljevanje vaših dislociranih enot v njihovo bližino sprejemajo sosedi, ki živijo v bližini dislociranih enot?

Večina članov v dislociranih enotah je bilo dobro sprejetih, na dveh lokacijah smo naleteli na nekaj odpora v kraju.

7. Katere nove metode dela ste uvedli v procesu deinstitutionalizacije, reorganizacije Zavoda? Kaj v bistvu prinaša socialni model oskrbe?!

Socialni model izhaja iz uporabnika in njegovih potreb, ne iz pomanjkljivosti. Socialni model temelji na krepitvi moči, razvijanje socialnih spretnosti, individualizaciji razvoja, asertivnosti, vključevanju v skupnosti, vračanje v vsakdanje življenje, ter iskanju novih oblik bivanja v skupnosti, pravici do izbire....

8. Kako gledate delavci socialne stroke na psihiatre, glede na to, da prihaja do velikih prelomov, prehodov iz medicinskega v socialni model? Se čutijo kakšna trenja?

Do trenj je v začetku vsekakor prihajalo, vsaka stroka je branila svoje področje dela, predvsem psihiatri so težje sprejemali nove metode dela in pristope. Strpen odnos in multidisciplinarni način dela je sčasoma prinesel dobre rezultate in skupno sodelovanje.

9. Kakšno je sodelovanje z lokalno skupnostjo, kamor namestite svoje stanovalce? Občina, lokalna skupnost, zdravstvo, cerkev, izobraževalne institucije?

Z vsemi institucijami in lokalnimi organizacijami, društvi dobro sodelujemo in smo sprejeti. Ti so ključni element, pomagajo nam na tak način, da informacije o naših članih in našem poslanstvu ponesejo naprej do krajanov predvsem tam kjer je zaznati odpor in zavračanje.

10. Verjetno je svoboda stanovalcev, prav tako kvaliteta življenja mnogo boljša. Kako stanovalci sprejemajo te spremembe? Se znajdejo? Verjetno greste postopno in s privajanjem na spremembe?

Za vključevanje v vsakdanje in samostojnejše življenje je potrebna določena podpora, stopnjo le te je treba prilagoditi vsakemu posamezniku posebej. Potrebno je raziskati

11. Kakšno je sodelovanje Zavoda s trgom dela? Imajo stanovalci možnost kakšnega dela, posledično lastnega zaslužka?

V dislocirani bivalni enote Gornja Radgona I in II člani opravljajo kooperativno delo in si na tak način pridobijo nekaj lastnih sredstev. V ostalih enotah možnosti za takšno obliko dela trenutno ni.

12. Je bil prehod za delavce težka preizkušnja, glede na to, da ste izgubili nekakšno dominantno vlogo nad varovanci?

Vsaka sprememba prinaša tudi določene preizkušnje, sprememba vlog ni preprosta, tega ni moč spremeniti hipoma, za to je potreben čas, to se je čutilo tudi pri nas. Nov način dela je prinesel spremembo vlog, stanovalec postane enakovreden partner in soustvarjalec svojega življenja. Ustvarjamo skupaj z njim in za njega.

13. V slovenskem in Evropskem prostoru primer deinstitutionalizacije in reorganizacije Zavoda Hrastovec, velja za nekakšen vzorčen primer. Kaj vse se mora poklopiti, da vam je to uspelo in vam še uspeva?!

Poslanstvo zavoda je usmerjeno v normalizacijo, naše delo temelji na sledenju tega cilja, doseči ga je mogoče le s sodelovanjem vseh strokovnih služb, to je ključni dejavnik za uspeh in nadaljnji razvoj. Strokovne službe se med seboj dopolnjujejo in skupaj s stanovalcem iščejo zanj najboljše možne rešitve. Skupaj soustvarjamo človeka spoštovanja vreden danes in jutri.